

Rationalisierung und Rationierung

Zum aktuellen Problemhorizont Klinischer Ethik-Komitees

von Friedrich Ley*

ABSTRACT

Die gegenwärtigen Bestrebungen, durch verstärkte Rationalisierungsmaßnahmen im Gesundheitssystem eine deutliche Reduzierung der Kosten zu erzielen, lassen die Frage einer möglichen Rationierung medizinischer Leistungen in den Vordergrund treten. Der vorliegende Artikel sucht die strukturelle Differenz und das systematische Bedingungsverhältnis zwischen dem Rationalisierungs- und dem Rationierungsbegriff zu bestimmen, um auf diese Weise die verbreitete moralische Übersteuerung des Diskurses in eine differenziertere Betrachtung zu überführen. Unter Bezugnahme auf erste empirische Ergebnisse eines laufenden Projekts der Deutschen Forschungsgemeinschaft, an dem der Verfasser selbst mitarbeitet, wird abschließend die Bedeutung so genannter „Klinischer Ethik-Komitees“ für die Bearbeitung dieses Problemzusammenhangs beschrieben.

Schlüsselworte: Klinische Ethik-Komitees, Rationalisierung, Allokation, Rationierung

The current attempts to achieve a noticeable reduction of costs by means of an intensified rationalisation in the health care system provoke the question whether medical services might possibly have to be rationed. The article on hand aims at defining the structural difference and the systematic relation between the concept of rationalisation and the concept of rationing in order to replace the moralistic tendency of this discussion with a more nuanced consideration. Referring to initial empirical results of an ongoing research project, which the author is involved in, and which is funded by the German Research Foundation, the article concludes by describing the importance of so-called Clinical Ethical Committees for the treatment of the complex relationship between these two concepts.

Keywords: Clinical Ethical Committees, rationalisation, allocation, rationing

■ 1. Einleitung

Die modernen Funktionssysteme der Gesellschaft, unter denen das medizinische zu den wohl progressivsten zu rechnen ist, stehen unter dem Einfluss einer fortschreitenden Ausdifferenzierung ihrer Teildisziplinen. Auf nahezu allen Ebenen vollziehen sich umfassende Transformationsprozesse, deren im Wesentlichen übereinstimmende Prozesslogik die Soziologie gemeinhin unter dem Begriff der Rationalisierung behandelt. Die Herauskristallisierung einander wechselseitig limitierender und gegenseitig intensivierender „Eingengesetzlichkeiten“ (Max Weber) produziert einen Bedarf an Systeminteraktionen, deren organisatorische Realisierungsbedingungen sich zusehends verkomplizieren. Im Gesundheitssektor führt diese Entwicklung derzeit zu einer problematischen Zuspitzung, die besonders in dem spannungsreichen Verhältnis von Medizin

und Ökonomie ihren Ausdruck findet. Während die finanziellen Ressourcen, die dem medizinischen System zur Verfügung stehen, einer strikten Begrenzung unterliegen, steigt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen weiter an. Infolge der medizinischen Innovation und der Entwicklung der Altersstruktur entsteht eine Asymmetrie von Beitrags- und Behandlungsleistungen, deren Kompensation sich zunehmend schwieriger gestaltet. Öffentliche Sichtbarkeit erlangen hieraus resultierende Konfliktkonstellationen vor allem dadurch, dass sie in verstärktem Maße als ethische identifiziert und zum Thema gemacht werden.

■ 2. Zum Stand der Diskussion in Deutschland

International betrachtet hat die Debatte um Rationalisierung und Rationierung eine teils mehr als zehnjährige Geschichte. So fand

*Dipl.-Theol. Friedrich Ley
Georg-August-Universität Göttingen, Theologische Fakultät

Platz der Göttinger Sieben 2, Göttingen · Tel.: (0551) 39 20 18 · Fax:
(0551) 39 14 210 · E-Mail: friedrich.ley@theologie.uni-goettingen.de

bereits 1996 in Stockholm die erste internationale Konferenz zu Prioritäten in der Gesundheitsversorgung statt, allerdings mit nur geringer deutscher Beteiligung. Seit etwa einem Jahr sorgt die Debatte über eine mögliche Rationierung medizinischer Leistungen auch hier für öffentliches Aufsehen. Nach geradezu turbulentem Beginn im Sommer 2003 und einer anschließenden Diskursberuhigung scheint die Kontroverse in den letzten Monaten erneut an Dynamik zu gewinnen. Dies dürfte zum einen mit der aktuellen Diskussion über die Umsetzung der Gesundheitsreform, zum anderen mit der bundesweiten Einführung des Fallpauschalensystems in den Krankenhäusern zusammenhängen. Während die Gesundheitsreform vor allem als eine Anpassungsreaktion auf das zuletzt rückläufige Beitragsaufkommen und die gestiegenen Behandlungskosten zu sehen ist, stellt sich die Einführung von Abrechnungspauschalen als eine gesundheitsökonomische Konsequenz gegenwärtiger Rationalisierungsprozesse dar. Die Rationierungsdebatte wiederum bietet einen Vorausblick auf mittelbar bevorstehende Umstrukturierungsmaßnahmen im deutschen Gesundheitssystem. Aufseiten der Versicherten schlägt sich dies in erkennbarer Verunsicherung nieder, aufseiten der Experten dagegen kommt es zu verstärkten Grundsatzüberlegungen, welche die bestehenden Unsicherheiten zusätzlich forcieren – zumal die diskutierten Ansätze nicht selten in direktem Gegensatz zueinander stehen. Die Gesamtlage gestaltet sich kontrovers bis diffus, dramatische Überzeichnungen und düstere Zukunftsprognosen haben Konjunktur.

