

Vorrang hat die Hilfe für Menschen in Not

Kommentar zum Beitrag von Weyma Lübke



Markus Zimmermann

In ihrem Diskussionsbeitrag „Rule of Rescue vs. Rettung statistischer Leben“ (Lübke 2017) beleuchtet, analysiert und widerlegt die Regensburger Philosophin Weyma Lübke die These, die *Rule of Rescue* – also die etablierte und gemeinhin anerkannte Praxis, zur Rettung akut bedrohter Menschenleben mitunter sehr kostspielige Rettungsmaßnahmen zu ergreifen – wirke sich diskriminierend auf statistische Leben aus. Die argumentative Auseinandersetzung findet gleichsam auf zwei Ebenen statt:

- Zunächst einmal verdanken sich die Argumente, welche zur Ablehnung oder zumindest skeptischen Beurteilung der *Rule of Rescue* vorgetragen werden, ethischen *Folgenüberlegungen*, sind also konsequentialistisch oder Output-orientiert: Mit denselben Mitteln, die für die Rettung weniger Menschen eingesetzt werden, könnten bei einer anderen, effizienteren Ressourcenverteilung und unter Verzicht auf teure Rettungsmaßnahmen unter Umständen sehr viel mehr Leiden gelindert oder

Weyma Lübke betont zu Recht, dass identifizierbare Kranke, die einen Arzt um Hilfe bitten, nicht vergleichbar sind mit statistischen Menschenleben. Ebenso nachvollziehbar ist ihre Betonung der Zurechenbarkeit von Handlungen und Unterlassungen. Der Grundsatz schließlich, der Medizin gehe es primär um die Hilfe für medizinisch Bedürftige und nicht um die Produktion von möglichst viel Gesundheit, ist auch aus Sicht der christlichen Sozialethik einleuchtend. Insofern ihr Beitrag von den allokaationsethischen Theorie- und Begründungsdiskursen geprägt ist, geraten aktuelle gesellschaftspolitische Herausforderungen weniger in den Blick, wie an Beispielen aufgezeigt wird. Das Kriterium der Kosteneffektivität medizinischer Maßnahmen dürfte in den Verteilungsdebatten de facto weniger weiterhelfen, als es heute von Vielen erwartet wird.

Menschenleben gerettet werden. Insofern geht es um den klassischen Streit zwischen ethischen Deontologen (an Pflichten orientiert) und Konsequentialisten bzw. Utilitaristen (am Nutzen orientiert), konkret um die Frage, ob die Anzahl der bei einer Handlung oder Unterlassung auf dem Spiel stehenden Menschenleben bzw. die Quantität des verhinderten Leidens ethisch zählen oder relevant sind.

- Darüber hinaus und auf einer anderen Ebene ergänzen die von Weyma Lübke zitierten Skeptiker gegenüber der Anwendungspraxis der *Rule of Rescue* ihre Argumente um den Vorwurf der *Diskriminierung*. Unter Diskriminierung wird

gewöhnlich eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung verstanden. Es handelt sich somit – erkennbar am Vorwurf der Ungerechtigkeit – um eine grundsätzlich deontologische Denkfigur. Die Deontologen sollen hier offensichtlich mit ihren eigenen Argumenten widerlegt werden, indem behauptet wird, mit Blick auf die Praxis der *Rule of Rescue* bestehe ein Problem nicht alleine in der fehlenden Kosteneffektivität der ergriffenen Maßnahmen, sondern ihre Anwendung sei darüber hinaus auch aus Gerechtigkeitsgründen problematisch, weil nämlich gewisse Menschen durch sie ungerechtfertigt ungleich behandelt, also diskriminiert würden.

Recht auf Hilfe in Notlagen

Weyma Lübke geht in ihrer Kritik auf beide Ebenen der Argumentation ein. Sie hält einen reinen Konsequentialismus unter anderem mit Hinweis auf die etablierte und weithin anerkannte

Praxis der *Rule of Rescue* für verfehlt und widerlegt den Diskriminierungsvorwurf gegenüber statistischen Leben als eine unbegründete Behauptung. Dabei greift sie auf Beispiele aus unter-

schiedlichen Lebenswelten zurück, eingehen möchte ich im Folgenden ausschließlich auf diejenigen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung.

