

Allokation im Gesundheitswesen. Bioethische Prinzipien und Werte

Dietrich v. Engelhardt

I Kontext

Die eindrucksvollen Möglichkeiten, die sich aus dem medizinischen Fortschritt seit dem 19. Jahrhundert in Diagnostik und Therapie für den kranken Menschen ergeben haben, werden sich zunehmend im notwendigen und gewünschten Maße nicht mehr verwirklichen lassen. Bevölkerungswachstum, höhere Lebenserwartung, steigende Kosten, Mangel an Pflegekräften, fehlende Organe für Transplantationen und nicht zuletzt empirisch keineswegs immer ausreichend gesicherte Arzneimittel setzen der Medizin Grenzen - nicht nur in den Entwicklungsländern, sondern auch in den Ländern Europas, in Deutschland wie in Österreich, der Schweiz und Südtirol.

Allokation als Mittelverteilung stellt sich damit als beherrschende Herausforderung der Gegenwart; Allokation als Thema der Ökonomie und zugleich der Ethik. Die Verteilung der medizinischen Mittel setzen die Entscheidungen über ethische Prinzipien und Werte in Diagnostik und Therapie, in der Pflege, in der Forschung wie im Konzept der Arzt-Patienten-Beziehung, im Verständnis von Gesundheit und Krankheit, in der sozialen und politischen Welt voraus.

II Prinzipien – Werte

Medizinische Ethik oder Ethik in der Medizin ist keine Sonderethik, wohl aber im Blick auf Geburt, Krankheit und Tod eine Ethik besonderer Situationen. Ethik in der Medizin hängt vom Menschen- und Weltbild ab; medizinische Ethik ist auf Anthropologie bezogen.

Medizinische Ethik meint: Ethik des Arztes und der Pflegepersonen, Ethik des Patienten wie Ethik der Umwelt. Medizinische Ethik kann nicht nur auf den Arzt - das wäre Arztethik - beschränkt werden, sondern umgreift stets zugleich den Patienten, seine Angehörigen und die Gesellschaft.

Von grundsätzlicher Bedeutung für die Ethik in der Medizin ist in diesem umfassenden Sinn die Unterscheidung folgender Dimensionen:

Etikette – Ethos – Ethik

- 1) etablierte Sitte (Etikette)
- 2) sittliche Praxis (Ethos)
- 3) Pflichtenlehre (Deontologie)
- 4) ethische Begründung (Ethik)
- 5) Ausbreitung der Ethik

Ethos als sittliche Einstellung und sittliches Verhalten ist von Etikette als etablierter Sitte und Ethik als Begründung zu unterscheiden. Ohne Zweifel trägt Etikette zur Ausbreitung sittlichen Verhaltens in der Medizin bei. Für den Patienten ist im allgemeinen das korrekte und den ethischen Normen entsprechende Verhalten des Arztes oder der Pflegeperson wichtiger als die zugrundeliegende Motivation oder ihre theoretische Begründung.

Sittliche Verbote und Gebote (Deontologie) sind ihrerseits mit sittlicher Praxis nicht identisch; die Formulierung von Pflichten ist noch keine Begründung und garantiert auch keineswegs schon ihre Realisierung. Ethische Begründung bezieht sich auf die Theorie wie ebenfalls die Praxis des sittlichen Verhaltens, sollte deshalb auf die Beurteilung sittlichen Verhaltens nicht beschränkt werden, sondern sollte darüber hinaus, worauf es vor allem ankommt, den Bedingungen ihrer Umsetzung in der Wirklichkeit gelten.

"Moral predigen ist leicht, Moral begründen schwer", mit dieser Wendung weist der Philosoph Arthur Schopenhauer auf die entscheidende Differenz von sittlicher Praxis und ethischer Begründung hin. Ergänzen läßt sich dieser Satz mit der ebenso zentralen Feststellung: "Moral verwirklichen, ist noch schwerer". Moralisieren ist nicht ethische Reflexion, Moralapostel sind keine Ethiker. Die Bibel enthält moralische Gebote, bietet aber keine Begründungen; auch der bekannte hippokratische Eid aus der Antike ist mit seinen Geboten und Verboten ein deontologischer Text und stellt keine ethische Begründung ärztlichen Verhaltens dar.