Nachdem Anfang Juni 2003 im ARD-Magazin „Report Mainz“ ein Beitrag mit dem Titel „Keine Medizin für Alte? – Provokante Vorschläge zur Gesundheitsreform“ gesendet wurde, rückte das Schlagwort der „Rationierung“ in den Mittelpunkt einer hitzig geführten Debatte. Gegen die Professoren Friedrich Breyer und Joachim Wiemeyer, die in dem Bericht die Überlegung ausgesprochen hatten, dass Menschen über 75 Jahre in Zukunft nicht mehr sämtliche medizinische Leistungen über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert bekommen sollten, wurde in mehreren Fällen sogar Strafanzeige erstattet. Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, sprach mit Blick auf die Äußerungen Breyers und Wiemeyers von einer „Euthanasie unter anderen Vorzeichen“, der Vorsitzende des Marburger Bundes, Frank-Ulrich Montgomery, erklärte, die Forderung sei „an Menschenverachtung kaum zu überbieten“ (AFP, 02.06.03). Während das Bundesgesundheitsministerium die ihm unterstellten Sympathien für derartige Vorschläge umgehend dementierte, ging die Diskussion über die Rationierungsfrage mit ungemildeter moralischer Verve weiter. Ärztevertreter betonten, eine Altersbegrenzung von medizinischen Leistungen sei mit dem ärztlichen Berufsethos nicht zu vereinbaren, so beispielsweise Leonhard Hansen, Vizevorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): „Die Vorschläge von Friedrich Breyer lehnen wir kategorisch ab. Sie

sind unethisch, widersprechen dem Geist der solidarischen Krankenversicherung und dem Selbstverständnis der deutschen Ärzteschaft“ (news aktuell, 02.06.03).

Darüber hinaus hat es eine Vielzahl weiterer Stellungnahmen zum Thema gegeben (bmgs 2003). Die meisten von ihnen entbehren jedoch einer hinreichenden Trennung von Sachverhaltsbeschreibung und moralischer Wertung. Oftmals wird die sachliche Argumentation von moralisierenden Einträgen regelrecht überdeckt. Jede Form der Rationierung, ja selbst das öffentliche Nachdenken über die Möglichkeit derselben, wird als unbedingt verwerflich zurückgewiesen. Eine in sich breit gefächerte Opposition formiert sich unter dem Vorzeichen des Ethischen. In der Tat ist bemerkenswert, wie viele Personen und Institutionenvertreter sich mit ethischen Beurteilungen zu Wort melden. Die angedachten Maßnahmen, heißt es zumeist, seien „aus ethischen Gründen nicht vertretbar“ (Die Welt, 04.06.2003). Der Ethik kann sich offenkundig jede der zur Debatte stehenden Positionen bedienen, wenn es darum geht, ihrem jeweiligen Standpunkt Ausdruck und Gewicht zu verleihen. Insbesondere die Zurückweisung ökonomisch begründeter Erwägungen erfolgt mit den Stilmitteln moralisch-ethischer Diskurse. Umgekehrt wiederum werden auch die ökonomischen Argumente von den Vertretern unterschiedlichster ethischer Positionen benutzt.

Insgesamt zeigt sich die Debatte in vielen Punkten moralisch überfrachtet. Dies hat zwar die öffentliche Meinungsbildung zur Frage der Rationierung außerordentlich befördert, dient jedoch nicht ohne weiteres ihrer konstruktiven Bearbeitung. Der Verzicht auf erforderliche Differenzierungen und die Herstellung vor-schneller Eindeutigkeiten verstellen einem sachlich geführten Diskurs mitunter den Blick. So ist der Streit um die Einführung einer Altersgrenze mit Bezug auf die Zuteilung bestimmter medizinischer Leistungen nicht einfach identisch mit der Frage nach der Rationierung als solcher. Einmal kann gestritten werden über die Höhe der Altersgrenze, zum anderen über die Zweckmäßigkeit einer Altersgrenzziehung überhaupt. Vertreter der letzteren Position verweisen darauf, dass die meisten Kosten im Gesundheitssystem in den sechs Monaten vor dem Tod eines Versicherungsnehmers entstehen, weshalb das Alter der Patienten kein überzeugendes Kriterium darstelle. Auf der anderen Seite müssen die prinzipiellen Befürworter von Rationierungsmaßnahmen nicht unbedingt Verfechter einer Regulierung medizinischer Leistungen über das Kriterium der Altersgrenze sein. Weiterhin gibt es höchst unterschiedliche Standpunkte dahingehend, ob man die Rationierung als letztlich unvermeidlich betrachtet oder als an sich gerechtfertigt beurteilt. Während das allgemeine moralische Bewusstsein sich zunehmend mit der ersteren Alternative konfrontiert sieht, begegnet der zuletzt genannte Standpunkt bisher vornehmlich in der theoretischen Auseinandersetzung unter

Ökonomen, Ethikern, Theologen, Medizinern und Sozialwissenschaftlern.

Neben der Überlegung, in absehbarer Zeit eine Rationierung bestimmter medizinischer Leistungen einzuführen, konzentriert sich die Diskussion vor allem auf die Frage, ob es nicht bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt unausgewiesene Formen der Rationierung im deutschen Gesundheitswesen gibt. Rationierung sei längst Realität, sagen die einen, während andere der Überzeugung Ausdruck verleihen, derartigen Praktiken fehle in einem sozialstaatlich fundierten Gesundheitssystem rechtlich wie strukturell jede Basis. Einen Anhaltspunkt für eine opake Form der Rationierung sehen die Kritiker in den von Ärzten getroffenen Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen und in der Ersetzung teurerer Medikamente durch weniger leistungsstarke billigere Präparate.

