

Wann ist der Mensch ein Mensch ?

Humankapital

Die Ökonomie der "Euthanasie"-Diskussion

"Es gibt eine Reihe von Theoretikern, die unter Berufung auf ökonomische Notwendigkeiten argumentieren, daß Alten oder Behinderten ohne große Sorge der Zugang zu den Segnungen der modernen Medizin versperrt werden darf, die sich aber gleichzeitig strikt gegen eine Legalisierung der Euthanasie wenden. Dabei hätte Euthanasie sehr wahrscheinlich einen äußerst positiven Effekt auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, weil sie ein Ende für die vielen, lebensverlängernden Behandlungen, die derzeit an sterbenskranken Patienten gegen deren Willen durchgeführt werden, bedeuten würden." So plakativ wie das Philosophen-Gespann Heta und Matti Hävry von der Universität Helsinki preist in der Bundesrepublik noch niemand die ökonomischen Vorteile der "Euthanasie" an. Volkswirtschaftliche Argumente fließen aber auch hier immer häufiger in die Diskussion mit ein. Der Frankfurter Philosophie-Dozent Anton Leist hebt z. B. in der ausführlichen Einleitung zu "Um Leben und Tod" hervor: "Zu beachten ist, daß sich in jedem modernen Medizinsystem mit zunehmender Häufigkeit Entscheidungssituationen stellen, in denen medizinische Interventionen - verbunden mit zunehmend hohen Kosten - möglich sind, aber unter anderem auch aufgrund der Kosten nicht ergriffen werden. Da sich die Situationen stellen, muß es auch Ärzte geben, die zunehmend Entscheidungen treffen, in denen eine ökonomische Bewertung des Lebens eine Rolle spielt. Diese Bemerkungen sollen nicht mehr zeigen, als daß der Begriff der Euthanasie notwendig mit einer Bewertung des Lebens als lebenswert oder -unwert einhergehen muß."

Vor allem weisen Überlegungen wie diese auf den opportunistischen Charakter der systematischen theoretischen Überlegungen zur "Euthanasie" hin: Sie ordnen sich in die von Sachzwängen bestimmte Auseinandersetzung über Rationierung im Krankenversorgungswesen ein. Weder versuchen sie zu ergründen, ob die angeblichen Sachzwänge tatsächlich welche sind, noch widersetzen sie sich einer Logik, deren absehbare Konsequenzen terroristisch sein werden.

Theodor W. Adorno und Max Horkheimer hatten in der "Dialektik der Aufklärung" als charakteristisch für Philosophie erkannt, daß sie "vor der herrschenden Arbeitsteilung nicht kapituliert und (ihre) Aufgaben von ihr sich nicht vorgeben läßt. Das Bestehende zwingt die Menschen nicht bloß durch physische Gewalt und materielle Interessen, sondern durch übermächtige Suggestion. Philosophie ist die Anstrengung, der Suggestion zu widerstehen, die Entschlossenheit zur intellektuellen und wirklichen Freiheit."

Programmatisch für die Medizin-Ethiker, die den aktuellen Diskurs bestimmen, ist dagegen der Versuch, das Vorgegebene zu verwalten, ihm eine Legitimation zukommen zu lassen, wenn sich die intuitive überkommene Moral gegen die rigiden Notwendigkeiten, die verordnet werden sollen, wehren könnte.

Ob sich menschliches Leben ökonomisch bewerten läßt - mit der Konsequenz, daß es als solches dann zum Bestandteil einer volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung herabgewürdigt

werden wird -, ist zwar nicht *die*, aber doch *eine* zentrale Frage in der "Euthanasie"-Auseinandersetzung. Das unbedingte Beharren der "Euthanasie"-Befürworter darauf, daß sich, wer Ethik diskutieren wolle, von Gefühlen lösen müsse, ist eine Voraussetzung für diese Verfügbarmachung menschlichen Lebens. Denn sowenig wünschenswert eine hoch emotionalisierte Auseinandersetzung über die Umstände des Sterbens in den Industrienationen ist, sowenig kann es erstrebenswert sein, eine Debatte um Würde und Menschlichkeit mit der sachlich nüchternen Aura einer Bilanzpressekonferenz zu umgeben. Tatsächlich wird das von Befürwortern der "Euthanasie" auch nicht getan: Die vermeintliche Entemotionalisierung ist tatsächlich eher eine Verlagerung der Emotionen, eine Verschiebung der Akzente. Die Behauptung, man lasse "die Fakten" sprechen, wenn man vorrechnet, daß die medizinische Behandlung eines kleinen Kindes, über das die LeserInnen nicht mehr erfahren, als daß es "schwere Schäden in der Lunge davongetragen hat, sodaß es nie ohne Hilfe einer Beatmungsmaschine wird atmen können", bislang "über eine Million Dollar" gekostet hat, lenkt den Blick davon ab, daß die Auswahl der Fakten und ihre Bewertung die Instrumente sind, um Gefühle zu dirigieren.

