

Ärztetag 2023

Gerechte Gesundheit? –
Priorisierung als (Krisen-)Instrument
in der Medizin



ERZBISTUM
PADERBORN

Inhalt

Diözesanadministrator Msgr. Dr. theol. Michael Bredeck

Gerechte Gesundheit? – Priorisierung als (Krisen-)Instrument in der Medizin Eröffnungsworte	5
---	---

Prof. Dr. med. Giovanni Maio

Medizin als Hilfeversprechen – Über die Gefahr der Ökonomisierung für das Vertrauen in die Medizin	9
---	---

Prof.in Dr. theol. Kerstin Schlögl-Flierl

Die Priorisierung im Gesundheitswesen – moraltheologisch geboten?	23
--	----

Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel

Gesundheit als soziales Fundament der Demokratie	33
--	----

Biographische Hinweise zu den Referierenden

38



Eröffnungsworte

Diözesanadministrator Msgr. Dr. Michael Bredeck

Gerechte Gesundheit? – Priorisierung als (Krisen-)Instrument in der Medizin

Sehr geehrte Damen und Herren!

Unser Ärztetag dient seit nunmehr 39 Jahren dem Dialog von Kirche und Gesellschaft in zentralen Fragen, die die ethische Basis des ärztlichen Handelns in den vielgestaltigen Anwendungsfeldern der Medizin betreffen. Dabei sind wir uns als Kirche bewusst, dass die Antworten auf viele medizinethische Fragestellungen nicht einfach eins zu eins ableitbar sind, sondern in einem wissenschaftsorientierten Dialog erschlossen werden müssen. Mit moraltheologischen und sozial-ethischen Expertisen tragen wir von unserer Seite aus dazu bei, den Menschen als Person im Blick zu behalten. Kontroversen in der Medizinethik fordern daher eine argumentative Auseinandersetzung über die in Frage stehenden Werte, Methoden oder Ziele des Handelns.

Unser heutiger Blick richtet sich auf das Thema der Priorisierung von Gesundheitsleistungen. Es ist durch eine bereits über Jahrzehnte anhaltende Diskussion im ärztlichen Kontext präsent und wird vornehmlich mit Blick auf die weiter zunehmende Knappheit von Ressourcen und auch ihrer Finanzierbarkeit geführt. So hatte zum Beispiel die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer im Jahre 2007 die Stellungnahme „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung“ veröffentlicht, in der auf die vorhersehbaren Engpässe in der Schnittstelle von medizinischem Fortschritt und demographischem Wandel hingewiesen wird. Als zentrales Argument wird angeführt, dass die „Interaktion von medizinischem Fortschritt und demographischem und epidemiologischem Wandel wesentlich zur Ausgabenexpansion im Gesundheitswesen beitrage“. Aufgrund der besonderen Bedeutung des Gutes „Gesundheit“ wird jedoch angemahnt, dass sich „Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen primär an ethischen und rechtlichen und nicht ausschließlich an wirtschaftlichen Maßstäben orientieren“ müssen. Die Zentrale Ethikkommission benennt im

Folgenden dann die drei Kriterien: 1. Die medizinische Bedürftigkeit in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung und der Dringlichkeit des Eingreifens, 2. Der erwartete medizinische Nutzen und 3. Die Kosteneffektivität. Sie alle wissen und erfahren wahrscheinlich täglich in ihrem eigenen Tätigkeitsfeld, wie hochkomplex sich diese Zusammenhänge darstellen.

Nun hat uns die zurückliegende Corona-Pandemie ein besonderes Beispiel und in meiner Sicht auch gelungene Umsetzung für die Frage der Priorisierung medizinischer Leistungen gezeigt. Von vornherein war Anfang 2020 allen beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen die besondere Problematik der hereinbrechenden Pandemie bewusst gewesen. Die zu Beginn nicht ausreichende Menge an Impfstoffen gegen das SARS Covid 2 Virus ließ die Frage der Priorisierung hochgradig aktuell werden. Und sie wurde mit dem Kriterium der Vulnerabilität der entsprechenden Personengruppen gelöst, so dass aufgrund ihrer größeren Gefährdung tatsächlich zunächst die ältesten Menschen in unserer Gesellschaft diesen Schutz erhielten.

Aber es gibt natürlich noch viele andere Bereiche, in denen die Frage der Priorisierung medizinischer Leistungen virulent wird. Die Beispiele reichen von der Transplantationsmedizin bis hin zu der Frage, welche medizinischen Leistungen in die Regelversorgung der Patienten und Patientinnen einfließen.

Doch immer stellt sich dabei die Frage: Welche Faktoren müssen zwingend beachtet werden, damit eine Gleichbehandlung der einzelnen Patienten gewährleistet werden kann? Der patientenrelevante klinische oder medizinische Nutzen, der sich im Überleben einer schweren Krankheit oder der Gesundung und Verbesserung der Lebensqualität zeigt, kann in Konkurrenz zu ganz anders gearteten Kriterien geraten, wenn zum Beispiel die Frage vorhandener Kapazitäten – Stichwort Intensivbetten – und die dadurch entstehende Konkurrenz von Patientengruppen plötzlich eine Rolle spielt.

Wie können hier die Gleichheit der Menschen während gerechte Entscheidungen getroffen werden, ohne sich dem Verdacht der Diskriminierung auszusetzen? Gleichwohl – ich beziehe mich hier nochmals auf den eingangs erwähnten Bericht der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer – muss auch

festgehalten werden, dass „auch ethische Kriterien keinen Priorisierungsaufautomatismus ermöglichen, sondern immer auch das Gewissen, die Urteilskraft und Verantwortungsbereitschaft der Entscheidungsträger einfordern“.



Prof. Dr. Giovanni Maio

Medizin als Hilfeversprechen – Über die Gefahr der Ökonomisierung für das Vertrauen in die Medizin

Der Arztberuf ist kein Ingenieursberuf für den Menschen, denn ginge das Ärztliche im Reparaturparadigma auf, dann würde jede Ärztin, jeder Arzt lediglich an einer Sache des Patienten handeln, aber das Besondere am ärztlichen Tun liegt gerade darin, dass man nicht nur eine Sache des Patienten, sondern den Patienten selbst behandelt, ihn als Person, ihn als mit seinem Körper untrennbares Individuum. Jeder Patient bringt auf diese Weise nicht einfach nur seinen Körper, sondern zugleich sich selbst zum Arzt, offenbart sich als Mensch einem Menschen, dem er sein wichtigstes Gut überantwortet; er begibt sich, wie unsere Sprache so schön sagt, in die Hände der Ärztin, des Arztes. All das ist nur möglich, weil in aller Regel die kranken Menschen ihren Ärztinnen und Ärzten Vertrauen entgegenbringen. Es ist das schon im Vorhinein geschenkte Vertrauen, das die Patienten erst befähigt, ärztliche Hilfe aufzusuchen. Genau aus diesem Grund lässt sich sagen, dass der Arztberuf ein Vertrauensberuf ist, denn dort, wo kein Vertrauen ist, findet auch keine wirkliche Konsultation statt und damit keine wirkliche Therapie. Das Vertrauen ist die Basis von allem in der Medizin. Ohne Vertrauen käme der Kontakt erst gar nicht zustande. So stellt sich die Frage, was es auf sich hat mit dem Vertrauen, wie man Vertrauen von bloßer Verlässlichkeit unterscheiden kann und warum die Vertrauensbasis ärztlichen Handelns heute durch eine Überbürokratisierung und Durchökonomisierung des ärztlichen Berufs zunehmend gefährdet wird. Um diese Fragen behandeln zu können, sollen zunächst die Grundelemente des Vertrauens herausgearbeitet werden, um in einem zweiten Teil auf die Implikationen der gewonnenen Einsichten für die moderne Medizin einzugehen.



I. GRUNDELEMENTE DES VERTRAUENS

1. Vertrauen als Entproblematisierung des Nichtwissens

Von Vertrauen zu einem anderen Menschen lässt sich nur dort sprechen, wo es keine Sicherheit gibt. Wenn man mit Sicherheit weiß, was der andere tut, so braucht man kein Vertrauen. Vertrauen kann man nur dann, wenn etwas Unsicheres und vor allem etwas Unkontrollierbares im Raume schwebt. Man muss sich freimachen von der Vorstellung, Vertrauen könne nur dann geschenkt werden, wenn man alles über den anderen weiß. Das wäre lebensnegierend. Vertrauen heißt aber auch nicht Nicht-Wissen, sondern Vertrauen ist eine Art Mittelzustand zwischen Nichtwissen und Wissen (Simmel 1908, S. 393). Wer vertraut, weiß etwas, auch wenn er es oft nicht beziffern kann. Es war auch Georg Simmel, der das wunderbar auf den Punkt brachte, als er betonte, dass derjenige, der alles wüsste, kein Vertrauen bräuchte und derjenige der nichts wüsste, gar nicht vertrauen könnte (Simmel 1908, S. 93; siehe auch dazu Andreß 2002, S. 74).

