

- Melucci, Alberto (1996), *The playing self. person and meaning in the planetary society*, Cambridge.
- Rapport, Nigel (2003), *I am dynamite. An alternative anthropology of power*, London.
- Sacks, Oliver (1995), *An Anthropologist on Mars. Five Paradoxical Tales*, New York.
- Sibley, David (1995), *Geographies of exclusion*, London.
- Strathern, Marilyn (Hg.) (2000), *Audit cultures. Anthropological studies in accountability, ethics and the academy*, London.
- White, Hayden (1987), *The content of form: narrative discourse and historical representation*, Baltimore.
- Zerubavel, Eviatar (2006), *The elephant in the room: silence and denial in everyday life*, New York.

Grenzen setzen? Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Markus Zimmermann-Acklin

Der Vorschlag, den Zugang zur Gesundheitsversorgung auf der Grundlage des Alters einer Patientin oder eines Patienten einzuschränken, stößt gewöhnlich auf spontane Ablehnung. Eine solche Altersrationierung wäre, so die intuitive Reaktion, nicht nur eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung aufgrund eines äußerlichen Merkmals, also ein Akt der Diskriminierung, sondern darüber hinaus auch eine Benachteiligung von besonders vulnerablen, häufig und auf vielfache Weise abhängigen Menschen. Wieso kommt es trotzdem dazu, dass das Alter als Rationierungskriterium seit Jahren, in den US-amerikanischen Diskussionen schon seit den 1980er Jahren, vorgeschlagen wird und es nicht wenige Versuche gibt, das Alterskriterium auch aus ethischer Sicht zu legitimieren (einen Überblick bieten Esslinger u.a. 2008; Breyer 2006; Marckmann 2003)?

Im Folgenden wird der Vorschlag einer Altersrationierung aus gesundheitsethischer Sicht diskutiert und beurteilt, indem in einem ersten Schritt der Kontext der gegenwärtigen Rationierungsdebatten in Deutschland und in der Schweiz umrissen wird und in einem zweiten Punkt Stand und Hauptthemen der ethischen Rationierungsdebatten dargelegt werden. Weiterhin werden in einem dritten Abschnitt die wichtigen Grundbegriffe wie »Knappheit«, »Rationierung« und »Priorisierung« erläutert, bevor dann in einem ausführlichen vierten Teil ein Überblick über das ethische Argumentarium geboten wird. Der abschließende fünfte Punkt besteht in dem Fazit, dass der Vorschlag einer Altersrationierung nach Abwägen der einschlägigen Überlegungen aus ethischer Perspektive tatsächlich keine vertretbare Lösung darstellt.

Zum Kontext der Rationierungsdebatten

Um die umstrittenen Vorschläge besser einordnen und nachvollziehen zu können, ist zunächst ihr Entstehungskontext von Bedeutung. Ausgangspunkt aller Rationierungsdebatten und -vorschläge ist die Einsicht in die Begrenztheit oder Knappheit aller Ressourcen. Dies wird in zunehmendem Maße und beschleunigt durch den medizinisch-technischen Fortschritt auch im Bereich der Gesundheitsversorgung offenkundig. Soll der Zugang zur Grundversorgung gerecht ausgestaltet werden, liegt es nahe, erstens zunächst dort anzusetzen, wo offensichtlich eine Praxis der Überversorgung besteht und mit den knappen Gütern verschwenderisch umgegangen wird. In den Hochlohnländern der Welt ist dies heute insbesondere bei Behandlungen am Lebensende der Fall: Hier wird oft ausgesprochen viel und unter Zuhilfenahme sehr teurer Therapien behandelt, obgleich dies häufig unangemessen erscheint und für die Betroffenen manchmal sogar schädlich ist (Hürny/Münzer 2011; Gawande 2010; Albisser Schlegel u.a. 2008).

Zweitens wird darauf verwiesen, die seit Jahren steigende durchschnittliche Lebenserwartung führe dazu, den natürlich vorgegebenen Altersprozess zu verdrängen, Altern als eine Krankheit zu interpretieren und alle möglichen teuren Therapien zu erfinden, welche die Anerkennung von Altern, Sterben und Tod verhindern (Callahan 1999: 130–135). Beide Beobachtungen, die der häufigen Überbehandlung am Lebensende und die der Verdrängung der Endlichkeit, werden in der Regel mit der Situation hochaltriger Menschen in Verbindung gebracht. Dabei wird gefragt, ob es nicht angemessener und gerechter wäre, im hohen Alter auf vielerlei teure medizinische Eingriffe zu verzichten. Einschränkungen bei der Behandlung von Menschen im hohen Alter könnten dazu verhelfen, unmenschliche Überbehandlungen zu verhindern, die Anerkennung der Endlichkeit ins Bewusstsein zurückzurufen und gleichzeitig Ressourcen einzusparen.

Grundsätzlich sind die Rationierungsdebatten als Reaktion auf die seit Jahren stetig und stärker als das Bruttoinlandsprodukt ansteigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung zu verstehen. Das medizinisch Machbare und das sozial Finanzierbare werden vermutlich auch in Zukunft noch weiter auseinanderdriften (Marckmann 2010: 8). Abstrakt gesehen bestehen drei Möglichkeiten, auf die Kostensteigerung zu reagieren: erstens durch die Bekämpfung der Ursachen, zweitens durch Erhöhung der Einnahmen, zum Beispiel durch Steuer- oder Beitragserhöhungen, oder drittens durch Zugangsbegrenzungen. Die erste Möglichkeit gestaltet sich