Sehr viel eher jedoch drohen aus der grundsätzlichen Budgetierung des Finanzvolumens medizinischer Einrichtungen Probleme zu erwachsen, deren Lösungsmechanismen strukturell in Deckung mit dem Rationierungsbegriff zu bringen sind. Insbesondere dann, wenn gegen Ende eines Haushaltsjahres – oder früher – die zugewiesenen finanziellen Mittel verplant sind, geht die prinzipielle Ressourcenbeschränkung in akute Rationierung über. Ein Teil der medizinischen Maßnahmen wird in das nächste Kalenderjahr verschoben und es liegt bei den Ärzten und Geschäftsführern medizinischer Organisationen, welche Leistungen dies sein sollen und welche Personengruppen von diesen Umterminierungsmaßnahmen betroffen sind. Die Tendenz der Rationalisierung führt somit in ihren realpragmatischen Konsequenzen unmittelbar auf das Problem der Rationierung.

■ 3. Notwendigkeit ethischer Reflexion

Voraussetzung einer näheren Analyse ist eine hinreichende Abgrenzung beider Begriffe. Während unter Rationalisierung ein Vorgang der Prozessoptimierung zu verstehen ist, im Verlaufe dessen die vorhandenen Ressourcen so effizient und leistungsorientiert wie möglich eingesetzt werden, steht der Begriff der Rationierung für die kriterienbasierte Zuteilung bestimmter Leistungen mit dem Zweck, die vorhandenen Ressourcen entsprechend einem zuvor festgestellten Bedarf zielbestimmt zu portionieren.

In einer ersten Annäherung lässt sich die Frage nach dem Verhältnis von Rationalisierung und Rationierung als korrespondierendes Stufungsverhältnis bestimmen. Rationalisierungs- und Rationierungsprozesse im Gesundheitswesen sind infolge ihres gemeinsamen Bedingungsgrundes, der in den Notwendigkeiten der Kostenreduzierung und Leistungsmaximierung zu se-

hen ist, konstitutiv miteinander verknüpft. Wo die Möglichkeiten der Rationalisierung den gegebenen Einsparungsbedarf nicht decken, gehen Rationalisierungs- in Rationierungsmaßnahmen über. In diesem Sinne erweist sich die Rationierung als eine Steigerungsform der Rationalisierung, verursacht durch die wirtschaftliche Insuffizienz letzterer. Von daher ist es durchaus konsequent, wenn die Rationalisierung in der gesundheitsökonomischen Betrachtung als ein probates Mittel zur Vermeidung der Rationierung gehandelt wird (*Lauterbach/Schrappe 2001, 3f.*). Das jedoch kommt einer Rationalisierung der Rationalisierung gleich.

Wenn also die durchgeführten Rationalisierungsmaßnahmen die steigenden Fehlbeträge in den Kassen der Kostenträger nicht mehr kompensieren können, generiert das System Rationierungsprozesse. Diese sind naturgemäß nach außen hin zunächst nicht sichtbar. Bei weiterer Verschärfung der ökonomischen und demographischen Ausgangsrelation wäre daher folgerichtig der Übergang zur offenen, d.h. programmatischen Rationierung zu erwarten. Während in der aktuellen Kontroverse noch vornehmlich die implizite Form der Rationierung als gegeben oder nicht gegeben diskutiert wird, entzündet sich der Streit um die Rationierung in ihrer expliziten Gestalt im Besonderen an der Frage der gegebenenfalls zur Anwendung gelangenden Kriterien. Nicht zuletzt die ethische Brisanz der Kriterienbestimmung stützt die Forderung einer prinzipiellen Ächtung von Rationalisierungsmaßnahmen, wie sie derzeit von der Mehrzahl der Fachleute erhoben wird. Ob diese Argumentationen in irgendeiner Weise auf die Praxis einer indirekten Rationierung zurückwirken, ist fraglich. Die interne Entwicklungslogik jedenfalls scheint durch moralisierende Gegenstimmen nichts an Dynamik und zwingender Eindeutigkeit zu verlieren. Optimierungsententionen und Bemühungen der Effizienzsteigerung in organisatorischer, medizinischer und ökonomischer Hinsicht durchdringen das Gesundheitswesen in immer stärkerem Maße. Parallel dazu artikuliert sich ein wachsender Bedarf an ethischer Orientierung bzw. Regulierung.

Der Ethik, namentlich der medizinischen, wird daher die Aufgabe übertragen, zwischen der Eigengesetzlichkeit des medizinisch-ökonomischen Betriebes und dem steigenden moralischen Unbehagen in Anbetracht sich vollziehender und erwartbarer Entwicklungen zu vermitteln. Insbesondere die medizintechnische Entwicklung und die fortschreitende Prozessrationalisierung im Gesundheitswesen stellen die Beteiligten immer wieder vor Entscheidungen, die hinsichtlich der mit ihnen verbundenen Risiko-Nutzen-Bilanz, ihrer allgemeinen moralischen Konsensfähigkeit und persönlichen Verantwortbarkeit noch keiner etablierten Beurteilung unterliegen. In technischer, ökonomischer, rechtlicher oder ethischer Hinsicht stößt man an Grenzen, deren Erweiterung bzw. Überschreitung ebenso unvermeidlich wie klärungsbedürftig ist.

Bei aller Differenzierung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und trotz der erworbenen Routine im Umgang mit Patienten, Angehörigen und korrespondierenden Berufsgruppen ergeben sich in der klinischen Praxis immer wieder Verfahrenslücken, für die im konkreten Einzelfall oft keine standardisierte Lösung bereitsteht. Das medizinische Innovationspotential produziert fortwährend Kontingenzen, die einer klärenden Bearbeitung bedürfen. Innerhalb der klinischen Praxis selbst ist dies erfahrungsgemäß nur schwer möglich.

