

## Priorisierung im Gesundheitswesen - moraltheologisch geboten?

Kerstin Schlägl-Flierl

### Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Schlägl-Flierl, Kerstin. 2024. "Priorisierung im Gesundheitswesen - moraltheologisch geboten?" In *Ärztetag 2023: gerechte Gesundheit? - Priorisierung als (Krisen-)Instrument in der Medizin, 21.06.2024, Paderborn, 23–31.* Paderborn: Erzbistum Paderborn.  
<https://www.erzbistum-paderborn.de/news/gerechte-gesundheit-priorisierung-in-der-medizin/>.

### Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

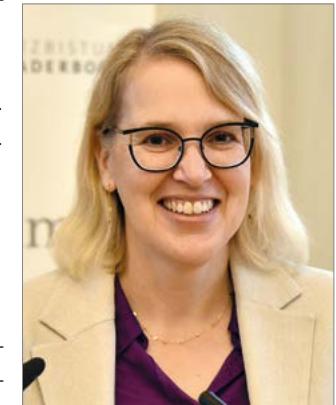


# Prof.in Dr. Kerstin Schlögl-Flierl

## Priorisierung im Gesundheitswesen – moraltheologisch geboten?

Die Güter und Ressourcen dieser Erde sind begrenzt. Vor allen in den Bereichen, wo es um die Gesundheit geht, also um ein Grundgut für den Menschen und sein Überleben, würde man sich eine unbegrenzte Verfügbarkeit wünschen. Aber auch hier sind die Güter begrenzt, da der Bereich Gesundheit mit anderen wie Bildung usw. um das an sich limitierte Budget konkurriert.

Umso wichtiger ist es, eine Priorisierung (Vorzug geben) in dieser Ressourcenknappheit vorzunehmen. Aber nach welchen Kriterien soll priorisiert, diesem oder jenem der Vorzug gegeben werden? Nach einem ersten medizinischen und einem gesundheitsökonomischen Blick auf das Thema der Priorisierung soll in diesem Beitrag eine theologisch-ethische bzw. moraltheologische Perspektive vorgestellt werden. Um die nicht zu verschweigende Schwierigkeit auf den Punkt zu bringen, werfe ich die These von einer moraltheologischen Gebotenheit einer Priorisierung auf.



Hierbei ist nicht an einer Begriffsdefinition (Punkt 1) vorbeizukommen. In einem zweiten Schritt soll die grundlegende Herangehensweise reflektiert werden (Punkt 2). Um in einer theologischen Arbeit auch aus den Vorgaben des kirchlichen Lehramtes Einsichten zu gewinnen, wird ein Blick auf Dokumente solcher Provenienz geworfen (Punkt 3). Für eine theologische Ethikerin ist es dann angezeigt, sich aus einer eigenen Positionierung heraus dem Thema zu nähern. Dies geschieht im Sinne der Habilitationsschrift des Kollegen Alexis

Fritz aus der Perspektive der Bedürfnisorientierung heraus (Punkt 4). Die Triage als illustrierendes Beispiel in Punkt 5 soll noch einmal den Blick schärfen für die Komplexität einer Priorisierung. Lernen lässt sich dabei, dass hinter einer formal ausgerichteten Priorisierung eine oder mehrere Wertentscheidungen inhaltlicher Natur stehen.

## 1. BEGRIFFSDEFINITIONEN

Sich in diesem Feld Überblick zu verschaffen angesichts nicht immer einfacher Begrifflichkeiten und deren Verwendung, kann nur gelingen, wenn präzise zwischen Priorisierung und deren verschiedene Arten wie auch Rationierung unterschieden wird. Dies in herausragender Weise geleistet hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer in ihrem Papier zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom September 2007.

„Die ZEKO versteht unter Priorisierung die ausdrückliche Festlegung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen.“ Es geht um eine kriterial festgelegte Vorrangigkeit, welche in vertikaler Hinsicht als auch in horizontaler erfolgen kann. Vertikal läuft es innerhalb eines abgegrenzten Versorgungsbereichs (z.B. Herzkrankheiten und ihre Versorgung) ab, wohingegen – horizontal betrachtet – unterschiedliche Krankheits- und Krankengruppen wie Versorgungsziele priorisiert werden.