Entscheidend für die Ausbreitung der Ethik sind juristische Sanktionen oder Gesetze und Institutionen. In der konkreten Realität der Medizin erweisen sich ethisches Gewissen und ethische Prinzipien nur zu oft als zu schwach, um sittliches Verhalten zu garantieren. Das Recht bezieht sich auf ein "ethisches Minimum" als Beachtung elementarer Normen, deren Einhaltung über Geld- und Haftstrafen mit besonderer Verbindlichkeit verfolgt wird. Das Recht regelt allerdings auch ethisch indifferente Verhaltensweisen; nicht alles, was juristisch nicht verboten ist, kann ethisch bejaht werden. Die Kreise des Rechts und der Ethik überschneiden sich, sind aber nicht deckungsgleich. Eine seelisch-geistige Begleitung des Sterbenden besitzt hohen ethischen Wert, lässt sich juristisch aber nicht einklagen.

Die Begründung sittlichen oder moralischen Verhaltens wie entsprechender Gebote und Verbote kann von unterschiedlichen Normen und Werten ausgehen. Nach dem weltweit etablierten bioethischen Quartett amerikanischer Bioethiker kommt den folgenden vier Prinzipien zentrale Bedeutung zu:

Bioethisches Quartett

- 1) Nutzen (beneficence)
- 2) Schadensvermeidung (non-maleficence)
- 3) Autonomie (autonomy)
- 4) Gerechtigkeit (justice)

Ärztliches und pflegerisches Handeln wie das Verhalten der Patienten und ihrer Angehörigen lässt sich nach diesen Prinzipien zutreffend beurteilen. Wer diese Prinzipien befolgen will, sieht sich allerdings vor weitere und keineswegs einfache Fragen gestellt. Aus der Anerkennung der Gerechtigkeit läßt sich zum Beispiel noch nicht eindeutig ableiten, ob im Konfliktfall eine Niere eher einer 43jährigen Mutter mit vier Kindern oder einer Medizinstudentin mit 21 Jahren zu geben ist. Offen ist des weiteren auch, ob Zuwendungen und Leistungen nur nach Bedarf (distributive Gerechtigkeit) oder auch nach persönlichem Beitrag der Betroffenen (kommutative Gerechtigkeit) verteilt werden sollen. Autonomie wird im übrigen nicht selten liberalistisch zu freier Selbstentscheidung verkürzt; in Wahrheit kann autonom aber nur ein Verhalten genannt werden, das individuelle Freiheit (= gr. autos) und allgemeine Vernunft (= gr. nomos) gleichermaßen respektiert. Die Prinzipien Nutzen und Schadensvermeidung schließlich sollten besser, da jede Therapie mit einer Schädigung

verbunden ist, lauten: mehr nutzen als schaden.

Aus europäischer Tradition und vor allem im Blick auf die Realisierung ethischer Prinzipien und nicht zuletzt einer gerechten Allokation legt sich im übrigen eine Erweiterung dieses bioethischen Quartetts um die folgenden Werte und Normen nahe:

Tugend – Würde – Solidarität

- 1) Tugend (virtue)
- 2) Würde (dignity)
- 3) Solidarität (solidarity)

Die in der Gegenwart verbreitete asymmetrische Verteilung von Pflichten auf den Arzt und Rechte auf den Kranken kann nicht überzeugen; Arzt und Kranker besitzen Rechte wie Pflichten, beide können und sollten sich darüber hinaus auch tugendhaft verhalten können. Neben der Prinzipienethik kommt es in der Medizin vor allem auf die Tugendethik an, neben der ethischen Reflexion auf das sittliche Verhalten. Tugend heißt die Kraft, sittliche Überzeugung zu realisieren.

Tugendkonzept

- 1) Weisheit
- 2) Gerechtigkeit
- 3) Tapferkeit
- 4) Bescheidenheit
- 5) Glaube
- 6) Liebe
- 7) Hoffnung

Diese klassischen und christlichen Tugenden sind in angemessenem Verständnis zeitlos, besitzen Gültigkeit für den Arzt wie den Kranken und auch die Angehörigen.

Würde heißt Anerkennung des Mitmenschen als eines Zweckes an ihm selbst und nicht als eines Mittels für andere Menschen oder die Gesellschaft. Würde kann unterschiedliche Bedeutung haben:

Formen der Würde

- 1) Seinswürde in der Hierarchie der Naturformen
- 2) Standeswürde im Aufbau der Gesellschaft
- 3) Würde als Wissen und Bildung
- 4) moralische und religiöse Würde
- 5) Würde in relativer oder absoluter Geltung

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“, heißt es im deutschen Grundgesetz. Entscheidend für die Würde ist der Gedanke des Selbstzweckes - transzendent-religiös oder aufgeklärt-innerweltlich. Für das religiöse Verständnis steht das biblische Wort von der Ebenbildlichkeit Gottes (Genesis 1, 26-27), für das innerweltliche Verständnis hat Kant die klassische Wendung formuliert: "Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst."