■ 4. Klinische Ethik-Komitees als gremienbasierte Instanzen der Ethikberatung

Aus diesem Grunde ist man – dem Beispiel der amerikanischen „Hospital Ethics Committees“ (Blake 1992; Capron 1985; Spicker 1995) folgend – auch hierzulande dazu übergegangen, gremienbasierte Instanzen der Ethikberatung einzurichten.¹ Nicht zuletzt um der gestiegenen moralischen Unschärfeempfindung zu begegnen, wurden in den letzten fünf bis sechs Jahren über 65 so genannte „Klinische Ethik-Komitees“ an deutschen Krankenhäusern installiert. Ihre systemspezifische Aufgabe ist es, die für eine Selbstthematisierung der Organisation Krankenhaus erforderlichen zeitlichen, personellen, fachlichen und verfahrenspraktischen Voraussetzungen bereit zu stellen; jedoch nicht mehr nur in der vergleichsweise unverbindlichen Form eines Arbeits- oder Diskussionskreises, wie es bisher oft der Fall war, sondern in der Gestalt institutionalisierter klinischer Ethik. Die organisationsimmanente Aufgabe Klinischer Ethik-Komitees wird in der Regel so bestimmt, dass zum einen eine Orientierungsleistung bezüglich häufig wiederkehrender ethischer Problemkonstellationen, zum anderen eine Entlastungs- und Beratungsfunktion in konkreten medizinisch-ethischen Konfliktfällen gewährleistet sein soll. Die Etablierung allgemeingültiger ethischer Standards ist damit ebenso intendiert wie die Bewältigung akuter Problemsituationen. Als solche sind im Kontext des klinischen Handelns in zunehmendem Maße auch die Folgen und Nebenfolgen von Rationalisierungsprozessen anzusprechen.

Ethik-Komitees an Krankenhäusern finden ein Organisationsgeflecht vor, in dem sich die Systeme der Medizin, Ökonomie, Moral, Recht, Religion und Gesellschaft in mehrfacher Weise überschneiden. Entsprechend polymorph sind die Entstehungs- und Vollzugsbedingungen derartiger Gremien. Neben der Evolution der medizinischen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sind vor allem das veränderte Arzt-Patienten-Verhältnis, der Wandel der moralischen Grundüberzeugungen, der hohe Geltungswert der Patientenautonomie sowie das gestiegene Interesse an medizinethischen Fragen überhaupt

anzusprechen. Die Implementierung Klinischer Ethik-Komitees in den USA hatte entsprechend nicht nur die Stabilisierung und Sicherstellung moralischer Standards im Blick, sondern verdankt sich im Wesentlichen dem Umstand, dass die erweiterten Möglichkeiten und Folgen der medizintechnischen Entwicklung in zunehmendem Maße nach ethischer Expertise verlangen. Zur Wahrnehmung ersterer Funktion wurden bereits in den 1920er Jahren in einigen „katholischen Krankenhäusern Gremien eingerichtet, die als „medizinisch-moralische Komitees“ (medico-moral committees) bezeichnet wurden. [...] Ihre Aufgabe bestand seinerzeit vor allem darin, die Einhaltung von Normen der katholischen Morallehre zu Fragen der Empfängnisverhütung, Abtreibung, Euthanasie usw. zu überwachen“ (Steinkamp/ Gordijn 2003, 94). Der Funktion der Fallberatung in medizinisch-ethischen Konfliktfällen dienten diverse Kontrollkomitees, wie etwa die abortion committees zur Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen von Schwangerschaftsabbrüchen, oder die – zunächst auf Gerichtsbeschluss eingerichteten – ärztlichen Prognosekomitees, wie beispielsweise im Fall Karen Ann Quinlan. Nach negativer Prognose durch das Ethik-Komitee wurde den Eltern der Patientin, die nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma ins Koma gefallen war, das Recht auf Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen zugesprochen.

Im Hinblick auf die Rationierungsthematik ist besonders das 1962 gegründete Ethik-Komitee am Universitätsklinikum Seattle, Washington, hervorzuheben. Die Einrichtung des dortigen Komitees steht in direktem Zusammenhang mit der Umsetzung medizintechnischer Neuerungen, namentlich der Dialysetechnik. Das Universitätsklinikum Seattle gehörte zu den ersten Kliniken, welche die neu entwickelten Dialyseapparate in Betrieb nahmen und eine eigene Dialyseabteilung aufbauten. Wegen der damals noch extrem hohen Anschaffungskosten standen der Abteilung jedoch zunächst nur wenige Apparate zur Verfügung. Der bestehende Bedarf an Dialyseplätzen konnte bei weitem nicht gedeckt werden. Das Faktum stark limitierter Ressourcen in Anbetracht einer geradezu unbegrenzt scheinenden Zahl von Bedürftigen führte zu einem Konflikt, dessen moralisch-ethische Brisanz dermaßen hoch war, dass die Entscheidung darüber, welchem Patienten unter welchen Umständen die Möglichkeit einer Dialysebehandlung gewährt werden sollte, die ärztliche Leitung der Abteilung in jeder Hinsicht überfordern hätte. Dem ärztlichen Gremium wurde daher ein Bürgerkomitee an die Seite gestellt, dessen gemeinsame Aufgabe es war, unter den zahlreichen Kandidaten eine Anzahl weniger Patienten zu bestimmen, die einen der begrenzten Dialyseplätze erhalten sollten. Für die Betroffenen bedeutete das Votum des Ethik-Komitees eine Entscheidung über Leben und Tod. „Angesichts der Dramatik dieser Entscheidungen bekam das Komitee in der Klinik die Beinamen god committee

oder god squad. Offenbar hatte das Komitee den Auftrag, Entscheidungen zu treffen, die über die Kompetenz eines solchen Gremiums hinausgingen“ (Steinkamp/Gordijn 2003, 98). Dieser Einschätzung ist insofern nicht zu widersprechen, als der weiteren Entwicklung Klinischer Ethik-Komitees in der Folge ein deutlich engerer Kompetenzrahmen gesteckt wurde. Entscheidungen derart weitreichenden Charakters gehören derzeit nicht zum Aufgabenprofil ethischer Beratungsgremien.

