

Monika Bobbert

Was setzen wir aufs Spiel, wenn wir Patienten zu Kunden machen?

Ethische Argumente für die Beibehaltung einer rechtebasierten Ressourcenverteilung

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen in Deutschland beruht seit langem auf einem Verständnis sozialer Gerechtigkeit, gemäß dem Mittel und Leistungen nach Gleichheit, Bedürftigkeit und Dringlichkeit verteilt werden. Im Zuge von Mittelkürzungen sowie einer partiellen Ökonomisierung und Privatisierung der Gesundheitsstrukturen werden andere Verständnisse von Gerechtigkeit eingeführt – zum Beispiel im Sinne von Tausch- oder Leistungsgerechtigkeit. Für eine gerechte Gestaltung des Gesundheitswesens ist aber entscheidend, ob eine rechtebasierte oder aber andere ethische Argumentation zu Grunde liegt. Ein ethischer Ansatz, der individuelle Abwehr- und Anspruchsrechte zu begründen vermag, liefert zwar nicht Antworten auf alle komplexen Fragen der Verteilung von Ressourcen, doch lassen sich bestimmte Eckpunkte ausweisen, die unbedingt zu berücksichtigen sind. Sie dienen als Prüfkriterien, die auf Missstände hinweisen beziehungsweise zu Verbesserungen auffordern können.

Bislang spielen ethische Überlegungen in der gesellschaftspolitischen Diskussion um die Gestaltung der Gesundheitsversorgung nur eine geringe Rolle. Obwohl politische und rechtliche Entscheidungs- und Klärungs-

prozesse in ihrer Funktion alternativlos sind, können sie einen ethischen Diskurs über moralisch strittige Fragen nicht ersetzen. Vielmehr sind in der Auseinandersetzung über strittige Fragen vernünftig nachvollziehbare ethische Argumente anzustreben. Denn Ethik als methodisch reflektierte Begründung von Kriterien des Richtigen und Guten bezieht sich nicht nur auf Handlungen Einzelner, sondern ebenso auf die Institutionen der Gesundheitsversorgung, denn diese geben die Rahmenbedingungen vor.

Aus ethischer Sicht sind unter anderem folgende Fragen zu diskutieren:

- (1) Welche Institutionen und speziellen Gesundheitsleistungen müssen für alle Mitglieder der Gesellschaft garantiert sein?
- (2) Auf welche therapeutischen und pflegerischen Leistungen hat jeder Kranke ein Anrecht?
- (3) Welche Kriterien sollten aus ethischer Sicht herangezogen werden, um knappe Ressourcen wie zum Beispiel teure Medikamente, Operations-Kapazitäten oder Spenderorgane unter Patienten zu verteilen?

In Deutschland wird vor allem über den Umfang des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenkassen debattiert, also über Frage 2. In den vergangenen Jahren wurden sukzessive Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert oder neue Medikamente und Methoden nicht aufgenommen. Frage 3 wird derzeit vor Ort entschieden, das heißt von den einweisenden Ärzten, den Aufnahmemodalitäten der Kliniken und den dort behandelnden Ärzten und Ärztinnen. Beides geschieht, ohne dass Bürgerinnen und Bürger darauf Einfluss nehmen könnten. Und beides geschieht primär unter dem Verweis auf Sparzwänge und nicht mehr tragbare Kostensteigerungen. Ethische Reflexionen finden kaum statt, die Begründung gestiegener Kosten und das Anliegen der Senkung der Lohnnebenkosten scheinen die allseits überzeugenden Argumente zu sein. Gleichwohl sind dies keine ethischen Argumente und zudem gilt selbst dann, wenn man Leistungskürzungen anstrebt, dass Einschnitte beziehungsweise neue Prioritätensetzungen zu rechtfertigen sind.

2. Problemanzeigen

2.1. Abhängigkeit des Patienten

Sofern eine Erkrankung professionelle Hilfe erforderlich macht, ist die Situation des Kranken durch eine zweifache Abhängigkeit 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 Arbeitsteilungen der Institution, in die sich der Kranke als Patient begibt.

Das Faktum der Angewiesenheit auf fremde Hilfe lässt sich nicht beseitigen. Aus einem individuell oder institutionell unsensiblen Umgang mit dieser Situation der Abhängigkeit können jedoch rasch Erwartungsdruck, resignierte Passivität oder angstvolle Unterordnung entstehen und damit Einschränkungen des Entscheidungs- und Handlungsspielraums. Um diese Asymmetrien nicht zu vergrößern, sondern soweit als möglich abzumildern, bedarf es besonderer Rücksichtnahme, positiver Ermutigung und adressatengerechter Information.

