

PETER DABROCK

## Rationierung von Gesundheitsleistungen aus Altersgründen?

### Perspektiven theologischer Ethik unter Berücksichtigung intergenerationeller Gerechtigkeit<sup>1</sup>

#### Zusammenfassung

Die Verteilung knapper bzw. als knapp erachteter Gesundheitsgüter stellt uns vor ethische Herausforderungen: Nach welchen Kriterien sollen Güter zugeteilt werden? Auf der Basis welcher normativer Vorüberlegungen lassen sich solche Kriterien entwickeln? Wie unterscheiden sich diese normativen Vorüberlegungen, wie unterscheiden sich die daraus resultierenden Kriterien der Zuteilung voneinander? Welche Kriterien entwickelt eine theologische Ethik, die ihren Orientierungsmaßstab in der Heiligen Schrift findet? Im vorliegenden Beitrag werden aus dem alttestamentlichen ‚Elterngelob‘ Maßstäbe für eine gegenwärtige theologisch-ethische Beurteilung der Einbeziehung eines Alterskriteriums bei Verteilungsfragen im Gesundheitswesen entwickelt. Die bisweilen einseitige Darstellung des höheren Anteils älterer Menschen an der Gesamtzahl der Versicherten als Grund für die Überlastung der GKV wird dabei ebenso kritisiert wie die Auffassung, Alter sei ein besonders gerechtes Rationierungskriterium, weil diese Lebensphase prinzipiell allen Versicherten bevorstehe. In Auseinandersetzung mit anderen, nicht-theologischen ethischen Grundlagentheorien wird schließlich eine ‚kontextsensible, aber nicht begründungsvergessene‘ theologisch-ethische Perspektive skizziert, die insbesondere vor den Folgen eines konstruierten Generationenkonflikts warnt und demgegenüber einen ‚Generationen integrierenden und differenzierenden Grundsatz der Befähigungsgerechtigkeit‘ in den Mittelpunkt stellt.

#### Schlüsselwörter

Theologische Ethik – Elterngelob – Altersrationierung – Befähigungsgerechtigkeit – intergenerationelle Gerechtigkeit

Nicht mehr alles, was medizinisch möglich ist, kann von der Solidargemeinschaft der Versicherten noch bezahlt werden. Das ist eine triviale Einsicht, die sich schon seit Jahrzehnten aus dem prinzipiell unbegrenzten, wenn auch mit immer geringerem Grenznutzen voranschreitenden medizinischen Fortschritt und dem korrespondierenden, geradezu als Existential zu bezeichnenden Wunsch nach Gesundheit ergibt. Der in den entwickelten Ländern ähnlich verlaufende demographische Wandel sowie die

---

<sup>1</sup> Die folgenden Ausführungen wurden erstmalig vorgetragen beim Hochschulforum ‚Nachhaltige Entwicklung‘: Konstruierte Generation? Bildung für eine Gesellschaft der Generationengerechtigkeit, veranstaltet von der Evangelischen Landeskirche Württemberg am 26.01.2002 in Stuttgart; zur hiesigen Veröffentlichung sind sie nochmals überarbeitet worden.

Krise der Arbeitsgesellschaft, die noch immer über Steuern oder Beiträge das Rückgrat der Refinanzierung der staatlich organisierten Gesundheitssysteme bildet, sorgen für einen inzwischen als normal hingegenommenen Zustand: Noch nicht einmal das, was medizinisch notwendig und zweckmäßig ist, kann weiterhin von der Solidargemeinschaft der Versicherten bezahlt werden. In den gesundheitssystemischen Theoriedebatten wie den gesundheitspolitischen Programmen sind die kurzfristigen Reaktionen auf dieses Krisensyndrom durchgespielt worden: Weder die Verbreiterung der Einnahmenseite noch die Rationalisierung der Leistungen und ihrer Verwaltung packen das Übel wachsender Gesundheitskosten an der Wurzel. Die erste Alternative gelangt irgendwann in unvermeidliche Konflikte mit der Finanzierung anderer öffentlicher Güter wie Bildung, Verteidigung, Verkehr oder Sicherheit. Die zweite Alternative hat nur einen begrenzten Einspareffekt, schließlich kann man nicht beliebig viel rationalisieren.

Vor dem Hintergrund dieser nahezu aporetisch wirkenden Situation werden der Öffentlichkeit auch radikal wirkende Vorschläge präsentiert. Zu ihnen zählt der Gedanke, das Alter als ein entscheidendes Kriterium der Zuteilung medizinischer Leistungen festzulegen. Im Sommer 2003 erregten jedenfalls solche medial in Szene gesetzten Vorschläge des Bochumer katholischen Sozialethikers Joachim Wiemeyer, des Konstanzer Ökonomen Friedrich Breyer und des JU-Vorsitzenden Philipp Mißfelder die Gemüter.<sup>2</sup> Die sich anschließende breite Debatte, die mit Schlagworten wie ‚Eklat‘ und ‚Tabubruch‘ geführt wurde, könnte in ihren Übertreibungen wie Einseitigkeiten als Paradebeispiel für eine medienethische Metaanalyse dienen. Wie es sich auch immer verhielt, das Thema ‚Altersrationierung‘ war auf der Agenda. Wie wenig der Vorschlag an Empörungspotential und Tabuwirkung verloren hat, zeigte sich – wie in einem Déjà-vu – erneut im März 2005. Als der damalige Vorsitzende der Jung-

---

<sup>2</sup> Einen guten Überblick zu der umstrittenen Report-Sendung und der sich anschließenden Debatte bietet eine vom BMGS herausgegebene Broschüre: *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (Hg.), [Pressebroschüre zum Thema Altersrationierung A 317], Berlin 2003; zu den Äußerungen von *Philipp Mißfelder* möge man unter <<http://www.google.de>> dessen Namen sowie das zum Symbol der Debatte geronnene ‚Hüftgelenk‘ eingeben. Man erhält allein 272 Eintragungen (Tag der Recherche: 31.1.2006). Zu umfassenderen thematischen Darlegungen der beiden im Zentrum der Debatte und Kritik stehenden Wissenschaftler vgl. *Friedrich Breyer/Carlo Schultzeiß*, ‚Alter‘ als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen, in: *Thomas Gutmann/Volker H. Schmidt* (Hg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, 121–153; *Joachim Wiemeyer*, An Haupt und Gliedern. Eckpunkte für eine Gesundheitsreform, in: Herder Korrespondenz 56 (2002) 605–610. Eine leicht zugängliche Übersicht über die in der Debatte vorgetragenen Argumente bietet *Georg Marckmann* (Hg.), *Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang*, Stuttgart/New York 2003.

liberalen, Jan Dittrich, ähnliche Forderungen wie Wiemeyer, Breyer und Mißfelder eineinhalb Jahre zuvor erhob, musste er alsbald nach heftigen Medienreaktionen kurzerhand sein Amt aufgeben.

Ziel der folgenden Ausführungen ist es jedoch nicht, die genannten medialen Debatten mit ihren Irrungen und Wirrungen darzustellen, sondern die drängende Frage, ob fortgeschrittenes Alter ein oder das Kriterium für die Rationierung von Gesundheitsleistungen sein kann, selbst in den Mittelpunkt zu stellen. Weil die Frage nach möglicher Altersrationierung zugleich die Solidarität der Generationen auf den Prüfstein stellt, werden beide Komplexe: ‚Altersrationierung‘ und ‚Generationengerechtigkeit‘ in ihrer wechselseitigen Bedeutung verhandelt. Dabei wird folgendes Vorgehen gewählt: Der systematische Einstieg erfolgt über eine Interpretation des Gebotes „Du sollst Vater und Mutter ehren“. Das biblische Elterngelobte steht wie ein semantischer Pfeiler im Strom, der das tradierte Konzept des Generationsvertrages symbolisiert. Anschließend gehe ich auf die empirische bzw. konstruierte Ausgangssituation des demographischen Wandels ein, um dann Theorien vorzustellen, die von dieser Situationsbeschreibung her einen Generationenkonflikt wahrnehmen. Diesen meinen jene Theorien nur lösen zu können, indem sie mehr oder weniger der älteren Generation aus moralischen Gründen medizinische Leistungen vorenthalten. Demgegenüber möchte ich zum Zwecke einer fairen Verhältnisbestimmung der Generationen im Gesundheitswesen ein übergeordnetes Kriterium vorlegen, das dennoch alters- und generationsgemäße Differenzierungen zulässt.