■ 5. Aufgabenschwerpunkte und Organisation der Ethik-Komitees in Deutschland

Die gegenwärtige Praxis Klinischer Ethik-Komitees in Deutschland hat ihren Schwerpunkt in der unterstützenden Fallberatung und der Entwicklung bzw. Umsetzung ethischer Leitlinien (siehe Tabelle 1). Der Geltungsstatus der durch das Komitee erarbeiteten Voten wird dabei in der Regel bewusst niedrig angesetzt. In einer gemeinsamen Empfehlung des Evangelischen und des Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands, welche den wohl entscheidenden Anstoß zur Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees in Deutschland gegeben hat, formuliert man wie folgt: „Um die Eigenverantwortlichkeit nicht zu gefährden und dem Komitee keine Macht zuzugestehen, die ihm von der Sache her nicht zukommt, ist stets wachsam darauf zu achten, dass die Mitteilung der Voten den Freiwilligkeitsaspekt ihrer Befolgung ausdrücklich genug betont“ (DEVK/KKVD 1997, 20). Die Einschränkung des Geltungswertes hat jedoch in

der Praxis dazu geführt, dass die Voten der Ethik-Komitees auf Akzeptanzprobleme stoßen. Die Regulierungs- und Orientierungskompetenz der Gremien ist daher in starkem Maße von ihrer Einbettung in die jeweilige Trägerorganisation (Krankenhaus, Pflegeeinrichtung etc.) abhängig.

Insbesondere das Verhältnis zum Direktorium entscheidet darüber, mit welcher Durchsetzungskraft die Empfehlungen des Ethik-Komitees ausgestattet sind. Hierbei sind es vor allem Kooperations- oder Legitimationsprozesse, die den Ausschlag für eine gelingende Zusammenarbeit geben. Kritisch ist dagegen die offene Konfrontation oder die wechselseitige Missachtung beider Instanzen. Unter diesen Umständen ist die öffentliche Wirkung des Ethik-Komitees äußerst gering, denn generell zeigt sich die innerklinische Öffentlichkeit in ebensolchem Maße sensibel für etwaige Kompetenzinterferenzen zwischen dem Komitee und der Geschäftsleitung wie die außerklinische Öffentlichkeit. Undurchsichtigkeiten kommunikativer oder organisatorischer Art reduzieren die Akzeptanzbereitschaft. Ein weiteres Kriterium bildet daher die Transparenz der Entscheidungsbildung gegenüber den Klinikmitarbeitern und Außenstehenden. Die paritätische Zusammensetzung der Gremien garantiert, dass die verschiedenen Funktionsebenen des Hauses in dem Gremium adäquat repräsentiert sind. Vertreter aus dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich, aus der Verwaltung, dem Sozialdienst und der Klinikseelsorge gehören zur Regelbesetzung Klinischer Ethik-Komitees. Die außerklinische Öffent-

TABELLE 1

Aktuelle Aufgabenschwerpunkte Klinischer Ethik-Komitees

1. Beratung in akuten ethischen Konfliktfällen:	2. Entwicklung ethischer Richtlinien für Klinikabläufe:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Therapie(aus)wahl/Therapiebegrenzung ■ Auslegung von Patientenverfügungen ■ Nichteinwilligungsfähigkeit von Patienten ■ Suizidale Tendenzen bei Patienten ■ Umgang mit pränataldiagnostischen Befunden ■ Religiös-weltanschauliche Differenzen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sterbebegleitung ■ Umgang mit Sterbenden ■ Wahrung der Patientenautonomie ■ Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen ■ Umgang mit Patienten nichtchristlichen Glaubens

Quelle: Eigene Darstellung

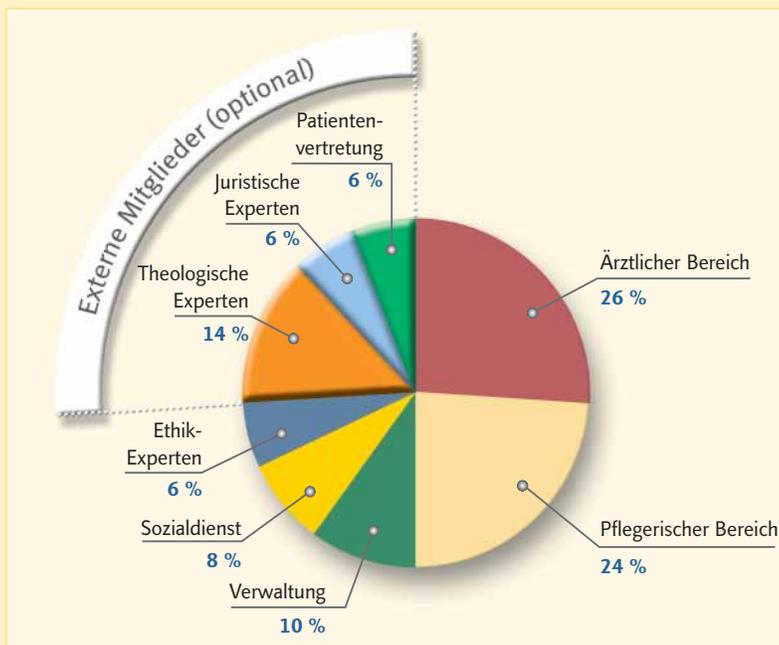
lichkeit findet in der Gestalt externer Mitglieder, als solche – meist Patientenvertreter, Theologen oder Juristen in Betracht kommen, Eingang in das Gremium (siehe Abbildung 1). Die Bearbeitung medizinisch-ethischer Konfliktfälle erfolgt im Modus des interdisziplinären Dialogs und soll auf diese Weise für die größtmögliche diskursive Objektivität und Transparenz nach außen sorgen (Ley 2003). Dieser Gesichtspunkt ist insofern von entscheidender Bedeutung, als die unzureichende oder nicht gelungene Herstellung von Öffentlichkeit sich für das Komitee nach innen hin unmittelbar destabilisierend auswirkt. Als wichtig erweist es sich darüber hinaus, die Art der durch das Ethik-Komitee behandelten Themen möglichst nah an den Schwerpunkten aktueller Debattenlagen auszurichten, sofern diese im Kontext der jeweiligen Trägerorganisation eine Rolle spielen. Gegenwärtig sind vor allem die Stichworte der Patientenautonomie, der Therapiebeschränkung und der Konflikt zwischen Ökonomie und Medizin als Kristallisationspunkte ethischer Problemlagen auszumachen.