Deutlich wird: Es bleibt beim Vertrauen immer ein Rest an Unsicherheit; andernfalls wäre es kein Vertrauen, sondern eine Vereinbarung. Dem Vertrauen ist somit das bereitwillige Akzeptieren eines Wissensdefizits inhärent. Wo alles sicher ist, stellt sich die Frage des Vertrauens nicht. Wer vertraut, akzeptiert, dass er nicht so viel weiß, dass er eine bestimmte Handlung des anderen garantieren könnte, aber lässt sich auch ohne diese Garantie auf die Beziehung ein, weil er darauf vertraut, dass der andere sich vertrauenswürdig verhält. Der vertrauende verzichtet freiwillig auf das Einholen weiterer bestärkender und versichernder Informationen (Hartmann 2003, S. 410) und lässt sich freiwillig auf das Wagnis des Vertrauens ein. Vertrauen ist daher nicht weniger als eine Bewältigung von Unsicherheit und ein kreativer und konstruktiver Umgang mit den Grenzen des Voraussagbaren, mit den Grenzen unserer Voraussicht. Vertrauen stellt damit eine konstruktive Antwort auf die Unvermeidbarkeit von Unwissen und Undurchsichtigkeit dar, eine Antwort auf das Leben, das keine letztgültigen Garantien geben kann. Das Vertrauen ermöglicht es, über das Gesicherte und Evidente hinauszugehen und mehr zu tun, als das reine Kalkül es zuließe. Durch das Vertrauen wird der Kontrollimperativ durch innere Ruhe ersetzt.

So lässt sich sagen, dass Vertrauen in gewisser Weise ein Sprung ist, der sich über die dem Leben inhärenten Ungewissheiten hinwegsetzt. Ohne diesen Sprung könnten wir mit der grundsätzlichen Offenheit unserer Zukunft nicht zurechtkommen. Vertrauen ist die emotionale Überbrückung eines zwingenden Defizits an Wissen über die Zukunft – und die innere Disposition, dieses Wissensdefizit nicht als lähmend zu empfinden, sondern als normal. Vertrauenkönnen heißt also, tolerant sein zu können mit unserem fragmentarischen Wissen. Die objektive Unzulänglichkeit des Wissens wird durch das Vertrauen in eine subjektive Gewissheit überführt, die Gewissheit, dass das Leben auch ohne Garantien gut ausgehen kann. Vertrauen ist insofern nichts anderes als die Entproblematisierung des Nichtwissens auf dem Boden einer Grundhaltung der Zuversicht.

2. Vertrauen als akzeptierte Verlässlichkeit

Damit man von Vertrauen sprechen kann, muss eine Abhängigkeit des eigenen Wohlergehens von dem Handeln der Vertrauensperson bestehen. Denn Vertrauen kommt immer nur dort auf, wo es um etwas Wichtiges für die eigene Person geht und wo der Erhalt dieses Wichtiges in gewissem Maße von der Person, der man Vertrauen schenkt, abhängig ist. Als vertrauender Mensch macht man sich somit unweigerlich verletzbar, weil man etwas Wichtiges in die Hände der Vertrauensperson legt und ihr somit Macht über das eigene Wohlergehen überträgt.

So wird deutlich, dass Vertrauen zugleich nicht weniger ist als die Anerkennung der eigenen Verwundbarkeit, weil man im Moment des Vertrauens sich komplett abhängig macht von den nicht kontrollierbaren Entscheidungen des anderen. Auf diese Weise geht Vertrauen unweigerlich mit der Anerkennung der eigenen Schutzlosigkeit im Moment des Vertrauens einher. Wer vertraut, übersieht diese Abhängigkeit nicht, denn das wäre bloße Blauäugigkeit. Aber das Besondere des Vertrauens besteht darin, dass wir diese Abhängigkeit frei wählen, frei und eben nicht weil wir müssen. Insofern ist Vertrauen nicht weniger als das Annehmen der eigenen Verletzlichkeit. Wer selbst unverletzbar bleiben will, ist dazu verurteilt, nie das Vertrauen zu wagen, und er wird dann in eine Spirale der Kontrollen verfallen, die vor lauter Kontrolle komplett

handlungsunfähig werden wird. Vertrauen ist also eine konstruktive Weise, mit der eigenen Verletzlichkeit umzugehen. Zugleich verweist das Vertrauen auf die unhintergehbare Angewiesenheit des Menschen, weil es nicht möglich ist zu leben, ohne sich einzugestehen, dass man darauf angewiesen bleibt, an den guten Charakter anderer Menschen zu glauben, um sich auf dieser Grundlage emotional auf sie verlassen zu können.

3. Vertrauen als Einräumen von Freiheit

Mit dem Vertrauen wird der andere entlassen in die Freiheit der eigenverantwortlichen Sorge um das wichtige Gut, das ich ihm anvertraut habe. Vertrauen hat nichts damit zu tun, dass ich etwas Konkretes von dem anderen erwarte und dieses festzurre; das wäre ja eher eine Abmachung, aber kein Vertrauen. Vertrauen impliziert, dass ich es der Beurteilungskunst des anderen überlassen kann, sich um meine wichtige Sache zu kümmern; Vertrauen ist ja nicht weniger als eine Form der Anerkennung, und diese Anerkennung des anderen drückt sich darin aus, dass ich als Vertrauender der Vertrauensperson den Ermessensspielraum zubillige, nach eigener Beurteilung die Vertrauenserfüllung zu bestimmen. Vertrauend bin ich von seiner Grundeinstellung so überzeugt, dass ich ihm zutraue, dass er aus seiner eigenen Einstellung heraus schon richtig entscheiden wird.

Das ist eben das Besondere am Vertrauen, dass man als Vertrauender nicht über den anderen verfügen und ihn nach den eigenen Vorstellungen steuern möchte, sondern der Vertrauende gesteht ihm ein eigenes Verhalten zu, ein Verhalten nach seiner Auffassung. Derjenige, der vertraut, setzt also nicht darauf, dass der andere einfach zuverlässig funktioniert, sondern er setzt auf die Freiheit des anderen. Vertrauen ist von daher nicht weniger als Freiheit schenken. Insofern hat das Vertrauen eben nichts Mechanisches oder strikt Regelbasiertes, sondern Vertrauen impliziert das Zugeständnis einer eigenen Kreativität im Umgang mit dem Vertrauensgut. Das ist auch absolut notwendig, weil Vertrauen gerade dort aufkommt, wo es eben nicht durch Verträge ersetzt werden kann, weil es für Situationen gedacht ist, die man nicht im Vorhinein restlos formalisieren kann.

Wenn ich vertraue, so bezieht sich mein Vertrauen nicht auf den Fortbestand der Sache, die ich anvertraue, sondern es bezieht sich vielmehr auf den Fortbestand des guten Charakters, den ich dem anderen unterstelle. Zu Ende gedacht heißt dies, dass die Vertrauensbeziehung nichts mit einer Treuhänderschaft zu tun hat. Der Mensch, dem ich vertraue, ist eben nicht gleichzusetzen mit dem Notar, der meine Sache gut verwalten vermag, der aber in der Regel unpersönlich bleiben wird. Das Vertrauensverhältnis geht nicht im Verhältnis der Treuhänderschaft auf, sondern es ist weitaus mehr. Vertrauenkönnen heißt eben, an den anderen als Persönlichkeit glauben; Vertrauen bezieht sich immer auf die Personalität des anderen und nicht auf seine spezifische Fähigkeit, auf sein Können. Vertrauen ist, so könnte man auch sagen, seinsorientiert und nicht bloß leistungsorientiert.