deshalb so schwierig, weil die beiden hauptsächlichen Motoren der Kostensteigerung, der medizinische Fortschritt und die Wohlstandsentwicklung, im Prinzip erwünscht sind und gesellschaftlich kaum infrage gestellt werden. Die zweite Variante ist in den letzten Jahren bereits häufig eingesetzt worden, sei es durch Erhöhung der Lohnprozente für die Krankenkassen in Deutschland oder die Erhöhung von Krankenkassenprämien, Selbstbehalten und Kostenbeteiligungen in der Schweiz. Diese Möglichkeiten stoßen mittlerweile an ihre Grenzen: In Deutschland wurde für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2011 ein Defizit in der Höhe von 11 Milliarden Euro prognostiziert, zu dessen Verhinderung ab Januar 2011 eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge von 14,9 auf 15,5 Prozent beschlossen wurde. In der Schweiz erhalten bereits gegenwärtig über 40 Prozent der Haushalte steuerfinanzierte Prämiensubventionen. Für das Jahr 2011 sind in der Schweiz Prämienerhöhungen zwischen fünf und zehn Prozent angekündigt, sodass der steuerfinanzierte Anteil an den Gesundheitskosten stetig ansteigt und die Erhöhung der Kopfprämien keinen Sinn mehr hat. Als dritte Alternative bleibt die Einführung von Leistungsbegrenzungen oder die Rationierung gesundheitlicher Leistungen, die trotz aller politischen Widerstände diskutiert werden muss.

Zum Status quo der Rationierungsdebatte

In seiner Rede zur Eröffnung des 112. *Deutschen Ärztetages* 2009 unterschied der Präsident der deutschen *Bundesärztekammer*, Jörg-Dietrich Hoppe, für die deutsche Rationierungsdebatte drei Diskussionsphasen (Hoppe 2009: 170f.): In einem ersten ›Talkshowstadium‹ in den 1990er Jahren seien das Problem lediglich erahnt und Symptome bloß zur Kenntnis genommen worden, ein zweites ›Talkshowstadium‹ in der ersten Dekade des neuen Jahrhunderts sei von einigen wissenschaftlichen Beiträgen, maßgeblich aber von öffentlicher Empörung und politischen Reflexen geprägt gewesen. Erst gegenwärtig setze in Deutschland ein drittes Stadium mit einer mehr oder weniger offenen Diskussion über die Problembewältigung ein, die von wissenschaftlicher Arbeit, fundierter Analyse und konkreten Vorschlägen begleitet werde. Erst im Anschluss an diese Phase sieht

Hoppe Möglichkeiten und Bereitschaft in der Politik, die angesichts des massiven Drucks auf die Behandlungsteams, am Krankenbett zu sparen, seines Erachtens dringend nötigen Therapieoptionen auch zu realisieren.

De facto besteht in Deutschland und in der Schweiz bereits heute eine Praxis der impliziten (ungeregelten) Rationierung am Krankenbett (Schoenenberger u.a. 2008; Santos-Eggimann 2005; Brockmann 2002). Das heißt, dass aufgrund von Ressourcenknappheit bestimmte Behandlungen im Einzelfall nicht durchgeführt werden, obgleich sie für den Betroffenen oder die Betroffene nützlich wären. Ergebnisse einer Studie der Universität Lausanne (Santos-Eggimann 2005) legen nahe, dass auch alte Menschen – neben chronisch und psychisch Kranken, Rehabilitationspatienten, Menschen mit Behinderungen und Angehörigen gesellschaftlicher Randgruppen – zu den Verlierern im Verteilungswettbewerb um den Zugang zu den Ressourcen im Gesundheitswesen gehören. Das überrascht nur bedingt, da diese Gruppen auch in anderen Gesellschaftsbereichen benachteiligt bzw. marginalisiert werden.

Die sogenannte *Values at the bedside*-Studie hat zudem für vier europäische Länder empirisch bestätigt, dass der Rationierungsdruck am Krankenbett von den Angehörigen der Behandlungsteams umso stärker empfunden wird, je mehr Ressourcen zur Verfügung stehen und je weniger Regulierungen vorgegeben sind (Hurst u.a. 2006). Diese zunächst widersprüchlich erscheinende Tatsache könnte damit erklärt werden, dass der Druck, am Krankenbett individuell zu rationieren, mit wachsenden medizinischen Möglichkeiten und fehlenden expliziten bzw. offiziell geregelten Einschränkungen zunimmt, beispielsweise in der Onkologie angesichts extrem teurer neuer Medikamente (Tyrosinkinase-Inhibitoren und monoklonaler Antikörper), bei deren Einsatz pro Patient mit mehreren tausend Euro im Monat zu rechnen ist. Walter Krämer schreibt in diesem Zusammenhang von einer »Fortschrittsfalle«: Je mehr möglich ist, desto spürbarer werde die grundsätzliche Begrenztheit aller Ressourcen und damit die Frage nach der gerechten Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung zu einer gesellschaftlichen Herausforderung (Krämer 2007: 40).

Die Gesundheitsausgaben sind zudem dort am höchsten, wo die Sterblichkeit hoch ist, also zu Beginn und am Ende des Lebens (Felder 2008: 26). In den letzten Lebenswochen sind die mit Abstand größten Ausgaben zu verzeichnen, wobei diese, abgesehen von den Pflegekosten, mit zunehmendem Sterbealter deutlich sinken: Je älter wir sterben, desto weniger hoch sind die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in der letzten Le-

bensphase. Entgegen der gesundheitsökonomischen Medikalisierungsthese, die davon ausgeht, die Kosten würden aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Alterung stark zunehmen, wird daher die Alterung vermutlich keinen signifikanten Einfluss auf den Verlauf der Gesundheitskosten ausüben (Felder 2008). Hinsichtlich der Kostenentwicklung in einer alternden Gesellschaft zu erwägen bleibt hingegen, dass mit der Hochaltrigkeit die Kosten für die Pflege steigen. Bei Menschen, die im Alter von 95 Jahren sterben, machen die Pflegekosten durchschnittlich drei Viertel der Gesamtkosten für die medizinische Versorgung aus, bei den unter 65-Jährigen sind die Ausgaben für die Pflege praktisch vernachlässigbar (ebd.: 27). Daneben wird auch der medizinische Fortschritt dazu beitragen, dass die Gesundheitskosten mit der Alterung der Gesellschaft zunehmen, sodass trotz der erwähnten Einwände auch der Medikalisierungsthese einige Plausibilität zukommt.

