

8 Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Nicht nur die Möglichkeiten gentechnischer Eingriffe, die sich nicht alle werden leisten können, wirft wesentliche Gerechtigkeitsfragen für ein Gesundheitswesen auf. Dies ist bereits heute der Fall. So brachte Novartis 2019 ein mithilfe der Gentechnik hergestelltes, neues Präparat unter dem Namen Zolgensma zur Therapie Spinaler Muskelatrophie bei Kleinkindern auf dem Markt. Es ist so teuer, dass eine Injektion, die allerdings nicht wiederholt werden muss, rund zwei Millionen Dollar kostet, ein Betrag, den – weltweit gesehen – nicht viele staatliche und private Versicherungen übernehmen können und übernehmen wollen.

8.1 Forderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ihre Grenzen

1945 formulierten die Vereinten Nationen ihre Charta, in der das Prinzip der Menschenwürde zentrale Bedeutung einnimmt. Daran anschließend hat sich die WHO eine Verfassung mit sehr weitreichenden Forderungen gegeben: »Der Besitz des höchstmöglichen Gesundheitsstandards bildet eines der fundamentalen Rechte jedes Menschen ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.«¹ Dabei wird Gesundheit definiert als »ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen«.

¹ Hier zitiert nach: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>, zuletzt eingesehen: 11.10.2020.

8.1.1 *Der umstrittene Gesundheitsbegriff*

Gesundheit als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens zu verstehen, hat eine sehr weitreichende Konsequenz: Kein Mensch auf dieser Erde ist danach wirklich gesund, denn wer könnte von sich behaupten, ein vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen zu realisieren. Bereits der Begriff der Vollständigkeit legt ein Ideal nahe, das von vornherein nicht erreichbar zu sein scheint. Dass dies in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation den Ausgangspunkt bildet, macht es praktisch unmöglich, damit verbundene Rechtsansprüche festlegen zu können. Was nämlich nicht realisierbar ist, kann auch nicht eingefordert werden. Der alte moralphilosophische Grundsatz »*ultra posse, nemo tenetur*« (Jenseits des Möglichen gibt es keine moralische Verpflichtung) sei hier deshalb in Erinnerung gebracht.

Darüber hinaus ist die Gleichsetzung von Gesundheit mit Wohlbefinden problematisch. Wohlbefinden ist zumeist subjektiv konnotiert. Das hat zur Folge, dass damit Gesundheit, subjektiv verstanden, jeweils im individuellen Rahmen interpretiert werden muss. Ein solches subjektives Verständnis aber ist als Grundlage für ein Gesundheitssystem nicht geeignet, weil dadurch Anreize gegeben werden, sich möglichst viele, subjektiv für das Wohlbefinden sinnvolle Behandlungen bezahlen zu lassen. Zugleich wächst die Versuchung, auch selbst immer höhere subjektive Ansprüche zu stellen, wenn andere sich zusätzliche Leistungen bezahlen lassen. Dieses Problem ließ sich in der Bundesrepublik der 70er Jahre konkret erfahren. Zu dieser Zeit kam in Mode, sich eine Kur zu gönnen. Je mehr Personen eine Kur in Anspruch nahmen, umso mehr wuchs die Nachfrage. Ebenso problematisch ist die starke Einbindung des Sozialen: Auch wenn bestimmte Krankheiten durch soziale Umstände konkret beeinflusst sind, besteht hier die Gefahr, soziale Probleme zu medikalisieren. Die weite Gesundheitsdefinition der WHO birgt damit die Gefahr, dass soziale Ungleichheiten entpolitisiert und zu »Krankheiten« umdefiniert werden. Sie könnte auch als Einladung zu einem weitreichenden gentechnischen Enhancement verstanden werden.

Darum ist es sinnvoller, einen derart umfassenden und zugleich utopischen, weil von niemandem zu erreichenden, Gesundheitsbegriff aufzugeben und sich vom Gegenteil der Gesundheit, nämlich der Krankheit, der Frage zu nähern, worin eine gute und gerechte medizinische Versorgung bestehen kann. Doch auch der Krankheits-

Begriff ist nicht eindeutig. Um diese Problematik besser zu verstehen, hilft ein Blick auf englischsprachige Unterscheidungen. Hier differenziert man zwischen

- *disease* im Sinn einer objektiven funktionalen Störung, z. B. Infektionskrankheiten, bzw. einer funktionellen Störung wie einem Herzinfarkt;
- *illness* als subjektives Empfinden von Kranksein (auch Empfinden von Lethargie);
- *sickness* im Sinn von Übelkeit;
- *disorder* als objektive funktionale Abnormalität, z. B. Taubstummsein;
- *impairment*, verstanden als Beeinträchtigungen durch eine genetische Veränderung wie im Fall einer Trisomie 21, wobei hier die Zuordnung zusätzlich umstritten ist.

Darüber hinaus hat sich durchgesetzt, mit dem Begriff »medical condition« einen Überbegriff für alle betreffenden Begriffe zu finden.

Bereits die physische Krankheit ist noch weiter zu bestimmen. Ist jemand bereits krank, wenn er selbst Überträger von Krankheiten ist, jedoch selbst keine Symptome zeigt, z. B. Covid-19-Überträger ist, ohne Krankheitssymptome zu zeigen? Gilt jemand als physisch krank, wenn bestimmte Werte objektiv-medizinisch abnormal sind, sich die betreffende Person aber gesund fühlt?

Noch schwieriger verhält es sich im Hinblick auf den Begriff psychischer Erkrankungen. Ein Beispiel mag dies erläutern. In Anlehnung an Victor Frankl² lassen sich Eigenschaften identifizieren, die für eine Person nachteilig sind und nicht nur das psychische Wohlergehen der betreffenden Person beeinträchtigen, sondern auch andere Menschen, Unternehmen und Institutionen, die von Entscheidungen einer solchen Person betroffen sind, schädigen können: Angst (Gegenpol: Souveränität), Aufgeregtheit (Gegenpol: Ausgeglichenheit), Maßlosigkeit (Gegenpol: Augenmaß), Engstirnigkeit (Gegenpol: Offenheit), Eifersucht/Neid (Gegenpol: Gönnen können), Argwohn (Gegenpol: Vertrauen), Theatralik/Eitelkeit (Gegenpol: Authentizität) und zentral Sinndissonanz (Gegenpol: Sinnerfülltheit). Dies ist freilich nur eine Möglichkeit, bestimmte psychische bzw. charakterliche Schwächen auszumachen, die zur vollständigen

² Vgl. Frankl (2014).

psychischen Gesundheit fehlen, ohne bereits manifest als psychische Erkrankungen wie eine Depression oder Neurose erkennbar zu sein.

Auch hier wird man nach der WHO-Definition wohl schließen müssen: Ein Mensch, der zu Ängstlichkeit oder Aufgeregtheit oder einer anderen der gerade aufgelisteten Eigenschaften neigt, kann nicht als psychisch vollständig gesund gelten. Wenn er selbst darunter leidet, ist er dann subjektiv gesehen psychisch krank? Ist er damit vielleicht sogar bereits evidenzbasiert psychisch krank?

Wenn nach der WHO zum Gesundsein das vollständige soziale Wohlergehen zählt, ließe sich fragen, ob dann bereits als krank zu gelten hat, wer kein vollständiges soziales Wohlergehen erfährt. Ein Beispiel genügt, um die Problematik zu verdeutlichen: Angenommen, die meisten Bürger dieser Welt hätten so viel Vermögen, dass sie sich leisten könnten, was man sich heute in Deutschland leisten kann, wenn man 500.000 Euro im Jahr verdient. Allerdings gibt es auch eine Gruppe von Menschen, denen »nur« 400.000 Euro im Jahr zur Verfügung stehen. Ist dann deren soziales Wohlergehen *vollständig*? Um diese Frage zu beantworten, hängt so viel vom jeweiligen Vorverständnis des Antwortenden ab, dass eine allgemein gültige Antwort mit Sicherheit nicht möglich sein wird. Intuitiv würden zwar die meisten davon ausgehen, dass auch 400.000 Euro zum vollständigen sozialen Wohlergehen reichen würden, aber eben nicht alle. Auch könnte man sich fragen, ob nicht bereits das soziale Wohlergehen beeinträchtigt ist, wenn beispielsweise zu Hause ein ständig nörgelnder Partner das Leben erschwert.

8.1.2 Die Forderung eines höchstmöglichen Gesundheitsstandards als Utopie

In der Formulierung des subjektiven Rechts auf einen Gesundheitsstandard genügt der WHO nicht ein angemessener oder ein hoher Gesundheitsstandard. Vielmehr muss es der höchstmögliche Gesundheitsstandard für alle sein. Doch ist das »höchstmöglich« nicht das Problem, da es auch nicht-utopisch darum geht, dass alle Menschen die bestmögliche Behandlung erfahren sollten. Das eigentliche Problem entsteht vielmehr dadurch, dass es nach der WHO-Sprechweise um den höchstmöglichen Standard im Hinblick auf vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlergehen geht. Gerade neue technische Möglichkeiten wie die Präimplantationsdiagnostik müss-

ten genutzt werden, sofern sie an einem derartigen Wohlergehen mitwirken können. Medizinethiker wie Julian Savulescu haben vor diesem Hintergrund einen perfektionistischen Imperativ aufgestellt: Wir haben die Pflicht, mithilfe gendiagnostischer Techniken wie der Präimplantationsdiagnostik dafür zu sorgen, dass unsere Nachkommen möglichst gute, dem vollständigen Wohlergehen (vollständiger Gesundheit im Sinne der WHO) förderliche Anlagen bekommen. Wir sollten deshalb mithilfe der Diagnostik genau diese Nachkommen auswählen. Doch Savulescu und mit ihm andere Ethiker gehen noch einen Schritt weiter. Sie fordern darüber hinaus das *Enhancement*, also die Verbesserung der menschlichen Genanlagen mithilfe neuer gentechnischer Möglichkeiten genau mit den Gründen, dass dadurch unser Wohlergehen wesentlich befördert würde,³ eine Forderung, die, wie im vorigen Kapitel gezeigt, höchst umstritten ist. Ein solcher ethischer Perfektionismus entspricht darum nicht einer Integrativen Medizinethik. Er setzt den Einzelnen unter Druck, da er seine Handlungen an einem Maßstab messen müsste, der oftmals als überfordernd empfunden würde. Wenn subjektives Wohlbefinden von der sozialen Situation abhängt und genetische Veränderungen vorgenommen werden, um gesellschaftliches Wohlbefinden eines Individuums zu erzeugen, dann werden auch auf diese Weise soziale Probleme entpolitisiert und »medikalisiert«, also Medizinern übergeben. Vielmehr geht die Integrative Medizinethik davon aus, dass auch ein unglücklicher Mensch gesund sein kann. Zudem lässt sich Vollkommenheit in einer Welt in stetigem Wandel mit immer wechselnden sozialen Erwartungen mithilfe genetischer Verbesserung nicht erreichen und bleibt ebenfalls eine utopische Zielsetzung. Es gibt keine Vollkommenheit in einer unvollkommenen Welt, weil ihr das Maß für Vollkommenheit fehlt.

Es soll darum im Folgenden nicht um Utopien des perfekten Menschen gehen. Vielmehr zeigt die Realität, dass sechzig Jahre nach der Erstellung der WHO-Verfassung immer noch in vielen Staaten der Erde nicht einmal eine Grundversorgung für die Krankheiten vorhanden ist, die lebensbedrohlich sind. Vor diesem Hintergrund ist die Zielsetzung der WHO, den höchstmöglichen Gesundheitszustand zu verwirklichen, wobei Gesundheit vollständiges körperliches, seelisches und soziales Wohlergehen bedeutet, sozusagen als Horizont menschlicher Sehnsucht sinnvoll, in der Realität aber eine Utopie.

³ Vgl. Savulescu/Bostrom (Hg.) (2013).

Aber das bedeutet nicht, dass diese Utopie nicht anregen kann, sich weitreichende Ziele zu setzen.

Auch wenn der Gesundheitsbegriff also interpretationsoffen ist, hindert dies nicht daran zu versuchen, diesen Begriff genauer zu bestimmen und sich damit verbunden zu fragen, wie eine gerechte menschendienliche medizinische Versorgung aussehen sollte.

8.2 Gesundheit, medizinische Versorgung und Gerechtigkeit

8.2.1 Ein realistischerer Gesundheitsbegriff

Was ist eigentlich mit »gesund« gemeint? Im Rahmen medizinischer Sachkenntnis sind dies empirisch erhebbare und beschreibbare Parameter, die eine physische und psychische Funktionalität erkennen lassen. In vielen Fällen ist damit die Frage bereits entschieden, ob jemand als gesund zu verstehen ist oder nicht, beispielsweise bei einem schweren Herzinfarkt. In anderen Fällen jedoch ist diese Frage gerade nicht entschieden, wie etwa die Auseinandersetzung um eine Beurteilung der Veranlagung zur Homosexualität zeigt, die beispielsweise erst 1973 aus dem Krankheitsregister des »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« der »American Psychiatric Association« gestrichen wurde. Nach katholischer, jüdischer und muslimischer Lehrmeinung handelt es sich aber immer noch um eine Veranlagung, der nachzugeben als eine schwere Sünde verstanden wird. Mehr als siebenzig Staaten stellen noch 2020 homosexuelle Beziehungen unter konsentierenden Erwachsenen unter Strafe. Hier zeigt sich, in welchem hohem Maß eine gruppenspezifische, aber auch die individuell-subjektive Konstruktionstätigkeit mitbestimmt, was als Funktionalität bzw. Nicht-Funktionalität gelten soll oder was so gar eine möglicherweise krankhafte und zugleich kriminelle Veranlagung ist.

Dennoch bedeutet diese Konstruktionstätigkeit eben gerade nicht, dass »gesund« einer reinen Konstruktion entspringt. Wie wir imstande sind, Tag und Nacht auseinanderzuhalten, so können wir auch recht gut unterscheiden, was wir unter Gesundheit und unter Krankheit verstehen. Jeder, der beispielsweise schon einmal einen schweren Bandscheibenvorfall hatte, kann dies bestätigen. Er ist krank. Allerdings sollte man auch hier das Prinzip der sich selbst skalierenden Analogskala beachten, d. h.: Wer nie krank war und jetzt

eine Erkältung hat, fühlt sich selbst möglicherweise schwer krank, gemessen an den eigenen Erfahrungen. Wer ein schwereres chronisches Leiden (z. B. eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz) hat, wird eine Erkältung als leichte Abweichung zum Normalzustand empfinden. Krank sein scheint darum meistens mit subjektiver Wahrnehmung verbunden zu sein. Nur schwere Erkrankungen und offensichtliche Funktionseinschränkungen (etwa ein gebrochener Arm) sind auch objektiv *einer* Erkrankungsschwere zuzuordnen.

Darum gibt es, im übertragenen Sinn, Zeiten der Dämmerung, von denen es nicht einfach ist zu sagen, ob betreffende Menschen als gesund oder krank anzusehen sind, beispielsweise eine leichte Erkältung. Selbst ein betroffener Mensch weiß manchmal nicht, ob er noch gesund oder schon krank ist. Ist eine leichte Erkältung schon so etwas wie »Krankheit« oder bin ich eigentlich doch noch gesund genug, sodass ich zur Arbeit gehen sollte?

Die neuen Möglichkeiten der Gendiagnostik lassen zudem mehr und mehr erkennen, wie sehr jeder Einzelne von uns für bestimmte Krankheiten veranlagt ist. Dennoch gilt ein Mensch so lange als gesund, solange diese genetische Grundlage noch nicht die betreffende Krankheit hat ausbrechen lassen. Hierfür ist der klassische Unterschied zwischen einem bereits eingetretenen Ereignis, also einer Erkrankung, dem Ausbruch einer Krankheit und einem Ereignis, das mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit oder sogar mit Sicherheit eintreffen wird, aber eben noch nicht eingetroffen ist, wofür also ein Mensch genetisch disponiert ist, von zentraler Bedeutung. Wie aber ist dann diese genetische Disposition einzuordnen?

Wie steht es darüber hinaus mit genetisch bedingten Dysfunktionalitäten, die den meisten Menschen als Beeinträchtigungen erscheinen, bei denen sich aber manche Betroffene als gesund bezeichnen würden? Man denke an den Fall in den USA, bei dem ein lesbisches Taubstummenpaar die Präimplantationsdiagnostik (PGD) mit der Zielsetzung verwenden ließ, ein taubstummes Kind zu bekommen, und damit 2001 auch erfolgreich war. Hier zeigen sich erneut die Grenzen dessen, wie unterschiedlich »Gesundheit« verstanden wird. Die Begründung des Paares lautete nämlich, dass sie dem Kind die Möglichkeit geben wollen, die wertvollen Erfahrungen der Gemeinschaft taubstummer Menschen zu teilen und so zu einem besonderen Lebensstil befähigt zu werden. Hier wird eine üblicherweise als Behinderung verstandene Einschränkung, nämlich nicht in »normaler« Weise hören und sprechen zu können, als eine Chance aus-

gelegt. Im Fall des Taubstummseins dürfte dennoch für die meisten Menschen der Begriff einer »Beeinträchtigung« angemessen sein, weil mit dem Nichthören- und Nichtsprechenkönnen zusätzliche Gefährdungen und Schwierigkeiten einhergehen. Wie aber ist ein Mensch einzuschätzen, der in einem Bereich eine phantastische Begabung zeigt, beispielsweise ein großartiger Schachspieler ist, aber im normalen Leben ohne fremde Hilfe nicht »funktionieren« kann, weil er autistisch ist?

Auch ein philosophisches und theologisches Verständnis von Gesundheit, das mit dem Namen von Sören Kierkegaard assoziiert werden kann, hilft für einen realistischen Gesundheitsbegriff nicht weiter. Kierkegaard spricht davon, dass jeder Mensch die »Krankheit zum Tode« hat. Die theologische Antwort des Christentums auf diese philosophische Frage, dass wir alle in der Weise an einem Mangel an Gesundheit leiden, dass wir einmal auf dieser Erde werden sterben müssen, besteht darin, uns Jesus Christus als den Heiland zu verkünden, der das Heilmittel der Unsterblichkeit (griechisch: *pharmakon athanasias*) in der Einsetzung des Abendmahls gegeben hat. Mithilfe dieser Medizin kann dann sogar die Krankheit zum Tode überwunden und die gemäß dieser Deutung eigentliche und wahre Gesundheit erlangt werden.

Diese Deutung, die tatsächlich auf theologischer Ebene die Idealnorm von Gesundheit als vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlergehen einholt, zeigt erneut den utopischen Charakter bestimmter Definitionen von Krankheit und Gesundheit.