- Zunächst betont die Autorin völlig zu Recht, dass *identifizierbare Kranke*, die sich an einen Arzt wenden und diesen um Hilfe bitten, nicht vergleichbar seien mit *statistischen Menschenleben*, also Menschen, die de facto niemand kennt. Den Ärzten stünden tatsächliche Patienten vor Augen, während „Finanzierungsentscheider“ sich mit Überlebensstatistiken und der Kosteneffektivität einzelner Maßnahmen befassen. „Statistische Menschen gibt es nicht“, schreibt sie, irgendeinen Menschen könne man nicht diskriminieren, sondern nur ein konkretes Gegenüber. Handlungen und

Unterlassungen, die sich auf die eine oder andere Weise statistisch auswirkten, seien nicht zurechenbar, ließen sich nicht auf eine konkrete Entscheidung eines Menschen zurückführen. Damit unterstreicht sie, dass der Vorwurf der Diskriminierung der Existenz eines Diskriminators bedarf, also eines Menschen, der andere ungerechtfertigter Weise ungleich behandelt, was mit Blick auf eine Benachteiligung statistischer Menschenleben offensichtlich nicht der Fall ist.

- In dieser *persönlichen Zurechenbarkeit* oder Verantwortlichkeit, die bei der Berücksichtigung statistischer Leben nicht gegeben sei, komme zudem Menschlichkeit und die Sorge umeinander konkret zum Ausdruck.

auch des Gerechtigkeitsprinzips abzulehnen wären.

Grundsätzliche Zustimmung

Auch wenn in dem kurzen Text nicht alle Fragen beantwortet werden, kann ich den Argumenten Weyma Lübkes gut folgen. Ähnlich wie viele Ansätze christlicher Ethik, die die Achtung der Menschenwürde betonen und primär deontologisch ansetzen, ist ihre Argumentation geprägt von

- der Berücksichtigung konkreter menschlicher Entscheidungssituationen und skeptisch gegenüber abstrakten Folgenüberlegungen,
- einem Ernstnehmen realer menschlicher Begegnungen und Beziehungen sowie von Ablehnung gegenüber der Gewichtung lediglich statistisch erfassbarer Menschenleben,
- der Betonung persönlicher Verantwortlichkeit bzw. Zurechenbarkeit von Handlungen und zurückhaltend gegenüber Folgen von Mechanismen, strukturell oder systemisch bedingten Abläufen,
- der ethischen Relevanz des spontanen menschlichen Impulses, Menschen in Not, wann immer möglich, zu helfen, und abweisend gegenüber unpersönlichen utilitaristischen Maximierungsstrategien,
- einer differenzierten Herangehensweise bei der Bestimmung medizinischer Bedürftigkeit sterbender Patienten und realistisch mit Blick auf die Anerkennung der Grenzen ärztlicher Handlungsmöglichkeiten und der grundsätzlich vorgegebenen Endlichkeit menschlichen Lebens.

Die karitative Funktion der Medizin

Ausgehend vom Grundsatz, dass es in der Medizin primär um die Hilfe für medizinisch Bedürftige gehe – sie nennt dies die *karitative Funktion* des medizinischen Sektors – und nicht um die Produktion von möglichst viel Gesundheit (zu möglichst geringen Kosten, könnte im Sinne des Kosteneffektivitätskriteriums ergänzt werden), geht Weyma Lübke im Schlussteil ihres Beitrags auf die meines Erachtens relevanteste Infragestellung der *Rule of Rescue* ein: Den Hinweis nämlich, die Anwendung der Regel würde bei der Behandlung von Patienten am Lebensende dazu führen, dass bei ihnen sehr teure Maßnahmen mit oftmals minimalem Nutzen ergriffen würden mit der Folge, dass die Ressourcen an anderen Orten fehlten (Schöne-Seifert/Friedrich 2013; Duttge/Zimmermann-Acklin 2013). Hier lenkt auch die Autorin ein und widerspricht der Forderung nach einer Relativierung der *Rule of Rescue* bei medizinischen Maßnahmen am Lebensende nicht: Zunächst sei jedoch die Frage der *medizinischen Bedürftigkeit* eines Menschen in seiner letzten Le-

bensphase zu klären, bevor die Unterlassung eines Arztes diesem angelastet und als ungerechtfertigt qualifiziert werden könne. Verantwortlich könne ein Arzt nur für das gemacht werden, so schreibt sie zu Recht, was er de facto positiv hätte tun können bzw. was er mit einer medizinischen Intervention hätte verhindern können (*ultra posse nemo tenetur*), und dies kann bei Patienten am Lebensende unter Umständen nur noch sehr wenig sein. Ein gewisser Teil von Lebensende-Behandlungen, die im Sinne der *Rule of Rescue* als *ultima ratio* ausgeführt werden, dürften sich als medizinisch nicht indiziert und damit als sinnlos (*futile*) herausstellen, so dass sie sowohl aufgrund der Verletzung des Nicht-Schadens-Prinzips als