Erste Ansätze der Rationierung in Form von verschärften Rationalisierungsmaßnahmen haben bereits Einzug in den medizinischen Alltag gehalten. Aktuell bestehen Beschränkungen vor allem im Hinblick auf Wartelisten, Personalmangel und Zeitknappheit, während Rationierung im Sinne einer faktisch vollzo-

genen – und nicht lediglich hypothetisch erwogenen – kriterienbasierten Selektion medizinischer Leistungen bzw. ihrer Empfänger gegenwärtig im deutschen Gesundheitssystem noch keine nachweisliche Rolle spielt. Von Rationierung lässt sich mit Blick auf die eben genannten Sachverhalte demnach nur in einem weiten Sinne des Begriffs sprechen, in dem der Allokationsaspekt vollständig außen vor bleibt. Unter Allokation sei hier ein Zuteilungsverfahren verstanden, das im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet ist, dass ein begrenzter Umfang an Ressourcen unter Zugrundelegung bestimmter Kriterien einer ebenfalls begrenzten Ziffer möglicher Empfänger zugeordnet wird. Im Kontext des Medizinischen bedeutet dies, dass bestimmte – vor allem kostenintensive – Leistungen infolge eines festgeschriebenen Ausgabenvolumens nur einer limitierten Anzahl von Patienten zur Verfügung stehen. Rationierung im engeren Sinne des Begriffs soll hier dementsprechend eine über Kosten-Nutzen-Abwägungen begründete Zuteilung medizinischer Leistungen genannt werden, mit denen umgekehrt eine an bestimmte Ausscheidungskriterien geknüpfte Vorenthaltung desselben medizinischen Leistungsangebotes zu Ungunsten Dritter korrespondiert. Allein im Sinne des weiteren Begriffshorizontes bilden Rationierungsprobleme aktuell einen Gegenstand Klinischer Ethik-Komitees. In diesem Kontext bewegen sich die vielfältigen Diskussionen über Schwierigkeiten in der

ABBILDUNG 1

Regelbesetzung Klinischer Ethik-Komitees



Die Abbildung zeigt die durchschnittliche Besetzung Klinischer Ethik-Komitees mit den darin vertretenen Disziplinen. Die Ethik-Komitees sind durchschnittlich mit zehn bis 15 Personen besetzt.

Quelle: Eigene Darstellung

Betreuung Schwerkranker und Sterbender infolge drastischer Personal- und Zeitverknappung. Mitarbeiter, Patienten und Angehörige verweisen auf zunehmende Fehlgewichtungen in der Gegenüberstellung von Rentabilität und Humanität. Derartige Differenzerfahrungen beziehen die ihnen eigentümliche moralische Zuspitzung vor allem daraus, dass vieles von dem, was im konkreten Einzelfall als geboten erachtet wird, in der Praxis nicht zu gewährleisten bzw. zu finanzieren ist.

Klinische Ethik-Komitees, deren Zielsetzung es ist, moralisch komplexe Problemlagen der medizinischen Praxis durch reflektierte und interdisziplinäre Bearbeitung in ethisches Orientierungswissen zu überführen, zeigen sich auf vierfache Weise von der Ressourcenbegrenzung betroffen. Die Folgen der Kostenminimierung werden einerseits in den Beratungen ethischer Entscheidungsgremien selbst thematisiert, andererseits unterliegt auch die Arbeit der Ethik-Komitees der Vorgabe eines begrenzten Zeitkontingents. Drittens sieht sich die klinische Ethik inzwischen einem verstärkten Legitimationsdruck ausgesetzt. Diverse Studien bemühen sich, den Nachweis zu erbringen, dass Gremien der Ethikberatung funktional effizient sind und als solche selbst einen Beitrag zur Kostensenkung darstellen. Viertens wird das Thema der Rationierung im Zusammenhang Klinischer Ethik-Komitees in der Weise in den Blick genommen, dass die Auseinandersetzung mit Fragen der Leistungsbegrenzung als eine der zentralen zukünftigen Herausforderungen identifiziert wird.