Um ein Leben ökonomisch bewerten, damit vergleichbar und kalkulierbar machen zu können, muß es seiner Einzigartigkeit, seiner metaphysischen Qualität entkleidet werden. Es wird auf einen biologischen Gebrauchs- und Erlebniswert reduziert. Professor Georg Meggle, Philosoph an der Universität Saarbrücken und Leiter eines vom Bundesforschungsministerium geförderten Projekts zu praktischer Philosophie, hat den Bogen von der Bioethik zur neoklassischen ökonomischen Theorie geschlagen, deren Vordenker Gary S. Becker 1992 den Nobelpreis für Wirtschaft zugesprochen bekam.

In einem Vortrag über "Euthanasie und den Wert eines Lebens" hat Meggle sein Anliegen so sachlich, wie er es vermochte, umrissen: "Es geht hier um unsere begriffliche Software, die bereits der Selektion der von uns auch nur in Betracht zu ziehenden Letalalternativen zugrunde liegt." Um die richtige "Letalalternative" - Meggle denkt dabei an "sterben lassen" oder "aktiv töten" - treffen zu können, muß der Wert eines Lebens für diese Person selbst erschlossen werden. Für die "Eigenperspektive" hat er eine eigene Formel, ein bemerkenswertes Stück Philosophie-Ökonomie, entwickelt: "Der Wert eines Lebens eines Individuums x ist i.f. also der Wert, den das Leben von x für diesen selbst hat." Das klingt strikter, als es von Meggle gemeint ist. Der "Lebenswert" eines Individuums für dieses selbst soll, begründet er, im Fall z. B. eines Neugeborenen, durchaus von anderen Menschen, also von außen erschlossen werden können. Nur so macht auch Meggles Vorhaben, eine "Lebenswert-Formel" zu entwickeln, Sinn: Für die Entscheidung, ob jemand leben oder sterben kann, spielen in seinen Augen folgende Faktoren eine Rolle: " W - der Wert eines Lebens von x = die Summe der einzelnen Lebensabschnitte von x und entsprechend spezieller: W^* : Der Wert des von jetzt an gesehen dem x noch verbleibenden Lebens = die Summe der Erwartungswerte der Lebensabschnitte, die x , wie er glaubt, noch vor sich hat. Mit diesem Wertebegriff sind dann auch vergleichende Urteile möglich, daß das Leben eines Individuums y . Welche Konsequenzen hat das wiederum für unsere moralische Beurteilung der Euthanasie-Situation? Welchen Wert für x sein eigener Tod hat, das hängt direkt (und zwar in linearer bzw. proportionaler Form) vom Wert seines restlichen Lebens ab. Wäre sein Leben noch ca. 50.000 DM wert, so wäre genau das der Verlust, den man ihm zufügen würde, wenn man ihm sein Leben nähme."

Meggle beharrt zwar darauf, daß er den "Lebenswert" aus der Perspektive des einzelnen und auch nur für diesen selbst erschließen wolle, tatsächlich hat er diesen individualisierenden Ansatz aber durch sein Verfahren und die Wahl der Kategorien bereits ad absurdum geführt: Die Einführung eines einheitlichen Maßstabs, um etwas so Uneinheitliches wie den Wert

eines Lebens für den Menschen, der es lebt, zu erschließen, ist bereits ein Aufgeben der wirklich subjektiven Perspektive.

