

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in Baumann-Hölzle, Ruth, Arn, Christof (Hg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen. Bd. 4: Verantwortung im politischen Diskurs*, erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Bobbert, Monika

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen: Verteilungskriterien eines rechtebasierten Ansatzes
in: Baumann-Hölzle, Ruth, Arn, Christof (Hg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen. Bd. 4: Verantwortung im politischen Diskurs*, S. 29–50

Basel: EMH und Schwabe AG 2009

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Schwabe Verlags publiziert.

Ihr IxTheo-Team



Bobbert, Monika, Gerechtigkeit – Verteilungskriterien eines rechtebasierten Ansatzes, in: Christen, Markus, Baumann-Hölzle, Ruth (Hg.), Handbuch Ethik im Gesundheitswesen. Bd. 4: Verantwortung im politischen Diskurs, Basel: EMH und Schwabe AG 2009, 29–50.

Gerechtigkeit – Verteilungskriterien eines rechtebasierten Ansatzes

Monika Bobbert

Unter dem Stichwort «Gerechtigkeit» werden im Gesundheitswesen vorab Fragen der Verteilung gesundheitsrelevanter Güter diskutiert. Konkret geht es darum, welche Leistungen des Gesundheitssystems aufgrund welcher Kriterien welchen Mitgliedern einer Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden sollen. In diesem Beitrag werden drei grundlegende ethische Zugangsweisen zu dieser Frage untersucht, eine rechtebasierte, eine vertragstheoretische und eine utilitaristische Argumentation. Die heutige Problemlage, geprägt durch die Abhängigkeit eines kranken Menschen, die Betonung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Einzelnen und die zunehmende Bedeutung ökonomischer Überlegungen, hat zu einer Akzentverschiebung in Richtung vertragstheoretischer und utilitaristischer Ansätze geführt. Dieser Beitrag untersucht diese Verschiebung kritisch und argumentiert für individuelle Rechte und entsprechende Hilfspflichten, was in zehn Forderungen an das Gesundheitssystem mündet.

1 Zur Notwendigkeit einer ethischen Reflexion des Gesundheitswesens

Häufig werden ethische Fragen in politischen Diskussionen um die Gestaltung der Gesundheitsversorgung nicht eigens explizit gemacht und reflektiert, sondern bleiben auf der rhetorischen Ebene. In der Auseinandersetzung um das Spektrum der solidarisch finanzierten Leistungen des Gesundheitswesens sind jedoch vernünftig nachvollziehbare ethische Argumente und Kriterien anzustreben. Denn Ethik als methodisch reflektierte Begründung von Kriterien des Richtigen und Guten bezieht sich nicht nur auf Handlungen Einzelner, sondern ebenso auf Institutionen – unter anderem die der Gesundheitsversorgung. Institutionen müssen sich dem Anspruch moralischer Richtigkeit stellen, da sie die Rahmenbedingungen vorgeben, unter denen Menschen leben und handeln. In Bezug auf das Gesundheitswesen sind daher aus ethischer Sicht unter anderem folgende Fragen zu klären:

- (1) Welche Institutionen und professionellen Gesundheitsleistungen müssen für alle Mitglieder der Gesellschaft garantiert sein?
- (2) Welche Kriterien sollten aus ethischer Sicht herangezogen werden, um knappe Ressourcen zu verteilen?

Allzu häufig werden diese Fragen nur in Bezug auf einzelne Änderungsmaßnahmen und deren Auswirkungen betrachtet. Grundlegend ist jedoch, welche ethischen Prämissen und Kriterien als Maßstab dabei vorausgesetzt werden.

2 Die Problemlage

2.1 Abhängigkeit des Patienten

Sofern eine Erkrankung professionelle Hilfe erforderlich macht, ist die Situation des Kranken durch eine zweifache Abhängigkeit im Hinblick auf die professionellen Helfer und die Institutionen des Gesundheitswesens gekennzeichnet: Zum einen ist der Zustand des Krankseins mit körperlicher und psychischer Schwäche verbunden, der Betroffene fühlt sich möglicherweise sogar existentiell bedroht, und er ist auf die Hilfe anderer angewiesen. Zum anderen bedarf er als Laie der fachlichen Information durch Experten. Das Informationsdefizit bezieht sich nicht nur auf medizinisches und pflegerisches Fachwissen, sondern meist ebenso auf die Abläufe und Arbeitsteilung der Institution, in die sich der Kranke als Patient begibt.

Das traditionelle Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung basiert auf der Voraussetzung, dass der Arzt eine Fürsorgeverpflichtung übernimmt und der Patient ihm dementsprechend Vertrauen entgegenbringt – gerade weil es ihm meist nicht möglich ist, alle krankheitsbezogenen Sachverhalte und Zusammenhänge nachzuvollziehen und die volle Verantwortung für eine Behandlungsentscheidung zu übernehmen. Denn zu groß ist oft das Kompetenzgefälle, zu gravierend die Unterschiede im Verstehen der behandlungsrelevanten Daten. Dieses Faktum der Angewiesenheit auf fremde Hilfe lässt sich nicht beseitigen, wobei aus einem individuell oder institutionell unsensiblen Umgang mit dieser Situation beim Patienten rasch Erwartungsdruck, resignierte Passivität oder angstvolle Unterordnung entstehen können. Dies schränkt seinen Entscheidungs- und Handlungsspielraum ein. Um diese Abhängigkeit soweit als möglich abzumildern, bedarf es perspektivischer Rücksichtnahme, verbaler Ermutigung und adressatengerechter Information.

Wenn der Patient anders als im traditionellen Verständnis nicht mehr als Leidender, sondern als Kunde gesehen wird, verändern sich sowohl die auf den Kranken gerichteten Erwartungen als auch die Rolle des Arztes. Ein Kunde darf und muss Vergleiche einholen – Leistungs- und Preisvergleiche. Um die Qualität von Medizinprodukten und ärztlichen Leistungen beurteilen zu können, muss er sich fachkundig machen oder auf zusätzliche Beratungsdienste zurückgreifen. Wenn der Patient Kunde ist, ist der Arzt Anbieter, Dienstleister, Gewerbetreibender. Daher bedürfte es auf Seiten der Medizin unter anderem der Werbung, die darauf abzielt, Patienten anzuziehen und zwar solche, deren Behandlung Gewinn verspricht (Unschuld 2006). Dieses Bild vom Patienten als Kunden oder Vertragspartner, der informiert und selbstbestimmt auf dem Markt der medizinischen Möglichkeiten wählt, passt aber nur für wenige Handlungskonstellationen – unter bestimmten Voraussetzungen etwa bei der kosmetischen oder der Anti-Aging-Medizin.