Aus sozialetischer Sicht bleiben Fragen unbeantwortet

Ihre strikte Begrenzung auf die individuelle Handlungsebene zwischen Menschen, aus sozialetischer Sicht gewöhnlich als Mikro-Ebene, in der Medizinethik als Entscheidungen am

Krankenbett bezeichnet, ist dagegen aus sozialetischer Perspektive und mit Blick auf Entscheidungssituationen zur Allokation knapper Mittel in der Gesundheitsversorgung allgemein

nur bedingt befriedigend. Die von der Autorin als „Finanzierungsentscheidung“ bezeichneten Personen, welche sie den Ärzten gegenüberstellt, haben auf der *institutionellen Mesoebene* oder der *gesundheitpolitischen Makroebene* de facto häufig Entscheidungen zu treffen, bei welchen auch die Kosteneffektivität von Maßnahmen aufgrund von Gerechtigkeitsüberlegungen nicht ignoriert werden sollte, beispielsweise bei Entscheidungen zur Einführung kostspieliger Therapien: Alleine aufgrund der Opportunitätskosten großer institutioneller Investitionen – aus ethischer Sicht ist zuallererst an die Verstärkung der impliziten oder ungeregelten Rationierung am Krankenbett zu erinnern, die sich vor allem in Form einer „Ausdünnung“ der zur Verfügung stehenden Ressourcen vollzieht (Klein 2010) – ist bei solchen Entscheidungen auch ethisch von Bedeutung, wie viele Menschenleben für welche Kosten gerettet werden können. Dass die Autorin dies anders beurteilt, hat sie beispielsweise in einem Sondervotum der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zur Frage von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen zum Ausdruck gebracht (Deutscher Ethikrat 2011, 98–124).

Allokationsentscheidungen „Jenseits von Eden“

Was aus ökonomischer Sicht trivial, weil selbstverständlich klingt, dass nämlich knappe Ressourcen effizient einzusetzen seien, hat der systemtheoretisch denkende Sozialethiker Michael Schramm mit Blick auf systemische und institutionelle Entscheidungen einmal treffend so beschrieben: „Jenseits von Eden leben wir in einer Welt der Knappheit: Unser Leben ist knapp (jede/jeder hat nur eines), unsere Zeit ist knapp, unsere Verstandeskapazitäten sind knapp, und nicht zuletzt sind auch die Ressourcen im Gesundheitswesen knapp. (...) Da wir nun nicht (mehr) im Paradies leben, können wir an der Tatsache, dass alles knapp ist,

Allerdings, und das ist mit Blick auf den zu kommentierenden Text entscheidend, lassen sich aus dieser Kritik keine Konsequenzen für die Handhabung der *Rule of Rescue* ableiten: Wenn Leben akut gefährdet ist, sollte im Sinne des Rechts auf Nothilfe grundsätzlich alles unternommen werden, um es zu retten, auch wenn die dabei ergriffenen Maßnahmen im Vergleich zu anderen möglichen Interventionen nicht oder weniger kosteneffektiv sind. Bei Entscheidungen auf der



Kosteneffizienz ist in der konkreten Notsituation kein Thema, auf der Systemebene muss sie dagegen berücksichtigt werden

institutionellen und systemischen Ebene geht es dagegen in der Regel und im Unterschied zu den Entscheidungen in Notsituationen *auf beiden Seiten* einer Alternativenentscheidung um statistische, nicht um konkrete Leben: Vernünftigerweise werden dann auch Überlegungen zur Kosteneffektivität von Maßnahmen mit in die Entscheidungen einbezogen (Zimmermann-Acklin 2012).