Sinnvoller scheint es darum zu sein, sich auf ein sehr einfaches und hilfreiches Kriterium für die Bestimmung von Gesundheit und ihrem Gegenbegriff »Krankheit« zu besinnen, nämlich Krankheit im Sinn von Dysfunktionalität zu verstehen. Hierbei geht es darum, dass Krankheiten messbar sind, dass sie mit dem Ausfall von Funktionen verbunden sind, die für ein »normales« Leben verlangt werden. Dieser auch als »pathogenetisch« verstandene Krankheitsbegriff macht Krankheit messbar, insofern man sich auf Normalitätsbedingungen einigt. Folgt man dieser Zuordnung, dann gilt als gesund, wer im Rahmen bester heutiger medizinischer Wissenschaft keine Behandlung einer Erkrankung benötigt, weil er im definierten Sinn »normal funktioniert«. ⁴ Was als Dysfunktionalität anerkannt wird, wird durch

⁴ Allerdings bergen derartige Festlegungen trotz der Möglichkeit, sie beständig anzupassen, bleibende Probleme. Normalität kann leicht im Sinne eines sozial er-

die medizinische Wissenschaft festgelegt. Als gesund in diesem Sinn gilt dann andersherum, wer keine Dysfunktionalität hat, die nach dem besten Stand der medizinischen Wissenschaft als solche anerkannt ist. Anders gesagt: International sollte die Ärzteschaft eine Liste von Krankheiten aufstellen, die nach Ansicht der Fachleute einen Anspruch auf Behandlung erfordern. Diese Liste sollte der Mindeststandard sein. National könnte sich die jeweilige Ärzteschaft auf eine Liste einigen, die über den Mindeststandard hinausgehen kann, aber nicht hinausgehen muss. Eine derartige Lösung sollte jährlich überprüft und dem jeweilig besten und neuesten Forschungsstand angepasst werden. Diese Lösung entspricht zudem weitgehend dem Vorgehen in vielen Staaten. Definitiv haben wir es dann mit einer extensionalen, realitätsbezogenen Definition zu tun: Eine Krankheit ist dann gegeben, wenn sie auf einer von Fachleuten festgelegten Liste aufgeführt wird. Diese Liste ist nicht willkürlich, sondern vom jeweiligen medizinischen Kenntnisstand abhängig.⁵

Dieses extensionale und immer neu zu überdenkende Verständnis von Krankheit ist dabei mit einer Sicht auf Gesundheit verbunden, die man am besten dadurch gewährleistet, dass man begreift, wie Krankheiten entstehen (Pathogenese) und wie man die entstandenen Krankheiten »reparieren« bzw. im Sinn klassischer Präventionsmaßnahmen vermeiden kann, beispielsweise indem man Süßigkeiten meidet, wenn man zu Diabetes Typ II neigt. Dieses pathogenetische Verständnis könnte durch eine salutogenetische Sicht ergänzt werden, worunter die Förderung der Gesundheitskompetenzen zu verstehen ist. Der Fokus wird auf Maßnahmen gelegt, die der Gesund-

wünschten Verhaltens bestimmt werden, sodass beispielsweise unerwünschte Formen medikamentös behandelt werden. Wie ist beispielsweise das Ruhigstellen von älteren Menschen mit Sedativa einzuschätzen? Auch bestimmte Formen der Prävention sind an dieses Normalitätsverständnis gebunden und nicht unproblematisch. Es bleibt grundsätzlich die Herausforderung, wie mit bestimmten Einschränkungen umzugehen ist, die nur in bestimmten gesellschaftlichen Kontexten problematisch sind. Eine Lese-Rechtschreib-Schwäche ist in einer Jäger-und-Sammler-Gesellschaft keine Dysfunktionalität, heutzutage schon. Der bereits angesprochene Kleinwuchs, der im Grenzbereich bei z. B. 1,45 m liegt, wäre in manchen Gesellschaften nicht dysfunktional.

⁵ In Deutschland gibt es, neben der ICD für Krankheiten, auch für Behandlungen eine derartige Liste, den Katalog der Kassenärztlichen Vereinigung EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab: <http://www.kbv.de/html/online-ebm.php>, zuletzt eingesehen: 28.08.2020).

heit dienlich sind, beispielsweise mithilfe von »Achtsamkeit«⁶ Erkrankungen vorzubeugen.

8.2.2 »Bestmögliche« medizinische Versorgung

Die Forderung der WHO: »Den höchstmöglichen Gesundheitsstandard zu genießen, ist eines der fundamentalen Rechte jedes Menschen unabhängig von Rasse, Religion, politischer Einstellung, ökonomischem oder sozialem Rang«, sollte also in dem Sinn verstanden werden, dass es um die unter den geltenden Bedingungen angemessene gesundheitliche Versorgung geht.

Akzeptiert man diese Forderung, so stellt sich die Frage, wie eine bestmögliche Versorgung mit den entsprechenden medizinischen Leistungen zu gewährleisten ist. Diese Frage lässt sich nur beantworten, wenn eine Entscheidung gefällt ist, welche Ansprüche auf derartige Leistungen bestehen. Die Antwort kann man rein faktisch mit Bezug auf das jeweilig geltende Recht der einzelnen Staaten geben. Doch damit verliert man die eigentliche Herausforderung aus dem Blick: Welche gesetzlichen Regelungen sind ethisch angemessen, sei es international, sei es national?

Wie bereits bei der Darstellung der Integrativen Medizinethik deutlich wurde, hat jeder aufgrund seiner Würde ein subjektives Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung. Dieses Recht ließ sich mithilfe einer Gerechtigkeitsvorstellung verteidigen, die in Anlehnung an Höffe als transzendentaler Tausch bezeichnet wurde. Der Tausch ist transzendental, weil für jeden eine angemessene medizinische Versorgung notwendige Handlungsbedingung ist, weil jeder von Krankheiten bedroht ist und darum medizinische Hilfe benötigt. Es ist ein Tausch, weil selbst gesunde Menschen profitieren. Sie müssen nicht in Sorge sein, dass Kranke in ihrer Not Eigentumsrechte verletzen, um ihre medizinische Versorgung bezahlen zu können. Andererseits können Gesunde Krankheit antizipieren und deshalb beruhigt sein, dass auch sie solidarisch mitgetragen werden, wenn dieser Fall eintritt.

⁶ Vgl. Albrecht (2015).

8.2.3 *Gerechtigkeit als Recht auf subsidiäre Solidarität im Gemeinschaftsbezug*

Bereits im Zusammenhang mit der Darstellung des Ansatzes der Integrativen Medizinethik hatte sich erwiesen, dass, was die Abwehrrechte auf Leben, körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung angeht, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen strikt egalitär zu denken ist, freilich im Sinn der *Ceteris-paribus*-Klausel (also unter sonst gleichen Bedingungen).

Auch war mit Bezug auf die Gerechtigkeitsgrundsätze von Rawls deutlich geworden, dass jeder die subjektiven Rechte darauf hat, dass

1. Risiken, die die Existenz bedrohen, solidarisch getragen werden, seien diese Risiken lebensbedrohlich im eigentlichen Sinn oder lebensbedrohlich in finanzieller Hinsicht;
2. dem Einzelnen möglichst viel Entscheidungsfreiheit in der Wahl der übrigen Absicherung von Gesundheitsleistungen zugestanden wird, was Transparenz im Blick auf die Behandlungsoptionen impliziert.

Diese Konzeption einer Gerechtigkeit im Gesundheitswesen ist nicht mit anderen Gerechtigkeitskonzeptionen zu verwechseln, die jede für sich eine gewisse Attraktivität hat.

8.2.3.1 **Das egalitäre Konzept bestmöglicher medizinischer Versorgung**

Wer davon ausgeht, dass im Blick auf das subjektive Recht auf angemessene medizinische Versorgung das Gleichheitsprinzip gelten soll, wird verlangen: Jeder Mensch sollte unter sonst gleichen Bedingungen (*ceteris paribus*) die gleichen Ansprüche auf medizinische Versorgungsleistungen haben, und zwar weltweit. Unsere Regelungen und Institutionen sollten in der Weise gestaltet sein, dass dies ermöglicht wird.

Auf den ersten Blick scheint dieses Gerechtigkeitsverständnis das einzig faire zu sein. Jeder Mensch sollte die gleichen Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung erhalten, idealerweise zur bestmöglichen Versorgung. So jedenfalls ließe sich die WHO interpretieren, ohne dabei ihren zu weitgehenden Gesundheitsbegriff im Sinne vollständigen Wohlbefindens zu übernehmen. Philosophisch begründen ließe sich dieses Verständnis mit folgendem Gedankenexperiment: Wenn wir, sozusagen noch bevor wir überhaupt je krank

wären, in einem Zustand wären, in dem wir nicht wüssten, welche Krankheiten uns treffen, würden wir Institutionen wählen, die gewährleisten, dass wir, was die medizinische Versorgung angeht, allen anderen Menschen gleichgestellt sind oder doch zumindest, wenn wir am schlechtesten gestellt sind, eine für uns bestmögliche gesundheitliche Versorgung bekämen.⁷

Allerdings wäre dieses Verständnis von Egalität wohl überstrapaziert, wenn man alle gesundheitlichen Präventionsmaßnahmen einschließen würde. Jeder weiß, dass ein großer Geländewagen bei einem Unfall für die Passagiere sicherer ist als ein Kleinwagen.

Schon schwieriger zu entscheiden ist die Frage, ob die Erreichbarkeit von medizinischen Leistungen unter das egalitäre Konzept fallen muss. Bricht sich doch eine derartige Forderung an der Realität. Wer in einer Großstadt wohnt, kann das nächstgelegene Krankenhaus leichter erreichen als derjenige, der in einer Almhütte wohnt. Bei einem Herzinfarkt kann das entscheidend sein. Wer ein egalitäres subjektives Recht auf Erreichbarkeit fordert, müsste entweder ungeheure Mittel in die medizinische Infrastruktur investieren oder die Freiheit des Einzelnen beschränken, also verbieten, sich beispielsweise vom nächstliegenden Krankenhaus um eine bestimmte Distanz zu entfernen, oder umgekehrt demjenigen, der sich einen eigenen Leibarzt leisten kann, eine solche Möglichkeit verwehren. Selbst dann ist derjenige besser gestellt, der im Krankenhaus auf Station einen Herzinfarkt bekommt, als derjenige, der dieses Schicksal daheim erleidet. Ein egalitäres subjektives Recht auf Erreichbarkeit kann es nicht geben. Hier gilt »*ultra posse, nemo tenetur*«: Eine unerfüllbare Forderung kann nicht moralisch oder rechtlich verbindlich sein.

Andererseits würden die Gerechtigkeitsgrundsätze im Prinzip für existenzbedrohende Erkrankungen fordern: Jeder hat Anspruch darauf, in einem internationalen Rettungsnetzplan berücksichtigt zu werden, der Versorgung binnen einer bestimmten Zeit (Hilfsfrist) sicherstellt. Auf der Almhütte gelingt dies mithilfe von Rettungshubschraubern, in der Großstadt mithilfe des Notarztes und Rettungswagens, bei der Küstenwache evtl. mithilfe von Schnellbooten usw.

⁷ Diese Überlegung ist Rawls' Konstruktion nachempfunden, auch wenn Rawls selbst für seine Theorie der Gerechtigkeit gerade das Gesundheitswesen explizit nicht aufgenommen hat und auch nicht Institutionen fordern würde, bei denen alle gleichbehandelt würden.

In diesem Sinn kann der bestmögliche Standard flächendeckender Rettungspläne gefordert werden. Dieser Standard ist egalitär, da alle in ihrem Anspruch gleich berücksichtigt werden – nicht in ihrer faktischen Form der Versorgung.

Was aber ist von einem egalitären Gerechtigkeitsverständnis zu halten, das sich nur auf die medizinischen Leistungen im engeren Sinn bezieht? Jeder hat die gleichen Chancen, einen Termin zu bekommen. Jeder hat die gleichen Chancen bei gleicher Krankheit, wenn das Übrige gleich ist, die gleiche Behandlung zu bekommen. Hier gilt dann: Wer zuerst den Termin ausgemacht hat, sollte Vorrang haben, weil jeder die gleiche Möglichkeit gehabt hätte, als Erster den betreffenden Termin auszumachen. Auch könnte man meinen, dass jeder im Wartezimmer warten muss, was bei eingeschobenen Notfällen in manchen Fällen auch Stunden dauern kann. Aber selbst dies ist auf den zweiten Blick ungerecht. Die Kanzlerin der Bundesrepublik hat normalerweise eine ganz andere Fülle an Verpflichtungen als jemand, der in Rente gegangen ist. Soll sie dann auch stundenlang auf die Behandlung warten müssen?

Doch zu diesem egalitären Verständnis gibt es darüber hinaus mehrere grundsätzliche Anfragen. Die erste Anfrage geht auf die Reichweite der Egalität: Angenommen wir würden weltweit ein transnationales egalitäres Gesundheitssystem einführen, dann würde sich zwar für viele Menschen die gesundheitliche Versorgung dramatisch verbessern, für einige Menschen jedoch wegen der begrenzten Mittel im System verringern, vermutlich insbesondere in den Staaten mit hoch entwickelten Gesundheitssystemen. Wenn wir weltweit nicht einmal absolute Armut für knapp eine Milliarde Menschen verhindern können, erscheint es utopisch, eine gesundheitliche Versorgung weltweit zu gewährleisten, die bundesdeutschen Standards entspricht. Dieses Ziel entspricht aber auch nicht den beiden Gerechtigkeitsgrundsätzen, weil der Anspruch auf bestmögliche medizinische Versorgung einerseits eine Sicherung vor existenzbedrohenden Risiken solidarisch erfordert, aber andererseits gerade möglichst große Freiräume für eigene Entscheidungen zu einer darüber hinausgehenden medizinischen Versorgung eröffnen soll.

Egalität im Gesundheitswesen hat aber noch eine weitere weitreichende Konsequenz, wenn man diese ernst nimmt. Manche Menschen können sich die renommiertesten Ärzte leisten, um die nach objektiv-medizinischem Stand bestmögliche Behandlung zu bekommen. Dies ist der Masse selbst in den hoch entwickelten Staaten ver-

wehrt. Gerade die begehrtesten Krankenhäuser und die begehrtesten Ärztinnen und Ärzte können sich nur wenige leisten. In Deutschland gilt beispielsweise bei Krebserkrankungen das Universitätsklinikum Heidelberg als eine hervorragende Adresse. Dennoch können dort nicht alle Krebspatienten eine Behandlung einfordern. Aber selbst unter der Annahme, dass jeder das gleiche Recht auf Behandlung in Heidelberg hätte, weil die Behandlung solidarisch finanziert wird, so wären die betreffenden Krankenhäuser und Ärzte in Kürze für eine lange Zeit ausgebucht. Man könnte sich hier freilich eine Lotterie vorstellen, die der Gerechtigkeit Genüge tut. Damit allerdings entzieht man umgekehrt den Krankenhäusern und der Ärzteschaft die Möglichkeit, selbst mitzubestimmen, wen man behandeln will. Gerechtigkeit wird gegen Freiheitsspielräume ausgespielt. Umgekehrt scheint es aber ebenfalls keine faire Lösung zu sein, wenn in elitären Gesundheitsversorgungssystemen nur besonders Begüterte Zugang zu den Behandlungszentren haben, die als die besten gelten.

Darüber hinaus würde dieses egalitäre Verständnis bestmöglicher medizinischer Versorgung auch Zuteilungslösungen erfordern, wenn bestimmte Medikamente nicht hinreichend verfügbar sind, z. B. weil sie – unter Annahme eines gedeckelten Systems – zu teuer sind. Erneut könnte damit verbunden sein, Freiheitsspielräume, diesmal von Pharmakonzernen einzuschränken. Allerdings lässt sich dann absehen, dass die Unternehmen aus der Forschung für bestimmte Medikamente aussteigen werden, weil sie damit ein Minusgeschäft machen würden. Zum Konflikt »Gerechtigkeit versus Freiheit« kommt damit das Problem, dass »Experimentierspielräume« verloren gehen. Da medizinisches Wissen und Formen der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen diese Räume benötigen, könnte es sogar geboten sein, für derartige Fälle auf strikte Egalität zu verzichten, zumal es durchaus sinnvoll ist, gewisse Verfahren noch nicht flächenmäßig anzubieten, wenn etwa die Risikoprognose noch nicht niedrig genug ist.

Die Beschränkung von Freiheitsspielräumen betrifft aber nicht nur Unternehmen, Krankenhäuser und die Ärzteschaft, sondern gerade die Patienten selbst. Wer radikal Egalität im Sinn substanzieller Gleichheit von Verteilungsergebnissen verlangt, wird nicht zulassen dürfen, dass sich Patienten zusätzlich bestimmte medizinische Leistungen kaufen, die nicht in gleicher Weise allen zur Verfügung gestellt werden können oder durch Los bei Knappheit zukommen. Es wäre also nicht erlaubt, sich ein sehr teures Medikament selbst zu kaufen, wenn man bei der Lotterie Pech gehabt hat. Auch dürfte

man sich nicht eine Ärztin bzw. Arzt aussuchen, wenn diese im egalitären System bereits per Lotterie andere Patienten zugelost bekamen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Wer bestmögliche medizinische Versorgung in diesem Sinn egalitär versteht und im umfassenden Sinn für alle Menschen fordert, muss Freiheitsspielräume einschränken. Allein das Verbot bestimmter Leistungen im eigenen Staat ist nicht gleichbedeutend damit, dass man diese Leistungen nicht auf anderen Wegen bekommen kann, solange beispielsweise ein Grundrecht auf Freizügigkeit eingeräumt wird. Damit kann jeder, der möchte, diese Leistungen weltweit nachfragen. Außerdem müsste notwendigerweise eine derartige Lösung zu einer Absenkung von medizinischen Leistungen in Ländern mit sehr guten Gesundheitssystemen führen, wenn die Egalität weltweit in Geltung wäre. Dieses Problem wirft zugleich die Frage auf, ob ein derartiges Verständnis medizinischer Versorgung überhaupt durchsetzbar ist, also eine realistische Möglichkeit ist.

8.2.3.2 Das bedürfnisorientierte Konzept bestmöglicher medizinischer Versorgung

Ein bedürfnisorientiertes Konzept bestmöglicher medizinischer Versorgung entgeht der Problematik des egalitären Verständnisses, dass alle die gleiche medizinische Versorgung bekommen müssen. Vielmehr sind nur die konkreten subjektiven Bedürfnisse auf eine medizinische Versorgung zu erfüllen. Nicht jeder hat das Bedürfnis, die objektiv beste medizinische Versorgung zu bekommen, wenn die Erkrankung einfach zu behandeln ist oder wenn er dafür eine große Reise auf sich nehmen müsste. Vermutlich möchte jedoch wohl jeder Mensch die subjektiv bestmögliche Behandlung. Aber diese kann auch in alternativen Methoden bestehen und nicht darin, beispielsweise die evidenzbasiert wirkmächtigsten Medikamente zu erhalten. Ein derartiges Verständnis einer gerechten medizinischen Versorgung käme bald an ihre Grenzen; und in absehbarer Zeit könnte die Solidargemeinschaft wohl auch nicht für die Bedürfnisse aller aufkommen. Damit bietet auch dieses alternative Verständnis, für sich allein genommen, keine derzeit realisierbare Lösung an.

Dazu kommt noch ein weiterer entscheidender Nachteil. Subjektive Bedürfnisse können problematisch sein: Warum soll die Solidargemeinschaft Behandlungen bezahlen, die nicht evidenzbasiert sind, also z. B. homöopathische Behandlungen? Noch drastischer stellt sich

das Problem, wenn jemand verlangt, ihm solle das Bein amputiert werden, weil es ihn stört. Sollte eine solche Operation solidarisch finanziert werden? Sollte die Solidargemeinschaft zahlen, wenn ein lesbisches Paar, bei denen beide Frauen taubstumm sind, eine Präimplantationsdiagnostik verlangen, damit ihr Kind auch taubstumm sein wird? Darüber hinaus können subjektive Bedürfnisse sehr schwierig eingrenzbar sein: Kann jemand in einer depressiven Verstimmung verlangen, zur Aufhellung seiner Gemütslage vier Wochen auf Hawaii finanziert zu bekommen?

Diese Beispiele mögen genügen, um zu verstehen, warum ein rein bedürfnisorientiertes Konzept bestmöglicher medizinischer Versorgung keine Lösung bietet.

8.2.3.3 Das meritokratische Konzept bestmöglicher medizinischer Versorgung

Mancher mag Verständnis dafür haben, dass es einen Anspruch auf medizinische Leistungen nach der besonderen Bedeutung bzw. den Leistungen einer entsprechenden Person geben sollte, beispielsweise die Bundeskanzlerin einen Anspruch auf eine umfassendere medizinische Versorgung hätte als eine einfache Arbeiterin, diese einen weitergehenden Anspruch als eine arbeitslose Frau, diese einen weitergehenden als ein Ausländer, der sich zufällig im Land aufhält. Dieses meritokratische (lateinisch: *meritus* = Verdienst, griechisch: *kratein* = herrschen) Verständnis, bei dem in diesem konkreten Beispiel beruflicher Verdienst und Staatsangehörigkeit der betreffenden Person von zentraler Bedeutung sind, widerspricht jedoch fundamental dem mit der Menschenwürde verbundenen subjektiven Recht auf angemessene gesundheitliche Versorgung für alle Menschen.

Auch nicht anders verhält es sich, wenn man »meritokratisch« in der Weise bestimmt, dass sich jemand die bestmögliche Behandlung dadurch verdient, dass er eine bestimmte Versicherung auf eine Leistung abschließt. Wer dies tut, hat ein Anrecht auf die versicherten Leistungen, wer nicht, eben nicht. Gerade die amerikanische Tea-Party-Bewegung speiste ihren Widerstand gegen Obamas Gesundheitsreform aus der Überzeugung, dass jeder selbst für seine Gesundheitsvorsorge verantwortlich ist. Darum halten viele aus ihrer Anhängerschaft es auch für gerechtfertigt, wenn Personen je nach ihrem individuellen Risiko versichert werden. Das bedeutet freilich, dass jemand, der bereits von Geburt an eine schlechte gesundheitliche Prognose hat, in einem solchen meritokratischen Markt eine sehr

hohe Versicherungsprämie zahlen muss. Damit aber verletzt eine solche Forderung das Prinzip der Solidarität gerade mit den Schwächeren.

