

Dieter Birnbacher

## Krankheit oder Behandlungsbedürftigkeit Auf der Suche nach Standards für die Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung

### *1 'Medizinische Notwendigkeit' – ein systematisch irreführender Ausdruck*

In der medizinethischen Diskussion sorgen immer wieder einige wohletablierte, aber unzureichend geklärte Begriffe für Verwirrung. Einschlägige Beispiele sind die inhaltlich nahe beieinander liegenden Ausdrücke 'Indikation' und 'medizinische Notwendigkeit'. Im Fall von 'Indikation' kommt es zu Verwirrungen dadurch, daß die Bedeutung dieses Ausdrucks zwischen den Modalitäten des Notwendigen und des Zulässigen hin- und herwechselt. Während eine Behandlung im allgemeinen als „indiziert“ gilt, wenn sie aus medizinischer Sicht *notwendig* ist, bezieht sich die Redeweise von der „Indikationenlösung“ im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch oder die Rede von „Indikationen“ als begrenzender Prinzipien im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik auf Grenzen des aus medizinischer, rechtlicher oder ethischer Sicht *Zulässigen*. Eine 'Indikation' liegt in diesen Fällen nicht dann vor, wenn eine Maßnahme *notwendig*, sondern wenn sie *zulässig* ist. Auch der Begriff des 'medizinisch Notwendigen' wird nicht eindeutig verwendet – was insbesondere in der jüngsten Diskussion um Prioritätensetzung und Rationierung im Gesundheitswesen zu Mißverständnissen führt. So zitiert etwa die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zu den Prioritäten in der medizinischen Versorgung vom April 2000<sup>1</sup> verschiedene Definitionen von Rationierung, nach denen 'Rationierung' in der Vorenthaltung des „an sich Notwendigen“ bzw. des „gesundheitlich Notwendigen“ besteht, um unmittelbar darauf zu bemer-

---

<sup>1</sup> Zentrale Ethikkommission: Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: Deutsches Ärzteblatt 97 (2000), A-1019–1023, hier A-1019.

ken, daß „relativ wenige Leistungen der Medizin [...] in einem streng kausalanalytischen Sinne notwendig, aus ärztlicher Sicht also ‘absolut indiziert’ sind“. Obwohl der Zusatz „in einem streng kausalanalytischen Sinne“ darauf hinweist, daß hier möglicherweise ein anderer Sinn von ‘Notwendigkeit’ gemeint ist als in den zitierten Definitionen von ‘Rationierung’, schweigt sich die Stellungnahme darüber aus, in welcher Beziehung dieser Sinn von medizinischer Notwendigkeit zu dem für die Rationierungsdiskussion relevanten Sinn von Notwendigkeit steht. Einerseits wird ein Bezug zwischen den beiden Notwendigkeiten hergestellt, andererseits wird dieser Bezug aber nicht näher expliziert. Dem Leser der Stellungnahme wird nicht klar, inwiefern der kausale Sinn von medizinischer Notwendigkeit für die Fragestellung der Prioritätensetzung, die sich die Kommission gestellt hat, überhaupt relevant ist. Offensichtlich bezeichnet ‘medizinische Notwendigkeit’ zwei grundlegend verschiedene Dinge, die nicht konfundiert werden dürfen und in unterschiedlichen Kontexten relevant werden. Im *kausalen* Sinn bezieht sich ‘Notwendigkeit’ auf die Mittel, die eingesetzt werden müssen, um bestimmte Zwecke zu erreichen. Im *normativen* Sinn bezieht sich ‘Notwendigkeit’ auf die Dringlichkeit und Wichtigkeit der Zwecke selbst. Im kausalen Sinn ist ein Mittel notwendig, wenn kein anderes Mittel verfügbar ist, um einen gegebenen Zweck zu erreichen. Im normativen Sinn ist ein bestimmter Zweck notwendig, wenn die Nichterfüllung dieses Zwecks nach einem bestimmten normativen Standard unzumutbar oder inakzeptabel wäre. In der gewöhnlichen Redeweise von „medizinisch notwendigen“ oder „indizierten“ ärztlichen Maßnahmen spielen dabei gewöhnlich beide Bedeutungen eine Rolle: Die „indizierte“ Maßnahme ist einerseits ein Mittel, das den damit verfolgten gesundheitlichen Zweck mit einiger Wahrscheinlichkeit erreicht, andererseits ist der verfolgte Zweck seinerseits wichtig genug, um den Aufwand des Mitteleinsatzes zu rechtfertigen oder zu gebieten. Die gewöhnliche Redeweise ist also eine „kombinierte“ Redeweise, die beide Bedeutungen von ‘medizinischer Notwendigkeit’ gleichzeitig beinhaltet. Gelegentlich trennen sich die Wege des im kausalen und des im normativen Sinn medizinisch Notwendigen allerdings. Nicht alles, was im kausalen Sinne notwendig ist, um bestimmte gesundheitliche Wirkungen zu erreichen, ist auch notwendig oder geboten im normativen Sinn. Auch ein Schnupfenmittel kann notwendig oder zweckmäßig sein, um die durch einen Schnupfen verursachten Unannehmlichkeiten zu beheben oder zu mildern. Aber Schnupfen ist insgesamt keine hinreichend gravierende Belastung, um eine zu seiner Linderung notwendige medizinische Maßnahme im normativen Sinne notwendig zu machen. Andererseits kann ein Zustand unzumutbar und seine Behebung oder Linderung deshalb im normativen Sinn ‘notwendig’ sein, ohne daß in jedem Fall Möglichkeiten zu seiner Behebung oder Linderung zur Verfügung stehen müssen.