Etwa zwei Drittel der Konfliktfälle, die in Ethik-Komitees zur Sprache kommen, beziehen sich auf strukturelle Probleme des Klinikalltags, dessen Rahmenbedingungen einem kontinuierlichen Wandel unterliegen: So führt die Umstellung des Vergütungssystems auf DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) im Krankenhausbereich zu einer tiefgreifenden Veränderung im ressourcenintensivsten Sektor des Gesundheitswesens. Die Ziele der Reform, eine transparentere Krankenhausversorgung, eine leistungsbezogene Vergütung, effizientere Organisationsabläufe und reduzierte Verweildauern, bedeuten für die einzelne Klinik einen Anpassungsprozess an veränderte Wettbewerbsbedingungen im stationären Bereich. Die Verknüpfung ökonomischer und medizinischer Rationalität im neuen Vergütungssystem wird ergänzend dadurch verstärkt, dass die Steuerungsinstrumente amerikanischer Managed-Care-Organisationen auch bei den deutschen Krankenversicherern immer stärker zur Anwendung gelangen. Darüber hinaus dienen der Einsatz von Kosten-Nutzen-Analysen und die Fokussierung auf evidenzbasierte Medizin als Instrumente der Ressourcenverteilung (Kern et al. 1999). Vorabautorisierungen kostenintensiver Maßnahmen und anwendungsbegleitende Effizienzprüfungen sind die Regel, hinzu kommt die Standardisie-

rung von Behandlungsverfahren. Die kostbarste nicht-finanzielle und gleichwohl ökonomisch geltend zu machende Ressource ist die Zeit. Der Zeitfaktor bemisst sich an der Relation von Leistungs- und Personalaufwand. Einsparungen im Personalbereich führen somit zu einer faktischen Kürzung der Nettobehandlungsdauer. Besonders in der Patientenberatung und im Bereich der Pflege ergeben sich mitunter Defizite in der Betreuungsleistung. Kontrastierend verstärkt durch den Trend einer wachsenden Patientenorientierung entsteht ein Versorgungsvakuum, dessen moralischer Problemgehalt unter der Chiffre von „Anspruch“ und „Wirklichkeit“ in den Ethik-Komitees thematisiert wird. Infolge der Komplexität des Erörterungszusammenhangs allerdings sind dem entstehenden Diskussionsbedarf in den Ethik-Komitees sehr enge Grenzen gesteckt.

Denn auch die Arbeit des Ethik-Komitees bindet Ressourcen, insbesondere Zeit und Personal. Bei einer durchschnittlichen Mitgliederzahl von zehn bis 15 Personen sowie einer ungefähren Besprechungsdauer von 60 Minuten bedeutet dies ein Defizit von etwa zehn bis 15 Stunden regulärer Arbeitszeit. Jedoch nicht nur die äußeren Rahmenbedingungen der Komitees unterliegen der zeitlichen Limitierung, sondern auch die innere Verfahrenslogik ethischer Beratungsgremien ist durch den Mangel an Zeit erkennbaren Einschränkungen ausgesetzt. Die Komplexität ethischer Konfliktkonstellationen und die Intensität der Fallbearbeitung arrangieren sich je nach Maßgabe des zur Verfügung stehenden Zeitkontingents. Das prozedurale Niveau ethischer Entscheidungsfindung reguliert sich durch Herstellung einer Balance von Sachverhaltskomplexität und Zeitbudget. Hochgradig ausdifferenzierte Verfahrensvorgaben für ethische Falldiskussionen sind demnach schon aufgrund der erforderlichen Zeitaufwendungen nicht realisierbar. Insofern unterliegt auch die interne Vollzugsstruktur klinischer Ethikberatung der Forderung nach funktionaler Effizienz und Ressourcenschonung.

Bei der steigenden Zahl von Evaluationen und Studien zur klinischen Effektivität stehen ethische Gesichtspunkte an prominenter Stelle. Insbesondere vor dem Hintergrund aktueller Zertifizierungsmaßnahmen an deutschen Krankenhäusern wird der klinischen Ethik wachsende Aufmerksamkeit zuteil (Anselm/Ley 2003, 20). So beziehen die Zertifizierungsprogramme nach proCum Cert² und KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) die Existenz oder den Aufbau von Ethik-Komitees positiv in die Bewertung ein. Das vermeintlich einlinige Verhältnis von Prozessrationalisierung und ethischer Reflexion begegnet jedoch auch in der umgekehrten Blickrichtung. Die Studien von Heilicser et al. (2000) und Schneiderman et al. (2003) sind der Frage gewidmet, ob durch die Implemen-

tierung von Ethik in den Organisationszusammenhang der Kliniken Kosteneinsparungen und Rationalisierungszugewinne zu erzielen sind. Die konstitutive Verschränkung von Ökonomie und Medizin in der Organisation Krankenhaus duldet offenbar – auch wenn der Ethik hier oft eine Mittlerrolle zugeschrieben wird – dauerhaft keine nichtmonetäre Betrachtungsweise jenes Funktionszusammenhangs, zumindest dann nicht, wenn die Ethik in ihrer reflektierenden Funktion selbst wieder praktisch wird. Das Effektivitätskriterium greift in Gestalt einer Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die ethischen Beratungsinstanzen über. Rationalisierungsprozesse transzendieren mithin die ihnen zugrunde liegenden Systemgrenzen.

■ 6. Ausblick

Der geforderte Abbau von Rationalisierungsreserven wird konsequent forciert und führt somit immer näher an den Aspekt der Rationierung heran. Im Zusammenhang Klinischer Ethik-Komitees jedoch ist nach Einschätzung ihrer Initiatoren zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch kein direkter Bezug auf die Rationierungsthematik gegeben. Vielmehr lässt sich ein Großteil der Fälle, die in den Ethik-Komitees einer reflektierenden Betrachtung unterzogen werden, als Folgeprobleme des Rationalisierungsprozesses bestimmen. Allerdings gehen vor allem Ökonomen und Ethiker davon aus, dass schon in kürzester Zeit Fragen der Ressourcenverteilung ein sehr viel größeres Gewicht erhalten werden. Angesichts drastischer Ressourcenverknappung sieht die klinische Ethik an dieser Stelle neue, potenzielle Aufgaben auf sich zukommen.

