

Weyma Lübbe

Knappe Kassen und statistische Leben. Rationalität und Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Eine professionelle Krankenversorgung gehört zu den Leistungen, die die meisten reichen Gesellschaften inzwischen den Zufälligkeiten von privater Zahlungsfähigkeit oder karitativer Unterstützung entzogen haben. Im System der Gesetzlichen Krankenversicherung sind dabei zwei Prinzipien miteinander verknüpft. Erstens das Versicherungsprinzip, ein Klugheitsprinzip, das auch dem privaten Versicherungswesen zugrunde liegt:

- „Es ist vernünftig, dass ich regelmäßig einen begrenzten, für mich tragbaren Geldbetrag aufwende, um mich gegen das Risiko zu schützen, in eine schlimme Lage zu geraten.“

Zweitens der Solidaritätsgedanke, ein moralisches Prinzip:

- „Es ist moralisch geboten, Menschen zu helfen, die sich in einer schlimmen Lage befinden, wenn sie sich daraus selbst nicht mehr befreien können.“

Zwangsmitgliedschaft in einer Gesetzlichen Krankenversicherung und umverteilende Elemente bei der Ausgestaltung der Beiträge machen die verlässliche Umsetzung dieses moralischen Prinzips innergesellschaftlich, also auf nationaler Basis, finanzierbar. Und erst dann – wenn die Finanzierbarkeit gesichert ist – kann das moralische Prinzip auch die Form einklagbarer Rechtsansprüche annehmen.

Unabhängig davon, wie knapp die Kassen der gesetzlichen Versicherungen derzeit sein mögen, wird in eben diesen reichen Gesellschaften seit Langem darüber debattiert, was zu tun wäre, wenn einmal nicht mehr alles für alle finanzierbar wäre. Während der Solidaritätsgedanke zu gebieten scheint, dass dann eben die Beiträge erhöht werden müssen, legt das Klugheitsprinzip das nur in Grenzen nahe. Denn es bindet die Bereitschaft

zur Absicherung gegen die schlimme Lage an die Tragbarkeit der regelmäßigen Belastung, die dazu zu übernehmen ist. Und da gilt nun keineswegs einfach (weder in finanzieller noch in sonstiger Hinsicht), dass man eine regelmäßige Belastung stets tragbar finden muss, solange nur die alltägliche Lage, in die sie Menschen versetzt, noch etwas besser ist als die schlimme Lage, gegen die sich Menschen absichern.

Wer streng nach diesem Muster verfährt, der gilt keineswegs als klug. Er gilt als neurotisch. Er gleicht dem, der nur für wirklich lebensnotwendige Besorgungen ins Auto steigt, weil man im Straßenverkehr tödlich verunglücken kann. Der Solidaritätsgedanke freilich scheint diese Logik nicht mit zu vollziehen. Er gebietet die Hilfe in Not unabhängig davon, ob es ex ante betrachtet klug oder neurotisch gewesen wäre, besser vorzusorgen. Das bringt reiche Gesellschaften, die mittlerweile sehr viele und sehr teure Mittel zur Behandlung gesundheitlicher Not entwickelt haben, anscheinend in eine schwierige Lage. Die Solidarität mit dem Bürger als Patienten scheint zu gebieten, dass Hilfe im Bedarfsfall bedingungslos bezahlt wird, während die Rücksicht auf den Bürger als Beitragszahler gebietet, im Auge zu behalten, dass er sein gesundes Leben nicht komplett in den Dienst der Absicherung hoch professioneller Versorgung im Krankheitsfall stellen möchte.

Andere Länder haben auf diese Lage bereits mit Finanzierungsausschlüssen reagiert. Zum Beispiel in Großbritannien – einem nicht auf dem Versicherungsgedanken begründeten Gesundheitswesen, aber eine Priorisierungsdebatte gibt es auch dort – kommt es regelmäßig zu Erstattungsausschlüssen für hochpreisige Arzneimittelinnovationen, auch und gerade für Mittel, die bei schweren Erkrankungen eingesetzt werden. Diese Arzneimittel weisen gewöhnlich nur einen geringen Zusatznutzen auf; drastische Innovationen sind bei schweren Krankheiten ein seltener Fall. Die Logik der für die Finanzierungsausschlüsse zuständigen Instanz erschien zunächst nachvollziehbar: Die Bevölkerung, die letztlich das Gesundheitswesen finanziert, wolle „value for money“ – sie wolle, dass ihr Geld anstatt für marginal Wirksames, für Produkte mit hohem Gesundheitsnutzen ausgegeben wird. Die von den Ausschlüssen betroffenen Patienten sahen das freilich anders. Denn die einzigen Produkte, die ihnen überhaupt noch nützlich werden konnten, waren eben jene hochpreisigen Mittel, die man ausgeschlossen hatte. Unsolidarischerweise, wie sie fanden.