## 2 Zielstandards, Mittelstandards und Solidaritätsstandards

In Erweiterung dieser Überlegungen empfiehlt es sich, die Begriffe der kausalen und der normativen ‘medizinischen Notwendigkeit’ in einen größeren Zusammenhang einzuordnen und zusammen mit den verwandten Begriffen des ‘medizinisch Zweckmäßigen’ und des ‘medizinisch Sinnvollen’ als unterschiedliche Standards einerseits für die Ziele, andererseits für die Mittel medizinischer Behandlungen aufzufassen.

*Zielstandards* sind Standards für die zulässigen, sinnvollen oder unbedingt anzustrebenden Ziele medizinischer Maßnahmen. Sie bilden sich weitgehend aus der medizinischen Praxis heraus, lassen sich allerdings nicht „rein wissenschaftlich“ begründen, sondern reflektieren die aus der Erfahrung der Medizin und kulturellen Faktoren gefilterten Anschauungen der Ärzte über die Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungswürdigkeit körperlicher und psychischer Zustände. Diese Standards sind von der Verfügbarkeit entsprechender Behandlungsmöglichkeiten zunächst ganz unabhängig. Zielstandards betreffen ein *Sein-Sollen* und lassen sich deshalb auch dann formulieren, wenn geeignete medizinische oder andere Mittel, das Ziel zu realisieren, aus wissenschaftlichen, technischen oder ökonomischen Gründen nicht bereitstehen. Schwere Depressionen müssen auch dann als behandlungsbedürftig gelten, wenn sie nicht behandelt werden können, entweder weil kein Mittel bekannt ist, ein bekanntes Mittel nicht verfügbar ist oder ein im Prinzip verfügbares Mittel die gesellschaftlichen Ressourcen überfordert.

Zielstandards wie das ‘medizinisch Notwendige’ (im normativen Sinn) und das ‘medizinisch Sinnvolle’ fallen in der Medizin weitgehend in den Bereich des impliziten Wissens und werden nur selten ausdrücklich thematisiert. Das ‘medizinisch Notwendige’ wird dabei gewöhnlich so verstanden, daß es – bei Verfügbarkeit geeigneter Mittel – angestrebt werden *muß*, das ‘medizinisch Sinnvolle’ so, daß es angestrebt werden *kann*.

Während sich Zielstandards auf ein *Sein-Sollen* beziehen, beziehen sich *Mittelstandards* auf ein *Tun-Sollen*: Sie geben an, welche medizinischen Maßnahmen geeignet und zweckmäßig sind, den jeweiligen behandlungsbedürftigen Zustand zu beheben oder zu lindern. Dabei ist jeweils auch zu prüfen, ob möglicherweise andere, außerhalb des Gesundheitssystems liegende – etwa pädagogische, soziale oder seelsorgerische – Maßnahmen für dieselben Zwecke besser geeignet und insgesamt erfolgversprechender sind. Insofern es bei den Mittelstandards um Folgenabschätzungen geht, spielen hier in weitergehendem Maße als bei den Zielstandards *wissenschaftliche* Aussagen, Theorien und Hypothesen eine Rolle. So kann die *Effektivität* medizinischer Maßnahmen nur aufgrund empirischer Befunde bzw. aufgrund bestimmter aus empirischen Beobachtungen extrapolierter Theorien eingeschätzt werden.

Mittelstandards sind allerdings nicht ausschließlich deskriptiv, sondern teilweise auch normativ begründet und motiviert. Einschätzungen der *Effektivität* von medizinischen Maßnahmen sind im Prinzip wissenschaftlich begründbar, nicht aber der *Effektivitätsstandard* selbst. Zwar ist die Wissenschaft für Fragen wie die zuständig, wie geeig-

net ein Mittel ist, bestimmte Zielstandards zu erreichen, in welchen Hinsichten es darin anderen Mitteln überlegen oder unterlegen ist und mit welchen Wahrscheinlichkeiten es sein Ziel erreicht. Die Wissenschaft ist jedoch überfragt, wenn sie angeben soll, wie effektiv medizinische Maßnahmen sein müssen, um einen medizinischen Einsatz zu rechtfertigen. Das folgt bereits daraus, daß die jeweils erforderte Effektivität nicht unabhängig von dem Rang der Zwecke ist, zu dem die medizinischen Mittel eingesetzt werden. Je schwerwiegender die Ziele, desto eher sind – mangels Alternativen – auch relativ weniger effektive Mittel wählbar. Der jeweils vorausgesetzte Rang der Ziele entzieht sich jedoch einer rein wissenschaftlichen Beurteilung.