Die Konsequenz daraus wird bei Meggle nicht mehr formuliert, aber sie liegt nahe: Wenn das Leben als monetärer Wert meß- und mithin einstuftbar geworden ist, können die Interessen des einzelnen und der so bestimmte Wert seines Lebens für ihn gegen die Interessen der Gesellschaft gerechnet werden. Denn ein Wert, der sich in einer abstrakten Größe wie Mark fassen läßt, ist einer, der nicht nur Leben mit sich selbst und zueinander, sondern auch Leben mit anderem in Beziehung setzen kann. Entspricht der Lebenswert 50.000 Mark, kostet eine medizinische Behandlung aber weitaus mehr, wäre es konsequent, die Behandlung abubrechen.

Geht es hier noch um das Individuum und das Aufrechnen von vermeintlichem Lebenswert und voraussichtlich entstehenden Kosten, sind die Befürworter einer makroökonomischen Intervention bereits einen Schritt weiter. Sie wollen bestimmte Behandlungen wegen ihres als zu niedrig angesehenen Nutzens ganz allgemein abschaffen: "Die Höhe der Investitionen in die Gesundheitsversorgung und die unterschiedliche Mittelzuweisung im Rahmen des Gesundheitsbudgets wirken sich nicht nur auf die Morbiditäts- und Mortalitätsraten aus, sondern haben auch Folgen für den Charakter und die Qualität des Lebens und Sterbens. Um solche Entscheidungen treffen zu können, muß man in Geldwert festlegen, welche Aufwendungen welche Lebensverlängerung oder Morbiditätsabnahme lohnt." Das fordert zum Beispiel der US-amerikanische Bioethiker H. Tristram Engelhardt Jr. Ähnliche Töne sind auch in der bundesdeutschen Debatte mittlerweile zu vernehmen.

"Auf der obersten konstitutiven Ebene der Gesundheitspolitik", argumentiert der in der bundesdeutschen Rationierungsdiskussion vorsprechende Gesundheitsökonom Walter Krämer, "wird allein über statistische Menschenleben verhandelt, hier ist durchaus Platz für den Rechenstift." Der Ökonom Krämer bleibt zwar hinter dem Ethiker Meggle zurück, indem er festschreibt: "Ein Menschenleben hat keinen Preis." Er gibt diesen Grundsatz aber schnell auf und kommt dann zu Konkretisierungen über den Wert "statistischer Menschenleben", die die Überlegungen Meggles fortschreiben: "(Ein) Mensch wird möglicherweise durchaus in ein Geschäft einwilligen, bei dem er mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu Tode kommt ... Ein Automobilrennfahrer, der mit einem Prozent Wahrscheinlichkeit bei einem Rennen umkommt und das auch weiß, geht trotzdem an den Start, sofern die Kasse stimmt ... ich selbst bin heute 40 Jahre alt, und wenn ich mit einem Viertel Prozent Wahrscheinlichkeit binnen eines Jahre tot ... Eine Reduktion dieser Wahrscheinlichkeit von 0,25 auf 0,2 Prozent wäre mir durchaus etwas wert, wenn auch nicht allzu viel. Sagen wir 100 Mark ... Auf der anderen Seite würde ich mich auch einer Erhöhung dieses Sterberisikos auf 0,3 Prozent nicht widersetzen, vorausgesetzt, es findet dafür ein Ausgleich statt (eine Freifahrkarte für den Nürburgring)."

Tatsächlich sagen diese Beispiele wenig über den Wert eines Menschenlebens, aber viel über Banalisierung durch Statistik (und über die Phantasie der Statistiker) aus; sie führen zielsicher an Rationierungsüberlegungen heran, die spürbare, zum Teil tödliche Folgen für einzelne Menschen haben - die sind allerdings in aller Regel nicht unter denen zu finden, die sich Gedanken über Freifahrkarten zum Nürburgring machen. Die Rationierungsüberlegungen treffen mit hoher Sicherheit sozial benachteiligte Menschen mit geringen Einkommen und ohne jede politische Lobby.