Oft wird Priorisierung mit Rationierung verwechselt bzw. begegnet umgekehrt Rationierung unter dem Deckmantel der Priorisierung. Rationierung ist dabei laut ZEKO zu verstehen als das (temporäre oder dauerhafte) Verweigern von eigentlich medizinisch notwendigen oder mindestens nützlichen Versorgungsleistungen aus Knappheitsgründen. Priorisierung als solche führt nicht zwangsläufig zur Rationierung.

Noch eine dritte Form sei erwähnt, die Rationalisierung, das heißt die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Damit ist zum einen die Verbesserung des bisherigen Ergebnisses mit einer gegebenen Ressourcenmenge gemeint (Maximalprinzip) oder auch bei geringerem Ressourceneinsatz ein definiertes Ergebnis zu erreichen (Minimalprinzip). Es geht bei einer Priorisierung vor allem darum, der Gerechtigkeit als entscheidungsleitendem Prinzip zu entsprechen. Deswegen wird schon bei der Auswahl der Kriterien auf Gerechtigkeit geachtet. Formale Kriterien, die diesem Gerechtigkeitsanspruch genügen, sind Transparenz, ausreichende Begründung, möglichst Evidenzbasierung, Konsistenz, Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten, wirksamer Rechtsschutz und Regulierung.

Dazu gibt es noch weitere Unterscheidungen, die wichtig sind, wie harte und weiche Rationierung. Bei ersterer ist kein Zukauf von Leistungen erlaubt (vgl. Verbot des Organhandels), bei zweiterer ist der Zukauf medizinischer Leistungen grundsätzlich möglich. Wenn Rationierungskriterien genannt und die Entscheidungen dann auch mitgeteilt werden, handelt es sich um eine offene Rationierung. Verdeckt wäre sie, wenn ärztliche Leistungsbeschränkungen erfolgen und Budgetlimitierungen zwar vorhanden sind, aber nicht an das medizinische Personal sowie die Öffentlichkeit (und damit an die Patientinnen und Patienten) kommuniziert werden.

Aus diesen Differenzierungen bei der Rationierung könnten dann auch Vorschriften für die Priorisierung gezogen werden. Sie sollte z.B. offen und weich erfolgen. Vor allem interessieren die inhaltlichen Kriterien, die im Bereich der Gesundheitsversorgung im besten Fall medizinische sind. Als Erstes wird meist medizinische Dringlichkeit genannt. Ein weiteres Kriterium ist jenes der Kosteneffektivität. Was nun genau wie und nach welchen Kriterien priorisiert wird, ist Gegenstand der Betrachtung grundlegender Herangehensweisen zum Thema.

## 2. GRUNDLEGENDE HERANGEHENSWEISE UND NORMATIVE PFLÖCKE

„Sollen Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention einen Vorrang gegenüber sehr teuren Behandlungsmaßnahmen für einzelne Patienten genießen? Oder sollen vorgeburtliche Vorsorgemaßnahmen gegenüber sogenannter High-Tech-Medizin am Lebensende vorgezogen werden? [...] Welche von den nützlichen Maßnahmen, die uns die moderne Medizin einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stellt, sollen solidarisch, das heißt durch die GKV finanziert werden?“ Mit diesem Zitat von Georg Marckmann wird illustriert, welche (inhaltlichen) Richtungsentscheidungen mit einer (formalen) Priorisierung verbunden sind. Ist Vorsorge wichtiger als akute Behandlung, sollen vielen oder nur wenigen die Leistungen ermöglicht werden? Was davon wird Standard, also Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung? Was bleibt oder wird eine individuell zu zahlende Gesundheitsleistung, die nicht vom Solidaritätsfonds abgedeckt ist?

Geht man hier in die Tiefe, erkennt man, dass sich hinter der Prozedur einer Priorisierung zwar keine Abwertung oder Verweigerung im strengen Sinn, also Rationierung, verbirgt, aber auf jeden Fall sind es Wertentscheidungen. Fragen der Gerechtigkeit verbinden sich hier mit Fragen des guten Lebens. Welche Vorstellungen des guten Lebens herrschen vor? Was ist medizinisch notwendig? Soll eher in Prävention investiert werden? Oder mehr in neue Krebstherapien? Oder in andere Heilmethoden?