Noch deutlicher tritt die wesentlich *normative* Natur von Mittelstandards zutage bei Standards wie ‘Effizienz’ oder ‘Wirtschaftlichkeit’, die nicht mehr nur den (wahrscheinlichen) Zielerreichungsgrad, sondern die Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Kosten bzw. Chancen und Risiken betreffen. ‘Kosten’ bzw. ‘Risiken’ müssen dabei so verstanden werden, daß sie sich sowohl auf die Belastungen und Nebenwirkungen für den jeweiligen Patienten beziehen als auch auf die Belastungen, die anderen (Angehörigen, Ärzten, Gesellschaft) aus der Behandlung erwachsen. In Abwägungen dieser Art gehen wesentlich ethische und innerhalb und außerhalb der ärztlichen Profession vielfach kontroverse Wertungen ein. So wird sich etwa eine rein summative (etwa utilitaristische) Nutzen-Kosten-Abwägung von einer an Rawls’ oder einer anderen Gerechtigkeitstheorie orientierten Abwägung gravierend unterscheiden. Vielleicht läßt sich die Tatsache, daß derartige Abwägungen höchst kontrovers sind, zur Erklärung dafür heranziehen, weshalb gerade die Effizienzdimension in politischen Diskussionen am ehesten unterschlagen wird. Dabei ist jedoch gerade diese Dimension für die Standardsetzung von ausschlaggebender Bedeutung: Welche Nebenwirkungen dürfen um der Chance einer Wirkung willen in Kauf genommen werden? Um wieviel besser muß die Wirkungsweise eines neuen Arzneimittels gegenüber der Standardmedikation sein, um seinen möglicherweise höheren Preis aufzuwiegen? Wieviel darf die Behandlung eines Patienten kosten, die mit großer Wahrscheinlichkeit sein Leben nur um wenige Tage verlängert? Diese Fragen, wie immer mißlich, sind bei begrenzten Ressourcen nicht zu umgehen und werden zunehmend nicht nur von Gesundheitsökonomen, sondern auch von den Ärzten artikuliert. Auch Ärzte empfinden vielfach die Mittel, die sie selbst – oft aus Furcht vor rechtlichen Konsequenzen – einsetzen zu müssen meinen, als überproportional (und würden sie sich selbst und ihren nächsten Angehörigen gern ersparen). Immerhin waren laut der niederländischen Studie „Choices in Health Care“ nahezu zwei Drittel der niederländischen Ärzte der Meinung, daß zu viele personelle und sächliche Ressourcen auf „low-chance medicine“ verwendet werden, deren medizinischer Ertrag geringfügig oder zweifelhaft ist.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Vgl. Choices in Health Care: A report by the Government Committee on Choices in Health Care, Rijswijk (NL) 1992, S. 45.

Hinsichtlich der Ziel- und Mittelstandards können weder die Medizin noch die Medizinethik oder das Medizinrecht ein Deutungsmonopol beanspruchen. Zwar sind die Ergebnisse der medizinischen Wissenschaften und die Erfahrungen der Praxis der Medizin unabdingbar, wenn es darum geht, die Entscheidung über die richtigen und angemessenen Standards informationell zu unterfüttern. Dennoch aber kann die Medizin diese Standards nicht aus sich heraus begründen. Diese bedürfen vielmehr eines gesellschaftlichen Abstimmungsprozesses, in dem alle Bürger und insbesondere die betroffenen Patientengruppen eine Stimme haben. Abgesehen von verfassungsrechtlich gebotenen Minimalbedingungen (aufgrund des Prinzips der Achtung der Menschenwürde und des Sozialstaatsprinzips) können auch Rechtswissenschaft und Ethik in diesem Prozeß stets nur die Rolle von Katalysatoren und Moderatoren spielen, die Optionen entwickeln, Vorschläge unterbreiten und deren Vor- und Nachteile diskutieren. Sie können jedoch (obwohl das vielfach von ihnen erwartet wird) nicht die Rolle von Legitimationsinstanzen spielen, die anderen vorschreiben, für welche Standards sie sich zu entscheiden haben.

Begrenzt ist die Zuständigkeit der Medizin und der Medizinethik aber nicht nur für die Zielstandards, sondern erst recht für die dritte Art von Standards, die *Solidaritätsstandards*. Diese bestimmen, inwieweit medizinische Leistungen durch die Solidargemeinschaft übernommen werden sollen oder können, wie weit also die Verpflichtung der Allgemeinheit zur Übernahme der durch diese Maßnahmen entstehenden Kosten (im weitesten Sinn) gehen soll. Dabei können Solidaritätsstandards entweder als den jeweiligen Patienten zugeschriebene *Rechtsansprüche* oder auch lediglich als (einseitige) *Hilfsverpflichtungen* formuliert sein. Im ersten Fall können die jeweiligen Betroffenen die Hilfeleistungen der Allgemeinheit (moralisch oder rechtlich) einfordern, im letzteren Fall nicht.

Solidaritätsstandards lassen sich im Gegensatz zu Mittel- und Zielstandards ausschließlich durch Wertungen begründen, wobei diese Wertungen in hohem Maße von den jeweiligen kulturellen und ökonomischen Bedingungen abhängig sind. Dementsprechend findet sich hier die größte interkulturelle und intertemporelle Varianz. Dennoch stehen Solidaritätsstandards mit den ärztlicherseits anerkannten Ziel- und Mittelstandards in einem engen Zusammenhang. Auf welchem Niveau der finanziellen und medizinischen Leistungsfähigkeit eine Gesellschaft sich auch immer befindet, sie wird im allgemeinen daran interessiert sein, ausschließlich Leistungen zu finanzieren, die der Behebung oder Linderung einer hinreichend gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung gelten ('medizinische Notwendigkeit'), die eine hinreichende Aussicht bieten, die angestrebten Ziele zu erreichen ('Zweckmäßigkeit') und bei denen Nutzen und Kosten in einem akzeptablen Verhältnis zueinander stehen ('Wirtschaftlichkeit').

### *3 Gründe für Ansprüche an das Solidarsystem – Krankheit oder Behandlungsbedürftigkeit?*

An welchen Zielstandards sollte sich der Solidaritätsstandard orientieren? Wann ist eine gesundheitliche Beeinträchtigung gravierend genug, um – vorausgesetzt, sie ist mit den Mitteln der Medizin behandelbar – die Solidargemeinschaft in die Pflicht zu nehmen?

Die naheliegendste Antwort ist hier zweifellos die, daß es in der Medizin primär darum geht, *Krankheiten* zu heilen und präventiv zu verhindern, und daß die Lösung des Problems, einen sachlich angemessenen und für möglichst alle nachvollziehbaren Solidaritätsstandard zu definieren, seinen Ausgangspunkt am ehesten beim Begriff der 'Krankheit' und dem dazu komplementären der 'Gesundheit' nehmen sollte. Der Begriff der Krankheit scheint zumindest ein guter erster Kandidat für eine Grenzziehung zwischen den von der Solidargemeinschaft und den von dem Betroffenen selbst zu tragenden medizinischen Leistungen.