Knappheit und Rationierung

In den Rationierungsdebatten werden meist implizit, seltener explizit, zwei unterschiedliche Formen von Knappheit thematisiert: Zum einen wird auf die vorgegebene oder existenzielle Knappheit angespielt, die es anzuerkennen gelte, und zum anderen auf eine hergestellte Knappheit, die gerecht auszugestalten sei. Obgleich beide Phänomene eng miteinander zusammenhängen – so können beispielsweise der Mangel an Intensivbetten in einem Akutspital oder eine Notfallsituation, in der der nächste Arzt zu weit entfernt ist, um einen Patienten zu retten, sowohl Folge von vorgegebener als auch von bewusst herbeigeführter Knappheit sein –, erfordern sie aus ethischer Sicht grundlegend unterschiedliche Reaktionen: Während das Altern, Sterben und die Endlichkeit des Lebens letztlich als *conditions humaines* anzuerkennen und in sinnvolle Lebensentwürfe zu integrieren sind, machen bewusst herbeigeführte Knappheitssituationen Überlegungen zur Verteilungsgerechtigkeit erforderlich. Aspekte des Guten bzw. gelungener Lebensentwürfe und des Gerechten bzw. der Verteilungsgerechtigkeit, die in einer liberalen und kulturell heterogenen Gesellschaft zunächst einmal getrennt zu behandeln sind, hängen bei entscheidenden Fragen wie der Bestimmung der Sinnlosigkeit von Behandlungen *de facto* eng miteinander zusammen. Medizinische Begriffe wie »Sinnlosigkeit« (engl. *futility*), die Rede

von Indikationen bzw. der Indiziertheit von Maßnahmen, auch politische Äußerungen wie »keine Aussicht auf menschenwürdiges Dasein« oder »keine Aussicht auf ein menschenwürdiges Leben« (CVP 2010: 8) lassen sich nicht ausschließlich über Aspekte des Gerechten und der Grundrechte abgrenzen, sondern setzen auch inhaltliche Vorstellungen vom Guten und damit Wertungen bzw. evaluative Urteile voraus.

Eine praktikable Rationierungsdefinition, die auch in einer Stellungnahme der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften* (SAMW 2007) aufgenommen wurde, lautet im Anschluss an Peter Ubel und Susan Goold (1998: 213f.): Unter Rationierung werden implizite oder explizite Mechanismen verstanden, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Diese Definition ist aufgrund der Rede von »Mechanismen« (anstelle von »Entscheidungen«) und dem »nicht zur Verfügung Stehen« (anstelle von »vorenthalten«) einerseits so weit gefasst, dass nicht nur bewusste Entscheidungen, sondern auch die vorgegebene Begrenztheit aller Ressourcen berücksichtigt werden, aber andererseits klar begrenzt auf das nicht zur Verfügung Stehen *nützlicher* Leistungen. Nützliche Leistungen stehen schließlich aus unterschiedlichsten Gründen häufig nicht zur Verfügung, und erst diese offene Definition macht es möglich, zwischen gerechter und ungerechter Rationierung zu unterscheiden, ohne die entscheidenden ethischen Fragen als bereits beantwortet vorauszusetzen. Es geht also nicht darum, ob Rationierung sein soll oder nicht, sondern darum, wie angesichts bestehender Grenzen bzw. Knappheit der Zugang zu den Ressourcen gerecht ausgestaltet werden kann. Ein methodischer Unterschied in der Rationierungspraxis besteht darin, ob die Rationierung explizit, das heißt transparent und nach festgelegten Regeln, durchgeführt wird, oder ob sie implizit, das heißt ungeregelt am Krankenbett durch die verantwortlichen Behandlungsteams, praktiziert wird.

In Deutschland hat sich stattdessen die Rede von der *Priorisierung* gesundheitlicher Leistungen etabliert, wobei unter »Priorisierung« die Feststellung einer Vorrangigkeit (bzw. unter dem Pendant »Posteriorisierung« einer Nachrangigkeit) bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor (bzw. nach) anderen verstanden wird. Die Rangreihenherstellung von Maßnahmen aus einem bestimmten Behandlungsbereich (z.B. in der Versorgung von Herzkrankheiten) wird als vertikale, die Rangreihenherstellung zwischen unterschiedlichen Bereichen als horizontale Priorisierung bezeichnet. Priorisierung oder das Erstellen von Ranglisten ist nicht

gleichzusetzen mit der Rationierung, sondern dient zunächst einmal dazu, Rangordnungen zu identifizieren und festzulegen. In diesem Sinne kann sie – muss aber nicht – zur Rationierung führen, und zwar in Abhängigkeit davon, wie viele Ressourcen de facto zur Verfügung stehen. Entsprechend wird im bundesdeutschen Diskurs, der sich stark von der als negativ konnotierten Rede von Rationierung abhebt, hervorgehoben, dass, wenn die Rationierung irgendwann tatsächlich einmal notwendig würde, dies zuerst den Bereich des wenig(er) Wichtigen, den Bereich der Posterioritäten also betreffe (Raspe/Meyer 2009).