Weitestgehender Konsens ist dabei, dass der Schweregrad einer Krankheit die Dringlichkeit bedingt und also eine gewisse Priorisierung nach sich zieht. Ebenso steht die Effektivität einer Maßnahme für das Wohl der Patientinnen und Patienten im Fokus einer Priorisierung. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive wird dazu die Frage der Kosten genannt.

Aber es kommen auch evaluative Entscheidungskriterien hinzu, die sich beispielsweise auf die Menschenwürde beziehen. Daraus wird ein Verbot der Altersrationierung abgeleitet. Bedarfs-, Solidaritäts- und Verantwortungsfragen ergeben sich ebenso. Welche Bedarfe haben welche Berechtigung, wenn

z.B. wenig Verantwortung für die gesundheitliche Vorsorge übernommen wurde? Will unser Gesundheitssystem allen helfen ohne Ansehen eigener individueller oder auch familiärer Hintergründe?

Der Deutsche Ethikrat hat sich hierzu grundlegend geäußert: Die Prinzipien der Menschenwürde und Grundrechte erfordern durch Rechte gesicherten Zugang jeder Bürgerin und jedes Bürgers zu angemessener Gesundheitsversorgung. Diese Rechte dürfen nicht hinter etwaige Erwägungen zur Steigerung des kollektiven Nutzens zurückgestellt werden. Ein errechneter und sozioökonomischer Wert von Individuen oder Gruppen darf nicht Grundlage von Verteilungsentscheidungen sein.

Zwischen den Interessen aller und dem oft dringenden oder auch schon lange bekannten Interessen der Einzelnen besteht aber nicht selten ein Spannungsverhältnis. Warum ist diese oder jene Leistung selbst zu bezahlen und wird nicht von der Krankenkasse übernommen? Wie ist diese Priorisierung, die schlussendlich in eine Rationierung für den Einzelnen mündet, zu begründen? Hier geht es also vor allem um die Offenlegung von Gründen, wie es auch Weyma Lübbe in ihrem Sondervotum zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrates dargelegt hat: „Wenn man solche Leistungsbeschränkungen öffentlich vertritt, ist es nicht nur ‚politisch‘, sondern auch in der Sache nicht korrekt zu sagen, die Leistungen seien aus gesellschaftlicher Sicht ihren Preis ‚nicht wert‘. Man muss vielmehr plausibel machen, dass es angesichts der knappen Mittel ungerecht wäre, den Versicherten einen Anspruch auf diese Leistungen zuzugestehen.“ Es soll also die Gerechtigkeitsfrage bei der Begründung im Vordergrund stehen und als solche verständlich gemacht werden.

Bestehen bleibt aber trotzdem der Konflikt zwischen individuellen Interessen und Plänen und kollektiven und strukturellen Interessen. „Das paternalistische Element einer Priorisierung begründet sich aus einer Verantwortung für das Wohl aller Schutzbefohlenen.“ Priorisierung geschieht nicht in einem Versorgungsvakuum, sondern unterschiedlichste Interessen und Versorgungswirklichkeiten müssen abgewogen werden. Leitend ist dabei die Kategorie des

Versorgungsbedarfs (needs), die zu unterscheiden ist von der Nachfrage, der aktuellen Versorgung und dem Angebot. Ebenso zu berücksichtigen ist die Wirksamkeit einer Maßnahme.

### 3. UNIVERSALKIRCHLICHE AUSSAGEN DER KATHOLISCHEN KIRCHE

Weil wertende Kriterien stets mithineinkommen, stellt sich die Frage nach den Werten und Prinzipien, die hinter solchen Entscheidungen stehen. Dies lässt in einer theologischen Betrachtung die Frage nach den diesbezüglichen Leitvorstellungen von Seiten der Katholischen Kirche aufkommen.