## 1. DIE AKTUALITÄT DES ALTTESTAMENTLICHEN ELTERNGEBOTES

Das – je nach Zählung – 4. oder 5. Gebot des Dekalogs „Du sollst deinen Vater und deine Mutter ehren!“ (Ex 20,12; Dtn 5,16) weckt bei manch Älterem, aber vielleicht auch denjenigen Jüngeren, die traditionell christlich und kirchlich sozialisiert worden sind, oft unangenehme Erinnerungen oder Assoziationen. Gerade das Elterngelobte wurde immer wieder genutzt, um familiär, aber auch gesellschaftlich eingespielte Hierarchien gegenüber den Jüngeren oder den in der Hierarchie unten Stehenden zu legitimieren. Beredtes Zeugnis für diese Deutung sind Luthers Katechismen, in denen der Reformator vom Elterngelobte ausgehend den Gehorsam gegenüber „weltlicher Obrigkeit“<sup>3</sup> ableitet. Wenn sich auch andere Elemente, wie die

<sup>3</sup> Der Autoritätsanspruch der weltlichen Obrigkeit ist umfassend zu denken; vgl. [Die] Bekenntnisschriften der evangelisch-lutherischen Kirche, 11. Aufl., Göttingen 1992,

Forderung wechselseitiger Verantwortung der Generationen<sup>4</sup>, bei Luther wiederfinden, so war – auch keineswegs überraschend – die breite Rezeptionsgeschichte der Katechismusauslegung von dieser Autoritätsprätention der familiären und gesellschaftlichen Hierarchien geprägt.

Blickt man jedoch auf die ursprüngliche Intention des Gebotes zurück, so entdeckt man auch und gerade für das aktuelle Thema der Konstruktion von Generationalität hochinteressante Weichenstellungen. Zunächst geht es im Dekalog im Allgemeinen<sup>5</sup> und im Elterngebot im Besonderen<sup>6</sup> nicht um ein ‚Weltethos‘, eine Naturrechtssammlung – in diesem Sinne nannte Luther ihn ja „der Juden Sachsenspiegel“ –, also nicht um eine von Alter, Position, Geschlecht und Vermögen unabhängige Universal-moral. Vielmehr richteten sich die Zehn Gebote an die landbesitzenden und -bearbeitenden, rechtsfähigen, männlichen Israeliten. Ihnen trägt der Dekalog die Art und Weise vor, wie das Leben in der Gemeinschaft gemeinschaftsfördernd zu gestalten ist. Dabei schreibt er nicht nur erfahrungsgesättigt Rechte und Pflichten vor, sondern – und das ist in den konservativen Interpretationen meistens übersehen worden – bindet die Gebote Gottes an die Selbstvorstellung Gottes.<sup>7</sup> Sowohl nach der Überlieferung des Buches der Befreiung, also des Exodus, als auch nach der Tradition des Buches der Gesetze, also des Deuteronomium, offenbart sich JHWH als Schenker der *Freiheit*: „Ich bin der Herr, dein Gott, der ich dich aus Ägyptenland, aus der Knechtschaft, geführt habe.“ (Ex 20,2; vgl. Dtn 5,6) Zu Recht hat man daher den Sinn des zweifach übermittelten Dekalogs in die Formel „Bewahrung der Freiheit“<sup>8</sup> – und zwar der geschenkten *und* der kommunikativen Freiheit<sup>9</sup> – gefasst. So wie Gott das Leben und die

---

598f.: „Desgleichen ist auch zu reden von Gehorsam weltlicher Obrigkeit, welche ... alle in den Vaterstand gehöret und am allerweitesten um sich greifet.“

<sup>4</sup> Nach umfangreichen Darlegungen über die Pflichten der Kinder bzw. der Untertanen beschließt Luther seine Ausführungen zum 4. Gebot mit solchen zur Verantwortung des Eltern- und Obrigkeitsamtes selbst (vgl. [Die] Bekenntnisschriften der evangelisch-lutherischen Kirche [Anm. 3], 603–605).

<sup>5</sup> Vgl. zum ersten Überblick *Werner H. Schmidt*, Die Zehn Gebote im Rahmen alttestamentlicher Ethik (Erträge der Forschung 281), Darmstadt 1993; *Frank Crüsemann*, Bewahrung der Freiheit. Das Thema des Dekalogs in sozialgeschichtlicher Perspektive, Gütersloh 1993.

<sup>6</sup> Noch immer maßgeblich *Rainer Albertz*, Hintergrund und Bedeutung des Elterngebotes im Dekalog, in: Zeitschrift für die Alttestamentliche Wissenschaft 90 (1978) 348–374.

<sup>7</sup> Die Sonderstellung des Dekalogs wird auch dadurch noch untermauert, dass er als einzige Gebotssammlung als direkte Rede Gottes zum Volk, die also nicht durch die Institution Mose vermittelt ist, vorgestellt wird (vgl. Ex 20,1).

<sup>8</sup> *Frank Crüsemann*, Bewahrung der Freiheit (Anm. 5).

<sup>9</sup> Vgl. *Michael Theunissen*, Sein und Schein. Die kritische Funktion der Hegelschen Logik, Frankfurt 1980, 46: „Kommunikative Freiheit bedeutet, dass der eine den anderen

Freiheit aus Ägypten geschenkt hat, so soll mit dieser geschenkten Freiheit verantwortlich umgegangen und sie im Leben mit den Hausgenossen und Stammesgenossen bewährt und an die nächsten Generationen weitergegeben werden.

Bei dieser Grundanweisung, gemeinschaftliches Leben als Bewahrung der Freiheit zu verstehen und zu gestalten, kommt dem Elterngesetz eine zentrale Bedeutung zu. Das ist durch zwei Indizien erkennbar. Zum einen eröffnet das Elterngesetz, und nicht das vielen von uns heute wahrscheinlich noch elementarer erscheinende Tötungsverbot<sup>10</sup>, die Tafel der Sozialgebote.<sup>11</sup> Zum anderen ist das Elterngesetz mit dem letzten Gebot der theologischen Tafel, also dem ihm direkt vorangehenden Sabbatgesetz, das einzig *positiv* formulierte Gebot. Diese Verknüpfung wiederum symbolisiert nicht nur allgemein die Zusammengehörigkeit von theologischen und sozialem Geboten, sondern räumt dabei dem Elterngesetz in der Gestaltung des Zusammenlebens *die* zentrale Rolle ein. Warum?

Wendet sich – wie erwähnt – der Dekalog ausschließlich an Erwachsene, ist unter dem im 4. Gebot angesprochenen Kern des Zusammenlebens, also dem Kern kommunikativer Freiheit, nicht die Elternautorität gegenüber minderjährigen, möglicherweise ungehorsamen, aber zum Gehorsam zu erziehenden Kindern gemeint; sondern unter Berücksichtigung der genannten Adressatengruppe, also der erwachsenen Israeliten, kann es nur darum gehen – und das bestätigen alle exegetischen Untersuchungen –, dass die gesellschaftlichen Verantwortungsträger der älteren Generation auch nach ihrem Ausscheiden aus dem aktiven Arbeitsleben ein nachhaltig gesichertes Existenzrecht gewähren (sollen).

Das Alte Testament gibt an vielen Stellen beredt Kunde davon: Wo ein Gebot so nachdrücklich nachgerade eingetrichtert werden muss, da scheint eine solche zentrale und beständige Ermahnung (immerhin wird kein Gebot in der Bibel so häufig eingefordert wie das Elterngesetz) seine lebenspraktische Relevanz und Dringlichkeit besessen zu haben. Offensichtlich gab es hochproblematischen Umgang mit den alten Eltern: Schlagen (vgl. Ex 21,15), Fluchen (Ex 21,17), Verachten (Ez 22,7), Ver-

---

nicht als Grenze, sondern als Bedingung der Möglichkeit seiner eigenen Selbstverwirklichung erfährt.“

<sup>10</sup> Welche Bedeutung das Tötungsverbot gegenwärtig besitzt, zeigt die (trotz des Negativbeispiels USA) zunehmende Ächtung der Todesstrafe oder der Umstand, dass der berühmte jüdische Philosoph Emmanuel Levinas seine gesamte Philosophie der Anerkennung des Anderen auf das Tötungsverbot gründet; vgl. *Emmanuel Levinas*, Schwierige Freiheit. Versuch über das Judentum, Frankfurt 1992, 18–20.