Deontologische und teleologische Perspektiven sollten einander in der Medizin ebenso ergänzen wie Prinzipienethik und Tugendethik. Vollständige Voraussagen der Folgen des therapeutischen Handelns sind nicht möglich; Gesinnungsethik und Verantwortungsethik stellen keine Alternative dar. Sittlichkeit erweist oder bewährt sich in der Medizin wie allgemein im menschlichen Leben im übrigen oft mehr als Reaktion auf gegebene Situationen und weniger in der geplanten Hervorbringung oder geplanten Vermeidung dieser Situationen.

Allokation stellt auch die Frage nach dem Krankheits- und Gesundheitsverständnis, mit denen Therapieziel und Arzt-Patienten-Beziehung unmittelbar zusammenhängen. Wenn Krankheit für eine defekte Maschine gehalten wird, dann legt sich als Therapieziel auch die Reparatur einer Maschine und als Arzt-Patienten-Beziehung die Beziehung eines Techniker zu einer defekten Maschine nahe. Nach dieser Logik lassen sich im übrigen auch die Kosten am einfachsten berechnen. Wenn Krankheit aber das Leiden eines Menschen, mit Bewusstsein und sozialen Beziehungen bedeutet, dann muss das Therapieziel die Bereiche des Sozialen, des Individuellen, des Geistigen umfassen wie ebenfalls die Beziehung zwischen Arzt und

Patient einen personalen Charakter annehmen.

Gesundheit und Krankheit sind Seinsurteile und Werturteile, werden als Tatsachen festgestellt und zugleich bewertet. Die normative Gleichsetzung von gesund = positiv und krank = negativ ist nicht zwingend. Nach der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit der „Zustand vollständigen physischen, sozialen und geistigen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Behinderung“. Man kann sich aber auch einen Gesundheitsbegriff vorstellen, nach dem gesund ist, wer mit Krankheiten zu leben versteht, wer vor allem den Tod zu akzeptieren weiß.

Ohne Aufklärung und Einwilligung ('informed consent') stellt therapeutisches - und bereits diagnostisches - Handeln für das geltende Recht in Deutschland eine Körperverletzung dar; in der italienischen Sprache wird noch zutreffender von personaler Verletzung (= lesione personale) gesprochen. Aufklärung und Einwilligung entfalten sich in einer sozialen Situation und verlangen psychologische Fähigkeiten vom Arzt wie aber auch vom Patienten; sie entsprechen darüberhinaus etabliertem Brauch seit Jahrhunderten, sind Gebote der medizinischen Standesethik. Aufklärung und Einwilligung garantieren an sich aber noch nicht ethisches Niveau; sie können sich auch auf inhumane oder ungesetzliche Inhalte beziehen. Ethik verwirklicht sich deshalb in der aufgeklärten Einwilligung erst mit der Beachtung der Autonomie und Würde des Patienten; im Grunde müßte deshalb zutreffender von 'moral and legal informed consent' gesprochen werden.

Vollständige Symmetrie ist im Verhältnis zwischen Arzt und Patient nicht möglich. Der Patient als Mensch in Not kann mit dem Arzt als Helfer nicht gleichgesetzt werden. Asymmetrie darf die ursprüngliche Identität und Symmetrie zwischen Arzt und Patient aber nicht verdrängen oder vergessen lassen. Mit dem Beginn der Therapie wird dem Arzt Autonomie vom Patienten übertragen, das Ende der Therapie muß in einer Rückgabe dieser Autonomie an den Patienten bestehen. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist eine komplexe Verbindung von Asymmetrie und Symmetrie und kann mit der Alternativen von Paternalismus und Partnerschaft oder Patient und Kunde nicht erfasst werden. Asymmetrie heißt nicht Degradierung oder Wertedifferenz, sondern bedeutet zunächst nur eine Differenz des Wissens, Handelns und Erlebens von Arzt und Patient. Medizin heißt: ein Mensch in Not (Patient) – ein Mensch als Helfer (Arzt). Die Bewältigung des Leidens kann sogar eine Höhe

des Menschseins bedeuten, die in der diagnostisch-therapeutischen Aktivität vom Arzt keineswegs ohne weiteres auch erreicht sein muß.

