



Amosinternational

Gesellschaft gerecht gestalten



Internationale Zeitschrift für christliche Sozialethik

Hauptsache gesund?

Ulrike Kostka

Sollen Ärzte die Lizenz zum Rationieren erhalten?

Michael H. Freitag

Was ist wirklich medizinisch notwendig?

Markus Zimmermann-Acklin

Wie lässt sich der Zugang zu medizinischen Ressourcen gerecht verteilen?

Peter A. Clark, Cathrine Mikus

Wer entscheidet bei medizinischer Aussichtslosigkeit?

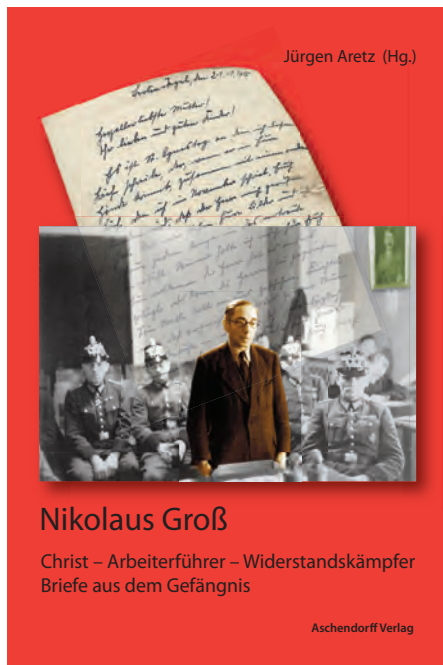
Angela Brand

Wir werden Krankheiten in Zukunft anders definieren

Sozialethik ökumenisch

Ein Positionspapier der Kirchen

Sozialinstitut Kommende Dortmund
2/2009



Nikolaus Groß, ursprünglich Bergmann im Ruhrgebiet, war eine der führenden Persönlichkeiten der Katholischen Arbeiterbewegung, die sich um einen dritten Weg zwischen ungezügelm Kapitalismus und sozialistischen Klassenkampfvorstellungen bemühte. Er beteiligte sich früh am Widerstand gegen das NS-Regime, wurde nach dem 20. Juli 1944 verhaftet und 1945 hingerichtet.

Eingeleitet durch eine Biographie werden in diesem Band die Briefe publiziert, die Nikolaus Groß aus der Haft an seine Familie geschrieben hat. Sie geben das Bild eines Mannes wieder, dessen tiefe Gläubigkeit sein ganzes Leben und bewusst-folgerichtig sein Sterben bestimmte. Über das Religiöse hinaus sind Handeln und Schicksal von Nikolaus Groß mahnendes Zeugnis in einer Zeit, in der manche in Deutschland wieder Zeichen und Ideen der braunen Barbarei propagieren – und zu viele wegschauen.

Jürgen Aretz (Hg.)
Nikolaus Groß: Christ – Arbeiterführer – Widerstandskämpfer.
 Briefe aus dem Gefängnis
 2009, 160 Seiten, kart. 9,80 € / sFr 18,-. ISBN 978-3-402-12783-4

ASCHENDORFF VERLAG
www.aschendorff.de/buchverlag



Impressum

3. Jahrgang 2009 Heft 2

Herausgeber

Prälat Dr. theol. Peter Klasvogt, Dortmund

Sozialinstitut Kommende

Prof. Dr. theol. Markus Vogt, München

Prof. Dr. rer. pol., lic. theol. Joachim Wiemeyer, Bochum

Arbeitsgemeinschaft der deutschsprachigen Sozialethiker

Stefan Lunte, F-Besson/B-Brüssel

Redaktion

Dr. phil. Dr. theol. Richard Geisen

Dipl.-Theol. Detlef Herbers

Konzept Schwerpunktthema

PD Dr. theol. Ulrike Kostka

Redaktionsanschrift

Sozialinstitut Kommende, Redaktion Amosinternational,

Brackeler Hellweg 144, D-44291 Dortmund

Mail redaktion@amosinternational.de

Internet amosinternational.de

Erscheinungsweise

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich

(Februar, Mai, August, November)

ISSN 1867-6421

Verlag und Anzeigenverwaltung

Aschendorff Verlag GmbH & Co. KG

D-48135 Münster

Tel. (0251) 69 01 31

Anzeigen: Petra Landsknecht, Tel. (0251) 69 01 33

Anzeigenschluss: am 20. vor dem jeweiligen Erscheinungsmonat

Erfüllungsort und Gerichtsstand: Münster

Bezugsbedingungen

Preis im Abonnement jährlich: 49,80 €/sFr 85,-

Vorzugspreis für Studenten, Assistenten, Referendare:

39,80 €/sFr 69,20

Einzelheft: 12,80 €/sFr 23,30; jeweils zzgl. Versandkosten

Alle Preise enthalten die gesetzliche Mehrwertsteuer.

Abonnements gelten, sofern nicht befristet, jeweils bis auf Widerruf.

Kündigungen sind mit Ablauf des Jahres möglich, sie müssen bis

zum 15. November des laufenden Jahres eingehen.

Bestellungen und geschäftliche Korrespondenz

Aschendorff Verlag GmbH & Co. KG

D-48135 Münster

Tel. (0251) 69 01 36

Druck

Druckhaus Aschendorff, Münster

Printed in Germany

Umschlaggestaltung

freistil – Büro für Visuelle Kommunikation, Werl



Editorial	<i>Markus Vogt (München)</i> Das Versprechen einer Maximalmedizin für alle ist zerbrochen Zu diesem Heft	2
Schwerpunktthema	<i>Ulrike Kostka (Freiburg)</i> Sollen Ärzte die Lizenz zum Rationieren erhalten? Gesundheitssysteme unter Rationierungsdruck	3
	<i>Michael H. Freitag (Jena/Bayreuth)</i> Was ist wirklich medizinisch notwendig? Die Priorisierungsdebatte im deutschen Gesundheitswesen	10
	<i>Markus Zimmermann-Acklin (Luzern)</i> Wie lässt sich der Zugang zu medizinischen Ressourcen gerecht regeln? Kriterien der Priorisierung und Rationierung	16
Arts & ethics	<i>Peter A. Clark, Catherine Mikus (Philadelphia)</i> Wer entscheidet bei medizinischer Aussichtslosigkeit? Rechtliche und ethische Aspekte	23
	<i>Thomas Jessen (Düsseldorf)</i> Maria lehrt den Jesusknaben den Kopf der Schlange zu zertreten	28
Interview	<i>Angela Brand (Maastricht)</i> „Wir werden Krankheiten in Zukunft anders definieren“ Gespräch über Defizite im deutschen Gesundheitswesen und Perspektiven einer neuen Sicht auf Gesundheit und Krankheit	34
Dokumentation	<i>Markus Vogt (München)</i> Für eine Kultur der Gesundheit Zehn Thesen des Landeskomitees der Katholiken in Bayern	40
Buchbesprechungen	Menschenrecht auf Bildung	41
	Bildungspolitik und Bildungsgerechtigkeit	43
	Christentum und Solidarität Gerechtigkeit und Tarifautonomie	45
Positionen und Perspektiven	Sozialethik ökumenisch Das sozialetische Profil der Gemeinsamen Sozialarbeit der Konfessionen im Bergbau (GSA). Ein Positionspapier der Kirchen	47
Länderbericht	<i>Jindřich Šrajer (České Budějovice/Budweis)</i> Christliche Sozialethik in Tschechien Entwicklung und aktuelle Situation	51
Der Überblick	Summaries	55
	Sommaires	56
Impressum		U2



Markus Vogt

Das Gesundheitssystem befindet sich in der *Kostenfalle*: Der medizinische Fortschritt vergrößert die Möglichkeiten und damit den Bedarf. Steigender Wohlstand führt zu überproportional wachsenden Ansprüchen und Kosten. Die Alterung der Gesellschaft sowie die

stagnierenden Einnahmen verschärfen den Kostendruck. Das Versprechen, alles für alle leisten zu können, erweist sich zunehmend als Illusion. Deshalb ist eine ethische Debatte um Kriterien, Prioritäten, Rationierungen und Grenzen medizinischer Leistung unvermeidlich. Hierzu stellt das vorliegende Heft von Amosinternational Analysen und Orientierungen zur Diskussion.

Der Konflikt ist für die Christliche Sozialethik von exemplarischer Bedeutung: Wie sollen Effizienz und Gerechtigkeit, unbedingte Menschenwürde und medizinische Rationierung zusammen gedacht werden? In den USA wird hierzu eine intensive Debatte unter dem Schlüsselbegriff der *medizinischen Aussichtslosigkeit* geführt. Nur standardisierte Verfahren ermöglichen eine stabile Balance zwischen dem Selbststimmungsrecht der Patienten, der beruflichen Integrität von Ärzten und dem gesellschaftlichen Anliegen einer gerechten Ressourcenverteilung (Beitrag des Moralthologen Peter Clark S.J. und der Juristin Catherine Mikus, beide beteiligt an der Formulierung von Richtlinien für den Verbund katholischer Krankenhäuser in Philadelphia, die hier für Amosinternational übersetzt sind).

Eine implizite Rationierung medizinischer Leistungen findet in Deutschland längst statt, auch wenn die öffentliche Diskussion hierüber im Un-

Das Versprechen einer Maximalmedizin für alle ist zerbrochen

terschied etwa zu den skandinavischen Ländern noch weitgehend tabuisiert. Sie wird *indirekt über Budgetierungspläne* eingeführt. Denn diese ziehen eine Reduktion von Pflegeleistungen, Hausbesuchen oder anderen zeitintensiven Tätigkeiten nach sich. Bisher wurde die budgetgesteuerte Rationierung teilweise durch eine Verdichtung von Arbeitsprozessen verdeckt. Die Grenzen dieses Verfahrens sind erreicht. Die gegenwärtigen Versuche, durch mehr bürokratische Kontrolle die Effizienz zu steigern, sind zu einem großen Teil kontraproduktiv. Die Fallwertpauschalen scheinen für viele Ärzte mit den erforderlichen Standards guter Behandlung nicht vereinbar. Die Ärzte werden in das Leitbild des Unternehmers hineingedrängt, was ihrem Berufsethos zuwiderläuft.

Durch die unregelte Rationierung am Krankenbett und mittels Budgetierung besteht die Gefahr, dass vulnerable Gesellschaftsgruppen besonders schnell von der Rationierung betroffen sind. *Gerechtigkeitslücken* bahnen sich im Gesundheitssystem an, die weder mit unserer Verfassung noch mit dem christlichen Anspruch einer vorrangigen Option für die Bedürftigsten vereinbar sind. Die Frage ist jedoch nicht, ob rationiert wird, sondern wie und nach welchen Kriterien und wer dies entscheiden soll. Als Hilfe hierfür bietet Ulrike Kostka (Freiburg Caritas und Uni Münster) eine mehrdimensionale, auch organisationsethische Aspekte umfassende Analyse der Entscheidungsabläufe und Rationierungskonflikte.

Da der Rationierungsbegriff meist negative Assoziationen wachruft, eignet sich der Ausdruck *Priorisierung*, um die nötige öffentliche Debatte zu initiieren. Er geht positiv von der Frage aus, was medizinisch und menschlich vorrangig wichtig ist. Der Mediziner Michael Freitag (Jena/Bayreuth) schlägt folgende Priorisierungskriterien vor: medizinische Bedürftigkeit, erwarteter medizinischer Nutzen, Kosteneffektivität.

Der Blickwinkel auf die verkaufte Gesundheit ist verengt und lässt viele Ressourcen von Gesundheit und Ursachen von Krankheit unbeachtet. Das Gesundheitssystem ist durch die *Ab-schiebung sozialer Problemlagen* überlastet. Die Konzentration auf Akutmedizin und pathologische Fälle führt zur Vernachlässigung von chronischen Erkrankungen, Prävention und der eigenverantwortlichen Kräfte und Fähigkeiten zur Heilung – so der Sozialethiker Markus Zimmermann (Universität Luzern) vor dem Hintergrund der Erfahrungen und Debatten in der Schweiz.

Mit diesem Editorial möchte ich mich Ihnen zugleich vorstellen als neuer Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der deutschsprachigen Sozialethikerinnen und Sozialethiker – in Nachfolge von Michael Schramm und weiterhin mit Marianne Heimbach-Steins als Stellvertreterin. Ich freue mich, dass wir mit diesem so spannenden und aktuellen Heft die bewährte Kooperation mit der Kommende Dortmund fortsetzen, und wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen!



Ulrike Kostka

Sollen Ärzte die Lizenz zum Rationieren erhalten?

Gesundheitssysteme unter Rationierungsdruck

Die Gesundheitssysteme der westlichen Industrienationen stehen unter Rationierungsdruck. Sollen Ärzte den offiziellen Auftrag zur Rationierung bekommen? In einem ersten Schritt wird gezeigt, wie Rationierung heute schon auftritt. In den USA findet seit 25 Jahren eine Debatte über die Rolle des Arztes beim Bedside Rationing statt. Ihre ethischen Argumentationsmuster werden in einem zweiten Schritt vorgestellt und bewertet. Die Positionen zeigen die Grenzen einer rein professions- oder sozialetischen Reflexion. Notwendig ist eine mehrdimensionale ethische Analyse. Mit Hilfe einer solchen Analyse werden im dritten Schritt Antworten auf die Frage entwickelt, welche Verantwortung Ärzte, Krankenhäuser, die Gesellschaft sowie die Kirche und die Sozialethik in der Rationierungsfrage zu übernehmen haben.

Die Gesundheitssysteme der westlichen Industrienationen bieten einen hohen medizinischen Standard und entwickeln sich durch den medizinischen Fortschritt permanent weiter. Gleichzeitig steigt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. In allen Gesundheitssystemen wurden Steuerungseingriffe zur Kostendämpfung durchgeführt. Trotzdem konnten die Gesundheitssysteme bislang keine großen Fortschritte in der Kostensenkung erreichen.

Eine wesentliche Ressourcenausdehnung ist für die meisten Staaten finanziell nicht tragbar. Schon jetzt sind die Gesundheitssysteme gezwungen, mit den vorhandenen Ressourcen oder gegebenenfalls mit weniger Ressourcen die stets wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu befriedigen. Die Folge ist Ressourcenknappheit. Gleichwohl sind in jedem Gesundheitssystem Fehlanreize sowie Über-

und Unterversorgung von bestimmten Patientengruppen zu beobachten. Es bestehen also noch deutliche Optimierungs- und Rationalisierungsreserven. Jedoch sind sich die meisten Expertinnen und Experten darüber einig, dass die Gesundheitssysteme unabhängig von ihrer jeweiligen Finanzierungsart und ihren Strukturen vor der Notwendigkeit stehen, schon jetzt, aber erst recht zukünftig die knappen Ressourcen zuzuteilen und zu rationieren. Rationierung bedeutet die Vorenthaltung notwendiger medizinischer oder pflegerischer Leistungen. Es sind verschiedene Rationierungsformen zu beobachten. Sie reichen von impliziter, also verdeckter Rationierung bis hin zur expliziten Rationierung nach öffentlich bzw. fachlich festgelegten Kriterien. Weitere Phänomene sind Prioritätensetzungsdiskurse und -verfahren.



Rationierung in der Praxis

Der Nachweis von Rationierung von Gesundheitsleistungen ist in den verschiedenen Gesundheitssystemen unterschiedlich gut möglich. Vergleichende Studien wie z.B. von S. Hurst et al. zeigen, dass in verschiedenen Gesundheitssystemen in Europa Rationierung vorkommt. Die Studie wurde in der Schweiz, Italien, Norwegen und Großbritannien mit Internisten durchgeführt (vgl. 1138–1143). 56,3% der befragten Medizinerinnen und Mediziner sagten aus, dass sie bereits Gesundheitsleistungen rationiert haben. Als häufigste Kriterien für Rationierung wurde von den Befragten genannt: geringer Nutzen der Gesundheitsleistungen (82,3%), wenig Erfolgsaussichten der Gesundheitsleistung (79,8%), eine Intervention, um ein Leben mit geringer Lebensqualität zu verlängern (70,6%) und das Alter des Patienten



über 85 Jahre (70%). Das Auftreten von Rationierung steht in einer Korrelation zur konkreten Ressourcenknappheit, zum konkreten Rationierungsdruck und zur Zustimmung der Ärzte zur Rationierung.

Im deutschen Gesundheitswesen sind seit Jahren vielfältige Steuerungseingriffe zur Kostendämpfung zu beobachten. Ohne die verschiedenen Maßnahmen im Einzelnen darstellen zu wollen, lassen sich folgende Effekte für die Leistungserbringer feststellen: Wirtschaftlichkeitsdruck, verstärkter Wettbewerb, Rationalisierungsmaßnahmen sowie Aussagen über implizite Rationierungsphänomene.

Krankenhäuser müssen zunehmend ihre Wirtschaftlichkeit gegenüber den Kostenträgern nachweisen und sind so zur effizienten Leistungserstellung gezwungen. Ein zentrales Element der Steuerungsmaßnahmen ist die Budgetierung einzelner Leistungsbereiche. Die Einführung von DRGs (Diagnosis Related Groups) hat die Situation in den Krankenhäusern dahingehend verändert, dass die Leistungserbringung nicht mehr vornehmlich auf Basis von Tagespauschalen erstattet wird. Krankenhausärzte sind somit indirekt in die Budgetverantwortung eingebunden, sie müssen bei ihren Entscheidungen in der Patientenversorgung die Vorgaben des Budgets bzw. Fallzahlen berücksichtigen. Daraus ergeben sich diverse Effekte für die stationäre Patientenversorgung. Dazu gehören die Erhöhung der Leistungsdichte, die Verkürzung der Verweildauer, die Verlegung Behandlungsaufwendiger Patienten in andere Krankenhäuser, frühere und häufigere Verlegung von Patienten in Rehabilitationseinrichtungen sowie die Verschiebung von Leistungen auf den ambulanten Sektor.

In den Krankenhäusern wurden insbesondere in der Pflege viele Stellen abgebaut, weil aufgrund des Arbeitszeitgesetzes zusätzliche Arztstellen geschaffen werden mussten. Der Rationierungsdruck trifft deshalb insbesondere die Pflegekräfte. Es gibt in der

Praxis vielfältige Überlastungsanzeigen aus der Pflege und Rückmeldungen, dass eine bedarfsgerechte Pflege der Patienten auf vielen Stationen nicht mehr möglich sei. In diesem Sinn kann die Verknappung der Personalressourcen als implizite Rationierung bezeichnet werden. Ein aktuelles Beispiel: Ei-



Die Verknappung der Personalressourcen führt zu indirekter Rationierung

ne Patientin wurde nach einer OP nach wenigen Tagen mit Drainagen und damit mit einer hohen Infektionsgefahr entlassen, weil die Station über Ostern zuwenig Pflegepersonal hatte und geschlossen wurde.

Im ambulanten Bereich werden für die einzelnen Ärzte Richtgrößen für Arzneimittelausgaben festgelegt. Überschreiten die Arzneimittelverordnungen des Arztes die vorgesehenen Richtgrößen, muss er Regress zahlen. Dieser wird ihm von seinem Honorar abgezogen. Er ist also allein schon aus betriebswirtschaftlichen Gründen gezwungen, seine Entscheidungen in der Patientenbehandlung auch an diesen Vorgaben zu orientieren. Sowohl aus dem ambulanten als auch dem stationären Bereich gibt es Rückmeldungen, dass Patienten mitgeteilt wird, dass sie bestimmte notwendige medizinische Leistungen selbst zahlen müssen, weil diese nicht von der Krankenversicherung getragen werden. Ein Beispiel aus der Praxis: Bei einer Pati-

entin wurde ein Mammakarzinom in einer Brust festgestellt. Die Ärzte teilten ihr mit, dass ein bestimmtes teures bildgebendes Verfahren dazu dienen könne, genauer abzuklären, ob weitere Tumore vorhanden seien und ob eine anschließende Chemotherapie sinnvoll sei. Dieses Verfahren werde aber durch ihre gesetzliche Krankenkasse nicht bezahlt. Die Kosten von ca. 500 € müsse sie selbst tragen. Die Patientin entschied sich für dieses Verfahren und zahlte. Die Ergebnisse erwiesen sich als ausschlaggebend für die Diagnose weiterer Tumore und die Weiterbehandlung.

Der empirische Nachweis von Rationierungserscheinungen im deutschen Gesundheitswesen ist schwierig. Es existieren nur wenige Studien zu dieser Frage (z. B. Strech et al., 94–109; Boldt/Schöllhorn, A-995–997). Aussagen von niedergelassenen Ärzten und von Ärzten aus dem stationären Sektor sowie von Pflegekräften und Patienten beziehen sich zumeist auf implizite Rationierungsphänomene. Den Akteuren im deutschen Gesundheitswesen stehen keine expliziten Rationierungskriterien zur Verfügung. Eine offene Rationierungsdebatte wird nicht geführt, implizite Rationierung wird sogar tabuisiert. Die Diskussion über Ressourcenknappheit und Rationierung ist im deutschen Gesundheitswesen durch starke Interessensgruppen und gegenseitige Schuldzuweisungen der verschiedenen Gruppen, ihrer Vertreter bzw. Institutionen geprägt.

Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen – eine ökonomische oder eine normative Frage?

Die Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen wird aus Sicht vieler Wissenschaftsdisziplinen diskutiert. Dazu zählen die Gesundheitsökonomie, Medizin, Rechtswissenschaften, Soziologie, Gesundheitswissenschaften, Politikologie sowie auch die Ethik. Die rationale Verteilung von Ressourcen ist eine Grundfrage der Ökonomie. Bei

Gesundheitsleistungen handelt es sich nicht um Ressourcen, die ausschließlich von den individuellen Kaufpräferenzen und der Kaufkraft des Einzelnen abhängen können. Denn Gesundheit bzw. der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ein Gut, das der Einzelne für die Verwirklichung seiner Lebensmöglichkeiten braucht, jedoch u. a. auf

Grund der Kosten etc. nicht selbst sicherstellen kann (außer im Rahmen von Hausmitteln). Der Einzelne ist auf die Kooperation der Gesellschaftsmitglieder angewiesen, um Zugang zu diesem Gut zu erhalten. Das Gesundheitssystem ist aufgrund des spezifischen Charakters des Gutes Gesundheit nicht mit anderen Märkten gleichzusetzen. Denn die Gesundheitsversorgung ist durch ein Marktversagen geprägt. Dieses Marktversagen kann teilweise am marktorientierten Gesundheitssystem der USA mit seinem hohen Prozentsatz von Nicht- und Unterversicherten mit entsprechenden negativen Folgen eindrücklich beobachtet werden.

Es müssen Antworten darauf gefunden werden, nach welchen ethischen Kriterien die vorhandenen Ressourcen gerecht zu verteilen, dem einzelnen Patienten zuzuteilen und unter Umständen auch vorzuenthalten sind. Und es ist zu klären, wer die Entscheidungen über die Zuteilung und ihre Kriterien zu fällen hat.

Die Ethik hat die Frage nach einer gerechten Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen in den letzten 20 Jahren vor allem aus Sicht verschiedener Theorien der Verteilungsgerechtigkeit diskutiert. Es wurden liberalistische, kontraktualistische, egalitaristische Ansätze und Kriterien für die gerechte Ressourcenverteilung und die Rationierung entwickelt. In den letzten Jahren finden sich außerdem anerkennungstheoretische Konzepte sowie Ansätze auf der Basis der Befähigungsgerechtigkeit, wie sie von Martha Nussbaum vertreten wird (z. B. bei Peter Dabrock). Der Rationierungsdiskurs in der Ethik wurde während der letzten Jahre durch einen Priorisierungsdiskurs erweitert. Die verschiedenen Ansätze sind zumeist vorwiegend auf der Makroebene angesiedelt und berücksichtigen weniger die konkreten Akteure, Beteiligten und Kontexte der Verteilungspraxis. Deshalb richtet sich der Fokus im Folgenden auf Ärzte, Pflegende und Krankenhäuser, die als professionelle und organisationale Akteure

eine zentrale Rolle bei der Verteilung und Vorenthaltung von Ressourcen im Gesundheitswesen einnehmen.

Bisherige ethische Reflexion

Die Rolle von Ärzten und Pflegenden bei der Verteilung und Zuteilung von medizinischen und pflegerischen Ressourcen prägt diese Professionen schon immer. Die Ärztin, der Krankenpfleger müssen stets entscheiden, wie viel ihrer begrenzten Zeit und Aufmerksamkeit sie dem einzelnen Patienten widmen und welcher Patient zuerst betreut wird. Dieses Entscheidungsdilemma ist ein genuiner Bestandteil ihrer Professionen. Verschärft wird dieses Dilemma in Katastrophen- und Kriegszeiten

Der Arzt als Verteiler und Zuteiler von medizinischen Leistungen

Basis für die Ressourcenverteilung ist die Indikationsstellung. „In der Regel sind es Ärzte, die festsetzen, ob eine bestimmte Maßnahme durchzuführen vorteilhaft, also ‚indiziert‘ sei. Sie sind die Ressourcenverteiler in Therapie, Diagnostik und Forschung, bestimmt durch komplexe Verhaltensmuster, in welche moralische Institutionen, ihre Auslegung des medizinischen Ethos, psychologische Faktoren sowie die jeweiligen medizinischen und ökonomischen Standards eingehen.“ (Schöne-Seifert, 140) Dazu können auch Rationierungsstrategien gehören.

Über die Rolle des Arztes als Rationierer wird in den USA seit über 25 Jahren diskutiert. Die Rationierung von Gesundheitsleistungen durch den Arzt bei einzelnen Patienten wird in den USA als *bedside rationing* bezeichnet. „Bedside rationing occurs when a physician or other clinician does less than the best for a patient in order to save societal resources.“ (Ubel, 100) Obwohl auch in der amerikanischen Debatte zumeist die Rolle des Arztes betrachtet wird, wird auch häufig der Begriff „clinician“ verwendet. Dieser umfasst auch

aufgrund explodierenden Bedarfs (OP-Kapazitäten, Notaufnahmekapazitäten) bei knappen Ressourcen. Dieses Verteilungsdilemma wird klassischerweise als *Triagesituation* bezeichnet.

Die aktuelle Knappheitssituation in den Gesundheitssystemen kann jedoch nur bedingt mit der Triagesituation verglichen werden. Denn die Ursachen und Systembedingungen für die Ressourcenknappheit sind wesentlich komplexer, und der Ressourceneinsatz und -verbrauch ist für die Akteure nicht direkt nachvollziehbar. So kann ein Arzt, der durch Rationierung Ressourcen einspart, nicht genau nachvollziehen, wofür die eingesparten Ressourcen, z. B. im Krankenhaus, eingesetzt werden und welche Folgen zu erwarten sind.

Pflegende und andere direkt am Patienten klinisch tätige Berufsgruppen. Da jedoch im deutschen Kontext nicht in gleicher Weise der Begriff des Klinikers verwendet wird und die Entscheidungsdominanz des Arztes aufgrund der anderen Hierarchiestruktur der klinischen Berufsgruppen in Deutschland eindeutig überwiegt, wird im Weiteren vorwiegend die Rolle des Arztes/der Ärztin bei Verteilungsentscheidungen berücksichtigt.

Die bislang nur relativ begrenzte wissenschaftliche Debatte über *bedside rationing* in Deutschland ist im Gegensatz zu den USA deutlich jünger. In den USA trat das Phänomen der Rationierung aufgrund der marktwirtschaftlichen Ausrichtung des Gesundheitssystems und der Einrichtung der Health Maintenance Organizations (Gesundheitskonzerne) wesentlich früher auf. Gleichwohl wurde das Phänomen *bedside rationing* im Gesundheitswesen auch in Deutschland von verschiedenen Autoren diagnostiziert. Es gibt einzelne spezifische ethische Analysen zu dieser Thematik (vgl. z. B. Vollmann/Dörries).

Positionen in der US-amerikanischen Debatte über Bedside Rationing

In der Debatte über Bedside Rationing in den USA können fünf verschiedene ethische Positionen ausgemacht werden:¹

Die *restriktive Position*, vertreten unter anderem von E. Pellegrino, M. Angell, N. Levinsky, besagt, dass der Arzt nicht als Rationierer handeln kann. Begründet wird diese Position damit, dass er sich am Wohl des Patienten auszurichten und als unabhängiger Anwalt des Patienten zu agieren habe. Eine gerechte Gesellschaft brauche diese Rolle des Arztes. Er dürfe nicht nutzlose Therapie- oder Diagnoseverfahren anbieten. Bedside Rationing sei nicht gerechtfertigt, da genügend Ressourcen für das Gesundheitssystem zur Verfügung ständen. Ressourcen für Luxusgüter (wie z. B. Rauchen) könnten für das Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt werden. Die Rolle des Arztes als Rationierer würde die Fundamente der Arzt-Patient-Beziehung als Treue- und Vertrauensverhältnis zerstören.

Die *zurückhaltende Position* ist durch die Überzeugung gekennzeichnet, dass die Gesellschaft als Ganzes die Ärzte von sozialen Pflichten entbinden sollte, die eine Verteilung im Sinne der Gesamtgesellschaft implizieren. Durch die ihnen zugeschriebene Ausnahmerolle könnten Ärzte als Anwälte für ihre Patienten agieren, weil dieses Handlungsschema in Analogie zum Anwalt im Strafprozess, der seinen Mandanten verteidigt und ihm loyal gegenüber ist, gleichzeitig der Gesellschaft diene. Beschränkungen und Kriterien der Verteilung sollten durch die Mitglieder der einzelnen Krankenversicherungen entwickelt werden. Hintergrund dieser Position, die durch R. Veatch vertreten wird, ist ein mehrstufiges Verteilungsmodell, das von

- einer egalitaristischen Verteilungsoption ausgeht,
- eine allgemeine Kriterienentwicklung auf der Makroebene der Gesellschaft vorsieht und

- die spezifische Kriterienentwicklung der Versicherungsgemeinschaft zuordnet.

Die Anwendung der Verteilungs- und gegebenenfalls Rationierungskriterien erfolgt durch einen Beauftragten der Versicherungsgemeinschaft, der nicht in einem direkten Verhältnis zu den Patienten steht. Der Arzt ist damit von der Rationierungsrolle entbunden.

Eine *mittlere Position* wird u. a. von N. Daniels vertreten. Er vertritt und begründet die Auffassung, dass der Arzt eine limitierte Anwaltsrolle einnehmen könnte. Limits für seine Verteilungsentscheidungen seien ethisch legitimierbar, wenn sie durch Gerechtigkeitskriterien begründet werden. Es müssten explizite, konsensuale Entscheidungen sein, wie etwa im National Health Service in Großbritannien (Altersbeschränkungen für bestimmte Therapieverfahren). Der Arzt müsse wissen, wo die eingesparten Ressourcen besser verwendet werden.

Ethische Bewertung der Positionen

Die verschiedenen Positionen zeigen eine Vielfalt unterschiedlichster Argumentationstypen: Sie reichen von medizinethischen Begründungen, über gesundheitssystemische, gesundheitsökonomische und pragmatische Argumente bis zu Begründungsstrategien auf der Basis von Gerechtigkeitstheorien. Im Zentrum der medizinethischen Betrachtung steht das dualistische Arzt-Patient-Verhältnis. Auffallend an dieser Position ist, dass sie trotzdem nur unzureichend berücksichtigt, dass der Arzt gleichzeitig im Verhältnis zu mehreren Patienten steht und sich auch hier Loyalitätskonflikte ergeben, und dass er häufig Mitarbeiter einer Organisation ist, deren Interessen und Normen er zugleich zu verfolgen hat (normative Mehrfachbindung). Problematisch er-

Die *eher befürwortende Position* von P. Ubel und P. Menzel ordnet dem Arzt eine aktive Rolle bei der Rationierung zu. Nach Meinung der Autoren kann der Arzt Maßnahmen, die nur einen geringen bzw. marginalen Nutzen haben, dem Patienten vorenthalten. Diese Argumentation basiert vorwiegend auf einer Nutzenprüfung einzelner Maßnahmen und daraus folgenden Nutzen-Kosten-Abwägungen. Hier überwiegen utilitaristische und pragmatische Begründungsstrukturen.

Die *zustimmende Position* sieht vor, dass der Arzt soziale Pflichten zu erfüllen habe, indem er Ressourcen zugunsten des Gemeinwohls einspart und die Rolle des Rationierers übernimmt. Von den Vertretern dieser Position wird dem Arzt die Pflicht zugeschrieben, der Gesellschaft durch Rationierung am einzelnen Patienten zu dienen. Das Wohl der Gesellschaft stehe höher als das Individualwohl. Diese Position wird von keinem Vertreter in der Bedside Rationing Debatte explizit genannt, sondern ist in der allgemeinen Rationierungsdiskussion anzutreffen.

scheint außerdem das Argument, dass die Ressourcen für das Gesundheitssystem ausgedehnt werden könnten, wenn an anderer Stelle auf bestimmte Güter verzichtet würde. Zwar erscheint dies möglich und vielleicht sinnvoll, doch ist dabei nicht genügend berücksichtigt, dass die Knappheitssituation im Gesundheitswesen auch bei Ausdehnung der Ressourcen bestehen bleiben würde, da Ressourcen grundsätzlich knapp sind und andere Faktoren einem Ende der Knappheit entgegenstehen (z. B. demographische Entwicklung, medizinischer Fortschritt, gleichrangige Bedürfnisse). Außerdem ver-

¹ Für die einschlägigen Veröffentlichungen der im Folgenden genannten Autoren siehe Literaturverzeichnis.



nachlässigt diese Position die Frage der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen.

Adäquater zur Klärung der Problemstellung sind deshalb Ansätze, die die besondere ethische Qualität der Arzt-Patient-Beziehung mit einem Begründungsansatz aus der gerechtigkeits-theoretischen Perspektive verbinden. Zu nennen wären hier unter anderem die Ansätze von Daniels und Veatch. Die „limitierte Anwaltsrolle“ befreit den Arzt von dem Zwang, eigene Rationierungskriterien zu entwickeln und ermöglicht transparente Rationierungsentscheidungen, die konsensual begründet sind. Hier wären allerdings die genauen Grenzen und die Freiräume der Anwaltsrolle zu beschreiben.

Die Argumentation nach dem Nutzenprinzip ist insoweit ethisch legitimierbar, als sie eine Nutzenüberprüfung medizinischer Maßnahmen erfordert. Die Bewahrung der Patienten vor unnötigen Maßnahmen trägt zum Patientenschutz bei und dient der Rationalisierung. Gleichzeitig stellt sich das Problem der Nutzenbewertung. Der medizinische Nutzen einer Maßnahme kann nicht vom Individuum getrennt beurteilt werden. Demnach ist eine individuelle Nutzendefinition notwendig. Eine reine Verteilung nach dem Nutzenprinzip ist aus der Sicht der Verteilungsgerechtigkeit jedoch unzureichend. Auch hier ist eine gerechtigkeits-theoretische Erweiterung notwendig.

Die zustimmende Position berücksichtigt in keiner Weise die besondere ethische Qualität des Arzt-Patient-Verhältnisses. Zusätzlich würden diverse Normen der prozeduralen Gerechtigkeit verletzt (Transparenz, Partizipation, konsensuale Entscheidungsfindung). Die deutsche Allgemeinposition lässt sich als Mittelposition einordnen. Allerdings argumentieren auch einige Vertreter für eine uneingeschränkte Anwaltsrolle des Arztes. Auffällig ist, dass im deutschen Kontext die ärztliche Therapiefreiheit wesentlich stärker betont wird als im amerikanischen Kontext.



In Deutschland wird die ärztliche Therapiefreiheit besonders stark betont

Die Analyse der Positionen ergibt u. a., dass die Frage nach der ethischen Rechtfertigung und Begrenzung der Rolle des Arztes als Rationierer von Gesundheitsleistungen weder auf der Ebene des dualen Arzt-Patient-Ver-

Die medizinethische Dimension

Maßgebend für die medizinethische Reflexion sind u. a. die zentralen ethischen Prinzipien

- der informierten Selbstbestimmung,
- des Patientenwohls,
- des Nichtschadensprinzips und
- der Gerechtigkeit.

Die medizinethische Perspektive stellt das Arzt-Patient-Verhältnis in den Mittelpunkt. Es sollte geprägt sein durch Vertrauen, Kooperation und Sorge für das Wohl des Patienten.