<sup>11</sup> Traditionell werden die Zehn Gebote in die erste Tafel der theologischen Gebote und die zweite Tafel der Sozialgebote unterteilt.

spotten (Prov 30,17), Berauben (Prov 28,24), Unterdrücken (Prov 19,26), Vertreiben (Prov 19,26) – das sind betrübliche Zeugnisse im Umgang mit der älteren Generation, denen sich das für die Bewahrung, das heißt also auch die Weitergabe der Freiheit zentrale Elterngesetz entgegenzustellen sucht.<sup>12</sup> Entgegen solchen Missständen meint gemäß dem Alttestamentler Rainer Albertz das Elterngesetz „konkret die angemessene Versorgung der alten Eltern mit Nahrung, Kleidung und Wohnung bis zu ihrem Tod, darüber hinaus einen respektvollen Umgang und eine würdige Behandlung, die trotz der Abnahme ihrer Lebenskraft ihrer Stellung als Eltern entspricht. Dazu gehört schließlich eine würdige Beerdigung.“<sup>13</sup>

Trifft diese Exegese zu, dann führt uns das Elterngesetz in seiner ursprünglichen Bedeutung nahe an das Thema der Generationenkonstruktion. Wie im Alten Testament entdeckt man auch in der Frage der Verteilung von Sozialleistungen im Allgemeinen und von Gesundheitsleistungen im Besonderen eine *duale* Generationalkonstruktion, in der sich gesellschaftliches Konfliktpotential überhaupt widerspiegelt. Nicht das Zusammenleben dreier oder gar von vier Generationen wird thematisiert, sondern dichotomisierend ist hier von *den* Älteren und dort von *den* Jüngeren die Rede. Noch schärfer formuliert heißt dies, dass es beim alttestamentlichen Elterngesetz und, wie ich zeigen möchte, auch in unserem Sozial- bzw. Gesundheitswesen um den Konflikt zwischen der mittleren Generation – das heißt in diesem Fall der ca. 20- bis 50-Jährigen oder nach anderen Prognosen der 30- bis 60-Jährigen – und der älteren Generation geht. In aktuellen Debatten um sozialstaatliche Generationengerechtigkeit, aber auch im alttestamentlichen Elterngesetz ist als primäre Adressatengruppe, die zur Handlung aufgefordert wird, die sogenannte ‚Sandwich-Generation‘, also die zwischen Kindheit und Alter befindliche, angesprochen. Das Selbstverständnis ihrer Solidarität *nicht* gegenüber ihren Kindern qua Bildung, sondern ihrer Solidarität qua *Versorgung* gegenüber ihrer Elterngeneration ist das eigentliche Thema der derzeitigen sozialstaatlichen Debatte über intergenerationelle Gerechtigkeit. Auf den Punkt gebracht: Für die heutigen Kinder werden die sozialen Sicherungssysteme jedenfalls (höchst wahrscheinlich) so auf Kapitaldeckung umgestellt sein, dass der Nachhaltigkeitsgrundsatz auf alle Fälle nicht mehr derartig wie gegenwärtig verletzt sein wird. Für die derzeit in ihrem letzten Lebensdrittel Stehenden werden die vorzunehmenden Einschnitte politisch nicht dermaßen zügig umgesetzt werden können, dass dies für sie noch gravierende existentielle Konsequenzen zeitigen wird.

<sup>12</sup> Vgl. Frank Crüsemann, Bewahrung der Freiheit (Anm. 5), 60.

<sup>13</sup> Rainer Albertz, Hintergrund und Bedeutung des Elterngesetzes (Anm. 6), 374.

Betroffen ist also die Generation der 20- bis 50- oder je nach politischem Reformeifer auch die der 30- bis 60-Jährigen.

Dass Generationengerechtigkeit das existentielle Thema der *mittleren* Generation ist, zeigt ein weiterer Blick auf den Dekalog, von dem ich dann in unsere Gegenwartskonstruktionen überleiten möchte. Frank Crüsemann formuliert das von Rainer Albertz zum Sinn des Elterngebotes Festgehaltene noch einmal grundsätzlicher, indem er schreibt: „Das Gebot regelt also die Weitergabe der Freiheit durch die Kette der Generationen *an ihrem schwächsten Glied*“.<sup>14</sup> Crüsemann bindet also das Einzelgebot zurück an die Gesamtintention des Dekalogenes, nämlich die *weitergebende* Bewahrung der geschenkten und kommunikativen Freiheit. Von dieser grundsätzlichen Gebotsrichtung her wird das Einzelgebot eigentlich erst fundiert. Dadurch könnte aber sein Sinn nicht unbedingt in sein Gegenteil, aber doch in eine andere Richtung, als es der ursprüngliche Wortlaut vermuten lässt, verändert werden. Wenn die Bewahrung der Freiheit sich nach Crüsemann, und da dürfte er Recht haben, an einer vorrangigen Option für Benachteiligte, Schwächere oder solche, die in der Gefahr stehen, ins Abseits oder in existentielle Not zu geraten, auszurichten ist, könnte diese Interpretation bedeuten, dass nicht die ältere, sondern die mittlere Generation das schwächste Glied in der Generationenkette darstellt. So jedenfalls wird es von ihr bisweilen gemutmaßt.<sup>15</sup> Sie sieht sich in der Klemme zwischen der wohl wieder versorgten Kindergeneration und der wohl noch hinreichend versorgten Generation der Älteren. Freiheit – das heißt offensichtlich hier: soziale Sicherheit – und Lebensgrundlagen gewähren kann nur der, der selbst frei ist. Deshalb kann das Elterngebot möglicherweise vom Grundgebot des Dekalogenes, dem Imperativ der Bewahrung der Freiheit, in der Situation einer demographischen Krise relativiert werden. Diese angedeutete Befürchtung, dass die Älteren das Finanz- und Humankapital der jetzigen mittleren Generation gefährden könnten, speist sich aus dem sattsam bekannten Umstand der demographischen Veränderung.

---

<sup>14</sup> Frank Crüsemann, *Bewahrung der Freiheit* (Anm. 5), 62 (Hervorhebung P. D.).

<sup>15</sup> Vgl. Beate Lakotta, *Die kriegen eine Stinkwut. Die Lastenverteilung zwischen Alt und Jung gerät in eine gefährliche Schiefelage. Konflikte zwischen den Generationen könnten sich bald dramatisch zuspitzen*, in: *Spiegel Spezial* 2/1999, 16–18.

## 2. DIE AUSGANGSLAGE DES DEMOGRAPHISCHEN WANDELS

Als dramatische Herausforderung für den Sozialstaat im Allgemeinen und das Gesundheitssystem im Besonderen wird immer wieder die demographische Entwicklung erwähnt, die Wolfgang Kersting etwas übertrieben, aber sprachlich einprägsam als „Metamorphose einer Pyramide in einen Pilz“<sup>16</sup> beschrieben hat. Besondere Dramatik erlangt dieser Wandel durch seine Intensität, die gerne durch das Schlagwort vom „dreifachen Altern“<sup>17</sup> charakterisiert wird. Darunter versteht man, dass in Deutschland noch stärker als in anderen OECD-Staaten nicht nur *erstens* die Anzahl der älteren Menschen absolut zunimmt, sondern auch *zweitens* im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung der Anteil der älteren Menschen wächst, und *drittens* insbesondere die Zahl der Hochbetagten, das heißt der über 75-Jährigen, steigt.

In solchen normativ geprägten Beschreibungen wird das eben auf die Dualität von Jungen und Alten reduzierte Generationenverhältnis nochmals geradezu monozentrisch, wenn nicht gar monoman in das Bild einer ‚alten Gesellschaft‘ verdichtet. Also: Aus der *Frage* ‚Wie ist das Verhältnis der Generationen?‘ wird das *Bild* einer alle belastenden Generation. Und wie so oft transportiert eine solche Situationsbeschreibung zudem eine implizite Handlungsnorm: Weil man in der Veralterung der Gesellschaft, im ‚greying‘, eine der Hauptursachen, wenn nicht gar *die* Hauptursache für den Kostenanstieg im Gesundheitswesen diagnostiziert, muss man etwas gegen diese spezielle Last tun, die wiederum den Generationenkonflikt heraufbeschwört.

## 3. FORDERUNGEN NACH THERAPIEVERZICHT FÜR DIE ÄLTERE GENERATION

Interessant ist für mich als Ethiker zu beobachten, wie gegenwärtige Ethikansätze, die sich mit Gerechtigkeit im Gesundheitswesen befassen, auf die als Bedrohung wahrgenommene Nachhaltigkeitsgefährdung und einen daraus prognostizierbaren Generationenkonflikt reagieren. Wie konstruieren sie das Moment ‚Alter‘ und wie damit das Verhältnis der Generationen unter den Bedingungen knapper sozialer Güter? Spannend zu beobachten sind manche der vorgetragenen Konzeptionen vor allem

---

<sup>16</sup> Wolfgang Kersting, Theorien der sozialen Gerechtigkeit, Stuttgart/Weimar 2000, 13.