Allerdings ließe sich dann zumindest fragen, ob nicht diejenigen, die finanziell gut genug dastehen, sodass sie sich die hohen Prämien leisten können, dies auch tun sollten, um dem Subsidiaritätsprinzip zu genügen. In ähnlicher Richtung wird Eigenverantwortung eingefordert, wenn selbstverschuldete Schädigungen der Gesundheit den Versicherungsbeitrag erhöhen oder umgekehrt Gesundheitsprävention und ein gesunder Lebensstil diesen Betrag senken sollten. Hier stellt sich die Frage, wie man Abgrenzungen vornehmen kann. So kann jemand, der ein zu hohes oder zu niedriges Gewicht hat, leicht identifiziert werden, aber was als zu hohes oder zu niedriges Gewicht eingeschätzt wird, hängt von der jeweiligen Forschungslage ab. Verbindliche medizinische Vorgaben sind in nicht wenigen Fällen zeitabhängig und möglicherweise nicht einmal gesundheitsdienlich. Auch wird die Freiheit der Einzelnen, ihr Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten, durch derartige Vorgaben erheblich eingeschränkt. Darüber hinaus lassen sich bestimmte riskante Lebensstile (Fettleibigkeit, Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum, Skifahren) leichter identifizieren als andere (nächtelange Computerspiele).

Zudem ist damit ein fundamentales Problem verbunden. Wer keine oder nur in begrenztem Maß Beiträge zahlen kann, behält nach dem Verständnis des mit der Menschenwürde verbundenen subjektiven Rechts auf angemessene medizinische Versorgung den Anspruch auf eine derartige Versorgung. Damit aber werden diejenigen bestraft, die einerseits durch höhere Beiträge die schlechter Gestellten solidarisch mittragen, andererseits aber selbst nochmals eine Erhöhung der Beiträge bekommen, wenn sie sich bestimmten gesundheitlichen Risiken aussetzen.

8.2.3.4 Das Fairnesskonzept angemessener medizinischer Versorgung

Während im Sinne von Gerechtigkeit als Egalität eine medizinische Versorgung allen in gleicher Weise zur Verfügung stehen sollte, wenn keine medizinischen Gründe anderes verlangen, fordert ein bedürfnisorientiertes Verständnis von Gerechtigkeit medizinische Leistungen gemäß dem Patientenwillen, ein bedarfsorientiertes gemäß medizinischer Expertise ein. Dagegen steht ein meritokratisches Konzept von Gerechtigkeit, wonach gemäß eigenen Verdien-

ten, wie auch immer diese verstanden werden, Gesundheitsleistungen zuzuteilen sind.

Ein Fairnesskonzept angemessener medizinischer Versorgung hat im Vergleich zu den genannten Konzepten ein bescheideneres Ziel. Wie bereits bei der Darstellung des Ansatzes der Integrativen Medizinethik ausführlich begründet, sollen diejenigen, die leistungsstärker sind, diejenigen Menschen unterstützen, die sich ansonsten keine oder keine hinreichende medizinische Versorgung leisten könnten, aber nur soweit diese Versorgung neben dem Prinzip der Solidarität auch dem Prinzip der Subsidiarität Rechnung trägt.

Was heißt das konkret? Leistungsstärke besagt, dass jemand nicht nur aus eigener Kraft für seine medizinische Versorgung Sorge tragen kann, sondern auch durch seine Beiträge weniger leistungsstarke Personen solidarisch zu unterstützen vermag. Diese erhalten dadurch selbst dann eine solidarische medizinische Versorgung, wenn sie dafür nicht selbst Versicherungsbeiträge zahlen könnten bzw. weniger einzahlen als andere. Sinnvollerweise könnte man jedoch *indirekt* ein meritokratisches Element einbauen. Analog zur Tabak- und Alkoholsteuer ließe sich vorstellen, dass auch andere Produkte, die in größeren Mengen der Gesundheit schaden wie Zucker bzw. Softdrinks, oder Produkte, deren Gebrauch mit Unfällen verbunden sein kann wie Skier, mit einem höheren Steuersatz versehen werden. Auch diejenigen, die wenig oder gar nichts in eine Krankenversicherung einzahlen, würden so auf indirekte Weise an der Solidarität beteiligt werden, sei es durch den Verzicht auf bestimmte Produkte, sei es durch die mit dem Kauf verbundene Steuerabgabe. Andererseits ist auch hier zu fragen, ob diese indirekte Beschränkung individueller Freiheit, die insbesondere die finanziell ärmeren Menschen trifft, sinnvoll ist oder ob nicht erneut die Frage nach derzeitigen Gesundheitsvorstellungen, die möglicherweise auch wieder überholt sein können, zur Vorsicht mahnen sollte, Menschen in ihrer Freiheit indirekt zu beschneiden.

Hintergrund dafür sind folgende Überlegungen: Ein Gesundheitssystem ist so verwoben mit ökonomischen Zusammenhängen, dass es unsinnig wäre zu meinen, man könne dieses System von wirtschaftlichen Überlegungen fernhalten. Vielmehr geht es darum zu begreifen, dass auch das Gesundheitswesen wie auch die Wirtschaft nur Subsysteme des politischen Gesamtsystems sind. Alle Beteiligten an dem Regelfindungsdiskurs zur Ausgestaltung eines Gesundheitssystems haben dafür zu sorgen, dass darin das moralische Ideal von

Gerechtigkeit als Fairness realisiert wird. Ein derartiges Konzept schließt ganz wesentlich das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten ein.⁸

Das Verständnis einer angemessenen medizinischen Versorgung verzichtet jedoch auf die nicht realisierbare Forderung, alle müssten die gleiche medizinische Versorgung bekommen, wenn sie eine gleiche Erkrankung haben. Es versucht aber, den eigentlichen Zielpunkt des egalitären Gerechtigkeitsverständnisses im Blick zu behalten: den Anspruch auf eine faire Chance zu haben, die bestmögliche medizinische Versorgung zu bekommen, um das eigene Leben möglichst gut gestalten zu können.

Alle Menschen haben also den gleichen Anspruch, angemessen gesundheitlich versorgt zu werden. Gerechtigkeit im Gesundheitswesen wird dabei nur dann realisiert werden können, wenn man sie als ein Mitgetragensein des Einzelnen durch die Gemeinschaft versteht, das auf der Regelebene implementiert ist, und zwar in dem Sinn, dass jeder in *bestmöglicher* Weise Gesundheitsleistungen empfängt. »In bestmöglicher Weise« soll dabei heißen, dass das System so ausgestaltet wird, dass die Regeln des Systems transparent sind und Risiken, die die Existenz bedrohen, solidarisch getragen werden – seien diese Risiken lebensbedrohlich im eigentlichen Sinn oder lebensbedrohlich in finanzieller Hinsicht. Allerdings heißt »angemessen« hier nicht, dass alle das Gleiche bekommen. Vielmehr kann der Einzelne durch Zusatzversicherungen zusätzliche Leistungen kaufen. Nicht jeder kann den bedeutendsten Krebspezialisten aufsuchen, aber jeder kann *einen* Krebspezialisten zurate ziehen, wenn er diesen benötigt. Gerade damit wird dem mit der Menschenwürde verbundenen Recht auf gesundheitliche Versorgung und auf Selbstbestimmung Rechnung getragen. Dieses Verständnis von Gerechtigkeit integriert also das Recht auf gesundheitliche Versorgung und das Recht auf Selbstbestimmung: Ich entscheide, was ich über die Grundsicherung hinaus versichern möchte, also Chefarztbehandlung oder die Behandlung in bestimmten Spezialkliniken. Darüber hinaus ist dieses Verständnis ordnungsethisch, weil es eine Lösung für das Problem

⁸ Vgl. Daniels (2008), der Rawls in überzeugender Weise für Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitswesen fruchtbar gemacht und dessen Überlegungen die hier dargelegte Gerechtigkeitsvorstellung inspiriert hat.

von Eigeninteresse und gesellschaftlichen Interessen mithilfe der Regelebene, also der Rahmenordnung bietet.⁹

Auf der Regelebene integriert es Eigeninteresse und gesellschaftliche Interessen, sodass Ärzteschaft, Pflegekräfte, Patienten usw. ihr eigenes Interesse verfolgen können und zugleich damit gesellschaftliche Interessen befördern. Es wird also nicht auf der Handlungsebene der Heroismus verlangt, gegen eigene Interessen zu verstoßen, weil auf der Regelebene dafür Sorge getragen ist, dass alle eine faire Chance haben, bestmögliche gesundheitliche Leistungen zu bekommen, und dass die im Gesundheitswesen tätigen Personen fair entlohnt werden und faire Arbeitsbedingungen haben.

8.3 Rahmenbedingungen einer weltweiten medizinischen Versorgung

Die derzeitige Situation auf unserem Planeten ist weit von einer Realisierung einer so verstandenen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen entfernt.

8.3.1 Herausforderungen einer globalen Gerechtigkeit medizinischer Versorgung

Trotz anders lautender internationaler Konventionen, der Grundüberzeugungen der großen Weltreligionen und den Beteuerungen vieler Entscheidungsträger sind mehrere Milliarden Menschen auf dieser Erde von einer grundlegenden Absicherung gegen die existenzbedrohenden gesundheitlichen Risiken ausgeschlossen. Der Umgang mit der Malaria ist ein konkretes Beispiel hierfür. Während beispielsweise ein deutscher Tourist, der sich mit der Malaria infiziert hat, nach der Rückkehr alle erdenklichen medizinischen Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung beanspruchen kann, hat die einheimische Bevölkerung, die sich nur um den Verlust der Heimat und meist auch der eingeübten Lebensweisen aus Malariagebieten zurückziehen könnte, oftmals eine schlechte medizinische Versorgung. Dementsprechend hoch ist die Todesrate. Manche Universitäts-

⁹ Vgl. dazu die Überlegungen im Abschnitt *Das Gerechtigkeitsprinzip und seine ordnungsethische Dimension* (1.5.3).

linik in westlichen Ländern verfügt über ein höheres Budget, als bestimmten subsaharischen Staaten insgesamt an Geld für das nationale Gesundheitswesen zur Verfügung steht. Anders gesprochen: Bisher gilt ein nationales Solidarprinzip für gesetzliche Kassen. Die Solidarität endet an unseren Staatsgrenzen. Grenzüberschreitend besteht dagegen ein Anreiz, Fachkräfte aus wirtschaftlich schwächeren Ländern in Kliniken und Praxen reicherer Länder zu beschäftigen, obwohl sie in ihren eigenen Ländern dringend gebraucht würden. Sie verlassen aber ihre Heimat, weil sie in den reicheren Ländern für sich bessere persönliche Chancen sehen. Das Grundproblem besteht auf der Makroebene also darin, dass die Solidarität nationalisiert wird und der einzelne Mensch nicht im Sinne Kants als Weltbürger und Weltbürgerin verstanden wird, der aus Gerechtigkeitsüberlegungen einen Anspruch auf eine Sicherung seiner existenzbedrohenden Risiken hat. Spieltheoretisch gesprochen besteht ein Anreiz, nationale vor übernationale Interessen zu stellen. Es ist immer die dominante Strategie im Sinne ökonomischer Rationalität, ins nationale Gesundheitssystem Leistungen einzubringen, nicht aber übernational tätig zu sein. Zwar gibt es Programme im Rahmen der Entwicklungshilfe und auch private Hilfen, vornehmlich durch NGOs wie »Ärzte ohne Grenzen« und private Stiftungen, dennoch sind wir international weit von der Realisierung der beiden Gerechtigkeitsgrundsätze entfernt. Sehr überzeugend lässt sich dies an folgender Graphik ablesen, die zeigt, wie sehr sich die Lebenserwartung auf unserem Planeten in ausgewählten Staaten unterscheidet, auch wenn dafür nicht nur die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung, sondern auch viele weitere sozioökonomische Faktoren eine Rolle spielen.

| Staat | Lebenserwartung bei der Geburt derzeit | Lebenserwartung derzeit für neugeborene Jungen | Lebenserwartung derzeit für neugeborene Mädchen | Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2000 |
|------------|--|--|---|---|
| Japan | 84,2 | 81,1 | 87,1 | 81,3 |
| Schweiz | 83,9 | 81,2 | 85,2 | 79,8 |
| Australien | 82,9 | 81,0 | 84,8 | 79,6 |
| Italien | 82,8 | 80,5 | 84,9 | 79,6 |
| Israel | 82,3 | 80,3 | 84,2 | 78,3 |
| Österreich | 81,9 | 79,4 | 84,2 | 78,4 |

| Staat | Lebens- erwartung bei der Geburt der- zeit | Lebens- erwartung derzeit für neugeborene Jungen | Lebens- erwartung derzeit für neugeborene Mädchen | Lebens- erwartung bei der Geburt im Jahr 2000 |
|--------------|--|--|---|---|
| UK | 81,4 | 79,7 | 83,2 | 77,9 |
| Deutschland | 81,0 | 78,7 | 83,3 | 78,1 |
| Kuba | 79,0 | 76,8 | 81,3 | 76,6 |
| USA | 78,5 | 76,0 | 81,0 | 76,9 |
| China | 76,4 | 75,0 | 77,9 | 72,1 |
| Brasilien | 75,1 | 71,4 | 78,9 | 69,9 |
| Russland | 71,9 | 66,4 | 77,2 | 65,0 |
| Indien | 68,6 | 67,4 | 70,3 | 62,5 |
| Afghanistan | 62,7 | 61,0 | 64,5 | 55,9 |
| Sierra Leone | 53,1 | 52,5 | 53,8 | 39,8 |

Tabelle 4: Lebenserwartung in ausgewählten Staaten¹⁰

8.3.2 Ein Lösungsangebot

Im Sinne eines mit der Menschenwürde verbundenen »Weltbürgerrechts«¹¹ auf eine gesundheitliche Versorgung sind jedoch die nötigen Minimalstandards zu realisieren, auf die alle weltweit ein subjektives Recht haben sollten. Der Grundgedanke der WHO nach bestmöglicher medizinischer Versorgung wird in der Integrativen Medizinethik aufgenommen, ohne dabei von dem utopischen Gesundheitsbegriff der WHO auszugehen. Es geht nicht um die Sicherung eines vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlergehens. Vielmehr würde dies konkret bedeuten, dass wir eine internationale Absicherung, zumindest eine Grundversorgung, für die existenzbedrohenden Risiken benötigen. Dies wäre eine realistische Umsetzung bestmöglicher medizinischer Versorgung zum jetzigen Zeit-

¹⁰ Vgl. <https://www.who.int/data/gho/data/countries>, zuletzt eingesehen: 28.08.2020.

¹¹ Diesen Begriff hat Benhabib (2006) in die internationale gesundheitliche Debatte eingeführt.

punkt. Dabei gilt: Existenzbedrohend sind Krankheiten, die entweder das Leben der Person bedrohen oder aber deren Behandlung so kostspielig ist, dass sie die betreffende Person finanziell ruinieren würde, wenn sie diese Behandlung selbst bezahlen müsste. Im Rahmen einer Gerechtigkeitskonzeption, die Rawls' Gerechtigkeitsgrundsätze modifiziert, lässt sich gut beschreiben, wie ein solches globales Gesundheitssystem auszusehen hätte.

Der *erste Grundsatz* lautet:

1. Ungleichheiten im Gesundheitswesen sind so zu gestalten, dass (a) die die Existenz bedrohenden (gesundheitlichen und finanziellen) Risiken solidarisch-global getragen werden, sofern nationale Gesundheitswesen damit überfordert sind, (b) eine relative Chancengleichheit bei der Versicherung von Gesundheitsgefahren besteht und (c) vernünftigerweise zu erwarten ist, dass Ungleichheiten zwischen den verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen, aber auch im Rahmen nationaler Gesundheitssysteme diese Minimalstandards nicht gefährden.

Dieser Grundsatz verdient einige erläuternde Bemerkungen. Der Rechtsanspruch auf gesundheitliche Versorgung wird als Recht zur Absicherung existenzbedrohender Krankheiten und Beeinträchtigungen in einem egalitaristischen Sinn (a) verstanden. Jede Weltbürgerin und jeder Weltbürger hat im Rahmen einer solidarischen Absicherung das gleiche Recht auf die Leistungen, die benötigt werden, um entsprechenden Krankheiten vorzubeugen bzw. diese zu behandeln. In diesem Sinne kann allgemein auch von einem subjektiven Recht auf Solidarität gesprochen werden.

Diese Solidarität sichert zwei gefährdete Güter: Sie sichert die Betroffenen davor, durch die Kosten in der eigenen Existenz bedroht zu werden, und sie bietet solidarisch Leistungen, damit die existenziell bedrohte physische oder psychische Existenz möglichst geschützt wird, auch wenn natürlich ein Behandlungserfolg nicht garantiert werden kann. Ein wesentliches Charakteristikum einer solchen Grundabsicherung ist ihre Unbedingtheit, d. h., sie wird unabhängig von Geschlecht, Gruppenzugehörigkeit, Religion, politischer Einstellung usw. gewährt.

Darüber hinaus sollte gemäß (b) gewährleistet werden, dass Betroffene prinzipiell Zugang zu bestimmten Versicherungsleistungen haben, die für weniger bedrohliche Erkrankungen und Beeinträchti-

gungen notwendig sind. Wie dies ausgestaltet werden kann, hängt freilich von den jeweiligen nationalen Möglichkeiten ab, ist also relativ zu diesen. Ob hier eine globale Ordnung sinnvoll ist, bedarf weiterer Erörterung. In diesem Zusammenhang ist der *zweite Grundsatz* von großer Bedeutung:

2. Das Gesundheitssystem sollte möglichst viel Entscheidungsfreiheit in der Wahl der Leistungen zulassen.

Dieser Grundsatz ist von der Überzeugung getragen, dass wir Menschen aufgrund dem mit der Menschenwürde verbundenen Selbstbestimmungsrecht im Blick auf unsere Gesundheitsvorsorge und im Blick auf die Behandlung unserer Erkrankungen möglichst viel Freiheit haben sollten. Er ist ebenfalls von der Überzeugung getragen, dass auch die einzelnen Staaten möglichst viel Freiheit in der Ausgestaltung ihrer Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung haben sollten. Hier gilt ganz wesentlich das Prinzip der Subsidiarität. Es wäre ein falsch verstandener Paternalismus, die Freiheit des Einzelnen und auch die Freiheit von Staaten in ein allgemeines Korsett zwingen zu wollen. Die Bedeutung der Freiheit gerade im sensiblen und persönlichen Bereich des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit sollte immer neu betont werden. Das mit der Menschenwürde verbundene Recht auf Selbstbestimmung impliziert auch das Recht auf Lebensentwürfe, die objektiv gesehen nicht ideal sind und wohl kaum dem vollständigen physischen, psychischen oder sozialen Wohlergehen dienen, beispielsweise ein Lebensentwurf, den Rauchen, durchzechte oder auch durcharbeitete Nächte und andere Formen nichtidealer Gesundheitsfürsorge wesentlich prägen.

Dieses Freiheitsverständnis erlaubt, was einen selbst angeht, aber auch was die eigene Familie, die eigene Region, das eigene Land angeht, jeweils Abstufungen vorzunehmen. Konkret auf die Herausforderung eines gerechten Gesundheitswesens angewendet, heißt dies, dass die Solidarität abgestuft sein darf, außer es handelt sich um Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die die Existenz bedrohen. Ich darf für mich und meine Familie größere Anstrengungen unternehmen, damit wir im Notfall versorgt werden, als für Bürgerinnen und Bürger in meinem Staat. Für diese gelten wiederum größere Solidaritätspflichten als im Blick auf diejenigen Menschen, die in anderen Staaten leben, da man mit Hobbes den eigenen Staat im Sinn einer

Großfamilie auffassen kann.¹² Ein derartiges Verständnis von Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und bestmöglicher medizinischer Versorgung nimmt die beiden Gerechtigkeitsgrundsätze und die damit verbundenen Prinzipien von Solidarität und Subsidiarität ernst.