Die Debatte um Rationierung ist Bestandteil der alten und notwendigen Diskussion um die Allokation, also den Einsatz von Geldern im Gesundheitswesen. Rationierung, so wie sie in

den letzten zwei Jahrzehnten mit zunehmendem Engagement befürwortet wird, bezeichnet aber nicht nur allgemeine Überlegungen über "Kostendämpfung" oder "Abschaffung von Verschwendung", zum Beispiel durch den Zwang für Ärztinnen und Ärzte, bei identischen Arzneimitteln das billigere zu verschreiben oder medizinisch als unwirksam erkannte Leistungen nicht zu verordnen. Im Zentrum der Rationierungsüberlegungen stehen die Begrenzung von sinnvollen, teilweise lebensnotwendigen Medikamenten und Therapien aus Kostengründen und die dafür erforderliche Legitimation. Baruch A. Brody, Ethik-Professor an der Universität in Houston/Texas, beschreibt eine der möglichen Strategien: "Zunächst werden Gesundheitsleistungen definiert, die zwar einen gewissen Nutzen bringen, aber sehr teuer sind. Dann wird entschieden, diese Leistungen nicht zu erbringen, selbst wenn sie für den Patienten einen Heilerfolg bringen." Daß älteren nierenkranken Patienten in Großbritannien die lebensrettende Dialyse vorenthalten wird, ist ein Beispiel. Ein weiteres, aus den USA, hat Hagen Kühn vom Wissenschaftszentrum Berlin analysiert: Die Verwaltung des Sozialhilfeprogramms Medicaid im US-Bundesstaat Oregon hat 1987 beantragt, an Kindern von Sozialhilfeberechtigten künftig keine Organtransplantationen mehr vorzunehmen. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis sei günstiger, so die Gesundheitsverwalter, wenn die Gelder des knappen Budgets für Vorsorgeuntersuchungen bei kleinen Kindern und schwangeren Frauen verwandt würden. Das Parlament, dominiert von liberalen Demokraten, stimmte der Empfehlung zur Rationierung zu. Der "tragische Charakter" der Entscheidung wurde zwar ausdrücklich betont, in der öffentlichen Diskussion wurde aber vor allem herausgehoben, daß die Vernachlässigung der "unsichtbaren" (weil nur in der Statistik in Erscheinung tretenden) Schwangeren gegenüber der Verweigerung der Kostenübernahme bei den "gut sichtbaren" Kindern das größere Übel wäre. Das strategische Ziel der Rationierungsmaßnahme, so deren Betreiber, sei, ein System der Basisversorgung nach rationalen Kriterien durchzusetzen. Daß sich dabei das Leistungsniveau verringern müsse, sei unvermeidlich.

Diese Idee, die medizinische Versorgung in eine für alle bereitzustellende Grundsicherung und in eine mit erhöhten Beiträgen selbst zu finanzierende Absicherung auch sehr teurer oder seltener Therapien aufzuspalten, findet in den USA viele Anhänger. Sie vereine, so argumentiert zum Beispiel der Ethiker Baruch Brody, die Vorzüge der Rationierung, die wirkungsvolle Kostenreduzierung, mit den Erfordernissen eines ethisch vertretbaren Konzeptes: daß die Patienten auch in die Nichtbehandlung einwilligen: "(Die Bedürftigen) könnten sich für eine Krankenkasse entscheiden, die ihr Hauptgewicht auf präventive Medizin und bessere, angenehmere Primärversorgung legt und dafür gewisse teure Hochtechnologie in auswegloser Situation nicht übernimmt. Sie könnten auch Mitglied einer Kasse werden, die mehr für den schweren Notfall ausgelegt ist, eine, die Primärversorgung und Vorsorgemedizin mehr oder minder ausklammert. Warum müssen wir anstelle der direkt Betroffenen diese Wahl treffen?"

Auch in der bundesdeutschen Diskussion werden, und längst nicht mehr nur vereinzelt, vergleichbare Modelle vorgeschlagen. "Sanierung des Sozialbudgets durch mehr Selbstverantwortung und mehr freie Wahl von Gesundheitsleistungen, d. h. auch mehr Selbsthaftung und Selbstkosten der Bürger für ihre Lebensführung", regt zum Beispiel Professor Horst Baier von der Universität Konstanz an. Gesundheitspolitik als Management ausschließlich des "Grundrisikos" schwebt auch Professor Hans Martin Sass vor. Zwar scheint ihm problematisch, daß nicht alle Leute in Geld in die Gesundheitsvorsorge stecken wollen, die Beispiele, die er wählt, zeigen aber, daß er von den realen medizinischen und ethischen Problemen, die die Abschaffung des Solidarprinzips in der Krankenversicherung haben werden, sich keine rechte Vorstellung machen will: "Gewiß werden einige lieber teure

chinesische Jade oder Rennautos kaufen ... als Versicherungsprämien für die medizinische Basisversorgung zu zahlen."