<sup>17</sup> Vgl. Ulrich Peter Ritter/Jens Hohmeier, Alterspolitik. Eine sozio-ökonomische Perspektive, München/Wien 1999, 22f.



deshalb, weil sie zwar in der Regel auf Handlungs- und Entscheidungsdruck reagieren, also *kontextuell* entworfen worden sind, aber doch immer mit dem Anspruch auftreten, überempirische, das heißt nichts anderes als: vernünftige oder scheinbar vernünftige Gründe anzuführen, die auch unabhängig von dieser akuten Krisen- und Knappheitssituation gelten müssten.

Deshalb gilt die Aufmerksamkeit der nun folgenden Ausführungen einigen einflussreichen Positionen, für die angesichts des Problems der Verteilung knapper Güter der mögliche Generationenkonflikt so ‚gelöst‘ wird, dass direkt oder indirekt der älteren Generation einfach *qua ihres Altseins* ein Verzicht auf medizinische Leistungen nahegelegt oder aufgebürdet wird.

### 3.1 Entscheidungskriterien bei der Verteilung als knapp erachteter Güter

In einem Verteilungssystem, das knappe oder zumindest als knapp erachtete<sup>18</sup> Güter, die zudem als gemeinschaftsrelevant eingestuft werden, zu verteilen hat, gelten gemeinhin einerseits Gerechtigkeit und Solidarität, andererseits Effizienz und Nutzen als die maßgeblichen (semantischen) Entscheidungskriterien. Ohne näher auf die Bedeutungen (Semantiken) der einzelnen Begriffe einzugehen<sup>19</sup>, kann man über ihr Verhältnis sicher festhalten: Angesichts knapper Ressourcen darf man nicht so tun, als ob

---

<sup>18</sup> Knappheit ist nicht einfach ein natürliches Faktum und damit schicksalsmäßig zu ertragen, sondern immer auch sozial konstruiert (vgl. *David Seedhouse*, *Ethics. The Heart of Health Care*, 2. Aufl., Chichester u. a. 1998, 143, 145; *Traugott Jähnichen*, Die soziale Konstruktion von ‚Knappheit‘. Über die Unausweichlichkeit von Verteilungskonflikten im Sozialsystem, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 43 [1999] 22–25) und damit (prinzipiell) gestaltbar; dies kann aber sicher nicht leicht geschehen, weil sich hinter der sozialen Konstruktion von Knappheit immer auch gesellschaftliche Präferenzen verbergen, deren Veränderung einer nicht geringen Trägheit unterworfen ist.

<sup>19</sup> Während ‚Gerechtigkeit‘ und ‚Solidarität‘ Pflichtmaße formulieren, sind ‚Effizienz‘ und ‚Nutzen‘ auf Folgen und Konsequenzen achtende Verhaltensregeln. Gerechtigkeit und Solidarität unterscheiden sich darin, dass erstere eine universal gültige Forderung erhebt, während Solidarität nur für eine Gruppe gilt – das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem beschränkt sich auf die Gemeinschaft der Deutschen (und da auch noch nicht einmal aller). Wo Gerechtigkeit und Solidarität als Verteilungsregeln fungieren, da gilt der bekannte Grundsatz ‚Jedem das Seine‘, wobei sehr unklar ist, was das in concreto bedeutet; vgl. *John Elster*, *Local Justice. How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*, Cambridge 1992; *Peter Dabrock*, Budgetierung und Verteilungsgerechtigkeit – ein ethisches Dilemma?, in: *Christian Dierkes* (Hg.), *Innovationen in der Therapie der Schizophrenie. Mit den ‚Berliner Empfehlungen‘ zu innovativen Therapieverfahren*. Unter Mitarbeit von *Ernst Bablo u. a.*, Stuttgart/New York 2001, 43–63, 48–50.

‚Gerechtigkeit‘ und ‚Effizienz‘ einander ausschließende Entscheidungskriterien wären. Im Gegenteil: Angesichts knapper Ressourcen ist möglichst hohe Effizienz eine Gerechtigkeitsforderung. Anders formuliert: Ressourcenverschwendung ist angesichts knapper Mittel moralisch verwerflich. Aber dennoch gibt es die berühmten Konfliktfälle in denen die Leitkriterien Gerechtigkeit und Effizienz offensichtlich nicht zu versöhnen sind. Darunter scheint auch die Frage zu fallen, ob man im Verhältnis der Generationen einfach den Faktor Alter als ein Rationierungskriterium bestimmen kann oder nicht.

### 3.2 Nutzentheorien

Auf die Nutzentheorien gehe ich nicht näher ein<sup>20</sup>, weil sie nur ein Instrumentarium sind, knappe Ressourcen möglichst effizient zu verteilen. Indem sie helfen, Therapieeffekte und/oder Kosten konkurrierender Methoden oder Medikamente zu testen, vermeiden sie Über-, Unter- und Fehlversorgung. Diesem Anliegen ist nicht zu widersprechen. Prekär werden die Modelle für die Generation der Älteren dennoch, weil in ihnen der *Outcome* einer medizinischen Maßnahme in Lebensjahren berechnet wird, sei es, dass dies, was eigentlich nicht mehr vorkommt, rein quantitativ, sei es, was die Regel ist, qualitätsbereinigt durchgeführt wird. Denn mit zunehmendem Alter sinkt die Lebenserwartung und damit zwangsläufig der Grenznutzen einer medizinischen Intervention. Man kann also festhalten: Eher *indirekt* als direkt, aber doch mit ziemlicher Sicherheit geraten Ältere in die Mühlen solcher präferentiell am Nutzen orientierten Verteilungsmodelle von Gesundheitsleistungen.

### 3.3 Gerechtigkeitstheorien

Spannender und provozierender ist jedoch der Gedanke einiger gerechtigkeitstheoretischer Ansätze, die direkt, ohne Umschweife und zum Teil radikal einen Therapieverzicht der Generation der Älteren aus dezidiert moralischen Gründen befürworten. Wie argumentieren diese Ansätze, die – auch das ist bemerkenswert – eben nicht aus der in Deutschland verpönten utilitaristischen, also am Nutzen orientierten Sichtweise spre-

---

<sup>20</sup> Vgl. zum ersten Überblick *Friedrich Breyer*, Lebenserwartung, Kosten des Sterbens und die Prognose der Gesundheitsausgaben, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften 50 (1999) 53–65.

chen<sup>21</sup>, sondern gerechtigkeitstheoretisch vorgehen? In der Literatur habe ich drei unterschiedliche Begründungsstrategien gefunden, die zu einem derartigen, für viele vielleicht irritierenden Ergebnis kommen.

### 3.3.1 Tugendethischer Ansatz

Aus dem Repertoire der tugendethisch ausgerichteten Bewegung des *Kommunitarismus*<sup>22</sup> plädiert der amerikanische Bioethiker Daniel Callahan – einer der wichtigsten bioethischen Berater von Präsident Bush – für eine Limitation von Gesundheitsleistungen gegenüber der älteren Generation.<sup>23</sup> Den Hintergrund für diesen Vorschlag bildet sein Plädoyer für eine – wie er es bezeichnet – *nachhaltige* Medizin<sup>24</sup>: Unter diesem Label subsumiert er (a) die *Diagnose*, dass wir uns den technologischen Fortschritt so nicht mehr leisten können, (b) die *Prognose*, dass es bessere Wege im Umgang mit Krankheit und Tod gibt als die pathogenetisch orientierte Medizin unserer Tage, und (c) das *Therapeutikum*, dass wir das Gemeinwohl am ehesten steigern, wenn wir nicht rein individualistisch denken. Allen drei Voraussetzungen liegt wiederum der Gedanke zu Grunde, dass der Mensch seine *Endlichkeit* akzeptieren solle. Obwohl sich Callahan dafür ausspricht, explizit eine Schwelle festzulegen, ab der keine (insbesondere technologisch aufwändigen und teuren) lebenserhaltenden Maßnahmen mehr an ältere Menschen zugeteilt werden sollen, will er auf jeden Fall palliative, ja sogar lang andauernde Pflege bezahlen.<sup>25</sup> Seine Konstruktion der Rolle der älteren Generation und des Ver-

---

<sup>21</sup> Von verzerrenden, teilweise karikierenden (auch und gerade theologischen) Pauschal-darstellungen des Utilitarismus hebt sich wohltuend ab: *Joachim von Soosten*, Art. ‚Utilitarismus‘, in: *Martin Honecker u. a.* (Hg.), *Evangelisches Soziallexikon*, Stuttgart/Berlin/Köln 2001, 1649–1655.