Eine globale Lösung im Sinne der Integrativen Medizinethik ließe sich möglicherweise dergestalt umsetzen: Einzelne Staaten übernehmen Patenschaften für andere Staaten im Bereich gesundheitlicher Versorgung. So wäre es denkbar, dass der deutsche Steuerzahler eine medizinische Entwicklungshilfe finanziert, die praktisch in einer Art Patenschaft einem oder mehreren Staaten zugutekommt, die sich dadurch ein besseres und leistungsfähigeres Gesundheitssystem aufbauen können. Diese Patenschaft ist nicht paternalistisch zu denken, sondern wird vertraglich mit dem bzw. den Partnerstaaten in einer Weise ausgehandelt, dass die Partner bei der Ausgestaltung gleichberechtigt verhandeln. Dabei tragen die Vertragspartner sowohl dem Prinzip der Solidarität (Unterstützung durch das leistungsstärkere Deutschland) als auch dem Prinzip der Subsidiarität (Eigenanstrengung des betreffenden Partnerstaats) Rechnung.

8.3.3 *Konkretion am Beispiel einer gerechten Verteilung eines Impfstoffs*

In Zeiten der Covid-19-Pandemie müsste sich eine derartige Lösung des globalen Gerechtigkeitsproblems bezüglich medizinischer Versorgung dadurch bewähren, dass ein Impfstoff, sofern er verfügbar ist, global gerecht verteilt wird.

Ausgehend von dem Grundsatz, nach dem die Existenz bedrohenden Risiken global solidarisch getragen werden sollten, wäre es eindeutig verfehlt, wenn einzelne Staaten ihren Bürgerinnen und Bürgern absolute Priorität einräumen würden. Gerade wenn Personen in bestimmten Staaten aufgrund fehlender medizinischer Infrastruktur (kaum Intensivbetten, kaum Atemgeräte) besonders schlecht gestellt sind, ist eine Solidarität mit diesen von höchster Priorität und entspricht auch der Gerechtigkeitsvorstellung, wie sie die Integrative Medizinethik vertritt. In sehr großer Nähe zu dieser Medizinethik haben Emanuel et al. im September 2020 in der Fach-

¹² Vgl. Hobbes (1999 [1651]), 118.

zeitschrift *Science* ein »Fair Priority Model«¹³ vorgeschlagen. Dabei unterscheiden sie drei Dimensionen von Schaden:

1. Schadensreversibilität,
2. Schadenshöhe,
3. Schadensausgleich.

Der Tod von Personen stellt den höchsten Schaden da, denn er ist zugleich irreversibel und nicht ausgleichbar. Aber auch Folgeschäden einer überstandenen Erkrankung sowie die Schäden durch Bildungsdefizite und wirtschaftliche Schäden sind oft sehr hoch und kaum auszugleichen.

Aus diesen Gründen empfehlen Emanuel et al. folgende Maßnahmen einer Priorisierung, also keine Rationierung oder Rationalisierung. Geht man nämlich, ähnlich wie die Integrative Medizinethik, vom Prinzip der Menschenwürde und dem damit verbundenen Verständnis von Gerechtigkeit als Fairness und den beiden Gerechtigkeitsgrundsätzen als ethischem Bezugsrahmen aus, so darf es für lebensbedrohliche Krankheiten keine Rationierung, sehr wohl jedoch eine Priorisierung geben. Was heißt dies und wie sind diese beiden Begriffe von der Rationalisierung zu unterscheiden?¹⁴

»Rationalisierung« ist eine ethisch gebotene und sinnvolle Form, vor dem Hintergrund einer Knappheitssituation eine möglichst effiziente und effektive Therapie zu wählen und so kostbare Ressourcen zu sparen, ohne dass sich dadurch für die Betroffenen ein Verzicht auf notwendige bzw. evidenzbasiert nützliche Leistungen ergibt. Allerdings ist die Rationalisierung in dieser Knappheitssituation nicht anwendbar.

»Rationierung« bezeichnet im Unterschied zur Rationalisierung gerade medizinisch notwendige oder zumindest evidenzbasiert nützliche Leistungen, die aus Knappheitsgründen nicht allen zugeteilt werden, obwohl die Betroffenen im Prinzip den gleichen Anspruch auf die Leistung hätten. Dieser Rationierungsbegriff ist nicht mit einem klassisch-ökonomischen Rationierungsbegriff zu verwechseln, wonach jeder Einzelne entscheidet, wofür er seine begrenzten Ressourcen einsetzt, oder in einer anderen Fassung, wonach der Staat entscheidet, wofür er seine begrenzten Ressourcen einsetzt.

¹³ Die folgenden Überlegungen sind wesentlich von Emanuel et al. (2020) beeinflusst.

¹⁴ Vgl. Deutscher Ethikrat (2011).

»Priorisierung« bedeutet im Unterschied zur Rationierung, dass bestimmte Behandlungsregimes nach bewusst gewählten Kriterien hierarchisiert, also in eine bestimmte Reihenfolge gebracht werden, d. h., bestimmte Behandlungsregimes werden anderen Behandlungsregimes vorgezogen. Hier wird nicht ein Behandlungsregime rationiert, also nur manchen zugeteilt, obwohl auch andere den gleichen Anspruch hätten, sondern die Priorisierung behandelt alle vergleichbaren Betroffenen gleich, d. h., die Behandlungsmaßnahmen sind für alle »gleichen« Fälle gleich. Es ist dieses Konzept von Priorisierung, das auch Emanuel et al. zugrunde legen.

Sie schlagen deshalb vor, in folgender Weise zu priorisieren. In der ersten Phase sind diejenigen zu priorisieren, also zu impfen, die noch viele Lebensjahre vor sich haben, wovon gerade die ärmeren Länder, die einen hohen Anteil junger Menschen haben, profitieren würden. Dafür legen sie die Matrix der »Standard Expected Years of Life Lost (SEYLL)«, also den Standard der zu erwartenden verlorenen Jahre, an. Dieser Vorzug der Jungen vor den Alten, diese Form der Altersdiskriminierung, ist nur zu rechtfertigen, wenn man, wie in den Covid-19-Szenarien im ersten Kapitel des Buchs, ihn gerade nicht in der Weise versteht, dass Älteren ihre Würde abgesprochen wird, sondern dass bei knappen Mitteln diejenigen als Erste in den Genuss dieser Mittel kommen sollten, die *ceteris paribus* davon den größten Nutzen, hier Lebensjahre, haben dürften. In der zweiten Verteilungsphase sollten die Impfstoffe so genutzt werden, dass davon auszugehen ist, dass die geimpften Kohorten dafür sorgen, dass das Brutto-sozialprodukt ihres Landes steigt. Es geht Emanuel et al. dabei vor allem darum, dass dabei gerade die Ärmsten der Armen profitieren. Erst in der dritten Phase sollten diejenigen Staaten priorisiert werden, die höhere Übertragungsraten haben.

Im Unterschied zu diesem Vorschlag erlaubt die Gerechtigkeitsvorstellung der Integrativen Medizinethik jedoch, dass die einzelnen Staaten aufgrund der Verantwortung für ihre Bürgerinnen und Bürger dennoch versuchen, möglichst allen, die den Impfstoff benötigen, diesen zur Verfügung zu stellen. Allerdings sollten reichere Staaten unter Knappheitsbedingungen eine so weitgehende Solidarität mit ärmeren Staaten zeigen, dass auch diese hinreichend Impfstoff für diejenigen bekommen, deren Existenz bedroht ist. So könnten gerade reichere Staaten möglicherweise auf alternative Maßnahmen zur Impfung ausweichen, um Ansteckungen zu vermeiden, die in ärmeren Staaten entweder nicht durchsetzbar oder für die Betroffenen,

Angemessene medizinische Versorgung im deutschen Gesundheitssystem?

z. B. Tagelöhner, katastrophale wirtschaftliche und damit existenzielle Folgen haben.

| Phasen der Verteilung | Hauptziel | Kriterien | Vorrang | Priorisierung |
|-----------------------|--|---|---|--|
| Phase 1 | Reduktion von vorzeitigem Tod | Verhinderung SEYLL | Vorrang für die, die am meisten Lebenszeit verlieren würden, Gleichheit aller Menschen in dieser Hinsicht | Priorität der Staaten, die mehr SEYLL je Impfstoffdosis retten würden |
| Phase 2 | Reduktion von ernstesten wirtschaftlichen und sozialen Schäden | Reduktion absoluter Armut Verhinderung eines fallenden BIP | Vorrang für die Ärmsten der Armen | Priorität der Staaten, die mehr Armut, Verluste beim BIP und Verluste von SEYLL ohne den Impfstoff erleiden würden |
| Phase 3 | Beendigung der Übertragung von Covid-19 | Ranking der Übertragungsraten | Vorrang für die am schlechtesten Gestellten | Priorität für die Staaten, die die höchsten Übertragungsraten haben |

Tabelle 5: Gerechte Verteilung eines Impfstoffs (nach Emanuel et al. (2020))

8.4 Angemessene medizinische Versorgung im deutschen Gesundheitssystem?

Das bundesdeutsche Gesundheitssystem ist dafür bekannt, »im internationalen Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge und eines der quantitativ höchsten Versorgungsniveaus«¹⁵ zu verfügen. Für dieses System sollten nach den Prinzipien der Integrativen Medizinethik ebenfalls die beiden Gerechtigkeitsgrundsätze für eine bestmögliche medizinische Versorgung gelten. Als solidarisches Minimum sind die existenzbedrohenden Risiken gemeinsam zu tragen. Die Entscheidungsfreiheit in der Wahl der Leistungen, die wiederum Transparenz voraussetzt, sollte möglichst weitreichend sein.

¹⁵ Busse et al. (2013), VII. Vgl. auch Steinhauser et al. (2015), 33–71.

8.4.1 Aktuelle Versorgungssituation in Deutschland

Beginnen wir mit den formalen Gegebenheiten. Gesetze im Blick auf das Gesundheitswesen werden in Deutschland in der Regel auf Bundesebene im Rahmen der Gewaltenteilung zwischen Bund und Ländern durch ihre Gesetzgebungskompetenz getroffen und im Sozialgesetzbuch (SGB) V festgesetzt. Dabei wird zwischen privaten Krankenkassen (PKV), die ihre eigene Selbstverwaltung haben, und den gesetzlichen Kassen (GKV) unterschieden. Für letztgenannte gilt:

»Detaillierte Regulierungen und konkrete Umsetzungen obliegen meist den Selbstverwaltungspartnern der Ausgabenträger und Leistungserbringer, deren wichtigstes gemeinsames Beschlussgremium der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist. In der gemeinsamen Selbstverwaltung haben Krankenkassen und GKV-Spitzenverband sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Status von Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie bilden die Selbstverwaltungsstrukturen, die für die Finanzierung und Erbringung von GKV-Leistungen innerhalb des gesetzlichen Rahmens verantwortlich sind.«¹⁶

Die Vergütung der Leistungsbringer ist dabei komplex. Was die ambulante Krankenversorgung angeht, haben GKV-Patienten zwar freie Arztwahl, aber nur dann ein Anrecht auf Kostenerstattung, wenn sie zu Ärztinnen und Ärzten gehen, die eine kassenärztliche Zulassung haben, und wenn sie Leistungen in Anspruch nehmen, die von der Kasse übernommen werden. Privatpatienten dagegen können auch Ärztinnen und Ärzte aufsuchen, die nur privat liquidieren. Der GKV-Patient darf individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zusätzlich zur Kassenbehandlung nachfragen. Die Kasse übernimmt in diesem Fall die Kosten für die Regelbehandlung und der Patient muss lediglich die IGeL bezahlen. Im Bereich des Zahnersatzes sind Höchstbeträge festgelegt, die durch die Kasse getragen werden. Wünscht der Patient eine Versorgung, die über dem zu zahlenden Höchstbetrag der Kassen liegt, muss er nur die Kostendifferenz bezahlen. Je nach Kasse kann es aber auch geschehen, dass bestimmte Behandlungen nicht als Kassenleistung anerkannt werden. In diesem Fall wird privat liquidiert und der Patient muss die Rechnung vollständig übernehmen, z. B. gemäß KZV in Thüringen bei einer Wurzelbehandlungen der an den Zahn 35 angrenzenden Zähne nach distal, also 36, 37, 38, denn es gilt: »Die Wurzelbehandlung ist keine

¹⁶ Ebd., VIII f.

Vertragsleistung, da die Zahnreihe bereits durch den fehlenden Zahn 35 unterbrochen wurde. Somit kein Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe.«¹⁷ Der Privatpatient hat ebenfalls abhängig von den Versicherungsleistungen die Möglichkeit, derartige Leistungen nachzufragen und muss entsprechend seiner Versicherung möglicherweise Eigenleistungen aufbringen.

Im stationären Bereich (Krankenhäuser) gilt eine duale Finanzierung, wonach die Investitionskosten mit Steuermitteln, die laufenden Kosten, nämlich Personal und Sachmittel, über die Beiträge der Kassen bzw. (Zu-)Zahlungen der Patienten bezahlt werden. »Die Finanzierung der laufenden Ausgaben ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen und erfolgt seit 2004 überwiegend über Fallpauschalen«¹⁸, wobei diese innerhalb eines Bundeslandes einen einheitlichen Basisfallwert haben. Die Behandlung von Privatpatienten wird dagegen privat liquidiert.

Anders als bei der GKV ist bei Erstattung innovativer Leistungen bei der PKV keine explizite Genehmigung durch den G-BA nötig. Der Versicherungsumfang wird vertraglich zwischen dem Versicherten und seiner PKV vereinbart und kann nachträglich weder vom Gesetzgeber noch durch das Versicherungsunternehmen selbst reduziert werden. Ausschlaggebend für den Versicherungsumfang ist damit das vom Versicherten gewählte Leistungsvolumen.

Die Vergütung stationärer Leistungen erfolgt in der Regel ebenfalls über das Kostenerstattungsprinzip, wobei auch eine Direktabrechnung der Krankenhäuser mit der PKV möglich ist. Es wird ebenfalls das DRG-System verwendet, sodass die obigen Ausführungen hier genauso zutreffen.

Warum aber gibt es überhaupt diese Differenzierung in GKV und PKV? Das bundesdeutsche Gesundheitswesen ist bis heute von der bismarckschen Sozialversicherungsgesetzgebung des ausgehenden 19. Jahrhunderts geprägt. Insbesondere geht darauf zurück, dass bis heute die Beamten weitgehend nicht in den gesetzlichen Kassen versichert sind, sondern aufgrund der staatlichen Beihilfe veranlasst werden, sich privat zu versichern. Ursprünglich ging es dabei darum, die Arbeiter solidarisch durch entsprechende Kassen und die Beamten durch eine staatliche Beihilfe abzusichern. Die Absicherung der Ar-

¹⁷ Hier zitiert nach www.spitta.de/fileadmin/tt_news/spitta/praxisbriefe/PB0605.pdf, zum Datum 28.09.2020 in Geltung.

¹⁸ Busse et al. 2013, IX.

beiterschaft hat sich hin zu den heutigen gesetzlichen Krankenkassen entwickelt: mit Sachleistungsprinzip, kostenfreier Familienmitversicherung, Beitragsbemessung als Prozentsatz des Arbeitseinkommens, Freiheit in der Wahl der Kasse, Begrenzung der Versicherungspflicht durch die Jahreseinkommensentgeltgrenze, Finanzierung der Leistungen durch das Umlageverfahren und Anknüpfung des Versicherungsstatus an ein Beschäftigungsverhältnis, sofern ein solches besteht.

Die Unterstützung der Beamten folgt bis heute dem Alimentationsprinzip. Das Beamtenverhältnis ist ein besonderes Treueverhältnis. Der Beamte ist eng an seinen Dienstherrn gebunden (z. B. kein Streikrecht). Dafür ist der Dienstherr zur angemessenen Alimentation verpflichtet, die dem Beamten ermöglicht, sich ganz seinem Dienst zu widmen, ohne Angst, finanziell bedürftig zu werden. Deshalb ist auch die Versorgung im Krankheitsfall Teil dieser Alimentation, also ohne eigene Beitragsleistung bis zu einem gewissen Grad (zwischen 50–80 %) und auch nur in einem festgelegten Rahmen, sodass sie ihre darüber hinausgehenden Risiken durch eine private Versicherung abzudecken haben. Allerdings führt diese Regelung dazu, dass Beamtinnen und Beamte mit ihren Angehörigen die Hälfte aller privat versicherten Patienten ausmachen, weil sie sich faktisch deutlich schlechter stellen, wenn sie sich freiwillig gesetzlich versichern, da sie in den meisten Bundesländern bisher 100 Prozent der Kosten tragen müssen, weil sie jeden Beihilfeanspruch verlieren. Erst seit kurzem bieten einige Bundesländer einen Arbeitgeberanteil an und erhöhen damit die Wahlmöglichkeit.

Darüber hinaus dürfen sich diejenigen privat versichern, die über der Jahreseinkommensentgeltgrenze liegen oder selbstständig sind. Diese Bevölkerungsgruppe, die bis 2009 keiner Krankenversicherungspflicht unterlag, muss seitdem, wenn sie in Deutschland ihren Wohnsitz hat, entweder gesetzlich oder privat krankenversichert sein.

In Zahlen bedeutet das: Ende 2018¹⁹ waren 88,09 % der Versicherten gesetzlich und 10,52 % privat versichert. Von den privat Versicherten waren etwa die Hälfte (5,29 %) Beihilfeempfänger. Dazu kamen 1,38 % Sonstige.

¹⁹ Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp, amtliche Statistik zum 01.12.2018, zuletzt eingesehen: 28.09.2020.

»Eine der größten Herausforderungen«, so halten Busse et al. fest, »ist zweifellos die Zweiteilung zwischen GKV und PKV mit ihren unterschiedlichen Risikopools und den Ungleichheiten in Finanzierung, Zugang und Versorgung«. ²⁰ Die Vergütung ambulanter Leistungen erfolgt bei privat Versicherten nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ). Der PKV-Versicherte tritt dabei häufig in Vorleistung und reicht die vom Arzt bzw. der Ärztin an ihn gestellte Rechnung zur Erstattung bei seiner PKV ein (Kostenerstattungsprinzip). Unter Gerechtigkeitsaspekten ist es problematisch, dass hier durch das Kostenerstattungsprinzip für dieselben Leistungen bei privat Versicherten andere Beträge eingefordert werden als bei gesetzlich Versicherten. Dieses in der EU einmalige System stellt eine wesentliche Herausforderung für eine angemessene medizinische Versorgung in Deutschland dar, der wir abschließend im Rahmen von Überlegungen zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens nachgehen wollen. Diese Regelung ist nach keinem der behandelten medizinethischen Ansätze zu rechtfertigen. Sie verletzt nicht nur das Verständnis von Gerechtigkeit als Fairness, sondern auch den Grundgedanken des mit der Menschenwürde verbundenen Selbstbestimmungsrechts und Gleichheitsgebots. Während der Großteil der Bevölkerung keine Wahl hat, sich gesetzlich oder privat zu versichern, hat der reichere Teil, der über der Bemessungsgrenze liegt, die Wahl, sich nicht an der solidarischen Versicherung zu beteiligen. Beamtinnen und Beamte, die aufgrund ihrer Gesundheitsprüfung vor der Verbeamtung gute gesundheitliche Risiken haben, haben einen hohen Anreiz, sich privat zu versichern, wenn sie nicht für weniger Leistung teilweise das Doppelte zahlen müssen. Die relativ gute Kostenabdeckung der Beamtinnen und Beamten ist dabei Teil des oben genannten Alimentationsprinzips: Dafür dass sie sich dem Dienstherrn in besonderer Weise verpflichten, werden sie im Krankheitsfall auch in besonderer Weise von ihm geschützt. Aber faktisch wird ihnen in den meisten Bundesländern praktisch keine Wahl gelassen, es sei denn sie möchten finanzielle Nachteile haben.