In Samaritanus bonus, einem Schreiben der Glaubenskongregation, wird die Sorge um Gesundheit als Ausdruck der Achtung der Würde des Menschen betrachtet. Aber die Frage nach der Priorisierung kommt als strukturell inhaltlich zu stellende Frage nicht vor, sondern vielmehr Prioritätensetzung im Umgang mit den vielfältigen Herausforderungen: „Die psychologische und spirituelle Betreuung des Patienten während des ganzen Krankheitsverlaufs muss für pastorale Mitarbeiter und Gesundheitspersonal eine Priorität sein, und sie müssen darauf achten, den Patienten und seine Familie in den Mittelpunkt zu stellen.“ (Nr. 12) Da es im genannten Schreiben vor allem um die Palliativversorgung geht, wird eine christliche Akzentsetzung angestrebt: z.B. eine spirituelle Betreuung als wesentlicher Bestandteil (vgl. Nr. 12). Die fortschreitende Entwicklung biomedizinischer Technologien stimmt hoffnungsfroh, so dass auch die Katholische Kirche darin positives Potential sieht, das jedoch dem integralen Wohl des Lebens und der Würde jedes Menschen dienen soll.

Nicht zur Priorisierung, sondern dezidiert zum Thema der Rationierung hat sich die Deutsche Bischofskonferenz geäußert. Die deutschen Bischöfe schreiben: Um die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems zu gewährleisten, ist außerdem eine Diskussion über den Leistungsumfang innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung angezeigt. Hierbei heranzuziehende Kriterien zur Leistungsbestimmung sind: Individuelle Tragbarkeit, Beeinflussbarkeit des Risikos, Konsumnähe und Wirksamkeit. Dies bezieht sich aber sehr konkret auf die Leistungsbemessung der Versorgung.

Der bereits genannte Kollege Alexis Fritz hat das Feld dieser Prioritätensetzungen untersucht und für den theologischen Bereich folgende Wertsetzungen destilliert: Leben in Würde und die Unverfügbarkeit des Lebens, ganzheitliche Sicht auf die Person und ihre Gesundheit, die Funktion des Schmerzes und schmerzstillender Mittel und das Sterben als Leben bis zum natürlichen Ende. Besonders hervorzuheben ist in der theologischen und lehramtlichen Auseinandersetzung die Bedürfnisorientierung bei der Priorisierung, auf die nun in einem eigenen Punkt gesondert eingegangen werden soll.

### 4. BEDÜRFNISORIENTIERUNG

In vielen europäischen Ländern (Norwegen, Schweden, den Niederlanden, Finnland, Dänemark und England) wurden bereits Verfahren und Kriterien zur Prioritätensetzung in der medizinischen Gesundheitsversorgung entwickelt. Vor allem die öffentliche Diskussion zu den Kriterien der Priorisierung war und ist bedeutend. Dabei hat der Bedürfnisbegriff eine sehr große Rolle gespielt.

Alexis Fritz hat diese große Rolle auch für die theologisch-ethische Reflexion konstatiert: zur Lösung der Verteilungsproblematik in der Gesundheitsversorgung wird er ebenso als zentral angesehen. Aber es sind konzeptionelle und semantische Unsicherheiten damit verbunden: „Dessen Bezeichnung kann – auch innerhalb eines Aufsatzes – zwischen Bedürfnis, Bedürftigkeit und Bedarf wechseln.“

Was ist also genau damit gemeint? Und warum wird die Bedürfnisorientierung so oft nach vorne gebracht? „Die Attraktivität der Bedürfniskategorie beruht im Wesentlichen auf ihrer Funktion als Brückenbegriff. Der Begriff umgrenzt einen Ort, an dem alltägliche Erfahrungen, empirische Erkenntnisse und eine ethische Reflexion gleichermaßen anknüpfen können.“ Der Begriff ist also lebensweltlich verankert. Es kann sehr schnell damit an alltägliche Erfahrungen angeknüpft werden, aber ebenso mit ihm empirische Ergebnisse eingeholt werden. In Normalzeiten erscheint eine solche Bedürfnisorientierung deshalb sehr plausibel.

## 5. TRIAGE

Besonders strittig waren Fragen der Priorisierung und vielmehr Rationierung in Zeiten der Corona-Pandemie. Die Triage stellt hier ein Verfahren der Schadensbegrenzung dar. Die Lage hatte sich zugespielt und ein ‚Volllaufen‘ der Intensivstationen in Deutschland wurde befürchtet. Es stellte sich große Verunsicherung ein, denn eine öffentliche Diskussion über Priorisierung hat in Deutschland zuvor kaum stattgefunden und angesichts der unsicheren Situation in der Corona-Pandemie ging es sogleich um Rationierung in einer Ausnahmesituation.