<sup>22</sup> Gegen einen politischen Liberalismus, der angesichts weltanschaulicher Pluralität die (Begründung der) Rolle des Staates auf die Gewährung negativer Freiheit oder auf das Gerechte beschränkt, klagt der Kommunitarismus die Werte-, Traditions- und Gemeinschaftsgebundenheit (der Begründung) des Zusammenlebens, kurzum: die Besinnung auf das Gute, ein; vgl. zum Überblick *Walter Reese-Schäfer*, *Grenzgötter der Moral*. Der neuere europäisch-amerikanische Diskurs zur politischen Ethik, Frankfurt 1997.

<sup>23</sup> Vgl. insbes. *Daniel Callahan*, *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, New York 1987; *ders.*, *Aging and the Ends of Medicine*, in: *Daniel Callahan/Gordon Reginald Dunstan* (Hg.), *Biomedical Ethics. An Anglo-American Dialogue* (*Annals of The New York Academy of Sciences* 530), New York 1988, 125–132.

<sup>24</sup> Vgl. *Daniel Callahan*, *Falsche Hoffnungen*, in: *Urban Wiesing* (Hg.), *Ethik in der Medizin*. Ein Reader, Stuttgart 2000, 260–262, 262.

<sup>25</sup> Dass den Autor offensichtlich selbst die Courage verlässt, die Konsequenzen seiner eigenen Position zu bedenken, zeigt sich, wenn er als Ausnahme der strengen Altersrationierung den Fall der „physically vigorous elderly person“ (*David Callahan*, *Setting Limits* [Anm. 23], 184) in Erwägung zieht. An diesem Fall wird die Schwäche einer mangelnden Prinzipienreflexion deutlich, wie Dan Brock bereits zu Recht kritisiert hat

haltens der Jüngeren ihr gegenüber ist offensichtlich: Altersrationierung stellt für ihn also eine Art moralische Aufrüstung dar, sich mit dem unvermeidlichen ‚Sein zum Tode‘ auseinander zu setzen. Sie konfrontiert jeden zwangsläufig und existentiell mit der eigenen Endlichkeit. Nicht aus ökonomischen oder nutztheoretischen Gründen, nicht aus der sozialetischen Rechenschaft gegenüber sozialer Gerechtigkeit, sondern aus der alten Traditionslinie, Gerechtigkeit als *individuelle* Tugend zu begreifen, plädiert er für diese Behandlungsunterlassung.

In einer pluralistischen Gesellschaft kann man zwar für eine solch starke moralische Sicht werben – selbstverständlich kann man an das *memento mori* jedes Einzelnen der älteren Generation und an seine Bescheidenheit appellieren –, aber man kann diesen moralischen Perfektionismus, der im Übrigen – das sei nicht vergessen – aus einem elitären Lebensmilieu stammt und sich als notwendige Bedingung für den Versuch der Tugendrealisierung erweist, nicht anderen aufzwingen. Denn Zwang, zumal im Blick auf eine solch existentielle Situation, in der sogar lebenserhaltende Maßnahmen vorenthalten würden, ist auch im Sinne einer politischen Ethik, die die Freiheit an der Freiheit des anderen bemisst, nicht akzeptabel.

### 3.3.2 Das Modell rationaler Klugheitswahl

Eine zweite Argumentationsstrategie, von der Gerechtigkeit als handlungsorientierender Norm her eine Rationierung von medizinischen Leistungen gegenüber der älteren Generation zu begründen, verfährt über das besonders in den Philosophien des politischen Liberalismus beliebte Konstrukt des Urzustandes. Nach diesem natürlich nicht real möglichen, sondern nur als (rekonstruktives) Gedankenexperiment inszenierten Konstrukt überlegen sich rein rational und an Eigennutz orientierte Individuen, wie sie unter einem ‚Schleier des Nichtwissens‘<sup>26</sup> knappe Ressourcen im Gesundheitswesen verteilen würden.

---

(vgl. Dan Brock, Justice, Health Care and the Elderly, in: Philosophy and Public Affairs 18 [1989] 297–312, 311).

<sup>26</sup> Das vor allem durch John Rawls popularisierte Modell des ‚Schleiers des Nichtwissens‘ (vgl. John Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt 1975, 159–166) besagt, dass in einem so genannten Urzustand („original position“) die rationalen Akteure zwar medizinische, ökonomische, psychologische etc. Grundkenntnisse haben, aber keineswegs ihre eigene monetäre, aber auch gesundheitliche Position im Realleben kennen. Wie würden sie sich also in einer solchen (künstlichen, aber unparteilichen) Situation entscheiden, die von ihren Erfindern wegen der Ablendung individueller Präferenzen als universalisierbar und somit verfahrensgerecht und das heißt als fair eingestuft wird?

Nach Norman Daniels würden sich diese Individuen, die nur eine begrenzte Menge von Ressourcen für sich besitzen, so entscheiden, dass sie sie eher für eine Behandlung in jüngeren Jahren nutzen würden statt für Behandlungen im Alter. Denn die entscheidenden Lebenspläne, die das Leben lebenswert machten, so Daniels, würden in den früheren und mittleren Jahren verfolgt und verwirklicht.<sup>27</sup> Wenn sich dieser Gedanke aber – und diesen Anspruch erhebt ja das Gedankenexperiment des Urzustandes – universalisieren lässt, dann kann man die *intrapersonale* Klugheits-erwägung in eine *interpersonelle* Gerechtigkeitsforderung umwandeln. Anders formuliert: In der intrapersonalen Klugheitsabwägung<sup>28</sup> spiegelt sich eine gerechte Gesundheitsversorgung wider, das heißt sie reformuliert die intergenerationelle Gerechtigkeit, also die Gerechtigkeit zwischen den Generationen. In einem Prinzipiensatz lässt sich Daniels Klugheitswahlansatz wie folgt ausdrücken: ‚Jeder hat ein Recht auf die faire Chance einer normalen Lebensspanne, aber nachdem man sie erreicht hat, besteht gerechterweise kein Anspruch mehr auf lebenserhaltende Maßnahmen.‘ Wegen dieser *klugheitstheoretischen* Begründungsstrategie und der Abzweckung auf eine *begrenzte* Gesundheitsversorgung, hat die Konzeption den Titel *prudential life span account* erhalten.

Abgesehen von der Diskrepanz zwischen hohem intellektuellen Aufwand und geringer Operationabilität<sup>29</sup> ist auch noch das Ergebnis keineswegs überzeugend. Nach Dan Brock würde selbst der an Eigennutz orientierte, rationale Klugheitswähler kritisch fragen: „What is the relative frequency of various life-threatening conditions in persons beyond the normal lifespan? What is the cost of various life-extending treatments for such conditions, and what other goods would have to be generally forgone if those costs are to be borne? What is the expected length and quality of life extension from such treatments, and what is the relative importance of the typical plans and projects that could be pursued or completed during that period of life-extension?“<sup>30</sup> Kurzum, der rationale Klugheitswähler

<sup>27</sup> Vgl. *Norman Daniels*, *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, Cambridge/New York/Melbourne 1996, 257–283; *ders.*, ‚Am I My Parent’s Keeper?‘ *An Essay on Justice between the Young and the Old*, New York/Oxford, 1988.

<sup>28</sup> Diese sagt: „Ich will lieber in jungen Jahren gerettet werden als in älteren, weil die entscheidenden Lebenspläne in jüngeren und mittleren Lebensjahren verwirklicht sein wollen.“

<sup>29</sup> Man erhält schließlich nur die eine Auskunft darüber, dass man ab einer gewissen – dazu noch sicher in der konkreten Bestimmung umstrittenen – Lebensspanne kein Anrecht mehr auf lebenserhaltende Maßnahmen habe, wobei das Modell nicht einmal klären kann, ob vor der Altersschwelle jüngere oder ältere Patienten zu bevorzugen sind.

<sup>30</sup> *Dan Brock*, *Justice, Health Care* (Anm. 25), 310f.; zu ähnlicher Kritik vgl. *Dennis McKerlie*, *Justice between Age Groups*, in: *Journal of Applied Philosophy* 6 (1989) 227–

hält es sehr wahrscheinlich für unklug, ab einem bestimmten Punkt auf *alle* lebenserhaltenden Maßnahmen zu verzichten, rechnet mit ihm befriedigenden Plänen jenseits dieser Schwelle und wird sich deshalb eine gewisse Versorgung auch für diese Zeit aufsparen. Entsprechend wenig taugt der Analogieschluss für die Bestimmung des Generationenverhältnisses, denn auch die ältere Generation wird kaum zustimmen können, dass ihr Leben ab einem bestimmten (statistisch ermittelten) Zeitpunkt keiner Lebensrettung mehr würdig sei.