So selbstverständlich dieser Ansatzpunkt auf den ersten Blick scheint, so wenig erweist er sich auf den zweiten Blick als zweckdienlich. Zumindest innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems kann Krankheit weder als eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für das Geltendmachen von Ansprüchen auf Solidarleistungen gelten. Auf der einen Seite ist Krankheit keine hinreichende Bedingung. Bagatellerkrankungen wie grippale Infekte, Schnupfen und gelegentliche Kopfschmerzen sind zweifellos behandlungsbedürftig, werden aber nicht als Anspruchsgründe auf Solidarleistungen anerkannt. Und auch wenn Krankheiten auf der anderen Seite als Kandidaten für ein solidarisches Eintreten an erster Stelle stehen, gehen die Zustände, die innerhalb des Gesundheitssystems eine solidarische Hilfe erforderlich machen, über Krankheitszustände und ihre vorausschauende Prävention weit hinaus. Zu den Ereignissen und Zuständen, deren Behandlung für solidarisch finanzierungswürdig gehalten wird, gehören neben so gänzlich unpathologischen Phänomenen wie Geburten und „unnormale“ Funktionsstörungen wie unzureichender oder fehlender Fertilität auch so „normale“ Funktionsstörungen wie altersbedingte Sehschwäche und Schwerhörigkeit. Aber auch im engeren Bereich der gesundheitlichen Störungen, deren Behandlung von der Solidargemeinschaft finanziert werden, handelt es sich nicht immer um Krankheiten. Von praktischen Ärzten und Internisten hört man immer wieder, daß der Großteil ihrer Patienten mit Befindlichkeitsstörungen zu ihnen kommt, die weniger der Behandlung als der Beratung bedürfen und bei denen es schwer fällt, sie einer der etablierten Krankheitsentitäten zuzuordnen. Wenn diese Zuordnung dennoch vorgenommen wird, dann häufig nur aus Gründen der günstigeren Abrechnungsmöglichkeiten. Darüber hinaus dienen viele Behandlungen eher der Steigerung der Lebenschancen und der Lebensqualität als der Heilung und Linderung, vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen und schicksalhafter Benachteiligungen. Viele Korrekturen angeborener oder erworbener Fehlbildungen (etwa in der Kieferorthopädie) dienen weniger der Heilung von Krankheiten oder

der Minderung von Krankheitsrisiken als der Angleichung der sozialen Ausgangschancen, einige Organersatztherapien, etwa die Nierentransplantation, weniger der Heilung der Grunderkrankung als der Erleichterung der Lebensführung und der Verbesserung von Lebensqualität. Die Auffassung, daß nur Krankheiten bzw. Störungen und Beeinträchtigungen mit „Krankheitswert“ für eine solidarische Finanzierung in Frage kommen, entspricht weder der Realität noch allgemein konsensfähigen Anschauungen von den Zwecken und Zielen einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung.

Ist der Begriff der ‘Gesundheit’ der bessere Ausgangspunkt? Auch der Gesundheitsbegriff schöpft die faktischen und weithin für berechtigt gehaltenen Ansprüche auf solidarische Gesundheitsleistungen nicht aus. Zwar ist Gesundheit ein besserer Ausgangspunkt als Krankheit, da zahlreiche medizinische Maßnahmen zweifellos der Förderung von Gesundheit dienen, ohne Krankheiten zu behandeln. Gesundheit – im Sinne vollständiger Gesundheit – ist ein Ideal, dem viele die meiste Zeit über nur unvollkommen entsprechen. Wer chronisch Rückenschmerzen hat, ist nicht krank, aber er ist auch nicht gesund. Krankheit und Gesundheit bilden keine erschöpfende Disjunktion. Dennoch wird die Linderung von Rückenschmerzen als Anspruch an das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem – wie ich meine: zu Recht – geltend gemacht und anerkannt. Schließlich können chronische Schmerzzustände individuelle Lebensmöglichkeiten und individuelle Lebenslust sehr viel eingreifender beeinträchtigen als gelegentliche Krankheiten.

Dennoch gilt, daß zahlreiche medizinische Maßnahmen (einschließlich präventiver und diagnostischer Maßnahmen) auf anderes gerichtet sind als auf die Herstellung, Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit. Sie zielen etwa auf die Korrektur oder die Kompensation von Funktionsstörungen oder auf die Verlängerung von Lebenszeit und die Steigerung von Lebensqualität, auch ohne daß Aussichten auf die Erlangung oder Wiedererlangung von Gesundheit bestehen. So dient die moderne Reproduktionsmedizin zum größeren Teil weniger der Gesundheit als der Überbrückung von Funktionsdefiziten. Die Reanimation steht vielfach weniger im Dienst der Wiederherstellung von Gesundheit als vielmehr im Dienste der Lebenserhaltung bei eingeschränkter Gesundheit. Psychotherapien und Maßnahmen der psychosozialen Rehabilitation dienen vielfach weniger der Wiederherstellung von Gesundheit als der Befähigung, sich trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen Lebens-, Freiheits- und Partizipationsmöglichkeiten zu schaffen oder zu erhalten. Das Ziel ist jedesmal nicht, Gesundheit an die Stelle von Krankheit zu setzen, sondern das Leben mit Krankheit, Störung oder Behinderung zu erleichtern und die Betroffenen mit ihrem Schicksal auszusöhnen.