4. Vertrauen als Konstituierung einer Beziehung

Vertrauen ist ein Ermöglichungsgut. Es ermöglicht eine gemeinsame Aktion, es ermöglicht Kooperation, es ermöglicht Unternehmungen, es ermöglicht Anfang, auch wenn das Vertrauen eher mittendrin steht als ganz am Anfang. In jedem Fall ist das Vertrauen eine Art Durchbruch in eine neue soziale Beziehung; mit dem Vertrauen erfährt die Beziehung einen qualitativen Sprung, sie wird zu einer moralischen Beziehung. Schenke ich Vertrauen, so ist das nicht etwa der Teil einer Abmachung, sondern es ist das Knüpfen eines Bandes. Das Vertrauen richtet sich nicht auf die Erwartung einer bestimmten Handlung, sondern es richtet sich auf den erwarteten Fortbestand einer bestimmten Beziehung. Vertrauend stelle ich eine bestimmte Beziehung her. Genau darin unterscheidet sich ja das Vertrauen elementar von dem Sich-Verlassen. Dass es beim Vertrauen um eine Beziehung geht und nicht um eine konkrete Handlung, können wir uns leicht klarmachen, wenn wir uns vorstellen, was denn geschieht, wenn ein Mensch erkennt, dass er sich nicht auf den anderen verlassen kann und was mit ihm geschieht, wenn er merkt, dass er zu Unrecht vertraut hat. Bei der Unzuverlässigkeit mag dies eine Enttäuschung, ja ein Ärgernis sein, aber nicht mehr. Das hängt damit zusammen, dass die Verlässlichkeit sich auf eine Sache bezieht, und zwar unabhängig vom Personsein, unabhängig vom Charakter – Hauptsache eine bestimmte versprochene Sache

wird eingehalten. Beim Vertrauensbruch spüren wir, dass wir uns nicht nur ärgern, sondern mehr als das: wir fühlen uns verletzt, ja gekränkt. Derjenige, der das Vertrauen „missbraucht“, verletzt den anderen, weil er mit dem Vertrauensbruch die Beziehung, die über das Vertrauen gestiftet worden war, zurückgibt bzw. sie zunichtemacht. Wir fühlen uns gekränkt, wenn jemand unser Vertrauen missbraucht, weil wir eben nicht einfach darauf vertraut haben, dass der andere etwas Bestimmtes tut, sondern weil wir vertrauend eine Beziehung zu ihm gestiftet haben. An diesem Gedankenspiel lässt sich also ex negativo verdeutlichen, dass das Vertrauen im Grunde mit einer Erwartung an die Beziehung einhergeht und nicht primär mit einer Erwartung an die Kompetenz. Wenn wir also vertrauen, dann erwarten wir nicht etwa etwas Bestimmtes, sondern wir stehen vielmehr in einer vertrauensvollen Beziehung zum anderen, mit allen Beziehungserwartungen, die damit verbunden sind. Der Vertrauensbruch kommt diesbezüglich einem Verrat gleich. Die Psychologen John Rempel und John Holmes haben das Vertrauen definiert als „jenen Grad an Zuversicht, den wir beim Nachdenken über eine Beziehung empfinden“ (Rempel /Holmes 1989). Schon daraus wird deutlich, dass im Vertrauen alles an dieser Beziehung gemessen wird.

5. Vertrauen als Redlichkeitserwartung

Die Beziehung, die über das Vertrauen konstituiert wird, ist eine ganz besondere. Denn es ist keine Beziehung, die primär auf Zuneigung oder Sympathie beruht, sondern es ist eine moralische Gemeinschaft. Die eigentliche tragende Säule dieser Beziehung ist die Unterstellung geteilter Werte, haben wir gesehen. Wenn man jemandem vertraut, so verleiht man dem anderen nicht weniger als einen normativen Status. Vertrauend wird der andere in gewisser Weise geadelt, weil der Vertrauende dem Vertrauten grundsätzlich positive Motive unterstellt. Die Grundeinstellung ist das Eigentliche, worauf man vertraut, weniger die konkrete Handlung. Man unterstellt dem anderen die Grundeinstellung, dass er das, was er tut, nicht einfach nur aus Pflicht tut, sondern aus tiefer innerer Überzeugung tut. Daraus wird deutlich, dass es beim Vertrauen um die Zuschreibung allgemeiner Merkmale geht und nicht bloß um die Zuschreibung eines bestimmten Könnens.

Vertrauen bezieht sich auf den Menschen, auf seinen Charakter. Im Grunde ist in das Vertrauen eine implizite Botschaft über den unterstellten Charakter hineingeschrieben. Wenn wir jemandem vertrauen, dann verlassen wir uns nicht nur auf ihn, sondern dann unterstellen wir ihm gute Motive, wir unterstellen ihm einen guten Charakter, weil derjenige, der vertraut, implizit davon ausgeht, auf den anderen auch dann bauen zu können, wenn es für den anderen schwierig wird. Das heißt, dass über das Vertrauen dem anderen etwas zugetraut wird, was über Verlässlichkeit und Einhalten von Abmachungen weit hinausgeht. Dass jemand eine Abmachung oder einen Vertrag einhält, weil er sonst Sanktionen befürchten müsste, könnten wir voraussetzen, und doch müssten wir jederzeit damit rechnen, dass er auch lieber die Sanktionen in Kauf nehmen könnte als die Konsequenzen der Vertragseinhaltung zu tragen. Beim Vertrauen ist es genau umgekehrt. Hier unterstellen wir, dass der andere an seinem impliziten Versprechen, vertrauenswürdig zu bleiben, auch dann festhalten wird, wenn etwas dazwischenkommt. Eine echte Vertrauensbeziehung ist daher von besonderer Stabilität gekennzeichnet, weil in diese Beziehung etwas hineingelegt worden ist, was unabdingbar mit dem Vertrauen verbunden ist, und das ist die Erwartung eines nichtopportunistischen Verhaltens. Das ist der Kern des Vertrauensverhältnisses: dem anderen wird unterstellt, dass er sein Verhalten nicht nach dem Wind richtet und einfach die Fahnen wechselt, wenn es seinen Interessen näherkäme, sondern dass der andere fest dabeibleibt, was er implizit versprochen hat, nämlich sich solidarisch zu zeigen mit dem Vertrauensgeber und seinem Vertrauensgut. Vertrauen ist somit nichts anderes als eine Loyalitätserwartung. Wenn wir vertrauen, dann unterstellen wir, dass der andere sich mit den Zielen, die uns am Herzen liegen, identifiziert. Wir unterstellen eine grundlegende Wertvorstellung, die mit unseren Werten kompatibel ist und die fest verankert ist, also nicht opportunistisch zur Disposition gestellt wird. Deswegen lässt sich sagen, dass Vertrauen ganz zentral mit der Tugend der Treue verknüpft ist. Wenn wir vertrauen, dann vertrauen wir nicht auf etwas Konkretes, sondern wir vertrauen auf die Treue des anderen. Treue in dem Sinne, dass wir wissen, er wird unsere Sache nicht verraten, wird das Lager nicht wechseln, wird unbeirrt sich für das einsetzen, was in seine Hände gelegt wurde. Letzten Endes hat Vertrauen mit der Gewissheit der restlosen Unkorrumpierbarkeit des anderen zu tun, und wer das Vertrauen annimmt, gibt damit in gewisser Weise eine

Treueerklärung ab. Es ist diese Treueerklärung, durch die eine Wertegemeinschaft gestiftet wird, die sich ausdrückt über ein Verbundenheitsgefühl; wenn wir wirklich vertrauen, dann empfinden wir eine Verbundenheit mit dem anderen und stoßen vor zu einer privilegierten Beziehung, die über das Vertrauen gestiftet wird.

6. Vertrauen als Privileg und Verpflichtung

Diese privilegierte Beziehung aber gibt es nicht umsonst; denn so sehr Vertrauen freiwillig aufkommen mag, wenn wir sie angenommen haben, dann hat das enorme Auswirkungen auf unser Verhalten, weil Vertrauen eine enorm verpflichtende Wirkung hat. Wenn jemand uns vertraut, dann ist das zunächst eine Adelung der eigenen Person; wir fühlen uns auf ein Podest gestellt, weil wir uns durch das gespendete Vertrauen als eine privilegierte Person vorkommen. Und so ist es auch: durch das Spenden von Vertrauen schenken wir dem anderen das Gefühl des Auserwähltseins; mit dem Vertrauen wird zunächst ein Anerkennungsverhältnis geschaffen; der Vertrauende erkennt den anderen als einen vertrauenswürdigen Menschen an, und allein dadurch werden dem anderen moralische Pflichten auferlegt. Nimmt ein Mensch das Vertrauen an, so ist es fast schon so als würde er im Entgegennehmen dieses Vertrauens eine Art unausgesprochenes Versprechen geben, nämlich das Versprechen, sich des Vertrauens würdig zu erweisen. Und er wird gar dazu genötigt, ein Stück weit. Denn in dem Moment, da einem Menschen Vertrauen entgegengebracht wird, wird es für ihn schwieriger, sich wie ein Schuft zu verhalten. Das hängt damit zusammen, dass im Akt des Vertrauens ihm eine Reputation zuerkannt wird, die zu verspielen mit Interessensverlusten einherginge. Das kann man sich auch leicht vorstellen, wenn man bedenkt, dass in dem Moment, da ein Dritter mitbekäme, dass jemand ein Vertrauen missbraucht hat, sofort ein enormer Reputationsverlust einträte. Das ist die bindende Kraft des Vertrauens, dass man sich dieser Reputation, vertrauenswürdig zu sein, nicht ohne Verluste einfach entledigen kann. Der größte Verlust, den ich in Kauf nehmen müsste, wäre der Gesichtsverlust und damit letzten Endes der Ausschluss aus bestimmten Beziehungskreisen. Man kann es auch so sagen, dass der Vertrauensbruch mit einer empfindlichen Störung der gesamten Atmosphäre verbunden wäre und somit derart moralisch

sanktioniert würde, dass es sich beim Schenken von Vertrauen um eine nicht zu unterschätzende Form der moralischen Verpflichtung handelt. Man kann eben Vertrauen nicht einfach annehmen und es dabei bewenden lassen; das Annehmen von Vertrauen legt einem unweigerlich moralische Pflichten auf, die unter Umständen auch schwer lasten können.