Die Tendenz, den Patienten nicht mehr als Leidenden, sondern als Kunden zu verstehen, verändert sowohl die Erwartungen an den Patienten als auch an die Medizin. 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 zahlungskräftige Patienten, deren Behandlung Gewinn verspricht.¹ Doch das Bild vom Patienten als

¹ vgl. z.B. Unschuld (2006)

Kunden oder Vertragspartner, der informiert und selbstbestimmt auf dem Markt der medizinischen Möglichkeiten wählt, passt nur in seltenen Fällen – unter bestimmten Voraussetzungen etwa bei der kosmetischen oder der Anti-Aging-Medizin². Außerdem können chronisch Kranke nach einiger Zeit als Experten in eigener Sache auftreten. Doch abgesehen von solchen Ausnahmen, die durch Selbsthilfestrukturen oder gesammelte Krankenerfahrungen charakterisiert sind, basiert das traditionelle Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung sinnvollerweise auf der Voraussetzung, dass der Arzt eine Fürsorgeverpflichtung übernimmt und der Patient ihm dementsprechend Vertrauen entgegenbringen kann – gerade auch dann, wenn es ihm nicht möglich ist, alle krankheitsbezogenen Sachverhalte und Zusammenhänge nachzuvollziehen und die gesamte Verantwortung für eine Behandlungsentscheidung zu übernehmen. Bei vielen Erkrankungen wird es für eine qualitativ gute Versorgung unerlässlich sein, dass sich der Patient auf die ärztliche Einzelfallbeurteilung verlassen kann, das heißt sich nicht fragen muss: „Sind es wirtschaftliche oder humanitäre Motive, die eine Behandlungsstrategie bestimmen?“³

2.2. Problemanzeige: Überbetonung der Patientenselbstbestimmung

Unter Absetzung vom ärztlichen Paternalismus und von der Entmündigung von Patienten durch eine Institutionalisierung hat das Recht auf Selbstbestimmung in Politik, Medizinethik und klinischer Praxis an Gewicht gewonnen. So wichtig es ist, dem Patienten Wahlfreiheit zwischen

² Zu denken ist bei dieser so genannten Life-Style-Medizin beispielsweise an chirurgische Eingriffe zur Haarverpflanzung, Halsstraffung, Bauchglättung, an die Injektion von Botulin oder Kollagen zur optischen Verjüngung, an Medikamente zur Verbesserung der Potenz in höherem Alter oder an die Einnahme von Cholesterinsenkern nach einem fettreichem Essen, um ungeschmmt schlemmen zu können. Vgl. Berichte über diesen wachsenden Markt z.B. von Schulz (2002), oder Gatersburg (2000). Die Versprechungen der Medizin und die gesellschaftlichen Erwartungen, die zur Nachfrage solcher Techniken der Körper"kultivierung" führen, wären kritisch zu hinterfragen – was den Rahmen dieses Beitrags jedoch sprengen würde.

³ Unschuld (2006), C 928

bestehenden Behandlungs- oder Nichtbehandlungsoptionen einzuräumen, so problematisch ist eine Reduktion aller ethischen Fragen der Gesundheitsversorgung auf Fragen der individuellen Selbstbestimmung. 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 verschoben wird, statt auszuloten, inwieweit der Patient Unterstützung für seine Entscheidungen braucht. Denn wenn auf Freiheit verwiesen wird, muss sie auch verfügbar sein.⁴ Häufig wird Freiheit erst durch den Abbau von Hindernissen möglich.

Das Problem der Strategie, die Selbstbestimmung des Patienten sehr stark zu machen, besteht darin, dass Freiheit beziehungsweise Selbstbestimmung kontextlos und abstrakt gedacht wird, medizinische und pflegerische Maßnahmen hingegen konkrete Handlungen und Entscheidungen darstellen. Konkrete Freiheit beziehungsweise die Frage nach Zwang und Abhängigkeit nur auf der Ebene von Einzelhandlungen zu sehen, verfehlt die transzendente Freiheit des kategorischen Imperativs. Konkrete Freiheit darf nicht von Antrieben, Umständen und sozialen Folgeüberlegungen losgelöst erörtert werden. Vielmehr sind um der Freiheit des Menschen willen auch die Umstände, Kontexte und Folgen einzelner Selbstbestimmungsakte zu betrachten. Sonst sucht man die Befreiung von Bevormundung und Leid, 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-

⁴ vgl. dazu Michl (2003), S. 631

Anhörungs- und Beteiligungsrechte geht. Problematisch wird es, wenn individuelle Patienten ohne Qualitätsvorgaben und -kontrollen durch Fachleute zwischen medizinischen Möglichkeiten wählen sollen.

2.3. Problemanzeige: „Mehr Eigenverantwortung“?

Bei der derzeit in der Politik häufig zu vernehmenden Beschwörung von „mehr Eigenverantwortung“ der Versicherten ist zwischen verschleiern der 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 sein soll, welche Fördermaßnahmen zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit bestehen und wem dies abverlangt werden kann. Generell 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 eine Verantwortungszuschreibung oder eine Gesundheit versprechende Verhaltensvorgabe problematisch.