Aber selbst dann, wenn diese Bereiche privat finanziert werden müssen, sind meist Rahmenbedingungen zum Schutz und zur Befähigung des Patienten erforderlich, um ihn vor Gesundheitsschädigungen zu bewahren. Darüber hinaus sind vielfach chronisch Kranke, etwa mit Rheuma oder Diabetes, Experten in eigener Sache und könnten unter Umständen als Kunden auftreten. Doch auch der über Internet, Selbsthilfegruppen und eigene Erfahrungen geschulte Chroniker mit seinem gesammelten Wissen braucht immer wieder die ärztliche Expertise und eine auf seinen individuellen Fall bezogene Einschätzung der medizinischen Möglichkeiten. Im Akutfall bleibt oft keine Zeit, um Informationen einzuholen und zwischen Angeboten zu wählen. Außerdem sind unsortierte Informationen oft kontraproduktiv, denkt man beispielsweise an die Problematik, Risiken in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen einer Behandlung zu sehen. Eine auf die individuelle Lebensführung und die Präferenzen des Patienten ausgerichtete Information und Absprache über die Behandlungsstrategie, die ein Arzt pri-

mär an humanitären und nicht primär an ökonomischen Zielen ausgerichtet, kann letztlich nur im Rahmen einer Vertrauensbeziehung erfolgen.

Gerechtigkeit

Der Begriff «Gerechtigkeit» ist ein Grundbegriff der Ethik und der Sozialphilosophie und bezeichnet ein Prinzip zur Beurteilung von Handlungsnormen, welche der vernünftigen Gestaltung des Zusammenlebens dienen soll. Die Anwendung des Gerechtigkeitsbegriffs muss dabei drei Bedingungen vorab klären: Zum Ersten muss der Gegenstand geklärt werden – also definiert werden, welche Güter Gegenstand einer Gerechtigkeitsüberlegung sein sollen. Dies können konkrete Ressourcen (wie z.B. Einkommen) oder auch abstrakte Güter (wie z.B. bestimmte Rechtsansprüche) sein. Zweitens muss der Bereich jener, die von einer Gerechtigkeitsüberlegung betroffen sind, definiert werden. In konkreten Fällen sind dies meist Mitglieder einer politisch definierten Gemeinschaft (z.B. Einwohner eines Staates), wobei die Diskussion durchaus auch räumlich (z.B. alle derzeit auf der Erde lebenden Menschen) oder zeitlich (z.B. künftige Generationen) ausgeweitet werden kann. Gegenstand und Anwendungsbe- reich von «Gerechtigkeit» stehen dabei oft in einem engen Zusammenhang: Je klarer der Ge- genstand definiert wird (z.B. die Höhe der zu zahlenden Prämie für eine Krankenversiche- rung), desto klarer ist auch der Bezugsrahmen, denn die Umsetzung von Gerechtigkeitsvor- stellungen bedarf definierter sozialer Strukturen.

Die dritte Bedingung betrifft schließlich die Gerechtigkeitsnorm und die Kriterien, an wel- chen sich die Erfüllung dieser Norm misst. Hierzu gibt es zahlreiche Positionen in der Philo- sophie. Die in diesem Beitrag genannten gehen zurück auf Immanuel Kant (rechtebasierter Ansatz, vgl. Gewirth 1978/1996 und für einen Überblick Höffe 1988, 173–207, und Ott 2001, 77–93; 139–149), Thomas Hobbes (vertragstheoretischer Ansatz, vgl. für einen Überblick Ott 2001, 123–138) und Jeremy Bentham (utilitaristischer Ansatz, vgl. für einen Überblick Höffe 1992). Einflusreich ist zudem die Position von John Rawls (Rawls 1971) sowie libertäre An- sätze wie z.B. jene von Nozick (1974) und Engelhardt (1996).

2.2 Überbetonung der Selbstbestimmung im Sinne einer informierten Wahl

Unter Absetzung vom ärztlichen Paternalismus und der Entmündigung von Patienten wird derzeit die Selbstbestimmung des Patienten in Politik, Medizinethik und klinischer Praxis betont. So wichtig es ist, die „informierte Zustimmung“ des Patienten einzuholen und ihm außerdem die Wahlfreiheit zwischen bestehenden Behandlungs- oder Nichtbehandlungsoptio- nen einzuräumen, so problematisch ist es, alle ethischen Fragen der Gesundheitsversorgung auf ein sehr eng gefasstes Konzept von Selbstbestimmung zu reduzieren. Denn im Fall von Krankheit hat ein Mensch unter Umständen kaum Wahlmöglichkeiten, betrachtet man sein Handlungs- und Entscheidungsspektrum als Ganzes. Eine einseitige Überbetonung der Selbstbestimmung im Sinne von Wahlfreiheit kann dazu führen, dass lediglich Verantwortung von den professionellen Helfern auf den Patienten verlagert wird, statt auszuloten, inwieweit der Patient Unterstützung für seine Entscheidungen braucht. Denn wenn auf Freiheit verwie- sen wird, muss sie auch verfügbar sein (Mieth 2003, 631).

Das Problem der Strategie, alles sehr stark auf die Selbstbestimmung des Patienten auszurich- ten, besteht darin, dass Freiheit bzw. Selbstbestimmung kontextlos und abstrakt gedacht wird, medizinische und pflegerische Massnahmen hingegen konkrete Handlungen und Entschei- dungen darstellen. Konkrete Freiheit bzw. die Frage nach Zwang und Abhängigkeit jedoch nur auf der Ebene von Einzelhandlungen zu sehen, verfehlt die transzendente Freiheit des kategorischen Imperativs. Konkrete Freiheit darf nicht von Antrieben, Umständen und sozia- len Folgeüberlegungen losgelöst erörtert werden. Vielmehr sind um der Freiheit des Men-

schen wollen auch die Umstände, Kontexte und weiter reichende Folgen einzelner Selbstbestimmungsakte zu betrachten. Sonst sucht man die Befreiung von Bevormundung, landet jedoch bei einer Instrumentalisierung der Betroffenen mittels Selbstbestimmungsversprechungen, die sich auf isolierte Bereiche beziehen.

So hat nicht zuletzt die Autonomiedebatte in Bezug auf zunehmende Wahlfreiheit in der Reproduktionsmedizin zu der Einsicht geführt, dass Autonomie der Unterstützung und Beratung bedarf. Patientenrechte und -souveränität sind sinnvoll, wenn es um Transparenz (z.B. durch Patientenquittungen oder die Einsicht in erhobene Daten), um Informations-, Anhörungs- und Beteiligungsrechte geht. Problematisch wird es, wenn Patienten als Kunden ohne fachliche Qualitätsvorgaben und -kontrollen zwischen medizinischen Möglichkeiten wählen sollen.

2.3 „Mehr Eigenverantwortung“?

Bei der derzeit in der Politik häufig zu vernehmenden Beschwörung von „mehr Eigenverantwortung“ der Versicherten ist zwischen verschleiender Rhetorik und berechtigtem Appell zu differenzieren. So kann die Rede von der Eigenverantwortung legitim sein, wenn es um eine gesunde Lebensweise geht. Doch hier wäre zu klären, wer eigentlich Adressat dieser Forderung sein soll. So ist zu prüfen, welche gesellschaftlichen Gruppen stärker in ihrer Fremdverantwortung angefragt werden müssten. Aus sozialetischer Sicht wäre es naheliegend, den Schutz der Gesundheit stärker als bisher gesellschaftlichen Institutionen oder Interessensverbänden – etwa der Nahrungsmittelindustrie, ökologisch belastenden Industriezweigen oder Institutionen des öffentlichen Bildungswesens als Aufgabe zuzuweisen. Darüber hinaus ist der Verweis auf die Eigenverantwortung nur dann konstruktiv, wenn man davon ausgehen kann, dass mit der Eigenverantwortung die entsprechende Befähigung vorliegt oder aber beabsichtigt ist, diese Fähigkeit zu stärken. Außerdem ist genau zu klären, wofür eigentlich Verantwortung übernommen werden soll. Manche Krankheiten können zwar mit einer ungesunden Lebensweise in Verbindung gebracht werden, aber meist handelt es sich lediglich um Korrelationszusammenhänge. Ohne einen direkten Kausalzusammenhang ist aber eine Verantwortungszuschreibung oder eine Gesundheit versprechende Verhaltensvorgabe problematisch. Zweifelsohne zulässig ist es aber, an die verantwortungsbewusste Inanspruchnahme der Dienstleistungen des Gesundheitswesens zu appellieren, das heißt, der Versicherten sollte keine „Versicherungsmentalität“ entwickeln oder Leistungen sogar dann fordern, wenn keine oder nur sehr geringfügige gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen.