Wir sehen, dass das Vertrauenschenken eben genau das ist, was der Name schon sagt; es ist zwar ein Geschenk, ganz freiwillig, aber jedes Geschenk hat die bemerkenswerte Wirkung, dass es andere bindet, und beim Vertrauen bindet das Schenken eben beide Seiten. Man ist sozusagen aneinandergebunden und kommt nicht so leicht heraus. Die Freiheit, die das Vertrauen schenkt, erweist sich somit als eine ambivalente Freiheit.

II. DAS VERTRAUEN IN EINER ÄRA DER ÖKONOMISIERUNG DER MEDIZIN

Wir leben in einer Ära der Ökonomisierung des gesamten Lebens, und die Ökonomisierung der gesamten Gesellschaft macht aus der Tugend der Treue das Laster der Unflexibilität. Flexibilität steht gegenwärtig deshalb hoch im Kurs, weil nur der flexible Mensch ökonomisch rational bleibt. Flexibilität ermöglicht die Aufrechterhaltung der Wettbewerbsfähigkeit, und zwar sowohl im öffentlichen wie auch im privaten Bereich. Diesem Ziel wird alles andere untergeordnet, auch und gerade die Werte. Letztlich bedeutet aber das Diktat der Flexibilität ja nichts anderes als eine Temporalisierung der Verhältnisse und damit eine Normalisierung des Abbruchs von Verpflichtungen und Beziehungen und die Glorifizierung der strategischen Neuausrichtung, des ständigen Neuanfangs. Beziehungen werden nach diesem Denkmuster grundlegend als »Austauschbeziehungen« (Wiedenmann 2008, S. 49) begriffen. Dies betrifft nicht nur zwischenmenschliche Beziehungen, sondern eben auch Beziehungen zu Institutionen und Organisationen.

Flexibilität lässt sich aber nur so lange verordnen, wie andere Zielrichtungen des Handelns außer Kraft gesetzt werden. So wird die Ausrichtung des Handelns an Werten im Kontext des Flexibilisierungsdiktats als Störfaktor empfunden, weil das Festhalten an Werten der flexiblen Anpassung an die wirtschaftlichen

Notwendigkeiten im Wege stehe. Nicht die persönliche Verantwortung soll eine Rolle spielen, sondern die stromlinienförmige Anpassung an stetig sich wandelnde Wettbewerbsanforderungen. Man kann es auch so sehen: Der Markt geht unweigerlich mit einer Neutralisierung der Treueverpflichtungen einher (Wiedenmann 2008, S. 56f.), weil es rational erscheint, das Pferd, auf das man gesetzt hat, zu wechseln, wenn es nicht den Gewinn abwirft, den man sich erhofft hat.

Ökonomische Orientierung tendiert zu rein strategischem Denken, und strategisches Denken wertet emotionale Beziehungen zugunsten instrumenteller Kalküle ab. Rein kommerzielle Beziehungen stehen somit in einem Spannungsfeld zu Treueverpflichtungen: Unter ökonomischem Gesichtspunkt erscheint es unvernünftig, an einem Treueverhältnis auch dann festzuhalten, wenn damit materielle Einbußen verbunden sind. Je mehr also Beziehungen in der Medizin die Form von Geschäftsbeziehungen annehmen, desto mehr gerät die Treue in die Defensive, weil sich unter ökonomischem Gesichtspunkt der Vorteil eines Festhaltens an zugesicherter Treue nicht plausibel machen lässt. Tatsächlich impliziert ja die Bekundung von Treue die grundsätzliche Bereitschaft, gegebenenfalls dafür auch Opfer zu bringen. Treue zu versprechen bedeutet eine unbedingte Zusicherung, die der Abwägung mit anderen Gesichtspunkten grundsätzlich entzogen bleibt. Wenn aber in einem ökonomisierten System finanzielle Anreize gesetzt werden für bestimmte Verhaltensweisen, so werden damit implizite Aufforderungen zu opportunistischem Verhalten gegeben. Letztlich handelt es sich dabei um alltägliche Anstiftungen zur Untreue – Untreue gegenüber dem sozialen Auftrag, Untreue gegenüber dem Versprechen, das Wohl des Patienten als unumstößliche Maxime zu bewahren.

Diese strukturell einkalkulierte Untreue ist aber das eigentliche Fatale einer durchökonomisierten Medizin, denn damit werden Ärztinnen und Ärzte systematisch dazu angestiftet, in mehrfacher Hinsicht sich und ihren Auftrag zu verfehlen. Untreue bedeutet hier ja, die zu Recht von der Öffentlichkeit erwartete primäre Orientierung am Patientenwohl zur Disposition zu stellen. Die Treuebeziehung ist eine wertorientierte Beziehung, und damit entzieht sie sich dem Verwertungskalkül rein ökonomischer Logiken. Zu Ende gedacht heißt das ja nicht weniger, als dass in unserer Zeit vom System her den Ärzten

implizit beigebracht wird, Treueverhältnisse für obsolet zu erklären. Dass es aber einen Widerspruch zur eigentlichen Identität der Medizin als einer sozialen Praxis darstellt, wenn Treueverhältnisse für obsolet erklärt werden, wird zu wenig bedacht.

III. DAS VERSPRECHEN DER VERTRAUENSWÜRDIGKEIT ALS ANTWORT AUF DIE ÄRZTLICHE VERANTWORTUNG

Warum gibt es Medizin? Weil die Not des Patienten nach einer Wendung dieser Not ruft. Die Medizin ist nicht die Garantie für die Wendung der Not, aber sie ist das implizit gegebene Versprechen, dass diese Not ernstgenommen wird und als einzig handlungsleitendes Motiv gilt. In seiner Situation der Angewiesenheit ist es unweigerlich so, dass sich der hilfeschuchende Patient etwas vom Arzt verspricht. Er verspricht sich nicht, dass dieser ihn auf jeden Fall heilen wird, aber doch verspricht er sich zu Recht, dass der Arzt seine Not ernstnimmt. Daher nimmt der Patient automatisch den Arzt in der Weise in die Pflicht, dass dieser aufgefordert wird, ihm genau dieses Versprechen zu geben bzw. zu erneuern oder zu bekräftigen.

Würden die Ärzte sich einem solchen Versprechen verweigern, so würden sie ihre ärztliche Verantwortung negieren, denn die Ärzte haben ihre Aufgabe eben dort, wo sie vom Patienten angesprochen werden. Stünde in dieser Situation der existentiellen Krise des kranken Menschen nicht das Versprechen im Raum, dass die Ärzte diese Not des Kranken nicht für ihren eigenen Vorteil ausnutzen werden, so wäre das eine Negation der eigenen Verantwortung für den Patienten. Mit einer Negierung des Versprechenswürdens würde man den Patienten in eine ausweglose Situation bringen. So wäre er auf Hilfe angewiesen, könnte aber den Helfern nicht vertrauen und liefe damit Gefahr, deren Hilfe erst gar nicht anzunehmen und sich damit selbst um die Heilungschancen bringen. Die Ärzte sind also geradezu gezwungen, in dieser Situation das Versprechen zu geben, allein das Wohl des Patienten im Blick zu haben. Sie sind gezwungen, zu versprechen, um ihrer Verantwortung für den Patienten gerecht zu werden. Das Versprechen des Arztes ist also die unabdingbare

Antwort auf die Verantwortung für den kranken Menschen. Negiert man die Notwendigkeit des Versprechens, entzieht man sich der Verantwortung für den Patienten. Damit ließe man den Patienten in seiner Not in gewisser Weise im Stich. Seine Not ruft das Versprechen auf, und das Versprechen zu verweigern oder zu überhören kommt einem Verrat an dem Patienten gleich. Wer von vornherein sagt, dass er kein Versprechen zu geben bereit ist, stiehlt sich aus der Verantwortung. Gibt aber der Arzt ein Versprechen, so geht er dadurch automatisch das Risiko ein, des Verrats bezichtigt zu werden, wenn er zum Beispiel die Erlöse für das Klinikum als genauso relevant ansieht wie das Wohl des Patienten. Die Bedeutung solcher Relativierung des Patientenwohls kann nicht begriffen werden, wenn man sich nicht klarmacht, dass sich nach impliziter kollektiver Erwartung die Ärzteschaft in der Zielsetzung ihres Handelns von promissorischen Verpflichtungen leiten lassen muss. Man kann die Notwendigkeit einer solchen Verpflichtung der Ärzte nicht in Frage stellen, ohne damit deren Vertrauenswürdigkeit selbst in Frage zu stellen. Genau aus diesem Grund ist das Vertrauen die Basis von allem, und es gilt, sich dieser Bedeutung gerade in unseren Zeiten der Bürokratisierung und Ökonomisierung bewusst zu bleiben.