III Typen und Dimensionen der Allokation

Mit der Allokation hat ein Begriff der Wirtschaft Anwendung in der Medizin gefunden und stellt Ärzte wie Patienten, Angehörige wie Politiker vor große Herausforderungen: nach welchen Kriterien sollen die Ressourcen eines Landes auf Diagnostik und Therapie, aber auch Pflege, Forschung und Lehre verteilt werden? Was kann mit Rationalisierung noch eingespart werden, sollen die Entscheidungsprozesse nach marktwirtschaftlichen oder dirigistischen Prinzipien erfolgen? Ist Rationierung wirklich nicht zu vermeiden?

Rationalisierung als bessere Nutzung und vertretbare Einschränkung ist ökonomisch notwendig, juristische und ethisch legitim und wird überall angestrebt, reicht aber offenkundig nicht aus. Effizienzsteigerung ist nicht unbeschränkt möglich. Priorisierung differenziert Rationierung, meint die Abstufung oder Staffelung diagnostisch-therapeutischer Mittel nach ihrer Wichtigkeit. Verteilungsgerechtigkeit bleibt das Ziel. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung sind die entscheidenden Stichworte.

Vom einzelnen Arzt können Entscheidungen über Rationierung nicht verlangt, seine Beziehung zum Patienten darf von der Allokation so wenig wie möglich belastet werden. Von den Politikern muß die Rationierung in der Medizin oder im Gesundheitswesen verantwortet werden; die von ihnen entwickelten und durchgesetzten Reformen müssen aber stets von neuem überprüft und korrigiert, müssen demokratisch legitimiert sein.

Allokation ist, um die Rationierung so spät als notwendig einsetzen zu lassen, substantiell auf empirisch abgesicherte Diagnostik und Therapie angewiesen; Allokation verlangt nach evidence-based medicine. Evidenz, das sollte allerdings nicht vergessen werden, hat grundsätzlich zwei Bedeutungen: 1. empirischer Nachweis, 2. unmittelbare Einsicht. Einem Sterbenden beizustehen, ist unmittelbar einsichtig und bedarf im Prinzip keiner statistischen Überprüfung. Die Gefahr der Evidenz als empirischem Nachweis liegt darin, dass man sich aus ökonomischen und organisatorischen Gründen nur noch an dem orientiert, was faktisch nachweisbar ist und die andere Evidenz bei der Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung aus dem Auge verliert. Was heißt evidenz-basierte Aufklärung, Kommunikation

oder Sterbebeistand? Wie kann den Gefahren eines an Ökonomie und Evidenz orientierten utilitaristischen Denkens begegnet werden?

Allokation bezieht sich in der Medizin auf verschiedene Bereiche:

Bereiche der Allokation

- 1) Diagnostik
- 2) Therapie
- 3) Pflege
- 4) Forschung
- 5) Lehre

Im allgemeinen wird des weiteren zwischen einer Makro- und einer Mikroallokation unterschieden, die sich selbst wieder untergliedern lassen.

Makro- und Mikroallokation

Als *Makroallokation I* wird die Verteilung der Mittel auf oberster oder politischer Ebene bezeichnet: welcher Anteil des Bruttosozialproduktes soll für das Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden - im Verhältnis etwa zur Bildung, zum Verkehrswesen, zur Verteidigung oder zum Umweltschutz.

Unter *Makroallokation II* wird die Verteilung der Mittel innerhalb des Gesundheitswesens auf Prävention, Kuration und Rehabilitation sowie Forschung und Lehre verstanden. Wie soll die Hierarchie der Förderung aussehen, welcher Bereich soll vor allem Zuwendungen erhalten?

Mikroallokation I meint die Mittelverteilung für bestimmte Krankheiten (Verbreitung, Gefährlichkeit) und spezifische Patientengruppen (Alter, soziale oder regionale Herkunft). Mit dieser Entscheidung wird auch festgelegt, wer diese Hilfe nicht erhalten soll, z.B. nicht eine Dialyse oder nicht ein bestimmtes Organ.

Mikroallokation II bezieht sich schließlich auf die Entscheidung des einzelnen Arztes, seinem individuellen Patienten eine bestimmte diagnostische Maßnahme oder therapeutische Intervention zugänglich zu machen oder vorzuenthalten.