Ein aufschlussreiches von britischen Gesundheitsökonomen vorgebrachtes Argument aus dieser Debatte wird im Folgenden vorgestellt und kritisch kommentiert. Es bietet Anlass, den hinter dem Argument stehenden Ansatz zur Bewertung von Ressourcenverteilungen grundsätzlich zu hinterfragen, als das bislang ganz überwiegend geschieht.

Besondere Solidarität mit Schwerkranken

Das Argument, um das es geht, bestreitet nicht, dass Schwerkranke in besonderem Maße Anspruch auf gesellschaftliche Solidarität haben. Das lasse sich durchaus mit Rekurs auf verbreitet anerkannte Gerechtigkeitspostulate begründen. Aber: Wer dafür optiere, Arzneimittel für Schwerkranke vorrangig zu finanzieren und demgegenüber zum Beispiel Präventionsmaßnahmen hinten anzustellen, der differenziere genau genommen nicht nach der Schwere der Erkrankung. Er differenziere danach, ob ein schweres Leiden aktuell sei oder in der Zukunft liege. Auch bei Präventionsprogrammen gehe es nämlich meistens um schwere Erkrankungen. Wenn dem Solidarsystem der Kampf gegen schweres gesundheitliches Leid ein besonderes Anliegen zu sein scheint, dann müssten Präventionsprogramme, die schwere Krankheiten verhindern, grundsätzlich mit ebenso hoher Priorität finanziert werden wie Akutbehandlungen für Schwerkranke. Im Zitat: „[...] concern for severity applies to all severe illness – whether suffered by identified or unidentified individuals and whether suffered now or in the future“ (Cookson et al. 2008: 541). Die hier apostrophierten, identifizierten Individuen sind, zum Beispiel, Patienten mit einer metastasierten Krebserkrankung, die hoffen, dass die Solidargemeinschaft auch die Behandlung mit dem jeweils neuesten Zytostatikum finanziert. Die nicht identifizierten Individuen sind jene uns unbekannt Menschen, die sich künftig in genau der gleichen Lage befinden werden, wenn ihr Primärtumor nicht gefunden und entfernt wird, bevor er metastasiert. Will man auch gegen deren schweres Leid kämpfen, so die Autoren, dann sollte man Präventionsmaßnahmen finanzieren. Stellt man solche Maßnahmen mit der Begründung hinten an, dass die begünstigten Personen gegenwärtig noch nicht schwer krank seien, dann bedeute das „[...] giving low priority to treatment for patients at mild to moderate stages of a progressive condition, and instead waiting until the condition becomes sufficiently severe to constitute immediate peril – by which time, of course, treatment may be less beneficial and/or more costly“ (ebenda).

Man müsste dann zugespitzt auch die Entfernung eines malignen Melanoms, das noch nicht gestreut hat (eine ziemlich effiziente Maßnahme, aber an einem Patienten, dem es aktuell noch ausgezeichnet geht), gegenüber der Finanzierung von Arzneimitteln zurückstellen, die dem schon überall von Metastasen geplagten Patienten, dessen Melanom nicht entfernt wurde, statistische sechs Wochen zusätzliche Überlebenszeit versprechen. Ein Solidaritätsverständnis, das so etwas verlangt, könne nicht das richtige Verständnis sein.

Aktuell Schwerkranke versus künftig Schwerkranke

In folgendem Punkt haben die zitierten Autoren offenbar recht: Die Auffassung, dass einer solidarischen Gesellschaft der Kampf gegen schweres gesundheitliches Leid ein besonderes Anliegen sein müsse, ist rein als solche nicht geeignet, die vorrangige Finanzierung von marginal lebensverlängernden Arzneimitteln zu begründen. Denn oft kämpft es sich besser gegen schweres Leid, wenn man beim noch Gesunden ansetzt oder beim erst leicht Erkrankten. Bei konsistenter Anwendung generiert aber auch das Solidaritätsverständnis der zitierten Autoren heikle Antworten. Nach ihrem Verständnis verfährt am solidarischsten, wer am effektivsten Tod und schweres Leid verhindert, gleichgültig ob mit akutmedizinischen oder mit präventiven Mitteln. Betrachtet wird dazu folgendes Beispiel (ein konstruiertes, aber es hilft, den springenden Punkt in den Blick zu rücken):

Peter arbeitet als Koch bei einem Musikfestival. Er ist akut erkrankt mit einer lebensbedrohlichen Infektion. 20.000 Teilnehmer des Festivals sind über das von ihm zubereitete Essen mit demselben Erreger in Kontakt gekommen. Die Wahrscheinlichkeit, dass man nach dem Kontakt erkrankt, ist allerdings sehr klein – sie beträgt nur 1/20.000. Die verfügbare Menge des Antidots reicht aus, um Peter zu retten. Alternativ könnte sie pulverisiert ins Trinkwasser der 20.000 Festivalteilnehmer gegeben werden und würde dann einen wirksamen Schutz gegen die Erkrankung darstellen.