### 3.3.3 Der intuitionistische Ansatz

Ohne den großen Aufwand von Urzustandskonstruktion und ‚Schleier des Nichtwissens‘ kommt ein letzter auf Gerechtigkeit als Handlungsnorm setzender Begründungsansatz aus. Das Hauptargument deckt sich sachlich zwar mit Daniels Prinzip der Chance auf einen fairen Anteil Lebenszeit. Aber die These stellt sich allein auf ihre (vermeintliche) Evidenz. Es ist daher eher eine an unseren Gerechtigkeitssinn appellierende, eine *intuitionistische* Theorie. Der als sogenanntes *Fair-innings-Argument* bekannt gewordene Ansatz wurde erstmalig von John Harris vertreten und von Alan Williams erheblich ausdifferenziert.<sup>31</sup>

---

234; *ders.*, Equality between Age-Groups, in: *Philosophy and Public Affairs* 18 (1992) 297–312.

<sup>31</sup> Vgl. *John Harris*, Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik, Berlin 1995, 134–164; *ders.*, What is the Good of Health Care?, in: *Bioethics* 10 (1996) 269–291; *ders.*, Justice and Equal Opportunities in Health Care, in: *Bioethics* 13 (1999) 392–404; *Alan Williams*, Intergenerational Equity. An Exploration of the ‚Fair Innings‘ Argument, in: *Health Economics* 6 (1997) 117–132; *ders.*, Inequalities in Health and Intergenerational Equity, in: *Ethical Theory and Moral Practice* 2 (1999) 47–55; zum Überblick vgl. *Aki Tsuchiya*, QALYS and Ageism. Philosophical Theories and Age Weighting, in: *Health Economics* 9 (2000) 57–68; zur Kritik vgl. *Julian Savulescu*, Consequentialism, Reasons, Value and Justice, in: *Bioethics* 12 (1998) 212–235; *ders.*, Desire-Based and Value-Based Normative Reasons, in: *Bioethics* 13 (1999) 405–413; *Michael Rivlin*, Why the Fair Innings Argument is not Persuasive, in: *BMC Medical Ethics* 1:1, 2000, online unter <<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/1/1>>, abgerufen 01.03.2006. Innerhalb seines gesundheitsökonomischen Ansatzes nutzt auch Friedrich Breyer (vgl. *Friedrich Breyer/Carlo Schultheiß*, ‚Alter‘ als Kriterium [Anm. 2]) dieses Argument mit dem Hinweis, dass bei seines Erachtens unumgänglichen Rationierungen das Alter das einzig faire Kriterium sei, weil es strikt egalitär sei, absolut gelte und nachprüfbar sei und schließlich diskretionär so gut handhabbar sei. Zu ähnlichen Argumenten im juristischen Diskurs vgl. jüngst *Stefan Huster*, Sozialstaat oder soziale Gerechtigkeit? Zum Spannungsverhältnis von politischer Philosophie und Verfassungsrecht am Beispiel der Altersrationierung im Gesundheitssystem, in: *Robert Alexy* (Hg.), *Juristische Grundlagenforschung* (Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie, Beiheft 104), Stuttgart 2005, 202–217. Zu diesen Argumenten muss angemerkt werden, dass die These, Alter sei das gerechteste Kriterium im Umgang mit knappen Ressourcen im Gesundheitswesen, weil es jeden gleich treffe, Gerechtigkeit mit formeller Gleichheit verwechselt. Sozialwissenschaftlich informierte Sozialethik, die nicht bei einer Ideal-Theo-

Es sei doch klar, so Harris, dass jeder ein Anrecht auf eine ‚faire Runde Leben‘ habe – und die Ermöglichung einer solchen ‚fairen Runde‘, nicht das Wohlergehen einzelner Patienten(-populationen) sei das oberste Gebot der Gesundheitsversorgung. Wie schon Daniels kann der ansonsten als Utilitarist bekannte, hier aber stark deontologisch argumentierende Harris über die *eine* Situation der Entscheidungsnot zwischen einem Patienten jenseits und einem diesseits der Altersschwelle hinaus keine weiteren ethischen Empfehlungen geben. Schon im Falle einer auf *Gesundheitsverbesserung* zielenden Therapie greift das *Fair-innings-Argument* nicht mehr, sondern versagt. Diese mangelnde Operationabilität hat den Gesundheitsökonom Alan Williams dazu veranlasst, das *Fair-innings-Argument* auszudehnen, indem er es mit der utilitaristischen Methode der *Lebensqualitätsmessung* und den erwarteten Kosten der Behandlung kombiniert. Der Vorteil des Williams-Modells liegt darin, dass es auf Grund dieser Verknüpfung unterschiedlicher Aspekte auf einen strikten *Cut-off-Point* verzichten kann, wie ihn Callaghan, Daniels und Harris propagiert haben. Da seine Methode nicht auf einen einzigen Entscheidungspunkt fixiert ist, sondern ein Kalkül bildet, ist das Modell skalierungsfähig und kann nicht nur lebenserhaltende Maßnahmen, sondern auch andere Formen der Gesundheitsverbesserung bedenken. Das Modell wird dadurch zwar anwendbar, bleibt aber insbesondere für Ältere prekär; denn gesetzt den Fall, dass von zwei Personen, die bis auf das Alter in allen relevanten Faktoren übereinstimmen, nur eine zur Behandlung zugelassen werden könnte, wobei die eine Person bereits oberhalb der (beim Altersfaktor) festgelegten Zahl an Lebensjahren, die andere darunter liegt, würde Williams bei gleichen Erfolgsaussichten die jüngere bevorzugen.<sup>32</sup> Präferentiell haben also Jüngere bei medizinischen Behandlungen solange Vorrang, bis der Grenznutzen ihrer Behandlung derartig sinkt, dass der limitierende Altersfaktor ausgeglichen wird. Insofern Williams eine intuitionistische Begründung mit einem schon oben (3.1) kritisch bewerteten utilitaristischen Instrumentarium verbindet, sind Begründung und Instrument zusammen ethisch erst recht problematisch. Ich komme zu einer abschließenden ethischen Bewertung der dargestellten Modelle.

---

rie verharret, nimmt zur Kenntnis, dass den Gesundheitsstatus wesentlich die sozialen Umstände prägen: Wer gut situiert ist, kann in der Regel gesünder älter werden. Dann noch vom Alter als gerechtem, weil so evidentermaßen egalitärem Kriterium zu sprechen, ist zynisch.

<sup>32</sup> Allerdings würde nach einer hier nicht näher darstellbaren Berechnung der Ältere bevorzugt werden, wenn der Nutzen bei der jüngeren Patientin äußerst gering ausfallen würde.



#### 4. KRITISCHE GESAMTBEWERTUNG DER VORGESTELLTEN MODELLE

Sicher, eine angewandte Ethik weiß, dass in der pragmatischen Alltagsrealität auch der Grundsatz, dass jeder Mensch Würde hat, also über allen Preis erhaben ist, an seine Grenzen stößt – wir können unter den Bedingungen ‚natürlicher‘ Knappheit nicht alles Geld in die Medizin stecken, denn dann würden andere öffentliche Güter wie Sicherheit, Bildung oder Verkehr gefährdet. Wir müssen also pragmatisch vernünftige Szenarien zwischen Aufwand und Ertrag entwerfen, die sich im Einzelfall konflikthaft leider schädlich auswirken können.

Wogegen aber eine an Würde und an der sie entfaltenden sozialen Gerechtigkeit orientierte Ethik sich zu Recht wendet, ist der Versuch, ein *einzelnes* Kriterium *exklusiv* zum Entscheidungsmaßstab über Leben und Tod zu erheben. Gegenüber den einfachen Ursache-Wirkungsvorstellungen ‚Die Alten sind Schuld an der Krise der sozialen Sicherung im Allgemeinen und des Gesundheitswesens im Besonderen‘ ist Vorsicht geboten und daher zu differenzieren.