2.4 Primat ökonomischer Ziele

Zunehmend werden in Debatten über die Gestaltung des Gesundheitswesens an erster Stelle ökonomische Motive, Ziele und Zwänge angeführt. Der Sozialstaat sei an Grenzen gelangt, die Gesundheitsversorgung könne angesichts des internationalen Wettbewerbs nicht mehr in der bisherigen Form aufrechterhalten werden, so dass es gelte zu sparen und Gesundheitsleistungen einzuschränken. Daher stelle sich die Frage, welche Leistungen unabdingbar und welche verzichtbar seien, oder, mit anderen Worten, es stellt sich die Frage nach den Prioritäten bei der Rationierung.

Auch die Arzt-Patient-Beziehung wird zunehmend durch solche impliziten und expliziten ökonomischen Aspekte mitbestimmt. Sobald Ärzte enge Budgetvorgaben haben, Behandlungsstandards befolgen müssen oder Regressforderungen zu befürchten haben, weiß der Patient nicht, ob sein gesundheitliches Wohlergehen oder das Budget die Behandlung maßgeblich bestimmt. Eine empirische Studie in Deutschland konstatierte bereits 1999: „Die primär an betriebswirtschaftlichen Zielen ausgerichteten gesundheitspolitischen Vorgaben durch-

dringen die ärztliche Entscheidungsfindung im klinischen Alltag und überschatten das Arzt-Patient-Verhältnis“ (Kuhlmann 1999, 147).

Aus ethischer Perspektive sind der sparsame Einsatz von Ressourcen und die Frage der Kosten bzw. des Kostenvergleichs legitim. Doch wird derzeit häufig übersehen, dass Kosteneffizienz als solche kein eigenständiges ethisches Kriterium darstellt. Zudem ist die ethische Position, dass das, was einem kranken Menschen an medizinischer oder anderer Versorgung zusteht, jeglichen Kostenerwägungen systematisch vor- und nicht nachgeordnet ist, mittlerweile nicht mehr unumstritten.

3. Drei Richtungen ethischer Argumentation und aktuelle Akzentverschiebungen

In ethischen und gesellschaftspolitischen Diskussionen zur Gestaltung des Gesundheitswesens findet seit einigen Jahren eine Verschiebung ethischer Argumentationslinien statt. Statt des bisher weithin geteilten Konsenses hinsichtlich einer auf individuellen moralischen Rechten basierenden Argumentation werden nun in verstärktem Maße Argumente aus anderen ethischen Richtungen in die Debatte eingeführt. Es ist unerlässlich, den Theoried Hintergrund und entsprechend die Reichweite dieser Argumente zu verstehen, um sie einordnen zu können und gegebenenfalls Einwände vorzubringen.

3.1 Rechtebasierte Argumentationen

Die traditionell solidarisch verstandene Gesundheitsversorgung beruht auf einer Argumentationsrichtung, die auf individuellen Rechten basiert. In der Rechtstradition fand diese Argumentation ihren Ausdruck in den Allgemeinen Menschenrechten und in den Verfassungen vieler europäischer Staaten. Diese ethische Argumentationsrichtung lässt sich wie folgt charakterisieren:

- Jeder Mensch ist Zweck an sich selbst und letztlich nicht verrechenbar.
- Zu den grundlegenden Individualrechten zählen das Recht auf Schutz des Lebens und der Gesundheit, das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit, das Recht auf Gleichbehandlung und das Verbot der Diskriminierung auf Grund äußerer Merkmale. Die grundlegenden Rechte sind bis auf wenige Ausnahmen kategorisch zu befolgen.
- Grundlegende Rechte kommen jedem zu, sie verleihen der Würde und Unauswechselbarkeit jedes Menschen Ausdruck.
- Bestimmte grundlegenden Rechte kommen jedem Menschen ungeachtet seines Ansehens oder Werts für andere zu. Die Individualrechte müssen auch und gerade dann geschützt werden, wenn die Betroffenen nicht für sich selbst eintreten können.
- Es gibt eine Hierarchie der Rechte: Das Recht auf Schutz von Leben und Gesundheit und das Recht auf gute medizinische Versorgung sind sehr hoch angesiedelt.

3.2 Vertragstheoretische Argumentationen

Vertragstheoretische Argumentationen lassen sich grob wie folgt charakterisieren:

- Strategisch-rational eingestellte Akteure einigen sich auf Verpflichtungen.
- Niemand ist zum Vertragsabschluss verpflichtet.
- Die Verpflichtungen gelten auf Grund der Vereinbarung
- Eine moralisch-normative Orientierung der Vereinbarungen ist nicht vorgegeben.

Diese Argumentationen weisen Probleme auf, sobald Patienten als Vertragspartner betrachtet werden: Es werden informierte und selbstbestimmte Vertragspartner vorausgesetzt, die beide eine attraktive Ware oder Leistung anzubieten haben. Doch die Annahme eines fachkundigen und unabhängigen Geschäftspartners bzw. Kunden, der eine Dienstleistung auswählt und einkauft, trifft in Bezug auf kranke Menschen nur in wenigen Konstellationen zu. Denn Dienstleistungen der Krankenversorgung betreffen die Handlungsfähigkeit und die Lebensführung eines kranken Menschen in umfassender Weise: Seine Wahlfreiheit ist eingeschränkt, weil er auf Hilfe angewiesen ist und oft überraschend und unter Zeitdruck entscheiden muss. Aufgrund seiner gesundheitlich instabilen Verfassung hat er meist nicht die Möglichkeit, vom «Geschäftsabschluss» zurückzutreten. Weiterhin fehlt ihm häufig die Kompetenz, die medizinische oder pflegerische Qualität der Versorgung zu beurteilen – sofern er nicht zum Experten für seine Erkrankung geworden ist, etwa durch ein chronisches Leiden. Sollte er sich bei der Beurteilung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung irren, betreffen etwaige negative Folgen unter Umständen unmittelbar Leib und Leben des Kranken. Zudem stellt nicht jeder Patient einen für andere attraktiven Vertragspartner dar, so dass schwache Akteure unter Umständen keinen Partner finden oder ein Vertrag eventuell nicht zustande kommt, weil die eine Seite Bedingungen stellt, welche die andere Seite nicht erfüllen kann. Damit wäre im Krankheitsfall die medizinische Versorgung nicht für jeden Menschen gesichert.