Durch die veränderten Rahmenbedingungen ist das Arzt-Patient-Verhältnis besonders herausgefordert und unter Umständen auch gefährdet. Der Arzt muss die ökonomischen Rahmenbedingungen in sein Handeln einbeziehen. Rationalisierungsmaßnahmen können dazu beitragen, nur notwendige Ressourcen einzusetzen und den Patienten vor einer Überdiagnostik und Übertherapie zu bewahren. So verstandene Rationalisierung ist aus Sicht des Patientenwohls und des Nichtschadensprinzips höchst sinnvoll. Dabei ist allerdings zu überprüfen, durch welche impliziten Normen, Krankheitsbegriffe, Menschenbilder etc. die Rationalisierungsmaßnahmen geprägt sind. Jede Rationalisierungsmaßnahme bedarf einer kritischen Analyse, damit sie nicht implizite Rationierungsstrategien enthält. Dazu gehören u. a. der Abbau von interaktionsintensiven Leistungen wie Beratung und Begleitung durch verschiedene Professionen.

hältnisses noch auf der Ebene sozial-ethischer Gerechtigkeitstheorien allein beantwortet werden kann. In allen Positionen wird zudem die organisationsethische Ebene nicht beachtet. Im Folgenden soll mit Hilfe einer mehrdimensionalen ethischen Analyse das Problem näher erschlossen werden (vgl. Kostka, 2008).

Implizite Rationierung kann in der Praxis bedeuten, dass dem Patienten Maßnahmen nicht verordnet werden mit der Erklärung, diese Maßnahmen seien medizinisch nicht notwendig. Eine solche Form der Verschleierung durch klinische Akteure ist aus ethischer Sicht bedenklich. Zum einen liegt hier u. a. eine Verletzung des Nichtschadenprinzips und des Patientenwohls vor, zum anderen wird die Autonomie des Patienten beschränkt.



Grundlage ist die umfassende Transparenz für den Patienten

Wenn er keine vollständige Information über alle Therapiemöglichkeiten erhält, ist die Aufklärung unvollständig und unrichtig, und er kann keine informierte Entscheidung treffen bzw. sich nicht selbst für einen erweiterten Ressourceneinsatz einsetzen. Es entsteht eine neue Form des Paternalismus.

Rationierung ist die ultima ratio in einem Gesundheitssystem. Die Rationierungskriterien müssten sowohl für den Patienten als auch für den Arzt bekannt und transparent sein. Sowohl dem Patienten als auch dem Arzt müssten Möglichkeiten und Verfahren zur Verfügung stehen, bei einer Rationierungsentscheidung, die von einer oberen Ebene vorgegeben wird, Einspruch zu erheben (Appeal Court). Aus medizinethischer Sicht ist eine beschränkte Anwaltsfunktion des Arztes, die er aus-

übt, indem er aufgrund gesellschaftlich legitimer Kriterien rationiert, zu befürworten. Sie würde das besondere Arzt-Patient-Verhältnis schützen und den Arzt zugleich von der individuel-

len Rationierungsentscheidung entlasten. Sinnvoll ist dabei eine Gatekeeperfunktion des Hausarztes. Ein weiterer Ort der Patientenversorgung ist das Krankenhaus.

informieren und damit auseinandersetzen können (z. B. zum Thema Behandlungsabbruch und Patientenverfügung). Vor dem Hintergrund des Subsidiaritätsprinzips hat das Krankenhaus sich an höhere Ebenen zu wenden (z. B. an die Kostenträger, politische Institutionen), wenn es organisationale und professionelle Konflikte, die aufgrund der Rahmenbedingungen entstehen, nicht allein lösen kann. Das Krankenhaus ist mit Blick auf das Patienten- und Mitarbeiterwohl sowie auf seine system-ethische Verantwortung nicht berechtigt, diese Konflikte zu verschleiern, zu tabuisieren oder an die einzelnen Professionellen zu delegieren.

Die organisationsethische Dimension

Krankenhäuser sind als Organisationen verpflichtet, vorrangig das Patientenwohl zu berücksichtigen. Daneben müssen sie sich auch am Mitarbeiterwohl orientieren. Eine durch Einsparungserfordernisse begründete einseitige Belastung des verbleibenden Personals ist aus organisationsethischer Sicht nicht vertretbar. Gleichzeitig kann aber das Krankenhaus als Organisation dieses Dilemma in vielen Fällen nicht selbst lösen. Im Sinne des Mitarbeiterwohls kann es daher notwendig sein, bei den Kostenträgern auf diese Problematik aufmerksam zu machen und sich mit anderen Krankenhäusern für eine Veränderung der Rahmenbedingungen einzusetzen.

Wenn Rationierungsentscheidungen in der konkreten Patientenversorgung notwendig sind oder Verteilungskonflikte auftreten, dürfen diese nicht auf den Arzt abgeschoben werden. Es gilt, den einzelnen professionellen Akteur (auch die Pflegekraft) von dieser Entscheidung zu entlasten. Die professionellen Akteure müssen auf gesellschaftlich und organisational legitimierte Kriterien zurückgreifen können. Das Krankenhaus ist als Organisation verpflichtet, die Verfahren und Kriterien der Rationierung transparent zu gestalten. Als einzelner Akteur ist es allerdings mit der Gestaltung von ethisch begründeten Rationierungsregeln überfordert. Die Entscheidungen über solche Regeln müssen auf der Makroebene getroffen werden. In der Umsetzung muss sich das einzelne Krankenhaus dann an den prozeduralen Verfahrensregeln und inhaltlichen Kriterien orientieren, die auf der Makroebene festgelegt worden sind.

Grundsätzlich sollte das Krankenhaus als Organisation die Patienten und Mitarbeitenden über die Entscheidungsbedingungen in der Ressourcenverteilung informieren. Es sollten Strukturen und Gremien im Krankenhaus geschaffen werden, in denen strittige Fälle interdisziplinär diskutiert und abgewogen und Entscheidungsleitlinien für die Ressourcenverteilung unter Mitwirkung der Betroffenen entwickelt werden können.

In der Organisation sollten grundsätzlich Strukturen (z. B. Ethikkomitee) und Räume geschaffen werden, in denen sich die Leitung, Mitarbeitende und Patienten über ethische Themen

Im Blick auf die Rationierungsdebatte und die ethische Reflexion des Gesundheitswesens unter der Gerechtigkeitsforderung ist festzustellen, dass die organisationsethische Dimension im deutschsprachigen Raum bislang kaum reflektiert und untersucht wurde. Hier besteht ein großes Forschungsdesiderat (vgl. Kettner/May, 209–219).

Die system-ethische Dimension

Normatives Leitziel des Gesundheitswesens ist die Sicherung des Gutes Gesundheit und der dafür erforderlichen Leistungen und Strukturen. Eine Ursache für die damit verbundenen Schwierigkeiten ist eine dominierende pathologische und akutmedizinische Orientierung des Gesundheitswesens. Diese führt in verschiedenen Fällen dazu, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen nicht optimal versorgt sind und die Prävention von Gesundheitsstörungen eine eher untergeordnete Rolle spielt, mit entsprechenden negativen Folgen für die Betroffenen. Diese Praxis steht jedoch im Widerspruch zu dem Befähigungsanspruch des Gesundheitswesens.

Aus system-ethischer Sicht ist deshalb zu fordern, dass die Ziele und die leitenden Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffe und Menschenbilder, die dieser Praxis zugrunde liegen, hinter-

fragt und entsprechend modifiziert werden. Notwendig sind sowohl ein Wandel hin zu einer salutogenen Perspektive als auch eine deutlichere Stärkung des Individuums im Umgang mit der eigenen Krankheits- und Gesundheitssituation sowie mit der Beeinflussung der sozialen Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken (Verhältnisprävention). Eine weitere Tendenz ist die Abschiebung sozialer Problemlagen (z. B. Vereinsamung) auf das Gesundheitswesen durch die Gesellschaft. Daraus resultiert eine Überforderung des gesetzlichen Krankenversicherungssystems (GKV).

Sinnvoll und ethisch geboten ist eine grundsätzliche Überprüfung der verschiedenen GKV-Leistungen auf die Frage hin, inwieweit sie zur Befähigung der Einzelnen zu einem Leben in Gesundheit beitragen. Eine solche Überprüfung muss im Rahmen eines



ausführlichen Konsultationsprozesses mit verschiedensten Akteuren erfolgen, wobei auch die Knappheitssituation in Betracht zu ziehen ist. An dem Prozess müssen sich nicht nur medizinische Leistungserbringer und Kassenvertreter, sondern auch Versichertenvertreter, Patientengruppen und verschiedene andere relevante Gruppen beteiligen können (Beteiligungsgerechtigkeit).

Fazit: *Die sozialetische Dimension*

Aus sozialetischer und medizinethischer Sicht ist es nicht zu legitimieren, Ärzten und Pflegenden die Rolle der gesellschaftlich beauftragten Rationierer zuzumuten. Wenn Rationierung wirklich notwendig ist, darf sich die Gesellschaft der Aufgabe, „tragic choices“ vorzunehmen, nicht entziehen. Aufgabe und Verantwortung der Gesellschaft wäre es,

- Kriterien und Verfahren für diese Entscheidungen zu entwickeln und zu legitimieren, um für Ärzte, Pflegende und Patienten Rahmenbedingungen zu setzen, in denen diese Kriterien umgesetzt werden können, ohne dass das individuelle Arzt/Pflegenden-Patient-Verhältnis massiv beeinträchtigt wird,
- die Eigenverantwortung und Solidarität zu stärken und zu entscheiden, in welchem Umfang die medizinische Versorgung durch die Gesellschaft abzusichern ist.

Der dazu notwendige Diskurs sollte durch die Kirche, die theologischen Fakultäten, insbesondere durch die Sozialetik und die verbandliche Caritas mitinitiiert und unterstützt werden. Gemeinsam könnten dafür entsprechende Räume geschaffen werden.

Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass vulnerable Gruppen besonders schnell von Rationierung betroffen

KURZBIOGRAPHIE

PD Dr. Ulrike Kostka (*1971), Theologin und Gesundheitswissenschaftlerin, Leiterin der Abteilung Theologische und verbandliche Grundlagen sowie des Präsidenten- und Vorstandsbüros beim Deutschen Caritasverband in Freiburg; Privatdozentin für Moralthologie an der Universität Münster, Forschungsschwerpunkte: Bioethik, Ethik des Gesundheits- und Sozialwesens, Ethische Fragen des Sozialstaates.

sind – seien es ältere, kranke, behinderte Menschen oder Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen. Im Sinne der Option für Benachteiligte sollte sich die christliche Sozialetik als Wissenschaftsdisziplin stärker mit diesen Fragen auseinandersetzen und die Rechte dieser Menschen im Gesundheitswesen begründen und vertreten.

LITERATUR

- Angell, M.: The doctor as double agent, in: Kennedy Institute of Ethics Journal 3/3 (1993), 279–286
- Boldt, J./Schöllhorn, T.: Rationierung ist längst Realität. Ergebnisse einer Fragebogenaktion auf deutschen Intensivstationen, in: Deutsches Ärzteblatt 105 (2008), A-995–997.
- Daniels, N.: The ideal advocate and limited resources, in: Theoretical Medicine 8 (1987), 69–80.
- Dyer, A. R.: Should Doctors cut costs at the bedside?, in: Hastings Center Report 16/1 (1986), 5–8.
- Hurst, S. et al.: Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing: Data from Europe, in: Journal of General Internal Medicine 21/11 (2006), 1138–1143.
- Kettner, M./May, A.: Organisationsethik – Das nächste Paradigma im Gesundheitswesen?, in: Brand, A. et al. (Hg.), Individuelle Gesundheit versus Public Health? Münster 2002, 209–219.
- Kostka, U.: Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und in der Transplantationsmedizin. Mehrdimensionale Handlungsfelder als systematische und normative Herausforderung für die Bioethik und Theologische Ethik, Basel 2008.
- Levinsky, N. G.: The Doctor's Master, The New England Journal of Medicine 311/24 (1984), 1573–1575.
- Menzel, P. T.: Double Agency and the Ethics of Rationing Health Care: A Response to Marcia Angell, in: Kennedy Institutes of Ethics Journal 3/3 (1993), 287–292.
- Pellegrino, E. D.: Allocation of Resources at the Bedside. The Intersections of Economics, Law, and Ethics, in: Kennedy Institute of Ethics Journal 4/4 (1994), 309–317.
- Schöne-Seifert, B.: Verantwortungsprobleme in der medizinischen Mikroallokation, in: Sass, H.-M. (Hg.), Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische und ordnungspolitische Einflussfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin u. a. 1988, 140.
- Strech, D. et al.: Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie, in: Ethik in der Medizin 20 (2008), 94–109.
- Ubel, P.: Pricing Life. Why it's time for health care rationing, Cambridge/London, 2000.
- Ubel, P./Arnold, R. M.: The unbearable Rightness of Bedside Rationing. Physicians Duties in a Climate of Cost Containment, in: Archives of Internal Medicine 155/17 (1995), 1873–1842.
- Veatch, R.: Allocation Health Resources Ethically: New Roles for Administrators and Clinicians, in: Frontiers of Health Services Management 8 (1991), 3–44.
- Vollmann, J./Dörries, A.: Dem einzelnen oder dem Ganzen verpflichtet? Ethische Überlegungen zur ärztlichen Verantwortung, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 90 (1996), 527–532.



Michael H. Freitag



Was ist wirklich medizinisch notwendig?

Die Priorisierungsdebatte im deutschen Gesundheitswesen

Um in einem solidarisch getragenen Gesundheitsversorgungssystem die jeweils notwendigen Leistungen für alle Mitglieder in ausreichendem Maße anbieten zu können, muss sich das System auf die tatsächlich notwendigen Leistungen beschränken und diese entweder allen zugänglich machen oder die Zugangsmöglichkeiten gerecht verteilen. Der folgende Beitrag stellt das Konzept der Priorisierung vor, bei dem unter Zuhilfenahme transparenter Kriterien die Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen festgestellt und entsprechende Rangfolgen gebildet werden sollen.

Der medizinische Fortschritt sowie die Alterung der Gesellschaft führen zu einer als relative Ressourcenknappheit wahrgenommenen ökonomischen Situation im Gesundheitswesen. Dieses Phänomen trifft nicht nur für Deutschland zu, sondern charakterisiert in verschiedenen Ausprägungen die Lage in allen Ländern der Welt. Die Knappheit ist auf der einen Seite durch den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen bedingt, der zu wachsenden Ausgaben für die Gesundheitsversorgung führt, sowie durch die stagnierenden Einnahmen auf der anderen Seite. Aufgrund des demographischen Wandels mit niedriger Geburtenrate und gleichzeitig steigender Lebenserwartung kommt es zu einer relativen und absoluten Zunahme von älteren Menschen. Im Alter nehmen insbesondere chronische Erkrankungen, Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und somit auch der Bedarf an medizinischer Versorgung zu. Gleichzeitig kommen aber auch durch den medizinischen Fortschritt immer wieder neue Behandlungsmöglichkeiten hinzu bzw. bereits etablierte Behandlungsmöglichkeiten werden in wachsendem Maße auch älteren Menschen

zugänglich, weil diese – erfreulicherweise – in immer höherem Lebensalter noch einen guten Gesundheitszustand aufweisen und so auch noch von diesen Maßnahmen profitieren können. In diesem Zusammenhang wird es immer schwieriger, auch in Zukunft eine angemessene, bedarfsgerechte und bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. In Deutschland wie auch in anderen Ländern kommt es daher zu einer Ausweitung der medizinisch, ethisch, interdisziplinär und zuletzt auch öffentlich geführten Diskussion über die Notwendigkeit, innerhalb der Gesundheits- und Krankenversorgung Prioritäten zu setzen, d. h. Rangfolgen von Leistungen anhand ihrer Notwendigkeit zu bilden (vgl. Fuchs et al. 2009).

Ulmer Papier 2008

Auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Mai 2008 in Ulm wurde das Thema Rationierung explizit in den Vordergrund gestellt. Die gesundheitspolitischen Leitsätze der deutschen Ärzteschaft wurden im Ulmer Papier zusammengefasst und verabschiedet (vgl. Ulmer

Papier 2008). Darin wird erneut klargestellt, dass bereits heute Rationierung in einer impliziten Form in Deutschland stattfindet, z. B. in Form von Budgets und festgelegten Regelleistungsvolumina. Dies mache sich u. a. durch Wartelisten bemerkbar. Insbesondere für bestimmte zeitintensive Tätigkeiten wie Hausbesuche oder palliative Versorgung verbleibe dadurch keine ausreichende Zeit. Die Zuspitzung der Situation durch eine weitere Steigerung des Bedarfs an medizinischer Versorgung und weiterhin kontinuierlichen medizinischen Fortschritt mache es absehbar, dass die Rationalisierungsréserven in Zukunft nicht ausreichen, um mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen auszukommen.

Von der Politik werden daher folgende Maßnahmen gefordert: Die Gesundheitsversorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung solle bedarfsorientiert erfolgen, d. h. unabhängig von finanziellen Erwägungen. Die Abweichung der tatsächlichen Versorgungssituation von den nach wissenschaftlichen Kriterien erwünschten Standards müsse offen gelegt werden, um so die bereits jetzt stattfindende Rationierung transparent zu machen.



Die Diskrepanz zwischen der ärztlichen Sorgfaltspflicht mit haftungsrechtlich geforderten Mindeststandards und dem Wirtschaftsdruck mit den entsprechenden sozialrechtlichen Einschränkungen durch Budgets müsse offen gelegt, und es müssten entsprechende Konsequenzen gezogen werden.

Beim Ärztetag in Ulm wurde insbesondere die Verantwortungsübernahme für die bereits bestehende Rationierung abgelehnt. Ärzte seien gemäß ihrem Selbstverständnis für Diagnostik und Therapie verantwortlich, nicht aber für die „Bereitstellung und Begrenzung der dafür notwendigen materiellen Mittel“. Die Politik solle im öffentlichen Diskurs festlegen, welche Krankheiten bei begrenzten Mitteln zu behandeln seien.

In der hitzig geführten Rationierungsdebatte erscheint es angebracht, mögliche Lösungsansätze wissenschaftlich abzuleiten und zu beschreiben. In einigen Ländern hat die Rationierungs- und Priorisierungsdiskussion bereits eine längere Geschichte, insbesondere in Schweden, Norwegen, in den Niederlanden und in Großbritannien. Zur Klarstellung sollen hier noch einmal die Hintergründe und der aktuelle Forschungsstand zusammengefasst werden. Insbesondere Ansätze zur Entwicklung entsprechender Kriterien und zu deren Einschätzung von Laien und Experten sollen dabei beleuchtet werden.

Sozialrechtlicher Hintergrund

Das Sozialgesetzbuch V formuliert im § 12 (Wirtschaftlichkeitsgebot), dass die erbrachten Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Darüber hinaus wurde im § 35b Abs. 1 SGB V geregelt, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt werden kann, den Nutzen oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln zu prü-

fen. Die Bewertung soll auf der Grundlage der in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie erfolgen. Im Gesetzestext wird zudem festgelegt, dass, neben einer Verpflichtung zur öffentlichen Berichterstattung gemäß § 139a, sachverständigen Personen, Vertretern der Pharmaindustrie sowie Patientenvertretern¹ die Möglichkeit zu Stellungnahmen eingeräumt werden soll, und dass diese in die jeweiligen Entscheidungen mit einbezogen werden sollen.

Da es de facto noch keine entsprechenden internationalen Standards gibt, sind die Methoden des IQWiG in Fachkreisen umstritten. Nach Veröffentlichung des ersten Methodenentwurfs des IQWiG wurden insgesamt 46 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen, Herstellern und Privatpersonen eingereicht. Insbesondere die

Nichtberücksichtigung des sogenannten QALY-Konzeptes², das auch einen Vergleich zwischen verschiedenen Gebieten und Indikationen und somit die Möglichkeit zur Priorisierung erlaubt hätte, wurde kritisiert. In der Würdigung der Stellungnahmen seitens des Instituts und der überarbeiteten Version 1.1 des Methodenentwurfs vom 09.10.2008³ wurde an der ursprünglich gewählten Methode der Effizienzgrenzen festgehalten und darauf hingewiesen, dass es sich dabei um einen Ansatz zur Höchstbetragsfestsetzung handle, der nicht per se als Entscheidungsregel für Ressourcenallokationsentscheidungen im Gesundheitssystem gedacht sei. Das IQWiG weist explizit darauf hin, dass die Methodik unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht die Aufgabe hat, sich mit einer Priorisierung im gesamten Gesundheitswesen zu befassen.⁴

Übersorgung und Rationalisierungsreserven

Eine Gesundheitsversorgung, die den notwendigen Bedarf abdeckt, dabei aber unterhalb des maximal Möglichen zurückbleibt, ist nach § 12 SGB V sozialrechtlich erwünscht und stellt somit keine Rationierung dar. Insofern ist es polemisch zu behaupten, dass „Ratio-

nierung immer dann stattfände, wenn nicht jeder Bürger die gleiche Versorgung erhielte wie der Bundeskanzler“ (Breyer 2005). Tatsächlich ist es schwierig, eine angemessene Versorgung objektiv zu definieren. 1996 waren 59%, zwei Jahre später sogar 73% der an

¹ Im Gesetzestext (§139a) sind explizit erwähnt: Sachverständige der medizinischen, pharmazeutischen und gesundheitsökonomischen Wissenschaft und Praxis; Arzneimittelhersteller; die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und für die Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen; die Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten.

² QALY = quality-adjusted life year. Darin werden sowohl die Lebenserwartung als auch die Lebensqualität verrechnet und eine Summe gebildet.

³ Alle Dokumente abrufbar unter <http://www.iqwig.de/index.805.html> (abgerufen am 22.10.2008)

⁴ Im Methodenpapier 1.1 heißt es in der Präambel: „Da das deutsche Gesundheitswesen keiner festgesetzten nationalen Budgetierung unterliegt, unterscheidet sich die Ausgangslage für derartige gesundheitsökonomische Bewertungen in Deutschland von der anderer Gesundheitssysteme: Sie beinhaltet weder eine Festlegung von Prioritäten für die Mittelverwendung über das gesamte Gesundheitssystem hinweg, noch werden die damit verbundenen Austauschbeziehungen (Trade-off) bezüglich des Ressourcenverbrauchs und der Effektivität berücksichtigt. Stattdessen wird von der Gesetzgebung, wie sie vom IQWiG interpretiert wird, ein enger gefasstes Ziel verfolgt, nämlich einen Höchstbetrag festzulegen, zu dem eine überlegene Gesundheitstechnologie *in einem gegebenen Indikationsbereich* auch weiterhin erstattet werden sollte. Dieser Höchstbetrag stellt für den GKV-Spitzenverband die Obergrenze für den erzielten Nutzen dar.“



zwei Umfragen teilnehmenden Ärzte der Auffassung, dass in Deutschland eine implizite Rationierung stattfindet (vgl. Beske et al. 1997a und Kern et al. 1999), ein Zustand, der mit großer Mehrheit bemängelt wurde. Die subjektive Perspektive der Ärzte sowie die unterschiedliche Interpretation des Begriffes der Rationierung (submaximale Versorgung im Vergleich zu „der des Bundeskanzlers“ versus Verteilung bzw. Vorenthalten von als notwendig erachteten Leistungen) schränkt allerdings die objektive Aussagekraft und die Vergleichbarkeit dieser Angaben ein.

Zur Vermeidung von Rationierung wird grundsätzlich zunächst die Rationalisierung der medizinischen Versorgung verlangt. Dazu gehört neben der Erhöhung der Effizienz durch Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere das Streichen von Überflüssigem. In einer Umfrage unter Ärzten aus dem Jahre 1996 waren 94,9% der Ärzte davon überzeugt, dass es noch Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen gebe (Beske et al 1997) und 90% der Antwortenden waren zu diesem Zeitpunkt der Auffassung, dass sogar Leistungen

aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen werden könnten (Beske et al. 1997a). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen⁵ hat in seinem Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit diese Einschätzung bestätigt und auf die bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland hingewiesen (Sachverständigenrat 2002). Es darf somit angenommen werden, dass es neben einer bereits praktizierten impliziten Rationierung gleichzeitig auch noch Rationalisierungsmöglichkeiten gibt.

Individuelle Gesundheitsleistungen und Vorsorgeuntersuchungen

In Deutschland können Leistungen, deren Wirksamkeit nicht belegt ist bzw. die über den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, im Rahmen sogenannter Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten werden. Umfang und Form dieser Angebote können allerdings zu berufsethischen Konflikten führen, z. B. dann, wenn die Leistungen als notwendig dargestellt oder gar den Patienten aufgedrängt werden. Die Bundesärztekammer hat sich daher mit dem Thema befasst, die Individuellen Gesundheitsleistungen definiert und das Angebot als ärztliche Leistung von der Beachtung bestimmter Gebote abhängig gemacht. Demnach sind Individuelle Gesundheitsleistungen ärztliche Leistungen, die

- generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der GKV unterliegen,
- aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind und
- von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht werden.

Zu den Voraussetzungen für das Erbringen von Individuellen Gesundheitsleistungen gehört beispielsweise, dass der Arzt die Leistungen nicht aktiv bewirbt, sondern die betreffen-

den Patienten neutral darüber aufklärt, dass die Leistungen über das Maß des Notwendigen hinaus angeboten werden und daher privat finanziert werden müssen.⁶

Gerade im Bereich der Vorsorge ist die Finanzierung einer Überversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung aus verschiedenen Gründen abzulehnen. Im Zusammenhang mit präventiven Untersuchungen für Führungskräfte von Großunternehmen sowie anderen zahlungskräftigen Personen („Manager-Check-Ups“ bzw.

„Executive Physicals“) wurde kürzlich im New England Journal of Medicine (vgl. Rank 2008) auf drei Probleme der nicht-indizierten Vorsorgeuntersuchungen hingewiesen („Bad medicine on three counts“):

- die mangelnden Wirksamkeitsnachweis der einzelnen Untersuchungen und das Potential, dem Untersuchten sogar zu schaden,
- die unverhältnismäßig hohen Kosten,
- den Gerechtigkeitsaspekt im Hinblick auf soziale Ungleichheiten.

Wie gehen wir mit Mittelknappheit um?

Es besteht Einigkeit darüber, dass Rationalisierungsreserven allein nicht ausreichen werden, um trotz Mittelknappheit die gesundheitliche Versorgung in der gegebenen Tiefe und Breite aufrecht zu erhalten. Nun könnte man argumentieren, dass solche Befürchtung bereits vor zehn Jahren geäußert wurden und sich die Mittelknappheit bisher doch offensichtlich kompensieren ließ. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass

- erstens keine objektiven Analysen zur Versorgungssituation im zeitlichen Verlauf und zur geo-

graphischen Verteilung vorliegen und

- zweitens möglicherweise ein erheblicher Teil durch Arbeitsverdichtung und sinkende Reallöhne der Fachkräfte ausgeglichen wurde.

Durch letzteres ist aber ein Absinken der Berufszufriedenheit und ein sich

⁵ Heute „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ genannt.

⁶ Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages 2006 in Magdeburg.

weiter zuspitzender Fachkräftemangel zu befürchten⁷.

Explizite und somit transparente Leistungsbegrenzungen wären ethisch betrachtet zwar den impliziten vorzuziehen (vgl. Marckmann 2007) und werden wie oben erwähnt auch von der Ärzteschaft gefordert, sie sind aber in Deutschland für die Politik weiterhin ein Tabuthema.

In einer qualitativen Interviewstudie untersuchten Strech und Kollegen (2008) den Umgang von leitenden Ärzten auf Intensivstationen und in der interventionellen Kardiologie mit der Ressourcenknappheit. Als relevante Kriterien bei Allokationsentscheidungen wurden medizinische Kriterien (Prognose, Nutzen, Risiken), Kosteneffektivität, Alter, Compliance und sozialer Beitrag, nicht jedoch die Eigenverantwortung des Patienten genannt. Interessanterweise gibt es auch bei dieser aktuell durchgeführten Studie sehr divergierende Aussagen darüber, ob in dem untersuchten Bereich der Hochleistungsmedizin derzeit tatsächlich eine relevante Leistungsbegrenzung stattfindet oder nicht. Tatsächlich sind zuverlässige Daten zum Angebot an Primär- und Sekundärversorgung im ländlichen versus städtischen Raum in Deutschland nicht verfügbar, somit fehlen bislang Informationen zu den objektiven Auswirkungen der Mittelknappheit

Priorisierung in der Medizin

Die bei der Bundesärztekammer angesiedelte „Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten“ (Zentrale Ethikkommission) hat in ihren beiden Stellungnahmen zur Priorisierung aus den Jahren 2000 und 2007 zu einer öffentlichen Diskussion über Priorisierung in der Medizin aufgerufen. Die Zentrale Ethikkommission versteht darunter „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patienten-

gruppen oder Verfahren vor anderen“. Die Priorisierung sei von der Rationierung abzugrenzen und müsse dieser vorausgehen.

Im Untertitel der ersten Stellungnahme wurde die Frage gestellt: „Müssen und können wir uns entscheiden?“ Interessant ist dabei die Frage nach dem Subjekt: Ist die Gesellschaft als Ganzes gefordert, sind es die einzelnen Experten oder können sich die Bürger oder potentielle Patienten jeweils selbst entscheiden? Die Zentrale Ethikkommission empfiehlt einen gesellschaftlichen und politischen Diskurs unter „Berücksichtigung der Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller potenziell Beteiligten“ sowie die Einrichtung einer nationalen Prioritätenkommission („Gesundheitsrat“). Als nächste Aufgaben stünden an, vorrangige Versorgungsziele, Gesundheitsstörungen, Leistungen und Indikationen zu defi-

nieren und darüber zu entscheiden, ob eher Leitlinien oder verbindliche Richtlinien angestrebt und wie die Bürger in diesen Entscheidungsprozess mit einbezogen werden sollten.

In ihrer zweiten Stellungnahme hat die Zentrale Ethikkommission bereits erste Vorschläge für mögliche Priorisierungskriterien vorgelegt:

1. die medizinische Bedürftigkeit in Form von Schweregrad und Gefährlichkeit der Erkrankung, die mithilfe eines Stufenmodells klassifiziert werden sollen, sowie Dringlichkeit des Eingreifens,
2. der erwartete medizinische Nutzen und
3. die Kosteneffektivität.

Darüber hinaus wäre bei gleicher Erfüllung der Kriterien durch zwei Patienten auch eine zeitliche Priorisierung im Sinne einer Warteliste vorstellbar.

DFG-Forschergruppe „Priorisierung in der Medizin“

Im April 2007 nahm die durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft geförderte Forschergruppe 655 „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ ihre Arbeit auf. Darin untersuchen 17 Antragsteller mit ihren Mitarbeitern von insgesamt 14 beteiligten Universitäten und Forschungseinrichtungen in 11 theoretischen und empirischen Projekten die Bedingungen und Möglichkeiten einer Priorisierung in der Medizin⁸. Neu ist dabei der interdisziplinäre Ansatz mit den beteiligten Disziplinen Medizin, Jura, Philosophie, Psychologie, Ethik und Ökonomie.

Ein zentrales Thema der Forschergruppe ist die Erfassung und Analyse von Präferenzen der verschiedenen Beteiligten („Stakeholder“) im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit einer bevorstehenden Priorisierung. Hierzu werden Ärzte, Pflegekräfte, Patienten, deren Angehörige, Mitarbeiter des medizinischen Dienstes der Krankenkassen, Gesundheitspolitiker sowie unbeteiligte gesunde Menschen nach ihren Ansichten und Meinungen zu allgemeinen Fragestellungen aber auch zu konkreten Patientenbeschreibungen, Krankheitsbildern und Indikationen befragt. Die ersten Ergebnisse aus diesen Arbeiten werden derzeit analysiert.

⁷ Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, am 22.10.2008 anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin: „Zwar versuchen die Ärzte Rationierung zu kompensieren, um ihren Patienten das eigentlich nicht mehr Machbare doch noch zu ermöglichen, aber die fortwährende Arbeit am Limit geht auf die Knochen. Der Begriff Berufsunzufriedenheit ist da eher Schönmalerei.“

⁸ <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de> (abgerufen am 11.05.2009)



Erfahrungen in anderen Ländern

Insbesondere die skandinavischen Länder, aber auch England, die Niederlande, der US-Bundesstaat Oregon, Neuseeland u. a. haben sich schon vor einigen Jahren mit der Notwendigkeit zur Priorisierung auseinander gesetzt. Bereits im Jahre 1998 wurde anlässlich der Zweiten Internationalen Konferenz zur Priorisierung in der Gesundheitsversorgung⁹ in London v. a. für die skandinavischen Länder vom Beginn der zweiten Phase der Priorisierung gesprochen (vgl. Holm 1998). In der ersten Phase wurde noch erwartet, dass es möglich sei, einen allgemeingültigen Priorisierungsalgorithmus zu definieren, der dann nur noch entsprechend umgesetzt werden müsste. Diese Hoffnung hat sich jedoch nicht erfüllt. Für die zweite Phase wurden der Prozess der Priorisierung an sich und die dafür notwendige Legitimation und Transparenz in den Mittelpunkt gestellt.

In einer aktuellen Arbeit von Sabik und Lie werden nun Erfahrungen aus acht maßgeblich an der Priorisierung beteiligten Ländern diskutiert¹⁰. Es wird zwischen zwei Möglichkeiten unterschieden, wie in den einzelnen Ländern vorgegangen wurde: In einigen Ländern wurden zunächst abstrakte Priorisierungsprinzipien entworfen, während in anderen Ländern bereits konkrete Allokationsentscheidungen bzw. entsprechende Praktiken definiert wurden.

Anhand von drei Kriterien wurde der Erfolg der Priorisierungsaktivitäten evaluiert:

- adäquate öffentliche Beteiligung und Diskussion,
- angemessene Prinzipien (inkl. Kosten-Nutzen-Erwägungen),
- Effekt der Priorisierungsmaßnahmen.

In Bezug auf die öffentliche Beteiligung unterscheiden sich die untersuchten Länder in solche, die Repräsentanten der Öffentlichkeit unmittelbar an den Diskussionen beteiligten und sol-

chen, die die Öffentlichkeit durch entsprechende Veranstaltungen, Umfragen und Feedback-Mechanismen mit einbezogen.

Die verwendeten Prinzipien bestehen aus medizinischen, philosophischen und ökonomischen Faktoren. Der Kostenaspekt wurde in allen Ländern kontrovers diskutiert, konnte aber in keinem der untersuchten Systeme befriedigend integriert werden.

Der Effekt der Priorisierungsaktivitäten war durchweg gering, v. a. in den Ländern, in denen lediglich Prinzipien diskutiert wurden. Am weitesten fortgeschritten ist Großbritannien, wo allerdings auch die fehlende Systematik und eine bevorzugte Beurteilung von neuen Verfahren bemängelt wird. In keinem der Länder wurde die öffentliche Beteiligung im ursprünglich angestrebten Ausmaß durchgeführt. Die Autoren argumentieren, dass dies möglicherweise gar nicht prakti-

kabel sei und diskutieren daher eine Kompromisslösung, bei der die Entscheidungen primär von Experten getroffen werden. Der Verlust der öffentlichen Beteiligung könnte dann ggf. durch eine entsprechende Transparenz der Entscheidungen relativiert werden (vgl. Sabik/Lie 2008).

Die vielbeachtete Einführung einer Priorisierungsliste im US-Bundesstaat Oregon vor 20 Jahren stieß auf große Schwierigkeiten bei der Umsetzung in die Praxis. Fehlender Einfluss auf die Entwicklung der Kosten der priorisierten Leistungen, ethische Bedenken bei der Nichtfinanzierung der posteriorisierten Leistungen und nicht zuletzt finanzielle Engpässe führten zum Misserfolg des Oregon Health Plans (vgl. Alakeson 2008).