Ethische Argumentationen unterscheiden sich auch darin, inwieweit sie es sich zur Aufgabe machen, die präsentierten Problemdarstellungen oder -lösungen kritisch zu hinterfragen, so beispielsweise die mangelnde Präventionsbereitschaft der Bürgerinnen und Bürger und die Lösung, deshalb Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument einzusetzen. Demgegenüber zeigte ein Gutachten des Sachverständigenrats von 2005, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeit und der Schweregrad der Erkrankung von Faktoren gesellschaftlicher Ungleichheit wie Bildungsgrad, Einkommen und

Arbeitslosigkeit abhängen.⁵ So leben Männer aus dem unteren Einkommensviertel im Durchschnitt 10 Jahre kürzer als Männer aus den oberen 25 Prozent; bei Frauen beträgt die Differenz 5 Jahre. Der Unterschied betrifft auch die gesundheitliche Verfassung: Bürgerinnen und Bürger aus der so genannten Unterschicht entwickeln im Durchschnitt 7 Jahre früher eine chronische Erkrankung. Diese empirischen Daten zeigen, wie problematisch die Annahme ist, jeder Nutzer des Gesundheitswesens verfüge über die für den Wandel der Patientenrolle notwendigen individuellen Kompetenzen und sozialen Ressourcen. In den mittleren und oberen Sozialmilieus mag dies der Fall sein, nicht hingegen in den unterprivilegierten Milieus. Die Ausblendung von Bevölkerungsgruppen, die einen erhöhten Bedarf an begleitender Information und Beratung, Vorbeugung und Therapie haben, zeigt den Prozess der Entsolidarisierung im Gesundheitswesen.

Eine andere Form der Verantwortung ist demgegenüber sehr wohl zulässig, nämlich, an eine verantwortungsbewusste Inanspruchnahme der Dienstleistungen des Gesundheitswesens zu appellieren, das heißt, keine „Versicherungsmentalität“ zu entwickeln und als Einzahler Leistungen sogar dann zu fordern, wenn keine oder nur sehr geringfügige gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Ebenso besteht in Bezug auf die Erfüllung der Beitragspflichten eine Eigenverantwortung. Anders jedoch sieht es im Fall von Zuzahlungen im Krankheitsfall aus. Denn eine „Eigenverantwortung“ im Krankheitsfall widerspricht nicht nur dem sozialstaatlichen Prinzip der Solidarversicherung, sondern bedeutet eine Benachteiligung Kranker.

Davon abgesehen ist hinsichtlich der Rhetorik von „mehr Verantwortung“ im Gesundheitswesen zu prüfen, welche gesellschaftlichen Gruppen stärker in ihrer Fremdverantwortung angefragt werden müssten – zum Beispiel Beamte, Selbstständige oder einkommensstarke Versicherte. Aus sozialethischer Sicht wäre es naheliegend, den Schutz der Gesundheit stär-

⁵ vgl. Sachverständigenrat (2005)

ker als bisher zur Aufgabe gesellschaftlicher Institutionen oder Interessensverbände – etwa der Nahrungsmittelindustrie, ökologisch belastender Industriezweige, Werbeagenturen oder Institutionen des öffentlichen Bildungswesens – zu machen.

2.4. Problemanzeige: Primat ökonomischer Ziele

Zunehmend mehr werden in Debatten über die Gestaltung des Gesundheitswesens an erster Stelle ökonomische Motive, Ziele und Zwänge angeführt.⁶ Der Sozialstaat sei an Grenzen gelangt, die Gesundheitsversorgung könne angesichts des internationalen Wettbewerbs nicht mehr in der bisherigen Form aufrecht erhalten 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: die Frage nach den Prioritäten bei der Rationierung.

Auch die Arzt-Patient-Beziehung wird zunehmend durch implizite und explizite ökonomische Aspekte mitbestimmt. Sobald Ärzte enge Budgetvorgaben haben, Behandlungsstandards befolgen müssen oder Regressforderungen befürchten, 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 durchdringen die ärztliche Entscheidungsfindung im klinischen Alltag und überschatten das Arzt-Patient-Verhältnis.“⁷

Aus ethischer Perspektive sind der sparsame Einsatz von Ressourcen und die Frage der Kosten beziehungsweise des Kostenvergleichs legitim. Doch stellt die Frage der Kosten kein eigenständiges ethisches Kriterium dar. Die ethische Frage, ob und was einem kranken Menschen an medizi-

⁶ ausführlicher kritisch zur Ökonomisierung und Privatisierung von Gesundheit: vgl. Bauer (2006)

⁷ Kuhlmann (1999), S. 147

nischer oder anderer Versorgung zusteht, ist Kostenerwägungen systematisch vor- und nicht nachgeordnet.

3. Vier Richtungen ethischer Argumentation und aktuelle Akzentverschiebungen

In fachethischen, aber implizit auch in den derzeitigen politischen oder rechtsphilosophischen Diskussionen zur Gestaltung des Gesundheitswesens findet eine Verschiebung ethischer Grundpositionen 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 unabdingbar, den theoretischen Hintergrund und die Reichweite solcher Einzelargumente zu verstehen, um sie einordnen und ggf. widerlegen zu können. Zur Verortung eines Arguments ist es unerlässlich, den Theoriehintergrund zu kennen. Deshalb möchte ich vier Argumentationsrichtungen vorstellen, die die derzeitige Debatte um die Umgestaltung des Gesundheitswesens hauptsächlich bestimmen.