Weniger deutlich auf die Bedürfnisse der Edelsteinbesitzer abgestimmt klingen die Vorstellungen des Bayreuther Ökonomen Professor Peter Oberender, der "ein duales Versicherungssystem" propagiert: "eine obligatorische Grundversorgung nach dem Solidarprinzip für alle und eine freiwillige Zusatzversicherung nach dem Äquivalenzprinzip".

Daß die Wahlfreiheit bestenfalls theoretischer Natur ist, zeigt das Beispiel der Oregoner Rationierungsentscheidung: Die Kinder der Medicaid-Versicherten können sich tatsächlich nicht anstelle der „medizinischen Basisversorgung“ für eine umfassendere therapeutische Behandlung entscheiden. Sie selbst sind nicht mündig - und ihre Eltern haben nicht das nötige Geld. Ähnlich dürfte es um die meisten Gruppen bestellt sein, deren Behandlungsmöglichkeiten sich im Zuge derartiger Rationierungsprogramme unversehens auf die Grundversorgung reduzieren würde.

Das Beispiel von Oregon zeigt, daß selbst die Gruppe der auf Medicaid angewiesenen Menschen nicht vollständig von der Rationierung betroffen ist: Weil deutlich ist, daß es sich bei den Beschlüssen keineswegs um eine sinnvolle Reduzierung oder Umverteilung der Krankenversorgungsausgaben handelt, sondern um eine rigide Beschneidung lebenserhaltender Therapien aus rein ökonomischen Gründen, wurden alle Gruppen, die über eine relativ starke Lobby verfügen, aus dem Sparprogramm herausgenommen: Weder die Angehörigen von Behinderten, Alten, Blinden noch Psychiatriepatienten sind von den Sparbeschlüssen betroffen. Damit blieben vor allem alleinstehende, sozialhilfeberechtigte Mütter und ihre Kinder übrig, die die Folgen dieses Versuchs, Kostenreduzierung durchzusetzen, tragen müssen.

Hagen Kühn weist auf einen zusätzlichen makabren Aspekt dieses Experiments in Oregon hin: „Das Knappheitsaxiom, mit dem die Gesundheitsökonomie operiert, ist bei den verweigerten Transplantationsorganen tatsächlich physisch knapp, und für die Ober- und Mittelschichtsangehörigen, die der Rationierung für die Sozialhilfebedürftigen zugestimmt haben, hat sich die statistische Wahrscheinlichkeit, daß ihre eigenen Kinder im Bedarfsfall ein Organ erhalten können, verbessert.“

Daß eine Rationierung medizinischer Leistungen mit so einschneidenden Folgen notwendig sei, wird von Gesundheitspolitikern und Gesundheitsökonomern seit einigen Jahren mit dem gleichen stereotypen Verweis auf die „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ begründet. Daß diese „Explosion“ tatsächlich stattgefunden hat, läßt sich aber nur scheinbar gut belegen. Setzt man die Ausgaben für die Gesundheit in Beziehung zum Bruttosozialprodukt, stellt man fest, daß der Anteil von 1970 bis 1975 zwar von 5,9 auf 8,2 Prozent gestiegen, seitdem aber annähernd gleich geblieben ist (1985: 8,6 Prozent, 1989: 8,2 Prozent). Nimmt man nur die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, ist der Trend noch deutlicher: 1989 wurde mit 5,6 Prozent Anteil der GVK-Ausgaben am Bruttosozialprodukt erstmals sogar der Stand von 1975 unterschritten. In den USA, deren stärker privatwirtschaftlich organisiertes und auf Eigenverantwortung basierendes Modell in der bundesdeutschen Debatte eine wichtige Rolle spielt - was die Privatisierung im Krankenhaussektor betrifft, hat es sogar Vorbildcharakter -, sind die Kosten dagegen von 7,4 Prozent 1970 über 10,6 Prozent 1985 auf 11,8 Prozent 1989 geklettert. Der in der Bundesrepublik spürbar steigende Anteil der Krankenkassenbeiträge am Lohn ist also nicht auf die „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ zurückzuführen, sondern auf eine Umverteilung gesellschaftlichen Reichtums, die sich im niedrigeren Anteil der Bruttolohnsumme am Bruttosozialprodukt niederschlägt. Deren Anteil sank von 47,2 Prozent 1975 auf 41,9 Prozent 1989.

