

Essayistische Hausarbeit

Titel: Altersrationierung im Gesundheitswesen

Haben alte Menschen die Pflicht zu sterben?

Der medizinische Fortschritt der letzten 200 Jahre hat dafür gesorgt, dass die Menschen immer älter werden. Die durchschnittliche Lebenserwartung lag zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland noch unter 50 und heute liegt sie schon bei 77 Jahren. Der natürliche Verfallsprozess des menschlichen Körpers, der normalerweise dann einsetzt, wenn genügend Zeit war um Kinder zu zeugen und großzuziehen – also seine Nachkommenschaft zu sichern – wird von der Medizin immer weiter verlangsamt. Menschen, die in der Natur oder ohne medizinische Hilfe nicht überlebensfähig wären, weil sie z.B. wegen fehlender Zähne ihre Nahrung nicht mehr alleine zerkleinern könnten, erhalten durch den medizinisch-technischen Fortschritt die Möglichkeit ihren Körper, auch weit über das natürliche Verfallsdatum hinaus, am Leben zu erhalten. In dieser Phase des Lebens wird das Funktionieren des Körpers nur noch durch medizinische Flickschusterei sichergestellt. Ständig verursacht der eigentlich nicht für solch eine lange Lebensdauer konzipierte Körper neue Ausfälle, die mit kostspieligen medizinischen Behandlungen behoben werden müssen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die durchschnittlichen Krankheitskosten¹ pro Kopf mit zunehmendem Alter überproportional ansteigen. Im Jahre 2002 verursachte die Gruppe der Frauen älter als 84 Jahre Kosten in Höhe von 12.660 € pro Kopf durch Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, während die Gruppe der 15 bis 30 jährigen Frauen nur 1.620 € pro Kopf benötigte. Die Ausgaben für das Hinauszögern des natürlichen Todeszeitpunktes bei alten Menschen sind enorm hoch und lasten schwer auf den Schultern der Gesellschaft. Von dem amerikanischen Philosophen Daniel Callahan kommt daher der Vorschlag, dass die Pflichtversicherung, bei Patienten ab einem bestimmten Alter (z.B. 80 Jahre), nur noch die Kosten für leidensmindernde, aber nicht mehr für lebensverlängernde Maßnahmen übernehmen soll. Die deutschen Befürworter dieses Vorschlages nehmen an, dass ein Zwang zur Rationierung besteht, weil der medizinische Fortschritt immer weiter voranschreitet und ständig neue Behandlungsmethoden hervorbringt, die einer breiten Masse wegen ihrer Kostenintensität nicht finanziert werden können. Weiterhin wird angenommen, dass in Deutschland Gesundheitsleistungen schon längst einer impliziten, d.h. verdeckten Rationierung, unterliegen. Es wird stattdessen eine explizite Rationierung gefordert, die sich an transparenten, allgemeingültigen und für jeden nachvollziehbaren Kriterien orientiert. Ein objektives, nicht manipulierbares und

¹ vgl. Statistisches Bundesamt, Krankheitskosten 2002 – Presseexemplar, Juli 2004, S. 12

zumindest in Deutschland gut messbares Kriterium stellt das Alter dar, das zugleich auch noch ein riesiges Einsparpotential birgt.

Man stelle sich vor, ein 10 jähriges Mädchen und eine Frau von 80 Jahren leiden beide an derselben Krankheit, die bei beiden mit gleicher Wahrscheinlichkeit zum Tode führen wird. Aus Knappheitsgründen kann nur eine von beiden rechtzeitig behandelt werden, wobei die Chance einer Heilung bei beiden gleich groß ist. Die meisten Menschen haben hier die Intuition, dass das kleine Mädchen und nicht die alte Frau behandelt werden sollte, weil es sein ganzes Leben noch vor sich, die alte Frau dasselbe aber schon hinter sich hat. Wenn wir aber die Frage untersuchen, ob das kollektive Gesundheitssystem Menschen ab einem bestimmten Alter keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr finanzieren soll, müssen zwei Dinge ganz klar voneinander unterschieden werden: die primäre und die sekundäre Rationierung. Unter sekundärer Rationierung, oder auch *microrationing*, versteht man die Aufteilung von nicht mehr rechtzeitig vermehrbaren Ressourcen auf alternative Verwendungsmöglichkeiten. Die Transplantationsmedizin ist hierfür ein gutes Beispiel. Nieren können (noch) nicht in beliebig großer Zahl hergestellt werden. Sie sind also nicht mehr rechtzeitig vermehrbar. Die Medizin ist auf Spender angewiesen, von denen es so wenig gibt, dass die Nachfrage das Angebot übersteigt, also nicht jeder, der eine Niere bräuchte, auch eine bekommt. Nieren als knappe Ressourcen unterliegen daher einer sekundären Rationierung.