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 Argumentationsrichtung lässt sich wie folgt charakterisieren:⁸

⁸ Als Begründer dieser Argumentationsrichtung gilt Immanuel Kant und als zeitgenössischer Vertreter zum Beispiel Alan Gewirth. Vgl. für einen Überblick Höffe (1988), S. 173-207 und Ott (2001), S. 77-93; S. 139-149

- Jeder Mensch ist Zweck an sich selbst und letztlich nicht verrechenbar.⁹
- 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.
- Der Wert, den ein Mensch aus der Sicht anderer hat, darf keine Rolle spielen. Denn die 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:¹⁰

- Strategisch-rationale Vertragspartner einigen sich.

⁹ Eine Intensivmedizinerin formulierte dies auf einer Podiumsdiskussion, bei der sie gegen eine Rationierung der Intensivmedizin am Lebensende plädierte, einmal so: „Jeder von uns hat nur dieses eine Leben.“

¹⁰ Als Begründer dieser Argumentationsrichtung gilt Thomas Hobbes und als zeitgenössischen Vertreter zum Beispiel David P. Gauthier. Vgl. für einen Überblick Ott (2001), S. 123-138

- Niemand ist zum Vertragsabschluss verpflichtet.
- Normen gelten auf Grund der Vereinbarung.
- Eine inhaltliche Orientierung ist nicht vorgegeben.

Diese Argumentationen weisen Probleme auf, sobald Patienten als Vertragspartner betrachtet werden: Denn es werden informierte und selbstbestimmte Vertragspartner vorausgesetzt, die beide eine attraktive Ware oder Leistung anzubieten haben. Doch die Annahme eines fachkundigen und unabhängigen Geschäftspartners, 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. Auf Grund 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 die etwaigen negativen Folgen unter Umständen unmittelbar Leib und Leben. 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 und die Debatte um eine Kürzung der Mittel bringt zahlreiche vertragstheoretische Elemente mit sich. So werden in Deutschland beispielsweise so genannte Wahlleistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert. Diesbezüg-

lich sollen sich Patienten als Kunden ein eigenes Urteil bilden auf der Grundlage der Informationen, die ihnen der Arzt nun als direkter Leistungsanbieter gibt. Außerdem gibt es in der Transplantationsmedizin angesichts des Organmangels neuerdings Vorschläge wie Ringtausch, Organe 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 teilhaben zu dürfen.

3.3. Utilitaristische Argumentationen

Weiterhin gibt es utilitaristische Argumentationen. Sie lassen sich grob wie folgt charakterisieren:¹¹

- Als oberste Norm gilt das Prinzip der Maximierung des Gesamtnutzens aller von einer Handlung Betroffenen.
- Die nähere Definition von Nutzen ist offen. Ursprünglich wurde vorausgesetzt, 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 zum Beispiel 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 nichts über die Legitimation, eine Definition von „Nutzen“ vorzunehmen, gesagt. Somit sind die Bezugsgrößen offen für gesellschaftliche Erwartungen und Leistungsvorstellungen.

¹¹ Als Begründer dieser Argumentationsrichtung gilt Jeremy Bentham und als zeitgenössischen Vertreter zum Beispiel Peter Singer. Vgl. für einen Überblick Höffe (1992)

gen. 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 Menschen 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. Schließlich ist vor dem Hintergrund einer rechtbasierten 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 infauster Prognose zu finden. Wohl kann eine Behandlungsbegrenzung sinnvoll sein, um das Sterben eines Menschen nicht zu verlängern oder um seinem im Voraus geäußerten 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 varierende Nutzendefinitionen zu Grunde liegen, sind 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 auf Grund des Alters oder einer ähnlichen Erkrankung) und für diese Gruppe einen Therapienutzen erbringen zu können, soll die Forschung an nicht-zustimmungsfähigen Menschen,

das heißt an Kindern oder Menschen mit einer geistigen Behinderung oder mit Demenz legitimieren, so das Argument.

3.4. Kohärentistische Argumentationen

Schließlich kommen häufiger kohärentistische Argumentationen vor, die von mehreren *prima-facie* Prinzipien ausgehen:¹²

- Die *prima-facie*-Prinzipien (so beispielsweise Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun, Gerechtigkeit) leiten sich von einer Rekonstruktion und Systematisierung allgemeiner Wertvorstellungen her, denen praktische Entscheidungen zu Grunde liegen.
- Die *prima-facie*-Prinzipien beanspruchen vorläufige Geltung. Als Prinzipien mit so genannter „mittlerer“ Reichweite sind sie unter Vorbehalt anzuwenden, weil die verschiedenen Prinzipien noch nicht präzise zueinander in ein Verhältnis gesetzt sind.
- Die Prinzipien bilden ein „kohärentes Netz“ moralischer Normen zur Orientierung in ethischen Fragen der medizinischen Praxis.