Bei realistischer Betrachtung ist das Bild von der nur durch drastische Maßnahmen in den Griff zu bekommenden Kostenexplosion keineswegs stimmig. Genau so wenig überzeugend ist auch die Vorstellung, eine Rationierung der Leistungen sei das beste oder auch nur wirkungsvollste Mittel, Kostensteigerungen zu vermeiden. Selbst eine vornehmlich auf Kosten-Nutzen-Relationen blickende Gesundheitspolitik müßte überlegen, ob nicht das Einwirken auf andere Faktoren, zum Beispiel das Niveau der Preise, Gewinne und Einkommen (Pharmaindustrie, Ärzte, Gerätehersteller), möglicherweise sehr viel bessere Effekte erzielen könnte - ohne moralisch auch nur annähernd ähnlich bedenkliche Folgen zu haben.

Fehlerhaft sind auch andere zentrale Argumente der Rationalisierungsbefürworter. Insbesondere die wortreich und wirkungsvoll vorgetragene Behauptung, die Reduzierung der Kosten für den ohnedies als fragwürdig erachteten Einsatz von High-Tech-Medizin in der Therapie von alten Menschen und Behinderten stelle eine Lösung der Finanzierungsprobleme dar, ist unzutreffend. In den USA, wo der Einsatz medizinischer Mittel gründlicher untersucht ist als bei uns, wo die Diskussion erst am Anfang steht, entfallen nur 3,5 Prozent der Medicare-Ausgaben (Krankenversicherung für die über 65jährigen) und ein bis zwei Prozent der nationalen Gesundheitsausgaben auf die teure intensivmedizinische Behandlung. Die weitere Aufschlüsselung der Kosten ergibt noch verblüffendere Resultate. Von den Medicare-Patienten sind zwar 43 Prozent über 80 Jahre alt, sie verursachen aber nur 28 Prozent der Krankenhauskosten. Der überwiegende Anteil der Kosten für intensivmedizinische Behandlung wird für die Gruppe der „jüngeren Alten“ (65 bis 79 Jahre) mit gutem funktionellen Status aufgewendet. Insgesamt gesehen sind die medizinische Grundversorgung und die Pflege die weitaus kostenträchtigeren Posten als die zur Rationierung freigegebene High-Tech-Medizin. Alten und behinderten Menschen die Pflege, die ihnen ein menschenwürdiges und zumindest halbwegs selbstbestimmtes Leben ermöglicht, vorzuenthalten ist aber selbst im populistischen Diskurs, der die Sanierung im Krankenversorgungswesen begleitet, schwer durchzusetzen: Daß die Sparmaßnahmen das Niveau der Pflege dennoch nachhaltig verschlechtern, ist kaum zu bestreiten. In US-amerikanischen Krankenhäusern ist beispielsweise aus Kostengründen der Einsatz von Leiharbeiterinnen in der Pflege in erheblichem Umfang selbstverständlich: Die Folge ist, daß häufig schlecht ausgebildete und noch schlechter bezahlte, mit den Besonderheiten der jeweiligen Klinik und den Patienten nicht vertraute Schwestern und Pfleger ihre Arbeit dort kurzzeitig und deswegen auch meist nicht sonderlich engagiert verrichten.

In der bundesdeutschen Realität fließt die Debatte um die Rationierung von teurer Intensivmedizin und sehr viel teurerer Pflege in die Auseinandersetzung um „Euthanasie“ ein. Die Ausführungen von Peter Singer und Helga Kuhse in „Should the baby live?“, die sowohl die medizinischen Kosten als auch die Gelder, die durch die Pflege behinderter Menschen verbraucht werden, sorgsam aufrechnen, sind dafür ein bedrückendes Beispiel - und die in der bundesdeutschen „Euthanasie“-Debatte aktiven Philosophen sind meistens auch dieselben, die sich für Rationierung stark machen.