Eine Artikelserie im British Medical Journal vom 18. Oktober 2008 fasst den aktuellen internationalen Stand der Rationierungsdebatte zusammen. Insbesondere der Prozess der demokratischen Legitimierung und der öffentlichen Partizipation stehen im Mittelpunkt des Interesses. Gleichzeitig gibt es Hinweise, dass die Öffentlichkeit Priorisierungsentscheidungen von den Ärzten selbst erwartet und bereit ist, diesen zu vertrauen. Im Editorial der Artikelserie wird angeregt, dass es möglicherweise sinnvoll sein könnte, Ressourcen auch in anderen Bereichen als in der unmittelbaren Gesundheitsversorgung zu investieren. So könnten beispielsweise durch Investitionen in die Bildung sowohl die Lebenserwartung als auch soziale Ungleichheiten unter Umständen stärker positiv beeinflusst werden als durch eine reine Er-

KURZBIOGRAPHIE

Michael H. Freitag (*1971), Dr. med., Master of Public Health (Johns Hopkins University, USA), verheiratet, 4 Kinder, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Facharzt für Public Health und Präventivmedizin, stellv. Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena sowie ärztliche Tätigkeit in einer Bayreuther Hausarztpraxis, zuvor wiss. Assistent am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Uni Bayreuth (Prof. Nagel), wiss. Mitarbeiter am Universitätsklinikum Regensburg (Prof. Schölmerich), Mitglied der Dekanatsynode Bayreuth. Zahlreiche Fachartikel und Buchbeiträge. Herausgeber (gemeinsam mit W.A. Wohlgemuth): *Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009.

⁹Second International Conference on Priorities in Health Care

¹⁰Vgl. Sabik und Lie 2008. Untersucht wurden Dänemark, Großbritannien, Israel, Neuseeland, die Niederlande, Norwegen, Schweden und der US-Bundesstaat Oregon.

LITERATUR

- Alakeson, V. (2008): Why Oregon went wrong. *British Medical Journal* 337: 900–901.
- Beske, F./Hallauer, J. F./Kern, A. O. (1997): Reform des Gesundheitswesens. Die Meinung der Ärzte. Ergebnisse einer Leserumfrage (I); Thema heute: „Rationalisierung“. *Deutsches Ärzteblatt* 94; 36: A2245–A2249.
- Beske, F./Hallauer, J. F./Kern, A. O. (1997a): Reform des Gesundheitswesens. Die Meinung der Ärzte. Ergebnisse einer Leserumfrage (II); Thema heute: „Leistungskatalog, Selbstbeteiligung, Rationierung“. *Deutsches Ärzteblatt* 94; 38: A2400–A2402.
- Breyer, F. (2005): Rationierung von GKV-Leistungen nach dem Alter – Pro. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*; 130: 349–350.
- Fuchs, C./Nagel, E./Raspe, H. (2009): Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? *Deutsches Ärzteblatt* 106; 12: A554–A557.
- <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAT111.pdf> (abgerufen am 22.10.2008).
- <http://www.priorisierung-in-der-medizin.de> (abgerufen am 11.05.2009).
- Goold, S. D./Baum, N. M. (2008): Where are we in the rationing debate? *British Medical Journal* 337: 883–884.
- Holm, S. (1998): Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *British Medical Journal* 317: 1000–1002.
- Kern, A. O./Beske, F./Lescow, H. (1999): Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? *Deutsches Ärzteblatt* 96; 3: A113–A117.
- Marckmann, G. (2007): Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 12: 96–100.
- Rank, R. (2008): Executive Physicals – Bad Medicine on Three Counts. *New England Journal of Medicine* 359; 14: 1424–1425.
- Sabik, L. M./Lie, R. K. (2008): Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health* 7:4.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. NOMOS-Verlag, Baden-Baden.
- Strech, D./Börchers, K./Freyer, D./Neumann, A./Wasem, J./Marckmann, G. (2008): Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. *Ethik Med* 20: 94–109.
- Ulmer Papier (2008): Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft. Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages.
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? *Deutsches Ärzteblatt* 97; 15: A1017–1023.
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) (2007): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Stellungnahme. *Deutsches Ärzteblatt* 104; 40: A2750–A2754.

höhung der Gesundheitsausgaben bzw. eine Reallokation von Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems (vgl. Goold/Baum 2008).

Fazit

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass der Debatte über Rationierung und Priorisierung sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern eine immer größere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Deutschland gehört dabei zu den Ländern, in denen die Notwendigkeit von Leistungsbeschränkungen seitens der Politik weiterhin ab-

gelehnt wird. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die aktuell vorgestellte Methodik des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Funktion einer Priorisierung zur Kosten-Nutzen-Bewertung ausdrücklich ausschließt. Bezüglich der Entwicklung von expliziten Kriterien zur Priorisierung und deren Umsetzung in der Praxis steht Deutschland noch am Anfang. Die Betrachtung der in anderen Ländern gemachten Erfahrungen sollte genutzt werden, um einen für den deutschen gesellschaftlichen Kontext passenden Weg für die zukünftige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zu finden.





Markus
Zimmermann-Acklin



Wie lässt sich der Zugang zu medizinischen Ressourcen gerecht regeln?

Kriterien der Priorisierung und Rationierung

Angesichts der aufgrund des medizinischen Fortschritts und des wachsenden Wohlstands zunehmenden Gesundheitskosten wird es zur Aufgabe, über die Gestaltung und Anerkennung von Grenzen nachzudenken. Soll eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für alle erhalten bleiben, besteht die ethisch relevante Frage heute nicht mehr darin, ob priorisiert und rationiert werden, sondern wie, nach welchen Methoden und Kriterien dies geschehen soll. Priorisierungen, das Anordnen medizinischer Leistungen nach sinkender Wichtigkeit, dienen letztlich der Vorbereitung von Rationierungsentscheidungen.

Unter Rationierung sind implizite oder explizite Mechanismen zu verstehen, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Ethisch relevante Entscheidungskriterien sind neben tugendethischen, prozeduralen und normativen auch evaluative. Neben dem fundamentalen Menschenwürdeprinzip sollten dabei das Bedarfs-, das Solidaritäts-, das Kosteneffektivitäts- und das Verantwortungsprinzip als zentrale normative Kriterien berücksichtigt werden, nicht zuletzt aber auch das Vulnerabilitätsprinzip, welches den Schutz besonders verletzlicher Menschen vorsieht.

Vorschläge zur Priorisierung und Rationierung gesundheitlicher Leistungen stellen in erster Linie eine Reaktion auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dar. Ähnlich wie in anderen Hochlohnländern der Welt nehmen diese Kosten in der Schweiz seit Jahren kontinuierlich um etwa 4% jährlich zu. Da die Gesamtwirtschaft nicht im selben Maß wächst, steigt der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts zwar lang-

sam, aber stetig an. In der Schweiz liegt er gegenwärtig bei etwa 12%, in den USA bei knapp 16%. Eine grundsätzliche Änderung dieses Trends zeichnet sich nicht ab, die Auswirkungen der gegenwärtigen Finanzkrise dürften die Zunahme in den kommenden Jahren eher beschleunigen. Vergleichbare Tendenzen bestehen in allen Hochlohnländern der Welt, und zwar unabhängig davon, ob ein nationalstaatliches Gesundheitssystem eher staatlich oder marktwirtschaftlich strukturiert ist.

von den Auswirkungen der demografischen Entwicklung und zweitens auch von Systemscheidungen zwischen Markt und Plan – weiter verschärfen. Walter Krämer schreibt in diesem Zusammenhang darum zu Recht von einer Fortschrittsfalle (vgl. Krämer 2007). Es scheint wie ein Naturgesetz zu sein: Je größer der gesellschaftliche Wohlstand, desto mehr Aufmerksamkeit, Zeit und Sorge werden der Gesundheitspflege gewidmet.

Dies erklärt auch, warum die gesundheitsethischen Priorisierungs- und Rationierungsdebatten seit Jahren zweigleisig verlaufen: Zum einen geht es um das sozialpolitische Ringen um eine *gerechte Verteilung* bzw. Zuteilung der zur Verfügung stehenden Mittel, zum andern stets auch um die existenziellen Fragen nach einem menschlich angemessenen Umgang mit vorgegebenen Grenzen und um deren *Anerkennung*. Folgerichtig stellen sich einerseits *normative* Fragen nach dem Richtigen, der gerechten Regelung des

Problemlage und Hintergrund der Debatte

Hauptverantwortlich für die Kostenentwicklung sind zwei grundsätzlich zu begrüßende Erscheinungen: zum einen der enorme medizinische Fortschritt und zum andern der zunehmende Wohlstand. Vor fünfzig Jahren beispielsweise war die Knappheit in den Bereichen Neonatologie und Nephrologie um ein Vielfaches größer als heute,

aufgrund fehlender Interventionsmöglichkeiten jedoch sozialetisch kaum ein Thema. Da aber gewöhnlich weder der medizinische Fortschritt noch der wachsende Wohlstand als solche in Frage gestellt werden, dürften sich bei deren erwünschten Weiterentwicklung die Knappheit und das Kostenproblem zukünftig – unabhängig erstens



Zugangs zu medizinischen Ressourcen für alle, andererseits stets auch *evaluative* Fragen nach dem Guten, dem gelungenen oder gedeihenden Leben. Beide Fragekreise sollten zwar – und das ist wohl eine der großen Schwierigkeiten aller bereichsethischen Diskurse – zunächst separat behandelt werden, um „eudaimonistische Fehl-

schlüsse“ bzw. ideologische Vereinnahmungen, also eine vorschnelle Identifizierung des Richtigen mit dem Guten, zu vermeiden. Da unsere Vorstellungen vom Gerechten und Guten jedoch stets mit- und ineinander verschränkt sind und keine Ethik ohne evaluative Hintergrundannahmen auskommt, sollte deren gegenseitige Bezogenheit aufein-

ander im Sinne einer integrativen Ethik ernst genommen werden. Die Auslegung des grundlegenden Prinzips der Achtung der Menschenwürde beispielsweise lässt sich nicht losgelöst vom Menschenbild, d. h. evaluativ gefüllten anthropologischen Hintergrundannahmen vom gelungenen Menschsein, konkretisieren.

Die mit dem Alter verbundenen Grenzen anerkennen, ohne zu diskriminieren

Ein Beispiel für die damit aufgeworfenen Schwierigkeiten bieten die heftigen Kontroversen um die Altersrationierung, also die Idee der Einschränkung des Zugangs zu gesundheitlichen Leistungen aufgrund des Alters einer behandlungsbedürftigen Person. Aus Sicht der Ethik des guten Lebens, einer „Glücksethik“ also, wird zu Recht an die Anerkennung von Grenzen im Alter, beispielsweise der Grenze einer „natürlichen“ Lebensspanne, der körperlichen Gebrechlichkeit und Sterblichkeit, erinnert. Entgegen dem Subtext der Anti-Aging-Medizin sei das Altern letztlich keine zu bekämpfende Krankheit, sondern integraler Bestandteil eines geglückten menschlichen Lebensentwurfs. Gleichzeitig aber ist die Einführung einer rechtlich verbindlichen Altersgrenze für bestimmte, z. B. sehr teure oder wenig kosteneffektive Behandlungen, schon aufgrund des ethischen und verfassungsrechtlich verankerten Diskriminierungsverbots starken Gegenargumenten ausgesetzt. Ein Kurzschluss wäre hier unzulässig (vgl. Halter 2007), eine vollständige Trennung der beiden Diskurse hingegen unbefriedigend (vgl. Strebel 2007).

Gerhard Schulze weist in Auseinandersetzung mit unserer spätmodernen Gesellschaft auf die „Pein der Opportunitätskosten“ hin, einen Aspekt, der auch in den gesundheitspolitischen Debatten nicht ganz ausgeblendet werden sollte. Unsere Wohlstandsmoderne ist auch im Bereich der Gesundheitsversorgung davon geprägt, dass die Entscheidung für eine Option mit dem Verzicht

auf viele andere Möglichkeiten verbunden ist: Je mehr es gibt, desto mehr entgeht einem. Der oft mit ironischem Unterton gegebene Hinweis, nur derjenige sei gesund, der sich nicht ausreichend habe untersuchen lassen, nimmt auf die Phänomene der „erfundenen Krankheiten“ und der inflationären Zunahme präventiver Maßnahmen (z. B. einer

lebenslangen Einnahme von Cholesterinsenken zur Minimierung des Herzinfarkttrisikos, die kürzlich allen Ernstes vorgeschlagen wurde) und damit auf die „Pein der Opportunitätskosten“ Bezug. „Was Wunder“, so Schulze, „dass die Zufriedenheit der Menschen mitnichten steigt, wenn sich ihr Wohlstand immer weiter erhöht“ (Schulze 2006, 17).

Neue Finanzierungsmodelle oder Rationierung

Die mit der Kostenentwicklung verbundenen Herausforderungen lassen sich gesundheitspolitisch von zwei Seiten angehen: Eine Möglichkeit besteht darin, neue Finanzierungsmodelle zu entwickeln und damit auf der Einnahmenseite anzusetzen, die andere darin, in die Ausgestaltung des Leistungskatalogs einzugreifen und die sozial finanzierten, für die Betroffenen nützlichen Leistungen, stärker als bisher einzuschränken, d. h. zu rationieren. Zugespielt formuliert: Da in den unteren Einkommensschichten finanziell nicht mehr viel zu holen ist (in der

Schweiz erhalten bereits heute über ein Drittel aller Haushalte steuerfinanzierte Subventionen ihrer Krankenkassenprämien, die in einem Kopfprämienystem erhoben werden), und die mittleren Einkommensschichten bereits stark mit verschiedensten Abgaben belastet sind, steigt gegenwärtig der Druck und auch die Bereitschaft, über mögliche Leistungsbeschränkungen bzw. die Rationierung gesundheitlicher Maßnahmen nachzudenken, obwohl dies aus politischer Sicht grundsätzlich unattraktiv ist.

Eine Stärkung von Marktelementen verhindert nicht die Rationierung

Als Ausweg wird die Einführung bzw. Stärkung von Marktelementen auf der Ebene des Gesundheitssystems vorgeschlagen. Auch wenn diese Vorschläge differenziert beurteilt werden müssen, Vor- und Nachteile haben, sind aus sozialetischer Sicht hinsichtlich

deren Problemlösungskapazität zwei Einwände zu erheben:

- Erstens würde eine Stärkung von Marktelementen bei ausbleibender finanzieller Subventionierung von Risikogruppen in der Realität zu Leistungsbeschränkungen für ärme-



re, chronisch Kranke und Hochrisiko-Patientengruppen führen. Aus Sicht einer christlichen Sozialethik ist das aufgrund der besonderen Option für die am schlechtesten Gestellten abzulehnen.

- Zweitens, und diese Herausforderung stellt sich auch für Vertreterinnen libertärer bzw. non-egalitärer Ansätze, müsste in einem stark marktwirtschaftlich geprägten System zumindest für die Sozialhilfeempfänger und Armen ein striktes Rationierungsregime eingeführt werden, wie es beispielsweise in Oregon für die Medicaid-Empfänger der Fall ist. Während die Stärkung von Marktelementen die Rationierung im Bereich des Mittelstandes „verhindert“ (jede und jeder rationiert sich selbst, „über das eigene Portemonnaie“), wird sie in der Gesundheitsversorgung marginalisierter Bevölkerungsgruppen umso relevanter.

Ein Plädoyer zugunsten eines vollständigen Verzichts auf eine soziale Krankenversicherung, wie es einige Schweizer Ökonomen fordern (vgl. Widmer u. a. 2007), hätte selbst bei einer Subjektsubventionierung von Risikoträgern durch die staatliche Sozialhilfe eine Stigmatisierung Kranker und massive Leistungsbeschränkungen für Sozialhilfeempfänger zur Folge. Sollen die sozialen Unterschiede zwischen Arm und Reich, namentlich die unterschiedliche Morbidität und Lebenserwartung, nicht nach US-amerikanischem Vorbild weiter verstärkt werden, führen solche Umstrukturierungsmodelle zu keinen namhaften Einsparungen.

Priorisierung und Rationierung

Obleich die Rationierungsdiskussionen auch in der deutschsprachigen Ethik seit einigen Jahren geführt werden (vgl. Rauprich u. a. 2005; Schöne-Seifert u. a. 2006; Zimmermann-Acklin/Halter 2007; Kostka 2008), stoßen sie

aus nachvollziehbaren Gründen nach wie vor auf eine breite gesellschaftliche Abwehrhaltung. Dabei spielen negative Konnotationen des an Kriegszeiten erinnernden Rationierungsbegriff sicherlich eine Rolle. In den letzten Jahren wird daher bevorzugt der *Priorisierungsbegriff* eingesetzt, um auf die grundsätzliche Problematik aufmerksam zu machen und öffentliche Auseinandersetzungen anzuregen. Priorisierungen, das Anordnen medizinischer Leistungen nach sinkender Wichtigkeit (vgl. Schöne-Seifert u. a. 2006, 8), sind Methoden, welche letztlich der Vorbereitung von Rationierungsentscheidungen dienen. Die Kriterien, die dabei zur Anwendung kommen, sind dieselben, die auch Rationierungsentscheidungen leiten. Über mögliche Kriterien und deren ethische Beurteilung wird zwar in Fachkreisen, jedoch in der Schweiz oder in Deutschland bislang kaum in einer breiteren Öffentlichkeit diskutiert. Anders verläuft dies in Schweden, insofern dort seit Jahren ein öffentlicher Diskurs über die relevanten Kriterien zur Prioritätensetzung im Gesundheitswesen geführt wird (vgl. National Centre 2008).

Ziel und Aufgaben

Das Ziel besteht in der Schaffung bzw. Erhaltung einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung für alle. Ähnlich wie in der Bildungspolitik geht es also auch in diesem Kontext maßgeblich um die sozialpolitische Frage, wie weit die Solidaritätsbereitschaft wohlhabender (und durchschnittlich damit auch weniger häufig kranker) Menschen in einer Wohlstandsgesellschaft reicht, eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für alle finanziell mitzutragen. Im Blick ist dabei in erster Linie der sozial finanzierte Anteil der Gesundheitsleistungen, also die Grund- oder Basisversorgung, deren Finanzierung in der Schweiz beispielsweise knapp die Hälfte aller Gesundheitsausgaben betrifft.

Diese Zielvorgabe schließt nicht aus, dass jenseits der sozial finanzierten Versorgung ein so genannter „zweiter Gesundheitsmarkt“ besteht, in welchem zusätzliche Leistungen nach eigenen Vorstellungen privat hinzugekauft werden können. Im schweizerischen Krankenversicherungssystem ist diese Möglichkeit mit einer Aufteilung in eine verpflichtende Grundversicherung für alle und freiwillige private Zusatzversicherungen integriert. Im nicht solidarisch finanzierten Bereich machen aber de facto die „out of pocket“ bezahlten Leistungen, zu denen in der Schweiz u. a. die Zahnpflege, reproduktionsmedizinische Maßnahmen und auch ein guter Teil der Pflegekosten gehören, den großen Anteil aus, während die privaten Zusatzversicherungen lediglich einen Anteil von ca. 8% an den Gesamtausgaben übernehmen. Bei den Priorisierungs- und Rationierungsvorschlägen geht es also nicht um die Verhinderung einer Mehrklassenmedizin, die stets existiert hat und die heute ermöglicht, dass der Bereich der Gesundheitsversorgung zu einer der bedeutendsten Wachstumsbranchen geworden ist. Vielmehr steht als positives Ziel im Zentrum der Aufmerksamkeit, eine sozial finanzierte Grundversorgung mit qualitativ hoch stehenden Leistungen für alle auf die Dauer zu gewährleisten. Das Kriterium der Befähigungsgerechtigkeit kann dabei Orientierung bieten (vgl. Dabrock/Ried 2009). Die gegenwärtigen Debatten um eine wunscherfüllende Medizin und die Verbesserung des Körpers z. B. durch Neuro-Enhancement, Anti-Aging oder Doping, machen allerdings klar, dass auch in der ethischen Beurteilung des zweiten Gesundheitsmarktes ähnliche Themen wie in den Rationierungsdebatten wichtig werden: namentlich die Grenzziehung zwischen Therapie und Enhancement (Verbesserung), die Klärung der ärztlichen und pflegerischen Berufsidentität sowie das Ringen um Anerkennung humaner Grenzen bei körperlichen Einschränkungen, im Alter und im Sterben.

Jedes Gesundheitssystem setzt Grenzen, faire oder unfaire

Ausgangspunkt der sozialetischen Rationierungsdebatten ist die Einsicht, dass in *jedem* Gesundheitssystem Grenzen gesetzt werden, faire oder unfaire (vgl. Daniels/Sabin 2002, 1). Werden unter Rationierung implizite oder explizite Mechanismen verstanden, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen (vgl. Ubel/Goold 1998), geraten mit den „Mechanismen“ als Rationierungsursachen sowohl ausdrückliche Entscheidungen als auch vorgegebene Knappheitsbedingungen in den Blick. In diesem Sinne wird es nötig, zwischen gerechter und ungerechter

Rationierung zu unterscheiden und den Blick auf das angegebene Hauptziel zu richten. Anders gesagt: Es geht nicht um die Frage, *ob* rationiert werden soll bzw. Leistungsbeschränkungen eingeführt werden sollen, sondern *wie*, nach welchen Methoden und Kriterien vernünftiger- und gerechterweise rationiert werden soll. Bestehende Ungerechtigkeiten, vor allem ungerechte Ungleichbehandlungen oder auch die Vernachlässigung ganzer Bereiche wie der Rehabilitation oder Psychiatrie mit der Folge, dass eine hoch stehende Grundversorgung nicht allen zur Verfügung steht, gilt es zu erkennen und zu vermeiden.

Eine gerechte und humane Verteilung

Es geht also nicht darum, das sei angesichts der Heftigkeit gegenseitiger Vorwürfe betont, bereits bestehende Rationierungspraxen nachträglich auch ethisch noch zu sanktionieren, gleichsam „die Ethik zu rationieren“, wie es Frank Mathwig aus Sicht der protestantischen Ethik pointiert formuliert hat (vgl. Mathwig 2007). Aus sozialetischer Sicht ist es vielmehr unabdingbar, genau hinzuschauen, d.h. auch die bestehende Praxis der impliziten (ungeregelten) Rationierung am Krankenbett zu analysieren, und in Auseinandersetzung mit bestehenden

Möglichkeiten und gesellschaftlichen Werthaltungen gerechte und humane Verteilungsschlüssel zu erarbeiten. Verliererbereiche im *gegenwärtigen* Verteilungswettbewerb in der Schweiz sind beispielsweise Psychiatrie, Rehabilitation, die Versorgung chronisch Kranker und von Menschen mit Behinderungen, die Versorgung alter Menschen ganz generell und die Pflege (vgl. SAMW 2007). Auch die Bereitschaft zur Finanzierung der Palliative Care stößt entgegen vieler verbaler Beteuerungen auf Widerstand.

Ethische Kriterien für Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen

Bereichsethisch sind vier Kriteriengruppen zu unterscheiden, die sich auf unterschiedliche Handlungselemente, teilweise auch auf Institutionen und Strukturen beziehen: Neben den

- haltungs- oder tugendethischen Kriterien, welche die Persönlichkeit und den Charakter der Handelnden betreffen, sind

- prozedurale Kriterien zu berücksichtigen und damit Meta-Normen, die sich – wie die Forderung nach der Beteiligungsmöglichkeit oder der Zustimmung aller von einer Handlung Betroffener – auf den Ablauf von Entscheidungsprozessen beziehen. Darüber hinaus sind
- normative Kriterien (moralische Gebote, Verbote, Erlaubnisse) von

Bedeutung, die auf Rechten und Pflichten basieren und mittels der Anwendung von Prinzipien zur Beurteilung von Handlungen, aber auch von Institutionen und Strukturen beitragen. Eine vierte Gruppe bilden die

- evaluativen Kriterien, welche Vorstellungen von einem guten oder glücklichen Leben betreffen und die bei Handlungen die auf dem Spiel stehenden Güter und Werte (z.B. Gesundheit, Lebenserwartung, Lebensqualität, Schmerzen, Kosten) beurteilen und gewichten.

Alle vier Aspekte stehen in einem engen Bedingungs- und Begründungszusammenhang, bilden das kriteriologische Ensemble einer integrativen Bereichsethik und sind auch bei der ethischen Beurteilung von Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen zu berücksichtigen.

Die Relevanz tugendethischer Aspekte am Krankenbett

Insoweit es um fachärztliche Leitlinien, betriebs- oder volkswirtschaftliche Entscheidungen auf der Meso- und Makroebene geht, treten tugendethische Aspekte eher in den Hintergrund. In der Situation am Krankenbett zwischen Behandlungsteam und Patient dagegen spielen sie – und damit die Persönlichkeit der in Entscheidungen involvierten Personen – eine wichtige Rolle: auf der Seite der Behandelnden beispielsweise sind sie wichtig hinsichtlich des Einfühlungsvermögens in die Situation eines Patienten und dessen Werthaltungen, des Maßhaltens bezüglich der eigenen Gewinnorientierung oder der Haltung der Gerechtigkeit bezüglich der Verteilung von Zeit und Aufmerksamkeit auf einzelne Patienten. Auch auf Patientenseite sind Haltungen wie Vertrauen, Maßhalten oder Bereitschaft zur Compliance zweifellos von Bedeutung (vgl. Höffe 1998). Tugenden können nicht vorgeschrieben, sondern

nur im Sinne der Charakterbildung aus freier Einsicht alltäglich eingeübt werden. In diesem Zusammenhang wichtig sind auch Verhaltensänderungen in unterschiedlichen Alterskohorten: Zu Recht wird darauf hingewiesen, dass

sich mit der Baby-Boomer-Generation im Vergleich mit der sich heute im Alter befindenden Kriegsgeneration ganz neue Anspruchshaltungen an das System der Gesundheitsversorgung ergeben werden.

auf Zugang zu Lebensbedingungen, die ein gutes Leben ermöglichen. Unter einem *guten Leben* wird – in Analogie zum Capabilities-Ansatz (vgl. Dabrock/Ried 2009) – ein möglichst langes Leben bei vernünftiger Lebensqualität und möglichst intakter Integrität verstanden. Auch Gesundheit wird ähnlich indirekt über die Befähigung zur Verwirklichung grundlegender Ziele definiert, als „(...) the ability, under standard circumstances, to achieve one's vital goals“ (National Centre 2008, 129). Die Einhaltung des Menschenwürdeprinzips schließt die Möglichkeit der Altersrationierung und ähnlicher sozialer Kriterien wegen des Gleichheitsgrundsatzes kategorisch aus.

Transparente Verfahren dienen der Legitimierung schwieriger Entscheidungen

Prozedurale Kriterien betreffen den Ablauf schwieriger Entscheidungsprozesse. Bei Priorisierungs- bzw. Rationierungsentscheidungen dienen sie insbesondere zur *Legitimierung* von Entscheidungen, deren Bedeutung Norman Daniels aus zwei Gründen hervorhebt (vgl. Daniels 2008): Zum einen können die Konsequenzen gesundheitspolitischer Rationierungsentscheidungen für einzelne Patientengruppen sehr einschneidend sein, so dass die Möglichkeit, öffentlich Einspruch erheben und Gegenargumente einbringen zu können, besonders wichtig ist. Die damit verbundene Forderung nach Transparenz hat eine starke

praktische Konsequenz, insofern implizite (ungeregelte) Rationierungsentscheidungen am Krankenbett, die namentlich durch Finanzierungssysteme mit Globalbudgetierung und Fallpauschalen gefördert werden, infragegestellt werden (vgl. Marckmann/Strech 2009). Zum andern sind Werthaltungen in pluralistischen Gesellschaften oft so heterogen, dass die prozedurale Bedingung der Zustimmung aller Betroffenen in festgefahrenen Situationen einen Weg eröffnen kann, trotz kontroverser evaluativer Urteile zu ethisch legitimen Entscheidungen zu kommen.

Das *Bedarfsprinzip* („need-principle“) sieht vor, dass Ressourcen gemäß bestehendem Gesundheitsbedarf verteilt werden, wobei nach Schweregrad priorisiert werden soll.

Das *Solidaritätsprinzip* zielt auf die Herstellung der Chancengleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle und nach Möglichkeit auch auf den Ausgleich ungleicher Lebenschancen. Interessant ist der Hinweis auf die kulturell verankerte Werthaltung der Solidarität in Schweden, die als Ausdruck der in der Katholischen Soziallehre als „Sozialnatur des Menschen“ bezeichneten anthropologischen Vorgabe verstanden werden kann: „The idea of solidarity among people is anchored strongly in our culture and represented in most of the ethical principles that we discuss here. According to this idea, those with lesser needs give way to those with greater needs (...)“ (National Centre 2008, 137).

Ethische Prinzipien und Werturteile sind aufeinander bezogen

Bei der Beurteilung von Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen sind *normative* und *evaluative* Kriterien entscheidend. Ihre Anwendung lässt sich nur bedingt getrennt durchführen, da ethische Prinzipien und Werturteile aufeinander bezogen sind und sich gegenseitig auslegen. Das gilt nicht nur für die oben erwähnte Menschenwürde, sondern auch für die Bestimmung der Angemessenheit (medizinisch: Indiziertheit, rechtlich: Zweckmäßigkeit) einer Maßnahme und auch für die Festlegung von Grenzen der akzeptablen Kosteneffektivität einer neuen Behandlung. Nach Jahren öffentlicher Auseinandersetzungen um die ethischen Grundsätze, die bei der Priorisierung gesundheitlicher Leistungen zu berücksichtigen seien, wurden in Schweden fünf Prinzipien erarbeitet, welche ge-

mäß Bericht des nationalen Priorisierungszentrums symbolische, motivierende und handlungsleitende Funktionen in der Gesellschaft übernehmen (vgl. National Centre 2008, 99):

- das Prinzip der Menschenwürde, das grundlegend und den anderen vier Prinzipien übergeordnet ist,
- sodann das Bedarfs-, das Solidaritäts-, das Kosteneffektivitäts- und das Verantwortungsprinzip, die als Prima-facie-Prinzipien gehandhabt werden, in konkreten Entscheidungen in Widerspruch zueinander geraten können und dann gegeneinander abgewogen werden müssen.

Das *Menschenwürdeprinzip* meint Gleichheit hinsichtlich der allen Menschen zukommenden Würde und beinhaltet ein für alle geltendes Recht

Das *Kosteneffektivitätsprinzip* fordert, dass unter vergleichbaren Maßnahmen die kosteneffektivere gewählt wird, wobei nur zwischen unterschiedlichen Maßnahmen, jedoch nicht zwischen verschiedenen Patienten verglichen werden soll.

Mit dem *Verantwortungsprinzip* wird schließlich die Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit eingefordert.



Besonders verletzlich menschliches Leben soll vorrangig geschützt werden

Dieses Ensemble von einem plus vier Prinzipien kann mit Hinweis auf Christian Lenks Überlegungen zur sinnvollen Ausgestaltung einer medizinischen Grundversorgung um das *Vulnerabilitätsprinzip* explizit ergänzt werden (vgl. Lenk 2005), obgleich der Schutz besonders verletzlichen menschlichen Lebens (z. B. von Kindern, Menschen im hohen Alter oder Menschen mit Behinderungen) bereits im Menschenwürdeprinzip enthalten ist. Seines Erachtens kann eine privilegierte Behandlung vulnerabler Menschen mit dem Reziprozitätsargument begründet werden. Denn jeder müsse Interesse daran haben, diesen

Menschen eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen, weil jeder in eine ähnliche Lage kommen werde (Alter) bzw. kommen könnte (Behinderung); dazu benötige man keinen Rückgriff auf spezifisch religiöse Argumente. Interessant ist sein Hinweis auf eine besondere Werthaltung in Deutschland, die ein Grundanliegen der christlichen Sozialethik widerspiegelt, nämlich die besondere Aufmerksamkeit für das gefährdete menschliche Leben: „Eine wichtige Rolle in der öffentlichen Diskussion spielen immer wieder vulnerable Personen, die offenbar in der deutschen Tradition für besonders schutzwürdig gehalten wer-

den.“ (Lenk 2005, 258) Angesichts der bestehenden Praxis der impliziten Rationierung ist die Betonung eines Vulnerabilitätsprinzips sinnvoll, nämlich um der Gefahr der impliziten Rationierung zu begegnen, dass denjenigen Menschen Behandlungen vorenthalten werden, die sich am wenigsten zu wehren wissen.

Die Bedeutung evaluativer Kriterien und deren Verknüpfung mit den normativen Aspekten soll am Beispiel der Festlegung der Sinnlosigkeit einer Behandlung, der im klinischen Alltag allgegenwärtigen „Futility-Debatte“, angedeutet werden. Bei der Bestimmung der Angemessenheit einer Maßnahme spielen quantitative und qualitative Aspekte eine Rolle. Zunächst ist

LITERATUR

- Dabrock, P./Ried, J. (2009): Befähigungsgerechtigkeit als theologisch-sozialethisches Leitkriterium für die Priorisierung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55, S. 29–44.
- Daniels, N. (2008): *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge.
- Daniels, N./Sabin, J. E. (2002): *Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources?*, Oxford/New York.
- Halter, H. (2007): Anfragen zum Konzept der Altersrationierung aus ethischer Sicht, in: Zimmermann-Acklin, M./Halter, H. (Hg.), *Rationierung*, a. a. O., S. 237–246.
- Höffe, O. (1998): Medizin in Zeiten knapper Ressourcen – oder Besonnenheit statt Pleonexie, in: *Deutsches Ärzteblatt* 95, S. B174–177.
- Kostka, U. (2008): Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und in der Transplantationsmedizin. Mehrdimensionale Handlungsfelder als systematische und normative Herausforderung für die Bioethik und die Theologische Ethik, Basel.
- Krämer, W. (2007): Was macht Rationierung unvermeidbar?, in: Nationaler Ethikrat (Hg.), *Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006*, Berlin, S. 35–42.
- Lenk, C. (2005): Worin könnte eine „medizinische Grundversorgung“ bestehen?, in: Rauprich, O. u. a. (Hg.), *Gleichheit und Gerechtigkeit*, a. a. O., 247–266.
- Marckmann, G./Strech, D. (2009): Auswirkungen der DRG-Vergütung auf ärztliche Entscheidungen: Eine ethische Analyse, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55, S. 15–27.
- Mathwig, F. (2007): Ethische Rationierung. Sozialethische Überlegungen zur Rationierungsdiskussion im Gesundheitswesen, in: Zimmermann-Acklin, M./Halter, H. (Hg.), *Rationierung*, a. a. O., S. 80–91.
- National Centre for Priority Setting in Health Care (2008): *Resolving Health Care's Difficult Choices. Survey of Priority Setting in Sweden and an Analysis of Principles and Guidelines on Priorities in Health Care*, Linköping.
- Rauprich, O./Marckmann, G./Vollmann, J. (Hg.) (2005): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*, Paderborn.
- SAMW (Hrsg.) (2007): Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“ – Phase III: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen. Einschätzungen und Empfehlungen, Basel.
- Schöne-Seifert, B./Buyx, A. M./Ach, J. S. (Hg.) (2006): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*, Paderborn.
- Schulze, G. (2006): *Die Sünde. Das schöne Leben und seine Feinde*, München/Wien.
- Strebel, U. (2007): Die Endlichkeit des Lebens als Rationierungskriterium. Eine Bewertung aus ärztlicher Sicht, in: Zimmermann-Acklin M./Halter H. (Hg.), *Rationierung*, a. a. O., S. 258–267.
- Ubel, P./Goold, S. (1998): Rationing Health Care. Not all Definitions are Created Equal, in: *Archives of Internal Medicine* 158, S. 209–214.
- Widmer, W. u. a. (2007): *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen*, Zürich.
- Zimmermann-Acklin, M./Halter, H. (Hg.) (2007): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, Basel.



wichtig und lässt sich mit Methoden der evidenzbasierten Medizin einigermaßen objektiv bestimmen, ob eine Therapie tatsächlich wirkt. Darüber hinaus bleibt aber in der Regel zu klären, inwieweit ein Eingriff auch hinsichtlich des Gesamtbefindens eines Menschen und damit in einem qualitativen Sinne angemessen ist: Es kann zwar sein, dass eine Hämodialyse die ausgefallene Nierenfunktion funktional ersetzt und sie insofern nützlich ist, dass sie aber aufgrund des Gesamtbefindens eines Patienten sinnlos oder gar schädlich wäre. Dieser qualitative Aspekt lässt sich nur mit Bezug auf *evaluative* Urteile definieren, wobei der (unter Umständen mutmaßliche) Wille des betroffenen Patienten wesentliche Richtschnur sein sollte.