Problematisch bei dieser Art der Normenbegründung ist, dass der systematische Geltungsunterschied zwischen Moral und Ethik übergangen wird. So können weit verbreitete oder von einflussreichen Gruppen vertretene Moralvorstellungen normative Geltung erlangen, und das kritische Potential ethisch-normativer Richtigkeit geht verloren. Außerdem ist der Gehalt der jeweiligen Prinzipien nicht klar, weil er sich aus Beschreibungen ergibt, die teilweise widersprüchlich sind. So ist in dem Werk von Beauchamp/Childress beim Prinzip Gerechtigkeit beispielsweise nicht

¹² vgl. als Standardwerk für die Medizinethik von Beauchamp/Childress (2001). Es gibt allerdings auch kohärentistische Ansätze, deren Normenbegründung anders aussieht. Auch Beauchamp und Childress beziehen sich in ihrer 5. Auflage auf das Überlegungsgleichgewicht von John Rawls' Theorie der Gerechtigkeit von 1975. Doch methodisch wird diese Bezugnahme von den Autoren nicht umgesetzt, sondern ist m.E. lediglich als formale Reaktion auf begründungstheoretische Kritik zu betrachten.

klar, ob es vorrangig das Verteilungskriterium der Bedürftigkeit oder das der Leistungsgerechtigkeit enthält. Geraten Prinzipien in Konflikt, etwa das Prinzip der Patientenautonomie mit dem Prinzip, nicht schaden zu wollen, fehlen Abwägungskriterien, weil die Prinzipien nicht in einem systematischen Zusammenhang stehen. Daher liegt es nahe, Abwägungsfragen von Fall zu Fall und damit mit einer gewissen Willkürlichkeit zu entscheiden, wobei letztlich offen bleibt, auf welche Weise sich eine kohärente Anwendung der Prinzipien auszeichnet.

In der Gesundheitsversorgung bedeutet ein kohärentistisches Vorgehen einerseits, dass auf Individuen gerichtete Prinzipien zum Zuge kommen. Andererseits gelten diese Prinzipien *prima-facie*, so dass gerade bei Verteilungsfragen offen ist, inwieweit bestimmte Individualrechte unbedingt gelten und wie Interessenskonflikte entschieden werden. Kohärentistische Ansätze, die auf gesellschaftlich akzeptierte Normen rekurren, können den derzeitigen Debatten über die zukünftige Gesundheitsversorgung kaum kritisches Potential entgegensetzen, vielmehr tendieren sie dazu, gesellschaftliche Trends widerzuspiegeln.

3.5. Fazit: Aktuelle Akzentverschiebungen bei den Argumentationsrichtungen

Soweit ein kurzer Überblick über die vier Argumentationsrichtungen und damit verbundene ethische 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 guten Begründung entbehren. Außerdem wird häufig behauptet, der Streit über Prinzipien oder grundlegende Individualrechte helfe wenig, unter konkreten Bedingungen richtige Verteilungsentscheidungen zu treffen. Für die Praxis sei es wichtig, bestimmte Maßnahmen (etwa der Privatisierung und des Wettbewerbs) zu ergreifen und diese hinsichtlich ihrer Auswir-

kungen zu betrachten. Doch die Verabschiedung der Frage nach den „*first order principles*“ und die Frage nach ihrer Begründung ist voreilig. Ethisch ist es unzulässig, Prinzipien mit so genannter „mittlerer Reichweite“ in Anschlag zu bringen, ohne ihre legitimatorische Verankerung auf übergeordneter Stufe zu sichern. Ein gerechtigkeitsorientierter Allokationsprozess ruft ganz besonders nach einem Verteilungsmodus, für den mehr spricht als lediglich, dass es sich um einen pragmatischen Kompromiss handelt.

In der Begründung von Praxisentscheidungen und in gesundheitspolitischen Diskussionen ließ sich schon immer eine gewisse Vermischung von Argumentationsrichtungen feststellen. Doch in Bezug auf die vier 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 „Leistungspolitik“ vieler Institutionen der Gesundheitsversorgung den rechtebasierten Argumentationsrichtungen die Begründungslast zuzuweisen. Offenbar hat sich die Beweislast beziehungsweise 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 weder der Rechtslage und dem Sozialstaatsgedanken noch den bislang üblichen Denktraditionen.

Allerdings ist es legitim, das bis dato Selbstverständliche, Unhinterfragte an die Ethik zurückzugeben mit der Aufgabe, es näher zu begründen. Die Frage nach Gerechtigkeit bei der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen ist die Frage nach den ethischen Normen, logisch zunächst nach den obersten Grundsätzen und Werten, welche den Prozess mit seinem Regelwerk anleiten sollen. Dass eine differenzierte Begründung positiver Rechte, das heißt unbedingter Hilfsansprüche im Fall von Krankheit

möglich ist, lässt sich zum Beispiel mit dem ethischen Ansatz von Gewirth zeigen.