*Zum einen:* Nicht das Alter alleine, sondern die *Nähe zum Tod* ist ein entscheidender Faktor expandierender Kosten, wie zahlreiche Untersuchungen belegen.<sup>33</sup> Dadurch ist natürlich *mittelbar* die Kohorte der Älteren eher kostenintensiver, weil eben mehr Menschen im höheren Alter sterben als im jüngeren. Aber allein der Umstand, dass bei altersjüngeren Sterbenden die Ausgaben in der Terminalphase höher liegen als bei hochbetagten Sterbenden<sup>34</sup>, sollte ein eilfertiges Urteil verhindern, dass *die* ältere Generation für die Kostensteigerung haupt- oder alleinursächlich verantwortlich sei. Schließlich gibt es nicht einfach hier die teure Generation der Alten, dort die günstigere Generation der Jüngeren.

*Zum anderen:* Alter bzw. Nähe zum Tod ist *ein* Kostensteigerungsfaktor, aber bei Leibe nicht der einzige. Das Realität schaffende Sozialkonstrukt ‚Knappheit der Ressourcen im Gesundheitswesen‘<sup>35</sup> ist nämlich durch eine Vielzahl einander ergänzender Faktoren bestimmt. Nur schlagwort-

<sup>33</sup> Vgl. zum Überblick *Stefan Felder*, Costs of Dying. Alternatives to Rationing, in: Health Policy 39 (1997) 167–176; *Friedrich Breyer/Peter Zweifel*, Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., Berlin u. a. 1999.

<sup>34</sup> Vgl. beispielsweise *Anne A. Scitovsky*, Medical Care in the Last Twelve Months of Life. The Relation between Age, Functional Status, and Medical Expenditures, in: The Milbank Quarterly 66 (1989) 640–660; *James Lubitz/James Beebe/Colin Baker*, Longevity and Medicare Expenditures, in: New England Journal of Medicine 332 (1995) 999–1003; *Donald R. Hoover/Stephen Crystal/Rizie Kumar/Usha Sambamoorthi/Joel Cantor*, Medical Expenditures During the Last Year of Life. Findings from the 1992–1996 Medicare Current Beneficiary Survey, in: Health Services Research 37 (2002) 1625–1642.

<sup>35</sup> Vgl. *Traugott Jähnichen*, Die soziale Konstruktion von ‚Knappheit‘ (Anm. 18).



artig seien erwähnt: Einerseits die allgemeinen Faktoren – Änderung der Lebensformen, Panoramawechsel der Krankheiten, Änderung des Lebensstiles; andererseits die gesundheitssystemimmanente Faktoren – Krise der Einnahmen, europarechtlicher Druck auf eine Angleichung von Wettbewerbschancen im Gesundheitswesen, medizin-technologischer Fortschritt, Unter-, Über- und Fehlversorgung, zu starke Regelung des Arzneimittelmarktes, Medieneinfluss, haftungsrechtlich induzierte Maximalbehandlung, angebotsinduzierte Nachfragesteigerung. Ohne auf die einzelnen Faktoren näher eingehen oder sie gewichten zu können, ist klar: Wo es so viele Ursachen gibt, kann man nicht *einen* Faktor, also beispielsweise das Alter, exklusiv verantwortlich für die gesamte Krise machen. Eine solche diskriminierende Exklusivthese widerspricht auch deshalb eindeutig dem Würdegedanken, weil sie den Einzelnen in *Gruppenhaftung* nimmt. Dies ist insbesondere dann unmoralisch, wenn dieses Kriterium zudem äußerst *unspezifisch* ist. Schließlich weiß man seit langem, dass zwischen biologischem und chronologischem Alter zu unterscheiden ist. Es gibt also Menschen, die chronologisch sehr alt, aber biologisch noch durchaus sehr vital sind und die nach einer kleinen, aber lebenserhaltenden Operation (beispielsweise eine Appendektomie) ihr Leben eigenständig weiterführen können. Hier kann man nicht generalistisch über Leben und Tod verfügen. Ein solches Verfahren wäre genauso absurd, wie wenn man vorsorglich alle 18-Jährigen einsperrte, nur weil eine Statistik erwiesen hätte, dass sie die am häufigsten zur Kriminalität neigende Altersgruppe wären.<sup>36</sup>

Natürlich kann eine angewandte Ethik, will sie als Entscheidungskriterienberatung im sittlich-politischen Diskurs fungieren, bei diesem Widerspruch allein nicht stehen bleiben. Was aber kann sie anwendungsorientiert und doch nicht begründungsvergessen raten?

##### 5. GENERATIONEN INTEGRIERENDER UND DIFFERENZIERENDER GRUNDSATZ DER BEFÄHIGUNGSGERECHTIGKEIT

Die wichtigste Herausforderung besteht darin, den künstlich isolierten Faktor ‚Vordringlich die ältere Generation ist schuld an der Kostensteigerung im Gesundheitswesen‘ wieder zu *rekontextualisieren*. Das Problem der intergenerationellen Gerechtigkeit im Blick auf unsere Sozialsysteme im Allgemeinen und das Gesundheitswesen im Besonderen stellt uns des-

---

<sup>36</sup> Vgl. *Michael Rivlin*, Fair Innings Argument (Anm. 31).

halb, jenseits von Exklusionsverfahren einer sich als rational gebärdenden Generation, vor die prinzipielle, generationenübergreifende Aufgabe, offen und gesellschaftlich breit einige grundsätzliche Fragen zu stellen und zu debattieren. Es gilt zu fragen, (a) was wir überhaupt unter Gesundheit und Krankheit – und das kann generationenrelativ sein – verstehen, (b) was uns die so verstandene Gesundheit – wiederum möglicherweise generationenrelativ – wert ist, und (c) ob und, wenn ja, wie und wieweit wir Solidarität gegenüber den von Krankheit Betroffenen (und das sind immer mehr chronisch Kranke) üben wollen sowie ob und wie wir Gesundheitsversorgung überhaupt solidarisch finanzieren wollen und können.

Vor dem Hintergrund dieser Generationen integrierenden Rekontextualisierungen sollte man aber auch nach übergeordneten Kriterien suchen, nach denen man knappe Mittel im Gesundheitswesen verteilt. Für diesen Zweck schlage ich als Kriterium vor: Notwendig und generationenübergreifend gerecht ist eine Gesundheitsversorgung, die befähigt zu *einer längerfristigen und leiblich-integralen*<sup>37</sup> *Lebensführung zwecks Teilnahmemöglichkeit an interpersoneller Kommunikation*. Dabei soll das Epi-

---

<sup>37</sup> In verschiedenen anderen Veröffentlichungen zum Thema hatte ich von „leiblich-integral *eigenverantwortlicher* Lebensführung“ gesprochen. In Diskussionen, in denen ich dieses Kriterium vorgestellt hatte, begegnete ich daraufhin häufig dem Einwand, dass der Gedanke der Eigenverantwortlichkeit nicht mehr die Gesundheitsversorgung (hochgradig) geistig Behinderter oder beispielsweise auch von Säuglingen gerechter und nicht nur solidarischerweise umfasse. Meine Antwort, dass dieser Einwand selbst von der normativen Prämisse ausgehe, dass nur die Normalvorstellung von Eigenverantwortung echte Eigenverantwortung darstelle und dass man umgekehrt auch bei solchen statistisch devianten Formen menschlichen (und darum schützenswerten) Lebens von spezifischen Varianten von Eigenverantwortung sprechen könne, die solche Menschen nicht aus dem Bereich gerechter Gesundheitsversorgung ausschließe, überzeugte mich nicht mehr. Richtig ist meines Erachtens weiterhin, dass es sich auch bei hochgradig geistig Behinderten oder Säuglingen um förderungswürdige Formen von *Lebensführung* handelt, die als solche in ihrem Gelingen von den betroffenen Individuen bis zum Kriterium der sozialen Inklusion ausgeschöpft werden können sollen. Allein Komatöse fallen nicht unter das genannte Kriterium der *Lebensführung*, sind aber durch das Epitheton ‚leiblich‘ intrinsisch in den Geltungsbereich des Befähigungsgerechtigkeitskriteriums integriert. Von ‚Eigenverantwortung‘ würde ich jedoch bei den genannten Gruppen nicht mehr sprechen wollen, weil dieser Begriff im Zusammenhang des gesundheitspolitischen Legitimationsdiskurses Assoziationen der Rücknahme von Solidarität, zumindest der Beweislastigkeit des Individuums gegenüber der Gemeinschaft freisetzt, die bei Behinderten und Säuglingen so nicht gegeben ist. Der Gedanke der Freiheits- und Kommunikationsbeförderung kann und soll bei diesen Gruppen dennoch aufrechterhalten werden mit exakt dem Argument, das ich bisher der Kritik meiner Verwendung der Formel von der Eigenverantwortung entgegen gehalten habe: Das Verständnis von Freiheit, Kommunikation und sozialer Inklusion darf nicht allein am Maß des (vermeintlich) ‚normalen‘ Erwachsenen festgemacht werden. Für diese präzisierende Korrektur danke ich Frank Nullmeier; vgl. *ders.*, Paradoxien der Eigenverantwortung, in: ZeS-Report 10, 1 (2005) 1–4.