Auch wenn mit diesen Kriterien wesentliche Aspekte einer christlichen Sozialethik erfasst sein dürften, bleibt dreierlei festzuhalten:

- Erstens ist die Liste nicht vollständig und bedarf der Ergänzung und Konkretisierung;
- zweitens liegen in der Forderung nach der Achtung der Menschenwürde und der Ermöglichung eines guten Lebens schwierige Debatten über anthropologische Grundfragen verborgen, die wie diejenige über

KURZBIOGRAPHIE

Markus Zimmermann-Acklin (*1962), Dr. theol., Lehr- und Forschungsbeauftragter für angewandte theologische Ethik mit Schwerpunkt Bioethik am Institut für Sozialethik der Universität Luzern. Forschungsschwerpunkte: Bioethik, Sterbehilfe und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Jüngere Veröffentlichungen: *Gesundheit – Gerechtigkeit – christliche Identität. Begründung und Gestalt der gesundheitlichen Versorgung aus der Perspektive einer theologischen Ethik*, in: *Jahrbuch der Christlichen Sozialwissenschaften* 47 (2006) 103–128; Herausgeber (mit R. Porz, C. Rehmann-Sutter, J. L. Scully), *Gekauftes Gewissen? Aufgaben und Grenzen der Bioethik in Institutionen*, Paderborn 2007; *Knappheit gerecht gestalten. Thesen zur Rationierung im Gesundheitswesen*, Basel 2008 (*Folia bioethica* 35).

die Definition von Krankheit und Gesundheit eigens zu führen sind;

- drittens bleibt die eingangs erwähnte Herausforderung bestehen, Grenzen nicht nur gerecht zu gestalten, sondern als Kennzeichen des Humanen auch anzuerkennen.

Fazit

Angesichts der gesellschaftlichen Bedeutung von Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen im Gesundheitswesen ist die öffentliche Diskussion über die dabei anzuwendenden Kriterien unabdingbar. Zwar geht es um äußerst komplexe Zusammenhänge, jedoch in einem Bereich, der ausnahmslos alle Menschen betrifft, in welchem unterschiedliche Werthaltungen vertreten werden und bei dem es sowohl um Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität als auch um Anerkennung grundlegender menschlicher Grenzen geht. Angesichts der Heftigkeit der Verteilungskämpfe gerät leicht aus dem Blick, dass es ein System ohne Leistungsbeschränkungen nie geben wird und dass bereits gegenwärtig eine Praxis der unregelmäßig Rationierung besteht, die sich namentlich für Menschen und Bereiche nachteilig auswirken kann, die sich zu wenig durchzusetzen vermögen. Neben der Wahrung der Menschenwürde und der Erhaltung breiter Solidaritätsstrukturen stehen aus Sicht der christlichen Sozialethik die Verbesserung der Situation der am schlechtesten Gestellten und der Schutz besonders vulnerabler Gruppen ganz oben auf der Agenda.





Wer entscheidet bei medizinischer Aussichtslosigkeit?

Rechtliche und ethische Aspekte¹

Der Beitrag verfolgt drei Ziele: Erstens geht es darum, die rechtlichen Implikationen, die mit dem Problem der medizinischen Aussichtslosigkeit verbunden sind, zu prüfen. Zweitens geht es um eine ethische Analyse der Selbstbestimmung der Patienten einerseits sowie des sinnvollen ärztlichen Handelns und der gerechten Verteilung medizinischer Ressourcen andererseits. Es soll gezeigt werden, wie diese Faktoren sich auf die Entscheidung auswirken, ob eine Behandlung, die als medizinisch aussichtslos gilt, aus christlich-ethischer Sicht abgelehnt werden kann. Drittens werden Richtlinien für den Umgang mit medizinischer Aussichtslosigkeit vorgeschlagen, die sowohl in einer katholischen als auch in einer weltlichen Intensivpflege-Einrichtung umgesetzt werden können.



Peter A. Clark



Catherine Mikus

Schon seit über 10 Jahren gibt es in medizinischen, juristischen und ethischen Fachkreisen in den USA eine Debatte über das Konzept der medizinischen Aussichtslosigkeit. Sie wird vornehmlich durch die Bewegung für Patientenrechte entfacht – und durch deren Auffassung, dass das Recht zur Selbstbestimmung sich nicht nur auf die Zurückweisung von medizinischen Behandlungen, sondern auch auf den Anspruch auf Überbehandlung erstreckt.²

Ausgangslage

Die Bewegung für Patientenrechte war eine Reaktion auf die Bevormundung durch Ärzte, die einseitig Patienten überbehandelten und ihr Leben entgegen ihrem eigenen Wunsch, dem ihrer Angehörigen oder ihrer Stellvertreter verlängerten. Die Praxis ärztlicher Überbehandlung zog eine Reihe von gerichtlichen Entscheidungen nach sich, die vom Quinlan-Fall im Jahr 1976 bis zum Cruzan-Fall im Jahr 1990 reichten, und die den Patienten oder ihren ent-

sprechenden Stellvertretern das gesetzliche Recht zusprachen, medizinische Behandlung zu verweigern, auch wenn dies auf den Tod des Patienten hinauslief. Trotz der Argumente von Ärzten oder seitens der Krankenhausverwaltung, dass die weitere Behandlung angebracht sei, entschieden die Gerichte zugunsten des Rechts des Patienten oder seines Vertreters, eine Behandlung abzulehnen. Vorausgesetzt wurde dabei jeweils, dass es klare und überzeugende Beweise dafür gab, dass der Patient eine lebenserhaltende Behandlung ablehnen würde, wenn er bei Bewusstsein und dazu in der Lage wäre.

In den 1990er Jahren begannen Patienten und ihre Vertreter Behandlungen zu fordern, von denen Ärzte glaubten, dass sie *nicht* im besten Interesse des Patienten seien, weil sie medizinisch aussichtslos seien und eine

nicht verantwortbare Ressourcenverwendung darstellten. In Rechtsfällen, die vom Wanglie-Fall im Jahr 1991 bis zum Baby-K-Fall im Jahr 1994 reichten, entschieden die Gerichte zugunsten des Rechtes der Patienten oder ihrer Stellvertreter, selbst wenn sie medizinische Behandlungen verlangten, von denen die Ärzte glaubten, dass von ihnen kein medizinischer Nutzen zu erwarten sei. Problematisch war für die Richter in diesen Fällen der Mangel an einheitlichen professionellen Richtlinien für den Fall medizinischer Aussichtslosigkeit, mit deren Hilfe sie die Rechtmäßigkeit oder Unrechtmäßigkeit einer Entscheidung beurteilen könnten.³ Diese komplexen Fälle führten zu der gegenwärtigen Debatte über medizinische Aussichtslosigkeit, bei der die Selbstbestimmung des Patienten dem Patientenwohl und

¹ Der Beitrag wurde aus dem Amerikanischen übersetzt von Edith-Maria Redlin, Por-trush Road (USA). Das englische Originalmanuskript kann bei der Redaktion angefordert werden.

² Council of Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, „Medical Fut-ility in End-of-Life Care“, in: *Journal of the American Medical Association* 281 (10. März 1999), S. 937–941.

³ Vgl. Council of Ethical and Judicial Affairs, S. 938.

der Verteilung von Ressourcen gegenüberstellt wird.

Patienten und ihre Vertreter argumentieren aus ethischer Sicht, dass ihr Recht, gewisse medizinische Behandlungen abzulehnen oder deren Einstellung zu verlangen, auch das Recht nach sich ziehen müsse, umgekehrt gewisse medizinische Behandlungen zu verlangen. Die Ärzte argumentieren, dass viele dieser Therapien für den Patienten belastend und medizinisch unangemessen seien, weil sie nicht geeignet seien, die gewünschte physiologische Wirkung zu erzielen. Die Folge sei eine Fehlverteilung von medizinischen Ressourcen. Obwohl diese Behandlungen die berufliche Integrität eines Arztes aufs Spiel setzen können, fühlen sich andererseits doch viele Ärzte gezwungen, den Wünschen des jeweiligen Patienten oder seines Stellvertreters nachzugeben. Denn sie glauben, dass die Bereitstellung von solchen Maßnahmen gesellschaftlich erwünscht sei, so-

Rechtliche Implikationen

Möglicherweise ist eine der größten Hindernisse bei der Einführung von Verhaltensrichtlinien bei medizinischer Aussichtslosigkeit die Erkenntnis von Ärzten und Einrichtungen des Gesundheitswesens, dass solche Richtlinien die Gefahr von Rechtsstreitigkeiten mit sich bringen. Aussichtslosigkeitsrichtlinien sind ein relativ neues Konzept und es besteht eine große Ungewissheit, wie die Gerichte reagieren werden, wenn sie mit einem Konflikt um einen aussichtslosen Pflegefall konfrontiert werden.

Bei der Realisierung solcher Richtlinien ist eines der Ziele, die Verständigung zwischen dem Patienten/seinem Stellvertreter und dem Leistungserbringer zu erleichtern und optimaler Weise zu einer Übereinstimmung in Bezug auf die vorgeschlagene Behandlung zu kommen. Wenn keine Übereinstimmung zwischen dem Leistungserbringer und dem Patienten/seinem Stellver-

treter erreicht wird, kann ein Rechtsstreit folgen, entweder in der Form, dass der Patient/Stellvertreter oder der Leistungserbringer beim Gericht auf Unterlassungsanspruch klagen, oder dass vom Patienten/Stellvertreter eine Klage wegen medizinischer Behandlungsfehler eingereicht wird.

Wegen der potenziell verheerenden Konsequenzen eines Berufshaftpflicht-Prozesses kann bereits die Gefahr eines Rechtsstreits die Entscheidungen von Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung beeinflussen. In fast allen 50 Vereinigten Staaten fehlt eine Höchstgrenze für finanzielle Entschädigungen, die die Geschworenen Klägern zuerkennen können, die medizinische Leistungserbringer auf Behandlungsfehler hin verklagen. Je nach dem Schweregrad des Schadens kann der Schadensersatz für einen Behandlungsfehler leicht eine Million Dollar überschreiten.

- sowohl das Patientenrecht auf Selbstbestimmung
- als auch das Recht der Ärzte auf berufliche Integrität
- als auch das Anliegen der Gesellschaft, medizinische Ressourcen gerecht zu verteilen, schützen.

Ein Arzt, der einen solchen Prozess verliert, läuft zudem Gefahr, dass sein berufliches Ansehen leidet, und dass seine ohnehin kostspieligen Beitragszahlungen zur Ärztehaftpflichtversicherung weiter ansteigen. Außerdem kann gegen einen Arzt eine Klage wegen Kunstfehler bei der *National Practitioner Data Bank* (Nationale Datenbank für praktizierende Ärzte) eingereicht werden, die die Karriere eines Arztes ungünstig beeinflussen kann, da alle Krankenhäuser gezwungen sind, regelmäßig Erkundigungen bei der *National Practitioner Data Bank* einzuholen. Sogar ein Arzt, der einen Prozess wegen eines vermeintlichen Kunstfehlers gewinnt, wendet für seine Verteidigung erhebliche Zeit auf, indem er sich mit Anwälten trifft, gerichtliche Fragen beantwortet, zu eidesstattlichen Aussagen erscheint und bei der Verhandlung als Zeuge aussagt.

Bis vor Kurzem gab es für Ärzte und Krankenhäuser in den Vereinigten Staaten keine gesetzliche Regelung, auf die sie sich berufen konnten, wenn sie eine Behandlung versagen oder einstellen wollten, die ihrer Meinung nach dem Patienten keinen klinischen Nutzen brachte. Wegen der Gefahr von Prozessen und der Ungewissheit der Prozessergebnisse blieben Leistungserbringer im Gesundheitswesen verständlicherweise zurückhaltend damit, Behandlungen trotz des Einspruchs von Familienmitgliedern abzulehnen oder einzustellen.

1999 verabschiedete Texas den *Advance Directives Act* (Voraus-Verfügungs-Verordnung). Dieses Gesetz etablierte ein sanktioniertes, außergerichtliches Verfahren, um Auseinandersetzungen über Entscheidungen bei der Behandlung von Sterbenden zu klären. Ärzte, die eine lebensverlängernde Behandlung gemäß der Texas-Verordnung einzustellen wünschen, können

⁴ Vgl. Brody, B. und Halevy, A., „Is Futility a Futile Concept?“, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 20 (April 1995) 123-144, S. 124.



das tun, wenn das Ethikkomitee des Krankenhauses der Einschätzung zustimmt, dass die Behandlung unangemessen ist, und wenn der Patient nicht innerhalb von zehn Tagen auf eine andere Pflegeeinrichtung verlegt wird.⁵

Andere Staaten der USA sind dem Beispiel von Texas gefolgt, indem sie Bestimmungen erlassen haben, die Leistungserbringern im Gesundheitswesen erlauben, in bestimmten Situationen die Bereitstellung von Behandlung abzulehnen. Im Januar 2007 erließ



Ohne gesetzliche Richtlinien finden die Ärzte kaum eine Balance zwischen beruflicher Integrität und rechtlicher Absicherung

Pennsylvania eine Verordnung, die den Leistungserbringern im Gesundheitswesen ermöglicht, sich zu weigern, Anweisungen oder Verfügungen von Personen zu befolgen, wenn sie dies nach bestem Wissen und Gewissen für unmoralisch oder mit Blick auf den Patienten für medizinisch sinnlos halten.⁶ Da es sich um eine relativ neue Initiative im Gesundheitswesen handelt, besteht Ungewissheit darüber, wie die Gerichte reagieren werden, wenn sie mit dem Problem einer „aussichtslosen Behandlung“ konfrontiert sind. In jenen Staaten, in denen solche Verordnungen erlassen worden sind, sollten die Konfliktfälle idealer Weise ohne Gerichte gelöst werden.

Eine der wenigen gerichtlichen Entscheidungen, in einen aussichtslosen Behandlungsfall betrifft den Sun-Hudson-Fall, der vom Texas-Kinderkrankenhaus unter dem texanischen Gesundheits- und Sicherheits-Kodex aufgebracht wurde. Da das texanische Gesetz die Einstellung der Behandlung im Sun-Hudson-Fall erlaubte, war es nicht notwendig, um ein Eingreifen des Gerichts zu ersuchen. Das Krankenhaus tat dies trotzdem und argumentierte erfolgreich, dass im vorliegenden Fall nach texanischem Recht

ordnungsgemäß entschieden worden sei, die lebenserhaltende Behandlung einzustellen. Sun Hudson, bereits mit thanatophorer Dysplasie geboren, einer normalerweise folgenschwere Form von erblich bedingtem Zwergwuchs, wurde entgegen den Wünschen seiner Mutter Wanda Hudson vom Atemschlauch abgenommen. Wanda Hudson war zuvor mit der Zustellung einer schriftlichen Mitteilung eine zehntägige Frist eingeräumt worden, um eine Pflegeeinrichtung zu finden, die Sun aufnehmen würde. Es gelang ihr nicht. Auch das Texas-Kinderkrankenhaus hatte nach eigener Aussage mit 40 verschiedenen Einrichtungen Kontakt aufgenommen, um einen Platz für Sun zu finden. Alle Bemühungen waren jedoch erfolglos geblieben. Am 15. März 2005 verabreichten Ärzte im Texas-Kinderkrankenhaus Sun Beruhigungsmittel zur Linderung, entfernten den Atemschlauch, und innerhalb einer Minute starb er.⁷ Man nimmt an, dass dies das erste Mal war, dass ein Krankenhaus in den USA entgegen den Wünschen des gesetzlichen Vormunds die Entfernung lebenserhaltender Hilfsmittel zuließ.

Entscheidungen über aussichtslose Behandlungen beziehen heute medizinische, ethische, soziale und rechtliche Komponenten mit ein. Das Kernstück der Debatte konzentriert sich auf den Konflikt zwischen individuellen Rechten (Selbstbestimmung des Patienten) und der Zuteilung von medizinischen Ressourcen (soziale Gerechtigkeit). Ein zentraler Bestandteil dieser

Debatte sollte aber darin bestehen, zu untersuchen, was der Arzt im Interesse des Patienten für das Beste hält. Ohne gesetzliche Regelungen in Bezug auf aussichtslose Behandlung werden Ärzte zwischen der Gefahr von Gerichtsverfahren und ihrer beruflichen Integrität abwägen müssen, wenn sie sich für oder gegen Behandlungen entscheiden, die ihrem professionellen Ermessen zuwiderlaufen. Dieser Balanceakt ist gefährlich, weil das Leben von Patienten auf dem Spiel steht. Richtlinien zur aussichtslosen Behandlung kommen daher nicht nur Ärzten juristisch zugute, indem sie bestätigen, dass der Sorgfaltsmaßstab nicht verletzt wurde. Sie liegen vielmehr auch im besten Interesse der Patienten und der gesamten Gesellschaft.

Ethische Analyse

Gemäß dem Wörterbuch bedeutet Aussichtslosigkeit: „Unzulänglichkeit, ein Ergebnis zu erzeugen oder ein erwünschtes Ziel hervorzubringen; Nutzlosigkeit.“⁸ Die *American Medical Association* (Amerikanische Ärztekammer) sagt jedoch, dass der Begriff „nicht sinnvoll definiert werden“ könne.⁹ Im Wesentlichen steht der Umgang mit aussichtslosen Behandlungssituationen im subjektiven Ermessen, aber einem, das unbedingt notwendig ist.¹⁰

Innerhalb der Medizin besteht Konsens, dass einige Behandlungen medizinisch aussichtslos sind. Der Konsens endet jedoch, sobald man versucht ei-

⁵Vgl. Fine, R. und Mayo, T., „Resolution of Futility by Due Process: Early Experience with the Texas Advance Directive Act“, in: *Annals of Internal Medicine* 138 (2003): 643–746, S. 744. Siehe auch die Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften von Texas 166.046 (a) (Vernon Supp 2002). Letzter Zugriff auf www.capitol.state.tx.us/statutes/he/he00116600.html#he025.166.046 am 5. Februar 2007.

⁶Vgl. § 5431 der Pennsylvania Consolidated Statutes.

⁷„Baby At Center Of Life Support Case Dies“, CNN.com (March 15, 2005), S. 1. <http://www.cnn.com/2005/US/03/15/lifesupport.baby.ap/index.html>

⁸*The Oxford English Dictionary* Band IV, Oxford 1989, 626.

⁹Council of Ethical and Judicial Affairs, in: *Code of Medical Ethics* (Chicago, IL.: American Medical Association, 1998–1999), S. 90.

¹⁰Vgl. Council of Ethical and Judicial Affairs, „Medical Futility in End-of-Life Care“, S. 938.

ne objektive und konkrete Definition zu formulieren. Dadurch werden „aussichtslose“ Interventionen manchmal mit jenen verwechselt, die schädlich, unwirksam oder unmöglich sind. Hilfreich ist eine möglichst genaue Unterscheidung zwischen beiden Interventionsformen. Die beiden Ethiker James F. Drane und John L. Coulehan, beschreiben eine medizinisch aussichtslose Behandlung als eine Handlung, einen Eingriff oder ein Verfahren, das in einem bestimmten Fall zwar physiologisch wirksam sein könnte, das aber dem Patienten nicht nützen kann, egal wie oft es wiederholt wird. Eine aussichtslose Behandlung ist demnach nicht notwendigerweise unwirksam. Aber sie ist wertlos, entweder weil die medizinische Handlung selbst aussichtslos ist (unabhängig vom Zustand des Patienten) oder weil der Zustand des Patienten sie aussichtslos macht.¹¹ Solange es jedoch keine klarere Übereinkunft dazu gibt, welche Konsequenzen medizinische Aussichtslosigkeit für den Umgang mit dem Kranken hat, wird es auch keinen allgemein umfassenden Konsens über die Definition und die Bedeutung von Aussichtslosigkeit geben.¹²

Baruch Brody und Amir Halevy argumentieren, dass zwischen vier Kategorien medizinischer Aussichtslosigkeit unterschieden werden könne:¹³

- *Physiologische Aussichtslosigkeit* wird auch als quantitative Aussichtslosigkeit bezeichnet; sie bezieht sich auf Behandlungen, die ihre geplante physiologische Wirkung nicht erreichen. Die Feststellung physiologischer Aussichtslosigkeit basiert nicht auf vagen klinischen Eindrücken, sondern auf maßgeblichen Informationen, die die Ergebnisse von bestimmten Interventionen für unterschiedliche Gruppen von Patienten berücksichtigen.
- *Aussichtslosigkeit wegen bevorstehenden Todes* bezieht sich auf Behandlungen, die durchgeführt werden, obwohl der Patient offensichtlich in sehr naher Zukunft sterben wird.

- *Aussichtslosigkeit wegen eines zum Tode führenden Zustandes* bezieht sich auf eine Behandlung, die einem Patienten zuteil wird, der ein zum Tode führendes Leiden hat, das durch die Behandlung nicht beeinflusst werden kann und das in nicht sehr weiter Zukunft (Wochen oder vielleicht Monate) trotz der Behandlung den Tod herbeiführen wird.
- *Qualitative Aussichtslosigkeit* bezieht sich auf eine Behandlung, der es nicht gelingt, eine annehmbare Lebensqualität für den Patienten herzustellen. Eine qualitativ aussichtslose Behandlung vermag eine Wirkung zu erzielen, doch diese Wirkung steigert nicht die Lebensqualität des Patienten.¹⁴

Eine Übereinstimmung in Bezug auf die klinischen Merkmale von medizinischer Aussichtslosigkeit ist unter den Experten des Gesundheitswesens kaum zu erreichen.¹⁵ Die genannten vier Kategorien machen aber deutlich, dass Entscheidungen über medizinische Aussichtslosigkeit von Fall zu Fall getroffen werden müssen. Die Entscheidung, ob eine medizinische Behandlung aussichtslos ist, läuft im Prinzip auf die Frage hinaus, ob sie dem Patientenwohl dient. Diese Frage nach dem Patientenwohl ist jedoch insofern komplex, als die Entscheidung, ob eine bestimmte Behandlung dem Patienten dient oder ihn belastet, ob sie angemessen oder unangemessen, geeignet oder ungeeignet ist, Werturteile des Patienten einerseits und des Arztes andererseits mit einbezieht.

Patienten haben ein Recht, über ihre eigene medizinische Behandlung selbst

zu bestimmen. Doch sie haben nicht das absolute Recht, jegliche medizinische Behandlung zu verlangen, die sie (zufällig) auswählen. Ärzte haben die Pflicht, Medizin verantwortungsbewusst zu praktizieren. Sie sind verantwortlich dafür, sich bei ihren Entscheidungen an professionellen Normen, Standards und Werten zu orientieren. Sie dürfen dabei nicht einseitig verfahren. Wenn Ärzte einschätzen, ob eine

Medizinische Entscheidungen sind niemals wertfrei

Behandlung medizinisch aussichtslos ist, müssen sie also sorgfältig nicht nur die Werte und Ziele des Patienten berücksichtigen, sondern auch diejenigen des Gemeinwesens, der Versicherung und der Gesellschaft als Ganzer.

Es bleibt die Frage: Wie wägt der Arzt all diese Werte ab, so dass das Wohl des Patienten immer im Mittelpunkt steht? Wir glauben, dass die ethischen Prinzipien Selbstbestimmung, Patientenwohl und Gerechtigkeit ein geeignetes moralisches Bezugssystem darstellen, das in der katholischen Moraltradition verwurzelt ist, um medizinische und ethische Entscheidungen in Bezug auf medizinische Aussichtslosigkeit zu treffen.

Selbstbestimmung

Das Recht auf Selbstbestimmung bezieht sich auf persönliche und informierte Entscheidungen. Ein Patient hat das Recht, medizinische Behandlungen zu wählen und abzulehnen. Ein Arzt hat ebenfalls das Recht, ei-

¹²Vgl. Drane, J. und Coulehan, J., „The Concept of Futility“, in: *Health Progress* 74 (Dezember 1993): 28–32, S. 29.

¹³Vgl. Cranford, R.E., „Medical Futility: Transforming a Clinical Concept Into Legal and Social Policies“, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 42 (1994), S. 897.

¹⁴Vgl. Brody und Halevy, 127–128.

¹⁵Griener, G.G., „The Physician’s Authority to Withhold Futile Treatment“, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 20 (April 1995), S. 209.

¹⁶„Was auch immer Aussichtslosigkeit bedeutet, es erscheint offensichtlich, dass dies kein eigenständiges klinisches Konzept mit einer scharfen Abgrenzung zwischen aussichtsloser und nicht-aussichtsloser Behandlung ist.“ (Cranford, S. 895).



ne Wahl zu treffen, basierend auf seiner Pflicht, Medizin verantwortungsbewusst zu praktizieren. Sowohl der Patient als auch der Arzt haben ein Recht auf Selbstbestimmung.

Das juristisch und ethisch fundierte Patientenrecht, medizinische Behandlungen abzulehnen, bedeutet nicht, dass auch ein Anspruchsrecht auf jede gewünschte medizinische Behandlung bestünde. Ein Arzt kann nicht gezwungen werden, eine medizinische Behandlung durchzuführen, von der er glaubt, dass sie nicht dem Wohl des Patienten oder der Gesellschaft dient. Das würde die Berufsnormen des Arztes verletzen, weil von ihm erwartet würde, vernunftwidrige Medizin zu praktizieren. Auch moralisch wäre das unverantwortlich.

Die christliche Auffassung von Selbstbestimmung konzentriert sich auf die Würde eines jeden Menschen und die Achtung dieser Würde. Daher hat niemand ein Recht auf absolute Selbstbestimmung. Der Arzt und Ethiker Pellegrino hat es einmal so formuliert: Die Achtung vor Menschen umfasst auch ihre selbstbestimmte Entscheidungsfindung. Aber unsere Freiheit als Geschöpfe Gottes steht immer innerhalb der Beschränkungen von ethischen und moralischen Determinanten, die aus der Bibel, der Tradition, der kirchlichen Lehren und der Ethik hergeleitet sind.¹⁶ Wenn man es zulässt, dass die Patienten/ihre Stellvertreter glauben, dass medizinische Behandlungen dem Patientenwohl dienen, obwohl sie aussichtslos sind, bedeutet das, sie irrezuführen. Dies, so schreiben Drane und Coulehan, verletze das Prinzip von Selbstbestimmung, weil es ein Milieu der Entscheidungsfindung schaffe, in dem, rational gesehen, keine Entscheidungsmöglichkeit mehr existiere; das sei in Wirklichkeit Irreführung.¹⁷

Wenn ein Konflikt zwischen Patient und Arzt einen Konsens ausschließt, dann haben der Patient oder sein Vertreter nur die Möglichkeit, einen anderen Arzt zu suchen. Der Arzt


hat drei Möglichkeiten: Er kann veranlassen, dass der Patient verlegt wird, das Gericht anrufen oder ohne die Zustimmung des Patienten handeln. Die letzten beiden Alternativen bergen die Gefahr, dass es zu einem gerichtlich ausgetragenen Streit kommen könnte. Hat der Arzt im Einklang mit den im Allgemeinen akzeptierten medizinischen Normen und/oder in Übereinstimmung mit den geäußerten Wünschen des Patienten gehandelt, wird der er gute Chancen haben, sich im Streitfall durchzusetzen.¹⁸

Das Patientenwohl

Es geht dabei um die menschliche Verpflichtung, andere vor körperlichen Leiden zu bewahren oder sie zu lindern und das Wohl des anderen zu fördern. Das Patientenwohl schließt das Nichtschadensprinzip mit ein, dass es dem Arzt verbietet, einem Patienten Schaden zuzufügen.

Bei der Entscheidung, ob eine bestimmte medizinische Behandlung nützlich für einen Patienten ist, ist es wichtig, zwischen *quantitativer* und *qualitativer* Aussichtslosigkeit zu unterscheiden. Quantitative Aussichtslosigkeit ist eine objektive Beurteilung der Behandlung, die vom Arzt durchgeführt werden sollte. Lawrence Schnei-

derman und Nancy Jecker argumentieren, dass man eine Behandlung nur dann als medizinisch aussichtslos einstufen könne, wenn sie nachweislich entweder in den letzten hundert, vom Arzt persönlich durchgeführten Fällen nutzlos gewesen sei, oder in veröffentlichten Berichten als nutzlos dargestellt werde.¹⁹ Auch eine Behandlung, die lediglich eine ständige Bewusstlosigkeit aufrechterhält, oder die nicht in

 Der Arzt sollte sich in jedem Fall bemühen, die Beweggründe des Patienten zu verstehen

der Lage ist, die Abhängigkeit von lebenserhaltenden Maßnahmen zu beenden, sollte als aussichtslos gelten. Bei der Beurteilung der Aussichtslosigkeit muss der Arzt jedoch zwischen einer Wirkung (die auf einen Teil des Körpers des Patienten beschränkt ist) und einem Nutzen (der spürbar dem Patienten als Ganzem Erleichterung verschafft) unterscheiden.²⁰

Selbstverständlich muss es Patienten/ihren Stellvertretern erlaubt sein zu entscheiden, ob die Behandlung eine nützliche Auswirkung auf das Leben des Patienten erwarten lässt. Patienten werden im Allgemeinen Entscheidungen treffen, die vernünftig und in ihrem eigenen besten Interesse sind.

¹⁶Pellegrino, E.D., „Christ, Physician And Patient, The Model for Christian Healing“, in: *The Linacre Quarterly* 66 (August 1999), S. 75.

¹⁷Drane und Coulehan, S. 31.

¹⁸Vgl. Grant, E.R., „Medical Futility: Legal and Ethical Aspects“, in: *Law Medicine and Health Care* 20, (1992), S. 334.

¹⁹Schneiderman, L. und Jecker, N., „Wrong Medicine: Doctors, Patients and Futile Treatment“, Baltimore 1995, S. 97.

²⁰In den letzten Jahren wurden eine Reihe von prognostischen Punktbewertungsverfahren entwickelt, um Ärzten bei der Entscheidung zu helfen, welche Patienten aller Voraussicht nach am ehesten von lebenserhaltenden Maßnahmen profitieren könnten. Diese Verfahren, die das „Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) System“ einschließen, verwenden Datenbanken, um die Krankenhaussterblichkeit von Patienten, die Intensivpflege erhalten, vorauszusagen. Je nach den benutzten Entscheidungskriterien haben die Verfahren einen positiven prognostischen Wert von 80%, und einen negativen prognostischen Wert von 90%. Diese Werte korrelieren in den meisten Fällen gut mit dem klinischen Urteil. Vgl. dazu Luce, J.M., „Physicians Do Not Have A Responsibility To Provide Futile Or Unreasonable Care If A Patient Or Family Insists“, in: *Critical Care Medicine* 23 (1995), S. 761. Siehe auch Schneiderman, L., Jecker, N. und Jonsen, A., „Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications“, in: *Annals of Internal Medicine* 112 (1990) 949–950.

Arts & ethics

Das Bild „Maria lehrt den Jesusknaben den Kopf der Schlange zu zertreten“ von Thomas Jessen bezieht sich auf Michelangelo Caravaggios Gemälde „Madonna dei Palafrenieri“ (oder „Madonna mit der Schlange“) von 1605–1606, Öl auf Leinwand, 292 × 211 cm, Galleria Borghese, Rom.

Der Kardinalsneffe Scipione Borghese erhielt von Papst Paul V. die Genehmigung, Caravaggio mit der Ausführung einer heiligen Jungfrau für den Petersdom zu betrauen. Es handelte sich um das Altarbild für die Kapelle der Bruderschaft der Reitknechte, der Confraternite dei Palafrenieri. Caravaggio erhielt damit als Künstler die Chance seines Lebens. Er stellte das Gemälde in nur wenigen Tagen fertig – die Reaktionen waren jedoch ein Desaster. Noch nie war Caravaggio in seinem Realismus so weit gegangen.

Der italienische Kunsthistoriker Roberto Longhi schreibt dazu: „Kann es sein, dass sich Caravaggio gerade bei diesem Auftrag, dem begehrtesten und erstrebenswertesten, zu der rohsten Interpretation getrieben fühlte? (...) Obwohl er gut gewusst haben muss, dass das Thema mit dem liturgischen Symbol der unbefleckten Empfängnis verbunden ist, (...) dominiert in dem Werk ein so dumpf plebejischer Ton, dass er sich unfehlbar dem erwähnten Vorwurf aussetzte, ein Maler der „Niedereren der Gesellschaft“ zu sein. Die heilige Anna sieht aus wie eine alte Bäuerin aus der Umgebung Roms, die Mutter ist als Wäscherin in einem geschürzten Kleid dargestellt, das Kind nackt, wie Gott es geschaffen hat. (...) Warum begab sich Caravaggio auf diesen nicht ungefährlichen Weg? (...) Dass die

Ablehnung durch die wahren Auftraggeber (die Kardinäle von St. Peter) nicht ausbleiben konnte, war vorauszusehen. Die ‚Madonna dei Palafrenieri‘ wurde abgelehnt und die Pforten zum Petersdom schlossen sich vor Caravaggio für immer.“

Heute kann das Meisterwerk in der Galleria Borghese in Rom bewundert werden.

*Thomas Jessen,
geb. 1958 in Lübbecke/Westf.,
Studium an der Kunstakademie Düsseldorf,
Meisterschüler von Alfonso Hüppi,
zahlreiche Ausstellungen und Kunstwerke im öffentlichen Raum,
Weiteres unter: thomasjessen.de*



Thomas Jessen, Maria lehrt den Jesusknaben den Kopf der Schlange zu zertreten, 2006, 200×220 cm, Öl auf Leinwand

Detail aus: Jessen, Maria lehrt den Jesusknaben den Kopf der Schlange zu zertreten ►





Aber es können auch Situationen entstehen, in denen ihr Denken nicht rational ist. Das Patientenwohl erfordert aber auch in diesen Fällen zumindest – so Drane und Coulehan –, dass die Ärzte versuchen, die Absicht und Beweggründe des Patienten zu verstehen und ihn dahingehend zu beeinflussen, eine vernünftige Entscheidung zu treffen. In einigen Fällen könnten die Ärzte es dann vorziehen, sich nicht nach den Entscheidungen des Patienten zu richten, die unvernünftig und destruktiv zu sein scheinen.²¹

Nur Ärzte haben die Sachkenntnis zu entscheiden, ob eine medizinische Behandlung quantitativ aussichtslos ist. Sie sollten niemals dem Gesuch eines Patienten oder seines Vertreters entsprechen, eine Behandlung zu verordnen, die physiologisch eindeutig aussichtslos und belastend ist und die mit Sicherheit nur sinnlos erscheinen-des Leben verlängern würde.

Patienten/Stellvertreter sind am besten in der Lage zu entscheiden, ob eine medizinische Behandlung qualitativ aussichtslos, das heißt nützlich oder belastend entsprechend der Werte des Patienten ist. Idealerweise sollen der Arzt und der Patient/Stellvertreter gemeinsam zu einer Entscheidung über die Angemessenheit einer bestimmten medizinischen Behandlung kommen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung, die im Vernunftprinzip verwurzelt ist und die Flexibilität, Offenheit, und Ehrlichkeit ermöglicht, ist das einzige Modell, das dem Patientenwohl letztlich dient.

Gerechtigkeit

Dieses Prinzip bedeutet, dass alle Menschen ordentlich behandelt werden und ihnen gegeben werden soll, was sie brauchen. Das Problem der medizinischen Aussichtslosigkeit konzentriert sich speziell auf die Frage der Verteilungsgerechtigkeit: die faire, gerechte und angemessene Verteilung von medizinischen Ressourcen in der Gesell-

schaft. Man kann die Entscheidung bei medizinischer Aussichtslosigkeit nicht von der Frage sozialer Gerechtigkeit trennen. In einer Zeit, in der die Reform des Gesundheitswesens in den Vereinigten Staaten so dringlich geworden ist, sind medizinische Behandlungen, die als aussichtslos und unangemessen beurteilt werden, unvereinbar mit gesellschaftlichen Normen. Denn sie verletzen das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit. Der Zugang zu einer grundlegenden Gesundheitsversorgung für alle Amerikaner lässt sich niemals verwirklichen, wenn wir fortfahren, unvernünftige medizinische Behandlung anzubieten.