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

Der amerikanische Ethiker Alan Gewirth zeigt über eine Argumentationskette, dass jeder Mensch bestimmte allgemeine Voraussetzungen braucht, um handeln zu können.¹³ Zu handeln, das heißt freiwillig und bewusst eigene Ziele zu verfolgen, macht den Menschen als moralisches Subjekt, als verantwortliches Wesen 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 andern 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 ist ein hohes Gut, so sagen viele. Warum, was könnte 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, dass der Menschen als moralisches Wesen zentral beschnitten wird. Da physische und psychische Ge-

¹³ vgl. Gewirth (1978), (1990),(1996) und Steigleder (1999)

sundheit eine grundlegende Voraussetzung für die Fähigkeit darstellt, überhaupt handeln und selbst gesetzte Ziele verfolgen zu können, hat jeder Mensch das Recht auf solche Gesundheitsleitungen, welche die allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit erhalten, schützen oder wieder herstellen. Um grundsätzliche Einschränkung 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 der Argumentation mit den allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit 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. 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.¹⁴ Denn für „Krankheiten“ oder „Gesundheitszustände“, die sich nicht auf

¹⁴ vgl. zur Regelung des „Randbereichs“ über gesamtgesellschaftliche Verständigungsprozesse Werner (2002), S. 134 ff.

moralische Individualrechte in streng normativem Sinn beziehen lassen, sondern bei denen sich Fragen der individuellen Präferenzen und Lebensführung stellen, ist eine gesellschaftliche Konsensregelung sinnvoll. Die große Zahl der potenziell 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 also um ein transparentes Verfahren handeln, das auf einen argumentativ nachvollziehbaren Konsens abzielt, und in dem vor allem auch diejenigen berücksichtigt werden, die ihre Interessen und Bedürfnisse nicht selbst vertreten können.

5. Ethisch-normative Forderungen für eine auf individuellen Rechten basierende Verteilung von Mitteln in der Gesundheitsversorgung

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 Fall von Krankheit

Der Ausweis bestimmter individueller Rechte, die jedem Menschen unbedingt zukommen, zeigt, dass im Fall von Krankheit berechtigte Hilfsansprüche entstehen. Grad und Umfang der Verpflichtung anderer lassen sich mit Blick auf die allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit bestimmen, und eine diese Voraussetzungen sichernde, wieder herstellende oder fördernde Versorgung sollte jeder Mensch im Krankheitsfall erhalten. Auf Grund der unbedingten Geschuldetheit be-

stimmter Hilfestellungen darf eine Versorgung im Krankheitsfall 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 berechtigten Anspruch auf Hilfe durch andere hat, sofern er die handlungsnotwendigen Voraussetzungen nicht durch eigene Anstrengung erreichen kann.

5.2. Garantie der Hilfe durch Fachkräfte in Institutionen

Eine Gesellschaft beziehungsweise ein Staat hat die Pflicht, die Erfüllung berechtigter Hilfsansprüche, welche die Möglichkeiten Einzelner übersteigen, durch gesellschaftliche Institutionen zu garantieren.¹⁵ 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. Eine Bewertung des Schweregrads und Hilfebedarfs bei verschiedenen Krankheitsbildern mit ihren speziellen Symptomen kann unter Bezugnahme auf

¹⁵ vgl. hierzu den Ansatz von Gewirth (1978), S. 247 ff., S. 312 ff.

die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit erfolgen.¹⁶ Mit abnehmender Schwere einer Krankheit und geringerer Betroffenheit grundlegender individueller Rechte durch die krankheitsbedingten Beschwerden 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 in der Vergangenheit beispielsweise viele Ressourcen in die Notfallmedizin und die kardiologische Akutmedizin gelenkt. Welche Bereiche der medizinischen Prävention, Therapie oder palliativen Versorgung sollten in Zukunft stärker ausgebaut werden? Welcher Stellenwert sollte anderen gesundheitsbezogenen Berufen mit ihren zum Beispiel pflegerischen, physiotherapeutischen, psychologischen oder logopädischen Möglichkeiten eingeräumt werden?¹⁷

Die Frage nach der Art der Mittel führt über den Ansatz von Gewirth hinaus. Zum einen sind hier die berufspolitischen Interessen offen zu legen und kritisch zu diskutieren. Zum anderen bedarf es fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse, um Fragen der Effizienz und Effektivität nachzugehen. Zum dritten wären Fragen des guten Lebens und der Selbstbestimmung des Kranken zu berücksichtigen. Dies hieße unter anderem, solchen Maßnahmen den Vorzug zu geben, die eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ darstellen und zudem solchen Maßnahmen, die in Situationen großer Schwäche und Abhängigkeit Schutz und Fürsorge gewährleisten.

¹⁶ vgl. Bobbert (2000), S. 418 ff.