Dazu kommt: Dadurch, dass für gleiche Behandlungen, je nachdem, ob jemand privat oder gesetzlich versichert ist, unterschiedliche Preise erlaubt sind, werden auf der Handlungsebene Anreize gesetzt, die hervorragende Ärztinnen und Ärzte verleiten können, nicht die wichtigsten medizinischen Felder zu bedienen, z. B. die Krebstherapie,

²⁰ Busse et al. (2013), XII.

sondern in lukrative Felder abzuwandern, z. B. Radiologie und Schönheitschirurgie. Auch wird der Fehlanreiz befördert, die MRT beispielsweise für nicht wirklich existentiell gefährdete Privatpatienten zu reservieren und deshalb gesetzlich Versicherte auf wichtige Untersuchungen länger warten zu lassen usw. Vor diesem Hintergrund ist selbst aus utilitaristischen Erwägungen, die oftmals zur Verteidigung der beiden Systeme ins Feld geführt werden, weil private Krankenkassen Innovationen ermöglichen würden usw., die Zweiteilung des Systems nicht angemessen.

Auch wenn die Systemfrage wichtig ist, besteht die wohl größte Herausforderung für eine bestmögliche medizinische Versorgung in Deutschland jedoch darin, dass unsere Ressourcen, die wir dem Gesundheitssystem zur Verfügung stellen können, begrenzt sind. Dies hat die Covid-19-Krise allen in einem bisher nicht gekannten Ausmaß vor Augen geführt. Jahrelang gab es nämlich Anreize, Intensivbetten aus Kostengründen einzusparen. In der Krise zeigte sich, wie notwendig Reserven sein können. Die Anreize der Politik zur Teilökonomisierung des Gesundheitswesens hatten ihren wesentlichen Grund darin, die Kosten nicht zu sehr steigen zu lassen. Dies ist ein berechtigtes Anliegen. Das Geld, was im Gesundheitswesen ausgegeben wird, kann beispielsweise nicht in die Bildung investiert werden. Auch dies zeigt die Covid-19-Krise: Die Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit haben große Verwerfungen in anderen Bereichen zur Folge, deren Ausmaß noch nicht abgeschätzt werden kann. Zudem zeigt die Krise selbst in Deutschland, dass Priorisierungen unabdinglich sind. Nicht jeder, der einen Covid-19-Test machen lassen möchte, bekommt eine Möglichkeit dazu. Hier wird beispielsweise nach Dringlichkeit und dem von der entsprechenden Person ausgehenden Ansteckungspotential priorisiert.

Vor diesem Hintergrund ist es von großer Bedeutung, einerseits einen Blick auf die mit der Teilökonomisierung verbundenen Herausforderungen zu werfen und andererseits die Frage der Priorisierung zu behandeln, wenn die Mittel nicht für alle ausreichen.

8.4.2 Herausforderungen der Teilökonomisierung

8.4.2.1 Teilökonomisierung in der Behandlungsbeziehung

Intuitiv würde man erwarten, dass Menschen, die als Ärztinnen und Ärzte oder als Pflegekräfte tätig sind, sich gerade nicht eigeninteressiert, sondern altruistisch verhalten. Ebenfalls sind in Deutschland viele Menschen davon überzeugt, dass im Prinzip jeder Mensch daran interessiert ist, möglichst gesund zu sein. Vor diesem Hintergrund geht man davon aus, dass im Blick auf gesundheitliche Versorgung Gerechtigkeit darin besteht, dass jeder eine gleich gute Behandlung bekommen sollte (gestritten würde dann nur noch, ob es eine an den Bedürfnissen der Patienten oder am objektiv-medizinischen Bedarf orientierte Behandlung sein sollte), unabhängig von seinem gesellschaftlichen Status und seinen finanziellen Möglichkeiten.

Diesen Intuitionen entspricht die Sehnsucht, wir Menschen sollten uns solidarisch, altruistisch und liebevoll verhalten und einander gerecht behandeln, also wichtige Güter fair miteinander teilen. Doch übersehen nicht wenige derjenigen, die auf der Handlungsebene Solidarität, Altruismus und einen liebevollen Umgang einfordern, dass wir uns heute in systemischen Zusammenhängen befinden, in der bei der Regelsetzung darauf zu achten ist, dass nicht Eigeninteresse und gesellschaftliche Erwartungen in einen Konflikt geraten und die Bereitschaft zum Altruismus ausgebeutet wird. In heutigen Gesellschaften ist es also von großer Bedeutung, eine neue Perspektive einzunehmen: Wie kann ich die Regeln in einer Gesellschaft so finden und implementieren, dass wir ein menschendienliches Gesundheitssystem haben, selbst wenn alle Menschen nur eigeninteressiert wären (umso besser dann, wenn sie es nicht sind!)?

Interessanterweise war man sich dessen bereits in der Antike bewusst. So beginnt der Hippokratische Eid nach der Eidesformel nicht damit, dass die angehenden Ärzte alles zum Wohl ihrer Patienten tun und Schaden von ihnen fernhalten sollen. Vielmehr sichert der ärztliche Lehrer als erste Forderung an seine Schüler sein Eigeninteresse ab, indem er von seinen Schülern u. a. verlangt, mit ihm den Lebensunterhalt zu teilen und ihn bei einer Notlage mitzuversorgen.

Wenn Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte auf die Straße gehen, um für sich bessere Löhne und Arbeitsbedingungen, z. B. angemessene Arbeitszeiten, auszuhandeln, ist dies dann zwar eigeninteressiert, aber dennoch völlig in Ordnung. Fachsprachlich gesprochen: Eine ärztliche »Effizienzorientierung« kann durchaus allokatons-

gerecht sein, wenn das Eigeninteresse instrumentalisiert werden kann, etwa wenn die knappe ärztliche Zeit angemessen alloziert wird, statt zu verlangen, unbezahlte Überstunden zu leisten.

Auch wird vor diesem Hintergrund folgendes Beispiel nicht Empörung, sondern Verständnis auslösen.²¹ In Deutschland verdoppelte sich innerhalb eines Jahres (1995 auf 1996) die Zahl der einfachen Vestibularisprüfungen, bei denen überprüft wird, ob jemand in bestimmter Umgebung Schwindelanfälle bekommt, nachdem durch die Erhöhung der Punktzahl die Vergütung deutlich stieg, um dann auf diesem hohen Niveau zu verharren. In genauen Zahlen:

- Bis 1995 konnten für eine vollständige Gleichgewichtsdiagnostik 250 Punkte berechnet werden (12,50 DM), ab 1996 waren 1250 Punkte möglich (62,50 DM).
- Es erfolgte innerhalb nur eines Jahres eine Zunahme der Schwindeldiagnostik (im Fachbegriff: einfache Vestibularisprüfung) um fast 100 % von ca. 60 Fällen je Praxis auf knapp 120 Fällen je Praxis (Bundesland Thüringen).

Es ist im Eigeninteresse der Ärzteschaft, aber auch ihrer Patienten, die eine möglichst große Sicherheit wünschen, möglichst viele Leistungen für sich aus dem System zu erhalten. Darum ist es so wichtig, Regeln so aufzustellen, dass man vom Eigeninteresse der betroffenen Ärztinnen und Ärzte und Patienten ausgeht, nicht einfach davon, dass sie nur das jeweils Nötige tun bzw. einfordern werden.

Allerdings könnte man einwenden: Die Frage aus Sicht der Patienten ist doch, ob die Untersuchung medizinisch sinnvoll ist. Eine nicht sinnvolle Untersuchung ist auch nicht im Eigeninteresse des Patienten. Sicherheit mag ein Argument sein, aber damit allein könnte man alle Untersuchungen rechtfertigen. Man muss ja auch das Komplikationsrisiko, den Zeitaufwand etc. berücksichtigen. Könnte also nicht vor der Erhöhung der Punktezahl (implizit) rationiert worden sein? Selbst wenn man Letzteres unterstellt, erklärt dies nicht die drastische Erhöhung der Fallzahlen, die auch in den folgenden Jahren in dieser Höhe verblieben. Diese lässt sich vielmehr damit er-

²¹ Der damalige Präsident der Thüringer Landesärztekammer und Klinikchef der HNO-Klinik in Jena, Eggert Beleites (1998), hat dies in einer allein schon begrifflich höchst anregenden Weise unter dem Titel »Differentialdiagnose Schwindel« beschrieben.

klären, dass es ein breites Spektrum gibt, was als »sinnvoll« zu gelten hat. Hier tendieren nicht wenige Patienten dazu, möglichst viel Sicherheit zu erhalten. Das zeigt die große Macht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, denn sie können ihre Patienten hier wesentlich beeinflussen.

Der moralische Appell, Ärztinnen und Ärzte sollten nur das Nötige anbieten, Patienten nur das Nötige nachfragen, ignoriert die Anreizsituation, die im Folgenden genauer beschrieben werden soll.²² Aus Sicht der Leistungsanbieter kann eine höhere Punktezahl für die Leistung dazu führen, dass das Angebot dieser Leistung ausgedehnt wird, eben weil ein Anreiz gesetzt wird, auch dann die Diagnostik anzubieten, wenn diese abrechnungstechnisch zulässig, aber nicht wirklich nötig ist. Unter der Annahme, dass das Budget gedeckelt ist, führt die Leistungsausdehnung zu einem fallenden Punktwert. Auf diese Weise resultiert aus individuell rationalem Verhalten der betreffenden Ärztinnen und Ärzte eine nicht intendierte negative Folgewirkung für dieselben: Sie schädigen sich also in gewisser Weise durch die Leistungsausdehnung selbst, da nunmehr die Vergütung für den einzelnen Punkt, also der Punktwert, abfällt. Dabei würden sich alle besser stellen, wenn wirklich nur nötige Schwindeldiagnostiken durchgeführt würden. Spieltheoretisch ist es jedoch eine dominante Strategie, auch unnötige Diagnostiken anzubieten, denn wenn der betreffende Arzt A die Diagnostik anbietet, Ärztin B aber nur die wirklich nötigen, dann bekommt A mehr von dem Budget. Wenn aber B auch unnötig diagnostiziert, so verliert B wenigstens nicht so viel. Allerdings landen damit beide notwendigerweise in der Konstellation, dass sie bei gedeckeltem Budget mittelfristig nicht mehr verdienen als zuvor, aber mehr Arbeit investiert haben. Damit stellen sie sich schlechter, als wenn sie nur nötige Vestibularisprüfungen durchgeführt hätten. Sie werden dann als einen möglichen Ausweg nach gewinnträchtigeren Möglichkeiten suchen.

²² Vereinfachend wird hier methodisch so getan, als ob nur zwei Akteure auf der Anbieterseite im Spiel sind. In Wirklichkeit handelt es sich um sehr viele Akteure, wodurch sich der große kollektive Schaden der Ressourcenverschwendung erklärt. Daumann (2011, 2013) hat ähnliche Strukturen ausführlich für den Bereich der Sportökonomie, insbesondere Gefangenendilemmata beim Doping im Sport beschrieben. Ihm verdanke ich die folgenden mathematischen Ausführungen.

| | | |
|---|--|---|
| | Arzt A führt unnötige Vestibularisprüfung durch | Arzt A führt diese unnötige Prüfung nicht durch |
| Ärztin B führt unnötige Vestibularisprüfung durch | Arzt A und Ärztin B bekommen Leistung bezahlt, aber die Budgetierung stellt sie langfristig nicht besser | Ärztin B verdient mehr |
| Ärztin B führt diese unnötige Prüfung nicht durch | Arzt A verdient mehr | Arzt A und Ärztin B verlieren langfristig kein Geld, aber sparen Zeit |

Table 6: Angebotsseite

Die Auszahlungsmatrix der folgenden Tabelle kann den Sachverhalt verdeutlichen. Gehen wir vereinfachend davon aus, dass zwei Praxen (A und B) existieren und pro Praxis medizinisch sinnvoll 60 Vestibularisprüfungen angeboten werden sollten. Die Kapazitäten ermöglichen aber die Ausdehnung bis auf 120 Prüfungen pro Praxis. Pro Vestibularisprüfung sollen 1250 Punkte vergeben werden. Das gesamte Budget, das für beide zur Verfügung steht, betrage 7.500 €. ²³ Nehmen wir zudem an, dass jedem der beiden pro Prüfung 15 € an Kosten entstehen. Wenn nun beide nur die 60 medizinisch sinnvollen Prüfungen durchführen, beträgt der Punktwert – andere Leistungen sollen hier einfach einmal vernachlässigt werden:

$$PW_{120} = \frac{7.500 \text{ €}}{120 \cdot 1250} = 0,05 \frac{\text{€}}{\text{Punkt}}$$

Damit hat der Arzt bzw. die Ärztin pro erbrachter Vestibularisprüfung einen Gewinn von:

$$g(PW_{120}) = \left(0,05 \frac{\text{€}}{\text{Punkt}} \cdot 1250\right) - 15 \text{ €} = 47,50 \text{ €}$$

Der Gesamtgewinn des Arztes bzw. der Ärztin beträgt bei Erbringung von 60 Prüfungen dann 2.850 €. Dehnt nun Arzt A seine Leistungen auf 120 Prüfungen aus, während Ärztin B bei den medizinisch indizierten 60 Prüfungen bleibt, fällt der Punktwert entsprechen ab:

$$PW_{180} = \frac{7.500 \text{ €}}{180 \cdot 1250} = 0,033 \frac{\text{€}}{\text{Punkt}}$$

²³ Das Fallbeispiel stammt zwar aus der Vor-Euro-Zeit, die Berechnung ist jedoch in Euro, um die grundsätzliche Aktualität des Beispiels zu unterstreichen.

Damit verändert sich auch der Gewinn, den der Arzt pro erbrachter Vestibularisprüfung erzielt:

$$g(PW_{180}) = (0,033 \frac{\text{€}}{\text{Punkt}} * 1250) - 15 \text{ €} = 26,67 \text{ €}$$

Für Arzt A ergibt sich dann ein Gesamtgewinn von

$$G_A(PW_{120}) = 26,67 \text{ €} * 120 = 3200,40 \text{ €}$$

Ärztin B erzielt dann nur noch einen Gewinn von

$$G_B(PW_{120}) = 26,67 \text{ €} * 60 = 1600,20 \text{ €}$$

Umgekehrt ergibt sich dann freilich für Arzt A ein Gewinn von 1600,20 € und für Ärztin B ein Gewinn von 3200,40 €, wenn beide die Rollen vertauschen.

Wenn nun beide nicht nur die medizinisch indizierten Leistungen anbieten, sondern jeweils 120 Prüfungen erbringen, fällt der Punktwert noch weiter:

$$PW_{240} = \frac{7.500 \text{ €}}{240 * 1250} = 0,025 \frac{\text{€}}{\text{Punkt}}$$

Damit ergibt sich ein Gewinn pro erbrachter Vestibularisprüfung von

$$g(PW_{240}) = (0,025 \frac{\text{€}}{\text{Punkt}} * 1250) - 15 \text{ €} = 16,25 \text{ €}$$

Jeder erzielt dann mit seinen Vestibularisprüfungen nur noch einen Gesamtgewinn von

$$G_{A/B}(PW_{240}) = 16,25 \text{ €} * 120 = 1950,00 \text{ €}$$

Damit erhalten wir die folgende Auszahlungsmatrix. Die Werte des Arztes A bzw. der Ärztin B sind dabei in *kursiv* gehalten.

| | Arzt A führt unnötige Vestibularisprüfung durch | Arzt A führt diese unnötige Prüfung nicht durch |
|---|---|---|
| Ärztin B führt unnötige Vestibularisprüfung durch | 1950,00 € | 1600,20 € |
| Ärztin B führt diese unnötige Prüfung nicht durch | 3200,40 € | 2800,50 € |
| | 1950,00 € | 3200,40 € |
| | 1600,20 € | 2800,50 € |

Tabelle 7: Auszahlungsmatrix der Angebotsseite

Anhand der Auszahlungsmatrix wird Folgendes deutlich: Versetzen wir uns einmal in die Lage des Arztes A.

1. Geht er davon aus, dass Ärztin B 60 Prüfungen durchführt, so erhält A, wenn er selbst 60 durchführt, einen Gewinn von 2800,50 €. Wenn A aber die Anzahl auf 120 steigert, erhält er einen Gewinn von 3200,40 €. Es ist also für ihn sinnvoll, in diesem Fall die Anzahl auf 120 zu erhöhen.
2. Geht er davon aus, dass B 120 Prüfungen durchführt, dann erhält er für seine 60 nur noch 1600,20 €. Bietet er allerdings 120 Prüfungen an, dann kann er einen Gewinn von 1950,00 € realisieren. Auch in diesem Fall ist es für A besser, 120 Prüfungen durchzuführen.

Das Gleiche lässt sich nun in unserem einfachen Beispiel für Ärztin B zeigen; auch sie wird – egal was A tut – 120 Prüfungen durchführen. Wir haben es also mit einer suboptimalen Lösung zu tun, da sich beide besserstellen würden, wenn sie jeweils nur die medizinisch indizierten Prüfungen, also jeweils 60 Prüfungen, durchführen würden.

Die Nachfrageseite setzt dem Anreiz des Arztes bzw. der Ärztin, die Leistungen auszudehnen, im Falle eines vollständigen Sachleistungsprinzips keinen Widerstand entgegen, zumal für den Nachfrager die Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen keine zusätzlichen *direkten* Ausgaben nach sich zieht und die Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen vielleicht sogar einen Zusatznutzen vermuten lässt. Häufig ist die Notwendigkeit einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme im Herrscherwissen des behandelnden Arztes bzw. der Ärztin und kann vom Patienten nicht beurteilt werden. Umso leichter ist es dann, den Patienten zu veranlassen, mehr Leistungen nachzufragen.

Lassen Sie uns das ebenfalls anhand einer Auszahlungsmatrix verdeutlichen. Nehmen wir an, der Patient A hat aus der Inanspruchnahme einer beliebigen medizinischen Leistung einen Nutzen im Gegenwartswert von 100 €. Sein Krankenversicherungsbeitrag betrage ebenfalls 100 €. Nun hat er die Möglichkeit, eine zusätzliche Leistung in Anspruch zu nehmen, die ihm aber, da sie medizinisch nicht unbedingt indiziert ist, nur noch einen Nutzen von zusätzlich 50 € bringt. Wenn nun alle anderen Patienten im Krankenversicherungssystem derartige Zusatzleistungen in Anspruch nähmen, dann erhöhte sich

der Krankenversicherungsbeitrag auf 200 €. Damit findet sich der Patient A der folgenden Auszahlungsmatrix gegenüber:

| Andere Patienten | Nimmt nur medizinisch indizierte Leistungen in Anspruch | Nimmt darüber hinaus Leistungen in Anspruch |
|--|--|--|
| <i>Patient A</i> | | |
| <i>Nimmt nur medizinisch indizierte Leistungen in Anspruch</i> | $(100 - 100) = 0$ | $(100 - 200) = -100$ |
| <i>Nimmt darüber hinaus Leistungen in Anspruch</i> | $(150 - 100) = 50$ | $(150 - 200) = -50$ |

Tabelle 8: Auszahlungsmatrix der Nachfrageseite

Was wird nun der Patient A tun? Geht er davon aus, dass alle anderen Patienten sich mit der Inanspruchnahme der medizinisch indizierten Leistungen bescheiden, dann stellt er sich besser, wenn er darüber hinaus noch weitere Leistungen in Anspruch nimmt ($50 > 0$). Wenn er aber davon ausgeht, dass die anderen Patienten ebenfalls zusätzliche Leistungen in Anspruch nehmen (sie sind ja in der gleichen Entscheidungssituation wie er), dann ist es für ihn ebenfalls sinnvoll, zusätzliche Leistungen in Anspruch zu nehmen ($-50 > -100$). Da man davon ausgehen kann, dass sich alle Patienten in einem derartigen Setting so verhalten, wird das Ergebnis sein, dass die Patienten ein verstärktes Leistungsangebot der Ärzte also eher begrüßen und gerne darauf zugreifen, obgleich sich die Patienten insgesamt besser stellen würden, wenn sie nur die medizinisch induzierten Leistungen in Anspruch nähmen ($0 > -50$).²⁴ Zudem kann dies zu einem Verhalten führen, das die Versicherungswirtschaft mit dem Begriff »moral hazard« bezeichnet. Wenn ich weiß, dass meine Versicherung meinen Schaden übernimmt, so bin ich verführt, nicht mehr so genau aufzupassen. Wenn eine medizinische Versorgung kostenlos ist, so besteht die Verführungssituation, nicht so genau darauf zu achten, was

²⁴ Allerdings dürfte es für Patienten deutlich schwieriger sein, einzuschätzen, ob eine Untersuchung nötig ist oder nicht. Gerade in der defensiv ausgerichteten Medizin gibt es verstärkt Anreize, im Übermaß abzusichern. Gigerenzer (2013) beschreibt dieses defensive Verhalten sehr anschaulich am Beispiel der Anreizsituation zur Verwendung von Computertomographien.

die von mir in Anspruch genommenen Leistungen realiter kosten, da ich diese nicht selbst tragen muss.