Die neoliberale Wende im Gesundheitswesen – mit ihrer Konzeption des Kranken als Kunden – und die Debatte um eine Kürzung der Mittel bringen zahlreiche vertragstheoretische Elemente mit sich. So werden in Deutschland beispielsweise bestimmte Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert, wodurch ein neuer Markt privat zu finanzierender Gesundheitsleistungen entsteht.

In der Transplantationsmedizin gibt es angesichts des Organmangels neuerdings Vorschläge wie Ringtausch, Organ gegen Geld oder Bevorzugung von Patienten, die früher einmal ihre Bereitschaft zur Organspende erklärt haben. Die vorgängig festgelegte wechselseitige Tauschbereitschaft oder eine finanzielle Kompensation stellen bei diesen Vorschlägen die Bedingung dar, an der Organverteilung bevorzugt teilzunehmen.

Ringtausch: Der Ringtausch bezieht sich auf die Lebendspende von Nieren: Viele dialysepflichtige Patienten haben Verwandte, die ihnen eine Niere spenden würden, dies aber aus medizinischen Gründen nicht können. Beim Ringtausch tauschen zwei Spender-Empfänger-Paare die «Partner». Der Spender würde also sein Organ einer ihm fremden Person spenden und im Gegenzug erhielte sein Verwandter das Organ des anderen Spenders.

3.3 Utilitaristische Argumentationen

Utilitaristische Argumentationen lassen sich grob wie folgt charakterisieren:

- Als oberste Norm gilt das Prinzip der Maximierung des Gesamtnutzens aller von einer Handlung Betroffenen.
- Die nähere Definition von Nutzen ist offen. Grundintention ist, dass jeder Mensch danach strebt, Schmerz zu vermeiden und Lustgewinn anzustreben. Die Frage nach der Charakterisierung des Nutzens, nach seinem Maß und nach den Summierungsmöglichkeiten zieht sich durch alle utilitaristischen Theorien. In der Medizin werden oft Summen über z.B. Lebensjahre oder „Lebensqualität“ gebildet.

Gegen diese Argumentationen lässt sich zum ersten einwenden, dass die oberste Norm der „Nutzenmaximierung“ nicht weiter begründet, sondern lediglich gesetzt ist. Außerdem wird die Definition von „Nutzen“ nicht ausgewiesen. Somit sind die Bezugsgrößen offen für gesellschaftlichen Erwartungen und Leistungsvorstellungen. Weiterhin bleibt offen, wer eigentlich zum Kreis der von einer Handlung oder Entscheidung Betroffenen zählt, das heißt, wer als „betroffen“ gelten darf und wie weit oder eng der Kreis gezogen wird. Etwaige Kriterien dürfen nicht nur gesetzt werden, sondern sind begründungsbedürftig. Doch weder der klassische Utilitarismus, bei dem in das Nutzenkalkül nur Lebewesen eingehen, die aus empirischer Sicht Schmerz oder Lust empfinden können, noch der Präferenzutilitarismus, bei dem in das Nutzenkalkül nur „interessefähige Personen“ eingehen, leistet diese Begründung. Zudem ist offen, welche „Reichweite“ der Folgen zu betrachten ist. Schließlich ist vor dem Hintergrund einer rechthebasierten Argumentation als äußerst problematisch anzusehen, dass die Optimierung des Gesamtwohlergehens und nicht das Wohlergehen Einzelner angestrebt wird. Dies bedeutet, dass einzelne Menschen oder Minderheiten im Gruppennutzen untergehen können, weil es keine garantierten individuellen Rechte gibt.

Utilitaristische Argumentationen in Bezug auf das Gesundheitswesen sind beispielsweise bei der intensivmedizinischen Versorgung schwerkranker Patienten mit ungünstiger Prognose zu finden. Wohl kann eine Behandlungsbegrenzung sinnvoll sein, um das Sterben eines Menschen nicht zu verlängern oder um seinem im Voraus geäußerte Willen nachzukommen. Immer häufiger jedoch spielen auch Budgetfragen eine Rolle – und zwar bei Patienten, die noch nicht im Sterben liegen, etwa bei Wachkomatösen oder bei multimorbiden hochbetagten Patienten, die in eine Krise geraten: Wer darf dauerhaft ein Bett in der Klinik oder im Pflegeheim belegen, bei welchem Patienten werden teure Medikamente noch eingesetzt? Wohl sind Effektivitätsüberlegungen wichtig, doch die Quantifizierung von Nutzen über Patienten hinweg, vor allem dann, wenn implizite und variierende Nutzendefinitionen zugrunde liegen, ist problematisch. Ein anderes Beispiel enthält die Debatte über die Zulässigkeit von Arzneimitteltests. Hier wurde das Argument des „Gruppennutzens“ neu eingebracht. Zu einer Gruppe zu gehören (etwa aufgrund des Alters oder einer ähnlichen Erkrankung) und für diese Gruppe einen Therapienutzen erbringen zu können, soll die Forschung an nicht-zustimmungsfähigen Kindern, Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Menschen mit Demenz legitimieren, so das Argument.

3.4 Fazit: Aktuelle Akzentverschiebungen bei den drei Argumentationsrichtungen

Soweit ein kurzer Überblick über drei Argumentationsrichtungen und ihre damit jeweils verbundenen ethischen Normen. Es sollte deutlich werden, dass wir uns mit vertragstheoretischen oder utilitaristischen Argumentationen unter Umständen unliebsame Konsequenzen einhandeln und dass die Voraussetzungen, die diese Argumentationsrichtungen machen, einer weiter gehenden Begründung entbehren. In Praxisentscheidungen und in gesundheitspolitischen Diskussionen ließ sich schon immer eine gewisse Vermischung von Argumentationsrichtungen feststellen. Doch in Bezug auf die drei Argumentationsrichtungen hat sich in jüngerer Zeit eine bedeutsame Veränderung ergeben: Musste bislang das Abweichen von einer Gleichbehandlung, das Nichteinhalten grundlegender individueller Rechte gerechtfertigt werden, scheinen derzeit das gesundheitspolitische Klima ebenso wie die „Leitungspolitik“ vieler Institutionen der Gesundheitsversorgung den rechthebasierten Argumentationsrichtungen die Begründungslast zuzuweisen. Offenbar hat sich die „Beweislast“ bzw. Begründungslast umgekehrt. So muss sich nun vielerorts in Diskussionen derjenige rechtfertigen, der zu den „ewig Gestrigen“ zu zählen scheint, weil er von individuellen Rechten und Hilfsansprüchen ausgeht. Dies entspricht jedoch weder der Rechtslage und dem Sozialstaatsgedanken noch den bislang üblichen Denktraditionen. Allerdings ist es legitim, das bis dato Selbstverständliche, Unhin-

terfrage an die Ethik zurückzugeben mit der Aufgabe, es genauer zu begründen. Dass eine differenzierte Begründung positiver Rechte, das heißt unbedingter Hilfsansprüche, im Fall von Krankheit möglich ist, lässt sich z.B. mit dem ethischen Ansatz von Gewirth zeigen – was nachfolgend geschehen soll.