Der Versuch, den Solidaritätsstandard über den Krankheits- oder den Gesundheitsbegriff zu definieren, ist zweifellos von dem Wunsch geleitet, über einen deskriptiven „Anker“ zu verfügen, an dem Recht und Unrecht dieser Ansprüche in irgendeiner Weise „festgemacht“ werden können. Die Kriterien für normative Beurteilungen wie das Recht oder Unrecht von Ansprüchen sollen in möglichst objektiven Merkmalen

bestehen, die nicht ihrerseits wieder einer normativen Interpretation bedürfen und damit die Gefahr eines Zirkels heraufbeschwören. Wie die Volljährigkeit mit ihren Rechten und Pflichten an das Lebensalter soll möglichst auch die Legitimität und Illegitimität von Ansprüchen an Merkmale geknüpft sein, die sich in intersubjektiv unstrittiger Weise ermitteln lassen. Das erklärt die Beibehaltung der Krankheitsterminologie trotz ihrer weitgehenden inhaltlichen Aushöhlung. Alles spricht jedoch dafür, daß dieser Wunsch, wie verständlich auch immer, grundsätzlich unerfüllbar ist. Die Kriterien, die wir der Beurteilung von Ansprüchen auf Solidarleistungen zugrunde legen, scheinen selbst wieder von evaluativen und normativen Beurteilungen abzuhängen. Sie sind nur zum kleineren Teil Sache der Wissenschaft und zum größeren Teil Sache impliziter kultureller Normen mit einem entsprechend eingeschränkten Geltungsanspruch.

Das ist einer der Gründe, weshalb ich vorschlagen möchte, im Zusammenhang mit Fragen nach den Gründen und Grenzen solidarischer Finanzierung den 'Krankheits'-begriff durch einen erweiterten Begriff der 'Behandlungsbedürftigkeit' zu ersetzen. Der Begriff der Behandlungsbedürftigkeit ist deutlich stärker dagegen gefeit, Illusionen hinsichtlich der Objektivität der Gründe für die solidarische Finanzierung von Maßnahmen innerhalb des Gesundheitswesens zu erzeugen. Vielmehr läßt er die normativen Momente dieser Gründe unmißverständlich hervortreten. Darüber hinaus ist er besser als der Begriff der Gesundheit in der Lage, die Bereiche abzudecken, in denen der Krankheitsbegriff, wie wir gesehen haben, leerläuft.

#### *4 Kriterien für Behandlungsbedürftigkeit*

Die zwei meines Erachtens überzeugendsten Kriterien, die sich für die Behandlungsbedürftigkeit angeben lassen, enthalten neben ihren deskriptiven unverkennbar evaluative bzw. normative Momente: einerseits das Kriterium der 'Funktionseinschränkung', des fehlenden, unzureichenden oder gefährdeten „normalen Funktionierens“, andererseits das Kriterium der fehlenden, unzureichenden oder gefährdeten subjektiven 'Lebensqualität'. Beide Kriterien fungieren unabhängig voneinander als Kriterien für Behandlungsbedürftigkeit, auch wenn sie durch vielfältige Wechselbeziehungen miteinander verbunden sind. Funktionsstörungen haben vielfach Einbußen an Zufriedenheit, umgekehrt haben Einbußen an Lebensqualität Funktionsstörungen zur Folge. Dennoch ist jedes Kriterium für sich genommen eine hinreichende Voraussetzung für Behandlungsbedürftigkeit. Auch eine Funktionsstörung, die die subjektive Lebensqualität nicht tangiert (oder diese über ihre Sekundärfolgen sogar verbessert) kann behandlungsbedürftig sein, etwa wenn sie die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Entsprechendes gilt für eine psychische Störung, die die Lebensqualität eines Patienten auf ein niedriges Niveau absinken läßt, dabei aber mit keinerlei organischen Beeinträchtigungen verbunden ist.



Beide Kriterien sind allerdings nicht im strengen Sinne für sich hinreichend. Sie werden nur unter bestimmten Bedingungen als Anspruchsgründe gelten gelassen, die ihrerseits evaluative oder normative Bewertungen voraussetzen. Eine Funktionsstörung begründet Behandlungsbedürftigkeit nur dann, wenn sie Einbußen hinsichtlich des *normalen* Funktionierens betrifft, zum Beispiel die Fähigkeit zu alltäglichen Verrichtungen im Haushalt, zur Beteiligung an der gesellschaftlichen Arbeit und der Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten. Was dabei als „normal“ gilt, ist Sache kulturell geprägter gesellschaftlicher Einverständnisse und entzieht sich einer rein deskriptiven, etwa an statistischen Durchschnittswerten orientierten Festlegung. Analoges gilt für das Kriterium der subjektiven Lebensqualität. Einbußen an subjektiver Lebensqualität sind nur dann Gründe für Behandlungsbedürftigkeit, wenn sie das Maß der Normalität übersteigen, etwa indem sie in auffälliger Weise situationsunangemessen sind. Wer über einen schweren Verlust trauert, ist nicht behandlungsbedürftig, solange Art und Ausmaß der Trauer als angemessen beurteilt werden. Erst wenn diese überschritten sind, gilt Trauer als behandlungsbedürftige Depressivität. Entsprechendes gilt für Liebeskummer, Eifersucht oder Angst.