Das Alterskriterium in der ethischen Diskussion

Eine rein pragmatische Begründung der Altersrationierung kann kaum überzeugen, da die mutmaßlichen Folgen für Menschen im hohen Alter mit Sicherheit einschneidend wären und den Bereich der menschlichen Grundrechte tangieren würden. Eine altersbezogene Rationierung könnte für die Betroffenen nicht nur in gesundheitlicher und finanzieller Hinsicht erhebliche Belastungen mit sich bringen, sondern auch in menschlicher, nämlich dann, wenn die alten Menschen als gesellschaftliche Last, als eine Gruppe, die gleichsam parasitär auf Kosten der Jungen lebt, beurteilt würden (Halter 2007: 238). Die ethische Beweislast liegt darum auf der Seite der Befürworter einer Altersrationierung, wie Georg Marckmann zutreffend betont (Marckmann 2005: 351).

Argumente zugunsten der Altersrationierung

Zugunsten der Altersrationierung sind fünf sehr unterschiedliche Argumente bzw. Überlegungen auszumachen, die kontrovers diskutiert werden. Ein erstes Argument zugunsten der Altersrationierung stützt sich auf das utilitaristische Prinzip der Nutzenmaximierung. Demnach gilt diejenige Handlung als moralisch richtig, die den größten Gesamtnutzen garantiert. In diesem Konzept wäre die Altersrationierung gleichsam ein indirekter Nebeneffekt, da der Einsatz einer Maßnahme bei jüngeren Patienten in den unterschiedlichen Kosten-Nutzen-Berechnungen nicht selten einen größeren Gesamtnutzen hervorbringt als der Einsatz derselben Mittel bei

älteren Patienten (Marckmann 2006: 169). Ohne näher auf die Komplexität unterschiedlicher Kosteneffektivitätsberechnungen und die schwierige und inhaltlich stets von Lebensqualitätsurteilen geprägte Bestimmung des Nutzens einzugehen, bleibt hier zu Recht die Einseitigkeit der ethischen Begründung im Sinne der Förderung des Gemeinwohls zu kritisieren. Jeder Ethikansatz, der von der Würde aller Menschen und damit von der Idee der Gleichheit aller ausgeht, wird einer einseitigen Orientierung am Gesamtnutzen grundsätzlich ablehnend gegenüberstehen (Halter 2007: 242).

Ein zweites Argument ist das der fairen Lebenszeit (Harris 1995: 139–143). Dieses gründet in der Ansicht, für ein sogenanntes anständiges (angemessenes, im englischen Original *decent*) Leben ließe sich eine bestimmte Anzahl an Lebensjahren bestimmen, so etwas wie eine *faire Lebenszeit*. Erreiche ein Mensch beispielsweise das Alter von 70 Jahren, so der britische Philosoph und Medizinethiker John Harris, würde er die darüber hinausgehenden Jahre als eine Art Bonus erleben; Menschen, welche die 70 Jahre nicht erreichten, würde hingegen etwas vorenthalten, das ihnen eigentlich aus Gerechtigkeitsgründen zustünde. Harris nennt selbst eine Reihe von Einwänden gegen seinen eigenen Vorschlag, hält den Gedankengang jedoch in denjenigen Situationen für plausibel, in welchen aufgrund akuter Mittelknappheit nicht alle Menschen überleben können: In diesen Fällen sollte aus Gerechtigkeitsgründen den jüngeren Menschen der Vorzug gegeben werden (ebd.: 139). Auch dieses zweite Argument steht in grundsätzlichem Konflikt mit jeder Ethikkonzeption, die von einer unabhängig von Alter und Gesundheit zu achtenden Würde aller Menschen ausgeht. Zudem wirkt die Grenzziehung bei 70 Jahren relativ willkürlich, konnten doch in der Schweiz im Jahr 2007 70-jährige Männer immerhin noch weitere 14,7 Jahre, 70-jährigen Frauen sogar noch weitere 17,6 Jahre Leben erwarten (Höpflinger 2011: 62). Der Anteil der Personen über 75 Jahren, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bezeichneten, lag im gleichen Jahr bei etwa zwei Dritteln bzw. 68 Prozent (Hürny/Münzer 2011: 135). Entsprechend hat es die Innere Medizin heute nicht selten mit über 90-jährigen Patientinnen und Patienten zu tun.

Eine dritte Überlegung verlegt den interpersonalen Vergleich von Harris in eine intrapersonale Klugheitsabwägung. Mit seinem Argument der klugen Lebensplanung (dem *prudential life span account*) begründet der amerikanische Philosoph und Gesundheitsethiker Norman Daniels die Möglichkeit, unter Knappheitsbedingungen aufgrund von gerechtigkeitsethischen Überlegungen auch auf das Alterskriterium zurückgreifen zu

dürfen. Unter dem sogenannten Schleier des Nichtwissens betrachtet, also aus einer unabhängigen Sicht, in der ein Mensch nichts über seine reale Lebenssituation weiß, würden kluge Menschen ihre knappen Gesundheitsressourcen so einteilen, dass die meisten Mittel in der frühen und mittleren Lebensphase zur Verfügung stünden (Daniels 2003). Mit der Situation der Menschen unter dem Schleier des Nichtwissens wird in der politischen Ethik eine fiktive Entscheidungssituation umschrieben, in welcher sich Menschen über Gerechtigkeitsvorstellungen verständigen, ohne bereits etwas über ihre reale gesellschaftliche Position, ihre Begabungen oder Gesundheit zu wissen. Daniels stellt allerdings eine Reihe von Bedingungen auf, die gewährleistet sein müssten, damit seine Überlegung überzeugend als Begründung herangezogen werden könne; unter anderem fordert er eine Situation echter Knappheit, das Fehlen vertretbarer Alternativen und nicht zuletzt faire Meinungsbildungs- und Entscheidungsverfahren, die in einer pluralistischen Gesellschaft unabdingbar seien.