4. Zur Begründung individueller Rechte und Hilfspflichten in Bezug auf die Gesundheitsversorgung

Die in vielen europäischen Ländern solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung beruht wesentlich auf einem Verständnis sozialer Gerechtigkeit, gemäß der Mittel und Leistungen nach Gleichheit, Bedürftigkeit und Dringlichkeit verteilt werden (Mieth 1992). In jüngerer Zeit erhalten im Zuge von Mittelkürzungen und -umschichtungen andere Verständnisse von Gerechtigkeit – z.B. als Tausch- oder Leistungsgerechtigkeit – mehr Gewicht. Diese Trendwende stellt die traditionellen solidarischen Wertvorstellungen und das damit verbundene Gerechtigkeitsverständnis in Frage, so dass nun über historische Verweise hinaus ethische Begründungen erforderlich werden. Dabei zeigt sich, dass für die Gestaltung des Gesundheitswesens entscheidend ist, ob rechtebasierte oder aber andere ethische Argumentationen als Ausgangspunkt gewählt werden.

Ein ethischer Ansatz, der individuelle Abwehr- und Anspruchsrechte zu begründen vermag, liefert zwar nicht Antworten für alle komplexen Fragen der Gestaltung institutioneller Rahmenbedingungen und der Ressourcenverteilung, doch lassen sich bestimmte Eckpunkte ausweisen, die unbedingt zu berücksichtigen sind. Sie dienen als Prüfkriterien, die auf Missstände hinweisen bzw. zu Verbesserungen auffordern.

Der ethische Ansatz von Alan Gewirth steht in kantischer Tradition und leistet sowohl eine Begründung grundlegender Individualrechte als auch der von den Mitgliedern einer Gesellschaft geforderte Hilfspflichten (Gewirth 1978; 1996 und Steigleder 1999). Gewirth zeigt über eine Argumentationskette, dass jeder Mensch bestimmte allgemeine Voraussetzungen braucht, um handeln zu können. Zu handeln, das heißt freiwillig und bewusst eigene Ziele zu verfolgen, macht den Menschen als moralisches Subjekt aus. Als Handelnder ist aber jeder Mensch in zweifacher Weise von den Handlungen anderer Individuen abhängig: Zum einen ist er darauf angewiesen, dass andere seine Freiheit und seine allgemeine Handlungsfähigkeit nicht beeinträchtigen oder zerstören. Zum anderen muss er mit Situationen und Lebensumständen rechnen, in denen er seine Handlungsfähigkeit und die Voraussetzungen dafür nicht durch eigene Anstrengung erreichen oder wiedererlangen kann und somit auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Gewirth zeigt, dass es vernünftig ist anzuerkennen, dass jeder Mensch, vorausgesetzt, er schafft dies nicht aus eigener Kraft, ein Recht auf Hilfe hat, wenn die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit bedroht oder eingeschränkt sind.

Gesundheit sei ein hohes Gut, eine wichtige Voraussetzung, konstatieren viele. Doch was könnte näherhin damit gemeint sein? Mit Gewirth lässt sich dies wie folgt erläutern: Ein bestimmtes Maß an Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass ein Mensch überhaupt bewusst und selbstbestimmt handeln kann. Umgekehrt schränkt gerade auch Krankheit die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit häufig so stark ein, so dass ein Mensch in seinem Vermögen und seiner Verantwortung als moralisches Subjekt beschnitten wird. Da physische und psychische Gesundheit eine grundlegende Voraussetzung für die Fähigkeit darstellt, überhaupt zu handeln und selbst gesetzte Ziele zu verfolgen, hat jeder Mensch das Recht auf solche Gesundheitsleistungen, welche die allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit erhalten, schützen oder wieder herstellen – so Gewirth.

Um grundsätzliche Einschränkungen oder Bedrohungen der Handlungsfähigkeit abzuwenden, sind andere im Krankheitsfall zu Hilfe verpflichtet. Je stärker die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit bedroht sind, um so dringlicher und gebotener sind die Hilfspflichten anderer, etwa mittels medizinischer, pflegerischer oder psychologischer Maßnahmen zur Heilung oder Linderung einer Erkrankung beizutragen.

Die Reichweite dieser Argumentation hängt davon ab, ob und inwieweit sich allgemeine physiologische und psychische Bedingungen der Handlungsfähigkeit aufweisen lassen, die durch die Bereitstellung medizinischer Präventions-, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten gewährleistet werden können. Die meisten der derzeit faktisch als behandlungsbedürftig anerkannten Körper- und Geisteszustände beinhalten zumindest partielle Beeinträchtigungen der allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit. So werden z.B. eine Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium, eine sich manifestierende HIV-Infizierung oder sehr starke Dauerschmerzen elementare Handlungsvoraussetzungen verletzen, unter anderem die «physische und psychische Integrität» und «die Grundzuversicht in das eigene Vermögen, Ziele zu verfolgen». Hingegen wird eine akute Blinddarmentzündung, falls rechtzeitig behandelt, eine wenn auch deutliche, so doch nur kurzfristige Beeinträchtigung zur Folge haben. Inwiefern z.B. eine schwere Erkältung oder eine in regelmäßigen Abständen wiederkehrende Migräne die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigt, müsste unter Heranziehung multidisziplinärer Forschungserkenntnisse und Erfahrungen zahlreicher Betroffener eingehender diskutiert werden (vgl. Bobbert 2000).

Insofern kann über den Ansatz von Gewirth, der unhintergehbare moralische Rechte jedes einzelnen Menschen begründet, ein recht umfangreicher Kernbereich solidarisch finanzierter Leistungen eingefordert werden. Dementsprechend ergeben sich aus den individuellen moralischen Abwehr- und Anspruchsrechten einige Eckpunkte für Fragen der Gesundheitsversorgung, auf die weiter unten eingegangen wird.

Darüber hinaus sollte die Bestimmung der Randbereiche der Gesundheitsversorgung durch faire und konsensorientierte Verfahren geregelt werden, um über das weitergehende Leistungsspektrum zu entscheiden (Werner 2002, 134ff). Für „Krankheiten“ oder „Gesundheitszustände“, die sich nicht auf die fundamentalen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit beziehen lassen, sondern bei denen sich Fragen der individuellen Präferenzen und Lebensführung stellen, ist eine gesellschaftliche Konsensregelung sinnvoll. Die große Zahl der potentiell oder faktisch Betroffenen, deren stark unterschiedliche Bedürfnislagen, die ungleiche Verteilung politischer Einflusschancen sowie die Komplexität der medizinischen, rechtlichen und moralischen Fragen sprechen dafür, einen repräsentativen Stellvertreterdiskurs einzurichten. Es sollte sich dabei um ein transparentes Verfahren handeln, das auf einen argumentativ nachvollziehbaren Konsens abzielt.

5. Forderungen für eine auf individuellen Rechten basierende Verteilung von Gesundheitsmitteln

Die Bestimmung des Leistungsspektrums der solidarisch finanzierten Krankenversorgung ist eine sehr komplexe und umstrittene Aufgabe. Gleichwohl lassen sich vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen einige ethisch-normative Forderungen ableiten, um dem Anspruch einer gerechten Verteilung von Mitteln zu genügen.