Die primäre Rationierung hingegen findet auf einer höheren Ebene statt. Hier geht es nicht darum knappe Ressourcen gerecht zu verteilen, sondern um die Planung wie viel Ressourcen überhaupt zur Verfügung gestellt werden sollen. Wären Nieren unter so hohen Kosten künstlich herstellbar, dass nicht jedem Bedürftigen auch eine finanziert werden könnte, würde die Herstellung von weniger als 100% der benötigten Nieren bereits eine primäre Rationierung darstellen. Der Unterschied zwischen den beiden Rationierungsarten besteht also darin, dass das eine Mal eine begrenzte Menge verteilt, das andere Mal aber die Größe eben dieser Menge bestimmt wird.

Bei dem Beispiel mit dem kleinen Mädchen und der alten Frau handelt es sich um eine sekundäre Rationierung. Der Vorschlag, Menschen ab einem bestimmten Alter keine kostenlose medizinische Behandlung zukommen zu lassen, stellt aber eine primäre Rationierung dar. Die gleichwertige Behandlung dieser beiden

Rationierungsarten würde zwei unterschiedliche Problemebenen in unzulässiger Weise miteinander vermengen und ist deswegen nicht möglich.

Auch wenn es aus dem konstruierten Beispiel vom Anfang nicht hervorgehen mag, ist das Alter selbst für die sekundäre Rationierung kein uneingeschränkt brauchbares Kriterium. Wäre das Mädchen z.B. zwanzig statt zehn Jahre alt und hätte sich absichtlich in seine Situation manövriert, mag unsere Intuition vielleicht schon ganz anders entscheiden. Denkbar wäre z.B. auch, dass die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Behandlung bei dem Mädchen 10%, bei der alten Frau aber 90% beträgt oder dass die Restlebenserwartung des Mädchens wegen einer anderen Krankheit noch niedriger als die der Frau ist. Ganz unsinnig wird das Alter als Kriterium einer Rationierungsentscheidung, wenn man annimmt, dass in diesem Beispiel das Mädchen 39 und die Frau 41 Jahre alt ist. Wer würde sich hier noch genauso sicher für die Behandlung des jüngeren Patienten entscheiden?

Obwohl gezeigt wurde, dass Alter kein hinreichendes Kriterium der sekundären Rationierung sein kann, könnte man immer noch versuchen zu argumentieren, dass gerade weil das Beispiel in seiner anfänglichen Konfiguration so plausibel war, man es genauso auf die Ebene der primären Rationierung übertragen kann. Wenn man nämlich bereit ist 80 jährige zu Gunsten von 10 jährigen sterben zu lassen, warum sollte man dazu nicht auch im Gesundheitssystem bereit sein? Die Ressourcen, die man bei den alten Menschen spart, weil man ihren Tod nicht mehr künstlich hinauszögert, könnte man doch dafür einsetzen, dass jeder jüngere die Chance erhält, dieses Alter auch zu erreichen und nicht vorzeitig zu sterben. Natürlich ist es wünschenswert, jedem ein hohes Alter zu ermöglichen, aber der wichtige Unterschied zu dem Beispiel vom Anfang besteht doch darin, dass wir diesmal niemanden für dieses Ziel sterben lassen müssen, weil wir, durch die Zuteilung von mehr Ressourcen, die Möglichkeit haben, jedem das Mindestmaß an medizinischer Versorgung zukommen zu lassen. Das Beispiel war nur plausibel, weil es sich um sekundäre Rationierung handelte, weil es nur möglich war einen von beiden zu retten. Wenn man nun die Schlechter-Versorgung der Alten mit der Besser-Versorgung der Jungen begründen will, dann muss man auch andere Umverteilungsmöglichkeiten mit einbeziehen und die Schlechter-Versorgung der Alten sowie deren Tod mit kostenlosem Zahnersatz und Hustensaft für Jüngere begründen. Sind aber solche Einsparmöglichkeiten ausgeschöpft und die Mittel reichen immer noch nicht, um allen – auch den alten –