Auf keiner Seite der Alternative seien epidemiologische Weiterungen zu befürchten. Dann sind dies die Konsequenzen der beiden Wege der Ressourcenverwendung:

Peter gerettet; ein statistisch erwartbarer Todesfall unter den Festivalteilnehmern.
Peter tot; kein Todesfall unter den Festivalteilnehmern.

Ist es gleichgültig, ob man den akut erkrankten Peter rettet oder das Mittel ins Trinkwasser gibt? Mir ist bislang kein Mediziner, Politiker oder Bürger begegnet, der diese Frage schlicht mit „Ja“ beantwortet hätte. Dem Argument der zitierten Gesundheitsökonominnen zufolge wäre es aber gleichgültig. Denn das Leiden des derzeit noch anonymen Festivalteilnehmers, der statistisch erwartbar erkranken wird, wenn man Peter rettet, ist nicht weniger schwer als das Leiden von Peter, das man vor Augen hat.

Verhinderung von Leid versus Umgang mit Leidenden

Was genau sträubt sich in den meisten Menschen gegen diese Argumentation? Natürlich ist das Leiden des künftigen Patienten, wenn er erst krank ist, nicht weniger schlimm als das gegenwärtige Leiden von Peter. Aber in der Situation, in der man über die Vergabe der fraglichen Ressource zu entscheiden hat, ist Peter die einzige Person, der man Leid und Tod wissentlich zumutet, wenn man sie unversorgt lässt. Auf der anderen Seite, der Seite der Festivalteilnehmer, gibt es keine Person, der man Leid und Tod wissentlich zumutet. Hier gibt es zwanzigtausend Personen. Wenn man sich fragt, was es ist, das man jeder dieser Personen wissentlich zumutet, wenn man das Antidot für Peter verwendet, dann ist die Antwort nicht: Leid und Tod. Die Antwort ist: ein Risiko von 1/20.000, zu leiden und zu sterben. Und das ist nicht dasselbe.

Leid und Tod für Peter.

Ein Risiko 1/20.000 von Leid und Tod für jeden der Festivalteilnehmer.

Was also bei den aktuellen Patienten anders ist als bei den sogenannten statistischen, ist das Verhältnis des Entscheiders zu ihrem Leid. Eine Kausalrelation, das ist richtig, besteht in beiden Fällen. Aber bloße Kausalrelationen sind ubiquitär. Sie bestehen zum Beispiel auch zwischen Peters eventuellem Tod und Peters Eltern, denn wer nicht erzeugt wurde, der kann auch nicht sterben. Für die normative Bewertung interessieren nicht bloße Kausalrelationen, sondern es interessiert, ob ein Geschehen zu verantworten ist. Juristen haben dafür eine eigene Kategorie – die der Zurechnung eines Geschehens

zur Tat. In der entscheidungstheoretischen Tradition, in der die zitierten Ökonomen stehen, gibt es die Kategorie der Zurechnung nicht. Nur Konsequenzen interessieren, nicht Taten – nur das verhinderte Leid, nicht die Art und Weise, wie mit leidenden Personen umgegangen wird.

Gesundheitsökonomische Evaluationen: „Optimale“ Allokation?

Was meinen Ökonomen, wenn sie bestimmte Formen der Ressourcenallokation als rational und die zu erwartenden Ergebnisse als optimal bezeichnen? In einem verbreiteten Überblickswerk zur Gesundheitsökonomie berichtet der Autor des Einführungskapitels zunächst, 1988 sei die Beitragssatzstabilität für die Gesetzliche Krankenversicherung im Sozialgesetzbuch festgeschrieben worden; das bedeutet die dem Gesundheitswesen von der Gesellschaft zur solidarischen Verwendung zur Verfügung gestellte Geldmenge ist begrenzt worden. Damit könne es jetzt:

„[...] nur darum gehen, die zur Verfügung stehenden knappen Mittel dort im Gesundheitswesen einzusetzen, wo das beste Ergebnis zu erwarten ist. [...] Hier ist das Betätigungsfeld von Wirtschaftswissenschaftlern. Sie beschäftigen sich ausschließlich mit Fragen der Knappheit und wie die negativen Auswirkungen der Knappheit möglichst gering gehalten werden. Jede Geldeinheit, die für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, muss in dem Bereich verwendet werden, wo sie den größten Nutzen stiftet. [...] Daher wird es im Folgenden nur darum gehen, die exogen dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellten Mittel innerhalb des Gesundheitswesens rational zu verteilen, d. h. eine optimale Ressourcenallokation sicherzustellen“ (Schöffski 2012: 6).