5.1 Berechtigte Hilfsansprüche im Krankheitsfall

Menschen kommen bestimmte individuelle Rechte unbedingt zu. Daraus entstehen im Fall von Krankheit berechtigte Hilfsansprüche. Grad und Umfang der Verpflichtung anderer lassen sich mit Blick auf die allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit bestimmen. Eine diese Voraussetzungen sichernde, wiederherstellende oder fördernde Versorgung sollte demnach jeder Mensch im Krankheitsfall erhalten. Aufgrund der unbedingten Geschuldetheit bestimmter Hilfestellungen darf eine Krankenversorgung nicht von wirtschaftsliberalen Vorstellungen abhängig sein, nach denen zwischen souveränen Partnern individuell Verträge je nach Informiertheit, Risikofreudigkeit und Antizipationsvermögen geschlossen werden. Statt Tausch- oder Leistungsgerechtigkeit ist eine Sicherung für jedes Mitglied der Gesellschaft gefragt, die im Krankheitsfall zuverlässig greift. Außerdem ist ein solidarisch finanziertes Gesundheitsversorgungssystem zu fordern, weil jeder Mensch einen berechtigten Anspruch auf Hilfe durch andere hat, sofern er die Voraussetzungen für die Handlungsfähigkeit nicht durch eigene Anstrengung erhalten oder erreichen kann.

5.2 Garantie der Hilfe durch Fachkräfte in Institutionen

Eine Gesellschaft bzw. ein Staat hat die Pflicht, die Erfüllung berechtigter Hilfsansprüche, welche die Möglichkeiten Einzelner übersteigen, durch gesellschaftliche Institutionen zu garantieren (Gewirth 1978, 247ff., 312ff.). Da in den meisten Fällen eine angemessene und kontinuierliche medizinische und pflegerische Versorgung nur über einschlägige Institutionen mit entsprechender Ausstattung und Fachpersonal erfolgen kann, besteht eine gesellschaftliche Pflicht, ein funktionierendes Gesundheitssystem zu unterhalten. Die Art der professionellen Hilfe sollte fachlich anerkannten Qualitätsstandards entsprechen.

5.3 Prioritätensetzungen in der Versorgung

Die Frage, nach welchen ethischen Kriterien Prioritäten in der Versorgung zu setzen sind, lässt sich mit Gewirths Kriterium der allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit angehen. So kann unter diesem Gesichtspunkt eine Bewertung des Schweregrads und Hilfebedarfs bei verschiedenen Krankheitsbildern erfolgen (Bobbert 2000, 418ff.). Mit abnehmender Schwere einer Krankheit und abnehmender Stärke der Betroffenheit grundlegender individueller Rechte durch die krankheitsbedingten Symptome wird der Hilfsanspruch schwächer. Dementsprechend muss sich eine Verteilung der Mittel an einer Hierarchie individueller Rechte ausrichten. Mit seiner internen Hierarchie der Notwendigkeit für die Handlungsfähigkeit gibt der Ansatz von Gewirth Antwort auf die Frage, bei welchen gesundheitlichen Einschränkungen jeder kranke oder pflegebedürftige Mensch unbedingten Anspruch auf Hilfe hat.

Durch die Prioritätensetzungen in Bezug auf Krankheiten und ihren Schweregrad ist allerdings noch nicht die Frage beantwortet, welche Massnahmen zu forcieren sind: So wurden beispielsweise in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten viele Ressourcen in die Notfallmedizin und kardiologische Akutmedizin gelenkt. Sollte das so bleiben, oder sollten vielleicht bestimmte Bereiche der Prävention oder die palliative Versorgung in Zukunft stärker ausgebaut werden? Welcher Stellenwert sollte dabei den anderen gesundheitsbezogenen Berufen mit ihren z.B. pflegerischen, physiotherapeutischen, psychologischen oder logopädischen Möglichkeiten eingeräumt werden? (Vorschläge dazu liefert z.B. Rosenbrock 2007.) Die Frage nach der Art der Mittel führt über den Ansatz von Gewirth hinaus. Erstens sind hier die berufspolitischen Interessen offen zu legen und kritisch zu diskutieren. Zweitens bedarf es

fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse, um Fragen der Effizienz und Effektivität nachzugehen. Drittens wären Fragen des gelingenden Lebens und der Selbstbestimmung des Kranken zu berücksichtigen. Dies hieße unter anderem, solchen Maßnahmen den Vorzug zu geben, die eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ darstellen, oder die in Situationen grosser Schwäche und Abhängigkeit Schutz und Fürsorge gewährleisten.

5.4 Gleichbehandlung gleicher Fälle

Die Gleichbehandlung gleicher Fälle bezieht sich unter anderem auf die Gleichheit des Zugangs zur Versorgung und auf ihre Qualität. So darf es beispielsweise kein zu großes Stadt-Land-Gefälle bei der stationären oder ambulanten Regelversorgung geben, das heißt, die Institutionen der Gesundheitsversorgung müssen flächendeckend und für alle leicht zugänglich sein. Die Gleichbehandlung gleicher Fälle gilt außerdem in Bezug auf Wartezeiten, die Wirksamkeit der Therapien und damit verbundenen Risiken sowie Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen.

Auch die Einführung neuer medizinischer Verfahren, die unter Umständen kostenintensiv sind, müsste daraufhin geprüft werden, ob sich ein Verfahren wirklich all denjenigen anbieten ließe (logistisch-strukturell, finanziell, in Bezug auf das erforderliche Wissen), für die es potenziell hilfreich sein könnte. Ein kostenaufwändiges Verfahren oder eine medizinische Innovation mit nur geringer Zusatzeffektivität würde dann vielleicht nicht oder erst später in die klinische Praxis übernommen.

5.5 Diskriminierungsverbot

Es besteht ein Diskriminierungsverbot, das heißt, jeder Mensch hat „ohne Ansehen der Person“ Anspruch auf die gleiche Unterstützung. Daher verbietet sich eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nach Kriterien wie z.B. Alter, sozialem Status, Leistungsfähigkeit oder genetischer Ausstattung (vgl. Pöltner, 2002, 304ff. und aus rechtsphilosophischer Sicht Gutmann 2002, 202). Dies ist nicht selbstverständlich, da beispielsweise Eltern von Kindern mit einer Behinderung manchmal erleben, dass bei ihrem Kind im Unterschied zu gesunden Kindern mit der gleichen Erkrankung bestimmte Operationen oder intensivmedizinische Maßnahmen in Frage gestellt werden. Ebenso scheint das Merkmal Alter anfällig für Diskriminierungen zu sein. So wird die Frage, ob ältere Menschen von bestimmten medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden sollten, diskutiert. Speziell dagegen ist einzuwenden, dass jeder Mensch generell Anspruch auf Gesundheitsversorgung hat – ohne Rückgriff auf seine Leistungsfähigkeit oder die Lebensphase, in der er sich befindet. Dass im Einzelfall bei medizinischen Entscheidungen das Lebensalter im Zusammenhang mit Multimorbidität eine Rolle spielen mag, ist zu unterscheiden von einer generellen Fixierung des Lebensalters als ein Ausschlusskriteriums für bestimmte Hilfeleistungen.