theton ‚leiblich‘ ausdrücklich *die körperlichen, altersbedingten und sozialen Umstände menschlicher Lebensführung* anzeigen. Wenn wir die Prioritäten der Gesundheitsversorgung an diesem Kriterium festmachen, es zudem mit den Leitbegriffen des Gesundheitssystems ‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘ verbinden sowie nach deren individuumsbezogenen Konsequenzen auf der objektiven Ebene (Not, Schwere, Dringlichkeit), der subjektiven Ebene (Tragbarkeit und fehlende Konsumnähe) und der instrumentellen Ebene (Beeinflussbarkeit, Wirksamkeit) fragen, wenn wir das Befähigungskriterium zudem einbetten in einen Kranz von ergänzenden Gerechtigkeitsforderungen wie verfassungsmäßigen Mindestbedarf, Beteiligung, Verfahrenstransparenz, Kompensationszuweisung für nicht erhaltene Leistungen auf einer untergeordneten Versorgungsstufe und (nachrangig) Berücksichtigung der *compliance* des Betroffenen, dann wird nicht einfach ein inhaltlicher Faktor (wie eben das Alter, oder bei anderen: Verdienst, Nutzen, Kosten) isoliert, sondern dieser Faktor dem *Grundgedanken* der Befähigung zur sozialen Kommunikation untergeordnet.<sup>38</sup>

Mit diesem Kriterium werden zugleich die Besonderheiten von Behinderungen, Krankheiten und Alter, also die Abweichungen von einem normal *functioning range*, akzeptiert und nicht einfach nur als Devianz abgekanzelt. Dennoch sperrt sich dieser moderate Gesundheitsbegriff auch gegen Forderungen nach extravaganen Leistungen, die diesem Kriterium entsprechend nicht mehr gerechterweise von der Solidargemeinschaft des liberalen Rechts- und Sozialstaates finanziert werden müssen. So gerecht es also ist, Funktionsstörungen zu beheben, die einen Menschen hindern, nachhaltig soziale Kommunikationen aufzunehmen und zu pflegen, so wenig können in Zeiten knapper Ressourcen rein subjektive Bedürfnisse in der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens berücksichtigt werden.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Vgl. dazu ausführlicher *Peter Dabrock*, Menschenbilder und Priorisierung, in: *Wolfgang Vögele/Andrea Dörries* (Hg.), Menschenbilder in Medizin und Theologie (Loccumer Protokolle 25/00), Rehburg-Loccum 2000, 173–223, 192–199; *Peter Dabrock*, Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium zur Beurteilung von Grundversorgungsmodellen im Gesundheitswesen. Anmerkungen und Alternativen zu einem Vorschlag Stefan Husters, in: *Oliver Rauprich/Georg Marckmann/Jochem Vollmann* (Hg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn 2005, 215–247 (dort Hinweise auf weitere Veröffentlichungen des Autors zum Thema).

<sup>39</sup> Aus einem Kleinwüchsigen muss man gerechtigkeitsrechtlich keinen Basketballspieler (jedenfalls keinen Center-Spieler) zaubern, auch wenn er dieses als persönliche Präferenz angibt. Die solidarische Finanzierung subjektiven Wohlergehens kann nach dem genannten Kriterium der Befähigungsgerechtigkeit nicht begründet eingefordert werden.

Inwiefern führt das Kriterium der Befähigung zur Teilnahme an interpersoneller Kommunikation weiter als die zuvor skizzierten Vorschläge, die die Generation der Älteren unmittelbar aus der Gesundheitsversorgung ausschließen?

Zwei weiterführende Konsequenzen ergeben sich meines Erachtens. *Ers- tens auf der Makroallokationsebene*: Wenn sich eine gerechte Gesundheitsversorgung an der Befähigung zu einer *leiblichen* Lebensführung orientiert, dann impliziert dieses Kriterium auch die Berücksichtigung von *Altersangemessenheit*. Das bedeutet nicht, dass man für einen exklusiven Therapieverzicht plädiert, besagt aber, dass manche altersbedingten Ausfallerscheinungen nicht als Krankheit, sondern schlechterdings als leiblich *normale* Phänomene, eben als Alterserscheinungen zu beurteilen sind.<sup>40</sup> Wenn also Leiblichkeit – und dies scheint mir sehr plausibel, weil wir alle leibliche Wesen sind – in das gerechtigkeitstheoretisch abgefederte Entscheidungskalkül einbezogen wird, dann kann, ja muss es in unterschiedlichen Lebensstadien unterschiedliche Bestimmungen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung geben.<sup>41</sup> *Zweitens auf der Mikroallokationsebene*: Wenn – und ich rede jetzt nicht einfach von der älteren Generation, sondern von den in der *Nähe zum Tod* Stehenden – das Leben eines Menschen in seine terminale Phase eingetreten ist, was sich nicht leicht erkennen lässt, sondern vielmehr den geschulten ärztlichen oder pflegerischen Blick erfordert, dann ist auch über eine *Therapieziel-änderung* von der kurativen zur palliativen Medizin hin nachzudenken. Eine solche Umgestaltung der Therapie darf nicht paternalistisch von oben erfolgen, sondern muss in Verantwortungspartnerschaft zwischen Arzt, Pflegenden, Patienten und sozialem Umfeld erwogen werden. Diese Entscheidung kann zwar indirekt auch ökonomischer Effizienz dienen. Sie allein darf aber nicht der Ausschlag gebende Grund sein. Dafür wird sich eine an Würde und Befähigungsgerechtigkeit orientierte theologische Ethik einsetzen.

---

<sup>40</sup> Um ein einfaches Beispiel zu bringen, das nur die Richtung der Argumentation andeuten kann: Künstliche Befruchtung (ICSI [Intracytoplasmatische Spermieninjektion]) lässt sich für den nicht mehr zeugungsfähigen älteren Herrn durch das Leibkriterium, Unterfall Alterserscheinung, gerechterweise aus einem Katalog solidarisch finanzierter Gesundheitsleistungen herausstreichen.

<sup>41</sup> Eine solche Ausdifferenzierung widerspricht nicht dem Gleichheitsgrundsatz, sondern konkretisiert ihn, der ja nicht nur sagt, dass Gleiches gleich zu behandeln ist, sondern damit auch zum Ausdruck bringt, dass Ungleiches ungleich oder Gleiches nicht ungleich oder Ungleiches nicht gleich zu bewerten ist. Was als altersangemessen, was als krankheitsbedingt gilt, setzt ohne Zweifel neue Debatten frei. Dennoch besitzt man ein differenzierendes Kriterium, das diese Deliberationen zu gewichten in der Lage ist.

Beachtet man neben den übergeordneten Kriterien von Würde und Befähigungsgerechtigkeit die Sachdimension, dass zumindest im Gesundheitswesen das Generationenkonstrukt ‚Das Alter ist schuld‘ als einziges Krisenphänomen nicht kontextlos fokussiert werden darf, dann können vorschnelle wechselseitige Schuldzuweisungen zurückgenommen werden, dann braucht hier nicht vorschnell ein Generationenkonflikt konstruiert zu werden, den es woanders, beispielsweise in der Rentenkasse, viel deutlicher gibt. Eine solche Differenzsensibilität im Umgang mit Generationenproblemen verhindert Pauschalurteile über die Alten oder die Jungen.<sup>42</sup> Manche Probleme stellen sich eben auch quer zur Konstruktion eines Generationenkonfliktes. Sie übergreifend anzugehen, dient der Bewahrung der kommunikativen Freiheit, die dem Gebot „Du sollst Vater und Mutter ehren“ zu Grunde liegt.

---

<sup>42</sup> Über das Gesundheitswesen hinaus stellt sich die weit grundlegendere Frage, die den zivilgesellschaftlichen Diskurs angesichts der demographischen Herausforderungen beschäftigen muss und deren Beantwortung viele spannende Chancen für ein Miteinander (und nicht immer nur ein Gegeneinander) der Generationen bietet: Welche kreativen Visionen des Verhältnisses der Generationen, eingebettet in das Verhältnis der Lebensformen, sozialen Schichten und Ethnien, können wir zivilgesellschaftlich entwickeln, auf dass weder die Alten noch die Jungen zu Opfern eines ‚Methusalem-Komplots‘ (vgl. *Frank Schirrmacher*, *Das Methusalem-Komplot*, München 2004) werden?