Das liest sich, als seien Ökonomen Experten für die Frage, wie man unter Bedingungen der Knappheit das beste Ergebnis erzielt. Mit gesundheitsökonomischen Evaluationen würde sich dann ein unmittelbarer normativer Anspruch verbinden: Wenn Nutzen, insbesondere auch Gesundheitsnutzen, etwas Gutes ist, dann ist mehr Nutzen besser als weniger Nutzen, und das Maximum ist am besten.

Gesundheit, wie anderer Nutzen auch, ist freilich nicht einfach etwas Gutes. Sie ist etwas Gutes für Personen – gegebenenfalls auch für Dritte, vor allem aber für die

Personen, um deren Gesundheit es sich handelt. Herr Meiers Gesundheit ist gut für Herrn Meier, Frau Schmidts Gesundheit ist gut für Frau Schmidt. Und mehr Gesundheit für Herrn Meier ist besser für Herrn Meier; analog für Frau Schmidt. Für wen aber ist es besser, wenn die Gesetzliche Krankenversicherung, falls dies einmal knappheitshalber konkurriert, die Therapie des Gesundheitsproblems von Herrn Meier finanziert und nicht die kostenineffizientere Therapie des Gesundheitsproblems von Frau Schmidt? Ist das besser für die Versichertengemeinschaft? Nein. So etwas ist besser für diejenigen Teile der Versichertengemeinschaft, deren Gesundheitsprobleme eine im Verhältnis zum erreichbaren Nutzen kostengünstige Therapie zulassen. Für die anderen ist es schlechter. Wie kommt man von dieser divergierenden Bewertung zu der Behauptung, es sei besser schlechthin? Der Übergang von der Rede davon, was gut, besser oder am besten für X oder Y ist, zur Rede vom Guten, Besseren oder Besten (Optimalen) schlechthin bedarf einer Begründung. In dem oben zitierten Text ist keine enthalten. Die Angemessenheit des Übergangs – im Fachjargon: Die, wie jeder Philosophiestudent im ersten Semester weiß, nichttriviale aggregationistische These, dass sich Gutes für X, Y ... über Personengrenzen hinweg zu einem im unpersönlichen Sinne Guten aufsummieren lasse, das zu bewirken dann auch das Richtige sei – wird stillschweigend vorausgesetzt (vergleiche dazu Lübke [2015], mit detaillierten Literaturnachweisen zu den relevanten philosophischen und philosophisch-ökonomischen [entscheidungs-theoretischen] Debatten).

Fazit

Ich selbst vertrete nicht die Ansicht, dass Gesellschaften kraft ihrer Zustimmung zum Solidaritätsgedanken verpflichtet wären, für schwer kranke Patienten beliebig teure Arzneimittel mit beliebig geringen Gesundheitsnutzen zu finanzieren. Wie ich das begründen würde, habe ich hier nicht entwickelt (dazu ebenda Kapitel 6: Effizienz im Nonaggregationismus, besonders §§ 59 und 60. In diesen Paragrafen werden unter anderem die Konzepte „Schwere der Erkrankung“ und „medizinische Bedürftigkeit“ analysiert – Konzepte, auf die sich auch die zweite Priorisierungsstellungnahme [2007] der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer stützt, ohne die unterschiedliche Natur und Bedeutung dieser Begriffe ausreichend zu erörtern). Ich habe lediglich entwickelt, wieso ich einer verbreiteten Begründung für solche Finanzierungsausschlüsse nicht beitreten kann: der Begründung, dass als Gesundheitspolitiker, Versicherer oder Leistungserbringer am solidarischsten agiert, wer am effizientesten verhindert, dass Menschen leiden oder sterben. Solidarität verlangt nicht primär, für möglichst wenig Leid und möglichst spätes Sterben zu sorgen. Solidarität verlangt eine bestimmte Art des Umgangs mit leidenden Menschen.

Literatur

- Cookson, R., McCabe, C., Tsuchiya, A. (2008): Public Healthcare Resource Allocation and the Rule of Rescue. *Journal of Medical Ethics* 34. S. 540ff.
- Lübbe, W. (2015): *Nonaggregationismus. Grundlagen der Allokationsethik*. Münster.
- Schöffski, O. (2012): Einführung. In: Schöffski, O., von der Schulenburg, J.-M. Graf (Hrsg): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, 4. Auflage. Berlin. S. 4ff.