Beide Komponenten dieses Vorschlags: die Unabhängigkeit der beiden Kriterien und die Unabdingbarkeit einer nicht-deskriptiven Normalitätsbedingung haben Konsequenzen, die mit den üblichen Zuschreibungen von Behandlungsbedürftigkeit recht gut übereinstimmen. Eine Konsequenz ist, daß Behandlungsbedürftigkeit weder an das Vorliegen von Krankheitsbewußtsein oder Krankheitseinsicht noch an das Vorliegen eines Bewußtseins von Behandlungsbedürftigkeit gebunden ist. Psychosen oder Psychopathien gelten auch bei fehlendem Bewußtsein von Behandlungsbedürftigkeit als behandlungsbedürftig, jeweils aufgrund bestimmter Normalitätsvorstellungen. Gerade der Mangel an Einsicht in die eigene Gestörtheit fungiert in diesen Fällen als Merkmal von „Unnormalität“. Eine andere Konsequenz ist, daß die Behandlungsbedürftigkeit aufgrund unzureichender Lebensqualität in erheblichem Maße von subjektiven Faktoren wie Erwartungen, Interpretationen und Anspruchsniveaus abhängt. Auch diese Konsequenz ist nicht inakzeptabel. Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbilds werden von Frauen vielfach als gravierender empfunden als von Männern, Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit von Handwerkern und Landwirten als gravierender als von Intellektuellen. Deshalb kann es durchaus sein, daß dieselbe äußere Beeinträchtigung bei dem einen, der schwer darunter leidet, eine Behandlungsbedürftigkeit begründet, bei dem anderen nicht. Eine weitere Konsequenz ist die, daß es keine universal gültigen, sondern stets nur weitgehend kulturelle Maßstäbe von Behandlungsbedürftigkeit geben kann. Was aus der *Teilnehmerperspektive* als legitim und womöglich verpflichtend gilt, kann aus der *Beobachterperspektive* als hochgradig kulturell relativ und partikulär erscheinen.

Behandlungsbedürftigkeit ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für einen Anspruch auf solidarische Finanzierung. Mindestens drei weitere Bedingungen müssen dazu kommen:

1. Die Behandlungsbedürftigkeit muß hinreichend *schwerwiegend* sein.
2. Der behandlungsbedürftige Zustand muß mit den vom Medizinsystem angebotenen Möglichkeiten mit hinreichenden Erfolgsaussichten *behandelbar* sein.
3. Die Behandlung darf *keine unverhältnismäßigen Kosten und Opportunitätskosten* verursachen.

Diese weiteren Bedingungen entsprechen grosso modo den in § 135 SGB V herangezogenen Kriterien der 'Notwendigkeit', der 'Nützlichkeit' und der 'Wirtschaftlichkeit'.

### *5 Die Dynamik der Gesundheitsstandards*

Ziel- und Mittelstandards können nicht ein für allemal festgelegt werden, sondern bedürfen einer fortwährenden Neuanpassung. Der Grund dafür liegt in der Dynamik, denen sowohl die Ziel- wie die Mittelstandards im Zuge des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts unterworfen sind. Die stetige Erweiterung der technischen Möglichkeiten auf der Ebene der Mittel treibt eine Dynamik an, bei der Zielstandards, Mittelstandards und Solidaritätsstandards wie Zahnräder ineinandergreifen. Auch bei gleichbleibenden Zielstandards erhöhen sich mit der wachsenden Verfügbarkeit medizinischer Eingriffsmöglichkeiten die Mittelstandards nach dem Motto „Das Bessere ist der Feind des Guten“ mit dem Resultat steigender Kosten. Als Triebkräfte wirken dabei mehrere Faktoren zusammen, darunter vor allem die ökonomischen Interessen der Anbieter medizinischer Leistungen und Hilfsmittel und das Haftungs- und Sozialrecht.

Mit der Erhöhung des Mittelstandards erhöht sich in der Regel auch der Zielstandard. Erhöht sich der Mittelstandard, werden nicht nur mehr bisher unbehandelbare Krankheiten behandelbar, es kommt auch zu einer Erweiterung des Zielstandards, das heißt bisher als nicht behandlungsbedürftig geltende Störungen gelten, da sie nun behandelbar sind, als behandlungsbedürftig. So gilt „Mikromastie“ (eine zu kleine weibliche Brust, aufgrund der Rechtsprechung der Sozialgerichte in Deutschland als 'Krankheit' anerkannt) als behandlungsbedürftig erst seit der Verfügbarkeit von Silikon. Zugleich ergeben sich – nach Wundts Prinzip der „Heterogonie der Zwecke“ – aus der Verfügbarkeit neuer Mittel neue Zwecke: Prozac, das zunächst als Antidepressivum auf den Markt kam, erwies sich auch bei Nichtdepressiven als Stimmungsaufheller und fand als solcher großen Absatz. Zugleich kommt es auf der Basis eines Gewöhnungseffekts (manche würden sagen: Verwöhnungseffekts) zu einer Erhöhung des Anspruchsniveaus und einem zunehmenden Druck auf die Erhöhung des Solidaritätsstandards. Wird – wie in Deutschland – gleichzeitig versucht, den Solidaritätsstandard über die Stabilisierung des Beitragssatzes konstant zu halten, kommt es zwangsläufig zu Verknappungserscheinungen und zur Vorenthaltung von Behandlungen, die bisher als 'notwendig' galten. Das System ist in die „Fortschritts-

falle“<sup>3</sup> geraten. Je höher der Mittelstandard angesetzt wird, desto schwerer läßt sich der Zielstandard bei konstantem Solidaritätsstandard halten. Die Effekte sind teilweise paradox: Die dank des technischen Fortschritts üppig erweiterten Ressourcen reichen zunehmend nicht mehr aus, die gewachsenen Zielstandards zu erreichen. Wer sich bei konstantem Budget auf aufwendige Feinschmeckermenüs verlegt, muß irgendwann Hunger leiden.

### 6 Ist jede Prioritätensetzung 'Rationierung'?

Die Schere zwischen den gewachsenen Kosten des Einsatzes medizinischer Mittel (nicht wegen ihres steigenden Preises, sondern wegen ihrer quantitativen Zunahme) und dem konstant gehaltenen Solidaritätsstandard macht eine fortwährende Überprüfung sowohl der Ziel- wie der Mittelstandards notwendig. Diese Überprüfung wird neuerdings bewertungsneutral als „Prioritätensetzung“, mit kritischem Unterton als „Rationierung“ bezeichnet. Die in der Vokabel 'Rationierung' liegende Dramatisierung muß dabei allerdings im einzelnen auf ihre Berechtigung geprüft werden. Von 'Rationierung' kann nur dann gesprochen werden, wenn Maßnahmen vorenthalten werden, die als 'medizinisch notwendig' gelten können, das heißt die geeignet sind, eine *gravierende* Verschlechterung des Zustands des Patienten mit hinreichender Sicherheit und mit vertretbarem Aufwand zu verhindern. Eine 'Rationierung' liegt solange nicht vor, wie bestimmte Maßnahmen als medizinisch *sinnvoll*, aber nicht als medizinisch *notwendig* gelten oder von zweifelhafter Effektivität oder Effizienz sind.