¹⁷ vgl. für konstruktive Vorschläge – vor dem Hintergrund einer individualrechtlichen Perspektive, Rosenbrock (2006)

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 zudem für alle leicht zugänglich sein. Dies ist in Deutschland nicht überall der Fall, so dass hier Maßnahmen ergriffen werden müssten. Die Gleichbehandlung gleicher Fälle gilt außerdem in Bezug auf Wartezeiten, die Wirksamkeit der Therapien und damit verbundene Risiken sowie Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen. Die bereits jetzt in Bezug auf Wartezeit bestehende Zweiklassenmedizin widerspricht der Forderung der Gleichbehandlung gleich kranker Patienten.

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 kostenaufwendiges 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 also 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 zum Beispiel Alter, sozialer Status, Leistungsfähigkeit oder genetischer Ausstattung.¹⁸ Dies ist nicht selbstverständlich, da beispielsweise Eltern von Kindern mit einer Behinderung manchmal erleben, dass bei

¹⁸ vgl. hierzu Pöltner (2002), S. 304 ff. und aus rechtsphilosophischer Sicht: Gutmann (2002), S. 202

ihrem Kind im Unterschied zu nichtbehinderten 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 gewissen medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden sollten, zunehmend häufiger diskutiert. Speziell dagegen ist einzuwenden, dass jeder Mensch generell Anspruch auf Gesundheitsversorgung hat – ohne Rückgriff auf seine Leistungsfähigkeit oder seine Lebensphase. Dass im Einzelfall das Lebensalter im Zusammenhang mit Multimorbidität bei medizinischen Entscheidungen eine Rolle spielen mag, ist zu unterscheiden von einer generellen Fixierung des Lebensalters als eines Ausschlusskriteriums für bestimmte medizinische Leistungen.

5.6. Kein Zwang zur Inanspruchnahme von Hilfe

Hat ein kranker Mensch neben dem Recht auf professionelle Hilfe, so sie denn verfügbar ist, vice versa die Pflicht, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen, vielleicht sogar bestimmte Formen der Behandlung mit sich geschehen zu 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 eines Menschen vorgebracht werden, gebietet es das Recht auf Freiheit (ein Elementargut), sich nicht einzumischen, es sei denn, der Betreffende beeinträchtigt oder gefährdet andere. Zusätzlich stützen das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit und das Recht auf geistiges Gleichgewicht 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 zum Beispiel Wohnungslose, AIDS-Kranke oder hochbetagte 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 Wege und Mittel. Etablierte Entscheidungsverfahren im Gesundheitswesen sollten 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.¹⁹ So besteht zum Beispiel ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit oder zwischen niedrigem Bildungsniveau und Lebenserwar-

¹⁹ vgl. z.B. für Deutschland den zweiten Armutsbericht der Bundesregierung (2005), Richter (2000), Sachverständigenrat (2005)

tung. Auch was die Teilhabe an Gesundheitsinformationen und -leistungen anbetrifft, spielen der gesellschaftliche Status sowie die Bildungs- und finanziellen Ressourcen eines Menschen eine wichtige Rolle.²⁰ Diese strukturellen Zusammenhänge zeigen, wie sehr die Leistungen des Gesundheitssystems gesellschaftliche Unterschiede herstellen und vertiefen oder aber ausgleichen. Daher sind hier spezielle Fördermaßnahmen, etwa zur Gesundheitsbildung, geboten.²¹

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.

Auf der unteren Mikroebene²² 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.²³ 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.“²⁴ Weil der Arzt in seiner moralischen

²⁰ vgl. Levin/Glick Schiller (1998), bes. S. 44 f.

²¹ vgl. für eine differenzierte Problemanalyse und Vorschläge Rosenbrock (2006)

²² vgl. die mittlerweile gängige Unterscheidung von vier Ebenen der Ressourcenverteilung (untere und obere Mikroebene, untere und obere Makroebene) nach Engelhardt (1996), S. 387-390

²³ vgl. die lange berufsethische Tradition der Ärztinnen und Ärzte, die auf dem Eid des Hippokrates beruht

²⁴ Pöltner (2002), S. 298

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. Es wäre eine ungebührliche moralische Überforderung des behandelnden Arztes, das Schicksal eines Patienten gegenüber dem anderer Leidender abzuwägen. Seine Zuständigkeit endet bei der Feststellung von Leiden und der für einen bestimmten Patienten besten Therapie.

Selbstredend tragen Arzt und Patient jedoch 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.

Problematisch ist jedoch eine so genannte implizite Rationierung²⁵, die häufig durch gedeckelte Budgets 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. Dies ist zu kritisieren, weil die von den Ärzten und Ärztinnen getroffenen Verteilungsentscheidungen subjektiv sind und von unbewussten Voreingenommenheiten bezüglich Geschlecht, sozialer Stellung oder persönlicher Sympathie beeinflusst werden können. Zudem haben informierte, eloquente oder sehr fordernd auftretende Patienten erfahrungsgemäß bessere Chancen auf eine umfangreiche medizinische Behandlung. Insgesamt ist die Gleichbehandlung gleicher Fälle nicht gewährleistet.