Obwohl die Verteilungsgerechtigkeit ein wichtiger Faktor für die Beurteilung des Problems medizinischer Aussichtslosigkeit ist, wird sie selten diskutiert. Wenn jemand in dieser Debatte die Knappheit der Ressourcen erwähnt, wird ihm meist vorgeworfen, menschliches Leben mit einem Preisschild zu versehen. Das finden die meisten Amerikaner völlig unannehmbar. Aber ist dies realistisch? Die medizinischen Ressourcen in unserem Land sind beschränkt und müssen erhalten werden. Sie müssen vernünftig verteilt werden; sie zu verschwenden ist ethisch unverantwortlich und moralisch verwerflich.

Kritiker behaupten, dass die Aufnahme der Verteilungsgerechtigkeit in die medizinische Aussichtslosigkeitsdebatte nur eine unaufrichtige Verschleierung für medizinische Rationierung sei. Aber damit werden die verschiedenen Probleme nur durcheinander geworfen. Urteile über Aussichtslosigkeit und Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen sind etwas ganz anderes als Rationierung. Aussichtslosigkeit bezieht sich auf bestimmte Be-

handlungen und die daraus resultierenden Beziehungen zu einem bestimmten Patienten. Rationierung bezieht sich auf die Verteilung von Behandlungen auf die allgemeine Bevölkerung unter Berücksichtigung der Kostenbasis und der konkurrierenden Bedürfnisse.²² Deswegen – so Nancy Jecker und Lawrence Schneiderman – sei der Nutzen des Patienten bei der Entscheidung über Aussichtslosigkeit von höchster Wichtigkeit. Es komme dabei allein darauf an, ob die Medizin in der Lage ist, wenigstens minimale Aussichten auf den angezielten Nutzen versprechen zu können. Alle anderen Faktoren seien belanglos. Im Gegensatz dazu müsse die Gesellschaft in Bezug auf die Rationierung entscheiden, wie man unter Mangelbedingungen damit umgehen sollte, dass gewisse Behandlungen nicht für alle, die von ihnen profitieren würden, verfügbar gemacht werden können.²³

Es ist eine Frage der Gerechtigkeit, dass den Patienten/Stellvertretern kein absolutes Recht zugestanden werden kann, jede beliebige medizinische Behandlung, die sie wünschen, auch zu bekommen. Das würde ein System schaffen, in dem medizinische Versorgung vor allem gesellschaftlich mächtigen Leuten mit unmittelbarem Behandlungsbedarf zugute käme, auf Kosten der Schwächeren, bei denen keine unmittelbare Behandlungsnotwendigkeit besteht.²⁴ Wenn den Patienten/Stellvertretern das absolute Recht gegeben würde, auch unangemessene und unnütze medizinische Behandlungen zu verlangen, würde dies in ungerechter Weise zulasten der Armen, der Machtlosen und der Randgruppen gehen. Es wäre also eine schwere Ungerechtigkeit, die Verteilung von knappen Ressourcen nicht in diese Debatte einzubeziehen.

²¹Vgl. Drane und Coulehan, S. 29.

²²Vgl. Council of Ethical and Judicial Affairs, „Medical Futility in End-of-Life Care“, S. 938.

²³Vgl. Jecker, N. und Schneiderman, L., „Futility and Rationing“, in: *The American Journal of Medicine* 92 (1992), S. 195.

²⁴Vgl. Luce, S. 764.

Bei der medizinischen Aussichtslosigkeitdebatte geht es letzten Endes um den Konflikt zwischen der Selbstbestimmung des Patienten auf der einen Seite sowie dem sinnvollen Handeln des Arztes und der Verteilungsgerechtigkeit auf der anderen Seite. Die Gesellschaft muss ein Gleichgewicht anstreben zwischen den Zielen und Werten des Patienten und denen der Medizin. Dabei darf sie die Selbstbestimmung des Patienten nicht so stark gewichten, dass sie das Prin-



Im Zentrum steht der Konflikt zwischen Verteilungsgerechtigkeit und Selbstbestimmungsrecht des Patienten

zip des Patientenwohls zerstört oder gar die gerechte Verteilung medizinischer Ressourcen aus den Augen verliert. Um dieses Gleichgewicht zu erreichen, müssen sich die Ärzte in jedem Fall darüber einigen, was eine sinnvolle medizinische Behandlung darstellt. Und Patienten/Stellvertreter müssen zustimmen, den Einsatz für ihre eigene Bedürfnisse auf das zu beschränken, was für alle fair und gerecht ist.²⁵ Die ganze Debatte muss sich also auf das Patientenwohl konzentrieren, gleichzeitig aber anerkennen dass jedes Individuum auch ein Mitglied der Gesellschaft ist.

Wenn ein Arzt nach sorgfältiger Prüfung des medizinischen Zustandes, aber auch der Werte und Ziele des Patienten, eine bestimmte medizinische Behandlung für aussichtslos hält, weil sie das Patientenwohl und das Gerechtigkeitsprinzip verletzt, dann ist der Arzt ethisch und professionell verpflichtet, der Erteilung der Behandlung entgegenzuwirken. Das Abwägen von medizinischen Behandlungen auf der Basis ihres Nutzens, ihrer Belastung und des angemessenen Gebrauchs von Ressourcen ist fest verwurzelt in der katholischen Moraltradition und deren Unterscheidung zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mitteln.

Die katholische Perspektive

Verschiedene kirchliche Dokumente, von der Enzyklika *Veritatis Splendor* (1993) über die Enzyklika *Evangelium Vitae* (1995) bis zu *Respect for the Dignity of the Dying*, einer Erklärung der „Päpstlichen Akademie für das Leben“ aus dem Jahr 2000, zeigen sehr klar, dass die individuelle Selbstbestimmung nicht absolut gesehen werden kann. Papst Johannes Paul II. wendet dies in *Evangelium Vitae* auf medizinische Behandlungen an, wenn er ausführte: „Zweifellos gibt es eine moralische Verpflichtung, für sich selbst Sorge zu tragen und zuzulassen, dass man von anderen gepflegt wird, aber diese Pflicht muss die konkreten Umstände in Betracht ziehen. Es muss entschieden werden, ob die vorhandenen Mittel für die Behandlung objektiv proportional zur Aussicht auf Verbesserung sind.“²⁶

Die katholische Tradition vertritt die These, dass eine medizinische Therapie als moralisch obligatorisch angesehen wird, wenn sie als „gewöhnlich“ eingestuft wird. Wird sie dagegen als „außergewöhnlich“ eingestuft, ist sie von der Moral her nicht vorgeschrieben. Sie wird als gewöhnlich eingestuft, wenn sie eine angemessene Hoffnung auf Nutzen für den Patienten verspricht und ohne übermäßige Schwierigkeiten, die auch Risiko, Schmerzen und Kosten beinhalten, angewandt werden könnte. Wenn sie keinen angemessenen Nutzen oder Hoffnung verspricht

oder übermäßig belastend ist, wird sie als außergewöhnlich eingestuft.²⁷

Bereits Pius XII. stellte bezüglich der Unterscheidung zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mitteln klar, dass wir moralisch nur verpflichtet seien, die „gewöhnlichen“ Mittel einzusetzen, um Leben und Gesundheit zu bewahren – entsprechend den Umständen von Personen, Orten, Zeiten und Kultur – das heißt Mittel, die keine schwerwiegende Belastung für einen selbst oder andere darstellen.²⁸ Er stützte sich bei dieser Unterscheidung auf die Vorstellung, dass das menschliche Leben ein fundamentales Gut ist, jedoch ein Gut, das unter den gleichen Voraussetzungen wie andere Werte bewahrt werden muss. Immer sind die Umstände einer bestimmten Situation zu prüfen, die die Kostenfaktoren und Zuweisung von Ressourcen einschließen, denn diese Umstände diktieren die zu berücksichtigende Balance zwischen Leben und diesen anderen Werten. Wegen der Ungenauigkeit der Begriffe *gewöhnlich* und *außergewöhnlich* und der raschen Fortschritte in Medizin und Technologie spricht die katholische Kirche heute von *verhältnismäßigen* und *unverhältnismäßigen* Mitteln. Bei der Entscheidung, ob eine medizinische Behandlung nützlich und geeignet ist, kommt die Kongregation für die Glaubenslehre in der Deklaration zur Euthanasie von 1980 zu folgendem Schluss:

„Auf jeden Fall kann eine richtige Abwägung der Mittel nur gelingen,

²⁵Vgl. Luce, S. 764.

²⁶Papst Johannes Paul II. *Evangelium Vitae*, Vatikan-Dokumente (25. März 1995), Nr. 65. http://www.vatican.va/edocs/ENG0141/_PR.HTM (abgerufen am 11.05.2009).

²⁷Vgl. Gerald Kelly, S.J. und seine klassische Interpretation der Unterscheidung von gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mitteln in der katholischen Tradition: „*Gewöhnliche* Mittel zur Lebenserhaltung sind alle Medikamente, Behandlungen und Operationen, die eine begründete Hoffnung auf Nutzen für den Patienten bieten und die ohne übermäßige Kosten, Schmerzen oder andere Schwierigkeiten erlangt werden können; *außergewöhnliche* Mittel sind alle Medikamente, Behandlungen, und Operationen, die nicht ohne übermäßige Kosten, Schmerzen oder andere Schwierigkeiten erlangt werden können, oder die, wenn sie angewendet werden, keine begründete Hoffnung auf Nutzen anbieten würden.“ Siehe: Kelly, G., *Medico-Moral Problems* (St. Louis, MO: The Catholic Health Association Of The United States and Canada, 1958), S. 129.

²⁸Pius XII. „The Prolongation Of Life“, in: *Acta Apostolicae Sedis* 49 (1957), S. 1032.

wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann.“²⁹

Diese Feststellung, die in der katholischen Tradition verwurzelt ist, gibt Ärzten die ethische Rechtfertigung medizinische Behandlungen abzulehnen, wenn sie entweder schwer belastend oder für den Patienten medizinisch aussichtslos sind.

Katholische Krankenhäuser sind dazu berufen, den Heilungsauftrag Christi zu verwirklichen. Dies bedeutet, dass sie Patienten solche Behandlungen anbieten müssen, die nützlich für sie sind, die ihre Gesundheit wieder herstellen, sie möglichst heilen, Schmerz und Leiden erleichtern, für tröstende Pflege sorgen und die Lebensqualität verbessern. Bei der Frage nach dem Patientenwohl geht es darum, ob Ärzte diese Ziele erreichen können oder nicht, nicht ob sie irgendwelche Ziele oder Interessen erreichen.³⁰ Verfahrensorientierte Richtlinien zur Aussichtslosigkeit können Ärzten dabei helfen, Patienten mit einer medizinischen Behandlung zu versorgen, die ihrem Wohl dient. Sie würden einen verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen fördern und den Gerichten faire Normen verschaffen, die sie zur Entscheidung strittiger Fälle benutzen können.

Fazit

Ärzte sind weder vom medizinischen noch vom ethischen oder vom gesetzlichen Standpunkt aus verpflichtet, einem Patienten eine medizinische Behandlung anzubieten, von der sie glauben, dass sie nicht nützlich oder unangemessen sind. Joseph Healey schreibt dazu, die ethische Verpflichtung bezüglich des Patientenwohls und die rechtliche Verpflichtung zur ‚erfor-

derliche Sorgfalt‘ seien eine Aufforderung für den Arzt, im Streben nach Gesundheit und Wohlbefinden des Patienten ein angemessenes klinisches Urteilsvermögen anzuwenden, das mit angemessenen Berufsnormen in Einklang stehe.³¹ Eins der größten Probleme ist dabei die Angst vor gesetzlicher Haftung. Da die Rechtsentwicklung sich in diesem Bereich noch in einem Frühstadium befindet, ist die Reaktion der Gerichte bisher kaum absehbar. Die unteren Instanzen scheinen sich der komplexen Problematik lieber überhaupt nicht anzunehmen.³² Eine Hauptsorge der Ärzte scheint es zu sein, dass die Krankenhäuser keine Richtlinien haben, auf die sie sich im Streitfall stützen können. Bis der Begriff der Aussichtslosigkeit klarer wird und ethische Richtlinien formuliert sind, werden Ärzte sich weiterhin den Forderungen der Patienten nach medizinisch unangemessener Behandlungen fügen, weil die Angst vor ärztlichen Kunstfehlern wie ein Damoklesschwert über ihren Köpfen schwebt.

Anhang

Nachdem das Mercy Health System, ein Verbund katholischer Krankenhäuser in Philadelphia, mit mehreren Fällen konfrontiert worden war, in denen Stellvertreter und Familienmitglieder medizinische Behandlungen forderten, die deutlich aussichtslos und in denen die Patienten von den Ärzten aufgegeben waren, beschloss es, Richtlinien für den Fall medizinischer Aussichtslosigkeit zu formulieren. Erwogen wurden verschiedene Arten von Richtlinien. Man entschied sich nach sorgfältiger Überlegung für eine verfahrensorientierte Herangehensweise, die sich für eine Entscheidungsfindung von Fall zu Fall eignet. Denn für eine allgemein gültige Definition von Aussichtslosigkeit gab es keine Übereinstimmung.

Die gewählten verfahrensorientierten Richtlinien, sind fest in der katholischen Tradition verwurzelt. Die

KURZBIOGRAPHIE

Peter A. Clark S. J., Ph. D, Professor of Theology and Health Services an der St Josephs-Universität in Philadelphia sowie Director des Interdisciplinary Health Care Ethics Minor und Direktor des Institute of Catholic Bioethics (www.icbbioethics.com); zahlreiche medizinethische Veröffentlichungen.

KURZBIOGRAPHIE

Catherine Mikus, R. N., Esq., Pflegewissenschaftlerin und Juristin, seit 1991 Associate Counsel of Mercy Health System in Conshohocken (Pennsylvania), Lehrtätigkeit und Mitarbeit in verschiedenen Ethikkomitees.

Richtlinie wurde mit einer Palliativversorgungs-Richtlinie verflochten, die deutlich macht, dass wir niemals einen Patienten aufgeben, auch wenn wir eine bestimmte Behandlung als medizinisch aussichtslos einstufen. Jedem Patienten wird angemessene Pflege gegeben und er wird mit äußerster Achtung vor seiner Würde behandelt.

Im Folgenden finden Sie die am 15.10.2000 eingeführten Richtlinien in deutscher Übersetzung.

²⁹ Congregation for the Doctrine of the Faith, „Declaration on Euthanasia“, in: *Ori-gins* 10 (August 1980), S. 263.

³⁰ Vgl. Drane und Coulehan, S. 32.

³¹ Vgl. Healey, J., „Futility, Shared-Decision Making, And The Doctor-Patient Relationship“, in: *Connecticut Medicine* 56 (März 1992) S. 166.

³² Vgl. Cranford, S. 896.



Richtlinien des Mercy Health Systems für den Fall medizinischer Aussichtslosigkeit

1. Wenn der Oberarzt feststellt, dass eine Therapie medizinisch unangemessen ist, der Patient (oder sein stellvertretender Entscheidungsträger) jedoch darauf besteht, dass sie durchgeführt wird, sollte der Oberarzt sorgfältig mit dem Patienten (oder seinem Stellvertreter) über die Art der Krankheit, über die Möglichkeiten (einschließlich Schmerztherapie und Pflege im Sterbehospiz), über die Prognose und über die Gründe, warum die Therapie medizinisch unangemessen ist, sprechen. Der Oberarzt sollte erklären, dass die Nicht-Bereitstellung der in Frage stehenden Therapie nicht bedeutet, angemessene medizinische und menschenwürdige Pflege zu versagen.
2. Der Oberarzt sollte mit dem Patienten (oder seinem Stellvertreter) die Möglichkeiten einer Patientenüberweisung zu einem anderen Arzt oder zu einer anderen Institution sprechen. Er sollte auf die Möglichkeiten, eine unabhängige medizinische Stellungnahme in Bezug auf die medizinische Unangemessenheit bzw. Aussichtslosigkeit der in Frage stehenden Therapie zu erhalten, hinweisen. Zudem sollte der Oberarzt dem Patienten (oder seinem Stellvertreter) eine Kopie dieser Richtlinien aushändigen.
3. Die Unterstützung durch andere Dienste wie Krankenpflege, Krankenhausseelsorge, Sozialdienste soll dem Patienten (oder seinem Stellvertreter) und auch dem Oberarzt zur Verfügung gestellt werden.
4. Wenn eine Übereinstimmung zwischen dem Oberarzt und dem Patienten (oder seinem Stellvertreter) trotz angemessener Bemühungen des Oberarztes und unter Zuhilfenahme der verfügbaren Dienste nicht erreicht wird, muss der Oberarzt, insofern er immer noch wünscht, die Therapie einzuschränken, beim zuständigen Abteilungsleiter ein zweites medizinisches Gutachten von einem Arzt beantragen, der den Patienten persönlich untersucht hat. Die zweite Stellungnahme muss in der Patientenakte dokumentiert werden. Innerhalb von achtundvierzig Stunden, nachdem die zweite Stellungnahme vorliegt, muss der Oberarzt den Fall zur Überprüfung vorbereiten und ihn an das Ethikkomitee des Krankenhauses weiterleiten. Der Oberarzt muss diesem Ausschuss die klinischen und wissenschaftlichen Informationen zukommen lassen, die sachdienlich sind in Bezug auf die Entscheidung, ob die Therapie medizinisch unangemessen ist.
5. Innerhalb von achtundvierzig Stunden nachdem das Ethikkomitee des Krankenhauses den Fall erhalten hat, muss es sich zu einer Anhörung versammeln. Der Oberarzt und der Patient (oder der Stellvertreter) werden ersucht, bei der Sitzung des Komitees zu erscheinen, um ihren Standpunkt vorzutragen. Das Komitee gibt spätestens vierundzwanzig Stunden, nachdem es den Fall gehört hat, seine Empfehlungen bekannt. Ein Vertreter des Ethikkomitees trifft sich mit beiden Parteien gemeinsam, um die Empfehlungen des Komitees zu überprüfen und zu diskutieren.
6. Falls die beiden Parteien auch nach der Empfehlung des Ethikkomitees keine Übereinstimmung erreichen können, werden alle Information vom Ethikkomitee der einzelnen Institution zum übergreifenden *Institutional Interdisciplinary Review Board (IIRB)* zur Entscheidung weitergeleitet.
7. Der Oberarzt muss den Patienten (oder seinen stellvertretenden Entscheidungsträger) schriftlich davon in Kenntnis setzen, dass der Fall an das IIRB weitergeleitet wurde, was das bedeutet, welche möglichen Folgen zu erwarten sind, wann und wo die Überprüfung stattfinden wird. Die Möglichkeit einer Verlegung besteht nur, wenn die damit verbundene Organisation vom Patienten (oder seinem stellvertretenden Entscheidungsträger) übernommen wird. Liegt die Einwilligung des Patienten (oder seines stellvertretenden Entscheidungsträgers) nicht schon zu einem früheren Zeitpunkt vor, kann die Sitzung erst nach mindestens achtundvierzig Stunden, nachdem der Patient (oder sein stellvertretender Entscheidungsträger) benachrichtigt worden ist, stattfinden.
8. Der Oberarzt und der Patient (oder sein stellvertretender Entscheidungsträger) sollten darin bestärkt werden, gemeinsam während des IIRB-Verfahrens anwesend zu sein, um ihre Ansichten zur Betrachtung des Falles, einschließlich alternativer Therapiepläne, vortragen zu können. Diese Sitzung des IIRB sollte in der gegenwärtigen Pflegeeinrichtung, also in dem Krankenhaus, in dem der Patient zurzeit liegt, stattfinden, um den Zugang zum Patienten und zu seinen Unterlagen zu erleichtern.
9. Wenn der Befund der medizinischen Unangemessenheit vom IIRB bekräftigt wird, kann die medizinisch unangemessene Therapie beendet und ein Behandlungsplan aufgestellt werden, der sich allein auf die Pflege, die Symptom-Linderung und die Erhaltung der Würde des Patienten richtet. (Siehe dazu die Richtlinie zur Schmerztherapie.) Wenn das IIRB allerdings der Entscheidung des Oberarztes nicht beipflichtet, haben die ohne Zustimmung des Patienten getroffenen Anweisungen zur Einschränkung der Therapie keine Gültigkeit mehr.
10. Falls das IIRB mit der Feststellung von medizinischer Unangemessenheit übereinstimmt, sind Überweisungen an einen anderen Arzt innerhalb der Institution zur Durchführung von lindernder Therapie erlaubt. Dagegen sind Überweisungen an einen anderen Arzt innerhalb der Institution zur Durchführung der Therapie, die vom IIRB als medizinisch unangemessen beurteilt worden ist, nicht gestattet.
11. Die in diesen Richtlinien dargelegten Verfahren können nur vom Oberarzt oder von anderweitig durch die Belegschaftsverordnungen des Krankenhauses autorisierten Personen eingeleitet werden. Bedenken von Seiten anderer Leistungserbringer im Gesundheitswesen, von Seiten der Krankenhausleitung oder der Familienmitglieder, sollten im Rahme der in der Institution bereits existierenden Kommunikationsmechanismen angesprochen werden.



„Wir werden Krankheiten in Zukunft anders definieren“

Gespräch über Defizite im deutschen Gesundheitswesen und Perspektiven einer neuen Sicht auf Gesundheit und Krankheit

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als überdurchschnittlich teuer. Kritiker sprechen von Überversorgung und Geldverschwendung. Andererseits klagen viele Kassenpatienten über mangelnde Leistungen. Immer häufiger wird die Frage gestellt, wie Leistungen gerechter verteilt und die Kosten insgesamt begrenzt werden können. Für Angela Brand heißt die Antwort nicht Rationierung, sondern Differenzierung. Das Ernstnehmen individueller Krankheitsfaktoren muss demnach auch zu individuell angepassten Präventionsmaßnahmen, Diagnoseverfahren und Therapien führen. Viele teure Standarduntersuchungen, etwa zur Krebsfrüherkennung, könnten sich als überflüssig erweisen. Doch wer kann eine Umschichtung der vorhandenen Ressourcen steuern? Welche Rolle spielen dabei die Ärzte? Wie viel Einfluss gebührt der Politik? Welche Forschungsergebnisse könnten den Weg weisen?



Angela Brand

Amosinternational: Frau Professor Brand, Ihr besonderes wissenschaftliches Interesse gilt der Genetik in Gesundheitsforschung und Publik Health. Worum geht es bei dieser Forschungsrichtung?

Angela Brand: Es geht um ein besseres Verständnis der bisher völlig unterbewerteten Rolle genomischer Faktoren bei der Entstehung bzw. Entwicklung von Krankheit und Gesundheit.


Amosinternational: Heißt das: Im alten Streit um die Abwägung zwischen determinierender genetischer Mitgift einerseits und den beeinflussbaren Gesundheitsfaktoren andererseits schlägt das Pendel jetzt wieder zurück in Richtung Vererbung?

Angela Brand: Nein, um diese Alternative geht es gerade nicht, im Gegenteil: Wir sehen immer deutlicher

das Zusammenspiel von Umweltfaktoren, sozialen Faktoren und dem Erbgut. Die genomische Forschung zeigt geradezu eine Wechselwirkung der Gene untereinander sowie zwischen genetischer Ausstattung und den unterschiedlichen Umweltfaktoren. Die Gene determinieren den Menschen nicht, sie sind auch selbst nicht festgelegt. Inzwischen wissen wir: Unser Genom ändert sich tagtäglich, und zwar in Abhängigkeit von anderen biologischen und sozialen Faktoren.

Amosinternational: Das klingt nach Theorie und Grundlagenforschung. Oder lassen sich aus diesen Erkenntnissen bereits Schlussfolgerungen ziehen für einen anderen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, vielleicht auch für eine andere Gesundheitspolitik?

Angela Brand: Die Konsequenzen für die Gesundheitspolitik und für angemessene Krankenversicherungskonzepte dürften ganz erheblich sein. Wir werden Krankheiten in Zukunft ganz anders definieren müssen, als wir das bisher tun. Denken Sie z. B. an die weit verbreitete Zivilisationskrankheit Diabetes. Normalerweise haben wir dabei

 Die Genomik ermöglicht ein differenzierteres Verständnis von Krankheiten

ein ganz bestimmtes Krankheitsbild im Kopf. Es gibt aber nicht nur ein Diabetes und auch nicht nur zwei Formen, die unterschieden werden müssen; es gibt vielleicht dreißig oder vierzig Untergruppen dieser Krankheit und wir werfen das alles in einen Topf. Oder der Herzinfarkt: das kann sehr, sehr unter-



schiedlich aussehen. Auch bei der Schizophrenie gibt es ganz verschiedene Untertypen. Wenn wir das immer nur unter diese Sammelbegriffe fassen und in standardisierter Weise reagieren, vergleichen wir Äpfel mit Birnen. Die Genomik ermöglicht es dagegen, spezielle Formen zu unterscheiden, von denen die einen eher erblich, die andern eher durch den Lebensstil bedingt sind. Andererseits können wir erkennen, dass Krankheiten zusammengehören, die wir nie zusammengebracht hätten, z.B. Schizophrenie und bestimmte Krebs-erkrankungen, oder Schizophrenie und Herz-Rhythmus-Störungen.

Amosinternational: Und wie könnten die gesundheitspolitischen Konsequenzen aussehen? Man denkt da doch unwillkürlich an das Ziel, mit Blick auf die Gesamtbevölkerung den Anteil der gesundheitsförderlichen Erbfaktoren zu vergrößern und den Anteil der für die sog. Volkskrankheiten mitverantwortlichen Faktoren zu verringern, also an das, was man klassischer Weise Eugenik nennt.

Angela Brand: Es geht gerade nicht um irgendwelche Formen der Genmanipulation oder einer neuen Eugenik, sondern es geht darum, Krankheiten und Gesundheitsbedingungen besser zu verstehen, die Interaktion der verschiedenen Faktoren in den Blick zu bekommen. Aber die von Ihnen genannte Assoziation gibt es natürlich. Sie hat den Aufbau dieses Forschungsbereichs in Deutschland erschwert und verzögert. In den USA war das fast zehn Jahre früher möglich. In Deutschland ist es erst seit 2005 gelungen, zusammen mit Experten aus ganz verschiedenen Professionen – Ethiker, Juristen, Molekularmediziner, Kliniker usw. – diesen Bereich zu etablieren und mit anderen starken Partnern, der kanadischen Public Health Agency z. B., ein internationales Netzwerk aufzubauen. Heute haben wir hier in Maastricht ein europäisches Zentrum, das auch von der EU-Kommission mitfinanziert wird. Bei unseren Forschungsprojekten und

der dazu gehörenden Politikberatung geht es nicht zuletzt darum, die Entscheidungsträger der nationalen europäischen Gesundheitssysteme auf den entsprechenden Paradigmenwechsel vorzubereiten.

Amosinternational: Vorzubereiten auf einen neue Public Health-Praxis und eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik?

Angela Brand: Public Health folgt bisher einer sehr paternalistischen Strategie, das heißt, Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen werden von oben nach unten „verordnet“, und es wird das Gießkannenprinzip bevorzugt, das heißt, es interessiert nicht die Gesundheit des Individuums, sondern die Gesundheitslage von Bevölkerungsschichten bzw. -gruppen. Heute weiß man, es ist eben doch sehr individuell, wie Menschen entscheiden, wie sie leben, wie sie fühlen, welche Art einer bestimmten Krankheit sie haben. Zugespißt gesagt: Jedes Karzinom ist anders, und jeder Betroffene geht anders damit um. Behandlungsstandards, die von allem Individuellen abstrahieren, um für eine größtmögliche Gruppe zutreffen zu können, sind da genau das Falsche. Wir brauchen individuell zugeschnittene Vorsorgeinstrumente und Therapien, passgenau für das Individuum entwickelte Medikamente. Und das erfordert dann letztlich auch entsprechend differenzierte Finanzierungs- und Solidarsysteme.

Amosinternational: Das hört sich nicht gerade nach Kostendämpfung an. Eher schon nach einer Überforderung der Gesundheitssysteme durch eine immer weiter ausgeklügelte Professionalisierung und Verwissenschaftlichung. Geht dabei nicht die von machen Kritikern geforderte Rückbesinnung auf die Kompetenz der Laien, der Mütter und Großmütter, in Fragen der Gesundheitsförderung und auch der Therapie ganz verloren? Ist Gesundheit tatsächlich ein nach hochkomplizierten Regeln und von Spezialisten herzustellendes Produkt geworden?

Angela Brand: Sie konstruieren da einen Gegensatz, den ich so nicht sehe. Die von mir postulierte Differenzierung und Individualisierung war doch die Domäne der Großmütter. Die wussten, was einem schmeckt, das tut einem gut, obwohl nicht allen in der Familie das Gleiche schmeckt. Die wussten, dass Schokolade nicht generell schlecht ist, wie den Eltern heute häufig suggeriert wird, sondern manchmal auch gesundheitsförderlich. Die Großeltern kannten die bewährten Hausmittel der Familie und sie wussten, dass ein gewisses Maß an Routine und Gleichmäßigkeit im Leben gesund erhält, dass Stress nur in Maßen verkräftbar ist usw. Heu-

Traditionelles Gesundheitswissen war differenziert und individuell

te können wir lediglich genauer erforschen, wie Stress das Stoffwechselsystem beeinflusst, und wie das schließlich zu einer Krebserkrankung führen kann, warum Herz-Kreislauf-Erkrankungen in manchen Familien gehäuft auftreten usw. Das geht durchaus konform mit dem Wissen, dass traditionell in den Familien weitergegeben wurde, heute aber häufig verlorengegangen ist oder nicht mehr genügend ernst genommen wird.

Amosinternational: Wird das heute nicht weitgehend ersetzt durch die Gesundheits- und Fitnessberatung, die man allenthalben und ungefragt durch die Medien oder auch seitens der eigenen Krankenversicherung erhält?

Angela Brand: Ein großer Unterschied besteht darin, dass bei diesen Formen, einen gesünderen Lebensstil zu propagieren, viel zu Vieles über einen Kamm geschoren wird. Die Lebensstile sind sehr individuell. Man kann jemanden, der sich nicht viel bewegen möchte, nicht zum Sportsmann machen, und das ist auch nicht nötig. Letztlich weiß der Einzelne schon selbst, welches Maß da für ihn richtig ist. Auch wenn es




um Vorsorge- oder Gesundheitsschutzmaßnahmen geht, die durch neue technische oder pharmazeutische Errungenschaften unterstützt werden sollen, ist es unabdingbar, zunächst deren Sinn in das gesellschaftliche Bewusstsein zu implementieren. Jede Form der Gesundheitsvorsorge oder der Therapie muss zunächst für die einzelnen Menschen verstehbar sein.

Amosinternational: Etwas sarkastisch formuliert würde ich ergänzen: Und sie muss vor allem möglichst gut abgerechnet werden können im Rahmen der gegebenen Finanzierungssysteme bzw. der finanziellen Leistungsfähigkeit des Patienten.

Angela Brand: Ja, die Dominanz der finanziellen Ertragsfrage, insgesamt der Gesundheitsökonomie, ist schon manchmal ärgerlich. Und meine ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sind da nicht ganz unschuldig. Gute Ärzte wissen sehr genau, was einem Patienten gut tut und was nicht, und da kann man nur an das ärztliche Ethos appellieren, sich auch entsprechend zu verhalten. Die seit einiger Zeit gegebene Möglichkeit, sich zusätzliche sog. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) direkt vom Patienten vergüten zu lassen, führt dagegen zu unerträglichen Auswüchsen. Manche Ärzte gebärden sich da als Verkaufskünstler, obwohl bekannt ist, dass diese Leistungen für den Einzelnen nicht hilfreich sind. Alle diese Leistungen sind aus gutem Grund nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen enthalten.

Amosinternational: Muss man nicht sogar noch weiter gehen und sagen: Das Gesundheitssystem ist von seiner finanziellen Seite her so angelegt, dass alle Leistungserbringer, Ärzte, Krankenhäuser usw. ein vitales Interesse daran haben müssen, dass es möglichst viele Kranke und eine stetige Ausweitung der Leistungsnachfrage gibt?

Angela Brand: Ja, da muss ich Ihnen Recht geben. Die negativen Auswirkungen

 Es ist ein Unding, alle Frauen durch standardisierte Vorsorgeuntersuchungen zu schleusen

der systematischen Begünstigung von massenhaft und relativ undifferenziert eingesetzten Vorsorgeverfahren, Therapien, auch operativen Eingriffen ist in vielen Bereichen zu beobachten. Nehmen wir das Beispiel Brustkrebs, oder auch Darmkrebs. Da werden die gängigen Verfahren zur Früherkennung ab einem bestimmten Alter wirklich massenhaft eingesetzt, obwohl der Nutzen aufs Ganze gesehen mehr als zweifelhaft ist und die Möglichkeit negativer Folgen nicht von der Hand gewiesen werden kann. Dabei wäre es z. B. wichtig, von vorne herein zwischen erblichen und nicht erblichen Krebsformen zu unterscheiden. Ob ein erhöhtes Risiko besteht, weil es in der Familie häufiger Brustkrebs oder auch Schizophrenie gegeben hat oder weil andere spezielle Risikofaktoren vorhanden sind, das lässt sich häufig durch eine ausführliche Familienanamnese herausfinden, nicht aber durch jährliche Beteiligung am Mammographie-Screening. Es scheint, dass wir es relativ wenig selbst beeinflussen können, ob wir an Krebs erkranken oder nicht. Und wir können Krebs auch auf dem Röntgenbild allenfalls dann erkennen, wenn er bereits vorhanden ist. Gerade in den frühen Phasen kommt es allerdings häufig zu Fehldiagnosen, die sich erst nach dem nächsten Schritt, der Biopsie, korrigieren lassen. Zudem gibt es bekanntermaßen sehr viele „schlafende“ Karzinome, die bei ihrer Entdeckung zum Eingriff und all den bekannten Folgeproblemen führen, die dagegen unentdeckt nie geschadet hätten.

Amosinternational: Trotzdem setzt die gegenwärtige Gesundheitspolitik lieber auf flächendeckende und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen.

Angela Brand: Gegen diese unsachgemäße Gleichmacherei versuchen wir

mit unseren Forschungen im Bereich der Public Health Genomics anzugehen. Es ist doch ein Unding, alle Frauen ab einem bestimmten Lebensjahr fast schon zu dieser standardisierten „Vorsorge“ zu zwingen, ohne wirklich zu differenzieren. Auch die Behauptung, dass der Brustkrebs zunehme, stimmt nicht. Wenn man nämlich nach Altersgruppen unterscheidet, bleibt es stabil, im Gegenteil, die Zahlen gehen sogar etwas nach unten. Nur weil wir im Durchschnitt immer älter werden, steigen die absoluten Zahlen geringfügig. Das ist eine ganz typische Konstellation bei diesen Vorsorgeuntersuchungen bzw. Screenings.

Amosinternational: Ein anderes Beispiel, das gerade durch die Medien geht, ist die Früherkennung von Prostatakrebs. Die Zahlen zu den Fehldiagnosen und unnötigen Eingriffen mit oft gravierenden Verlusten für die Lebensqualität der Betroffenen legen die Vermutung nahe, dass es gelegentlich mehr um Kapazitätsauslastung und Ertragsteigerung auf Seiten der Leistungserbringer geht als um das Patientenwohl.

Angela Brand: Selbstverständlich geht es bei diesen umfangreichen Vorsorgeprogrammen um viel Geld. Ganze Fachrichtungen, etwa die Urologie, leben teilweise davon. Dabei können wir in Wirklichkeit sehr wenig vorsorglich tun. Sinnvoller wäre es, dieses Geld zu investieren, um (z. B.) für alle an Brustkrebs oder einem Prostatakarzinom Erkrankten die bestmögliche Versorgung in guten Zentren zu gewährleisten. Die Qualitätsunterschiede zwischen den verschiedenen Zentren sind derzeit noch viel größer, als man sich das überhaupt vorstellen mag. Wir benötigen die finanziellen Ressourcen, um uns flächendeckend gute Ärzte und maßgeschneiderte Therapien mit besten Heilungschancen leisten zu können. Gerade Tumorerkrankungen sind wie gesagt so individuell, dass es keine passende Therapie für alle geben kann.