LITERATUR:

- (1.) Endreß, Martin: *Vertrauen*, Bielefeld: Transcript Verlag, 2002.
- (2.) Rempel, John K. & Holmes, John G.: *Trust in close relationships*. In Clyde Hendrick u. Susan S. Hendrick (Hrsg.): *Close relationships: Review of personality and social psychology*, Sage: Newburg Park, 1989, S. 187-220.
- (3.) Simmel, Georg: *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Gesamtausgabe, Band 11, herausgegeben von Otthein Rammstedt, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1992 (1908).
- (4.) Wiedenmann, Rainer E.: *Treue und Loyalität im Prozess gesellschaftlichen Wandels*. In: Nikolaus Buschmann und Karl Borromäus Murr (Hrsg.): *Treue. Politische Loyalität und militärische Gefolgschaft in der Moderne*, Göttingen 2008, S. 36-74.



Prof.in Dr. Kerstin Schlögl-Flierl Priorisierung im Gesundheitswesen – moraltheologisch geboten?

Die Güter und Ressourcen dieser Erde sind begrenzt. Vor allen in den Bereichen, wo es um die Gesundheit geht, also um ein Grundgut für den Menschen und sein Überleben, würde man sich eine unbegrenzte Verfügbarkeit wünschen. Aber auch hier sind die Güter begrenzt, da der Bereich Gesundheit mit anderen wie Bildung usw. um das an sich limitierte Budget konkurriert.



Umso wichtiger ist es, eine Priorisierung (Vorzug geben) in dieser Ressourcenknappheit vorzunehmen. Aber nach welchen Kriterien soll priorisiert, diesem oder jenem der Vorzug gegeben werden? Nach einem ersten medizinethischen und einem gesundheitsökonomischen Blick auf das Thema der Priorisierung soll in diesem Beitrag eine theologisch-ethische bzw. moraltheologische Perspektive vorgestellt werden. Um die nicht zu verschweigende Schwierigkeit auf den Punkt zu bringen, werfe ich die These von einer moraltheologischen Gebotenheit einer Priorisierung auf.

Hierbei ist nicht an einer Begriffsdefinition (Punkt 1) vorbeizukommen. In einem zweiten Schritt soll die grundlegende Herangehensweise reflektiert werden (Punkt 2). Um in einer theologischen Arbeit auch aus den Vorgaben des kirchlichen Lehramtes Einsichten zu gewinnen, wird ein Blick auf Dokumente solcher Provenienz geworfen (Punkt 3). Für eine theologische Ethikerin ist es dann angezeigt, sich aus einer eigenen Positionierung heraus dem Thema zu nähern. Dies geschieht im Sinne der Habilitationsschrift des Kollegen Alexis

Fritz aus der Perspektive der Bedürfnisorientierung heraus (Punkt 4). Die Triage als illustrierendes Beispiel in Punkt 5 soll noch einmal den Blick schärfen für die Komplexität einer Priorisierung. Lernen lässt sich dabei, dass hinter einer formal ausgerichteten Priorisierung eine oder mehrere Wertentscheidungen inhaltlicher Natur stehen.

1. BEGRIFFSDEFINITIONEN

Sich in diesem Feld Überblick zu verschaffen angesichts nicht immer einfacher Begrifflichkeiten und deren Verwendung, kann nur gelingen, wenn präzise zwischen Priorisierung und deren verschiedene Arten wie auch Rationierung unterschieden wird. Dies in herausragender Weise geleistet hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer in ihrem Papier zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom September 2007.

„Die ZEKO versteht unter Priorisierung die ausdrückliche Festlegung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen.“ Es geht um eine kriterial festgelegte Vorrangigkeit, welche in vertikaler Hinsicht als auch in horizontaler erfolgen kann. Vertikal läuft es innerhalb eines abgegrenzten Versorgungsbereichs (z.B. Herzkrankheiten und ihre Versorgung) ab, wohingegen – horizontal betrachtet – unterschiedliche Krankheits- und Krankengruppen wie Versorgungsziele priorisiert werden.

Oft wird Priorisierung mit Rationierung verwechselt bzw. begegnet umgekehrt Rationierung unter dem Deckmantel der Priorisierung. Rationierung ist dabei laut ZEKO zu verstehen als das (temporäre oder dauerhafte) Verweigern von eigentlich medizinisch notwendigen oder mindestens nützlichen Versorgungsleistungen aus Knappheitsgründen. Priorisierung als solche führt nicht zwangsläufig zur Rationierung.

Noch eine dritte Form sei erwähnt, die Rationalisierung, das heißt die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Damit ist zum einen die Verbesserung des bisherigen Ergebnisses mit einer gegebenen Ressourcenmenge gemeint (Maximalprinzip) oder auch bei geringerem Ressourceneinsatz ein definiertes Ergebnis zu erreichen (Minimalprinzip). Es geht bei einer Priorisierung vor allem darum, der Gerechtigkeit als entscheidungsleitendem Prinzip zu entsprechen. Deswegen wird schon bei der Auswahl der Kriterien auf Gerechtigkeit geachtet. Formale Kriterien, die diesem Gerechtigkeitsanspruch genügen, sind Transparenz, ausreichende Begründung, möglichst Evidenzbasierung, Konsistenz, Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten, wirksamer Rechtsschutz und Regulierung.

Dazu gibt es noch weitere Unterscheidungen, die wichtig sind, wie harte und weiche Rationierung. Bei ersterer ist kein Zukauf von Leistungen erlaubt (vgl. Verbot des Organhandels), bei zweiterer ist der Zukauf medizinischer Leistungen grundsätzlich möglich. Wenn Rationierungskriterien genannt und die Entscheidungen dann auch mitgeteilt werden, handelt es sich um eine offene Rationierung. Verdeckt wäre sie, wenn ärztliche Leistungsbeschränkungen erfolgen und Budgetlimitierungen zwar vorhanden sind, aber nicht an das medizinische Personal sowie die Öffentlichkeit (und damit an die Patientinnen und Patienten) kommuniziert werden.

Aus diesen Differenzierungen bei der Rationierung könnten dann auch Vorschriften für die Priorisierung gezogen werden. Sie solle z.B. offen und weich erfolgen. Vor allem interessieren die inhaltlichen Kriterien, die im Bereich der Gesundheitsversorgung im besten Fall medizinische sind. Als Erstes wird meist medizinische Dringlichkeit genannt. Ein weiteres Kriterium ist jenes der Kosteneffektivität. Was nun genau wie und nach welchen Kriterien priorisiert wird, ist Gegenstand der Betrachtung grundlegender Herangehensweisen zum Thema.

2. GRUNDLEGENDE HERANGEHENSWEISE UND NORMATIVE PFLÖCKE

„Sollen Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention einen Vorrang gegenüber sehr teuren Behandlungsmaßnahmen für einzelne Patienten genießen? Oder sollen vorgeburtliche Vorsorgemaßnahmen gegenüber sogenannter High-Tech-Medizin am Lebensende vorgezogen werden? [...] Welche von den nützlichen Maßnahmen, die uns die moderne Medizin einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stellt, sollen solidarisch, das heißt durch die GKV finanziert werden?“ Mit diesem Zitat von Georg Marckmann wird illustriert, welche (inhaltlichen) Richtungsentscheidungen mit einer (formalen) Priorisierung verbunden sind. Ist Vorsorge wichtiger als akute Behandlung, sollen vielen oder nur wenigen die Leistungen ermöglicht werden? Was davon wird Standard, also Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung? Was bleibt oder wird eine individuell zu zahlende Gesundheitsleistung, die nicht vom Solidaritätsfonds abgedeckt ist?