Menschen lebensrettende Behandlungen zu finanzieren, dann ist es immer noch möglich, Mittel aus anderen Bereichen in das Gesundheitssystem leiten. Wie könnte es sein, dass eine Gesellschaft, die ihren reichen Mitgliedern Kultur² subventioniert und sehr viel Geld für nicht lebenswichtige Dinge ausgibt, die Todesfurcht ihrer Mitglieder ignoriert und diese aus Geldmangel einfach sterben lässt? Wir leben in einer Gesellschaft, weil wir so am besten unsere Ziele erreichen und Bedürfnisse befriedigen können. Die meisten von uns haben in fast jedem Moment ihres Lebens den starken Wunsch nicht zu sterben. Deswegen muss die Gesellschaft auch alles Nötige dafür tun, dass allen Menschen dieser elementare Wunsch so lange wie möglich erfüllt bleibt.

Verteidiger der Altersrationierung mögen einwenden, dass es sich auch um eine weiche Rationierung handeln könne, d.h. die Möglichkeit, rechtzeitig Zusatzversicherungen abzuschließen oder medizinische Leistungen selbst zu bezahlen, besteht. Dies würde allerdings dazu führen, dass die sozialen Ungleichheiten noch verschärft würden und nur die Wohlhabenden sich ein längeres Leben erkaufen könnten. Weiterhin ist fragwürdig, welcher Rentner oder welche Versicherung (bei bezahlbaren Prämien) sich die neuesten Behandlungen, deren exorbitante Kosten angeblich sogar den Staat zu Rationierungen zwingen werden, überhaupt leisten kann. Zusatzversicherungen für einzelne Leistungen früh genug vor dem Bedarfsfall zu kalkulieren ist, wegen des rasanten medizinischen Fortschrittes, der diese Leistungen rasch veralten oder durch Prävention ganz unnötig werden lässt, fast unmöglich.

Gegen das Alter als Rationierungskriterium im Gesundheitswesen spricht auch die Tatsache, dass die Menschen nicht alle gleichmäßig alt werden. Ein 70 jähriger Mensch kann z.B. gesünder sein, als ein durchschnittlicher 50 jähriger und hätte deswegen das biologische Alter von 50, während sein chronologisches Alter 70 Jahre betragen würde. Das Messen des biologischen Alters bringt aber viele Schwierigkeiten mit sich und liegt letztlich immer im Ermessen des jeweiligen Arztes, was Ungerechtigkeiten und fehlende Planungssicherheit für die Betroffenen zur Folge hätte. Außerdem könnte eine solche Entscheidung einem Arzt gar nicht zugemutet werden, weil er in diesem Fall darüber entscheiden müsste, ab wann ein Menschenleben der Gesellschaft so stark zur Last fällt, dass es von dieser nicht mehr erhalten werden sollte. Ähnlich prekär wäre auch eine Entscheidung auf der Grundlage des viel benutzten Schadensargumentes,

² vgl. Leist, Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung, S. 171 f

welches abstrakt ausgedrückt besagt, dass Jüngere mit ihrem Tod einen größeren Schaden erleiden als Ältere, weil sie noch ein längeres und besseres Leben vor sich hätten. Hier wird nämlich mit Hilfe von so genannten QALYs (quality adjusted life years) versucht die Qualität von Leben zu bestimmen und nur denjenigen mit der höheren Lebensqualität überleben zu lassen. Selbst wenn zwei Menschen noch genauso lange zu leben haben, wird trotzdem der Jüngere von ihnen bevorzugt, weil angenommen wird, dass er in diesen Jahren mehr Lebensqualität als der Ältere hat. Dieser Betrachtungsweise liegt die Vorstellung zu Grunde, dass es bestimmte lebensinhärente Kriterien gibt, an denen man ablesen kann, wann ein Leben abgeschlossen und nicht mehr lebenswert ist. Diese beruhen alle auf dem menschlichen Alterungsprozess, der der Erreichung unserer Ziele mit zunehmendem Alter immer mehr Grenzen auferlegt. Manchmal kommt ein Leben tatsächlich an den Punkt, an dem es nicht mehr sinnvoll ist, weil wegen des körperlichen Verfallsprozesses keine sinnvollen Projekte mehr möglich sind. Dies ist aber ein natürlicher Prozess, dem keine normative Qualität zukommt. Selbst wenn ein monotoner Alltag ohne Projekte schlechter ist, als ein Leben in dem ständig neue Projekte begonnen und abgeschlossen werden, ist dies kein hinreichender Grund, solch ein Leben, als nicht mehr lebenswert oder sinnlos zu erklären. Auch jüngere Menschen, wie z.B. Alkoholiker, Depressive usw., haben oft einen monotonen, routinierten Alltag und keine „sinnvollen“ Projekte mehr, die sie verwirklichen wollen oder können. Deswegen kann man ihr Leben aber nicht sinnlos nennen und für seine Verlängerung nicht mehr aufkommen wollen. Anton Leist gebraucht das abschreckende Bild einer Behörde für Lebenssinnprüfung³, die als staatliche Institution darüber wacht, wessen Leben noch sinnvoll und es wert ist, von der Gesellschaft erhalten zu werden. Die Vorstellung irgendjemand oder gar eine Behörde könnte unser Leben nach eigenen Maßstäben beurteilen und seine Dauer danach festsetzen, ist wohl jedem zu wider. Noch erschreckender erscheint in diesem Kontext das Argument, „eine sich auf das Lebensalter beziehende Rationierung sei deshalb gerechtfertigt, weil sie das langfristige gesellschaftliche Wohl befördere.“⁴ Eine Gesellschaft in der Menschen Leistungen nur danach erhalten, wie hoch ihr Nutzen für die Gesellschaft ist, ist genauso wenig wünschenswert, wie eine, die unwertes Leben kennt. Außerdem kann das Wohl einer Gesellschaft ohne alte Menschen durchaus niedriger sein,