Amosinternational: Muss man bei den Qualitätsunterschieden nicht auch die Kritik von Karl Lauterbach hinzu nehmen, der von einer Zweiklassenmedizin spricht? Zugang zu den wirklich guten ärztlichen Spezialisten hätten in Deutschland ausschließlich Privatpatienten; die gesetzlichen Versicherten hätten das Nachsehen. Verschwindet hier das ärztliche Ethos, ohne Ansehen der Person zu behandeln, hinter den Systemschleusen des Versicherungsdurchschlusses?

Angela Brand: Das sehe ich anders. Wir haben einmal die anerkannten Leistungen, die durch die gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlt werden. Wir haben einen großen Präventionstopf, dessen Verwendung staatlicher Steuerung unterliegt. Die Sozialgesetzgebung sieht dafür die kommunale Ebene vor. Diese Verantwortung wird allerdings bisher kaum wahrgenommen, diese „Hausaufgaben“ sind noch nicht gemacht. Was die Vielzahl der Krankenversicherer in Deutschland betrifft, so ist diese nur von der historischen Entwicklung her zu verstehen. Auf Zukunft hin könnte ich mir schon ein ähnliches Modell vorstellen, wie es hier in den Niederlanden seit 2006 zu finden ist, mit einem einzigen gesetzlich definierten solidarischen Krankenversicherungssystem für alle, das die Grundversorgung übernimmt. Statt von einer Zweiklassenmedizin würde ich für Deutschland (im Vergleich) eher von einer gewaltigen und sehr teuren Überversorgung sprechen. Überall dort, wo umfangreiche Mittel in die Prophylaxe investiert werden, müssen die von der Solidargemeinschaft zu übernehmenden Therapiekosten doch eigentlich entsprechend zurück gefahren werden.

Amosinternational: Aber würde das nicht gerade die einkommensschwachen Gruppen doppelt treffen, weil sie in der Regel am schwersten erreichbar sind bei den gesundheitserhaltenden Maßnahmen und weil sie sich die umso eher anfallenden medizini-

schen „Reparatur“-Kosten nicht auf private Rechnung leisten können?

Angela Brand: Ich halte nichts davon, die Finanzierung des Gesundheitssystems und die allgemeine Sozialpolitik zu vermischen. Sozial schwache Bevölkerungsgruppen müssen nötigenfalls eine gesonderte Unterstützung erhalten, damit die notwendigen Gesundheitsleistungen sie auch tatsächlich erreichen. Gleichwohl ist es nicht sinnvoll, das ganze System nach denen auszurichten, die ein vernünftiges Maß an finanzieller Eigenverantwortung



In Deutschland gibt es eine sehr teure Überversorgung

nicht schultern können. Vor allem aber darf es doch nicht sein, dass die in vielen Bereichen feststellbare (teils privat finanzierte) Überversorgung zum allgemeinen Maßstab wird. Bei Vielem von dem, was Privatpatienten, manchmal zum Ärger der Kassenpatienten, zusätzlich erhalten, ist keineswegs ausgemacht, dass es auch sinnvoll ist. Im Gegenteil.

Amosinternational: Das ist leicht gesagt, doch von der Patientin, der eine Leistung versagt oder nur gegen zusätzliche Bezahlung gewährt wird, kann das in der Regel kaum beurteilt werden. Was bleibt da als Ausweg, wenn sie sich auf das Urteil des Arztes verlassen muss, der ihr Nachgefragtes versagt oder Unerwünschtes zu verkaufen versucht?

Angela Brand: Es geht tatsächlich nicht ohne Vertrauen auf Seiten der Patienten und eine größere Ehrlichkeit und auch Bereitschaft, Nein zu sagen, auf Seiten der Ärzte. Wir müssen das viel beschworene, leider auch missbrauchte, ärztliche Ethos wieder stärken. Zu diesem Ethos gehört es, dass Privatpatienten und Kassenpatienten im Bereich des Notwendigen wirklich gleich behandelt werden. Das gesetzliche System der Krankenversicherungen in Deutschland ist genau darauf an-

gelegt. Nur muss ich als Arzt manchmal viel Argumentationsaufwand betreiben, um eine Therapie, die nicht Standard ist, für einen Kassenpatienten in einer speziellen Situation finanziert zu bekommen. Wenn eine Sache notwendig ist, ist sie auch durchsetzbar. Nur scheuen die meisten Ärzte ganz einfach den zusätzlichen Zeitaufwand, der bei Privatpatienten nicht notwendig ist. Dadurch kommt es zu den vielen Ungerechtigkeiten.

Amosinternational: Wird die ethische Haltung des einzelnen Arztes da nicht überstrapaziert, wenn es an anderen Steuerungsmitteln, auch finanziellen Anreizen fehlt?

Angela Brand: In der Tat müsste die Beratungs- und Überzeugungsarbeit der Ärzte besser honoriert werden. Die genaue, auf den individuellen Fall bezogene Begründungsarbeit gegenüber einem Versicherer ist ja nur die eine Seite. Viel mehr geht es um die Stärkung der sprechenden und beratenden Behandlung der Patienten, durch die z.B. manches Medikament eingespart werden könnte. Diese Seite ist bereits in der Ärzteausbildung, speziell in Deutschland, viel zu wenig im Blick. In andern Ländern, etwa in den Niederlanden oder auch in Kanada sieht das ganz anders aus. Hier an der Maastrichter Universität etwa spielt die fallbezogene Ausbildung eine weit größere Rolle. Da werden, um ein Beispiel zu nennen, am Fall einer Lungenerkrankung neben den medizinischen auch die psychischen, sozialen und andere Komponenten unter entsprechender fachlicher Anleitung thematisiert. Das erfordert eine hohe Zusammenarbeitsbereitschaft der verschiedenen Professionen, es führt dann aber auch zu einem anderen Ethos bei den jungen Ärzten. In Deutschland hat man dagegen manchmal den Eindruck, dass die Ärzteschaft vor allem geprägt ist durch ihren Lobbyismus in eigener Sache gegenüber der Politik.



Amosinternational: Können Sie ein Beispiel für solchen übermäßigen Lobbyismus nennen?

Angela Brand: Da gibt es immer wieder Beispiele, wenn es bei den sog. Gesundheitsreformgesetzen um Veränderungen in der Verteilung des „Finanzkuchens“ geht. Aber ich will Ihnen ein Beispiel nennen, das nicht in dieser Weise für jedermann sichtbar geworden ist: Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Gremium, in dem festgelegt wird, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden müssen, gab es zeitweise eine deutliche Tendenz, ein spezielles Darmkrebscreening, nämlich die regelmäßige Darm-



Gegen den Lobbyismus der Interessengruppen braucht es mehr Einfluss der Politik

spiegelung zur Krebsfrüherkennung, nicht in den Leistungskatalog aufzunehmen. Die Gründe für eine solche Entscheidung waren und sind erdrückend eindeutig: Positive Auswirkungen auf die Häufigkeit und den Verlauf von Darmkrebskrankungen sind in großen Studien nicht nachweisbar, im Gegenteil: Es gibt bei dieser Form der Untersuchung sehr viele Nebenwirkungen, in 0,1 % ungewollte Verletzungen durch ungeschickte Handhabung, immer wieder schwerwiegende Komplikationen bis hin zu Todesfällen. Alternativ zu dieser invasiven Methode gibt es die Untersuchung auf Blut und Stuhl, die in den meisten europäischen Ländern als Screening eingesetzt wird, sowie die Möglichkeit des Testens auf den Biomarker Tumor M2-TK. Trotzdem ist die Darmspiegelung als Screening immer noch im Katalog enthalten, weil die vielen Enterologen, die sich niedergelassen und teure Geräte gekauft haben, sehr gut an diesen Untersuchungen verdienen und eine entsprechend starke Lobbyarbeit machen. Massiv unterstützt werden sie dabei von der Burda-Stiftung; die Burda-Familie hat ei-

nen Sohn durch Darmkrebs verloren und setzt daher sehr viele Mittel zu diesem Zweck ein. Da wünscht man sich schon einen stärkeren Einfluss der demokratisch legitimierten Politik auf den G-BA, das Selbstverwaltungsgremium der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen, in dem sich in diesem Fall offenbar eine starke Lobby gegen gute Argumente durchgesetzt hat.

Eine positive Erfahrung kann ich allerdings auch nennen: Der sog. Triple-Test, ein Verfahren zur Untersuchung des Blutes, das je nach Ergebnis weitere (problematische) Diagnoseverfahren zur pränatalen Feststellung des Down-Syndrom nach sich zieht, wie etwa die Fruchtwasseruntersuchung, habe ich selbst für Deutschland vor einigen Jahren evaluiert. Es wurde aufgrund der Ergebnisse bereits vor Jahren aus dem Leistungskatalog herausgenommen.

Amosinternational: Soviel ich weiß, wird er allerdings weiterhin als Individuelle Gesundheitsleistung angeboten, sozusagen für alle schwangeren Frauen, die „das Beste für ihr Kind“ tun möchten.

Angela Brand: Ja, das ist schlimm. Diese ganzen IGeL-Angebote müssten verboten werden. Kollegen verschiedener Fachrichtungen sagen mir: Das grenzt an Scharlatanerie, was viele Ärzte inzwischen alles als Gesundheitsleistungen verkaufen. Nichts davon wird wirklich gebraucht.

Amosinternational: Den ganzen Bereich der nicht anerkannten Alternativmedizin lehnen Sie damit ebenfalls von vorneherein ab?

Angela Brand: Nein, viele komplementärmedizinische Verfahren und Medikamente werden doch bereits im G-BA diskutiert und geprüft. Zum Beispiel die Frage, unter welchen Bedingungen Akupunktur sinnvoll sein könnte. Da wird manches in Zukunft in den Katalog aufgenommen werden. Ande-

res wird wieder aus dem Katalog verschwinden müssen; es können nicht additiv immer mehr Leistungen einfach dazu genommen werden, wenn die Kosten nicht ins Unendliche steigen sollen.

Amosinternational: Eine Kostenbegrenzung wäre z.B. auch dadurch erreichbar, dass man die Möglichkeiten der teuren Hochleistungsmedizin nach bestimmten Kriterien rationiert. Manche Beobachter sind gar der Meinung, es gebe längst eine stillschweigende Rationierung. Und die Medizinethiker entwickeln wohlbegründete Kriterien und Szenarien für transparente und gerechte Rationierungsentscheidungen. Ist das der Zukunftsweg für unseren Umgang mit den begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens?

Angela Brand: Ich glaube nicht, dass wir bereits eine nennenswerte Praxis der Rationierung haben. Ich glaube auch nicht, dass es ein sinnvoller Weg ist, bestimmte kostenträchtige Leistungen nach allgemeinen Zuteilungskriterien zu rationieren. Die Herausforderung ist vielmehr, für jeden Patienten, die individuell passende Therapie zum richtigen Zeitpunkt und am richtigen Ort anbieten zu können. Gerechtigkeit im Gesundheitswesen folgt nicht dem Grundsatz: das Beste und Teuerste für jeden. Das entspricht zwar einer heute



Wir müssen uns am tatsächlichen Bedarf orientieren, nicht an den grenzenlosen Bedürfnissen

noch weit verbreiteten Gleichmacherei. Notwendig ist aber eine sehr differenzierte Erhebung des jeweiligen Bedarfs. Da kann man sich den unnötigen Einsatz großer Ressourcen ersparen, die dann frei werden für den Einsatz teurer Technik (z. B.) dort, wo sie wirklich notwendig ist.

Amosinternational: Welchen Stellenwert hat dabei die hoch gehandelte Patientenautonomie? Wie wollen sie der Allianz zwi-

schen dem immer weiter wachsenden Angebot neuer Techniken und Pharmazeutika einerseits und der im gleichen Maß steigenden Nachfrage nach diesen Möglichkeiten auf Patientenseite beikommen?

Angela Brand: Im Kontext von Public Health ist schon immer gesagt worden: Wir müssen uns am tatsächlichen Bedarf orientieren, nicht an den Bedürfnissen. Bedürfnisse sind unendlich, das ist ein Fass ohne Boden. Wir müssen uns schon herausnehmen zu entscheiden, was angemessen ist, und was nicht.

Amosinternational: Wer soll das entscheiden?

Angela Brand: Die demokratisch legitimierte Politik, im Zusammenspiel mit den Ärzten und auch mit den Wissenschaften, die aussagekräftige Studien liefern. Ich glaube, dass da tatsächlich die Genomik weiterhelfen kann, weil es ihr Ansatz ist, ganz individuell hinzuschauen. Sie liefert immer mehr Informationen und Beweise dafür, dass eine stark personalisierte Medizin, ein personalisiertes Gesundheitswesen der richtige und der einzig bezahlbare Weg ist.

Amosinternational: Ein großer Teil der auf das Individuum bezogenen Gesundheits- bzw. Krankheitskosten entsteht offenbar am Lebensende. Es scheint besonders schwierig zu sein, in dieser Phase nicht alles zu tun, was Medizin und Technik hergeben. Sind da ärztliche Entscheidungen, diese oder jene lebensverlängernden Maßnahme unter Umständen zu unterlassen, nicht besonders schwierig?

Angela Brand: Ja, das ist so, am Lebensende, aber auch am Lebensanfang, etwa bei den ganz frühen Frühgeburten. Der Einsatz der ganzen Palette medizinischer Möglichkeiten könnte da durchaus etwas restriktiver gehandhabt werden. Die Grenzen der Natur, die Grenzen menschlichen Lebens zu akzeptieren, auch das gehört zum ärzt-

lichen Ethos. Diese Grauzonen, für die es keine Vorgaben gibt, in denen man sich entscheiden muss, einen Menschen sterben zu lassen, nur noch die Schmerzen zu lindern, die sind nur schwer auszuhalten. Da wünschen wir uns dann Regulierung, oder wir tun alles, auch Sinnloses, weil wir den Vorwurf der Sterbehilfe fürchten. Den Institutionen, den Krankenhäusern etwa, ist dabei vor allem an Entscheidungen gelegen, die im Zweifel auch gerichtsfest sind.

Amosinternational: In Deutschland ist das Thema Sterbehilfe besonders belastet. In den Niederlanden scheint es dagegen ein weit größere, für den Beobachter von außen manchmal auch erschreckende Offenheit zu geben. Wie erleben Sie das hier im Vergleich zu Deutschland?

Angela Brand: Es gibt schon einen etwas offeneren Umgang, doch sollte man nicht von einigen umstrittenen Fällen aktiver Sterbehilfe, die vor Jahren durch die internationale Presse gingen, auf einen tabulosen Umgang mit dem Sterben schließen. Allerdings hat gerade mein Vorgänger hier an diesem Institut, er war lange Hausarzt und hat viele Sterbende begleitet, sich dafür stark gemacht, auch die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden zuzulassen und nicht strafrechtlich zu verfolgen. Ich bin da selbst sehr zwiespältig. Wichtiger als die Lebensverlängerung um jeden Preis ist in dieser Phase jedenfalls die palliative Betreuung, die Schmerzreduzierung, auch wenn das den Sterbeprozess beschleunigt. Vor al-

KURZBIOGRAPHIE

Angela Brand (*1962), Dr. med., MPH (John Hopkins University, Baltimore), Kinderärztin und Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen; 2001–2008 Professorin für Sozialmedizin/Public Health, zunächst in Düsseldorf, dann in Bielefeld; seit 2008 Professorin für Sozialmedizin an der Universität Maastricht sowie Direktorin des europäischen Zentrums für Public Health Genomics (ECPHG), Maastricht; aktuelle Veröffentlichungen: Biobanking for Public Health (mit Schulte in den Bäumen T. und Probst-Hensch N.M.), in: Dabrock, P./Ried, J./Taupitz, J. (Hg.): Trust in Biobanking. Dealing with Ethical, Legal and Social Issues in an Emerging Field of Biotechnology. Bern, 2008; The Impact of Genetics and Genomics on Public Health (mit Brand H. und Schulte in den Bäumen T.), in: European Journal of Human Genetics 16 (2008) 1, 5–13; Cross-border health activities in the Euregios (mit Holleederer, A. und Wolf, U.), in: Good practice for better health. Health Policy 86 (2008) 245–254.

lem aber ist immer der Wille des Einzelnen zu respektieren. Da können die Grenzen zur Beihilfe zum Suizid dann fließend werden, wenn jemand seinem Leben ein Ende setzen möchte, es aber ohne Hilfe nicht kann. Doch das ist ein eigenes schwieriges Thema.

Das Gespräch führte Richard Geisen



Für eine Kultur der Gesundheit

Zehn Thesen des Landeskomitees der Katholiken in Bayern

Markus Vogt

In den folgenden Thesen spielt der Perspektivenwechsel von der „Reparaturmedizin“ auf die Ressourcen der Gesundheit (Salutogenese) eine zentrale Rolle. Es handelt sich um eine Zusammenfassung der im Januar 2009 vom Landeskomitee der Katholiken in Bayern vorgelegten „Ethischen Orientierungen für die Gesundheitspolitik“ (Zeitansagen 13, S. 16–18). Der vollständige Text kann bestellt werden über: info@landeskomitee.de.

1. Der Lebensstil ist ein Schlüsselfaktor für präventive Gesundheitspolitik

Die häufigsten und teuersten Erkrankungen der westlichen Welt (koronare Herzerkrankungen, Arteriosklerose, Diabetes II) sind lebensstilbedingt. Sie hängen wesentlich mit Essens- und Bewegungsgewohnheiten sowie psychosozialen Faktoren zusammen. Eine präventive Gesundheitspolitik muss sich deshalb weit stärker als bisher mit diesen Determinanten der Entstehung von Krankheiten befassen. Sie verlagert Investitionen von der Krankheitsreparatur in die Gesunderhaltung der Gesunden.

2. Die gesundheitliche Benachteiligung von sozial Schwachen, Kindern und Jugendlichen ist ungerecht und teuer

Zunehmend wird die Verteilung von Gesundheit und Krankheit zum Spiegel gesellschaftlicher Ungleichheiten. Besonders die gesundheitliche Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in den unteren Schichten der Bevölkerung nimmt zu. Primäre Prävention muss deshalb die Lebenslagen sozial Benachteiligter in den Mittelpunkt stellen und gezielt zu verbessern suchen. Notwendig ist eine Vernetzung der Gesundheitspolitik mit den vorgelagerten Handlungsfeldern in Familien-, Arbeits-, Bildungs- und Sozialpolitik.

3. Bedürftigkeit, nicht Zahlungsfähigkeit muss Leitmaßstab für Verteilungen im Gesundheitswesen bleiben

Der menschenrechtliche und solidarische Ansatz, der mit dem Grundgesetz vorgegeben ist, hat zur Konsequenz, dass im Gesundheitssystem die menschliche Person mit ihren Bedürfnissen und ihrer unteilbaren gleichen Würde im Zentrum steht. Deshalb dürfen sich die Leistungen des Gesundheitssystems in der Grundversorgung, die eine qualitativ hochwertige Behandlung umfasst, nicht an der Zahlungsfähigkeit orientieren, sondern an der individuellen Bedürftigkeit und der Ermöglichung von Partizipation.

4. Gesundheitsvorsorge ist einer der größten Wachstumsmärkte

Gesundheitsvorsorge ist nicht nur ein Kostenfaktor, sondern heute auch einer der größten Wachstumsmärkte der Gesellschaft, dem eine zunehmende Bedeutung für die gesamte Wohlfahrtsentwicklung zukommt. Wenn ältere Menschen durch Primärprävention länger gesund und vital sind, kommen sie als Leistungsträger und gesellschaftliches Potential in den Blick. Dies setzt jedoch eine veränderte Gestaltung der Arbeit sowie lebenslanges Lernen voraus.

5. Ein utopisch übersteigter Begriff von Gesundheit führt zu falschen Erwartungen

Eine Reformdebatte zur Gesundheit bleibt orientierungslos, wenn sie nicht den Stellenwert von Gesundheit klärt. Gesundheit ist zwar ein fundamentales, nicht aber das höchste Gut des Menschen. Ein humaner Umgang mit Gesundheit und Krankheit schließt ebenso die verantwortliche Sorge für die Gesunderhaltung und Heilung ein, wie die Gelassenheit und Demut angesichts der unvermeidlichen Grenzsituationen von Krankheit und Tod. Hierfür bietet der christliche Glaube ethische, spirituelle und praktische Orientierung.

6. Perspektivenwechsel: Von der Defizitorientierung zur ganzheitlichen Betrachtung der Heilungskräfte

Prävention wird auch durch einen Perspektivenwechsel ermöglicht, der nicht defizitorientiert vom Phänomen der Krankheit ausgeht, sondern von den positiven Kräften der Förderung und Erhaltung von Gesundheit. Erst in einem Klima der Verbindung von Psychischem, Sozialem und Physischem gedeiht eigenverantwortliche Gesundheitsfürsorge und -vorsorge. Deshalb sollten komplementäre oder ganzheitliche Methoden eine stärkere Berücksichtigung in der Ausbildung der Ge-



sundheitsberufe sowie in den Finanzierungsmodellen der Krankenkassen finden. Durch eine Kultur der Anerkennung kann der christliche Glaube die Kräfte vitaler Genesung und Gesundheit fördern.

7. Solidarität fordert und fördert Eigenverantwortung

Das Zusammenspiel von Solidarität und Eigenverantwortung ist gerade im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung. Solidarität braucht Eigenverantwortung. Das Gesundheitssystem ist nur gerecht, wenn es eine aktive Beteiligung aller an der Sorge und Vorsorge für die eigene Gesundheit fördert und fordert. Die neue Gesundheitspolitik muss einen öffentlichen Rahmen schaffen, der dem Einzelnen zu einer persönlichen Gesundheitsreform verhilft.

8. Eine persönliche Gesundheitsreform ist weder aufwendig noch zeitintensiv

Notwendig ist eine „persönliche Gesundheitsreform“ jedes Einzelnen. Deren Basis sind nicht zeit- und kostenintensive Gesundheitsprogramme, sondern Bewegung im Alltag, gesunde Ernährung durch Maßhalten und Ausgewogenheit sowie eine Kul-

tur der Entspannung im Kontext von familiären, kulturellen oder freundschaftlichen Verbindungen. Auch die gesundheitsfördernde Gestaltung des Wohn- und Arbeitsumfeldes für möglichst alle Menschen ist ein unverzichtbares Element einer präventiven Gesundheitspolitik.

9. Geld verdienen mit Gesunderhaltung

Das Gesundheitssystem wäre längst kollabiert, wenn es nicht viele Ärzte, Pfleger, Therapeuten, Hebammen und andere Mitwirkende gäbe, die nicht den finanziellen Anreizen des Systems folgen, sondern der Leidenschaft für ihren Beruf und der Verantwortung für die ihnen anvertrauten Menschen. Die Zahl derer, die sich dies leisten wollen, wird unter dem Druck einer Reform mit dem Leitbild des Arztes als Unternehmer zurückgedrängt. Nur wenn die Akteure mit Gesunderhaltung der Gesunden das Geld der Krankenkassen verdienen können und systembedingte Verschwendung wie Doppeluntersuchungen oder zu große Medikamentenpackungen vermieden wird, kann der Kostendruck bewältigt werden.

10. Gesundheitsvorsorge im Alltag verankern

Primärprävention muss im Alltag verankert werden. Dies erfordert die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Umgebung sowie die Stärkung des „Laiengesundheitssystems“ durch konsequente Gesundheitsbildung in Familie, Kindergarten, Schule und Vereinen. Ein interessantes Projekt wurde mit der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ initiiert, das in so genannten regionalen Knoten Vernetzungsmöglichkeiten und einen Überblick über die vielfältigen Angebote der Gesundheitsförderung bietet, die sich an sozial benachteiligte Zielgruppen wenden. Wünschenswert wäre ferner eine staatliche Ernährungsberatung, die der gesamten Bevölkerung zugute kommt. Aber auch auf Seiten der Patienten beziehungsweise der Bevölkerung ist Bewusstseinsbildung unverzichtbar. Ein Hoffnungszeichen hierfür sind verschiedene Verhaltensänderungen, die es bereits gegeben hat, wie auch Initiativen für einen gesunden und nachhaltigen Lebensstil. Auch kirchliche Gemeinden, Sozialeinrichtungen und Verbände können hier Wesentliches beitragen.

Menschenrecht auf Bildung – Bildungspolitik und Bildungsgerechtigkeit

Marianne Heimbach-Steins, Gerhard Krup, Katja Neuhoff (Hg.): *Bildungswege als Hindernisläufe. Zum Menschenrecht auf Bildung in Deutschland* (Forum Bildungsethik), Bielefeld: W. Bertelsmann 2008, 200 S., ISBN 978-3-7639-3545-1
Martin Dabrowski, Judith Wolf (Hg.): *Bildungspolitik und Bildungsgerechtigkeit (Sozialethik konkret)*, Paderborn: Ferdinand Schöningh 2008, 178 S., ISBN 978-3-506-76685-4

Das deutsche Bildungssystem ist reformbedürftig, darin sind sich Politiker/innen, Ökonom/innen und christliche Sozialethiker/innen einig. V.a. der Missstand der engen Verquickung von sozialer Herkunft und Schulerfolg – zu Lasten sozial benachteiligter Schichten – erregt die Gemüter. Darauf verweist nicht nur die z.T. polemisch geführte Diskussion in so manchen deutschen Tageszeitungen, sondern auch die in den letzten Jah-

Buchbesprechungen

ren deutlich gestiegene wissenschaftlich qualifizierte Publikationstätigkeit zu Bildungsthemen.

Darunter befinden sich zwei beinahe zeitgleich erschienene sozialetische Sammelbände.

Der eine Band mit dem Titel „Bildungswege als Hindernisläufe. Zum Menschenrecht auf Bildung in Deutschland“ versammelt Beiträge, die auf dem zweiten Symposium des DFG-Projekts „Men-



schenrecht auf Bildung" referiert wurden. Im Fokus des Symposiums stand „die Erarbeitung konkreter sozialetischer Maßstäbe zur Umsetzung des Menschenrechts auf Bildung“ (S. 5). Die Herausgeber/innen sind die für das DFG-Projekt (<http://www.uni-bamberg.de/csl/orga/forschung/dfg>) verantwortlichen Sozialethiker/innen M. Heimbach-Steins, G. Kruip und K. Neuhoff. Es ist übrigens bereits der fünfte Band der Reihe „Forum Bildungsethik“.

Der andere Sammelband, titulierte mit „Bildungspolitik und Bildungsgerechtigkeit“, fügt sich ebenfalls in eine wissenschaftliche Reihe ein: „Sozialethik konkret“, hrsg. v. M. Dabrowski und J. Wolf. Diese Reihe ist nicht primär bildungsethisches ausgerichtet, sondern dockt an unterschiedliche konkrete Problemstellungen aus Gesellschaft, Wirtschaft und Politik an. Für 2007 wurde „Bildung und Bildungspolitik“ als *das* dringliche Thema auserkoren. Die Beiträge des Bandes entstammen der gleichnamigen Konferenz.

Die Parallelität in der Konzeption der beiden Bände ist unübersehbar. Beide Publikationen gehen auf Fachtagungen im Austausch mit Praktiker/innen und Bildungsexpert/innen anderer Disziplinen zurück. Die Beiträge sind jeweils nach Hauptreferaten plus Korreferate/Kom-



mentare organisiert, die in sich eigenständige Diskussionszusammenhänge wiedergeben. Auch inhaltlich gibt es einige Parallelen, wofür die Rezeption des aktuellen sozialetischen Bildungsdiskurses in Deutschland ausschlaggebend sein dürfte, der stark von den Stimmen des DFG-Projekts geprägt ist.

Unterschiede sind in der Tendenz der Ausrichtung zu finden. „Bildungswege als Hindernisläufe“ diskutiert stärker *Umsetzungskriterien* (normative Prinzipien der Umsetzung), „Bildungspolitik und Bildungsgerechtigkeit“ stärker *Umsetzungsvorschläge* (mögliche Umsetzungsmaßnahmen).

Der zentrale Bezugspunkt des etwas umfanglicheren Bandes „Bildungswege als Hindernisläufe“ ist der Versuch, Hürden und Hindernisse des deutschen Bildungssystems auf der Basis gerechtigkeits-theoretischer Reflexionen zu überwinden. Das zeigt sich wohl am stärksten im ersten Themenblock (Hauptreferat von Katja Neuhoff, Kommentare von Walter Lesch und Werner Schöning), in dem die strukturellen Hürden der Übergänge im Schulsystem bzw. zwischen Schule und Beruf(sausbildung) analysiert und diskutiert werden. Vermutlich inspirierte Katja Neuhoffs Beitrag auch zum Titel des Sammelbands. Pädagogische und ethische Stimmen gehen im daran an-

schließenden zweiten Themenkomplex einem konkreten Projekt zur Qualitätsverbesserung einer Schule (Bischöfliche Gymnasium Josephinum in Hildesheim) nach. Das Schulprojekt versucht Qualitätshürden durch eine gemeinsam von Eltern, Schüler/innen und Lehrer/innen initiierte und durchgeführte Schulreform auszuräumen. (Hauptreferat von Benno Haunhorst, Kommentare von Axel Bernd Kunze und Regina Ammicht Quinn). Doch auch im dritten Themenblock, in dem Verbesserungsvorschläge aus sozioökonomischer Perspektive erörtert werden, kommen vielfältige Hindernisse des Bildungssystems (bspw. die ungenügende Frühförderung) zur Sprache. Diskutiert wird der Vorschlag von Bildungsinvestition(en) als sozialpolitischer Maßnahme (Themenkomplex „Bildungsfinanzierung und Bildungsgerechtigkeit“ mit Beiträgen von Marcel Helbig, Wolfgang Böttcher und Andreas Lob-Hüdepohl).

Gerahmt werden die Themenschwerpunkte von einer Einführung zur Zwischenbilanz des DFG-Projekts „Menschenrecht auf Bildung“ (Marianne Heimbach-Steins) und einem Schlusskapitel mit drei für sich stehenden theoretischen Reflexionen: eine philosophische (Kirsten Meyer), eine christlich-sozialethische (Alexander Filipović) und eine volkswirtschaftliche (Norman van Scherpenberg).

Als wiederkehrendes und zentrales Motiv des Sammelbandes „Bildungspolitik und Bildungsgerechtigkeit“ (Titelbild mit einer über einem aufgeschlagenen Buch gebeugten Holzfigur) kann die Nennung konkreter Reformvorschläge hervorgehoben werden. So werden Lösungsmodelle zur Überwindung von Strukturdefiziten des deutschen Schulsystems erörtert (Referat von Georg Auerheimer, Korreferate von Jörg-Dieter Gauger und Axel Bernd Kunze). Die Aufgaben und Kompetenzen verschiedener Bildungsakteure werden analysiert und mögliche Erweiterungen im Verständnis von Trägerschaften überlegt (Referat von Joachim Wiemeyer, Korreferate von Anna Noweck und Markus Potthoff). Auch

eine mögliche gerechte(re) Form von Bildungsfinanzierung, ausgehend vom Gutscheinmodell nach Milton Friedman, wird diskutiert. (Referat Gerhard Kruij, Korreferate: Alexander Kemnitz, Hermann-Josef Große Kracht). Hingegen stärker normativ grundagentheoretisch orientiert sind der eröffnende Beitrag von Katja Neuhoff sowie das anschließende Korreferat von Christof Mandry. Konzepte der Chancengleichheit und Teilhabegerechtigkeit werden einander gegenübergestellt und Kriterien der Umsetzung formuliert. Sandra Konrad macht in einem weiteren Korreferat auf die Diskrepanz von sozialetischen Leitideen und lokalpolitischen Bedingungen aufmerksam.

Beide Bände zeichnen sich durch die Wiedergabe interessanter und eigenständiger Diskussionen (die verschiedenen Themenblöcke), eine saubere Redaktion (inkl. praktischem Vorwort sowie Autor/innenverzeichnis) und wissenschaftliche Qualität der Beiträge aus.

Gauger's Beitrag in „Bildungspolitik und Bildungsgerechtigkeit“ fällt da aufgrund der verwendeten Quellen und des fehlenden Literaturverzeichnisses leider etwas ab.

In „Bildungswege als Hindernisläufe“ reiht sich ein Beitrag („Familienzentrum mit sozialem Frühwarnsystem“ von Daniela Pollock, Werner Schönig) nicht ganz selbstverständlich in den ersten Themenblock ein, da er weder als Korreferat konzipiert ist, noch seine Bedeutung für die Diskussion explizit herausgestellt wird.

Generell wäre eine Erläuterung zu Auswahl und Zusammenhang der Themenblöcke untereinander zur leichteren Systematisierung hilfreich gewesen.

Beide Bände weisen einen starken Deutschlandbezug auf und orientieren sich in ihren Gerechtigkeitsanalysen überwiegend am *Schulsystem*. Für weiteres, sozialetisches Nachdenken ist auf dieser Grundlage eine stärkere Öffnung auf den internationalen Kontext bzw. auf außerschulische Bildungsangebote hin wünschenswert.

In der bereits fortgeschrittenen Fachdiskussion können zwei unterschiedlich ansetzende Reformanliegen konstatiert werden:

einerseits mehr auf interne Veränderungen (Verbesserungen des bestehenden Schulsystems) abzielende Beiträge, andererseits Beiträge, die einen *Strukturwandel* (verpflichtende Vorschulbildung, Ganztagschule,...) und geänderte Finanzierungsformen herbeisehen.

Christentum und Solidarität

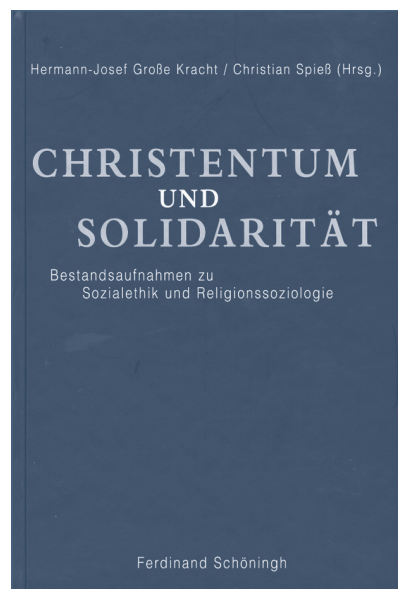
Hermann-Josef Große Kracht, Christian Spieß (Hg.): Christentum und Solidarität. Bestandsaufnahmen zu Sozialethik und Religionssoziologie, Paderborn: Ferdinand Schöningh 2008, 760 S., ISBN 978-3-506-76671-7

Der voluminöse Band ist aus Anlass des 65. Geburtstages des Münsteraner Professors für Christliche Sozialwissenschaften Karl Gabriel erschienen. Er versammelt insgesamt 37 Beiträge von Kollegen der Münsteraner Fakultät, von Mitarbeitern, Doktoranden und Habilitanden des Münsteraner Instituts, sowie von weiteren Sozialethikern und Religionssoziologen. Da im begrenzten Rahmen einer Rezension nicht auf alle Aufsätze eingegangen werden kann, werden im Folgenden einige in der subjektiven Sicht des Rezensenten besonders interessant erscheinende Beiträge hervorgehoben.

Die ersten sieben Beiträge sind dem Verhältnis von Christentum und Solidarität gewidmet. Bis auf den Beitrag des Paderborner Pastoraltheologen Herbert Haslinger stammen sie von Kollegen Gabriels aus der Münsteraner Fakultät. Bemerkenswert ist hier der Beitrag der Alttestamentlerin Marie-Therese Wacker, die die Amos-Interpretation des bekannten amerikanischen Sozialphilosophen Michael Walzer aufgreift und damit eine Brücke schlägt zwischen Exegese, Sozialphilosophie und Sozialethik. Für die Christliche Weltverantwortung in Deutschland gibt der Münsteraner Pastoraltheologe Udo Schmälzle Impulse, wenn er angesichts aktueller Sozialstaatsentwicklungen Überlegungen zu einer Erneuerung des diakonischen Auftrags der Pfarrgemeinden anstellt, die in

Die einzelnen Plädoyers sind auf theoretischer Ebene reichhaltig diskutiert und reflektiert. Die bereits angedachten Umsetzungsvorschläge wären noch zu bündeln und in konkrete Strategien zu übersetzen.