In der Bundesrepublik sind wir von der Umsetzung von Modellen, die mit denen in Oregon oder England auch nur annähernd vergleichbar wären, noch weit entfernt. Daß ökonomische Argumente in der „Euthanasie“-Diskussion mittlerweile offen debattiert werden und schnell an Bedeutung gewinnen, ist aber beunruhigend genug. Auffallend ist zudem die Parallelität, mit der Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen und zur Senkung der Pflegekosten ergriffen werden. Ähnlich verläuft auch der öffentliche Diskurs: Es wird viel

über die Kosten und die Notwendigkeit zu ihrer Reduzierung geredet, die qualitativen Aspekte werden weitgehend ausgeblendet.

Das 1989 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz und das 1992 beschlossene weiter reichende Gesundheitsstrukturgesetz haben deutliche Vorgaben für die Entwicklung der nächsten Jahre gegeben. Eine offene Rationierung ist darin zwar noch nicht enthalten - die Rahmenbedingungen werden aber geschaffen. Und der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Jahresgutachten 1991 die weitere Richtung vorgegeben. Unter der Überschrift „Ethische Aspekte der Leistungsgewährung“ wird dort festgeschrieben, daß dem Arzt mit keiner Entscheidung auf der Ebene der Politik und Selbstverwaltung das Dilemma der Rationierung von Leistungen zu ersparen sei. „Eine Allokation von Ressourcen für Patienten auf Kosten eines anderen wird mit dem weiteren Fortschritt und dem Auftreten von Kapazitätsengpässen immer häufiger erfolgen müssen.“ Der Bundesgesundheitsminister hat die Botschaft verstanden und die Sachverständigen beauftragt, in die Tat umzusetzen, was sie für unvermeidlich halten. Innerhalb der nächsten Jahre soll ein Katalog erstellt werden, der Vorschläge dafür enthält, welche Leistungen langfristig nicht mehr von dem Krankenkassen finanziert werden sollen. Damit wird fortgesetzt, was in größerem Umfang im Gesundheitsreformgesetz beschlossen wurde - und prompt den Trend zur Voll- oder Zusatzversicherung in den privaten Kassen forciert hat. Die Gefahr wird größer, daß sich ein duales Versicherungssystem etabliert, auch ohne daß das alte und grundsätzlich bewährte Konzept der Vollversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GVK) offen abgeschafft wird: Je mehr Mitglieder die GVK verliert, desto leichter werden auch weitere Beschneidungen der noch gewährten Leistungen, weil es längst kein artikulationsfähiges, einflußreiches Protestpotential mehr in den Kassen gibt. Sie entwickeln sich zum Sammelbecken sogenannter schlechter Risiken - und das sind in der Regel eben auch Angehörige sozial benachteiligter Gruppen.