Geht man hier in die Tiefe, erkennt man, dass sich hinter der Prozedur einer Priorisierung zwar keine Abwertung oder Verweigerung im strengen Sinn, also Rationierung, verbirgt, aber auf jeden Fall sind es Wertentscheidungen. Fragen der Gerechtigkeit verbinden sich hier mit Fragen des guten Lebens. Welche Vorstellungen des guten Lebens herrschen vor? Was ist medizinisch notwendig? Soll eher in Prävention investiert werden? Oder mehr in neue Krebstherapien? Oder in andere Heilmethoden?

Weitestgehender Konsens ist dabei, dass der Schweregrad einer Krankheit die Dringlichkeit bedingt und also eine gewisse Priorisierung nach sich zieht. Ebenso steht die Effektivität einer Maßnahme für das Wohl der Patientinnen und Patienten im Fokus einer Priorisierung. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive wird dazu die Frage der Kosten genannt.

Aber es kommen auch evaluative Entscheidungskriterien hinzu, die sich beispielsweise auf die Menschenwürde beziehen. Daraus wird ein Verbot der Altersrationierung abgeleitet. Bedarfs-, Solidaritäts- und Verantwortungsfragen ergeben sich ebenso. Welche Bedarfe haben welche Berechtigung, wenn

z.B. wenig Verantwortung für die gesundheitliche Vorsorge übernommen wurde? Will unser Gesundheitssystem allen helfen ohne Ansehen eigener individueller oder auch familiärer Hintergründe?

Der Deutsche Ethikrat hat sich hierzu grundlegend geäußert: Die Prinzipien der Menschenwürde und Grundrechte erfordern durch Rechte gesicherten Zugang jeder Bürgerin und jedes Bürgers zu angemessener Gesundheitsversorgung. Diese Rechte dürfen nicht hinter etwaige Erwägungen zur Steigerung des kollektiven Nutzens zurückgestellt werden. Ein errechneter und sozioökonomischer Wert von Individuen oder Gruppen darf nicht Grundlage von Verteilungsentscheidungen sein.

Zwischen den Interessen aller und dem oft dringenden oder auch schon lange bekannten Interessen der Einzelnen besteht aber nicht selten ein Spannungsverhältnis. Warum ist diese oder jene Leistung selbst zu bezahlen und wird nicht von der Krankenkasse übernommen? Wie ist diese Priorisierung, die schlussendlich in eine Rationierung für den Einzelnen mündet, zu begründen? Hier geht es also vor allem um die Offenlegung von Gründen, wie es auch Weyma Lübke in ihrem Sondervotum zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrates dargelegt hat: „Wenn man solche Leistungsbegrenzungen öffentlich vertritt, ist es nicht nur ‚politisch‘, sondern auch in der Sache nicht korrekt zu sagen, die Leistungen seien aus gesellschaftlicher Sicht ihren Preis ‚nicht wert‘. Man muss vielmehr plausibel machen, dass es angesichts der knappen Mittel ungerecht wäre, den Versicherten einen Anspruch auf diese Leistungen zuzugestehen.“ Es soll also die Gerechtigkeitsfrage bei der Begründung im Vordergrund stehen und als solche verständlich gemacht werden.

Bestehen bleibt aber trotzdem der Konflikt zwischen individuellen Interessen und Plänen und kollektiven und strukturellen Interessen. „Das paternalistische Element einer Priorisierung begründet sich aus einer Verantwortung für das Wohl aller Schutzbefohlenen.“ Priorisierung geschieht nicht in einem Versorgungsvakuum, sondern unterschiedlichste Interessen und Versorgungswirklichkeiten müssen abgewogen werden. Leitend ist dabei die Kategorie des

Versorgungsbedarfs (needs), die zu unterscheiden ist von der Nachfrage, der aktuellen Versorgung und dem Angebot. Ebenso zu berücksichtigen ist die Wirksamkeit einer Maßnahme.

3. UNIVERSALKIRCHLICHE AUSSAGEN DER KATHOLISCHEN KIRCHE

Weil wertende Kriterien stets mithineinkommen, stellt sich die Frage nach den Werten und Prinzipien, die hinter solchen Entscheidungen stehen. Dies lässt in einer theologischen Betrachtung die Frage nach den diesbezüglichen Leitvorstellungen von Seiten der Katholischen Kirche aufkommen.

In Samaritanus bonus, einem Schreiben der Glaubenskongregation, wird die Sorge um Gesundheit als Ausdruck der Achtung der Würde des Menschen betrachtet. Aber die Frage nach der Priorisierung kommt als strukturell inhaltlich zu stellende Frage nicht vor, sondern vielmehr Prioritätensetzung im Umgang mit den vielfältigen Herausforderungen: „Die psychologische und spirituelle Betreuung des Patienten während des ganzen Krankheitsverlaufs muss für pastorale Mitarbeiter und Gesundheitspersonal eine Priorität sein, und sie müssen darauf achten, den Patienten und seine Familie in den Mittelpunkt zu stellen.“ (Nr. 12) Da es im genannten Schreiben vor allem um die Palliativversorgung geht, wird eine christliche Akzentsetzung angestrebt: z.B. eine spirituelle Betreuung als wesentlicher Bestandteil (vgl. Nr. 12). Die fortschreitende Entwicklung biomedizinischer Technologien stimmt hoffnungsfroh, so dass auch die Katholische Kirche darin positives Potential sieht, das jedoch dem integralen Wohl des Lebens und der Würde jedes Menschen dienen soll.

Nicht zur Priorisierung, sondern dezidiert zum Thema der Rationierung hat sich die Deutsche Bischofskonferenz geäußert. Die deutschen Bischöfe schreiben: Um die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems zu gewährleisten, ist außerdem eine Diskussion über den Leistungsumfang innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung angezeigt. Hierbei heranzuziehende Kriterien zur Leistungsbestimmung sind: Individuelle Tragbarkeit, Beeinflussbarkeit des Risikos, Konsumnähe und Wirksamkeit. Dies bezieht sich aber sehr konkret auf die Leistungsbemessung der Versorgung.

Der bereits genannte Kollege Alexis Fritz hat das Feld dieser Prioritätensetzungen untersucht und für den theologischen Bereich folgende Wertsetzungen destilliert: Leben in Würde und die Unverfügbarkeit des Lebens, ganzheitliche Sicht auf die Person und ihre Gesundheit, die Funktion des Schmerzes und schmerzstillender Mittel und das Sterben als Leben bis zum natürlichen Ende. Besonders hervorzuheben ist in der theologischen und lehramtlichen Auseinandersetzung die Bedürfnisorientierung bei der Priorisierung, auf die nun in einem eigenen Punkt gesondert eingegangen werden soll.

4. BEDÜRFNISORIENTIERUNG

In vielen europäischen Ländern (Norwegen, Schweden, den Niederlanden, Finnland, Dänemark und England) wurden bereits Verfahren und Kriterien zur Prioritätensetzung in der medizinischen Gesundheitsversorgung entwickelt. Vor allem die öffentliche Diskussion zu den Kriterien der Priorisierung war und ist bedeutend. Dabei hat der Bedürfnisbegriff eine sehr große Rolle gespielt.

Alexis Fritz hat diese große Rolle auch für die theologisch-ethische Reflexion konstatiert: zur Lösung der Verteilungsproblematik in der Gesundheitsversorgung wird er ebenso als zentral angesehen. Aber es sind konzeptionelle und semantische Unsicherheiten damit verbunden: „Dessen Bezeichnung kann – auch innerhalb eines Aufsatzes – zwischen Bedürfnis, Bedürftigkeit und Bedarf wechseln.“

Was ist also genau damit gemeint? Und warum wird die Bedürfnisorientierung so oft nach vorne gebracht? „Die Attraktivität der Bedürfniskategorie beruht im Wesentlichen auf ihrer Funktion als Brückenbegriff. Der Begriff umgrenzt einen Ort, an dem alltägliche Erfahrungen, empirische Erkenntnisse und eine ethische Reflexion gleichermaßen anknüpfen können.“ Der Begriff ist also lebensweltlich verankert. Es kann sehr schnell damit an alltägliche Erfahrungen angeknüpft werden, aber ebenso mit ihm empirische Ergebnisse eingeholt werden. In Normalzeiten erscheint eine solche Bedürfnisorientierung deshalb sehr plausibel.

5. TRIAGE

Besonders strittig waren Fragen der Priorisierung und vielmehr Rationierung in Zeiten der Corona-Pandemie. Die Triage stellt hier ein Verfahren der Schadensbegrenzung dar. Die Lage hatte sich zugespitzt und ein ‚Volllaufen‘ der Intensivstationen in Deutschland wurde befürchtet. Es stelle sich große Verunsicherung ein, denn eine öffentliche Diskussion über Priorisierung hat in Deutschland zuvor kaum stattgefunden und angesichts der unsicheren Situation in der Corona-Pandemie ging es sogleich um Rationierung in einer Ausnahmesituation.