grundsätzlich nichts ändern. Wir können aber damit einigermaßen vernünftig umgehen (...).“ (Schramm 2004, 1) Was in diesem Zitat neben der theologischen Anspielung auf das verlorene Paradies, der grundsätzlichen Erinnerung an die „condition humaine“ – der Angewiesenheit auf nicht-perfekte Entscheidungen – und dem Appell an die Vernunft mit anklingt, ist die für die Verteilungsdebatten in der Medizin wesentliche Einsicht, dass Knappheit auf mindestens zwei, oftmals nicht klar voneinander zu trennenden Bedingungen beruht, auf die unterschiedlich reagiert werden muss:

- Insoweit es um die grundsätzliche Endlichkeit des Lebens geht, kann Knappheit nur *anerkannt* werden,
- insoweit es jedoch um eine politisch hergestellte Knappheit geht, sollte diese *sinnvoll, menschlich und vernünftig gestaltet* werden (Zimmermann-Acklin 2010).

Kontexte ethischer Allokationsdiskussionen

Mit Blick auf die gegenwärtigen ethischen Allokations-, Priorisierungs- oder Rationierungsdebatten lassen sich auf der Grundlage der Überlegungen von Weyma Lübke zum rechten Verständnis der *Rule of Rescue*-Praxis mindestens drei wissenschaftliche Diskurse unterscheiden, die relativ unabhängig voneinander geführt werden: Theorie- oder Begründungsdiskurse, gesellschaftspolitisch initiierte Anwendungsdiskurse und Diskurse über das helfende Handeln im Bereich der Caritas oder Diakonie.

Philosophische Grundsatzdiskurse

Von den Bemerkungen am Ende des Texts abgesehen lässt sich der Beitrag von Weyma Lübke den *philosophischen Grundsatzdiskursen der Allokationsethik* zuordnen. Im Zentrum steht der Disput zwischen deontologischen und konsequentialistischen Theorieansätzen, wobei

- einerseits die Frage nach der Berücksichtigung der Anzahl von Menschenleben, die bei einer Entscheidung auf dem Spiel stehen, zentral ist,
- andererseits das Problem der Überforderung, wenn moralisch Handelnde für alle möglichen Folgen ihrer Handlungen und Unterlassungen verantwortlich gemacht werden.

Eine pragmatische Analyse der erstgenannten Debatte weist in folgende

Richtung: Je größer die Knappheit eines Gutes, je prekärer eine Situation, desto eher sind Menschen bereit, sich ausschließlich an den Folgen zu orientieren und die Anzahl von Überlebenden im moralischen Kalkül zu berücksichtigen. Der klassische Fall ist die Triage-Entscheidung von Ärzten bei einem Großunfall. Und umgekehrt: Je weniger prekär eine Situation ist, desto eher wird gefordert, dass alle Menschen gleichermaßen behandelt werden sollten, und zwar unabhängig von den Folgen. Da die Ressourcen der Gesundheitsversorgung in den Hochlohnländern der Welt beeindruckend groß, wenn auch nicht unendlich sind,



Außerhalb besonders prekärer Situationen wird die Gleichbehandlung aller erwartet – unabhängig von den Folgen

besteht wenig Plausibilität und Bereitschaft, konsequentialistisch zu argumentieren. Bezüglich der Überforderungsthematik stellt sich das nur über eine angemessene Handlungstheorie zu lösende Problem einer sinnvollen Eingrenzung von Folgenverantwortung. Auf diese Problematik geht die Autorin an mehreren Stellen auf plausible Weise ein.

Anwendungsdiskurse zur Priorisierung und Rationierung

Daneben werden *Anwendungsdiskurse* geführt, die sich aufgrund des Priorisierungs- und Rationierungsdrucks ergeben, der heute Entscheidungen am Krankenbett genauso prägt wie Entscheidungen auf der Management-Ebene von Universitätskliniken sowie gesundheitspolitische Entscheidungen (Dabrowski/Wolf/Abmeier 2012; Dengler/Fangerau 2013). Die Hauptgründe für den zunehmenden Druck sind der zunehmende Wohlstand und Erfolge in der biomedizinischen Forschung, zusätzlich dürften sich in einigen Jahren demographische Veränderungen verstärkt auswirken. Wie sehr dabei um die Anwendung angemessener Kriterien gerungen wird, soll anhand zweier Beispiele aus der Schweizer Gesundheitspolitik aufgezeigt werden:

- Das Schweizer Bundesgericht hat in einer Entscheidung von 2010 erstmals entschieden, die Anwendung eines sehr teuren Medikaments – konkret handelte es sich um den Wirkstoff Alglucosidase alfa mit dem Handelsnamen Myozyme, dessen einmalige Anwendung knapp eine halbe Million Franken kostet – sei angesichts des geringen Nutzens, den es hervorbringe, zu teuer bzw. nicht kosteneffektiv genug, um eine

Finanzierung durch die Krankenkassen zu rechtfertigen. In der Begründung des Urteils des höchsten Schweizer Gerichts, die Krankenkassen müssten die Finanzierung von Myozyme nicht mehr übernehmen, geben die Richter an, ein zusätzliches Lebensjahr dürfe nicht mehr als CHF 100 000 kosten; dieses Kriterium werde durch Myozyme nicht erfüllt. Nur wenige Wochen später hat das Bundesamt für Gesundheit jedoch entschieden, das umstrittene Medikament auf die sogenannte Spezialitätenliste zu setzen und die Kassen damit verpflichtet, es den behandlungsbedürftigen Patienten (es geht um Morbus Pompe-Kranke, die von einer extrem seltenen Krankheit betroffen sind, in der Schweiz sind nur etwa 15 Menschen behandlungsbedürftig) zu bezahlen.

- Sodann hat dasselbe Schweizer Bundesamt für Gesundheit in einer „Limitatio“ von 2014 festgelegt, so das zweite Beispiel, dass das heilende Hepatitis C-Medikament Sofosbuvir (übliche Handelsnamen sind Sovaldi oder Harvoni, die Behandlung kostet derzeit in der Schweiz ca. CHF 60 000 pro Patient) nur ei-

nigen, bereits durch Leberschäden gezeichnete Hepatitis C-Patienten von den Krankenkassen erstattet werden soll, weil die Finanzierung des Medikaments für alle Hepatitis C-Kranken in der Schweiz nicht finanzierbar sei.

Mit Blick auf diese beiden Entscheidungen fällt aus ethischer Sicht auf, dass im ersten Fall politisch entschieden wurde, ein Medikament trotz mangelnder oder fraglicher Kosteneffektivität zu bezahlen, während im zweiten Fall entschieden wurde, ein offensichtlich kosteneffektives Medikament – Sofosbuvir ist bis heute alternativlos in der Heilung von Hepatitis C – vielen Betroffenen vorzuenthalten, allein weil die Kosten für die Behandlung aller Hepatitis C-Infizierten das System der Gesundheitsversorgung überstrapazieren würde. Offensichtlich spielt das Kriterium „Anzahl von Behandlungsbedürftigen“ politisch eine größere Rolle als die Berücksichtigung der Kosteneffektivität einer Maßnahme.



Die Entscheidung, ob ein teures Medikament von den Krankenkassen bezahlt werden muss, orientiert sich offenbar eher an der Anzahl der Behandlungsbedürftigen als an der Kosteneffizienz

Damit soll lediglich angedeutet werden,

- dass sich in der Perspektive der Anwendungsdiskurse gewisse Probleme anders stellen als in der theoretischen Perspektive,
- dass damit zu rechnen ist, dass sich die politischen Debatten in naher Zukunft alleine aufgrund der Forschungserfolge im Bereich sehr teurer Onkologie-Medikamente häufen und zuspitzen werden,
- dass das Kriterium der Kosteneffektivität von Maßnahmen angesichts der hohen Kosten für die Behandlung stark verbreiteter Krankheiten im politischen Entscheidungspro-

zess über gerechte Limitierungen praktisch gesehen kaum weiterhelfen wird.

Während die im Text von Weyma Lüb-
be erwähnten Priorisierungs- und Rati-
onierungsentscheidungen im US-Staat
Oregon ausschließlich für Sozialhilfe-
empfänger gelten, sind die erwähnten
Schweizer Entscheidungen für alle Bür-
gerinnen und Bürger relevant und da-
mit gesellschaftspolitisch von nicht zu
unterschätzender Bedeutung. Das „Pro-
blem“ neuer Behandlungsmöglichkei-
ten, welche das Kriterium der Kosten-
effektivität erfüllen, jedoch aufgrund

der hohen Anzahl Behandlungsbedürf-
tiger unerschwinglich sind, dürfte un-
ter der Annahme einer positiven Wirt-
schaftsentwicklung nur zu lösen sein,