Die Möglichkeit, derartige Anreizsituationen auf Nachfragerseite durch Praxisgebühren etwas zu reduzieren, ist nicht langfristig verfolgt worden. Dabei hat eine groß angelegte empirische Studie, die so genannte *Rand-Studie*,²⁵ bereits in den achtziger Jahren zu einem hochinteressanten Ergebnis geführt. Bei diesem größten wissenschaftlichen Krankenversicherungsexperiment mit 5.809 Teilnehmern unter 65 Jahren, einer Teilnahmedauer zwischen drei und fünf Jahren in vier Städten und zwei ländlichen Regionen wurde überprüft, inwieweit eine Selbstbeteiligung in Höhe von

- 0 %, 25 %, 50 %, 95 % bei allen Leistungen,
- 95 % außerhalb der Krankenversorgung,
- bei einer haushaltsbezogenen Einkommensgrenze von 5 %, 10 % oder 15 % des jährlichen Einkommens als maximale Selbstbeteiligung

Auswirkungen auf die Nachfrage von Gesundheitsleistungen hat. Das Ergebnis lautete:

| Selbstbeteiligung | Arztbesuche | Krankenhausaufnahmen | ambulante Kosten | Krankenhauskosten | Gesamtkosten |
|-------------------|-------------|----------------------|------------------|-------------------|--------------|
| 0 % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 25 % | 73 | 82 | 76 | 91 | 85 |
| 50 % | 67 | 72 | 66 | 110 | 90 |
| 95 % | 60 | 77 | 60 | 77 | 69 |

Indexwerte, Vollversicherung = 100

Tabelle 9: Nachfrage von Gesundheitsleistungen

Auch wenn man Ergebnisse einer einzigen Studie im Rahmen eines einzigen Gesundheitssystems, dem der USA, nicht einfach verallgemeinern kann, so legt es zumindest nahe, dass bereits eine 25-prozentige Selbstbeteiligung zu einer signifikant geringeren Inanspruchnahme von Behandlungen führen kann. Allerdings zeigen die

²⁵ Vgl. Manning et al. (1987). Ich danke Kollegen Hartmann von der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena, der mir seine Zusammenfassung der Studie zur Verfügung gestellt hat. Vgl. auch Frank (2013), insbesondere 237–239.

Ergebnisse auch, dass bei einer fünfzigprozentigen Eigenbeteiligung eine Neigung besteht, sogar teurere Krankenhausaufenthalte in Anspruch zu nehmen, als dies der Fall gewesen wäre, wenn alle Kosten erstattet worden wären. Bei einer fast vollständigen Eigenbeteiligung wird zudem das Krankenhaus häufiger aufgesucht als im Fall einer fünfzigprozentigen Eigenbeteiligung.

Während man aber den Weg von Selbstbeteiligungen mit wenigen Ausnahmen, z. B. Brillen, Zahnersatz, nicht weiter beschränkt hat, ist man den Weg gegangen, den einzelnen Ärztinnen und Ärzten nur ein bestimmtes Kontingent an Leistungen zuzubilligen. Wer mehr Leistungen erbringt, verdient nichts mehr daran. Als Folge schließen manche Praxen bereits vor Quartalsende und öffnen erst wieder im darauffolgenden, nun wieder »rechnungstauglichen« Quartal. Also scheint auch dieser Weg nicht wirklich zweckdienlich zu sein.

Wie aber könnte dann eine Lösung aussehen, um diese Dilemmastrukturen aufzubrechen, um also dafür zu sorgen, dass das benötigte Produkt im besten Preis-Leistungs-Verhältnis angeboten wird? Wie müsste diese Lösung aussehen, damit sowohl von Anbieterseite (Ärzeschaft) als auch von Nachfragerseite (Patienten) ein Anreiz besteht, von sich aus sparsam mit Gesundheitsleistungen umzugehen? Um diese Fragen zu beantworten, soll in einem ersten Schritt »ex negativo« argumentiert werden, also eine verfehlte Lösungsstrategie beschrieben werden. Diese besteht in einer Teilökonomisierung des Systems.

8.4.2.2 Teilökonomisierung in der Krankenhauspraxis

Ein Beispiel, wie hier Krankenhausleitungen reagieren, zeigt folgender Dialog zwischen kaufmännischem Direktor und einem Klinikdirektor und Chefarzt.²⁶ Der kaufmännische Direktor äußert sich dabei in folgender Weise: »Die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses ist ernst. Bitte steigern Sie den Erlös ihrer Abteilung um 5 %. Leider müssen die Sachmittel um 2 % reduziert werden. Leider müssen im Personalbudget eine Arzt- und zwei Pflegekräftestellen gestrichen werden.« Auf den Protest des Chefarztes reagiert der kaufmännische Direktor mit der Bemerkung: »Sie schaffen das schon. Ach ja: Bei Nichterreichung der Vorgaben muss leider Ihr variabler Gehaltsanteil gekürzt werden.«

²⁶ Ich gebe hier die Erfahrungen eines Klinikdirektors wieder, der nicht näher genannt werden möchte.

Es ist selbstverständlich, dass derartige Forderungen sich nur kurzfristig rechnen können, es sei denn, bisher hätte man die vorhandenen Ressourcen nicht bestmöglich genutzt. Diese Forderungen haben deshalb nichts mit Ökonomisierung zu tun, denn sie sind gerade nicht ökonomisch. Sie führen nicht zum besten Preis-Leistungs-Verhältnis, sondern zu unerwünschten Folgen, u. a. mehr Fehlern, da weniger Personal mehr leisten soll – was nicht geht, wenn das Personal bereits an der Leistungsgrenze gewesen ist. Sie entspringt einem verfehlten Denkansatz. Dass derartige Forderungen aufgestellt werden, verdanken wir einem Diskursversagen und einer verfehlten Regelsetzung.

8.4.2.3 Teilökonomisierung im Umgang mit DRGs

Ein anderes Beispiel zeigt sich im Umgang mit DRGs (diagnosis-related-groups). Dabei werden nicht die real entstandenen Kosten eines Falls abgerechnet, sondern es wird der für die Behandlung im Vorjahr ermittelte Durchschnittsaufwand für die Abrechnung zugrunde gelegt. Damit besteht der Anreiz, den Durchschnittsaufwand möglichst zu unterschreiten, beispielsweise zu vermeiden, dass DRGs zwischen zwei Abteilungen gesplittet werden, um möglichst viel Ertrag zu generieren. Ein klassisches Fallbeispiel, ein Splitting zwischen Chirurgie und Innerer Abteilung zu vermeiden, indem man den Fall später wieder aufnimmt, um mehr abrechnen zu können, sei im Folgenden beschrieben:²⁷

Eine 41-jährige Bäckerei-Fachverkäuferin wird als Notfall mit kolikartigen Oberbauchschmerzen in die Innere Medizin eingeliefert. Nach zweitägiger Diagnostik wird ursächlich ein symptomatisches Gallensteinleiden diagnostiziert. Die Oberbauchkoliken waren durch einen Steinabgang entstanden. Eine konservative Akuttherapie mittels Schmerzmitteln und Spasmolytika verläuft erfolgreich. Die Patientin wird im Anschluss beschwerdefrei konsiliarisch in der Chirurgie vorgestellt. Dabei wird in Übereinstimmung mit den Leitlinien die Indikation zur früh-elektiven, also planbaren Gallenblasenentfernung gestellt. Mit Einverständnis der Patientin wird die sofortige Übernahme und Operation am Folgetag angeboten. Die noch behandelnde Abteilung für Innere Medizin lehnt jedoch ab und schlägt stattdessen vor, die mittlerweile beschwerdefreie Patientin zunächst zu entlassen und in sechs Wochen zur Operation wieder auf-

²⁷ Das Fallbeispiel wird weitgehend wörtlich wiedergegeben nach Rosch (2008).

zunehmen. Nur so vermeide man eine Teilung der DRG-Ziffer zwischen Innerer Medizin und Chirurgie und könne stattdessen den Erlös für beide beteiligten Kliniken maximieren; denn um aus einem Fall zwei Fälle bei gleicher Diagnose zu machen und somit zweimal mittels DRG abrechnen zu können, müssen zwischen den Behandlungsräumen mindestens 30 Tage liegen. Zudem widerspreche dieses Vorgehen auch nicht den medizinischen Leitlinien, die ja nur allgemein und ohne Zeitvorgabe eine früh-elektive Entfernung der Gallenblase empfehlen würden.

Durch die geltenden Rahmenbedingungen besteht ein finanzieller Anreiz, möglichst hohe Einnahmen zu generieren. Ärzte bzw. Krankenhäuser als institutionelle Akteure geraten ins Spannungsverhältnis zwischen medizinischer und ökonomischer »Indikationsstellung«. Unter der Annahme, die Behandlungsqualität des zu behandelnden Patienten dürfe das betriebswirtschaftliche Eigennutzeninteresse eines Krankenhauses oder eines Arztes bzw. der Ärztin nicht beeinträchtigen, zeigt das Fallbeispiel, dass ein Honorierungssystem, das »neutral« wirkt, leider nur in seltenen Fällen dies auch ist. Insofern bleibt aus der gesundheitsökonomischen Theorie das Spannungsfeld zwischen objektiv-medizinisch indizierter Vorgehensweise und ökonomisch indizierter Vorgehensweise in unterschiedlicher Intensität bestehen.

Was die Ärztinnen und Ärzte angeht, widerspricht ein derartiges Aufteilen in zwei DRGs dem traditionellen hippokratischen Berufsethos, wonach die zentrale Aufgabe des Arztes bzw. der Ärztin darin besteht, sich objektiv-medizinisch um das Wohl des Patienten zu kümmern und dabei alles zu tun, um von ihm Schaden abzuwehren (das Prinzip des »nil nocere«), in diesem Fall den Zeitraum zwischen Vorfall und OP nicht unnötig zu strecken und damit das Risiko für die Patientin zu belassen, in diesem Zeitraum erneut eine Oberbauchkolik zu durchleiden. Im konkreten Fall sind rein betriebswirtschaftliche Interessen leitend, die insgesamt – volkswirtschaftlich gesehen – negative Folgen haben, aber dem eigenen Krankenhaus nutzen. Sie haben insgesamt volkswirtschaftlich (ökonomisch) negative Folgen, da das unnötige Aufteilen in zwei DRGs künstlich die Ausgaben im Gesundheitssystem nach oben treibt, also gerade nicht effizient mit vorhandenen Ressourcen umgeht. Im Blick auf die Kostenkalkulation der einzelnen Abteilungen im Krankenhaus dagegen ist das Aufteilen in zwei DRGs die betriebswirtschaftlich (teilökonomisch) gebotene Strategie.

Ein solches Vorgehen dient also nicht der angemessenen medizinischen Versorgung. Es verletzt das Selbstbestimmungsrecht der Patientin, denn der Arzt hätte der Patientin zumindest transparent darlegen müssen, warum die eigentlich schon geplante Operation verschoben wird. Vermutlich wird er sie stattdessen damit vertrösten, dass es in ihrem eigenen Interesse wäre, wenn noch gewartet wird. Wenn man für eine bestmögliche Behandlung neben diesem Autonomieprinzip die weiteren Prinzipien von Beauchamp/Childress zugrunde legt, dann wird hier möglicherweise auch das Nichtschadensprinzip (»principle of non maleficence«) verletzt: Geht man davon aus, dass eine Gallenkolik in den nächsten Wochen möglich ist, so bedeutet das spätere Entfernen ein zusätzliches, wenn auch kontrollierbares Risiko. Damit wird nicht gewährleistet, der Patientin eine möglichst gute Fürsorge und Behandlung zu geben (»principle of beneficence«). Das Gerechtigkeitsprinzip (»principle of justice«) im Sinne von Beauchamp/Childress wird nicht berücksichtigt, weil das Krankenhaus dem System mehr Ressourcen entzieht, als ursprünglich für die Behandlung angemessen wäre.

Fassen wir die Überlegungen zusammen: Gemäß den geltenden Regeln haben sich alle Beteiligten wohl formal korrekt verhalten, denn rechtlich dürfte das Vorgehen nicht verboten sein, auch wenn es medizinethisch nicht einwandfrei ist, der Patientin den eigentlichen Grund der Verschiebung des OP-Termins nicht offenzulegen. Es ist wohl nicht strafbeweht, um den Erlös zu maximieren, die 41-jährige Patientin nach der Beendigung der Kolik nicht sofort zu operieren. Allerdings wird damit der eigentliche Sinn der DRG-Regel aus finanziellen Gründen umgangen und der Patientin ein späterer Termin gegeben, ohne dass sie die wahren Gründe der Verschiebung des Operationstermins erfahren hat. Ihr wird zugemutet, nochmals einige Wochen mit der Befürchtung einer weiteren Kolik und den damit verbundenen Schmerzen leben zu müssen. Vermutlich wird man sie mit dem medizinischen Hinweis beruhigen, dass die Verschiebung medizinisch sinnvoll ist, damit die Entzündung vollständig abklingen kann. Allerdings ließe sich fragen, ob die Patientin dennoch die Möglichkeit hätte, gerichtlich gegen die Klinik bzw. den behandelnden Arzt vorzugehen, wenn sie vor der verschobenen Operation eine erneute Kolik erleiden würde. Nach dem ärztlichen Berufsethos ist nämlich solch eine Entscheidung nicht die bestmögliche, nach den geltenden Regeln aber die derzeit von den Anreizstrukturen her wohl in den meisten derartigen Fällen präferierte Vorgehensweise. Diese

Situation zeigt geradezu typisch auf, wie Fehlanreize ein suboptimales Verhalten hervorrufen. Das betreffende Krankenhaus bzw. seine Abteilungen stellen sich dadurch kurzfristig besser. Langfristig wird sich jedoch eine derartige Strategie nicht auszahlen, weil damit zu rechnen ist, dass alle diesen Trick anwenden, sodass am Ende kein Krankenhaus dadurch Vorteile hat, wenn man davon ausgeht, dass das Budget insgesamt gedeckelt ist. Die Patientin wird schlechter gestellt, weil die sofortige Entfernung der Gallenblase für sie jede Angst vor neuen Komplikationen genommen und ihr den zusätzlichen Aufwand erspart hätte, der sich aus der späteren Behandlung ergibt. Insbesondere wird sie als Person nicht ernst genommen, denn ihr werden die wahren Gründe für die Verschiebung der Operation nicht zur Kenntnis gebracht. Die Ärzte werden schlechter gestellt, weil sie nicht nach medizinischen, sondern betriebswirtschaftlichen Kriterien die Behandlung zeitlich festlegen. In diesem Sinn befördern derzeitige Regeln ein Verhalten, das nicht nur der Integrativen und der Medizinethik von Beauchamp/Childress sowie dem Hippokratischen Eid widerspricht, sondern auch von utilitaristischen Medizinethiken als moralisch verfehlt einzuschätzen wäre.

Die bisherige Praxis zahlt darüber hinaus einen zusätzlichen hohen Preis. Sobald die Bäckerin-Fachverkäuferin nämlich erfährt, dass ihre Operation nicht um ihretwillen verschoben wurde, sondern aus dem Grund, den DRG-Ertrag zu maximieren, wird sie sich betrogen fühlen und Ärztinnen und Ärzten weniger oder nicht mehr vertrauen. Wie soll sie auch beurteilen können, ob eine empfohlene Therapie oder der Einsatz eines Medikaments um ihretwillen empfohlen wird oder aus einer Gewinnerzielungsabsicht des betreffenden Arztes, der betreffenden Ärztin bzw. des betreffenden Krankenhauses? Diese Absicht kann auch dadurch realisiert werden, dass bei den Kosten für Arzneimittel gespart wird. Geradezu paradigmatisch hierfür ist die Debatte um den Einsatz von Biosimilars.

8.4.2.4 Teilökonomisierung durch den Einsatz von Biosimilars

Biosimilars sind Nachahmerpräparate von biotechnologisch erzeugten Arzneimitteln, Biologika genannt, deren Patentschutz ausgelaufen ist. Sie sind ein biologisches Medizinprodukt, das eine Version der aktiven Substanz eines bereits zugelassen biologischen Referenzprodukts enthält. Sie werden nur als solche anerkannt, wenn eine hohe Ähnlichkeit zu dem bereits zugelassenen Originalpräparat im Hinblick auf Qualität, Sicherheit und Effektivität nachgewiesen ist.

Da Biosimilars im Unterschied zu Generika nur Ähnlichkeit versprechen, birgt ihr Einsatz ein mögliches höheres Risiko, da nur für eine Anwendung der Proof of Concept, also die prinzipielle Wirksamkeit des Medikaments, zu leisten ist. Für eine ethische Bewertung spielt darüber hinaus auch eine Rolle, welcher Druck von Seiten der Hersteller der Originalpräparate, aber auch der Hersteller von Biosimilars und derjenigen, die am Einsatz dieser Medikamente aus Kostengründen interessiert sind, wie z. B. Krankenkassen, auf Ärztinnen und Ärzte aufgebaut wird. Biosimilars ermöglichen andererseits jedoch signifikante Kostensenkungen, was ethisch ebenfalls bedeutsam ist. Es handelt sich ethisch um eine klassische Güterabwägung. Dabei sind unterschiedliche Interessen im Spiel, von Ärzteschaft und Patienten, Herstellern von Biologika und Herstellern von Biosimilars, Krankenkassen und Politik.

Die zentrale Frage lautet: Dienen Biosimilars eher dem Ziel einer angemessenen medizinischen Versorgung als die Originalarzneimittel oder eher nicht? Diese Frage wirkt auf den ersten Blick rhetorisch, denn es sollte dasjenige Mittel, dessen Wirkung umfassend geprüft wurde, höherwertiger sein als ein ihm ähnliches Mittel, dessen Proof of Concept nur im wichtigsten Fall geprüft wurde, aber gerade nicht für alle zugelassenen Fälle. Wenn die Gesundheit des Patienten das oberste Anliegen ist, scheint klar zu sein, dass das Originalarzneimittel eine größere Sicherheit verspricht als ein Biosimilar, das im Unterschied zu Generika nur Ähnlichkeit und nicht Gleichheit mit dem Originalprodukt verspricht.

Doch auf den zweiten Blick ist die Entscheidung nicht mehr so einfach, denn die hohen Preise der Originalarzneimittel kosten Ressourcen im Gesundheitswesen, die an anderer Stelle fehlen. Es ist also abzuwägen, ob der Verlust an geprüfter Sicherheit durch den Zusatznutzen aufgewogen wird, Ressourcen für andere medizinische Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben. Wer Ressourcen bei Medikamenten spart, um diese für mehr Ärzte und Pflegekräfte einzusetzen, wird also möglicherweise auf diese Weise seinen Patienten mehr nutzen.

Der Blickwinkel lässt sich aber noch einmal verändern, wenn man auf die beteiligten Interessengruppen schaut: Was die Patienten angeht, so haben diese ein zweifaches Interesse: Einerseits wollen sie die bestmögliche Behandlung, andererseits möchten sie möglichst geringe Versicherungsbeiträge.

Was die Ärzteschaft angeht, so möchte diese ihren Patienten die

bestmögliche Behandlung zur Verfügung stellen. Dazu gehören die besten Medikamente, aber auch hinreichende Zeitbudgets für die Behandlung der Patienten, also genügend Personal. Dies dient auch ihrem eigenen Interesse, da sie damit zufriedenerer Patienten und weniger persönliche Arbeitsbelastung haben dürften. Dieser Wunsch ist jedoch mit der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen konfrontiert. Dazu kommt eine zusätzliche Problematik: So wird auf Ärztinnen und Ärzte in mehrfacher Hinsicht Druck ausgeübt, abhängig freilich davon, welche Stellung die betreffende Person innerhalb des medizinischen Systems einnimmt. Denn neben Ärzteschaft und Patienten sind weitere Interessensgruppen im Spiel.