Die Vereinigung der Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner hatte in ihren Leitlinien sowohl den Schweregrad der Erkrankung, aber zusätzlich auch die klinische Erfolgsaussicht herausgestellt. Dies hat eine Veränderung der Kriteriologie bedeutet: von der Dringlichkeit zur Erfolgsaussicht.

In einem Forum Bioethik des Deutschen Ethikrates wurde noch in der laufenden Pandemie über die Kriterien diskutiert. „Die Kriteriologie in der Ethik der Triage hat also primär das Ziel, Hilfe möglichst auf diejenigen zu konzentrieren, bei denen die Hilfe am besten hilft.“ stellte der Ethiker Christoph Rehmann-Sutter fest.

Vom Leiter der Notaufnahme des Universitätsklinikums Augsburg, Markus Wehler, kamen grundlegende normative Feststellungen: „Es gehe dabei nicht um die Frage, welches Leben mehr wert sein, sondern wie die vorhandenen Ressourcen bestmöglich eingesetzt werden können. Das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht habe dabei zu Irritationen geführt, da darunter schnell die Frage nach dem Biologischen Alter, dem Geschlecht, einer chronischen Krankheit oder auch einer Behinderung versteckt mit hineinkommen könnte.“

Für Wehler ist diese klinische Erfolgsaussicht als medizinisches Kriterium zu verstehen, das die Überlebenswahrscheinlichkeit hilft einzuschätzen (mit Hilfe der aktuellen Erkrankung und möglichen Komorbiditäten). Damit sind keine Werturteile über die Betroffenen verbunden, sondern eine Bewertung von

Behandlungschancen steht im Vordergrund. Ziel sollte dabei sein, möglichst viele Menschenleben zu retten und die Todesfälle zu reduzieren.

### Schluss: Priorisierung als moraltheologisch geboten?!

Nach allen medizinischen und theologischen Befunden soll nun abschließend ein moraltheologischer Blick auf die Priorisierung geworfen werden. Moraltheologisch gefordert ist auf jeden Fall ein öffentlicher Partizipationsprozess und eine gesellschaftliche Aufklärung zu diesem Thema. Es sollte keine verdeckte Priorisierung geben, die aber schon durch zwei unterschiedliche Versicherungsmodelle (Private und Gesetzliche Krankenversicherung) de facto existiert. Unbedingt eingehalten werden muss die Beachtung des Prinzips der Menschenwürde: d.h. alles, was eine Diskriminierung bedeutet, muss an Priorisierung unterlassen werden. Wenn die Ressourcen begrenzt sind, ist es moraltheologisch geboten, auch diese Knappheit anzugehen. Aber die dafür herangezogenen Kriterien dürfen keinesfalls Rassismus, Klassismus usw. Vorschub leisten. Soweit es möglich ist, sollen es rein medizinische Kriterien sein, die in ihren Wirkungen und Folgen keine Diskriminierung nach sich ziehen.

Dieses Festhalten an medizinischen Kriterien soll aber nicht den Eindruck erwecken, es seien damit keine evaluativen Entscheidungen verbunden, sondern es muss klar und offen dargelegt werden, welches Menschenbild mit welchen Kriterien nach vorne gebracht wird. Geht es eher um die Optimierung des Menschen, sei es selbst gewollt oder fremd induziert, werden andere Maßstäbe angelegt, als wenn ohne Ansehen der Person jedem und jeder die angemessene Behandlung zur Verfügung gestellt wird. Hierüber müsste gesellschaftlich Rechnung abgelegt werden. Vor allem sollte darauf geachtet werden, dass vulnerable Gruppen, etwa Menschen mit chronischen Erkrankungen, nicht benachteiligt werden.

### LITERATUR:

Fritz, Alexis: *Der Anspruch der Bedürfnisse. Gerechte Prioritätensetzung im Gesundheitswesen (Studien zur theologischen Ethik, Bd. 149)*, 2017.