Derzeit weist sich die klinische Ethik vornehmlich dadurch aus, dass es ihr gelingt, die neuralgischen Punkte aktueller Entwicklungen im Gesundheitssystem öffentlich sichtbar und dadurch kommunizierbar zu machen. In struktureller Hinsicht jedoch stößt sie an Grenzen, die in der besonderen Beziehung von Ethik und Organisationen begründet liegen. Während die radikalisierte Rationalisierung im Gesundheitswesen in immer stärkerem Maße auf eine Entsubjektivierung, d.h. Versachlichung der Prozesse hinführt, konzentriert sich die klinische Ethik in erster Linie auf das konkrete Subjekt, gleich ob es passiv oder aktiv in die Vollzüge des medizinischen Systems eingebunden ist. Die Subjektorientierung der Ethik kontrastiert einer Logik zunehmender Objektivierung, welche die Belange des Einzelnen konstitutiv ausblenden muss, wenn sie die ihr eigene Tendenz der Prozessoptimierung effizient betreiben will. Im konkreten Umfeld medizinischer Handlungsabläufe und Entscheidungsfindungen hat sich die Ethik von dieser Tendenz zur Objektivierung bisher nur bedingt freimachen können. Einerseits droht sie hinter den ihr eigenen Reflexionsanspruch auf das Niveau einer moralisierenden Problemidentifizierung

zurückzufallen, andererseits steht sie in der Gefahr, sich in einen Aggregatzustand konkreter Allgemeinheit zu verflüchtigen. Klinische Ethik-Komitees stellen gewissermaßen den Versuch dar, zwischen Sach- und Subjektbezug medizinischer Praxis zu vermitteln. Für eine gelungene Synthese von Medizin und Ethik im Zusammenhang der Organisation Krankenhaus jedoch sind, wie es scheint, die organisatorischen Voraussetzungen selbst noch zu schaffen. Insofern bildet das oben genannte Strukturproblem klinischer Ethik zugleich ihre zentrale Herausforderung. ♦

Fußnoten

- 1 Eine umfassende Untersuchung der in Deutschland noch vergleichsweise jungen Gremien Klinischer Ethikberatung steht im Zentrum des interdisziplinären DFG-Projektes "Klinische Ethik-Komitees: Weltanschaulich-konfessionelle Bedingungen und kommunikative Strukturen ethischer Entscheidungen" (Prof. Dr. R. Anselm/ Prof. Dr. A. Nassehi/Prof. Dr. M. Schibilsky, Na 307/4-1).
- 2 Auf der Homepage der Zertifizierungsgesellschaft beschreibt sich diese als "eine konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die im Frühjahr 1998 auf Initiative des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands (KKVD) gemeinsam mit dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) und ihren Wohlfahrtsverbänden Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia gegründet wurde. Die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) ist seit Oktober 2001 weiterer Gesellschafter der proCum Cert" (www.procum-cert.de).

Literatur

- agence france-press (2003):** Kritik auf Vorstoß für Altersbegrenzung bei medizinischen Leistungen – Ärztevertreter: Forderung menschenverachtend und „unethisch“, 2.6.2003.
- Anselm R/Ley F (2003):** Between Euphoria and Disillusion. What do Clinical Ethical Committees Achieve?; in: Official Journal of the European Association of Hospital Managers 5/03, 20-21.
- Blake DC (1992):** The Hospital Ethics Committee. Health Care's Moral Conscience or White Elephant?; in: Hastings-Center-Report 22/1, 6-11.
- Bundesministerium für Gesundheit (2003):** Rationierung im Gesundheitswesen, www.bmgs.de/download/broschueren/A317.pdf.
- Capron, AM (1985):** Legal Perspectives on Institutional Ethics Committees; in: Journal of College and University Law 11/4, 417-431.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband/Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (1997):** Ethik-Komitee im Krankenhaus; Freiburg.
- Die Welt (2003):** Empörung über Forderung nach Operations-Höchstgrenze, 4.6.2003.
- Heilicser BJ/Meltzer D/Siegler M (2000):** The Effect of Clinical Medical Ethics Consultation on Healthcare Costs; in: The Journal of Clinical Ethics 1/00, 31-38.

- Kern OA/Beske F/Lescow H (1999):** Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen?; in: Deutsches Ärzteblatt 3/99, B-93-96.
- Lauterbach KW/Schrappé M (2001):** Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine; Stuttgart.
- Ley F (2003):** Institutionalisierte Moral? Die Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees als Forschungsgegenstand; in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 4/03, 280-292.
- news aktuell (2003):** „Wir lehnen Breyers Vorschläge kategorisch ab!“ Altersbegrenzung bei medizinischen Leistungen, 2.6.2003.
- Schneiderman LJ/ Gilmer T/Teetzel HD/Dugan OD/Blustein J/ Cranford R/Briggs KB/Komatsu GI/Goodman-Crews P/Cohn F/ Young EWD (2003):** Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting. A Randomized Controlled Trial; in: The Journal of the American Medical Association 9/03, 1166-1172.
- Spicker S (1995):** The Healthcare Ethics Committee Experience. Selected Readings from HEC Forum Malabar, Florida.
- Steinkamp N/Gordijn B (2003):** Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag; Neuwied.

DER AUTOR



Dipl.-Theol. Friedrich Ley, geb. 1972, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im DFG-Projekt „Klinische Ethik-Komitees. Weltanschaulich-konfessionelle Bedingungen und kommunikative Strukturen ethischer Entscheidungen“. Beteiligt sind das Münchener Institut für Soziologie (Prof. Dr. Armin Nassehi) und der

Lehrstuhl für Praktische Theologie/Diakoniewissenschaft an der Ludwig-Maximilians-Universität München (Prof. Dr. Michael Schibilsky) sowie der Lehrstuhl für Evangelische Ethik an der Georg-August-Universität Göttingen (Prof. Dr. Reiner Anselm), an dem der Autor seit Dezember 2002 tätig ist. Forschungsschwerpunkte: Anthropologie, Sozialpsychologie, Klinische Ethik.