5.6 Kein Zwang zur Inanspruchnahme von Hilfe

Hat ein kranker Mensch neben dem Recht auf professionelle Hilfe, so sie denn verfügbar ist, umgekehrt die Pflicht, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen? Muss er vielleicht sogar bestimmte Formen der Behandlung mit sich geschehen lassen, weil er gewissermaßen eine Pflicht zur Wiederherstellung und zum Erhalt der für die allgemeine Handlungsfähigkeit notwendigen Bedingungen hat? Aus der Perspektive eines Handlungsfähigen wäre es selbstwidersprüchlich, einer Beschränkung seines Rechts auf Freiheit durch andere zuzustimmen, wenn er selbst keinen Wert auf Wiederherstellung oder Erhalt seines gesundheitlichen Zustands legt. Vorausgesetzt, es können keine berechtigten Zweifel an der Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit

higkeit eines Menschen vorgebracht werden, gebietet es das Recht auf Freiheit, sich nicht einzumischen, es sei denn, der Betreffende beeinträchtigt oder gefährdet andere. Zusätzlich stützen das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit dieses Verbot. Niemand kann also gegen seinen Willen zu diagnostischen (z.B. genetischen) Untersuchungen oder Behandlungen verpflichtet werden, solange keine wesentlichen individuellen Rechte anderer verletzt sind.

5.7 Schutzmaßnahmen für gesellschaftliche Randgruppen

Menschen aus gesellschaftlich stigmatisierten Randgruppen wie z.B. Wohnungslose, AIDS-Kranke sowie hochbetagte und demente Menschen bedürfen besonderer Schutz- und Fördermaßnahmen, um die Bedingungen der Handlungsfähigkeit im Rahmen der Möglichkeiten wieder herzustellen oder zu bewahren, gesellschaftlich-strukturell bedingte Nachteile auszugleichen und Chancengleichheit zu fördern. So sollte ein Gesundheitswesen für diese Randgruppen, deren Gesundheitszustand teilweise durch schwierige Lebensumstände oder gesellschaftliche Ausgrenzung geschwächt oder deren Zugang zur Gesundheitsversorgung generell erschwert ist, besondere Schutz- und Fördermaßnahmen entwickeln.

Darüber hinaus haben Mitglieder von Randgruppen oft nur geringe institutionelle und politische Mitsprachemöglichkeiten. Damit fehlen ihre Perspektiven und die für ihre Versorgung passenden speziellen Mittel und Wege. Etablierte Entscheidungsverfahren im Gesundheitswesen sollten deshalb auf Möglichkeiten der Integration dieser Gruppen und ihrer Anliegen hin überprüft werden.

5.8 Gesundheit in Abhängigkeit von Wohlstands- und Bildungsunterschieden

Zahlreiche empirische Studien zeigen, dass sich Einkommensverhältnisse, Arbeitslosigkeit und niedriger Bildungsstand negativ auf den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung auswirken (Armutbericht der deutschen Bundesregierung 2005; Richter 2000; Sachverständigenrat 2005). So besteht z.B. ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit oder zwischen niedrigem Bildungsniveau und Lebenserwartung. Auch was die Teilhabe an Gesundheitsinformationen und -leistungen anbetrifft, spielen der gesellschaftliche Status sowie die Bildungs- und finanziellen Ressourcen eines Menschen eine wichtige Rolle (Wolder/Levin/Schiller 1998, bes. 44f). Diese strukturellen Zusammenhänge zeigen, wie sehr die Leistungen des Gesundheitssystems gesellschaftliche Unterschiede herstellen und vertiefen oder aber ausgleichen können. Daher sind hier spezielle Fördermaßnahmen, etwa zur Gesundheitsbildung, geboten (Vorschläge dazu liefert Rosenbrock 2007).

5.9 Entscheidungsebenen und Verfahrensfragen

Zur Klärung der komplexen Frage, wie die Prioritäten bei der Verteilung begrenzter Mittel zu setzen sind, ist es wichtig, die verschiedenen Entscheidungsebenen und Entscheidungsformen auseinander zu halten und zu erörtern, welche Entscheidungen auf welcher Ebene zu treffen sind. In der Literatur werden dazu unterschiedliche Unterteilungen von Entscheidungsebenen vorgeschlagen. Gängig ist die Unterscheidung von vier Ebenen der Ressourcenverteilung (untere und obere Mikroebene, untere und obere Makroebene), die von Engelhardt (1996, 387–390) eingeführt wurde.

Auf der unteren Mikroebene setzt der behandelnde Arzt fest, ob und welche medizinischen Maßnahmen an einem Patienten durchgeführt werden. Er ist also der primäre Verteiler von Leistungen, die Kosten verursachen und über viele Vermittlungsschritte Auswirkungen auf

das Gesundheitsbudget haben. Der Arzt ist jedoch in erster Linie dem Wohl seines Patienten verpflichtet, das heißt, er soll ihm die bestmögliche medizinische Behandlung zukommen lassen und ihm nicht schaden. Diese Ziele haben Vorrang vor ökonomischen Kosten-Nutzen-Abwägungen, weil die Würde des Menschen oder, mit Gewirth gesagt, die zentralen individuellen Rechte eines Menschen nicht verrechnet werden dürfen. „Adressat ärztlicher Verantwortung ist der hilfsbedürftige Patient, nicht aber das Gesundheitsbudget“ (Pöltner 2002, 298). Problematisch ist eine so genannte implizite Rationierung, die häufig durch festgelegte Budgetobergrenzen initiiert wird. Im Gegensatz zur expliziten Rationierung, bei der bestimmte Behandlungen einer Patientengruppe unter vorher definierten Voraussetzungen nicht gewährt werden, sind bei einer impliziten Rationierung die Bedingungen, unter denen im konkreten Fall Leistungen vorenthalten werden, nicht vorab festgelegt. Verteilungsentscheidungen werden damit in die Arzt-Patient-Beziehung verlagert. Das ist zu kritisieren, weil die von den Ärzten und Ärztinnen getroffenen Verteilungsentscheidungen von unbewussten Voreingenommenheiten bezüglich Geschlecht, sozialer Stellung oder persönlicher Sympathie beeinflusst werden können. Außerdem haben informierte, eloquente oder sehr fordernd auftretende Patienten erfahrungsgemäß bessere Chancen auf eine umfangreiche medizinische Behandlung.

Weil der Arzt in seiner moralischen Verantwortung nicht überfordert werden darf und das Arzt-Patient-Verhältnis zu schützen ist, kann und soll der Arzt nur eine sehr eingegrenzte Verantwortung für übergeordnete Kosten-Nutzen-Rechnungen haben. Gleichwohl tragen Arzt und Patient Mitverantwortung für die Gesundheitsausgaben. Im Sinne der Sparsamkeit ist beispielsweise bei medizinischer Gleichwertigkeit die kostengünstigere Variante der Behandlung zu wählen, Überdiagnostik zu vermeiden oder eine aller Voraussicht nach wirkungslose Behandlung zu unterlassen.