Christine Gasser



der Vergangenheit vielfach diese kirchliche Grundfunktion an die professionelle Caritas delegiert hatten. Im Kontext einer stärkeren sozialräumlichen Orientierung Sozialer Arbeit tun sich hier neue Perspektiven in Verbindung von Gemeindepastoral und Diakonie auf. Haslinger ergänzt die diakonische Perspektive mit dem Hinweis auf „Solidarische Paradoxien“, die unausweichlich in der sozialen Praxis auftreten.

Der zweite Teil zum Verhältnis von Katholizismus und Moderne enthält wiederum sieben Beiträge. Bemerkenswert ist hier vor allem der Beitrag von Katja Winkler über den im Dezember 2008 verstorbenen amerikanischen Politikwissenschaftler Samuel P. Huntington. Dabei greift sie nicht dessen bekannte Untersuchung zum Kampf der Kulturen, sondern eine frühere Schrift zur Demokratisierung auf. Huntington unterscheidet drei Wellen der De-

mokratisierung von Staaten, nämlich von 1828 bis 1926, von 1943 bis 1962 und nach 1974. Dazwischen liegen Gegenwellen (z. B. Nationalsozialismus bzw. Militärdiktaturen). Bemerkenswert ist, das Huntington die dritte Welle ab den 70er Jahren als katholische Welle bezeichnet, weil in dieser Zeit vor allem mehrheitlich katholische Länder (Portugal, Spanien, Lateinamerika, Philippinen, Polen usw.) zur Demokratie gefunden haben. Dies wird auch auf die Neuorientierung der Kirche durch das Zweite Vatikanische Konzil, vor allem auf die Pastoralkonstitution *Gaudium et spes* zurückgeführt.

Dem Verhältnis von Religion und Gesellschaft sind ebenfalls sieben Beiträge gewidmet. Dabei kommt die aktuelle Spannung in der religionssoziologischen Debatte zwischen der These einer Rückkehr der Religion im öffentlichen Leben und einer skeptischen Betrachtung, die zumindest für Westeuropa weiterhin eine anhaltende Säkularisierung konstatiert, in den beiden Beiträgen von José Casanova und Detlef Pollack exemplarisch zum Ausdruck. Casanova entwickelt in dem Beitrag seine bisherigen Überlegungen zur öffentlichen Religion weiter, während Pollack am Beispiel des Abendmahlsverständnisses im Protestantismus herausarbeitet, dass hier die offiziellen theologischen Positionen als Ausdruck einer Verflüchtigung des Glaubens immer diffuser werden. Casanova stellt in seinem Beitrag auch heraus, dass es Parallelen zwischen dem vorkonziliaren Katholizismus und dem gegenwärtigen Islam gibt. Schließlich wurde früher bezweifelt, dass Katholiken sich in eine moderne demokratische Gesellschaft auf menschenrechtlicher Grundlage einfinden könnten.

Zwei weitere Teile sind der Beziehung von Ethik und Politik gewidmet. Vier Beiträge behandeln grundsätzliche Abklärungen. Dabei geht der evangelische Münsteraner Sozialethiker Hans-Richard Reuter auf die Frage ein, wie weit sich die Gerechtigkeitssemantik in der evangelischen Sozialethik verschoben hat, indem Verteilungsgerechtigkeit gegenüber Teilhabe- und Befähigungsgerechtigkeit zurückgestellt wurde.

Sieben Beiträge behandeln dann konkrete politische Sachfragen. Hervorzuheben ist vor allem die kritische Auseinandersetzung mit dem Böckenförde-Theorem, das der moderne Staat von vorstaatlichen Voraussetzungen lebe, die er selbst nicht hervorbringen kann. Dieses immer wieder gerne unkritisch in kirchlichen Kreisen wiederholte Diktum, wird von Stephan Leibfried und Dieter Wolf überzeugend relativiert, wenn sie nachweisen, dass im überstaatlichen Bereich, etwa der Europäischen Union, diese vorstaatlichen Kohäsionskräfte nicht vorhanden sind, trotzdem aber eine immer stärker zusammenarbeitende Gemeinschaft sich herausgebildet hat, die durch funktionierende Institutionen zusammengehalten wird. Leibfried/Wolf verweisen zudem zutreffend darauf, dass bereits bei der deutschen Einheit nicht von identischen vorstaatlichen Grundlagen der politischen Ordnung Deutschlands ausgegangen werden konnte, die Bundesrepublik aber trotzdem durch das Grundgesetz und die Rechtsordnung zusammengehalten wird. Im Zeitalter der Globalisierung und des zunehmenden Bedarfs an internationaler bzw. globaler Kooperation würden ja gewichtige vorstaatliche Voraussetzungen eine gesellschaftliche Kooperation, die notwendige globale Institutionenbildung verunmöglichen. Das konservativ-katholische Staatsverständnis, für das etwa der Bonner Rechtswissenschaftler Josef Isensee steht, wird überzeugend kritisiert.

Im letzten Teil des Bandes zum Thema „Christentum und Solidarität“ sind neben den Beiträgen von Bischof Kamphaus und von Hans Joachim Meyer, dem Präsidenten des Zentralkomitees, die Beiträge von Arno Anzenbacher und Franz-Xaver Kaufmann hervorzuheben. Anzenbacher stellt drei zentrale Herausforderungen institutionalisierter Solidarität und ihre Schwierigkeiten heraus. Dies sind erstens die Problematik der gesellschaftlichen Integration wenig qualifizierter Arbeitskräfte in Industrieländern und die mögliche Entstehung einer sozialen Unterschicht, zweitens die fehlenden Voraussetzungen staatlicher Ordnung in

Subsahara-Afrika als Grundbedingung von Entwicklung, die durch keine fremde Hilfe kompensiert werden kann, und drittens Solidaritätspflichten, die sich als Folge des globalen Klimawandels ergeben könnten. Anzenbacher denkt dabei etwa an die Bevölkerung einer Reihe von Inselstaaten, die bei einem Anstieg der Meere Aufnahmeländer finden müssten. Ebenso gilt dies für Umweltflüchtlinge aus anderen Staaten, wenn sich dort die klimatischen Lebensbedingungen (Wüstenbildung, Trinkwasserknappheit, Stürme und Überflutungen) dauerhaft ändern. Abschließend legt der Doktorvater von Karl Gabriel, Franz Xaver Kaufmann, grundlegende Entwicklungstendenzen für das 21. Jahrhundert wie die globale Bevölkerungsentwicklung und seine Konsequenzen für das Christentum dar.

Nicht eingegangen wurde auf die Vielzahl der Beiträge zur Solidarität, die die Genese, die politische Relevanz, die verschiedenen Begriffsinhalte (Tugend, Rechtsprinzip), die theologische Begründung, die Bedeutung innerhalb der Christlichen Sozialethik auch in Abgrenzung zum Gerechtigkeitsdiskurs und zu anderen Sozialprinzipien, die Verbindung zu den Menschenrechten (sozial-kulturelle Rechte) thematisieren. Außerdem wird in weiteren Beiträgen anhand konkreter Anwendungsfelder (Migration, Gesundheitswesen, Soziale Dienste etc.) versucht, Solidarität konkret auszubuchstabieren.

Wenn man die Vielfalt der Artikel insgesamt in den Blick nimmt, fällt im Verhältnis der Tradition der Christlichen Gesellschaftslehre von Heinrich Pesch, Oswald v. Nell-Breuning und Joseph Höffner auf, dass nicht mehr die Breite der Sozialwissenschaften rezipiert wird, sondern dass die Ökonomie fast ganz ausfällt und auch dort, wo man sich ausdrücklich kritisch mit marktliberalen Tendenzen auseinandersetzt, keine explizite Beschäftigung mit ökonomischen Argumenten und korrespondierenden sozialphilosophischen Konzepten stattfindet, sondern stattdessen versucht wird, die eigene Position normativ stark zu untermauern (z. B. die Beiträge von Leipold, Schönfelder, Möhring-Hesse, Schäfers). Das in der



Christlichen Sozialethik verbreitete Schema „Sehen-Urteilen-Handeln“ legt aber einen Empirie-Bezug vor dem normativen Urteil nahe, genauso wie beim „Handeln“ die Reflexion über die konkrete institutionelle Umsetzung der normativen Postulate unter den Bedingungen in einer global vernetzten ausdifferenzierten Gesellschaft Voraussetzung ist.

Manche Festschriften leiden darunter, dass die Beiträge sowohl inhaltlich wie qualitativ sehr heterogen sind, so dass ein durchschnittlicher Leser nur weni-

ge Beiträge interessant findet und häufig den Kauf eines solchen Sammelbandes scheut. Den beiden Herausgebern darf man dazu gratulieren, dass es ihnen gelungen ist, eine so große Anzahl von qualifizierten Autoren/innen zu gewinnen, die in ganz überwiegender Zahl umfangreiche und gehaltvolle Beiträge beigesteuert haben. Jeder sozialetisch interessierte Leser kann dem Band eine Fülle von Anregungen auch zum Weiterdenken entnehmen.

Joachim Wiemeyer

ge, wie sie unter Ökonomen und Juristen angesichts der verfestigten Massenarbeitslosigkeit, u.a. angestoßen durch betriebliche „Bündnisse“ zur Standort-sicherung, geführt werden.

Nach seiner grundlegenden Wert-schätzung lässt sich der Autor durch den von Ökonomen erhobenen Vorwurf herausfordern, das Tarifvertragssystem sei für die verfestigte Massenarbeitslosigkeit ursächlich. Diesem Vorwurf gegenüber verweist er zunächst einmal auf die für die Erwerbsarbeit konditionale Funktion der Tarifverträge: Erst durch Kollektivierung der Arbeitsverträge wird Erwerbsarbeit zu einem wichtigen Moment gesellschaftlicher Integration. Ihre tarifvertragliche Regulierung gehört also mit zu der Erwerbsarbeit, auf die hin einzelnen so etwas wie ein Recht zugesprochen werden kann. Zudem trägt das deutsche Tarifvertragssystem keine Schuld an der bestehenden Massenarbeitslosigkeit: Die „grausame Wahrheit“ (S. 483) ist vielmehr, dass ein markträumender Lohn für niedrig qualifizierte unterhalb der Grenze liegen würde, ab der die Lohnempfänger erst „ein menschenwürdiges Auskommen ... in der deutschen Wohlstandsgesellschaft“ (ebd.) hätten. Deswegen ist die bestehende Arbeitslosigkeit auf dem Wege der Tarifpolitik grundsätzlich nicht zu beheben. Deren Abbau ist statt dessen eine „herausragend wichtige Aufgabe der gesamten politischen Gemeinschaft“ (ebd.). Im Rahmen eines nationalen Bündnisses für Arbeit solle allerdings auch die Tarifpolitik größere Rücksicht auf die bestehende Beschäftigungslücke nehmen und (noch) mehr Flexibilität zeigen. Weil das Tarifvertragssystem der Durchsetzung der Privatautonomie auf dem Arbeitsmarkt dient und ihr deswegen normativ nachgeordnet ist, sieht der Autor einen, wenn auch limitierten Spielraum für betriebliche Vereinbarungen, bei denen tarifvertragliche Regelungen zugunsten von Beschäftigung und mit Zustimmung der jeweils Beschäftigten unterschritten werden.

Seine sozialetischen Überlegungen zum Tarifvertragssystem stellt der Autor in größere Themenzusammenhän-

Gerechtigkeit und Tarifautonomie

Arnd Küppers: Gerechtigkeit in der modernen Arbeitsgesellschaft und Tarifautonomie (Abhandlungen zur Sozial-ethik Bd. 50), Paderborn: Ferdinand Schöningh 2008, 544 S., ISBN 978-3-506-76507-9

Die Tarifautonomie, also die staatliche Gewährleistung kollektiver Tarifverhandlungen und -vereinbarungen, ist eines der Fundamente, auf dem die bundesdeutsche Wirtschafts- und Sozialordnung aufliegt. In Verkennung dieser Relevanz genießt sie in der christlichen Sozialethik wenig Aufmerksamkeit. In seiner Dissertation hat sich Bernd Küppers dieses Defizits angenommen und das in Deutschland institutionalisierte Tarifvertragssystem einer sozialetischen Reflexion unterzogen. Nachdem er die geschichtliche Entwicklung der Arbeitsmarktparteien, insbesondere der Gewerkschaftsbewegung, sowie der Tarifpolitik und ihrer staatlichen Regulierung (Tarifautonomie) rekapituliert hat, stellt der Autor das Tarifvertragssystem als integralen Bestandteil der Sozialen Marktwirtschaft vor. Erst durch Kollektivierung der Arbeitsmarktparteien und durch die tarifvertraglichen Vereinbarungen zwischen ihnen wird das Systemdefizit individueller Arbeitsverträge geschlossen, nämlich die für gerechte Verträge notwendige Verhandlungsparität her- und die Privatautonomie der Arbeitnehmer sichergestellt. „Das Tarifvertragswesen hat eine marktwirtschaftliche Abstammung



und ist keineswegs ein sozialistisches Kuckuckskind“ (S. 472); es ist „Voraussetzung dafür, dass die christlich-soziale Forderung nach dem gerechten Lohn und humanen Arbeitsbedingungen Realität werden konnte, und die Arbeitnehmer von den Ausgebeuteten zu Teilhabern des marktwirtschaftlichen Erfolgsunternehmens geworden sind“ (ebd.). Mit dieser Überzeugung lässt sich der Autor von Arbeitsrechtlern über die Grundzüge des in Deutschland geltenden Tarifrechts informieren – und referiert anschließend die aktuellen Diskussionen um Öffnungsklauseln und um das Günstigkeitsprin-

ge – und erhebt zunächst einmal die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung der Erwerbsarbeit. Im ersten Kapitel seines Buches versucht er sich an einer „Anthropologie und ... Soziologie der Arbeit“ (S. 17) und will in Opposition zum jungen Karl Marx den individuellen und gesellschaftlichen Wert der Arbeit zeigen, außerdem die gemeinsame Orientierung von Christlich-Sozialen und Liberalen bestätigen, dass Erwerbsarbeit auf dem Wege von „Sozialreformen“ von ihren Schattenseiten („Entfremdung“) befreit werden konnte. Dass der Arbeitsgesellschaft nicht die Arbeit „ausgeht“, dass aber gleichwohl strukturelle Hemmnisse für Vollbeschäftigung bestehen, sucht der Autor im zweiten Kapitel „Aporien der modernen Arbeitsgesellschaft“ zu zeigen. Über Referate von Autoren wie Daniel Bell oder Robert Castel macht er einen Strukturwandel der Arbeitsgesellschaft aus, in dessen Folge niedrig Qualifizierte überflüssig und zunehmend aus der Erwerbsarbeit ausgegrenzt werden. Erwerbslosigkeit wird von den Betroffenen zwar unterschiedlich erfahren, gemeinsam ist ihnen aber ein Erfahrungshorizont, „der mit den Begriffen des sozialen Ausschlusses beziehungsweise der Exklusion bezeichnet wird“ (S. 184).

Seine sozialetische Beurteilung des Tarifvertragssystems möchte er zudem mit einer Theorie der Sozialen Gerechtigkeit fundieren, wozu er ein eigenes Kapitel zwischen der historischen und arbeitsrechtlichen Analyse sowie der abschließenden sozialetischen Bewertung einschiebt: Nachdem die „Entstehung der Idee der sozialen Gerechtigkeit“ (S. 337) beschrieben und dabei insbesondere der „christlich-soziale Anteil“ (S. 347) gewürdigt wurde, wehrt der Autor sowohl die libertäre Kritik dieser Idee ab, weist aber auch deren Konzeptionalisierung in Karl Homanns „normativer Ökonomik“ sowie in John Rawls' und Roland Dworkins Gerechtigkeitstheorien ab. Er plädiert für ein – wie er meint: in der naturrechtlichen Tradition kirchlicher Soziallehre wurzelndes – Konzept der Beteiligungsgerechtigkeit. Dieses will er dann mit der anthropologisch begründeten und

deshalb naturrechtlichen („im weiteren Sinne“; S. 456) Anerkennungstheorie von Axel Honneth „besser“ (ebd.) fundieren.

Vor allem in seinem arbeitsrechtlichen Teil legt der Autor eine überaus verdienstvolle Arbeit auf hohem Argumentationsniveau vor – und demonstriert, dass christliche Sozialethik auch in Bezug zu den Rechtswissenschaften produktiv werden kann. Über die ganze Arbeit hinweg kann er dieses Niveau allerdings nicht durchhalten – wohl vor allem deshalb, weil er seine Arbeit überfordert, thematisch nämlich über die Tarifpolitik hinausgreift und sich auch auf das Terrain anderer wissenschaftlicher Disziplinen, wie Soziologie und Philosophie, wagt. Um es in einem Bild zu sagen: Der Autor arbeitet auf zu vielen Baustellen, um auf allen diesen Baustellen gleichermaßen ordentliche Arbeit leisten, geschweige denn: über die vielen Baustellen hinweg ein stimmiges Gesamtbauwerk errichten zu können. Seine Ausführungen zur Sozialen Gerechtigkeit etwa führen nicht, wie angekündigt, dazu, das Konzept der Beteiligungsgerechtigkeit durch Honneths Konzept der Anerkennung zu konkretisieren. Die Beteiligungsgerechtigkeit erhält eine – rezeptionsgeschichtlich äußerst fragwürdige – Vorgeschichte im katholischen Naturrechtsdenken; ihr wird dann Honneths Anerkennungsmodell lediglich angehängt. Beide Konzepte werden durch „Parallelen“ (S. 455) mit einander verknüpft, wobei zumindest in der Welt der Mathematik Parallelen in keinem einzigen Punkt übereinstimmen, noch nicht einmal nah beieinander liegen müssen. Tatsächlich braucht der Autor aber in seinen sozialetischen Abschlussüberlegungen weder das Konzept der Beteiligung noch das der Anerkennung. Systematisch reicht ihm zur Begründung des Tarifvertragssystems die im individuellen Arbeitsvertrag unterstellte Privatautonomie; auch spricht er von der Gemeinwohlorientierung der Tarifparteien. Einen systematischen Ertrag seiner gerechtigkeitstheoretischen Überlegungen für die Bewertung des Tarifvertragssystems kann der Rezensent jedenfalls nicht sehen. Ähnlich wenig Gewinn brin-

gen auch die vorangestellten Überlegungen zur Erwerbsarbeit und zur Arbeitsgesellschaft – und auch sie machen die Arbeit unnötig anfechtbar.

Die thematische Konzentration hätte dem Autor nicht nur erspart, sich auf zu vielen Baustellen zu überfordern, sondern zugleich erlaubt, das Themenfeld der Tarifpolitik breiter zu vermessen und umfassender zu bearbeiten. Mit Hinweis auf juristische Literatur verweist er auf die Schutz-, Verteilungs-, Ordnungs- und Friedensfunktion des Tarifvertragssystems, untersucht aber nicht, ob und in welchem Maße die Tarifpolitik in der Bundesrepublik diese Funktionen tatsächlich auch erfüllen kann. Er behauptet das Tarifvertragssystem als integralen Bestandteil der Arbeitsgesellschaft, ohne sich zu vergewissern, ob nicht in anderen Arbeitsgesellschaften abweichende Regulierungen etabliert wurden. Einige dieser und anderer Lücken müssen übrigens in seinem abschließenden Kapitel, schnell und „en passant“, mit dem einen Zitat oder der anderen Fußnote, geschlossen werden. Vielleicht hätten, neben der Massenarbeitslosigkeit, auch andere der gegenwärtig diskutierten Probleme des Tarifvertragssystems erörtert werden können. Zumindest gehören auch die Streiks von Spezialgruppen, die Wiederkehr der von Arbeitgebern bestellten Gewerkschaften oder die nachlassende Tarifbindung und damit die Erosion tarifvertraglich begründeter Mindestlöhne auf die Agenda einer mit Tarifpolitik beschäftigten Sozialethik. Weil sich die vorgelegte Sozialethik explizit theologisch versteht, vermisst man schließlich die fehlenden Reflexionen zur kirchlichen Situation, dass nämlich der Arbeitgeber Kirche genau die Art von Arbeitsverträgen schließt, die der Autor wegen ihrer Machtasymmetrien kritisiert, sich aber der kollektivrechtlichen Regulierung verweigert, die der Autor zur Behebung dieser Asymmetrien empfiehlt.

Wenn auch in systematischer Absicht, bewegt sich der Autor über weite Strecken hinweg in der Vergangenheit. Dabei bietet er eine Heldensage der Christlich-Sozialen und ihrer Intellektuellen, wie sie bei Autoren der katholischen Soziallehre



in früheren Zeiten durchaus üblich war. Damals schien es notwendig, die weltanschaulichen Oppositionen mit den Mitteln der Historie fortzusetzen und den schleichenden Bedeutungsverlust der Christlich-Sozialen über deren Erfolgsgeschichte zu kompensieren. Hatten die Soziallehrer damals die Christlich-Sozialen auf einem „dritten Weg“ zwischen Sozialismus und Liberalismus gesehen, bindet der Autor sie nun mit den Liberalen in ein politisches Lager und verschönt ihre katholische Soziallehre mit dem Liberalismus. Mit dieser Sicht stellt er sich allerdings in Distanz zu den Selbstinterpretationen der Christlich-Sozialen, denen er sonst gehorsam folgt. Vor allem aber fällt er mit seiner weltanschaulich differenzierenden Geschichtsschreibung hinter den auch in der christlichen Sozialethik erreichten Erkenntnisstand zurück, dass die für Deutschland einst typischen sozialen Milieus modernisierungstheoretisch erklärt und dabei Weltanschauungen als Mittel der Milieubildung und -stabilisierung gedeutet, dadurch aber in ihrer geschichtlichen Bedeutung relativiert werden sollten.

Mit der Tarifautonomie hat sich der Autor zweifelsohne ein wichtiges Thema zur sozialetischen Reflexion vorgenommen. Dabei hat er deren Bedeutung für die bundesdeutsche Arbeitsgesellschaft und den Sozialstaat hoch und gerade deshalb zutreffend eingeschätzt. Ausdrücklich sympathisiert der Rezensent mit der Verteidigung des Tarifvertragssystems gegenüber den üblichen Verdächtigungen marktradikaler Ökonomen (und der ihnen naheifernden Sozialetiker). Allerdings kann ihn die systematische Position bei dieser Verteidigung nur begrenzt überzeugen: Tarifverträge gleichen die Machtungleichheit bei Abschluss individueller Arbeitsverträge aus und sichern so die in diesen Verträgen vorausgesetzte Privatautonomie. Tatsächlich ist die Sache aber wohl etwas komplizierter: Der Arbeitsvertrag rechtfertigt sich durch den freien Vertragsabschluss, wobei genau diese Freiheit auf Seiten der Arbeitnehmer prinzipiell nicht besteht – und auch durch das Tarifvertragssystem *nicht* hergestellt werden kann. Dadurch, dass dieses System nämlich die Machtasymmetrie der Arbeitnehmer durch Kollektivierung aus-

gleicht, kann es die Voraussetzung ihres freien Vertragsschlusses nur sicherstellen, indem es deren individuelle Freiheit einschränkt. So liberal, wie es dem Autoren scheint, ist das Tarifvertragssystem also nicht, auch wenn es für die gesellschaftlich notwendige Fiktion von Privatautonomie auf dem Arbeitsmarkt vermutlich kaum zu ersetzen ist. Daher bleibt etwas Widersprüchliches in der Tarifpolitik, weshalb sie gerade überzeugte Wirtschaftsliberale immer wieder in Frage stellen. Und genau diese Widersprüchlichkeit ist wohl für den Kapitalismus kennzeichnend: Wie der Autor zurecht konstatiert, ist der zwar enorm reformfähig; aber dies ist er gerade dadurch, dass in den immer neuen Reformen immer wieder Widersprüche zu eben diesem Kapitalismus gesetzt werden (müssen) – und so immer bereits der nächste Konflikt angestoßen und die nächste Krise ausgelöst wird. An dieser Geschichte voller Widersprüche hat das deutsche Tarifvertragssystem teil, ohne deren Dynamik beenden zu können.

Matthias Möhring-Hesse

Positionen und Perspektiven

Sozialethik ökumenisch

Das sozialetische Profil der Gemeinsamen Sozialarbeit der Konfessionen im Bergbau (GSA). Ein Positionspapier der Kirchen

Ihre historischen Wurzeln hat die GSA in den Dialogen zu gesellschaftlichen Neuorientierung nach dem zweiten Weltkrieg. In Zeiten des demokratischen Neubeginns engagierten sich die Kirchen gemeinsam für die soziale Neuordnung der Betriebe, für den Aufbau einer Kultur der Mitbestimmung und der sozialen Kooperation. Seit den fünfziger Jahren gibt es in Zusammenarbeit mit dem Bergbau und später auch mit anderen Großbetrieben eine breit angelegte sozialetisch profilierte Tagungsarbeit, die von den Diözesen Paderborn und Essen sowie den Landeskirchen Rheinland und Westfalen gemeinsam getragen wird. Das im Folgenden dokumentierte Profil dieser traditionsreichen Arbeit wurde 2008 nach ausführlichen Diskussionen von den vier Kirchen-/Bistumsleitungen bestätigt. Es beschreibt nicht nur eine für die Sozialethik vorbildliche Basis- und Praxisorientierung, es ist zugleich beeindruckendes Zeugnis einer Ökumene, die sich auch und gerade in Krisen- und Umbruchszeiten bewährt hat.



Die pragmatischen Wurzeln beschreiben eine Ethik im Vollzug

Am Anfang der GSA stand ein praktisches Interesse sowohl auf Seiten der Bergbauunternehmen wie auch bei den Kirchen. Christliches Menschenbild und christliche Werte sollten helfen, im betrieblichen Alltag eine „neue soziale Ordnung“ zu gestalten. Es ging darum, betriebliche Konflikte zu entschärfen, Belastungen abzubauen, technische und organisatorische Neuerungen zu gestalten, Mitverantwortung unter den Mitarbeitern zu entwickeln und die Führungskultur zu verbessern. Seit der Gründung der GSA waren dabei die gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen ebenso im Blick wie die energiepolitischen Rahmensetzungen und betriebswirtschaftlichen Erfordernisse. In den 60er Jahren kristallisierte sich dabei als Motto der Arbeit die Forderung heraus: „Lasst sie Mensch sein im Betrieb!“ – Damit war die Frage nach der Humanität in betrieblichen und wirtschaftlichen Prozessen in den Mittelpunkt gerückt. Im Hintergrund stand die Vorstellung, dass die Ten-

denz von Organisationen zur Totalität und die Eigengesetzlichkeit von Technik und Ökonomie das Menschliche im Arbeits- und Wirtschaftsleben bedrohen. In einer pragmatischen ökumenischen Kooperation ließen sich die Kirchen auf die Situation der Beschäftigten im Steinkohlebergbau ein, deren Alltag weitgehend von technischen und ökonomischen Notwendigkeiten geprägt war. Ein Ausgangspunkt für das Engagement der Kirchen war es, die Belastungen der Mitarbeiter der Bergbauunternehmen wahrzunehmen, sie bei der Beschreibung konkreter Belastungen im Alltag zu unterstützen und dazu beizutragen, konkrete Verbesserungen zu entwickeln und umzusetzen. Darüber hinaus knüpften die Kirchen an die gemeinsame Arbeit mit einer der Schlüsselindustrien der Ruhrregion die Hoffnung, die Distanz zwischen Kirche und Arbeitswelt zu überbrücken. Die GSA war Teil der Gestaltung eines neuen gesellschaftspolitischen Profils der Kirchen.

Betriebliche Mitbestimmung als Antwort auf Demokratie und Pluralismus

Von ihrer Gründungsphase an beruhte die GSA auf einem sozial-partnerschaftlichen Modell betrieblicher Konfliktlösung. Mit der Parole der GSA „Bergwerksdirektor und Hauer an einen Tisch“ wurden angesichts der Debatte um Fragen der Unternehmensverfassung konkrete und wirksame Formen der Mitarbeiterbeteiligung etabliert. Die aus diesem Vorgehen resultierenden Spannungen zur Gewerkschaftsbewegung konnten bald zugunsten einer konstruktiven Mitwirkung der Betriebsräte in der GSA abgebaut werden. Ein wichtiger Grund dafür war, dass das verbindliche Dialogmodell gut geeignet

war, Einschätzungen aus der Sicht der Betroffenen die gebührende betriebliche Aufmerksamkeit zu verschaffen und unterschiedliche betriebliche Interessen in differenzierter Form transparent zu machen. Dabei wirkte nicht nur die Rezeption von Erfahrungswissen als Innovationsimpuls, sondern dieses Modell war auch geeignet, im Zuge einer immer dynamischeren Unternehmensentwicklung unterschiedliche Auffassungen über technische Konzepte, betriebliche Kooperation und Kommunikation sowie soziale Verantwortung im Gespräch zu halten und zum Teil auszugleichen.

Konstitutiv ist die Spannung zwischen Sach- und Menschengerechtem

Sich bezogen auf betriebliche Alltagsfragen konkret einzulassen auf die Spannung zwischen Sach- und Menschengerechtem, ist bis heute der konzeptionelle Kern der GSA. Dabei hat die GSA eine eigene Kultur des verbindlichen Dialogs entwickelt. In dieser Kultur des verbindlichen Dialogs geht es darum, Lösungen im Umgang mit betrieblichen Belastungen zu entwickeln. In der Auseinandersetzung mit betrieblichen Alltagsfragen und aktuellen Veränderungsprozessen werden betriebliche Notwendigkeiten verstehbar. Gleichzeitig werden vorhandene Gestaltungsspielräume herausgearbeitet. Dieser Dialog als Kernprozess der GSA-Tagungen ist ein Prozess der ethischen Orientierung, der Verständigung über gegenseitige Verantwortlichkeiten und des sozialen Lernens. Es ist ein Prozess, in dem der Dialog über Werte eingeübt wird, in dem „sinnvolle“ kooperative Lösungen entstehen sowie soziale Kompetenz und der Sinn für das menschliche Maß wachsen. Die Mitarbeiter sind nicht nur in ihrer Funktion beteiligt, sondern als Person gefragt mit ihren Erfahrungen und mit ihren ethischen Überzeugungen. Nur diese personale Dimension des Dialogs vermag ethischer Orientierung im betrieblichen Alltag praktische Geltung zu verschaffen. Dort wo Optionen christlicher Ethik in einer pluralen Kultur Alltagsgeltung bekommen, verschwimmt ihr christliches Profil. Umso wichtiger ist es, im Dialog um die Geltung sozialetischer Optionen im betrieblichen Alltag auch Rechenschaft geben zu können über die Glaubensüberzeugungen und die Hoffnung, die diese ethische Orientierung trägt. Dieses erfordert eine besondere Dialogkompetenz und geeignete Tagungsmodelle. Die Gestaltung der Dialoge in GSA-Tagungen geht über die neutrale Moderation in betrieblichen Konfliktfeldern hinaus. Ziel ist es, mehr Humanität, Beteiligung und Ge-

rectigkeit zu verwirklichen. „Die Rechenschaft über die Hoffnung, die uns trägt“ (vgl. 1. Petr. 3, 15) und die prak-

tische Umsetzung komparativer Ethik machen das christliche Profil der GSA-Arbeit aus.

Debatten um das Konzept gehören zum Dialogmodell

Betriebliche Verständigungsprozesse in kirchlichen Tagungshäusern, moderiert von kirchlichen Tagungsleitern haben ihre Bezugspunkte in Grundmotiven evangelischer Sozialethik und katholischer Soziallehre. Die regelmäßige Erinnerung dieser Bezugspunkte, die theologische Vergewisserung und die konzeptionelle Neu-Akzentuierung durch die kirchlichen Träger sind Teil des Dialog-Modells der GSA. Ebenso gehört auf Unternehmensseite die wiederkehrende Beantwortung der Frage

dazu, inwieweit die Kooperation mit den kirchlichen Partnern vorhandene Managementpraxis und aktuelles Managementwissen wirksam ergänzen und inwieweit „dem Menschlichen“ in der Tagungsarbeit der GSA zusätzlich Raum gegeben werden kann und soll. Letzteres bedeutet, Widerstände gegenüber bestimmten betrieblichen Planungen zuzulassen, beinhaltet aber auch die Chance, Motivation und Verantwortungsbereitschaft nachhaltiger zu sichern.

Es geht um mehr als um ein kirchliches Praxisfeld

Das Dialogmodell GSA ist gefährdet, wenn es nicht gelingt, die Spannung zwischen Sach- und Menschengerechtem bezogen auf betriebliche Alltagsfragen in der Tagungsarbeit angemessen in Szene zu setzen. Auf der einen Seite besteht das Risiko, dass sich die GSA-Tagungen unter Verlust ihres eigenen Profils bruchlos in vorhandene Unternehmensentwicklungsstrategien einfügen und sie eben kein Ort mehr sind für Themen, die sonst keinen Ort haben. Auf der anderen Seite besteht das Risiko, dass der ethische Wert des verbindlichen Dialogs gering geschätzt wird, sich die sozialetische

Arbeit davon löst und in der Mühe um Profilierung belangloser wird. Mit beiden Risiken angemessen umzugehen, ist nicht nur eine Frage der Qualität der Tagungsarbeit selbst, sondern reflektiert eine Grundspannung unserer Wirtschaftsordnung. Von den Anfängen der GSA bis heute stellt sich daher auch die Frage: Sind die pragmatischen Wurzeln und das dialogische Modell ausreichend tragfähig, um die Spannung zwischen ökonomischem Nutzen und sozialer Verantwortung zu gestalten? Die Erinnerung an vier theologische Bezugspunkte der GSA-Arbeit beschreibt dieses Spannungsfeld:

Der Glaube an Gott als den Schöpfer

Im Vordergrund steht nicht die neuzeitliche Kontroverse zwischen Naturwissenschaft und Theologie. Das Judentum begann in den Psalmen diesen Glauben zum Ausdruck zu bringen, als die damalige Welt aus den Fugen zu gehen drohte. Wichtig wurde der Gott, der für die ganze Welt zuständig ist – nicht nur für Teilbereiche. „Du hast vorzeiten die

Erde gegründet und die Himmel sind deiner Hände Werk. Sie werden vergehen, aber du bleibst; sie werden veralten wie ein Gewand; wie ein Kleid wirst du sie wechseln und sie werden verwandelt werden. Du aber bleibst, wie du bist.“ (Ps. 102, 26 f) Unter dem Eindruck, dass der gesellschaftliche Wandel übermächtig ist und nichts mehr

gilt, wurde dieser Psalm gedichtet. Der Glaube an Gott als Schöpfer begründet den Anspruch, dass die ethischen Positionen nicht auseinander fallen und die Spannung zwischen Ergebnisorientierung und sozialer Verantwortung gestaltet wird. Zu Gottes Schöpfung gehören das Soziale und die Ökonomie. Der Auftrag Gottes an die Menschen, die Erde zu bebauen und zu bewahren, beinhaltet auch den Auftrag zu einer vernünftigen Ökonomie bzw. zu einer vernünftigen ökonomischen wie sozialen Kooperation aller Beteiligten und Betroffenen. Die Welt als Ganzes zu sehen beinhaltet auch, Verantwortung für die Lebensmöglichkeiten zukünftiger Generationen zu übernehmen – nachhaltig zu wirtschaften. So kommt es darauf an, die Schnittmengen herauszuarbeiten, in denen ökonomische Gesichtspunkte und Humanität parallel laufen. Wo diese Parallelität nicht gegeben ist, müssen die entstehenden Zielkonflikte benannt werden. Teil der ethischen Anstrengung ist es, Kompromisse zu formulieren bzw. Grenzen aufzuzeigen.