- indem andere Limitierungskriterien
gefunden und angewendet werden
(Schmitz-Luhn/Bohmeier 2013),
- indem das Gesundheitsbudget auf
Kosten anderer Staatsausgaben er-
weitert wird, oder
- indem auf die Einführung neuer Er-
rungenschaften verzichtet wird –
und damit Anreize für die Phar-
ma- und Medizintechnikindustrie
geschaffen werden, ihre Preispoli-
tik zu überdenken.

ausgerichtete, unmittelbare Nothilfe
und auf strukturelle Verbesserungen
und Effizienz zielende Hilfe einander
grundsätzlich ergänzen und nicht aus-
schließen. Sowohl die menschlich ge-
forderte spontane Hilfe in Notlagen,
die nicht zuerst über Kosteneffekti-
vität und Opportunitätskosten nach-
denkt, als auch das kluge Kalkül einer
aufgeteilten und delegierten Verant-
wortung werden nicht zuletzt auch in
der biblischen Erzählung vom barm-
herzigen Samariter miteinander ver-
bunden (Theißen 1990).

Fazit

- Meines Erachtens gelingt es Wey-
ma Lübbe auf überzeugende Wei-
se, die Behauptung zu widerlegen,
die „Rule of Rescue“ wirke sich dis-
kriminierend auf statistische Leben
aus. Sie betont zu Recht die Identi-

Legitimierung helfenden Handelns

Von diesen beiden Diskursen zu un-
terscheiden sind schließlich Beiträge
zur ethischen *Legitimierung helfenden Handelns* im Bereich der Caritas

oder Diakonie (Theißen 1990; Rüe-
gger/Sigrist 2011; Meireis u.a. 2015).
Hier ist die Behauptung relativ unbe-
stritten, dass am leidenden Menschen

LITERATUR

- Dabrowski, Martin/Wolf, Judith/Abmeier, Karlies (Hg.) (2012): Ge-
sundheitssystem und Gerechtigkeit, Paderborn.
- Dengler, Kathrin/Fangerau, Heiner (Hg.) (2013): Zuteilungskriteri-
en im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen, Bielefeld.
- Deutscher Ethikrat (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheits-
wesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellung-
nahme, Berlin (mit einem Sondervotum von Weyma Lübbe,
98–124).
- Duttge, Gunnar/Zimmermann-Acklin, Markus (Hg.) (2013): Gerechte
sorgen – Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper
Ressourcen bei Patienten am Lebensende, Göttingen (Göt-
tinger Schriften zum Medizinrecht, Bd. 15).
- Ginters, Rudolf (1976): Die Ausdruckshandlung. Eine Untersuchung
ihrer sittlichen Bedeutsamkeit, Düsseldorf.
- Klein, Rudolf (2010): Rationing in the fiscal ice age. Guest Edito-
rial, in: Health Economics, Policy and Law 5 (2010) 389–396.
- Lübbe, Weyma (2017): Rule of Rescue vs. Rettung statistischer Le-
ben, in: AmosInternational 1/2017, 3–10.
- Mathwig, Frank/Meireis, Torsten/Porz, Rouven u.a. (Hg.) (2015):
Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Me-
dizin und Pflege, Zürich.
- Rüegger, Heinz/Sigrist, Christoph (2011): Diakonie – eine Einfüh-
rung. Zur theologischen Begründung helfenden Handelns, Zü-
rich.
- Schmitz-Luhn, Björn/Bohmeier, André (Hg.) (2013): Priorisierung
in der Medizin. Kriterien im Dialog, Berlin/Heidelberg.
- Schöne-Seifert, Bettina/Friedrich, Daniel (2013): Priorisierung nach
Dringlichkeit? Kritische Überlegungen zur Rule of Rescue. In:
Schmitz-Luhn, Björn/Bohmeier, André (Hg.): Priorisierung in
der Medizin. Kriterien im Dialog. Berlin, 109–123.
- Schramm, Michael (2004): „Alles hat seinen Preis! Gerechtigkeit im
Gesundheitssystem (Hohenheimer Working Papers zur Wirt-
schafts- und Unternehmensethik, Nr. 3); zum Download un-
ter: theology-ethics.uni-hohenheim.de/88741.
- Theißen, Gerd (1990): Die Legitimationskrise des Helfens und der
barmherzige Samariter. Ein Versuch, die Bibel diakonisch zu
lesen, in: Röckle, Gerhard (Hg.): Diakonische Kirche: Sendung –
Dienst – Leitung, Neuenkirchen-Vluyn, 46–76.
- Zimmermann-Acklin, Markus (2008): Knappheit gerecht gestal-
ten. Thesen zur Rationierung im Gesundheitswesen, Basel (Fo-
lia bioethica 35).
- Ders. (2012): Deontologische und teleologische Begründungsfi-
guren am Beispiel von Nutzenbewertungen von Gesundheits-
leistungen, in: Holderegger, Adrian/Wolbert, Werner (Hg.), De-
ontologie – Teleologie. Normtheoretische Grundlagen in der
Diskussion, Freiburg i. Ue./Freiburg i. Br., 269–287.