³ vgl. Leist, Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung, S. 163

⁴ Breyer/Schultheiss, »Alter« als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen, S. 145

als mit alten Menschen, weil diese das Wohl auf eine andere, nicht sofort messbare Weise fördern. Sie geben ihre viel reichere Lebenserfahrung an die nächsten Generationen weiter, die von ihr auf vielfältige Weise profitieren können; vielleicht mehr, als sie es von dem Geld könnten, das sich durch die Abwesenheit von alten Menschen einsparen ließe. Ein kantischer Einwand gegen diese Art von Benachteiligung alter Menschen besteht darin, dass sie so nur als Mittel für die Zwecke anderer missbraucht werden und selbst – im Unterschied zu normalen Steuerzahlern – keinerlei Zweck darstellen. Auch das Argument, es sei nicht gerecht, dass die Jüngeren zugunsten der Älteren auf lebensnotwendige Gesundheitsleistungen verzichten müssen, weil die Älteren bereits von Transfers durch frühere Generationen profitiert haben und deshalb nun für das Wohl der Jüngeren sorgen müssen, ändert daran nichts. Schließlich haben frühere Generationen nicht freiwillig ihr Leben beendet, damit die jetzt Älteren davon profitieren konnten. Warum sollten gerade die Menschen, die jetzt alt sind, den Verzicht auf lebensnotwendige medizinische Behandlung zugunsten der jüngeren Generationen genauso hoch einschätzen, wie die Leistungen, die sie von früheren Generationen erhalten haben? Die wenigsten Menschen sind bereit für Ideale zu sterben und das Ideal dem Staat Gelder zu sparen, damit er sie für Jüngere einsetzen kann, ist zu abstrus, als das jemand freiwillig dafür sterben würde. Obwohl gezeigt wurde, dass das Lebensalter im Bereich der sekundären Rationierung durchaus ein brauchbares Kriterium unter vielen sein kann, wurde genauso gezeigt, wie wenig sich das Lebensalter als ein Kriterium für den Bereich der primären Rationierung eignet. Hat eine Gesellschaft die Chance Menschenleben zu retten, sollte sie immer versuchen diese zu nutzen, auch wenn sie dadurch stark belastet wird. Sollte es dennoch Sachzwänge wirklich geben, die eine Rationierung von Gesundheitsleistungen unausweichlich werden lassen, müssen andere und besser geeignete Kriterien als das Lebensalter gefunden werden, nach denen rationiert werden kann.

Literaturverzeichnis

Breyer, Friedrich/Schultheiss, Carlo: »Alter« als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse, in: *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, hg. v. Thomas Gutman und Volker H. Schmidt, Weilerswist 2002, S. 121 – S. 153.

Leist, Anton: *Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung*, in: *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, hg. v. Thomas Gutman und Volker H. Schmidt, Weilerswist 2002, S. 155 – S. 177.

Statistisches Bundesamt, Krankheitskosten 2002 – Presseexemplar, Juli 2004,
http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2004/krankheitskosten_2002i.pdf