Die Menschen sind Geschöpfe Gottes

Darin liegt aus christlicher Perspektive die Würde der Person begründet. Sie kommt den Menschen ohne Verdienst zu. Die Würde der Person ist nicht verhandelbar. Diese Würde der Person begründet einen Vorrang der Person vor den Dingen. Und sie unterstreicht – so hat es Papst Johannes Paul II. formuliert, „dass auch im Zeitalter der immer stärker mechanisierten Arbeit der Mensch das eigentliche Subjekt der Arbeit bleibt“ (Laborem Exercens). Dieses fordert auf der einen Seite Aufmerksamkeit auf solche Situationen, in denen die Würde der Person im Arbeitsleben angetastet wird. Auf der anderen Seite hat die Personenwürde eine Entsprechung im Dialog – im Dialog, der Respekt und gegenseitige Wertschätzung zum Ausdruck bringt. Die

Würde der Person zielt im Unternehmen auf den Dialog über fachliche und hierarchische Grenzen hinweg. Dabei werden Produktionsorganisation und Hierarchie nicht ignoriert aber in ihrer Bedeutung relativiert. Dialog lebt von der Wechselseitigkeit. Respekt vor der Würde der Person bedeutet, darauf zu achten, dass Dialog und Kooperation auf Augenhöhe im Unternehmen stattfindet und dass niemand von der Möglichkeit zum Dialog systematisch

Die Perspektive des Evangeliums

Im Alltag ist die Erfahrung, selbst Subjekt der eigenen Arbeit zu sein, nicht immer gegeben. Der Würde der Person entspricht ihre Handlungsfähigkeit. Diese ist gefährdet durch objektive Zwänge, subjektive Resignation und den Verlust an Orientierung. Die Perspektive des Evangeliums erlaubt in diesem Zusammenhang eine neue Sicht auf alle technischen und ökonomischen Zwänge und auf das soziale Leben im Betrieb. Die biblische Erzählung vom Verrat Jesu durch einen Freund, der Bericht über sein Leiden und Scheitern an Übermacht deuten auf die Gegenwart Gottes auch in ausweglosen Situationen. Die Botschaft von der Auferstehung vermag Beschädigungen der eigenen Würde zu heilen und verleitet zu einem Optimismus der mehr für möglich hält, als gemeinhin angenommen

Das Gebot der Nächstenliebe

„Du sollst Gott lieben von ganzem Herzen und deinen Nächsten wie dich selbst“ – das ist biblisch betrachtet die Zusammenfassung aller Ethik. Die Nächstenliebe erschöpft sich nicht in der persönlichen Fürsorge für Benachteiligte, sondern zielt auf den Abbau der strukturellen Ursachen für den Mangel an Teilhabe und Teilnahme an gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Prozessen.“ (EKD Denkschrift Gemeinwohl und Eigennutz). Dieses bedeutet,

ausgeschlossen wird. Zur Gestaltung gerechter Teilhabe gehört sowohl die Entwicklung entsprechender Kompetenzen der Mitarbeiter wie auch die Schaffung von Gelegenheiten zum Dialog und zur Mitentscheidung. Nur im Dialog und in der Möglichkeit zur wirksamen Partizipation entsteht das Vertrauen, das komplexe Organisationen so dringend brauchen, um sich verändern zu können und sich neuen Herausforderungen zu stellen.

wird. Dieser Optimismus ist eine Kraft der Hoffnung nicht an den Stellen wo alle hoffen, sondern die Kraft der Hoffnung wo andere resignieren. (Dietrich Bonhoeffer). Die Perspektive des Evangeliums weist über aktuellen Mangel und Begrenztheit hinaus. Sie erlaubt es, anders zu sehen und zu denken. Sie erlaubt es, neue Regeln für möglich zu halten. Die Bitte des Vaterunsers „Dein Reich komme!“ bringt diese Hoffnung zum Ausdruck. Die Perspektive des Evangeliums erlaubt es, sich trotz aller Zwänge und gegebenen Grenzen als Person wahrzunehmen und zur eigenen Handlungsfähigkeit zu finden. Sich selbst als handlungsfähige und handlungsberechtigte Person sehen zu können, ist der Kern von Verantwortung und Motivation.

in betrieblichen Kontexten Rücksicht auf die Belastungen und Beschwerden anderer zu nehmen und den Blick auf Benachteiligungen zu lenken – weist aber über die betrieblichen Zusammenhänge hinaus auf die Frage, inwieweit betriebliche Verantwortung und Unternehmensverantwortung eine Verantwortung für die Überwindung struktureller Schief lagen in der Gesellschaft beinhaltet bzw. wie einzelwirtschaftliche Verantwortung in einer globali-

sierten Wirtschaft angemessen wahrgenommen werden kann. Leitend ist auch in diesen Zusammenhängen das Prinzip der Solidarität, als „die feste und beständige Entschlossenheit, sich für das ‚Gemeinwohl‘, und das heißt für das Wohl aller und eines jeden einzusetzen.“ (Gemeinsames Wort der Kirchen „Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit“ Zif. 117). Dabei wirkt das Prinzip der Subsidiarität den Tendenzen zur Zentralisierung von Macht und Verantwortung entgegen. „Es gilt, in Betrieben wie in der Gesellschaft die vorhandenen menschlichen Fähigkeiten, Ideen, Initiativen und soziale Phantasie zum Tragen zu bringen und die Erneuerung der Sozialkultur zu fördern. ... Solidarität und Subsidiarität gehören also zusammen und bilden gemeinsam das Kriterienpaar zur Gestaltung der Gesellschaft im Sinne der sozialen Gerechtigkeit.“ (Zif. 120) Das Dialogmodell GSA mit seiner umfangreichen Tagungspraxis und den unterschiedlichen Dialogebenen ist ein Indikator für die „Eindringtiefe“ kirchlichen Redens und Handelns in die Wirtschafts- und Arbeitswelt und für die „Alltagsfestigkeit“ sozialetischer Positionsbeschreibungen. Es steht für die Dialogfähigkeit der Kirchen mit Unternehmen und exemplarisch für die Unterstützung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in betrieblichen Veränderungsprozessen. Dieses Dialogmodell beinhaltet gleichzeitig eine Einladung an verantwortliche Akteure in Unternehmen, gemeinsam mit den Kirchen nach Wegen zu suchen, auch unter den Bedingungen globalisierter Wirtschaft das Menschengerechte angemessen zur Geltung zu bringen.



Christliche Sozialethik in Tschechien

Entwicklung und aktuelle Situation

Jindřich Šraj



Aufgabe der katholischen Soziallehre ist es, Antworten auf die gesellschaftlichen Herausforderungen der Zeit zu finden, sich an wichtigen politischen Kontroversen zu beteiligen, neue Wege aufzuzeigen. Doch welche Bedeutung hat die Soziallehre heute in Tschechien? Wie wird sie von den kirchlichen Vorgesetzten, wie von den Christen reflektiert? Wie wird sie an den theologischen Fakultäten gelehrt und studiert? Hat sie realen Einfluss auf die Mehrheitsgesellschaft, auf die Politik und die öffentliche Meinung? Die Antworten auf diese Fragen beziehen sich im Folgenden weitgehend auf die Zeit nach dem Umbruch von 1989.

In der Zeit des totalitären Regimes waren die Sozialzyklen, wie ganz allgemein die christliche Literatur, öffentlich nicht zugänglich. Bei der theologischen Ausbildung in Leitmeritz wurden die Seminaristen – nur sie waren dort damals in beschränkter Zahl zum Theologiestudium zugelassen – nicht über die katholische Soziallehre informiert, sie war nicht Teil des theologischen Studiums. Durch die im Land illegal produzierte und verbreitete Samisdat-Literatur und die illegal aus

dem Ausland eingeführte Literatur war die katholische Soziallehre trotzdem in kleinen Portionen nach Tschechien gesickert. Sie hat kleine, aber wichtige Gruppen von christlichen Intellektuellen angesprochen, deren Überlegungen von den Inhalten der katholischen Soziallehre beeinflusst wurden. Viele von Ihnen waren 1989 aktive Protagonisten der „Samtenen Revolution“ und manche von ihnen übernahmen wichtige politische Positionen unter den neuen demokratischen Verhältnissen.

die Idee des Jahres 1968 – ein „Sozialismus mit menschlichem Antlitz“ – realisiert werde. Es fehlte die nötige Erfahrung und Kompetenz im politischen wie im wirtschaftlichen Bereich, auf der Führungs- und Strukturebene ebenso wie bei den meisten einzelnen Menschen.

In dieser Situation schaffte es eine Gruppe von Personen um den damaligen Finanzminister der Bundesregierung Václav Klaus mit starker Unterstützung der Massenmedien, der Bevölkerung die Vision eines schnellen und leichten Übergangs zu Kapitalismus und Demokratie vorzugaukeln. Zu deren Konzeption gehörten vor allem die möglichst geringe Regulierung des Marktes, die Beherrschung des öffentlichen Raumes durch die politischen Parteien und der Vorrang der Schnelligkeit vor dem Recht. Dazu kamen verschiedene, sich gegenseitig blockierende partikuläre Interessen, wie zum Beispiel der Streit, ob Tschechoslowakei oder Tschecho-Slowakei die

Von der Euphorie zur Ratlosigkeit

Seit der politischen Wende sind die Kirche und die Gesellschaft in eine ganz neue Situation versetzt. Am Anfang herrschte eine allgemeine Euphorie über die gewonnene Freiheit, sie brachte viele neue Herausforderungen und neue Möglichkeiten. Weder die Kirche noch die Gesellschaft waren auf diese neue Situation ausreichend vorberei-

tet, weder auf die Konsequenzen des Wegbrechens fast aller heteronomen Beschränkungen der Freiheit, noch auf den realen Kapitalismus. Die Kirche und die Gesellschaft wurden durch die neue Situation und ihre Herausforderungen überrascht und überfordert. Noch zum Jahreswechsel 1989/1990 hat sich z. B. ein Teil der Tschechen gewünscht, dass

korrekte Bezeichnung sei. Beginnend mit diesem „Bindestrich“-Streit kam es schließlich zur Trennung des Staates. So ist rückblickend festzustellen, dass sich die nötige Restrukturierung der Gesellschaft, der bisherigen Strukturen und Institutionen teilweise unter dem Druck des Geschehens und teilweise unter der Leitung der Klaus-Gruppe vollzog, jedenfalls ohne die wünschenswerte gründliche Überlegung der einzelnen Reformschritte, der Zusammenhänge und Konsequenzen.

Die Kirche hatte in der ersten Periode der nachrevolutionären Entwicklung wegen ihrer mutigen Haltung gegenüber dem verhassten Regime relativ hohes Ansehen in der Gesellschaft (rund 60% beurteilten sie positiv). Doch bald verlor sie dieses hohe Ansehen, ihre negative Beurteilung nahm stark zu.

Ziel ist ein wirksamer Dialog mit der Mehrheitsgesellschaft

Eine deutlichere kirchliche Wortmeldung zum gesellschaftlichen Geschehen erfolgte erst mit der Denkschrift „Friede und Wohl“ im Jahr 2000. Dabei handelt es sich um ein Dokument der Tschechischen Bischofskonferenz zu gesellschaftlichen Anliegen und sozialen Fragen im Land aus der Sicht der katholischen Soziallehre, besonders wird auf die Enzyklika von Papst Johannes Paul II. *Centesimus annus* Bezug genommen. Ziel dieses Dokumentes war es, eine breite Diskussion in der Gesellschaft anzustoßen, um den bisherigen Transformationsprozess zu reflektieren, die problematischen Elemente dieses Prozesses bewusst zu machen und eine breite Beteiligung bei der weiteren Gestaltung der tschechischen Gesellschaft anzuregen. Das Dokument entstand in ökumenischer Kooperation und intensiver Mitarbeit von Fachgremien, vor allem des Zentrums für die Soziallehre bei der Tschechischen Bischofskonferenz. Über das Dokument wurde in den tschechischen Medien berichtet und in verschiedenen Gruppierungen diskutiert, es be-

Das war auch die Konsequenz der völlig unrealistischen Konzeption einiger Repräsentanten der Kirche, aber auch eines Teiles der Christen, man könne die Verhältnisse vor der kommunistischen Zeit wieder erneuern. Die Ratlosigkeit und die innere Frustration der Kirche nahm und nimmt zu. Das ist auch Folge der zu starken kirchlichen Konzentration auf die eigenen Probleme und internen Streitereien. So kann sie der Gesellschaft nicht die prophetische Botschaft und die warnende Stimme der Sozialzyklen vermitteln und auch nicht die Politik bei den Auseinandersetzungen mit der gesellschaftlichen Transformation und den zahlreichen Problemen der postkommunistischen Tschechoslowakei bzw. Tschechischen Republik beeinflussen.

kam internationales Echo, es wurde auch vom Ökonomen und gegenwärtigen Präsidenten Václav Klaus ernst genommen, aber eindeutig negativ kommentiert. Die erwähnten ehrgeizigen Ziele konnte das Dokument nicht erreichen. Diese Einschätzung bestätigt das Dokument der Tschechischen Bischofskonferenz vom Jahr 2002 *Ergebnisse der öffentlichen Diskussion zur Denkschrift ‚Frieden und Wohl‘*, das den Verlauf und die Ergebnisse der angestrebten öffentlichen Diskussion zusammenfasst.¹

Die katholische Soziallehre ist kein politisches Programm

Übereinstimmend ist man der Auffassung, dass die katholische Soziallehre die Programm-Plattform für jene politische Partei sein sollte, die sich explizit als christlich deklariert, die KDU/ČSL (*Christliche und demokratische Union –*

Es gelingt der Kirche bzw. den Christen bisher nicht, mit der Mehrheitsgesellschaft in einen wirksamen, konstruktiven Dialog zu kommen, in relevanter Weise die öffentliche Meinung und die konkrete Politik zu beeinflussen. Der „Dialog“ läuft meist nur in Rahmen der Kirche, untereinander, eventuell noch mit Sympathisanten. Meist beschränkt sich dieser „Dialog“ darauf, die eigenen Überzeugungen zu bestärken, andere Positionen, die sozialethische Argumente und Inhalte der Sozialzyklen nicht berücksichtigen, alibistisch zu kritisieren.

In Zeiten großer gesellschaftlicher Veränderungsprozesse wären aber Kontroversen auszutragen. Zwischen den Christen bestehen verschiedene Ansichten, Überzeugungen und Haltungen zu aktuellen Fragen des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens. Die Christen engagieren sich in verschiedenen politischen Parteien. Derzeit gibt es allerdings wenige Christen in höheren politischen Positionen, im Unterschied zur ersten Phase nach dem Umbruch. Und von den politisch aktiven Christen sind nicht alle an der katholischen Soziallehre interessiert. Umgekehrt zitieren Politiker wie z. B. der ehemalige Premierminister Zeman, EU-Kommissar Špidla oder der kommunistische Abgeordnete im EU-Parlament Ransdorf, die sich nicht als Christen deklarieren, Aussagen der katholischen Soziallehre und bringen ihren Respekt und ihre persönliche Sympathie zum Ausdruck.

Tschechoslowakische Volkspartei). In dieser politischen Partei gibt es die meisten politisch engagierten Christen. Diese Partei präsentiert sich als der Garant der christlichen Werte und der Anliegen der Christen. Ihre politi-

¹ Beide Dokumente: „Friede und Wohl“ und „Ergebnisse der öffentlichen Diskussion zur Denkschrift ‚Frieden und Wohl‘“ sind auch in deutscher Version gedruckt und auf der Webseite der Tschechischen Bischofskonferenz verfügbar: www.cbk.cz.



ches Gewicht ist aber nicht sehr stark. Die sehr unterschiedlichen Haltungen der Funktionäre und Mitglieder dieser Partei zur katholischen Soziallehre wurde schon erwähnt. Viele kennen sie gar nicht, andere sehen in ihr problematische „linke“ Positionen oder einen verdammt „dritten Weg“ als politisches Modell. Ein Teil bemüht sich, die katholische Soziallehre als wünschenswerte Programm-Plattform für die Politik der Partei bekannt zu machen und wirksam werden zu lassen. Es gibt hier also nicht nur ein Nichtkennen, sondern auch eine Voreingenommenheit gegenüber der katholischen Soziallehre.

Es muss geklärt werden, dass die katholische Soziallehre kein politisches Programm zur einfachen Applikation

Differenzierung und Vermittlung der Soziallehre an drei katholisch-theologischen Fakultäten

Dieses differenzierte Verständnis der Bedeutung der katholischen Soziallehre wächst allmählich bei den politisch engagierte Christen. Diese Differenzierung wird in den Zentren des theologischen Studiums in Tschechien vermittelt. Neben der Evangelischen und Husitischen Theologischen Fakultät an der Karls-Universität Prag gibt es drei katholisch-theologische Fakultäten: an der Karls-Universität Prag, an den Universitäten in Olomouc/Olmütz und in České Budějovice/Budweis. Zwischen diesen Fakultäten gibt es Unterschiede in der Ausrichtung der Studien, wodurch ihr spezieller Akzent und ihr Beitrag in der wünschenswerten gegenseitigen Komplementarität betont wird. Die theologischen Fakultäten in Prag und in Olomouc/Olmütz sorgen für das Theologiestudium der Priesteramtskandidaten der böhmischen und mährischen Diözesen, sie bieten aber auch Studienmöglichkeiten für die Laien.

Die Theologische Fakultät in České Budějovice/Budweis profiliert sich hauptsächlich für das Studium für Laien. Aber auch hier studieren Priester-

für eine politische Partei darstellt. Sie ist auch kein politisches Modell für einen „dritten Weg“, sondern sie will die christliche Lehre über Schöpfung und Berufung der Menschen, die Inspiration der biblischen Botschaft im Hinblick auf die gesellschaftlichen Herausforderungen im Verlauf der Geschichte vor Augen stellen. Die katholische Soziallehre will die konkrete Politik beeinflussen, indem sie Grundprinzipien akzentuiert, nämlich Personalität, Subsidiarität, Solidarität und Gemeinwohl, also jene Prinzipien, die einen unverzichtbaren Rahmen für die humane und verantwortliche Suchen nach konkreten Lösungen der aktuellen Herausforderungen und Probleme der Zeit bilden.

amtskandidaten aus den Orden der Salesianer und Petriener, Ordensfrauen und Diakone. An der Budweiser theologischen Fakultät wird dem Studium der Sozialethik und der katholischen Soziallehre hohes Gewicht beigemessen. Sie ist wesentlicher Teil der Studienpläne in allen Studienrichtungen seit mehreren Jahren. Ing. Cyril Martinek, ein langjähriger Lektor an dieser Fakultät, hat 1998 das Buch *Cesta k solidaritě (Weg zur Solidarität)*, eine Einführung in die katholische Soziallehre, herausgegeben; er war auch wesentlicher

Gedanken der Soziallehre in den politischen Diskurs einbringen

Es gibt noch weitere Aktivitäten auf anderen Ebenen, besonders im Rahmen der „Tschechischen Christlichen Akademie“, die das Ziel haben, eine breite Öffentlichkeit mit den Gedanken der katholischen Soziallehre bekannt zu machen und die Beteiligung bei der Gestaltung der öffentlichen Meinung und der Politik zu fördern. Anzuführen ist besonders die Arbeitsgruppe unter Lei-

Mitautor der Denkschrift „Frieden und Wohl“. Im Jahr 2004 konnten wir für eine tschechische Übersetzung des Buches von Arno Anzenbacher „Christliche Sozialethik“ beim Verlag CDK (Centrum für das Studium Demokratie und Kultur) in Brno/Brünn sorgen. Zahlreiche sozialetische Aktivitäten realisierte Prof. Dr. Helmut Renöckl, der im Sommer 2008 emeritierte Leiter des Budweiser „Lehrstuhls für Theologische Ethik, Sozialethik und ethische Bildung“, sozialetische Symposien, Publikationen, interdisziplinäre Lehrveranstaltungen und Weiterbildungsseminare, um den interdisziplinären und kirchlich-gesellschaftlichen Dialog zu unterstützen.

Bei beiden anderen katholisch-theologischen Fakultäten beginnen die Lehre und Forschung im Bereich der Sozialethik und der Katholischen Soziallehre erst langsam. Die Katholisch-theologische Fakultät in Prag bereitet derzeit die Akkreditierung der neuen Studienrichtung „*Angewandte Ethik*“ vor. Für diese Studienrichtung sind spezielle Fachmodule, z.B. politische Ethik und Wirtschaftsethik vorgesehen. Studierende sollen das komplette Studium oder nur einige spezielle Module im Rahmen der Weiterbildung absolvieren können. Absolventen können so Kompetenz für die christliche Sozialethik erwerben. Auch an der Katholisch-theologischen Fakultät in Olomouc/Olmütz wird im Rahmen der Weiterbildung ein Kurs „Katholische Soziallehre“ vorbereitet.

tung von Prof. Dr. Lubomír Mlčoch, der auch der Leiter des Autoren-Teams der Denkschrift „Frieden und Wohl“ war. Er hat im Jahr 2000 das Buch *Úvahy o české ekonomické transformaci (Überlegungen zur tschechischen Transformation)* herausgegeben, in dem er den Verlauf der ökonomischen Transformation und der Privatisierung in Tschechien kritisch bewertet.



Eine weitere wichtige Aktivität ist die Übersetzung des Kompendiums der „Soziallehre der Kirche“.² Zu erwähnen ist auch die sehr aktive Bewegung *Christ und Arbeit*. Alljährlich organisiert sie in Velehrad (Mähren) ein europäisches Symposium zu aktuellen sozialen Fragen. Bedeutend war auch das internationale Symposium in Bor/Haid u Tachova³ aus Anlass des 125-Jahr-Jubiläums des Entstehens der „Haider Thesen/Borské teze“, die einen der Impulse für die Sozialenzyklika von Papst Leo XIII. *Rerum novarum* darstellten. Sehr beachtliche Aktivitäten entfaltet der tschechische Zweig des Päpstlichen Rates *Iustitia et pax* unter dem Vorsitz des Prager Weihbischofs Václav Malý. Dieser Rat nimmt regelmäßig Stellung zu aktuellen sozialen Fragen der tschechischen Gesellschaft, so beispielsweise zur Frage der Sonntagsarbeit, zu den inakzeptablen Bedingungen der MitarbeiterInnen in den Handelsketten, zur Verschuldungs-Problematik. Im Unterschied zur eingangs kritisierten Unfähigkeit der tschechischen Kirche und der Christen, sich in den Medien bemerkbar zu machen, gelingt dies Weihbischof Malý und dem Rat „*Iustitia et pax*“ relativ gut. Die Stellungnahme zu den Bedingungen der Arbeiter in den Handelsketten wurde seinerzeit sogar als die Spitzenmeldung des Tages in den TV-Hauptnachrichten gebracht.

Fazit

Unter den Bedingungen pluralistischer Freiheit ist in der tschechischen Gesellschaft und Kirche für die Anliegen der Christlichen Sozialethik bzw. bei der Vermittlung der Katholischen Soziallehre noch sehr viel Arbeit zu leisten. Man spürt hier wieder die Lasten der Vergangenheit, vor allem die Unterbrechung der Kontinuität sozialetischer Reflexionen, Unterweisungen und Aktivitäten in den totalitären Jahrzehnten und die dadurch eingetretene Endsensibilisierung der Mehrheitsgesellschaft für sozialetische und ethische Themen insgesamt. Diese ist allerdings auch das Ergebnis der Ernüchterung vieler Menschen aufgrund der negativen Erfahrungen mit den gesellschaftlichen Umwälzungen in den neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts und bis zur Gegenwart. Beklagenswert ist die schon mehrmals erwähnte ungenügende Fähigkeit der Christen und der Kirche, mit der Mehrheitsgesellschaft einen wirkamen Dialog zu führen und mit ihren Themen in den Medien präsent zu sein. Trotz nur geringer Erfolge auf diesen Ebenen bleibt als ständige Aufgabe die Suche nach neuen Wegen und Antworten auf die konkreten Herausforderungen der Zeit.

KURZBIOGRAPHIE

Jindřich Šraj (geb. 1964), Dr. theol., habil. theol., Postgraduales Studium an der Katholisch-Theologischen Hochschule Linz (1995–1999); Habilitation Olmütz (2008); Lehrstuhl für Theologische und Soziale Ethik an der Theologischen Fakultät der südböhmischen Universität in Budweis. Veröffentlichungen: Jindřich Šraj, Libor Musil (eds.), *Etické kontexty sociální práce s rodinou (Ethische Kontexte der sozialen Arbeit mit Familien)*, České Budějovice, Brno: Albert 2008; *Suicidium, sebeobětování, nebo mučednictví? Jan Palach – sebeupálení z pohledu křesťanské etiky. (Suicid, Selbstopfer oder Märtyrium? Jan Palach – Selbstbrennung aus der Sicht der christlichen Ethik)* Praha: Triton (Herbst 2009).

² Derzeit wird der Nachdruck des Buches vorbereitet.

³ Pfarre Bor/Haid, B. Vymětalík u. a. (Hg.): *Haider Thesen. Tagungsdokumentation*. ISBN 80-7195-063-7. Kostelní Vydří 2006, Farnost Bor u Tachova, B. Vymětalík u. a. (eds.): *Borské teze. Sborník semináře*. ISBN 80-7195-056-4. Kostelní Vydří 2006.



Ulrike Kostka: Shall Physicians get a Licence for Rationing? Health Systems under Rationing Pressure

The health services of Western industrial nations are under rationing pressure. Should physicians receive an official order for rationing? The first step shows how rationing occurs today. For 25 years there has been a debate in the US about the role of a physician in bedside rationing. Their ethical patterns of argument are shown and evaluated in a second step. The positions show the limitations of a purely profession-oriented or social-ethical reflexion. A multi-dimensional ethical analysis is necessary. With the help of such an analysis the third step develops the answers to the question of which responsibilities doctors, hospitals, society as well as churches and social ethics will have in the issue of rationing.

Michael H. Freitag: What is really Medically Necessary? The Prioritising Debate in the German Health System

In order to be able to offer benefits for all members of a solidarity-oriented system of prevention in health care the system has to fall back on the actually necessary benefits and has to either make them available to everybody or allocate access on a fair basis. The following paper presents the concept of prioritisation, in which – taking into account transparent criteria – the precedences of certain indications, patient groups or measures are weighed and corresponding priorities are being established.

Markus Zimmermann-Acklin: How can Access to Medical Resources be Regulated on a Fair Basis? Criteria of Prioritization and Rationing

In view of medical advancement and growing wealth the costs for health care have risen to a such degree that we have to define and recognise limitations. If we want to keep high-quality health care available for everybody, the ethically relevant question is no longer whether but rather in which way, by which methods and criteria, prioritising and rationing is to be conducted. Prioritisation, i.e. the arranging of medical benefits according to decreasing importance, serve in preparation of rationing decisions. Ethically relevant for a decision are virtue-ethical, procedural and normative as well as evaluative criteria. Apart from the fundamental principle of human dignity the principles of need, solidarity, cost-effectiveness and responsibility should be considered as central normative criteria, but also the principle of vulnerability, which accounts for the protection of especially vulnerable human beings.

Peter A. Clark, Catherine Mikus: Who Decides in Cases of Medical Hopelessness? Legal and Ethical Aspects

The paper has three objectives: The first is to evaluate the legal implications connected with the problem of medical hopelessness. The second is an ethical analysis of self-determination of patients on the one and sensible action of doctors as well as fair allocation of medical resources on the other hand. It is to be shown how these factors influence the decision on whether a treatment that is considered medically hopeless can be rejected from a Christian-ethical point of view. Thirdly, guidelines for an approach towards medical hopelessness are suggested that can be applied both in a Catholic as well as a secular intensive care unit.

Angela Brand: "We Will Define Illnesses Differently in the Future". Interview about the Deficits of the German Health System and Perspectives for a New Approach towards Health and Illness

The German Health System is considered more expensive than average. Critics talk about oversupply and waste of money. On the other hand, many public health patients complain about a lack of benefits. Increasingly often the question is asked how benefits can be distributed more fairly and costs can be reduced at large. For Angela Brand the answer is not rationing but differentiation. Many expensive standard examinations, for instance in the case of early diagnosis of cancer, could prove to be dispensable. But who can control a shifting of available resources? Which part do the physicians play? How much influence can be granted to politics? Which research results could point the way?

Jindřich Šraj: Christian Social Ethics in the Czech Republic Development and Current Situation

It is the objective of Catholic social teaching to find answers to the social challenges of our times, to take part in the important political controversies, to point out new ways. How important, however, is social teaching in the Czech Republic today? How is it reflected by the Church's officials, or by the Christians? How is it taught and studied at the theology faculties? Does it have real influence on the majority of society, on politics and on public opinion? The answers to these questions in the following article refer largely to the period after the changes of 1989.



Ulrike Kostka : Faut-il donner aux médecins l'autorisation de rationner les soins? Les systèmes de santé contraints au rationnement

Les systèmes de santé des pays industrialisés de l'Ouest sont contraints au rationnement. Faut-il, de façon officielle, en charger les médecins? Dans un premier temps, l'article montre en quoi le rationnement existe déjà. Depuis 25 ans, il y a un débat aux Etats Unis sur le rôle du médecin en cas de « Bedside Rationing ». Dans un deuxième temps, sont présentés et évalués les modèles d'argumentation éthique, en constatant les limites d'une réflexion basée uniquement sur une éthique professionnelle ou sociale. Ce qui est nécessaire, c'est une analyse éthique pluri-dimensionnelle. Avec l'aide d'une telle analyse, l'article développe, dans un troisième temps, des réponses à la question de savoir quelles responsabilités face à la problématique du rationnement, doivent assumer les médecins et les hôpitaux, la société ainsi que l'Eglise et l'éthique sociale.

Michael H. Freitag : Qu'est-ce qui est vraiment nécessaire du point de vue médical? Le débat sur le concept de « priorisation » dans le système de santé publique en Allemagne

C'est la caractéristique d'un système de soins médicaux basé sur la solidarité que d'offrir à tous ses membres, en quantité suffisante, les prestations dont chacun a besoin. Pour assurer cela, un tel système doit se limiter aux prestations effectivement nécessaires, ou bien en les rendant accessibles à tous ou bien en redistribuant les possibilités d'accès de manière équitable. L'article présente un concept de « priorisation » qui, recourant à des critères transparents, vise à constater la prépondérance de certaines indications, de groupes de patients, de méthodes de traitement et permet de procéder à des classements par ordre d'importance.

Markus Zimmermann-Acklin : Comment régler de façon équitable l'accès aux ressources médicales? Critères de « priorisation » et de rationnement

Suite au progrès dans le domaine médical et dans celui du bien-être, les dépenses de santé ont augmenté à tel point qu'il devient indispensable de définir et de reconnaître des limites. Si l'on veut maintenir un système de soins médicaux de haute qualité, accessibles pour tous, la question pertinente du point de vue éthique n'est pas de savoir s'il faut établir des priorités et procéder à des restrictions, mais comment et selon quelles méthodes et critères cela est faisable. Les « priorisations », c'est-à-dire la prescription de prestations médicales par ordre d'importance décroissant, servent en fin de compte à préparer des décisions de rationnement. Par rationnement, on comprend des mécanismes implicites et explicites qui ont pour conséquence de priver de prestations utiles la personne qui a besoin de soins. Les critères de décision qui s'imposent du point de vue éthique ne sont pas seulement de nature morale, procédurale et normative, mais dépendent aussi d'une évaluation précise de la situation. En plus du principe fondamental de la dignité humaine, il faut tenir compte comme critères normatifs essentiels, des besoins réels, du principe de solidarité, de l'efficacité des dépenses, du principe de responsabilité, sans oublier le principe de vulnérabilité qui prévoit la protection des personnes particulièrement fragiles.

Peter A. Clark, Catherine Mikus : Qui décide quand, du point de vue médical, il n'y a plus d'espoir? Aspects juridiques et éthiques

L'article poursuit trois objectifs. En premier lieu, il s'agit d'examiner les implications juridiques du problème qui se pose quand il n'existe plus de chance de guérison. Deuxièmement, il y va d'une analyse éthique concernant, d'une part, l'autonomie du patient, d'autre part, la

pertinence des soins ainsi que la distribution équitable des ressources médicales. Le but est de montrer quel est l'impact de ces facteurs sur la décision à prendre en se demandant si un traitement qui, du point de vue médical, n'a aucune chance de succès, peut être refusé au nom de l'éthique chrétienne. Troisièmement, l'article propose des lignes directrices pour des situations où il n'existe plus de chance de guérison. Ces lignes directrices peuvent être appliquées dans des institutions de soins intensifs aussi bien catholiques que non-catholiques.

« À l'avenir, on va définir les maladies autrement ». Entretien avec Angela Brand sur les déficits du système de santé allemand et sur les perspectives d'un nouveau regard sur la santé et sur la maladie

Le système de santé allemand passe pour être plus cher que la moyenne. Certains dénoncent le niveau excessivement élevé des prestations, tandis que beaucoup de patients affiliés à une caisse d'assurance-maladie se plaignent d'un manque de soins. De plus en plus, on se demande comment distribuer les prestations de façon plus équitable et comment limiter les coûts dans leur ensemble. Pour Angela Brand, la réponse n'est pas le rationnement, mais la différenciation. Prendre au sérieux les facteurs pathogènes individuels doit conduire, par conséquent, à des mesures de prévention, à des diagnostics et à des thérapies adaptées à chacun et à chacune. Nombre d'exams standard coûteux – p. e. dans le domaine du dépistage précoce d'un cancer – pourraient s'avérer superflus. Mais qui peut décider la nouvelle répartition des moyens disponibles? Quel est le rôle des médecins à cet égard? Quelle influence la politique doit-elle avoir? Parmi les résultats de la recherche scientifique, quels sont ceux qui pourraient servir de références?

Jindřich Šrajer : L'éthique sociale chrétienne en République tchèque. Evolution et situation actuelle

La tâche de l'enseignement social catholique, c'est de trouver des réponses aux défis de société de l'époque, de participer aux grandes controverses politi-

ques et de montrer des voies nouvelles. Mais quelle est, de nos jours, l'importance de l'enseignement social en République tchèque? Comment celui-ci se reflète-t-il dans la pensée de la hiérarchie comme dans celle des chrétiens? Comment est-il étudié dans les facultés de

théologie? A-t-il une influence réelle sur la pensée dominante dans la société, sur la vie politique et sur l'opinion publique? Les réponses à ces questions renvoient, en grande partie, à l'époque qui a suivi le tournant historique de 1989.



Der in der Nachbarregion beheimatet Ton Schulten, dessen verschiedene Schaffensperioden sich durch einen eindrucklichen Farbreichtum auszeichnen, hat sich besonders durch seine eigenwilligen Landschaftsimpressionen europaweit einen anerkannten Namen verschafft. Die prägnanten und meditativen Texte stammen von dem Theologen Jurjen Beumer, die deutsche Übersetzung von Willy Damhuis.

»Wenn der Tag erwacht« soll die Hoffnung nähren, dass es in unserem Leben nach schwierigen Phasen immer auch helle Momente geben wird. Denn Farbe und Poesie kennen keine Grenzen ...

Ton Schulten / Jurjen Beumer / Willy Damhuis (Übersetzung)
Wenn der Tag erwacht – Die Farben des Lebens in Wort und Bild
80 Seiten, farbig bebildert, geb. 14,95 € / sFr 26,90.
ISBN 978-3-402-12761-2

ASCENDORFF VERLAG
www.aschendorff.de/buchverlag

MITARBEITER DIESES HEFTES

Prof. Dr. Angela Brand MPH, Maastricht; Prof. Peter A. Clark SJ, Ph.D, Philadelphia;
Dr. Michael H. Freitag MPH, Bayreuth/Jena; Christine Gasser, Wien; DDr. Richard Geisen,
Dortmund; Thomas Jessen, Düsseldorf; PD Dr. Ulrike Kostka, Freiburg/Münster; Cathrine
Mikus, R.N., Esq., Philadelphia; Prof. Dr. Matthias Möhring-Hesse, Vechta; Edith-Maria
Redlin, Portrush Road (USA); Prof. Dr. Jindřich Šrajer, České Budějovice/Budweis; Russel u.
Katharina Sommer, London; Wilhelm Rauscher, Bonn; Prof. Dr. Markus Vogt, München;
Prof. Dr. Joachim Wiemeyer, Bochum; Dr. Markus Zimmerman-Acklin, Luzern

VORSCHAU

Heft 3/2009
Schwerpunktthema: Die neue Sozialzyklika

Heft 4/2009
Schwerpunktthema: Zwanzig Jahre nach dem Mauerfall

Heft 1/2010
Schwerpunktthema: Energiewirtschaft