Die Vereinigung der Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner hatte in ihren Leitlinien sowohl den Schweregrad der Erkrankung, aber zusätzlich auch die klinische Erfolgsaussicht herausgestellt. Dies hat eine Veränderung der Krieteriologie bedeutet: von der Dringlichkeit zur Erfolgsaussicht.

In einem Forum Bioethik des Deutschen Ethikrates wurde noch in der laufenden Pandemie über die Kriterien diskutiert. „Die Krieteriologie in der Ethik der Triage hat also primär das Ziel, Hilfe möglichst auf diejenigen zu konzentrieren, bei denen die Hilfe am besten hilft.“ stellte der Ethiker Christoph Rehmann-Sutter fest.

Vom Leiter der Notaufnahme des Universitätsklinikums Augsburg, Markus Wehler, kamen grundlegende normative Feststellungen: „Es gehe dabei nicht um die Frage, welches Leben mehr wert sein, sondern wie die vorhandenen Ressourcen bestmöglich eingesetzt werden können. Das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht habe dabei zu Irritationen geführt, da darunter schnell die Frage nach dem Biologischen Alter, dem Geschlecht, einer chronischen Krankheit oder auch einer Behinderung versteckt mit hineinkommen könnte.“

Für Wehler ist diese klinische Erfolgsaussicht als medizinisches Kriterium zu verstehen, das die Überlebenschance hilft einzuschätzen (mit Hilfe der aktuellen Erkrankung und möglichen Komorbiditäten). Damit sind keine Werturteile über die Betroffenen verbunden, sondern eine Bewertung von

Behandlungschancen steht im Vordergrund. Ziel sollte dabei sein, möglichst viele Menschenleben zu retten und die Todesfälle zu reduzieren.

Schluss: Priorisierung als moraltheologisch geboten?!

Nach allen medizinischen und theologischen Befunden soll nun abschließend ein moraltheologischer Blick auf die Priorisierung geworfen werden. Moraltheologisch gefordert ist auf jeden Fall ein öffentlicher Partizipationsprozess und eine gesellschaftliche Aufklärung zu diesem Thema. Es sollte keine verdeckte Priorisierung geben, die aber schon durch zwei unterschiedliche Versicherungsmodelle (Private und Gesetzliche Krankenversicherung) de facto existiert. Unbedingt eingehalten werden muss die Beachtung des Prinzips der Menschenwürde: d.h. alles, was eine Diskriminierung bedeutet, muss an Priorisierung unterlassen werden. Wenn die Ressourcen begrenzt sind, ist es moraltheologisch geboten, auch diese Knappheit anzugehen. Aber die dafür herangezogenen Kriterien dürfen keinesfalls Rassismus, Klassismus usw. Vorschub leisten. Soweit es möglich ist, sollen es rein medizinische Kriterien sein, die in ihren Wirkungen und Folgen keine Diskriminierung nach sich ziehen.

Dieses Festhalten an medizinischen Kriterien soll aber nicht den Eindruck erwecken, es seien damit keine evaluativen Entscheidungen verbunden, sondern es muss klar und offen dargelegt werden, welches Menschenbild mit welchen Kriterien nach vorne gebracht wird. Geht es eher um die Optimierung des Menschen, sei es selbst gewollt oder fremd induziert, werden andere Maßstäbe angelegt, als wenn ohne Ansehen der Person jedem und jeder die angemessene Behandlung zur Verfügung gestellt wird. Hierüber müsste gesellschaftlich Rechnung abgelegt werden. Vor allem sollte darauf geachtet werden, dass vulnerable Gruppen, etwa Menschen mit chronischen Erkrankungen, nicht benachteiligt werden.

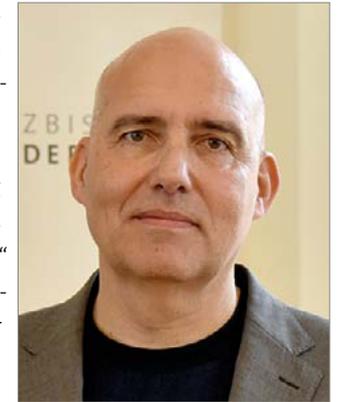
LITERATUR:

Fritz, Alexis: Der Anspruch der Bedürfnisse. Gerechte Prioritätensetzung im Gesundheitswesen (Studien zur theologischen Ethik, Bd. 149), 2017.



Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel Gesundheit als soziales Fundament der Demokratie

Die Bedeutung der Gesundheit als Ausgangspunkt der Überlegung, was zur Stabilität und Funktionsfähigkeit einer Gesellschaft beiträgt, fällt mit dessen Eigenschaft als besonderes transzendentes oder konditionales Gut zusammen. Was in ähnlicher Weise für die Güter Freiheit, Frieden und Gerechtigkeit gilt, gilt auch für die Gesundheit, nämlich, dass diese Güter die Bedingung der Möglichkeit der Realisierung aller anderen Güter in sich tragen. Das, was im Allgemeinen unter einem „guten Leben“ verstanden wird oder zu dessen Gelingen notwendig ist, kann ohne transzendente Güter nur schwer erreicht werden. Somit kann eine Gesellschaft, die es versäumt, angemessene Maßnahmen zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung mit konditionalen Grundgütern zu treffen, vor erheblichen Herausforderungen stehen, da ihr ein stabilisierendes Fundament fehlt. An dieser Stelle sei in Bezug auf die Gesundheit zu beachten, dass, während der Einzelne durch sein eigenes Verhalten und Entscheidungen zur Erhaltung seiner Gesundheit beitragen kann, die Sicherstellung und Organisation der Gesundheitsversorgung eine gemeinschaftliche Verantwortung darstellt. Aus diesem Grund bedarf es gesellschaftlicher Regelungen – darunter adäquater gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung – welche die Bereitstellung und Sicherung von konditionalen Grundgütern sicherstellen.



Die Organisation der Gesundheitsversorgung basiert auf den Grundprinzipien der Solidarität und Subsidiarität. Hierbei hat sich insbesondere die Solidarität als das grundlegende Prinzip der deutschen Sozialversicherung etabliert. Die institutionellen Grundlagen wurden früh gelegt und haben sich über die verschiedenen politischen Systeme in Deutschland hinweg

erhalten: angefangen von der Monarchie im Kaiserreich bis hin zur heutigen sozialen Marktwirtschaft. Die Bedeutung eines solidarischen Versicherungssystems, welches zur Stabilität der Gesellschaft und Förderung des sozialen Zusammenhalts beiträgt, wurde bereits durch Otto von Bismarck bei der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung erkannt. Auch in den weiteren Entwicklungen der sozialen Systeme blieb die Solidarität ein zentrales Element. Ein wesentliches Merkmal dieser Solidarität ist, dass sie auf der freiwilligen Entscheidung des Einzelnen zur Gemeinschaft beruht, und daher nur begrenzt vorgeschrieben werden kann. Somit kann in einer demokratischen Gesellschaft die Solidarität als Orientierungsmodell zwischen Kollektivismus und Liberalismus positioniert werden. In der Verbindung mit dem Subsidiaritätsprinzip, d.h. die Organisation und Übernahme von Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Gesundheitssystem erfolgen auf der niedrigstmöglichen Ebene, um so den Bedürfnissen und Umständen der Betroffenen am besten gerecht zu werden, wird auch Raum für karitatives und gemeinschaftliches Engagement geschaffen. Der Sicherstellung der Gesundheit wird in der deutschen Verfassung Rechnung getragen, die das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie die Unverletzlichkeit der Person festlegt (Art. 2 GG). Darüber hinaus betont die Verfassung das Streben nach Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen, welches eng mit der Idee fairer Chancengleichheit und einem gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten verbunden ist.

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem an objektiven Indikatoren gemessen zu den besten weltweit gehört, zeigt eine Analyse der aktuellen Situation einige Disparitäten auf:

- Bisweilen kann unabhängig vom Wohnort ein gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsleistungen und eine leistungsgerechte Verteilung knapper Ressourcen nicht ausreichend gewährleistet werden.
- Ebenso können vulnerable Gruppen, die sich durch spezifische Alters-, Bildungs- oder Einkommensmerkmale auszeichnen, den Zugang in das offene Versorgungsangebot unzureichend empfinden. Auch die Schere bei der Lebenserwartung weitet sich folglich.

- Es gestaltet sich zunehmend unklarer, ob die Struktur und Organisation des deutschen Gesundheitssystems resilient und stabil genug ist, um ihre normativen Zielkriterien langfristig zu erfüllen.