Die Erfahrung zeigt allerdings, daß die Urteile darüber, welche Maßnahmen als 'medizinisch notwendig' gelten sollten, weit auseinandergehen können. Entsprechend weit können auch die Urteile darüber auseinandergehen, ob es sich im Falle einer Herausnahme einer Maßnahme aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung um einen Akt der „Rationierung“ handelt oder um eine bloße „Rationalisierung“, die das solidarisch finanzierte Leistungsangebot lediglich „entschlackt“. Es gibt wohl wenige, die etwa die Nichtbezahlung von IVF-Behandlungen bei über 40-jährigen Frauen (wie im britischen NHS) ernsthaft als *Rationierung* bezeichnen wollten.

Im niederländischen Bericht „Choices in health care“ von 1992<sup>4</sup> ist ein Modell für die Überprüfung von Ziel- und Mittelstandards angesichts begrenzter Ressourcen vorgeschlagen worden, das weitgehend den oben entwickelten drei Bedingungen entspricht, diese jedoch um eine vierte ergänzt:

<sup>3</sup> Krämer, W.: Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin, Frankfurt am Main: Fischer, 1989.

<sup>4</sup> Vgl. Choice in Health Care (Anm. 2).

1. necessary care (Notwendigkeit)
2. effectiveness (Zweckmäßigkeit, Effektivität)
3. efficiency (Verhältnismäßigkeit von Kosten und Nutzen)
4. individual responsibility (Eigenverantwortung).

Nach diesem Modell müssen alle Maßnahmen, für die eine solidarische Finanzierung erwogen wird, den Filter der vier Kriterien durchlaufen. Auf der ersten Stufe wird nach der Dringlichkeit gefragt, die Behebung oder Linderung eines behandlungsbedürftigen Zustands solidarisch abzusichern. Auf der zweiten Stufe fallen diejenigen Maßnahmen heraus, die entweder ineffektiv oder nicht hinreichend auf ihre Effektivität geprüft sind. Auf der dritten Stufe geht es um Maßnahmen mit einem unbefriedigenden Kosten-Nutzen-Verhältnis, also solche, bei denen mit hohem Aufwand nur geringfügige Zugewinne an Lebensqualität oder Lebenszeit zu erreichen sind. Dieses Kriterium kann zur Folge haben, daß nicht nur Maßnahmen mit zweifelhaftem Nutzen, sondern auch Maßnahmen mit erwiesenem, aber geringfügigem Nutzen oder mit geringerer Erfolgswahrscheinlichkeit aus der Grundversorgung herausfallen.

Aufgrund des vierten, zusätzlichen Kriteriums fallen auf der vierten Stufe Leistungen heraus, deren Bezahlung den Individuen zugemutet werden kann, weil sie diese Leistungen durch freiwillige Aktivitäten (oder Nichtaktivitäten) indirekt verursacht haben. In diesem Fall sprechen insbesondere Gründe der *Fairneß* für eine Belastung nicht der Allgemeinheit, sondern des individuellen Verursachers mit den Behandlungskosten. Warum sollte derjenige, der auf die entsprechenden risikobehafteten Tätigkeiten verzichtet, gezwungen sein, sich solidarisch an der Finanzierung von Risiken zu beteiligen, die er bewußt vermeidet? Warum soll sich etwa der Nicht-Autofahrer an den Behandlungskosten aus Unfällen von Autofahrern beteiligen?

In der Praxis können einer Umsetzung dieses Kriteriums allerdings prohibitive Transaktionskosten und auch ethische Bedenken entgegenstehen. Zum Beispiel ist die Zuschreibung von Freiwilligkeit im einzelnen nur schwer zu ermitteln (bei den drei wichtigsten Krankheitsfaktoren Alkohol, Nikotin und Übergewicht spielen unter anderem auch Suchtfaktoren und genetische Prädispositionen eine Rolle). Daneben ist an die ethischen Risikopotentiale zu denken: Eingriffe in die Privatsphäre, die ungleiche Behandlung verschiedener Arten von Risikoverhalten und die Gefahr unrechtmäßiger Schuldzuweisungen.

### *7 Systemkonforme Prioritätensetzung*

Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer hat für die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen die Empfehlung ausgesprochen, keine grundlegende Umwälzung, sondern eine schonende Korrektur des gegenwärtigen Systems von der Peripherie her anzustreben.<sup>5</sup> Dieser Empfehlung ist voll und ganz zuzustimmen. Die

---

<sup>5</sup> Vgl. Zentrale Ethikkommission (Anm. 1), A-1017.

grundlegenden Ziele unseres Gesundheitssystems haben sich bewährt und sollten auch in Zukunft nicht in Frage gestellt werden. Dazu gehören unter anderem die folgenden:<sup>6</sup>

1. eine qualitativ hochwertige Krankenversorgung und Gesundheitsfürsorge,
2. ein hohes Maß an Versorgungssicherheit,
3. gleicher Zugang,
4. ein gewisser Ausgleich der sich aus der „natürlichen“ und „sozialen Lotterie“ ergebenden Ungleichheiten,
5. die Sicherung von Freiheitsspielräumen.