Allokation ist im wesentlichen eine politisch-medizinische Entscheidung, die im Übergang von Makro- zu Mikroallokation ihren Akzent zwischen Politik und Medizin wechselt. Während Makro-Allokation I vor allem eine Entscheidung der Politiker und weniger eine Entscheidung der Ärzte darstellt, muß über Makro-Allokation II innerhalb der Medizin entschieden werden. Mikroallokation I ist ebenfalls vor allem eine evidenz-basierte Einschätzung durch Ärzte wie noch stärker Mikroallokation II als unmittelbare individuelle Entscheidung der Ärzte im Blick auf den einzelnen Patienten.

Wenn ein Arzt überlegt, ob er einen Patient einer Dialyse zuführt, wurde auf der Ebene darüber (Mikroallokation I) bereits entschieden, dass Dialyse überhaupt sinnvoll ist, auf der Ebene darüber (Makroallokation II) wiederum, ob Kuration der Prävention vorzuziehen ist, letztlich aber auf der Ebene noch darüber (Makroallokation I), ob Medizin gegenüber den anderen Bereichen der Politik entsprechende finanzielle Unterstützung erfahren soll oder nicht. Makroentscheidungen können nicht auf dem Rücken der einzelnen Ärzte ausgetragen werden, sondern müssen von der Politik und der Gesellschaft getragen werden. Das Bruttosozialprodukt enthält offensichtlich einen Spielraum, die Kosten für den Gesundheitsbereich liegen in den verschiedenen Ländern der Welt zwischen 5 – 15 %.

Probleme stellen sich in den Bereichen der Diagnostik und Therapie, der Pflege und Forschung sowie Lehre unterschiedlich. Neben begrüßenswerten Kosteneinsparungen ist es ebenso zu kritischen Situationen gekommen. Was Rationalisierung sein sollte, erwies sich nicht selten schon als Rationierung. Die Abrechnung nach Fallpauschalen kann zum Abschieben schwerer oder kostenaufwendiger Fälle führen. Der Abbau von Sachkosten durch Zusammenlegung der Labors verschiedener Kliniken, durch Beschränkung der Röntgenaufnahmen und durch Verschreibung preisgünstiger Arzneimittel kann auch die Qualität gefährden. Speziell für Universitätskliniken haben sich spezifische Probleme ergeben, die nicht zuletzt mit der kombinierten und stets neu auszuhandelnden Finanzierung durch Länder (Forschung, Lehre) und Kassen (medizinische Versorgung) zusammenhängen.

Allokation kann in formaler und inhaltlicher Perspektive noch nach weiteren Dimensionen untergliedert werden, über die politisch wie medizinisch zu unterscheiden ist.

Dimensionen der Allokation

- 1) zentralisiert – dezentralisiert
- 2) explizit – implizit
- 3) verdeckt – offen
- 4) weich – hart
- 5) direkt – statistisch
- 6) minimal – maximal
- 7) ökonomisch – medizinisch –juristisch/ethisch
- 8) status quo – oder fortschrittsorientiert

Wie immer die Differenzierung der Allokation in der Medizin im einzelnen ausfällt, die Auswirkungen auf Diagnostik und Therapie, auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die Situation des kranken und sterbenden Menschen müssen sorgfältig beachtet werden. Die anthropologische Grundfigur der Medizin als ein Mensch in Not und ein Mensch als Helfer droht selbst zu einer Figur der Not zu werden. Weiterhin sollten aber die seit der Antike bekannten Ziele des Wohls des Kranken (= lat. *salus aegroti*) und des Willen des Kranken (= lat. *voluntas aegroti*) Anerkennung finden und sollen auch realisiert werden.

Literatur

- Engelhardt, H.T.: Das Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Gerechtigkeit und Fairness bei der Verteilung medizinischer Leistungen: Frustrationen im Angesicht der Endlichkeit, in: G. Marckmann, P. Liening u. U. Wiesing, Hg.: Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung in der Gesundheitsversorgung, Stuttgart 2003, S. 54-95.
- Marckmann, G., P. Liening u. U. Wiesing, Hg.: Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung in der Gesundheitsversorgung, Stuttgart 2003.

- Nagel, E., u. C. Fuchs, Hg.: Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, Stuttgart 1998.
- Oduncu, F.S., U. Schroth u. W. Vossenkuhl, Hg.: Transplantation. Organgewinnung und –allokation, Göttingen 2003.
- Sass, H.-M., Hg.: Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische und ordnungspolitische Einflussfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin 1988.