Auch wenn die Klugheitserwägungen intuitiv auf Zustimmung stoßen mögen, bleibt doch fraglich, ob tatsächlich die meisten Menschen unter dem Schleier des Nichtwissens zur besagten Schlussfolgerung kämen und ob der hier implizit erhobene Vernunftanspruch zur Begründung eines sinnvollen biografischen Einteilens der Ressourcen nicht weit überzogen bzw. zu optimistisch ist. De facto dürften heute viele Menschen im Wissen darum, dass sie im Fall einer chronischen Erkrankung oder der Polymorbidität den größten Teil der Ressourcen erst im höheren Alter benötigen, anders argumentieren. In ihren Ansprüchen noch weiter gehen Ansätze, die eine natürlich vorgegebene Lebensspanne voraussetzen und deren Anerkennung fordern (Callahan 1987). Diese vierte Überlegung, vom US-amerikanischen Philosophen und Bioethiker Daniel Callahan bereits in den 1980er Jahren vorgelegt, geht davon aus, dass mit dem menschlichen Leben eine natürlich vorgegebene Länge verbunden sei, beispielsweise von 70 oder 80 Jahren, die es als solche anzuerkennen gelte. Werde dieses »Existenzial« bzw. diese »condition humaine« ignoriert, wie es in der heutigen US-amerikanischen Medizin geschehe, so sei damit gleichsam eine Selbstverkennerung oder Hybris verbunden, die nicht grundlos zu unmenschlichen Behandlungen von Patienten im hohen Alter führe (Callahan 1999: 112–138). Der Schweizer Onkologe Urs Strebel weist zusätzlich auf die internationale Ungleichverteilung der Lebenschancen hin:

»Uns Menschen steht ein bestimmtes Mass an Lebenszeit zu, das zunächst stark abhängig ist vom Ort, an dem wir geboren werden. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt in Äthiopien bei rund 40, in der Schweiz bei gut 80 Jahren. Angesichts dieser durch die »loterie humaine« bedingten genuinen Ungerechtigkeit nimmt der Umgang mit der Frage des Alters als Rationierungskriterium bei uns eine Form an, die sich nur eine wohlhabende Gesellschaft leisten kann. Eine »makrogerechte« Verteilung aller verfügbaren Mittel an alle Menschen hätte ja ganz andere Konsequenzen.« (Strebel 2007: 259)

Auch wenn diese Hinweise intuitiv bei vielen auf Zustimmung stoßen oder zumindest Nachdenklichkeit auslösen werden, können sie gleichwohl nicht als überzeugende Grundlage für ein rechtlich verankertes Regime der Altersrationierung funktionieren. Mit welchem Recht, so wäre zu fragen, sollte eine natürlich vorgegebene Grenze anerkannt werden, welche durch den medizinischen Fortschritt verändert werden kann? Offensichtlich handelt es sich um einen naturalistischen Fehlschluss, insofern von deskriptiven auf präskriptive Sätze geschlossen wird, konkret von der biologischen Tatsache der Endlichkeit des Lebens auf die moralische Forderung, aufgrund dieses Faktums seien bestimmte Handlungen ab einer gewissen Altersgrenze zu unterlassen. Um einen eudaimonistischen Fehlschluss würde es sich handeln, wenn aus einer persönlichen Einsicht in das gute und gelungene Leben normative Schlüsse gezogen werden sollten, die womöglich sogar rechtlich verankert würden. Gemeint ist der Versuch bzw. die Versuchung, aus Vorstellungen von einem guten und gelungenen Leben (griechisch *eudaimonia*, Glück) unmittelbar normative Verbote, Erlaubnisse und Gebote begründende Schlüsse ziehen zu wollen. Dies könnte im Gegenteil zu einer Verstärkung der bereits heute bestehenden Diskriminierung alter und sehr alter Menschen in der Gesellschaft und damit indirekt zu einer Zunahme des Alterssuizids führen. Falls der grundlegende Hinweis auf die Bedeutung der Anerkennung von Endlichkeit zutrifft – und intuitiv würden wohl viele zustimmen – bliebe zu klären, in welchem Verhältnis solche Sinneinsichten zu normativen Regelungen einer Altersrationierung stehen.

Fünftens werden pragmatische Argumente zugunsten der Idee der Altersrationierung stark gemacht. Angesichts der Ressourcenknappheit sei mit dem Alterskriterium die am wenigsten ungerechte und praktisch am einfachsten zu handhabende Möglichkeit gegeben, die zudem mit der rechtzeitigen Einführung einer privaten Zusatzversicherung sozial abgefedert werden könnte, betont insbesondere der deutsche Gesundheitsökonom Friedrich Breyer (2006; 2007). Anders als andere soziale Kriterien

betreffe das Alter alle Menschen gleichermaßen, unabhängig von Geschlecht, Bildungsschicht, Herkunft, beruflichem Rang oder sozialen Aufgaben. Im Unterschied zur heute bestehenden Praxis der impliziten Rationierung bei älteren Patienten ermögliche erst eine transparent geregelte Altersrationierung die private Absicherung nicht gedeckter Risiken. Dieses versicherungstechnische Argument ist im Kern mehr als pragmatisch, insofern es den mit der impliziten Rationierung verbundenen Paternalismus als ungerecht kritisiert. In dieser Hinsicht spricht es allerdings zunächst einmal nur gegen eine Praxis der unregulierten Rationierung und nicht speziell für die Altersrationierung. Fraglich ist zudem, ob soziale Kriterien bei der Rationierung gesundheitlicher Leistungen überhaupt eine Rolle spielen sollten; Erfahrungen mit der Berücksichtigung sozialer Kriterien wie Arbeitsfähigkeit, pflegerischer Pflichten für Angehörige oder der Möglichkeit, ein unabhängiges Leben zu führen, wie es bei der Regelung des Zugangs zur Bypass- und Hüftprothesen-Chirurgie in Neuseeland in den 1990er Jahren der Fall war, wecken aus ethischer und rechtlicher Sicht jedenfalls erhebliche Zweifel (Edgar 2001).