fizierbarkeit der von einer Handlung oder Unterlassung unmittelbar Betroffenen, die Zurechenbarkeit konkreter Entscheidungen und die karitative Funktion der Medizin: Im Zentrum steht die Hilfe für medizinisch Bedürftige, nicht die Produktion von möglichst viel Gesundheit.

- Die Beschäftigung mit Fragen nach der gerechten Verteilung medizinischer Ressourcen allgemein zeigt jedoch, dass damit das Kriterium der Kosteneffektivität nicht vom Tisch ist: Geht es um Entscheidungen auf der Meso- oder Makro-Ebene, sollte auch dieses Kriterium berücksichtigt werden, um eine ungerechte Allokation zu vermeiden. Allzu hohe Erwartungen an die Problemlösungskapazität dieses Kriteriums dürften allerdings enttäuscht werden, wie Beispiele aus der aktuellen Rationierungspraxis in der Schweiz zeigen.
- Die zu Recht umstrittene Anwendung der Rule of Rescue bei Patienten am Lebensende zeigt schließlich, dass die Dringlichkeit von Maßnahmen nicht das einzige Kriterium sein sollte, um unter Umständen auch nicht-kosteneffektive Nothilfe zu leisten, vielmehr ist hier die Anerkennung „natürlich“ vorgegebe-

ner Grenzen wichtig und begrenzt die Handlungsverantwortung auf sinnvolle Weise.

- Schließlich möchte ich ergänzen, dass Handlungen unter Dringlichkeit stets auch einen expressiven Charakter haben, Ausdruckshandlungen sind (Ginters 1976). Hilft eine Ärztin einem Unfallopfer in höchster Not, ist diese Handlung selbst und unabhängig von ihren Folgen bereits Ausdruck von etwas, beispielsweise von ihrer Bereitschaft und ihrem Willen, Menschen in Not beizustehen. Wird dabei deutlich, dass diese Ärztin alles in ihrer Macht Stehende unternimmt, auch wenn dies mit einem vielleicht fraglich hohen Mitteleinsatz verbunden ist, bleibt im Nachhinein und unabhängig vom Ausgang der Handlung die Gewissheit bestehen, dass ihre Handlungsmotive grundsätzlich gut waren und dass wir uns auf sie als Ärztin im Krisenfall verlassen können. Neben der Maximierung von Gesundheit ist auch die Erhaltung des Vertrauens in Institutionen und Personen ein hohes Gut, dessen Gefährdung unerwünschte Folgen nach sich ziehen dürfte.

KURZBIOGRAPHIE

Markus Zimmermann (*1962) ist als Lehr- und Forschungsrat sowie Titularprofessor am *Département für Moralthologie und Ethik* der Theologischen Fakultät der Universität Fribourg, Schweiz, tätig. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Grundlagen der Bio- und Medizinethik, bei ethischen Aspekten des Lebensanfangs und Lebensendes sowie der Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. Veröffentlichungen zuletzt: – Wissen können, dürfen, wollen? Genetische Untersuchungen während der Schwangerschaft, Zürich 2016 (mit S. Brauer u. a.); – Praxis und Institutionalisierung von Lebensende-Entscheidungen in der Schweiz. Beobachtungen aus sozialetischer Perspektive, in: J. Platzer/F. Großschädl (Hg.), *Entscheidungen am Lebensende. Medizinethische und empirische Forschung im Dialog*, Baden-Baden 2016, 119–140; – Grenzverschiebungen – Zur Natur des Menschen in bioethischen Diskursen, in: D. Bogner/C. Mügge (Hg.), *Natur des Menschen. Brauchen die Menschenrechte ein Menschenbild?*, Freiburg i. Br. 2015, 175–195.