Diejenigen Pharmafirmen, die die Originalpräparate herstellen, haben ein großes Interesse, die Herstellung von Biosimilars unattraktiv zu machen. Es würde darum nicht verwundern, wenn sie die Risiken von Biosimilars besonders herausstreichen und auf ihnen verbundene Ärzte oder Ärztevereinigungen Einfluss zu nehmen suchen, sich in ihrem Sinn einzusetzen. Andernfalls verderben Biosimilars das Geschäft und mit den teuren Originalarzneimitteln kann nicht mehr der bisherige Gewinn erzielt werden.

Diejenigen Pharmafirmen hingegen, die sich auf die Herstellung von Biosimilars verlegen, haben dagegen hohes Interesse daran, von ihrer Seite Einfluss auszuüben, damit ihre Arzneimittel zur Anwendung kommen. Sie könnten also versuchen, Politik und Krankenkassen davon zu überzeugen, dass das Risiko eines Einsatzes von Biosimilars minimal ist, während dagegen die Einsparpotentiale mitgeholfen werden, Krankenkassenbeiträge stabil zu halten.

Krankenkassen stehen vor diesem Hintergrund ebenfalls vor einer Entscheidung: Wenn sie der Argumentation der Biosimilar-Hersteller folgen, so werden sie jedenfalls anfangs die Kosten für Medikamente senken können. Sollte jedoch der Einsatz der Biosimilars nicht so wirkungsvoll sein wie derjenige der Originalpräparate, so könnte mittelfristig aus der Einsparung ein Verlust werden, denn dann müsste letztendlich vermutlich doch auf das Original gesetzt werden und man hätte zusätzlich noch für Biosimilars Geld ausgegeben. Zudem werden die Patienten möglicherweise unzufrieden mit ihrer Kasse sein und diese verlassen, um zu einer Kasse zu wechseln, die von vornherein auf das Originalpräparat setzt. Sollte allerdings der Patient »teuer« sein, so könnte sogar der Einsatz von Biosimilars strategisch mit der Absicht verbunden sein, diese Patienten zu einem Wechsel in andere Kassen zu bewegen. Auf dieser Ebene kommt der

Wettbewerbsgedanke unter den Krankenkassen ins Spiel: Die Kassen, die auf Biosimilars setzen, können Kosten sparen und sind aufgrund günstigerer Mitgliedsbeiträge attraktiv für neue, gesunde Mitglieder, die deshalb sehr zufrieden sind, wenn Biosimilars eingesetzt werden, da sie selbst die Medikamente nicht benötigen. Dies wären zumindest nachvollziehbare Anreize, warum erste Kassen in ihren Verträgen mit kassenärztlichen Vereinigungen verlangen, dass diese beispielsweise statt des Originalmedikaments Infliximab bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen jetzt das IFX-Biosimilar zur Anwendung kommen lassen sollen.

Die folgende Übersicht kann die Situation im Blick auf die wichtigsten Interessen der Betroffenen verdeutlichen.

| | Einsatz von Originalpräparaten | Einsatz von Biosimilars |
|--|--|---|
| Ärzteschaft | Bestmögliche medikamentöse Behandlung | Einsparung von Ressourcen, die für andere Behandlungsformen verwendet werden können |
| Patienten | Aktuell bestmögliche medikamentöse Behandlung | Möglichst günstige Krankenkassenbeiträge |
| Gesunde | Prospektiv bestmögliche medikamentöse Behandlung | Möglichst günstige Krankenkassenbeiträge |
| Krankenkassen | Zufriedene erkrankte Patienten | Kosteneinsparungen, direkt durch Biosimilars, indirekt durch Wechsel »teurer« Mitglieder (z. B. chronisch kranker Darmpatienten) in andere Kassen |
| Politik | Zufriedene erkrankte Patienten | Mehrheitlich zufriedene gesunde Mitglieder der Krankenkassen |
| Hersteller von Originalpräparaten | Gewinnmaximierung | Anreiz, Originalpräparate günstiger anzubieten |
| Hersteller von Biosimilars | Kein Geschäft | Gewinnmaximierung |

Tabelle 10: Interessen der Stakeholder

Das Gesundheitssystem ist so verwoben mit ökonomischen Zusammenhängen, dass es unsinnig wäre, zu meinen, man könne dieses System von wirtschaftlichen Überlegungen fernhalten. Vielmehr geht es darum zu begreifen, dass auch dieses System nur ein Subsystem des politischen Gesamtsystems ist. Dieses Gesamtsystem muss im Regelfindungsdiskurs dafür sorgen, dass eine bestmögliche medizinische Versorgung realisiert wird. Ob dies durch den Einsatz von Biosimilars geschieht, ist zumindest fraglich.

8.4.2.5 Fazit

Die Fallbeispiele legen zumindest nahe: Nicht Effizienzkriterien sind das Problem, sondern die ordnungsethisch suboptimale Regelung. Eine Lösung der Problematik scheint – zumindest in vielen Fällen – nicht auf der Handlungsebene der beteiligten Personen und Institutionen zu liegen, sondern in einer Änderung auf der Regelebene. Wer nämlich davon ausgeht, dass die Lösung auf der Handlungsebene liegt, verlangt bei derzeit geltenden Regelungen, dass Abteilungen in Krankenhäusern systematisch gegen das eigene betriebswirtschaftliche Interesse verstoßen.

Zudem lassen diese Fallbeispiele erkennen, wie problematisch neue Regelungen sein können, denn gerade die DRGs verdanken sich einer Regeländerung. Diese Regeländerung funktioniert nur bedingt, weil ein System wie das Gesundheitswesen nicht hinreichend menschendienlich funktionieren kann, wenn man Teilelemente ökonomisiert, aber gerade nicht das Gemeinwohl als Ganzes in den Blick nimmt. Außerdem bringt man die im Gesundheitssystem Beschäftigten in eine moralische Zwickmühle. Entweder schädigen sie sich selbst – man denke an den Chefarzt, wenn dieser die Vorgaben nicht erfüllt, bzw. die Abteilungen, wenn sie keine Aufteilung in zwei DRGs statt eines Splittens des DRG vornehmen – oder sie behandeln die Patienten nicht optimal, denn logischerweise kann mit weniger Personal wie im Fallbeispiel des Chefarztes auf Dauer nicht die gleiche Leistung für Patienten erzielt werden, es sei denn, man hätte zuvor nicht effizient gearbeitet. Dies zeigt ein Versagen bei der bisherigen Regelsetzung an.²⁸

Wie aber kommt es zu suboptimalen Regelungen? Regelungen entstehen aus einer Fülle von Verhandlungen, aber auch durch me-

²⁸ Vgl. dazu Pies, I. (2014). Seine Überlegungen lassen sich auch für die Frage nach einer Regelsetzung im Blick auf das Gesundheitswesen weiterdenken.

diale Veröffentlichungen, den Einfluss von Lobbyverbänden usw. Moralische Ideale der an diesem Regelsetzungsdiskurs beteiligten Organisationen, z. B. Ärzteverbände, Patientenvertreter, Pharmafirmen, Krankenkassen, Medien usw., spielen dabei ebenso eine große Rolle wie deren je spezifische Interessen, die zwischen gesetzlichen Kassen und rein privaten Kassen ebenfalls ganz unterschiedlich sein können. Gerade in den Medien werden Einzelschicksale oftmals dramatisch in den Mittelpunkt gerückt, Behandlungsfehler skandalisiert, aber zugleich wird wenig Gespür für systemisches Denken sichtbar. Dadurch kann es leicht geschehen, dass ihr Einfluss auf den Regelsetzungsprozess, also die politischen Entscheider, bewirkt, dass Regeln gesetzt werden, die das Gegenteil von dem bewirken, was sie eigentlich sollten. Auf der Handlungsebene wird dann ein derartiges Verhalten skandalisiert. Auch der vorausgehende Abschnitt hat gezeigt, dass das beschriebene Verhindern eines DRG-Splittings zwischen zwei Abteilungen durch die Aufteilung in zwei Fälle im Widerspruch zu den hier behandelten medizinethischen Ansätzen steht. Doch Schuldzuweisungen an die so Handelnden, seien sie aus der Ärzteschaft, seien sie Pflegekräfte, seien sie kaufmännische Direktoren, greifen zu kurz. Warum sollten sie sich gegen ihr Eigeninteresse verhalten, nur weil gesellschaftlich gefordert wird, dass man sich selbst schädigt, um dem Gemeininteresse zu dienen? Wird hier nicht beim Schuldzuweisen ein moralistischer Fehlschluss begangen? Selbst wenn man nicht so weit gehen möchte, weil jeder einzelne Akteur immer noch seine eigene moralische Verantwortung behält, so wird man doch einräumen müssen, dass das eigentliche Versagen auf der Ebene des Regelfindungs- und Regelsetzungsdiskurses und den daraus folgenden Regelungen liegt. Wer nämlich Regelungen so setzt, dass der einzelne Akteur systematisch gegen eigenes Interesse verstoßen muss, überfordert diesen.

Auf der Ebene des Regeldiskurses findet sich in der öffentlichen Debatte zudem ein weiterer Fehlschluss, in diesem Fall ein »normativistischer Fehlschluss«.²⁹ Dieser Fehlschluss liegt vor, wenn in der Öffentlichkeit im Gerechtigkeitsdiskurs Normen propagiert werden, die systemischen Anreizen nicht Rechnung tragen. Dies führt dazu, dass Leistungen im Gesundheitswesen eingefordert werden, ohne zu berücksichtigen, welche Fehlanreize dadurch entstehen.

²⁹ Ebd., 15.

8.4.3 Lösungsangebote für die medizinische Versorgung in Deutschland

Im Rückblick ist die bisherige gesundheitspolitische Gesetzgebung durch zahlreiche und wechselvolle symptombezogene Maßnahmen gekennzeichnet, die die Kernprobleme nicht nachhaltig lösen konnten und eine Interventionsspirale nach sich zogen, die bis heute anhält. Deshalb wären grundlegendere Änderungen wünschenswert.

8.4.3.1 Änderung der bisherigen Differenzierung in GKV und PKV

Die bisherige Zweiteilung der Systeme in GKV und PKV hat geschichtliche Wurzeln, die längst überholt sind. Es ist schwer nachzuvollziehen, warum gleiche medizinische Leistungen unterschiedlich bezahlt werden und indirekt über die Beihilfestruktur die privaten Krankenversicherungen gestärkt werden. Die Überlegung, mithilfe der Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten zu geringe Erlöse bei gesetzlich Versicherten auszugleichen, belegt nur umso deutlicher, dass hier systemisch etwas falsch läuft: Eine Leistung hat angemessen honoriert zu werden, unabhängig von einer bestimmten Versicherungsstruktur. Sie setzt heute Fehlanreize. Das System sollte deshalb gemäß den Gerechtigkeitsgrundsätzen umgestaltet werden.

8.4.3.2 Verbesserungen bezüglich der Solidarität

Gemäß Grundsatz 1 sollte die medizinische Grundversorgung für alle – zunächst national – auf gleichem Standard sein, sodass in Deutschland alle mit der Grundversorgung solidarisch versichert wären. Das Solidarprinzip sollte also vollumfänglich gelten.

Dabei könnte es weiterhin mehrere gesetzliche Kassen bzw. Ersatzkassen geben, um eine gewisse Wettbewerbsstruktur zu wahren. Die existenzbedrohenden Risiken könnten analog zum Katalog der Kassenärztlichen Vereinigung EBM für Behandlungen im Allgemeinen festgelegt und in angemessenen Abständen aktualisiert werden. Eine Hilfe zur Erstellung eines derartigen Katalogs ließe sich aus Empfehlungen ablesen, die in Schweden und auch in Deutschland im Blick auf Fragen von Rationierung und Priorisierung entworfen wurden.

Der schwedische Kommissionsbericht aus dem Jahr 1995³⁰ geht

³⁰ Vgl. Swedish Parliamentary Priorities Commission (1995).

wie die Integrative Medizinethik von der Menschenwürde aus, das durch die Prinzipien von Bedarf (need) und Solidarität ergänzt wird: Diejenigen Patienten, die den größten Bedarf haben, sind vorrangig zu behandeln. Dabei sind vulnerable Personen besonders zu berücksichtigen. Erst an dritter Stelle wird auch das Kriterium der Kosteneffizienz benannt. Es geht um ein vernünftiges Verhältnis zwischen den aufgewendeten Kosten und den damit verbundenen Wirkungen, d. h. eine Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. eine Verbesserung der Lebensqualität, wobei ein Streitpunkt darin besteht, dieses vernünftige Verhältnis zu bestimmen. Dieses Prinzip sollte nur im Rahmen der vertikalen Priorisierung zur Anwendung kommen, also bezüglich einer Krankheit, da die Wirkungen bei unterschiedlichen Krankheiten nicht sinnvoll miteinander verglichen werden könnten. Allerdings wird klargemacht, dass lebensbedrohliche Krankheiten prioritär gegenüber allen übrigen Erkrankungen sind.

Auch die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) hat in ihrer Stellungnahme 2007 »Kriterien der Prioritätensetzung« Empfehlungen ausgesprochen.³¹ Dabei werden die drei »schwedischen« Prinzipien praktisch wortgleich als inhaltliche Kriterien für eine gerechte Priorisierung zugrunde gelegt. Ihnen werden formale Kriterien an die Seite gestellt: Transparenz, nachvollziehbare Begründung, Evidenzbasierung, Konsistenz, also Ernstnehmen des Gleichheitsgebots, Festlegung von Priorisierungsentscheidungen und deren Regulierungen durch legitimierte Institutionen, Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten, wirksamer Rechtsschutz für Patienten, denen Leistungen verwehrt werden. Vor diesem Hintergrund entwickelt die ZEKO ein Stufenmodell einer zulässigen Priorisierung: An erster Stelle stünden der Lebensschutz, der Schutz vor schwerem Leid und schweren Schmerzen. Hier sei eine Priorisierung nicht mehr sinnvoll. Auf der zweiten Stufe gehe es um den Schutz vor dem Ausfall bzw. der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen. Auch hier fordert die ZEKO die vorrangige Verwendung von Mitteln selbst bei Ressourcenknappheit. In beiden Fällen gelte strikt das Gleichheits- und damit verbunden das Nicht-Diskriminierungsgebot. Eine Rationierung ist auf diesen beiden Stufen ausgeschlossen. Es sind also diese Erkrankungen, für die das Solidarprinzip ausnahmslos gelten sollte.

³¹ Vgl. ZEKO (2007).

Für derartige Erkrankungen ist eine Versicherung also verpflichtend, da angenommen werden darf, dass es im Interesse aller Betroffenen ist, gegen existenzbedrohende Erkrankungen versichert zu sein. Der Freiheitsgrundsatz wird also trotz dieser Verpflichtung gewahrt.

Die Beiträge für diese Kasse sollten einkommensabhängig bis zu einer Jahreseinkommensentgeltgrenze erhoben werden. Wenn es keine Deckelung gibt und auch sehr hohe Einkommen vollständig zur Beitragsberechnung herangezogen werden, kann es passieren, dass dadurch Monatsbeiträge sogar in Millionenhöhe entstehen. Dies würde sicherlich berechtigterweise als unangemessen gelten. Wo genau jedoch die gerechte Grenze für den Einbezug des Einkommens und die sich daraus ergebenden Beiträge liegt, muss gesellschaftlich verhandelt werden. Die bisherige Beihilfe für Beamte würde analog zum jetzigen GKV-System in einen Arbeitgeberanteil umzuwandeln sein. Die Honorare für die Behandelnden sind damit nicht mehr wie im bisherigen System unterschiedlich, sondern für die gleiche Leistung erhalten sie denselben Satz.

Ziel müsste es sein, die Grundversorgung in ihren Leistungen auf wirklich bedrohliche Erkrankungen (für das Leben bzw. bezüglich finanzieller Risiken) zu beschränken. Die unnötige und die Privatkrankenkassen indirekt unterstützende besondere Behandlung von Beamten ist also ebenso abzuschaffen wie ein paralleles System von Privatversicherungen für besonders einkommensstarke Personen.

Es wäre Aufgabe des Gesetzgebers, in enger Verbindung zu der gesetzlichen Kasse und den Betroffenen darauf hinzuwirken, dass Fehlanreize für die Behandlung oder Prävention von existenzbedrohenden Erkrankungen vermieden werden.

8.4.3.3 Freiheit in Verbindung mit Solidarität und Subsidiarität

Dagegen könnten privat zusätzliche Leistungen versichert werden. Für diese Wahlleistungen sollte das Freiheitsprinzip gelten. Wer möchte, schließt privat eine Zusatzversicherung für diejenigen Leistungen medizinischer Versorgung ab, die er für sich für wünschenswert hält. Diese Zusatzversicherung könnte nach dem klassischen Versicherungsprinzip einer Risikoversicherung funktionieren.

Damit aber für ökonomisch oder »gesundheitlich« Schwache eine Chancengleichheit herrscht, sollte aus Steuermitteln ein Versicherungsgeld in Analogie zum Wohngeld solidarisch denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die sich sonst keine derartige Zusatzversicherung leisten könnten.

»Als Illustration mag folgendes Beispiel dienen: Für ein multimorbides Kind müsste eine aktuarische Jahresprämie von € 67.000 pro Jahr gezahlt werden. Unter Berücksichtigung eines Eigenanteils von 10 % bei einem Einkommen von € 40.000 pro Jahr hätte die Familie € 4.000 selbst zu tragen. Der Versicherungsbeitrag, der diesen Eigenanteil übersteigt, würde in Form des Versicherungsgeldes als Subjektförderung (€ 63.000 pro Jahr) gewährt.«³²

Diese Struktur würde auch aufgrund des Eigenanteils mithelfen, das bereits thematisierte Problem des »moral hazard« zu entschärfen. Es ist im Interesse der Betroffenen, nur diejenigen Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen, die sie benötigen, und zudem auf ihre Gesundheit zu achten, da die medizinische Versorgung nicht zum Nulltarif zu haben ist.

Der Haupteinwand gegen eine derartige Lösung: »Was nützt Transparenz, wenn ohne Zusatzversicherung nicht die bestmögliche Behandlung gewährt wird«, verliert im Rahmen einer solchen Lösung sein Gewicht, denn jeder hat prinzipiell die Möglichkeit, eine derartige Zusatzversicherung abzuschließen. Es besteht also Chancengleichheit auf die bestmögliche Behandlung.³³

Die Alternative, alle bekommen nicht nur die Grundsicherung, sondern eine gesundheitliche Versorgung, die die Wahlleistungen einschließt, aber diejenigen mit hohen Einkommen zahlen den Gesamtbetrag selbst, diejenigen mit höheren Einkommen je nach Höhe anteilig, die übrigen bekommen ihn »solidarisch« aus Steuern oder der Summe der Versicherungsbeträge, scheint auf den ersten Blick sehr attraktiv zu sein. Man muss sich nicht den Kopf zerbrechen und streiten, was denn zur »Grundversorgung« zählen soll. Diese Alternative berücksichtigt jedoch nicht, dass das Modell gerade für diejenigen, die nicht zuzahlen müssen, einen hohen Anreiz hat, das System auszubeuten. Die Lösung berücksichtigt nämlich nicht den moral hazard, der allen Vollkaskoversicherungen innewohnt, die keinen Eigenanteil haben.

³² Oberender/Zerth (2003), 40 f. Auch wenn Oberender/Zerth dieses Beispiel im Blick auf eine Vollversicherung entworfen haben, passt es ebenfalls sehr gut für das von uns angedachte Modell der privaten Zusatzversicherung.

³³ Was das andere Fallbeispiel der Bäckerreiverkäuferin angeht, sollte dagegen das DRG-System grundsätzlich überarbeitet werden, um gar nicht erst die genannte Anreizsituation entstehen zu lassen.

8.4.3.4 Pflichten in Verbindung mit Solidarität und Subsidiarität

Moral hazard ist ein wesentliches Problem, da hier Einzelne das Gesundheitswesen ausnutzen können. Bereits bei der Behandlung des bedürfnisorientierten und des meritokratischen Gerechtigkeitsverständnisses hatte sich jedoch gezeigt, wie schwierig es einerseits ist, Patientenwünsche einzugrenzen, und andererseits, einen riskanten Lebensstil zu sanktionieren. Dennoch gibt es bereits heute Formen, Bürgerinnen und Bürger in die Pflicht zu nehmen, damit die Solidarität nicht ausgebeutet wird. Die Tabaksteuer in Verbindung mit Aufklärungsmaßnahmen, höhere Versicherungsbeiträge für Raucher bei Lebensversicherungen und das Rauchverbot, beispielsweise in Gaststätten, sorgen indirekt dafür, dass die Zahl der Raucher zurückgeht und damit Leistungen im Gesundheitswesen aufgrund von Erkrankungen, die durch das Rauchen bewirkt werden, nicht mehr nötig sind.