Argumente gegen die Altersrationierung

Gegen die Idee der Altersrationierung werden vier pflichtenethische, die Grundrechte betreffende, zudem drei pragmatische Überlegungen betont. Der grundlegendste und erste Einwand beinhaltet den eingangs erwähnten Vorwurf einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung und damit der Diskriminierung alter Menschen. Tatsächlich handelt es sich bei der Vorenthaltung nützlicher Behandlungen aufgrund eines bestimmten Alters um eine Missachtung der grundsätzlichen Gleichheit aller Menschen, die ethisch und verfassungsrechtlich gewöhnlich mit der Menschenwürde bzw. dem daraus abgeleiteten Diskriminierungsverbot zum Ausdruck gebracht wird (Halter 2007: 242).

Ein zweiter Einwand betont, dass Menschen im hohen Alter einer vulnerablen Gruppe angehören und daher besonderen Schutz verdienen. Das Argument des besonderen Schutzes für die Schwachen in der Gesellschaft trifft insofern auf die hochaltrigen Menschen zu, als alte Menschen in den westlichen Gesellschaften tendenziell marginalisiert werden und dadurch aus vielen gesellschaftlichen Bereichen ausgeschlossen sind. Dadurch, dass sie nicht mehr in die Erwerbsarbeit eingebunden sind,

haben sie in der Regel keinen Zugang mehr zu den entsprechenden Netzwerken und Seilschaften; technische Neuerungen, rasche gesellschaftliche Veränderungen und hohe Mobilitätsansprüche tragen ebenfalls zur Marginalisierung bei. Friedrich Breyer mag zu Recht behaupten, dass ein transparent eingeführtes und klar geregeltes System der Altersrationierung nicht in sich diskriminierend sein muss, aber er unterschätzt dabei den indirekten Effekt, der darin bestehen könnte, dass eine ohnehin marginalisierte Gruppe eventuell noch mehr ins Abseits gedrängt würde (Breyer 2007). Der Alterssuizid ist schon eine Realität. Die Suizidalität ist im gesellschaftlichen Vergleich bei hochaltrigen Menschen mit Abstand am höchsten (Netz 2005: 82); ein Regime der Altersrationierung könnte diese Praxis noch zusätzlich fördern.

Teure Zusatzversicherungen für das Alter könnten sich nur Privilegierte leisten, so ein drittes Argument. Diese Kreise seien bereits heute dadurch privilegiert, dass sie weniger häufig krank sind und eine höhere Lebenserwartung haben als Menschen aus den niedrigen Bildungsschichten. Wird dem entgegnet, dass die Angehörigen niedriger Bildungsniveaus und unterer Einkommensklassen ohnehin die Hochaltrigkeit nicht erreichen, so ist das zynisch und weist eher darauf hin, dass hier aus Gerechtigkeitsgründen Maßnahmen zur Veränderung der Ungleichheiten gefordert wären (Breyer 2007: 34).

Ein vierter grundlegender Einwand gegen die Altersrationierung besteht in dem Hinweis, dass ein dem ärztlichen und pflegerischen Ethos zutiefst widersprechendes und kontraintuitives Verhalten gefordert würde, da das chronologische Alter oft nicht mit dem biologischen Alter von Menschen übereinstimmt. Kerngesunde 85-Jährige dürften in einem solchen System nicht mehr kurativ behandelt werden, während 70-Jährigen mit schwersten körperlichen Schädigungen weiterhin alle Behandlungen zur Verfügung stünden.

Zu diesen grundlegenden Einwänden kommen drei pragmatische hinzu, welche die Skepsis zusätzlich verstärken. Erstens dürfte es richtig sein, dass sich mit der Altersrationierung zumindest bei hochaltrigen Menschen keine nennenswerten Beträge einsparen ließen. Die mit Abstand höchsten Ausgaben fallen hier für die Pflege an und damit in einem Bereich, in welchem Einsparungen kaum möglich bzw. vertretbar sind. Wenn schon, so müssten Entscheidungen zum Behandlungsverzicht oder -abbruch in den letzten Lebenswochen bei relativ jungen Alten getroffen werden: Hier ist es allerdings praktisch oft unmöglich, *ex ante* zu bestimmen, ob oder

wann jemand sterben wird. Zweitens wird es sich als praktisch fast unmöglich herausstellen, in der alltäglichen ärztlichen und pflegerischen Praxis zwischen rein palliativen und rein kurativen Maßnahmen zu unterscheiden: Wo sollte hier die Grenzlinie gezogen werden? Erfahrungsgemäß können auch hochkomplizierte neurochirurgische Eingriffe palliativen Charakter haben und gleichsam als »unerwünschte« Nebenwirkung den Todeszeitpunkt eines Tumorpatienten markant hinausschieben. Drittens schließlich wird darauf hingewiesen, dass die demokratische Legitimierung einer expliziten Altersrationierung in unseren älter werdenden Gesellschaften politisch keine Chance hätte. Die Abstimmungsgewichte verteilen sich in den nächsten Jahren immer mehr in Richtung älterer Menschen, sodass eine Abstimmung mit einem Vorschlag zuungunsten der älteren Menschen kaum zu gewinnen wäre (Halter 2007: 240f.; Felder 2008: 26f.).