Generell stellen Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen in der Gesundheitsversorgung normative Urteile dar, deren Beantwortung ethischer Argumente und Kriterien bedarf. Insofern sollten übergeordnete Mittel-Zweck-Überlegungen nicht ohne weiteres an beruflich oder institutionell organisierte Verfahren bzw. Gremien, neuerdings teilweise „runde Tische“, Ethikkomitees, Ethikkommissionen und dergleichen delegiert werden, da diese in der Regel pragmatische Kompromisse suchen und ihre Legitimation oftmals unklar ist. Häufig werden auf diese Weise die ethischen Fragen nicht angemessen gelöst, sondern über den formalen Weg der Prozedur lediglich verlagert.

5.10 Effizienter Einsatz der gemeinsam finanzierten Mittel und Leistungen

Es besteht selbstredend eine gegenseitige Verpflichtung aller Mitglieder des Gesundheitswesens, das heißt aller Berufsgruppen sowie aller Versicherten bzw. Patienten, die gemeinsam finanzierten Mittel und Leistungen effizient einzusetzen. Hinter der berechtigten Forderung an Ärzte, unnötige und kostentreibende Aspekte ärztlichen Handelns zu vermeiden, verbirgt sich jedoch ein Problem: Um zwischen Rationalisierung (im Sinne des Ausschöpfens von Wirtschaftlichkeitsreserven, wobei der gleiche medizinische Effekt mit geringerem finanziellen Aufwand erzielt wird) und Rationierung (im Sinne des Vorenthaltes einer nützlichen medizinischen Leistung) überhaupt unterscheiden zu können, bedarf es empirischer Daten hinsichtlich der Behandlungserfolge und Prognosen. An solchen Daten fehlt es häufig, so dass sich nicht feststellen lässt, ob das, was als Maßnahme zur reinen Effizienzsteigerung bezeichnet wird, nicht bereits die Qualität der Versorgung eingeschränkt (Schöne-Seifert 1992, 35). Denn abgesehen von einer vernünftigen Schrittfolge diagnostischer Abklärungen lassen sich medizinische Maßnahmen lediglich entlang eines Kontinuums zunehmender Vorteilhaftigkeit anordnen. Letztlich also gilt es zu entscheiden, wo zwischen den beiden Extremen einer eher

nutzlosen oder aber sehr Erfolg versprechenden medizinischen Maßnahme der Schnitt zu setzen ist.

6. Schluss

Es wurde gezeigt, auf welche Weise sich individuelle Rechte als Maßstab für eine gerechte Verteilung heranziehen lassen. Sind grundlegende ethische Kriterien und gute Gründe für Verteilungsfragen gefordert, ist der ethische Ansatz von Gewirth, der von individuellen moralischen Rechten ausgeht, in der Lage, einen Bereich des unbedingt Geschuldeten auszuweisen. Sofern ein bestehendes Gesundheitssystem diesen Versorgungsbereich nicht abdeckt, ist zu fordern, dass gesamtgesellschaftlich die erforderlichen zusätzlichen Mittel bereitgestellt werden.

Obwohl durchgängig von individuellen Rechten und Pflichten die Rede war, darf es in der Gesundheitsversorgung nicht nur um die Einlösung moralischer Rechte und Pflichten gehen, sondern darüber hinaus um eine institutionelle und gesellschaftliche Kultur des Helfens, die den Anderen als Mitmenschen in den Blick nimmt. Angehörige, Nachbarn und Bekannte aus dem sozialen Umfeld wie auch die professionell Helfenden können Haltungen entwickeln, die sich auf Begegnung im Sinne einer zugewandten Kommunikation und Anteilnahme richten und auf die Anerkennung der Autorität Leidender. Letzteres hieße unter anderem, sich trotz straffer Arbeitsroutinen und Alltagsabläufe Aufmerksamkeit für individuelle Notlagen und Belastungen zu bewahren. Auf der Ebene der Institutionen dürfen diese Haltungen und die Möglichkeit zur Flexibilität im Einzelfall nicht durch einen zu großen Arbeits- und Zeitdruck sowie übermäßige bürokratische Kontrollen verstellt werden. In Diskussionen über die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen sollte trotz der durch Arbeitsmarkt und Wirtschaftskonjunktur motivierten Einsparungsziele nicht aus dem Blick geraten, dass es um Regelungen geht, welche Menschen elementare Handlungsvoraussetzungen wieder ermöglichen oder aber vorenthalten.

Literatur

- Albrecht, H. (2003): Qual der Arztwahl. In: Die Zeit, 34, 23.
- Bobbert, M. (2000): Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth. ETHICA, 8, 2, 405–440.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.
- Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V. (BEB) u.a. (Hg.) (2001): Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen. Reutlingen.
- Engelhardt, J.; Tristram, H. (1996): Foundations of Bioethics. Oxford/New York, 2. Aufl.
- Gewirth, A. (1978): Reason and Morality. Chicago.
- Gewirth, A. (1996): The Community of Rights. Chicago.
- Gutmann, T. (2002): Gleichheit vor der Rationierung. Rechtsphilosophische Überlegungen. In: Gutmann, T.; Schmidt, V.H. (Hg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen. Weilerswist, 179–210.
- Höffe, O. (2001): Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung. München.
- Kuhlmann, E. (1999): Im Spannungsfeld zwischen Informed Consent und konfliktvermeidender Fehlinformation: Patientenaufklärung unter ökonomischen Zwängen. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Ethik in der Medizin 11, 146–161.

- Mieth, D. (1992): Ethik der Gerechtigkeit. Ansätze, Prinzipien, Kriterien. In: Mieth, D.; Magino, P. (Hg.): Vision Gerechtigkeit? Düsseldorf, 12–32.
- Mieth, D. (2003): Die Therapie der Freiheit. *Erwägen Wissen Ethik (EWE)* 14, 4, 630–632.
- Nozick, R. (1974): *Anarchie, Staat und Gesellschaft*. München.
- Ott, K. (2001): *Moralbegründungen zur Einführung*. Hamburg.
- Pöltner, G. (2002): Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen. In: Pöltner, G.: *Grundkurs Medizin-Ethik*. Wien, 287–312.
- Rawls, J. (1971): *A Theory of Justice*. Deutsche Übersetzung (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Rosenbrock, R. (2007): Worauf wir nicht verzichten sollten. *Gesundheitssystem und Solidarität*. *Dr. Mabuse* 1/2, 29–32.
- Richter, E.A. (2000): Kongress „Armut und Gesundheit“. *Armut macht krank*. *Deutsches Ärzteblatt*, 97, 50, C2540–2541.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2005): *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Gutachten, Berlin.
- Schöne-Seifert, B. (1992): Was sind ‚gerechte‘ Verteilungskriterien? In: Mohr, J.; Schubert, C. (Hg.): *Ethik der Gesundheitsökonomie*. Berlin, 34–44.
- Steigleder, K. (1999): *Grundlegung der normativen Ethik*. Der Ansatz von Alan Gewirth. Freiburg im Breisgau/München.
- Unschuld, P. (2006): Der Patient als Leidender und Kunde. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103, 17, 925–928.
- Werner, M.H. (2002): Die Eingrenzung des Leistungsspektrums des solidarfinanzierten Gesundheitssystems als Herausforderung liberaler Konzeptionen politischer Ethik. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 48, 2, 125–138.
- Wolder Levin, B.; Glick Schiller, N. (1998): Social Class and Medical Decisionmaking: A Neglected Topic in Bioethics. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 7, 41–56.