

Wer soll überleben?

Effizienz und Gerechtigkeit sind im Gesundheitswesen immer weniger vereinbar. Es wächst der Druck, nach „rationalen“ Regeln über Leben und Tod zu entscheiden.

Bei industriellen Großunfällen, Naturkatastrophen und im Krieg gelten in der Medizin besondere Regeln. Deren erklärtes Ziel: mit den beschränkten zur Verfügung stehenden Mitteln soll das Leben möglichst vieler Menschen erhalten werden. Dazu helfen die Ärzte zunächst den lebensgefährlich verletzten Menschen, die bei vertretbarem Aufwand vermutlich gerettet werden können. Schwerstverletzte mit nur geringen Überlebensaussichten behandeln sie dagegen nicht. Ebenso verfahren sie mit den Leichtverletzten, deren Genesungschancen sich durch Warten wahrscheinlich nicht verschlechtern.

Diese so genannten Triageregeln werden von den meisten Menschen akzeptiert. Würde jedoch in der Alltagsmedizin die Leitlinie „Rette so viele Menschenleben wie möglich“ konsequent angewandt, hieße das: Wer auf eine Transplantation zweier Spenderorgane angewiesen ist, dürfte auf der Warteliste nicht vorrücken und würde sicher sterben. Denn schließlich könnte mit zwei Organen gleich zwei anderen Menschen geholfen werden. Oder: Ein neu entwickeltes und daher rares Medikament dürfte zunächst nicht an Patienten ausgegeben werden, die es in vergleichsweise hoher Dosierung benötigen - von dieser Menge Arzneistoff könnten alternativ mehrere Patienten profitieren. In beiden Beispielen widerspricht das Bestreben, möglichst viele Leben zu retten, der Forderung, dass jeder Mensch die gleiche Chance auf Überleben haben sollte.

„Effizienz und Gleichheit sind oft nicht miteinander vereinbar“, sagt Weyma Lübke, Professorin an der Universität Leipzig. Die Philosophin erforscht, wann die Gesellschaft auf Chancengleichheit und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen setzt und wann der Effizienzgedanke Oberhand gewinnt. Besonders brisant ist diese Frage, weil inzwischen für die medizinische Versorgung mehr als 14 Prozent des Lohns aufgewendet werden müssen. Über Maßnahmen zur Einsparung und Rationierung wird daher immer häufiger gesprochen. Lübke ist überzeugt, dass diese gesellschaftliche Diskussion legitim ist, denn „auch als Individuum hebt niemand all sein Geld für gesundheitliche Notlagen auf“.

Lübke hat eine plausible Erklärung dafür, warum die effizienzorientierten Triageregeln in Notfallsituationen breite Zustimmung finden: Niemand weiß, zu welcher der drei Patientengruppen er selbst im Falle eines Unglücks gehören würde. Im Notfall müssen die hoffnungslos Schwerverletzten die Triageentscheidungen hinnehmen, weil unterstellt werden kann, dass sie diesen im eigenen Interesse zugestimmt hätten, wenn sie vor der Katastrophe um ihre Zustimmung gefragt worden wären. In der Alltagsmedizin gibt es einen solchen Konsens jedoch nicht: „Beispielsweise kommen einige behindert Geborene bereits als teure Patienten auf die Welt, während niemand als derjenige geboren wird, den der Triagearzt

zurückstellt“, sagt Lübke. So erwartet sie nicht, dass sich der triagetypische Umgang mit Knappheit im Alltag durchsetzen wird - selbst wenn sich der Rationierungsdruck auf das Gesundheitssystem verschärft.

Doch sind die Grenzen hier fließend. Zum Beispiel finden sich durchaus Gemeinsamkeiten zwischen der Transplantationsmedizin und der Triage. Beide enthalten utilitaristische Elemente - eine philosophische Lehre, die in der Maximierung des Nützlichen die Grundlage des sittlichen Verhaltens sieht. So spielt beispielsweise bei der Vergabe von Nieren eine große Rolle, ob die Gewebeverträglichkeitsmerkmale zwischen Spender und Empfänger übereinstimmen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass das transplantierte Organ nicht abgestoßen wird und der Empfänger eine möglichst lange Lebenserwartung hat. „Aber wer beurteilt, ob zehn gewonnene Lebensjahre eines Menschen wertvoller sind als drei Lebensjahre eines anderen Menschen?“, gibt Lübke zu bedenken.

Befürworter des Organvergabesystems verweisen darauf, dass ein Patient nicht zwangsläufig stirbt, weil er wegen mangelnder Übereinstimmung im Gewebeverträglichkeitsfaktor zurückgestellt wird. Vielmehr erhöht diese Art der Verteilung die Wahrscheinlichkeit, dass möglichst viele Patienten ein Organ erhalten, mit dem sie lange leben. Doch weil für den einzelnen Patienten mit dem Warten auch das Risiko wächst, ist die Zurückstellung für die Betroffenen gefährlich. Eine Parallele zur Triage: Auch hier kann es passieren, dass ein Patient den Aufschub seiner Behandlung nicht überlebt. Bei der Organverteilung ist allerdings anders als bei der Triage eine bestimmte Patientengruppe - Menschen mit besonders seltenen Gewebemerkmale - von vornherein benachteiligt.

Bei Transplantationen hängt die Frage der Vergabegerechtigkeit mit einem Mangel an Spenderorganen zusammen. In der aktuellen Diskussion um das Gesundheitswesen geht es dagegen um knappe Finanzen. Doch die spielen natürlich auch bei der Organverpflanzung eine wichtige Rolle: Eine Transplantation ist teuer und verlängert das Leben eines Menschen, abhängig vom übertragenen Organ und vom gesundheitlichen Gesamtzustand, möglicherweise nur um Monate. Theoretisch könnte man mit der gleichen Geldsumme vielen Menschen Vorsorgeuntersuchungen bezahlen - und dadurch insgesamt vielleicht mehr Menschenleben retten.

Ein anderes Beispiel: Sind in einem Krankenhaus die Betten in der Intensivstation knapp, muss entschieden werden, welche Patienten die höchste Priorität haben. Wie viele Plätze in der Intensivstation überhaupt vorhanden sind, hängt wesentlich vom finanziellen Faktor ab. Sonst wären überall stets ausreichend Betten vorhanden.

Der medizinisch-technische Fortschritt sowie die demografische Entwicklung machen es nach Ansicht vieler Fachleute zunehmend unmöglich, die gesamten medizinischen Möglichkeiten allen Menschen zukommen zu lassen. Lübke will die öffentliche Debatte um Rationierung im Gesundheitswesen nicht anheizen. Falls jedoch rationiert wird und dabei nicht offen darüber gesprochen wird, erwartet sie, dass die Einsparmaßnahmen bestimmte Gruppen wie Alte oder sozial Schwache besonders hart treffen. Verhältnismäßig gut dran wären dagegen Menschen, die willig und fähig sind, sich zu wehren. „Das ist dann weder effizient noch gerecht“, urteilt Lübke. Und nennt einen Grund, warum es Rationierung womöglich nur in verschleierter Form

geben wird: „Wenn der Arzt behauptet, er könne medizinisch nicht helfen, fällt es leichter, zu sterben, als wenn er sagt, die Behandlung ist der Gesellschaft zu teuer.“