Schluss: Die Altersrationierung ist keine Lösung

Die Altersrationierung bietet offensichtlich keine gerechte, sinnvolle und praktikable Lösung des Problems der steigenden Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung. Zu viele plausible Einwände sprechen dagegen. Während die pflichtethischen und egalitaristischen, auf die Achtung der Menschenwürde rekurrierenden Argumente nicht jeden überzeugen werden, sind doch auch die pragmatischen, unabhängig von Ethiktheorie und Menschenbild geltenden Einwände beträchtlich. Ein Kennzeichen einer guten und gerechten Gesellschaft besteht darin, dass besonderer Wert auf eine menschengerechte Sorge um die alten Menschen, ganz besonders die pflegebedürftigen, gelegt wird.

Obgleich die Ablehnung des Alters als Rationierungskriterium überzeugend zu sein scheint, bleibt zum Schluss ein Einwand in Erinnerung zu rufen, den Friedrich Breyer zu Recht immer wieder betont. Bereits heute besteht die verbreitete Praxis einer unregelmäßigen Altersrationierung am Krankenbett. Das mag zuweilen unproblematische oder sogar zu begrüßende Aspekte haben, insbesondere dann, wenn diese Praxis zur Verhinderung von sinnlosen oder sogar schädigenden Überbehandlungen hochaltriger Patientinnen und Patienten führt. Falls jedoch in den nächsten Jahren weiterhin ausschließlich an der impliziten Rationierung festgehalten und der Vorschlag der Altersrationierung abgelehnt wird, so dürften bei

zunehmender Knappheit der Ressourcen, beispielsweise dem bevorstehenden Ärzte- und Pflegekräftemangel, diejenigen das Nachsehen haben, die ihre Interessen am wenigsten durchzusetzen wissen, unter anderem ältere Menschen mit demenziellen Störungen. Aus ethischer Perspektive ist darum die Suche nach alternativen Rationierungskriterien zu intensivieren. Realistische Ansatzpunkte dafür bieten diejenigen Kriterien, die bereits heute als Bedingungen zur Aufnahme von Maßnahmen in die solidarisch finanzierte Grundversorgung gefordert werden; in der Schweizer Gesetzgebung sind dies etwa Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen. Im Sinne einer expliziten, das heißt transparenten und für alle gleichermaßen geltenden Rationierungspraxis könnten diese Kriterien enger als bisher ausgelegt werden, indem zum Beispiel medizinisch nur marginal wirksame Maßnahmen aus der Grundversorgung ausgeschlossen werden (Buyx u.a. 2009). Ob und inwieweit das auch für bedingt zweckmäßige und nur wenig kosteneffektive Eingriffe gelten sollte, ist schwierig zu beurteilen und bedarf weiterer ethischer Reflexion (Marckmann 2011).

Literatur

- Albisser-Schlegel, Heidi/Pargger, Hans/Reiter-Theil, Stella (2008), »Futility« – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin«, *Zeitschrift für Palliativmedizin* Jg. 9, S. 67–75.
- Breyer, Friedrich (2006), »Das Lebensalter als Abgrenzungskriterium für Grund- und Wahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung«, in: Bettina Schöne-Seifert/Alena M. Buyx/Johann S. Ach (Hg.), *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*, Paderborn, S. 149–161.
- (2007), »Zum Konzept der altersbezogenen Rationierung von Gesundheitsleistungen: Zehn populäre Irrtümer«, in: Markus Zimmermann-Acklin/Hans Halter (Hg.), *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, Basel, S. 225–236.
- Brockmann, Hilke (2002), »Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals«, *Social Science & Medicine*, Jg. 55, S. 593–680.
- Buyx, Alena M./Friedrich, Daniel R./Schöne-Seifert, Bettina (2009), »Marginalisierte Wirksamkeit als Posteriorisierungskriterium – Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen«, *Ethik in der Medizin*, Jg. 21, H. 2, S. 89–100.
- Callahan, Daniel (1987), *Setting Limits. Medical goals in an aging society*, New York.

- (1999), *False hopes. Overcoming the obstacles to a sustainable, affordable medicine*, New Brunswick.
- CVP (2010), »Resolution Gesundheitsmarkt Schweiz: Qualität zu fairen Preisen«, www.cvp.ch, Pressemeldung vom 9.4.2010 (letzter Zugriff am 19.5.2010).
- Daniels, Norman (2003), »Das Argument der Altersrationierung im Ansatz der klugen Lebensplanung«, in: Georg Marckmann (Hg.), *Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang*, Stuttgart, S. 151–169.
- Edgar, Wendy (2001), »Rationing health care in New Zealand – how the public has a say«, in: Angela Coulter/Chris Ham (Hg.), *The Global Challenge of Health Care Rationing*, Buckingham/Philadelphia, S. 175–191.
- Esslinger, A. Susanne/Hajek, Simone/Schöffski, Oliver/Heppner, Hans-Jürgen (2008), »Rationierung von Gesundheitsleistungen im Alter – theoretische Reflexion und praktische Relevanz«, *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Jg. 13, S. 276–282.
- Felder, Stefan (2008), »Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende«, *Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft (GGW)*, Jg. 8, H. 4, S. 23–30.
- Gawande, Atul (2010), »Letting go. What should medicine do when it can't save your life?«, *The New Yorker*, http://www.newyorker.com/reporting/2010/08/02/100802fa_fact_gawande?currentPage=12, 8.2010 (letzter Zugriff am 30.8.2010).
- Halter, Hans (2007), »Anfragen zum Konzept der Altersrationierung aus ethischer Sicht«, in: Markus Zimmermann-Acklin/Hans Halter (Hg.), *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, Basel, S. 237–246.
- Harris, John (1995), *Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Berlin.
- Höpflinger, François (2011), »Viertes Lebensalter – zur Situation hochaltriger Menschen«, in: Caritas Schweiz (Hg.), *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter*, Luzern, S. 59–72.
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2009), »Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung«, *Arzt und Krankenhaus*, Jg. 6, S. 170–173.
- Hürny, Christoph/Münzer, Thomas (2011), »Übertherapiert? Vernachlässigt? Die vierte Generation aus geriatrischer Sicht«, in: Caritas Schweiz (Hg.), *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter*, Luzern, S. 133–147.
- Hurst, Samia/Slowther, Anne-Marie/Forde, Reidun/Pegoraro, Renzo/Reiter-Theil, Stella/Perrier, Arnaud/Garrett-Mayer, Elizabeth/Danis, Marion (2006), »Prevalence and determinants of physician bedside rationing: Data from Europe«, *Journal of General Internal Medicine*, Jg. 21, H. 11, S. 1138–1143.
- Krämer, Walter (2007), »Was macht Rationierung unvermeidbar?«, in: Nationaler Ethikrat (Hg.), *Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im*