Die Impfpflicht für Masern als Voraussetzung für einen Kita-besuch sorgt dafür, dass diese bedrohliche Erkrankung sich nicht ausbreitet, die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass es zu einer Herdenimmunität kommt, und auf diese Weise auch die Ressourcen im Gesundheitswesen geschont werden. Impfen schützt nicht nur die geimpfte Person, sondern verhindert auch die Ansteckung. Die Pockenschutzimpfung war sogar für alle über Jahrzehnte verpflichtend, wodurch diese oft tödlich verlaufende Erkrankung heute als ausgerottet gilt. Wer sich einer Impfung verweigert, die über lange Zeiträume erprobt wurde und so nur noch ein minimales Risiko hat, riskiert damit nicht nur seine eigene Gesundheit, sondern beutet, falls die Person erkrankt, auch die Solidarität der anderen aus, weil er für die Behandlung einer vermeidbaren Erkrankung Ressourcen des Gesundheitswesens verbraucht. Zudem gefährdet er beispielsweise Kleinkinder, die noch keinen Impfschutz haben.

Was die Impfpflicht angeht, so ist die lange Zeit verpflichtende Pockenschutzimpfung ein Beleg dafür, dass auch rechtlich in Deutschland eine derartige Pflicht mit dem Grundgesetz und seinen Normen vereinbar ist. Dies galt und gilt auch für andere Pflichten. Menschen müssen sich an Quarantänevorschriften halten. Sogar Röntgenuntersuchungen können vorgeschrieben werden, wenn diese Maßnahme mit guten Gründen, z. B. um eine Tuberkuloseansteckung zu identifizieren, angeordnet wird.

Trotzdem könnte man fragen: Instrumentalisiert ein solcher Zwang nicht den Betroffenen in einer Weise, dass seine Würde ver-

letzt wird? Bereits in seinem Grundgesetzkommentar hat Dürig in den Fünfzigerjahren zu dieser Problematik Stellung genommen:

»Selbst wenn man also – an sich völlig abwegig – im Menschen nur das reine Subjekt der Logik sieht, das in rein äußeren, sozialetisch ganz indifferenten Beziehungen zu ebenso beschaffenen Subjekten steht, hat die dem Staat nach Art. 1 I Satz 2 obliegende Schutzverpflichtung bewirkt, dass den einzelnen Angehörigen dieses schutzverpflichteten Verbandes mindestens insoweit von vornherein auch *Pflichten* treffen, wie ohne ihre Erfüllung die staatliche Schutzpflicht nach Art. 1 I Satz 2 nicht realisierbar ist. Bereits in Art. 1 I wird also der Mensch auch als Pflichtsubjekt vorausgesetzt und davon ausgegangen, dass durch die Erfüllung gesetzlicher Pflichten der Mensch als solcher *keine Einbuße in dem ihm zukommenden Wert- und Achtungsanspruch* erleidet, wenn dadurch der Staat *überhaupt erst in die Lage versetzt* wird, die menschliche Würde zu schützen. So hat etwa der BayrVerfGH zutreffend entschieden, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Röntgenreihenuntersuchung die Menschenwürde nicht antastet.«³⁴

Im Ergebnis hält er fest – und dies ist bis heute die herrschende Meinung –, dass von uns bestimmte Pflichten abverlangt werden können. Aber, und das ist hierbei entscheidend, diese unsere Pflichten sind nicht Pflichten aufgrund unserer eigenen Menschenwürde, sondern Pflichten zum Schutz und Wohl der Menschenwürde anderer:

»Eine Verfassung, welche die Würde des Menschen in den Mittelpunkt des Wertsystems stellt, kann bei der Ordnung zwischenmenschlicher Beziehungen grundsätzlich niemandem Rechte an der Person eines anderen einräumen, die nicht zugleich pflichtgebunden sind und die Menschenwürde des anderen respektieren.«³⁵

Dass eine Impfpflicht in bestimmten Fällen das Selbstbestimmungsrecht nicht unrechtmäßig einschränkt, entspricht dem medizinethischen Ansatz der Integrativen Medizinethik. Auch hier wird die Menschenwürde in der Weise verstanden, dass sich aus ihr Verpflichtungen gegenüber anderen Personen ergeben. Dazu gehört der Lebensschutz der anderen. Die Maßnahmen in der Covid-19-Pandemie haben gezeigt, wie weitreichend der Staat sogar Grundrechte einschränken und wirtschaftliche Existenzen gefährden und vernichten darf, wenn es um den Lebensschutz geht. Eine Impfpflicht kann darum dann gerechtfertigt werden, wenn das Risiko eines Impfschadens

³⁴ Vgl. Dürig (1958), 24 f.

³⁵ BVerfGE 24, 119 (144).

sehr gering ist, während der Nutzen der Impfung für die Personen selbst, aber auch andere sehr hoch eingeschätzt wird.³⁶

Für eine Akzeptanz von Impfpflichtmaßnahmen haben sich fünf Kriterien bewährt, die im sogenannten »5C-Modell« auf den Begriff gebracht werden und »wesentliche Gründe individueller Impfentscheidungen zu benennen beanspruchen:

1. Confidence (Vertrauen),
2. Compacency (Risikowahrnehmung),
3. Constraints (Barrieren in der Ausführung),
4. Calculation (Ausmaß der Informationssuche),
5. Collective Responsibility (Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft).«³⁷

Während also eine Impfpflicht im Einzelfall (Pocken) und andere Maßnahmen verpflichtend sein können, so ist es im Blick auf eine mögliche Impfung gegen Covid-19 bisher nicht angemessen, diese einzufordern. Dazu wäre der Impfstoff noch zu neu, um seine langfristigen Folgen für die Geimpften einschätzen zu können.

Dies belegt, wie schwierig es sein kann, Pflichten zu bestimmen, damit Solidarität nicht ausgebeutet und die Selbstverantwortung gestärkt wird. Je weniger dies jedoch gelingt, umso mehr Ressourcen werden im Gesundheitswesen verbraucht. Dann stößt ein solches System an seine Grenzen. Freilich können auch andere Gründe dafür entscheidend sein, wie die Covid-19-Pandemie nachdrücklich zeigt.

8.4.3.5 Notwendigkeit von expliziter Priorisierung statt impliziter Rationierung

Was geschieht, wenn die Ressourcen im Gesundheitswesen an ihre Grenzen stoßen und darum nicht alle, die eine existenzbedrohende

³⁶ Vgl. Deutscher Ethikrat (2019b), 16: Ob eine Impfung öffentlich empfohlen wird, hängt davon ab, ob sie im Lichte der epidemiologischen Daten für notwendig und sicher erachtet wird. Hierzu gibt die beim Robert Koch-Institut eingerichtete Ständige Impfkommission (STIKO) Empfehlungen (§20 Abs. 2 Satz 1, 3 IfSG) heraus, auf deren Grundlagen die obersten Landesgesundheitsbehörden öffentliche Impfempfehlungen aussprechen sollen (§20 Abs. 3 IfSG).

³⁷ Ebd., 29 (hier etwas übersichtlicher gestaltet). Der Ethikrat greift hierbei auf aktuelle Studien zurück, deren Übersetzung der Begriffe er übernimmt. Vgl. Betsch et al. (2019), 400.

Erkrankung wie Covid-19 haben, angemessen (nach objektiv-medizinischen Kriterien) behandelt werden können?

Eine Priorisierung kann vertikal sein, also Behandlungsregimes für Krankheiten einer Gruppe gegenüber anderen Behandlungsregimes vorziehen, oder sie kann horizontal sein, also die Behandlungen bestimmter Krankheiten gegenüber anderen Krankheiten priorisieren. Das bekannteste Beispiel für eine derartige horizontale Priorisierung geschah Ende der 80er Jahre in Oregon. Diese war höchst kontrovers: So sollte in der ersten ausgearbeiteten Priorisierungsliste der Staat mit seinem Medicaid-Programm zwar für Zahnbehandlungen aufkommen, aber nicht für Blinddarmoperationen.³⁸

Die steigenden Kosten in der Krebstherapie haben bereits vor mehr als zehn Jahren den damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer dazu gebracht, eine Priorisierung in der Onkologie in Deutschland anzumahnen: »Die Schere zwischen dem, was wir leisten können, und dem, was wir bezahlen können, klafft immer weiter auseinander. [...] Im derzeitigen System sehe ich nur einen Weg aus der Rationierung, nämlich die Diskussion um die Priorisierung.«³⁹

Wie vorausschauend Hoppe mit seiner Aussage war, wurde wenige Jahre später jedem klar, als das Medikament Sovaldi der Firma Gilead Sciences zur Therapie von Hepatitis C auf den Markt kam. Es kostete pro Fall etwa 60.000 €.

Doch wem selbst diese Kosten noch nicht die Augen geöffnet haben, dass unsere Ressourcen im Gesundheitswesen begrenzt und eine angemessene medizinische Versorgung nicht mehr die evidenzbasiert beste Therapie impliziert, dem hat spätestens die Covid-19-Krise vor Augen geführt, was es bedeutet, wenn nicht hinreichend Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Tränen italienischer und spanischer Ärzte, die Menschen ersticken lassen mussten, weil keine Beatmungsmaschinen mehr verfügbar waren, gingen um die Welt. In Deutschland war die Begrenztheit des Systems indirekt spürbar. Das wirtschaftliche Leben musste zurückgefahren, Schulen geschlossen werden usw., damit die knappen Ressourcen des Systems nicht überfordert gewesen wären.

³⁸ Vgl. Perry/Hotze (2011).

³⁹ Hier zitiert nach: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-der-vorjahre/113-daet-2010-in-dresden/eroeffnungsrede-prof-dr-hoppe/>, zuletzt eingesehen: 26.04.2020.

Diese Beispiele genügen, um zu zeigen, warum möglichst nicht auf der Handlungsebene entschieden werden sollte, wem knappe Ressourcen zukommen sollen. Nicht dem einzelnen Arzt oder Klinikdirektor sollte die Entscheidung zur Priorisierung zugemutet werden, sondern diese ist in der Rahmenordnung zu verorten, die auf Richtlinien oder gesetzlichen Vorgaben beruht.

Wie aber ist dann zu priorisieren? In der Transplantationsmedizin geschieht dies über festgelegte Algorithmen. In der Covid-19-Krise haben viele Ethikräte ihre Vorschläge gegeben. Übereinstimmend teilte man den Rechtsgrundsatz, dass niemand gegen seinen Willen von einer Atemmaschine oder aus der Intensivabteilung verlegt werden sollte, solange noch Hoffnung auf einen Behandlungserfolg bestand. Die Konsequenzen haben die Fallbeispiele im ersten Kapitel sichtbar werden lassen.

Eine Rationierung als Zuteilung eines knappen Guts an einige, obwohl andere genauso berechtigt wären, verletzt fundamental das Gleichheitsgebot im Blick auf eine die Existenz des Betroffenen bedrohende Erkrankung. Doch in der konkreten Triage-Situation der Covid-19-Krise hilft dieses Gleichheitsgebot nicht weiter, wenn die Atemgeräte ausgehen. Auch zeigt die Verlosungslösung des knappen Medikaments Zolgensma, dass der Wunsch nach gleicher Behandlung nicht immer für alle Betroffenen befriedigt werden kann. Auch hier zeigt sich einerseits die Bedeutung einer angemessenen Vorsorge und andererseits die Akzeptanz, dass kein Gesundheitswesen allen im Prinzip berechtigten Ansprüchen gerecht werden kann.

Während derartige Fälle öffentlichkeitswirksam diskutiert werden, bleiben die vielen »stillen« Maßnahmen praktisch unbemerkt, die in Deutschland an der Tagesordnung sind. Es kommt immer wieder vor, dass eine Magenspiegelung trotz Blut im Stuhl erst nach Wochen durchgeführt wird, obwohl durch eine zeitnähere Spiegelung ein maligner Magentumor frühzeitiger entdeckt werden könnte. Wäre dies der Fall, dann würde die derzeitige implizite Rationierung mithilfe von teilweise wochenlangen Wartezeiten bereits das Gleichheitsgebot verletzen. Im bisherigen System ist dies Praxis. Privatpatienten erhalten nämlich eine Spiegelung im Normalfall deutlich rascher. Da aber gerade durch das Wachstum von Tumoren und eine mögliche Metastasenbildung jeder Tag zählen kann, verletzt diese implizite Rationierung das Gleichheitsgebot. Zudem werden Ärztinnen und Ärzte so in die Situation gebracht, selbst eine Rationierung vorzunehmen und damit gerade eine ökonomische, nicht eine medizi-

nische Entscheidung treffen zu müssen. Da viele Patienten über diese Rationierung im Unklaren gelassen werden, wird auch das mit dem Selbstbestimmungsrecht verbundene Recht auf Transparenz in einer so wichtigen Frage nicht berücksichtigt. Es handelt sich damit um eine *verdeckte*, implizite Rationierung.

Dazu kommt ein weiteres ethisch bedeutsames Problem. Angenommen, eine Klinikleitung könnte ein teures Medikament zwar einigen der betroffenen Patienten, aber nicht allen Patienten verabreichen, da dies das Budget sprengen würde, wäre es dann zulässig, dies zu tun? Hier stellt sich also die Frage, ob es ethisch angemessen sein kann, allen Patienten ein wirkmächtiges Medikament deshalb vorzuenthalten, weil man es nicht allen Patienten zukommen lassen kann, ob es also besser ist, allen die Standardtherapie zu geben, um das Gleichheitsgebot nicht zu verletzen, als einige besser zu stellen.

Oder ist die Alternative vorzuziehen, allen Patienten nur die Standardmedikation zu geben, aber ebenfalls alle Patienten auf die Möglichkeit des neuen besseren Medikaments hinzuweisen? Dann können sich jedoch nur die wirklich finanziell starken Patienten dieses Medikament leisten. Kann es umgekehrt ethisch zulässig sein, Patienten eine evidenzbasierte, erfolgreiche Behandlungsmöglichkeit zu verheimlichen, um nicht das Gleichheitsgebot zu gefährden?

Vor dem Hintergrund des ethischen Bezugsrahmens der Integrativen Medizinethik ist klar, dass ein Verheimlichen einer besseren Behandlungsalternative nicht zulässig ist, weil hier der Freiheitsgrundsatz durch fehlende Transparenz verletzt wird. Wenn die Gesellschaft jedoch nicht bereit ist, in das Gesundheitswesen – zumindest für einen gewissen Zeitraum – weitere Mittel zu investieren, dann lässt sich das Gleichheitsgebot nur insofern aufrechterhalten, als allen solidarisch das weniger wirksame Medikament zur Verfügung gestellt wird. Das lässt freilich die Option offen, sich das teurere Medikament privat dazuzukaufen, wenn man davon aufgrund der Transparenz weiß. Damit unterläuft die private Möglichkeit des Zukaufs das Gleichheitsgebot im Rahmen des Solidarprinzip, wenn es um die Existenz bedrohende Krankheiten geht, und verletzt damit den ersten Gerechtigkeitsgrundsatz.

Ordnungsethisch ließe sich das Problem entweder so angehen, dass der deutsche Staat wie andere Länder, u. a. Frankreich, den Pharmaunternehmen Preisgrenzen für lebenswichtige Medikamente vorschreibt. Ob dies durchsetzbar ist, bleibt abzuwarten. Das Beispiel der Firma Novartis mit dem Medikament Zolgensma weist in eine andere

Richtung. Allerdings bleibt dennoch das Grundproblem bestehen, dass nicht die bestmögliche Behandlung für alle bezahlbar sein wird. Alternativ müssten QALYs für eine vertikale Priorisierung herangezogen werden. Hier wird sich gerade in der Krebstherapie zeigen, wie schwierig dies sein kann. Es lässt sich vermuten, dass gerade weiche Faktoren wie Zuwendung und neue Lebenshoffnung einen ähnlichen Zugewinn an quantitativer Lebenszeit bringen könnten wie die Behandlung mit besseren Medikamenten, während die Qualität dieser Lebenszeit sogar gesteigert wird.⁴⁰

Auf jeden Fall sollten die Entscheidungen, wie eine vertikale Priorisierung gelingen könnte, zwar im Dialog mit den Fachvertretern als denjenigen, die die einschlägige Behandlungskompetenz haben, durchgeführt werden. Es bedarf aber auch der Gesundheitsökonomen und Vertretern aus der Gesellschaft. Keinesfalls sollte jedoch der »Schwarze Peter« der Priorisierung den Ärztinnen und Ärzten vor Ort zugemutet werden. In der gegenwärtigen Situation der Deckelung der Budgets werden sie praktisch dazu veranlasst, Entscheidungen zu treffen, die sie mit ihrem Ethos, dem Patienten bestmöglich nach objektiv medizinischem Wissen zu helfen, in Konflikt bringen.

Geht man vom Prinzip der Menschenwürde und dem damit verbundenen subjektiven Recht auf angemessene medizinische Versorgung aus, so sind weder Gruppenzugehörigkeiten noch Geschlecht, weder Alter noch Selbstverschulden Kriterien, um das Gleichheitsgebot zu verletzen. Damit kommen weder eine Altersrationierung noch andere Diskriminierungsmöglichkeiten als Einsparmöglichkeiten in Frage, um das Knappheitsproblem zu lösen.

Geht man zudem davon aus, dass nicht die Ärztinnen und Ärzte vor Ort, sondern die Gesellschaft in der Verantwortung steht, wie eine gerechte vertikale Priorisierung aussehen könnte, so wären Anleihen bei anderen Staaten zu machen, wie diese zu einer Priorisierung kommen, die gesellschaftlich akzeptiert werden kann und dem Grundprinzip der Menschenwürde und der mit diesem Prinzip verbundenen Gerechtigkeitsgrundsätze vereinbar ist.

Vor diesem Hintergrund wäre zu wünschen, dass die Mahnung des mittlerweile verstorbenen ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe die nötige breite gesellschaftliche Anerkennung finden würde.

⁴⁰ Vgl. Temel et al. (2010).

8.5 Ergebnis

Ein gerechtes Gesundheitswesen, so zeigen die Ausführungen, erfordert national wie international, dass existenzbedrohende Risiken solidarisch von den Leistungsstärkeren getragen werden. Jeder auf dieser Erde hat einen Anspruch darauf, bestmöglich medizinisch versorgt zu werden, wenn sein Leben bedroht ist, ohne dadurch finanziell in den Ruin getrieben zu werden.

Ein gerechtes Gesundheitswesen ist aber nur dann gerecht, wenn es zugleich größtmögliche Freiheitsspielräume eröffnet. Denn die menschliche Würde, die ein subjektives Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung bedingt, ist zugleich auch der Grund, warum wir möglichst frei in unserem Handeln und unseren Lebensentwürfen sein sollten. Hier kommt das Prinzip der Subsidiarität zur Geltung. Dem Einzelnen sollte darum eine größtmögliche Entscheidungsfreiheit in der Wahl der übrigen Absicherung von Gesundheitsleistungen zugestanden werden. Damit aber diese Entscheidungsfreiheit wirklich realisiert werden kann, ist auf nationaler Ebene, also in den einzelnen Staaten, ein für die dortige Gesellschaft passendes Modell zu entwickeln, das gewährleistet, dass auch die finanziell Schwächeren in den Genuss dieser Entscheidungsfreiheit kommen und zugleich Fehlanreize vermieden werden.

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und damit verbunden eine bestmögliche medizinische Versorgung wird nach unserer Überzeugung am besten verwirklicht, wenn Freiheit auf allen Ebenen als Triebfeder für Innovationen daran entscheidend mitwirkt, immer wirkungsvollere Therapien zu entwickeln. Der Anspruch auf die bestmögliche medizinische Versorgung ist damit dynamisch zu betrachten und nach vorne offen. Innovationskraft, getragen von Solidarität einerseits und Freiheit andererseits, wird mithelfen, die medizinische Versorgung weiter so zu verbessern, dass alle in den Genuss einer solchen medizinischen Versorgung kommen können, wenn sie diese benötigen.