Die durch die Disparitäten entstehenden Herausforderungen bekommen vor allem im Hinblick auf Innovationskraft und -potential in der modernen Medizin eine gesteigerte Bedeutung. Die Entwicklungen des medizinisch-technischen Fortschritts, wie in der Transplantationsmedizin, der personalisierten Medizin oder den Anwendungen der Künstlichen Intelligenz, eröffnen neue Potentiale für Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten insbesondere auch für vulnerable Gruppen. Die zuvor aufgeworfenen Fragen zur Zugänglichkeit und Partizipationsmöglichkeiten am Gesundheitssystem erfahren hier eine ständige Reflektion und Anpassung des solidarisch-finanzierbaren Möglichen. Die sich hieraus ergebenden notwendigen Entscheidungen, wie die Gesundheitsversorgung organisiert und bereitgestellt wird, als auch deren zusammenhängende Verteilung von Ressourcen und Chancen in der Gesellschaft, werden auf individueller (Mikro), institutioneller (Meso) und politischer (Makro) Ebene beeinflusst. Dabei nehmen vor allem die Beziehung zwischen Arzt und Patient sowie die Selbstverwaltung in der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle ein.

Aufgrund seiner Komplexität und Dynamik kann eine Analyse des Gesundheitswesens mehrere Perspektiven erfordern: z.B. individuell, ökonomisch, sozial oder anthropologisch. Auch wenn unterschiedliche Perspektiven oder Rationalitäten zusammen ein umfassendes Verständnis schaffen können, kann mitunter durch die Verselbstständigung, Verabsolutierung oder normative Überhöhung einzelner Rationalitäten der Blick zu sehr verengt werden. Bei den in den letzten Jahren stattfindenden Diskussionen um die Zielausrichtungen der Gesundheitsversorgung schien die Tendenz zur Orientierung an der ökonomischen Rationalität im Allgemeinen überbewertet. Allerdings sei hier anzumerken, dass wirtschaftliche Ziele an sich als „unmenschlich“ abzulehnen von einem inakzeptablen Verständnis von Ökonomie spricht. So gehört ein verantwortungsvoller Umgang mit knappen Ressourcen zum integralen Bestandteil der Ethik und einer ärztlich verstandenen Berufsphilosophie.

An dem hier anknüpfenden Gefüge von Gesundheit und Gerechtigkeit kann die Bedeutung der Wissenschaft und Forschung für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung herausgestellt werden. Dabei sind auch staatliche Unterstützung und Förderung entscheidend, um sicherzustellen, dass der medizinische Fortschritt den Bedürfnissen der Gesellschaft gerecht wird, als auch vulnerable Gruppen am medizinisch-technischen Fortschritt partizipieren können (z.B. Herstellung einer ausgleichenden Gerechtigkeit bei der Förderung der Forschung an seltenen Erkrankungen). Die Übereinstimmung von gemeinsamen Werten sowohl in der Gesundheitsversorgung und Gesellschaft wie Überprüfbarkeit, Verlässlichkeit, Offenheit, Redlichkeit und Innovation, sind hier maßgebend für eine passgenaue Zusammenführung normativer Zielvorgaben. Sie tragen dazu bei, das Vertrauen der Öffentlichkeit in das Gesundheitssystem zu stärken und eine verantwortungsvolle, transparente Praxis zu fördern.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass Gesundheit und damit auch Gesundheitsversorgung zu den zentralen Elementen des Gemeinschaftsgefüges gehören und die Grundvoraussetzung für die individuelle Lebensrealisierung als auch eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren einer Gesellschaft darstellen. Grundlegend fördert dabei eine demokratische Struktur einen Aufbau von Vertrauen und eine Anpassung der Gesundheitsversorgungsstrukturen an die Bedürfnisse in der Bevölkerung. Der Grundgedanke der Sozialversicherung deutscher Prägung, der über Solidarität und Subsidiarität diese in individueller Verantwortung gemeinschaftsbildend organisiert, bildet sich dort geradezu idealtypisch in einem demokratischen Gemeinwesen ab, wo Gerechtigkeit im Sinne von Teilhabe neben Freiheit, Frieden und Sicherheit im Mittelpunkt der Verfassung steht. Gerechtigkeit wird hier zum Ausdruck der Umsetzung der Würde des Einzelnen und stellt ein Spiegelbild zur Gesundheitsversorgung her.



Die Referierenden:

DIÖZESANADMINISTRATOR MSGR. MICHAEL BREDECK, DR. THEOL.

Geboren 1971 in Dortmund; Studium der Philosophie und Katholischen Theologie in Paderborn und Rom, Priesterweihe 1996 in Rom. Anschließend als Vikar in Dortmund und Schwerte tätig; parallel dazu von 2003 bis 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Theologischen Fakultät Paderborn und 2006 Promotion zum Dr. theol. Weitere berufliche Stationen in der Priesterfortbildung des Erzbistums Paderborn und als Leiter der Diözesanstelle Berufungspastoral. 2011 von Papst Benedikt zum Päpstlichen Ehrenkaplan ernannt. Langjährige Verantwortung für die Prozesse der Bistumsentwicklung; seit 2021 Leitung des Bereichs Pastorale Dienste im Erzbischöflichen Generalvikariat und Ernennung zum Domkapitular. Im Oktober 2022 vom Domkapitel zum Diözesanadministrator gewählt, zudem Berater der Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz. Seit März 2024 Generalvikar des Erzbistums Paderborn.

GIOVANNI MAIO, PROF. DR. MED.

Geboren 1964 in San Fele, Italien. Studium der Philosophie und Medizin in Freiburg i.Br., Strassburg und Hagen. Nach fünfjähriger klinisch-internistischer Tätigkeit und sechsjähriger wissenschaftlicher Assistentenzeit in Aachen und Lübeck 2000 Habilitation für Ethik in der Medizin an der Universität zu Lübeck. 2002 Berufung in die Zentrale Ethik-Kommission für Stammzellforschung durch die Bundesregierung. Seit 2005 Professor für Bioethik und Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Direktoriumsmitglied des Interdisziplinären Ethik-Zentrums Freiburg und Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin. Mitglied im Ethik-Beirat der Malteser Träger Gesellschaft; Mitglied im Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer. Auszeichnung 2023 mit dem „Deutschen Schmerzpreis“.

KERSTIN SCHLÖGL-FLIERL, PROF. IN DR. THEOL.

Studium der Fächerkombination Deutsch und Katholische Religionslehre an der Universität Regensburg und der Päpstlichen Universität Gregoriana in Rom. 2004 „Visiting scholar“ am Boston College (USA) und bis 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Moralthologie der Universität Regensburg; 2006 Promotion zum Dr. theol. und im Anschluss bis 2015 Akademische Rätin. Habilitation 2014 an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Regensburg und seit 2015 Inhaberin des Lehrstuhls für Moralthologie an der Universität Augsburg. Mitgliedschaft in zahlreichen Wissenschaftlichen Gesellschaften und Gremien, u. a. in der European Society of Catholic Theology und der Societas Ethica, im Deutschen Ethikrat und dem wissenschaftlichen Beirat der „Zeitschrift für medizinische Ethik“. Seit 2023 Korrespondierendes Mitglied der Päpstlichen Akademie für das Leben.

ECKHARD NAGEL, PROF. DR. DR. MED. HABIL. DR. PHIL. DR. THEOL. H.C.

Geboren 1960 in Hannover; Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und der University of Vermont (USA), Promotion 1987 an der Medizinischen Hochschule Hannover. Hier Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent und später als Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie. 1995 zusätzlich Promotion in Philosophie an der Universität Hannover. Seit 1999 Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth und seit 2001 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG). Mitgliedschaften in einer Vielzahl nationaler und internationaler Gremien, u.a. im Deutschen Ethikrat von 2008 bis 2016, im Aufsichtsrat der Charité Universitätsmedizin Berlin 2015-2020 und seit 2018 Vorstandsvorsitzender der Bayreuther Akademie für Gesundheitswissenschaften.



IMPRESSUM

HERAUSGEGEBEN VON

Erzbistum Paderborn

Körperschaft des öffentlichen Rechts

vertreten durch

Msgr. Dr. Michael Bredeck, Generalvikar

Prälat Thomas Dornseifer, Generalvikar

Erzbischöfliches Generalvikariat

Bereich Pastorale Dienste

Domplatz 3 | 33098 Paderborn

REDAKTION

Dr. Werner Sosna, 05251 121-434

werner.sosna@erzbistum-paderborn.de

GESTALTUNG

Pigmente Momente, Paderborn

FOTOS

Shutterstock: Tylor Olson | Pop Tika

iStock: rawpixel

Adobe Stock: wavebreakmediamicro |

Robert Kneschke

Thomas Throenle | Erzbistum Paderborn