1. Gesundheit ist als Voraussetzung der verschiedensten Tätigkeiten und Lebensprojekte und der damit verbundenen Befriedigungen als Primärgut weithin anerkannt. In der Wertskala der allermeisten nimmt es einen hohen (wenn auch keineswegs immer den höchsten) Rang ein. Deshalb ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsfürsorge ein hohes gesellschaftliches Gut.

2. Wir haben nicht nur ein Interesse an Gesundheitsversorgung hier und jetzt, sondern auch an Versorgungssicherheit. Eine angemessene Gesundheitsversorgung im Bedarfsfall sollte unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit gesichert sein.

3. Das System der medizinischen Versorgung fungiert unter anderem als egalitäre „Gegenwelt“ zu einer ansonsten inegalitären und meritokratischen Gesellschaft. Ein garantierter sozialer Rechtsanspruch auf Gesundheitsleistungen übernimmt insofern wichtige Funktionen für die Selbstachtung der in anderen Hinsichten Schlechtergestellten.

4. Gesundheitsrisiken sind überwiegend das Ergebnis einer willkürlichen und dem einzelnen nicht zuzurechnenden „natürlichen Lotterie“ (John Rawls). Diese willkürliche Ungleichheit sollte durch die solidarische Finanzierung der Krankenversorgung ein Stück weit ausgeglichen werden.

5. Das Gesundheitssystem sollte neben den primären Fürsorgewerten sekundär auch Freiheitswerten Raum geben und Patienten wie Leistungsanbietern Freiheitsspielräume eröffnen. Dazu gehören auf der Ebene des *Patienten* die freie Arztwahl sowie die Freiheit, eine von den Ärzten vorgeschlagene Behandlung anzunehmen oder abzulehnen zu können, auf der Ebene des *Versicherungsnehmers* die Chance, zwischen verschiedenen umfangreichen Krankenversicherungsangeboten zu wählen, auf der Ebene des *Arztes* die freie Wahl der Therapieform.

Soweit man diese Ziele akzeptiert, muß man der Gesundheitspolitik empfehlen, an der solidarischen Finanzierung einer großzügig bemessenen Grundversorgung festzuhalten. Nur so können die Ziele 2, 3, und 4 in angemessenem Umfang verwirklicht werden. Eine durchgängige Organisation der Gesundheitsversorgung nach Markt-

---

<sup>6</sup> Vgl. Birnbacher, D.: Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen. In: Bruder Müller, G. (Hg.), *Angewandte Ethik und Medizin*, Würzburg: Königshausen & Neumann, 1999, S. 49–64, hier S. 56.

prinzipien wäre sowohl mit der Gleichmäßigkeit der Versorgung als auch mit der Befriedigung von existentiellen Sicherheitsbedürfnissen unvereinbar. Das bedeutet freilich auch, von ihrer Dringlichkeit, Effektivität und Effizienz her zweifelhaft Maßnahmen sowie die Behandlung der gesundheitlichen Folgen freiwillig eingegangener Risiken der privaten Vorsorge zu überlassen. Eine Trennung solidarisch finanzierter Grundversorgung und individuell finanzierter Zusatzversorgung ist nicht nur vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen transparenter und ehrlicher als die vorherrschende – und aus Sicht der Politik bequemere – Verschleierung der Finanzierungsprobleme und eine Delegation von Zuteilungs- und „gatekeeper“-Aufgaben an die praktizierende Medizin. Sie wird auch der Zielbestimmung 5 der Sicherung von Freiheitsspielräumen eher gerecht als das gegenwärtige System, das auch diejenigen zur Finanzierung von weniger vordringlichen Maßnahmen (wie etwa Kuren) zwingt, die selbst nicht daran denken, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen. Die Ausgrenzung eines Bereichs von Zusatzleistungen aus dem Leistungskatalog würde insbesondere bei nicht eindeutig notwendigen und umstrittenen Behandlungen individuelle Wahlmöglichkeiten eröffnen und Unfairneß durch Mitnahmeeffekte ohne echten Bedarf vermeiden helfen. Damit kämen nicht nur die individuellen Präferenzen hinsichtlich der Zusatzleistungen zum Zuge, die Solidargemeinschaft würde auch von der Kostenübernahme bei Leistungen entlastet, die eher dem persönlichen Komfort als der Behebung einer Notlage dienen.

Zusammengefaßt: Eine Trennung zwischen solidarisch finanzierter Grundversorgung und individuell finanzierter Zusatzversorgung im Gesundheitswesen scheint unter ethischen Gesichtspunkten aus mehreren Gründen annehmbar, wenn nicht sogar empfehlenswert:

1. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen ist eine Trennung zwischen Grund- und Zusatzversorgung transparenter und ehrlicher als eine Verschleierung der Finanzierungsprobleme und eine Delegation von Zuteilungs- und „gatekeeper“-Aufgaben an die Medizin.
2. Im Bereich der Grundversorgung könnte eine möglichst weitgehende Gleichmäßigkeit der Versorgung aufrechterhalten werden. Gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen – unabhängig vom individuellen Risiko, aber auch von der individuellen Zahlungsfähigkeit – ist einer der grundlegenden und unabdingbaren Werte unseres Gesundheitssystems.
3. Die Ausgrenzung eines Bereichs von Zusatzleistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet individuelle Wahlmöglichkeiten, insbesondere bei nicht eindeutig notwendigen und umstrittenen Behandlungen und vermeidet Unfairneß durch Mitnahmeeffekte ohne echten Bedarf. Darüber hinaus läßt sich durch die Definition eines Bereichs von Zusatzleistungen eher sicherstellen, daß sich die bei gleichbleibendem Beitragssatz zu erwartenden Finanzierungsengpässe lediglich auf medizinische Maßnahmen an der Peripherie auswirken.