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat die Entwicklungen, die mit dem Gesundheitsreformgesetz vor allem im ambulanten Bereich angeschoben worden sind, nun auch im stationären Sektor eingeleitet. Zwar hat die dort festgeschriebene Budgetierung der Gesundheitskosten auf dem Niveau von 1992 (angepaßt an die Preissteigerungsraten) nicht unmittelbar spürbar negative Auswirkungen auf die Qualität der Therapie im Krankenhaussektor. Die Abkehr vom Kostendeckungsprinzip erleichtert aber für die Zukunft auch die Festsetzung sehr viel niedrigerer Budgets, was unweigerlich fatale Konsequenzen für die teuren Abteilungen und Therapien haben wird. Zudem birgt die Entscheidung, die Krankenhäuser künftig über sogenannte Fallpauschalen, Sonderentgelte und Abteilungspflegesätze abrechnen zu lassen, ein bedrohliches Potential in sich. Während die Fallpauschalen nur für eng umgrenzte Behandlungen mit absehbarem Verlauf, also zum Beispiel Blinddarmoperationen, erhoben werden können, sind die Sonderentgelte für die Abrechnung aufwendiger ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten gedacht, dazu könnte zum Beispiel die Surfactant-Behandlung²⁷ intensivmedizinisch behandelter Neugeborener zählen. Fallpauschalen und Sonderentgelte werden dazu führen, daß viele Kliniken sich auf die lukrativ erscheinenden Behandlungen konzentrieren, die durch kurze Verweildauer der Patienten und knappe Kalkulation der eigenen Kosten eine Gewinnerorientierung ermöglichen. Die Behandlung von chronisch Kranken, Menschen mit unklaren Prognosen, komplizierten Krankheitsbildern oder schweren Behinderungen werden voraussichtlich zumeist in öffentliche Krankenhäuser kommen - die so, im Konkurrenzkampf mit den „schlechten Risiken“ belastet, tiefgreifende Sparmaßnahmen werden durchführen müssen, um nicht tief in die Verlustzonen und damit in die Pleite zu rutschen. Universitätskliniken wurden zunehmend zu „Endabnehmern schwerer Fälle“, bilanzierte bereits im Juni 1993 der AOK-Bundesverband das Ergebnis des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Die Bestimmung der Abteilungspflegesätze wird dazu führen, daß vor allem bei Behandlungen im internistischen und intensivmedizinischen Bereich die ökonomischen Einwände zunehmen werden: Wenn die kostengünstige Therapie der Blinddarmentzündung und die medikamentenintensive Therapie eines Frühgeborenen mit Spina bifida durch den einheitlichen Pflegesatz nicht mehr „subventioniert“ werden, wie das Beispiel Oregon zeigt, werden die offensichtlich hohen Kosten leichter herauslösbar, das heißt zur Rationierung freigeben. Der allmählichen Auflösung der Solidargemeinschaft auf der politischen Ebene entspricht die Auflösung des Kostendeckungsprinzips an den Behandlungsstätten. Sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen, als auch der Gesellschaft insgesamt werden die Kosten, die einzelne verursachen, ständig bewußtgemacht. Die Dominanz der ökonomischen Betrachtung, die auf der Ebene der Entscheidungsinstanzen ohnedies zu verzeichnen ist, wird damit weiter nach unten verlagert - mit absehbaren Konsequenzen: Qualität und Leistung geraten aus dem Blick, die als Verursacher besonders hoher Kosten indentifizierten Menschen geraten zunehmend unter Druck. Statt um Solidarität geht es um den Preis, die entscheidende Frage wird die, ob sich eine Behandlung „lohnt“. Die ökonomische Sphäre hat die ethische damit durchdrungen: Die Diskussion um Werte ist zu einer um den Wert geworden. Die Opfer der Rationierung sind dieselben, deren Tod auch in der „Euthanasie“-Debatte als erwünscht angesehen wird. Arme Alte, finanzschwache Schwerbehinderte, chronisch Kranke mit Geldsorgen. Ein Beispiel für die Selektion liefern britische Autoren in einer Studie über „Cost and Choice in Health Care“, die die Geschichte eines 60 Jahre alten Mannes mit Nierenversagen vorstellen und kommentieren: „Mr. W. war während seiner Behandlung deutlich mißgestimmt, unkommunikativ und eindeutig nicht in der Lage, sich mit anderen zu beschäftigen - alles sicherlich erklärlich durch sein Nierenversagen und seine psychiatrischen Probleme ... Seine Angehörigen besuchten ihn gelegentlich, offensichtlich eher aus Pflichtgefühl, als weil sie ihn wirklich mochten ... Die Dialysestation des Krankenhauses war zum Zeitpunkt der Aufnahme von Mr. W. völlig überlastet, außerdem gab es nicht genug Schwestern, weil gerade Stellen aus finanziellen Gründen gestrichen worden waren ... Der geistige Zustand und die sozialen Verhältnisse ließen eine Dialyse bei Mr. W. zu Hause aber unmöglich erscheinen. Also blieb als einziger Ausweg eine Transplantation, für die aber kein Spender existierte. Es blieb also nur die Möglichkeit, Mr. W. die Therapie vorzuenthalten oder die Dialyse-Einheit im Krankenhaus überzubelegen. Mr. W.'s Fall wurde mit Ärzten, Schwestern, dem Psychiater und dem Hausarzt sowie den Sozialarbeitern und seinem ältesten Sohn besprochen. Schließlich wurde entschieden, ihm keine anzubieten. Wenig später starb er. Wäre er sechs Monate früher oder später gekommen, als es mehr Transplantate gab, hätte er überleben können. Wäre statt Mr. W. eine 30 Jahre alte verheiratete Frau zur Behandlung gekommen, wäre selbstverständlich eine Möglichkeit zur Behandlung gefunden worden.“