Gesundheitswesen. Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006, Berlin, S. 35–42.

- Marckmann, Georg (Hg.) (2003), *Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang*, Stuttgart.
- (2005), »Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung? Contra«, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Jg. 130, S. 351–352.
- (2006), »Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung«, in: Bettina Schöne-Seifert/Alena M. Buyx/Johann S. Ach (Hg.), *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*, Paderborn, S. 163–181.
- (2010), »Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein?«, *Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft (GGW)*, Jg. 10, H. 1, S. 8–15.
- (Hg.) (2011), *Kostensensible Leitlinien. Ein Instrument zur expliziten Leistungssteuerung im Gesundheitswesen*, Berlin.
- Netz, Peter (2005), »Suizidalität im Alter – Medizinische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte«, in: Gabriele Wolfslast/Kurt W. Schmidt (Hg.), *Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag*, München, S. 81–92.
- Raspe, Heiner/Meyer, Thorsten (2009), »Vom schwedischen Vorbild lernen«, *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 106, H. 21, S. A1036–1039.
- Santos-Eggimann, Brigitte (2005), »Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?«, Studie erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, www.bag.admin.ch (letzter Zugriff am 27.8.2010).
- Schoenenberger, Andreas W./Radovanovic, Dragana/Stauffer, Jean-Christophe/Windecker, Stephan/Urban, Philip/Eberli, Franz R./Stuck, Andreas E./Gutzwiller, Felix/Erne, Paul (2008), »Age-related differences in the use of guideline-recommended medical and interventional therapies for acute coronary syndromes: a cohort study«, *Journal of the American Geriatrics Society*, Jg. 56, H. 3, S. 510–516.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.) (2007), *Projekt »Zukunft Medizin Schweiz« – Phase III: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen. Einschätzungen und Empfehlungen*, Basel.
- Strebel, Urs (2007), »Die Endlichkeit des Lebens als Rationierungskriterium. Eine Bewertung aus ärztlicher Sicht«, in: Markus Zimmermann-Acklin/Hans Halter (Hg.), *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, Basel, S. 258–267.
- Ubel, Peter/Goold, Susan (1998), »Rationing health care. Not all definitions are created equal«, *Archives of Internal Medicine* Jg. 158, S. 209–214.

»Recycling des Lebenszyklus: Zur Gerechtigkeit zwischen den Generationen

Harry R. Moody

Karl Marx schrieb einst, ein Gespenst gehe um in Europa: das Gespenst einer Revolution der Arbeiterklasse. Heute sucht ein anderes Gespenst Europa heim, und zwar die Angst vor dem demografischen Wandel. Ängste vor dem Altern der Bevölkerung und Debatten über Gerechtigkeit zwischen den Generationen sind sowohl in Europa als auch in den USA weit verbreitet, wie einige Schlagzeilen aus dem Jahr 2010 deutlich machen:

- Frankreich wurde lahmgelegt von Streiks und öffentlichen Unruhen angesichts der Anhebung des Renteneintrittsalters (von 60 auf 62 Jahre), obwohl weitestgehend Einigkeit darin besteht, dass die gegenwärtigen Rentenzusagen gegenüber künftigen Generationen ohne eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit nicht eingehalten werden können.
- Die deutsche Bundeskanzlerin erklärte, dass der Multikulturalismus »versagt« habe, und stimmte in die Forderung anderer europäischer Politiker nach einer Neubewertung der Einwanderung ein, damit Stimmungslagen entgegenkommend, die sich in Frankreich, Großbritannien und anderen Ländern ausbreiten. Und doch könnte das Altern der Bevölkerung ohne Einwanderung jüngerer Menschen noch viel größere Probleme aufwerfen.
- In den USA führten die Bemühungen der Regierung, den Zugang zur Gesundheitsversorgung auszuweiten, zu – zwar falschen, aber weithin für bare Münze genommenen – Vorwürfen, sie werde bald »Todespanels« und eine »Rationierung« der Gesundheitsversorgung einführen. Ältere Menschen waren die Gruppe, die diese Behauptungen am meisten beunruhigte.
- In den USA zeigten Umfragen, dass die überwältigende Mehrheit jüngerer Menschen glaubt, sie werde niemals eine öffentliche Rente aus dem *Social Security*-System beziehen. Gleichwohl werden die Ältesten