²⁵ „Rationierung“ wird hier verstanden als Vorenthalten einer nützlichen medizinischen Leistung. Hierzu zählen auch Einsparungen durch eine Reduktion der medizinischen Qualität. Davon zu unterscheiden ist die „Rationalisierung“, das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven, indem der gleiche medizinische Effekt mit weniger finanziellen Mitteln erzielt wird.

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 an beruflich oder institutionell organisierte Verfahren beziehungsweise Gremien, neuerdings teilweise „runde Tische“, Ethikkomitees, Ethikkommissionen o.ä. delegiert werden, die in der Regel pragmatische Kompromisse suchen und deren Legitimation letztlich 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 für alle Mitglieder des Gesundheitswesens, das heißt alle Berufsgruppen sowie alle Versicherten beziehungsweise Patienten, die gemeinsam finanzierten Mittel und Leistungen effizient einzusetzen. An die Versicherten richtet sich, wie gesagt, die Forderung, Leistungen nur im wirklichen Bedarfsfall zu beanspruchen. Hinter der berechtigten Forderung an Ärzte, unnötige und kostentreibende Aspekte ärztlichen Handelns zu vermeiden, verbirgt sich jedoch ein Problem: Um zwischen Rationalisierung und Rationierung 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 einschränkt.²⁶ Denn abgesehen von einer vernünftigen Schrittfolge diagnostischer Abklärungen lassen sich medizinische Maßnahmen lediglich entlang eines Kontinuums zunehmender Vorteilhaftigkeit anordnen. Letztlich ist also die Frage, wo zwischen den beiden Extremen einer eher nutzlosen oder aber sehr Erfolg versprechenden medizinischen Maßnahme der Schnitt zu setzen ist.

²⁶ vgl. Schönscifert (1992), S. 35

6. Schluss

Es wurde gezeigt, auf welche Weise sich die individuellen Rechte als Maßstab für eine gerechte Verteilung heranziehen lassen. Der ethische Ansatz von Gewirth, der von individuellen moralischen Rechten ausgeht, ist in der Lage, einen Bereich des unbedingt Geschuldeten auszuweisen und liefert damit grundlegende ethische Kriterien und gute Gründe für Verteilungsfragen.

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. 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 Einsparungsabsichten nicht aus dem Blick geraten, dass es um Regelungen geht, welche Menschen elementare Handlungsvoraussetzungen wieder ermöglichen oder aber vorenthalten.

Literatur

Bauer, Ullrich (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 8-9, S. 12-24

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2001): *Principles of Bioethics*. Oxford, New York, 5. Aufl.

Bobbert, Monika (2000): Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth. *ETHICA* 8 (2), S. 405-440

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2005): *Lebenslagen in Deutschland. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin

Engelhardt Jr.; Tristram, H. (1996): *The Foundation of Bioethics*. Oxford, New York

Gattersburg, Angela (2000): Schönheitskult. Verschrumpelte Mickyhäuse. *Der Spiegel* 12, S. 84-89

Gewirth, Alan (1978): *Reason and Morality*. Chicago

Gewirth, Alan (1990): Die rationalen Grundlagen der Ethik. In: Steigleder, Klaus; Mieth, Dietmar (Hgg.): *Ethik in den Wissenschaften. Ariadnefaden im technischen Labyrinth?* Tübingen, S. 3-36.

Gewirth, Alan (1996): *The Community of Rights*. Chicago

Gutmann, Thomas (2002): Gleichheit vor der Rationierung. Rechtsphilosophische Überlegungen. In: Gutmann, Thomas; Schmidt, Volker H. (Hgg.): *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Weilerswist, S. 179-210

Höffe, Otfried (Hg.) (1994): *Einführung in die utilitaristische Ethik*. Tübingen, 2. Aufl., bes. S. 7-54

Höffe, Otfried (2001): *Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung*. München

Kuhlmann, Ellen (1999): Im Spannungsfeld zwischen Informed Consent und konfliktvermeidender Fehlinformation: Patientenaufklärung unter ökonomischen Zwängen. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: *Ethik in der Medizin* 11, S. 146-161

Levin, Betty Wolder; Glick Schiller, Nina (1998): Social Class and Medical Decisionmaking: A Neglected Topic in Bioethics. In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 7, S. 41-56

Mieth, Dietmar (1992): Ethik der Gerechtigkeit. Ansätze, Prinzipien, Kriterien. In: Mieth, Dietmar; Magino, Paul (Hgg.): Vision Gerechtigkeit? Düsseldorf, S.12-32

Mieth, Dietmar (2003): Die Therapie der Freiheit. Erwägen Wissen Ethik (EWE) 14 (4), S. 630-632

Ott, Konrad (2001): Moralbegründungen zur Einführung. Hamburg

Pöltner, Günther (2002): Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen. In: Pöltner, Günther: Grundkurs Medizin-Ethik. Wien, S. 287-312

Richter, Eva A. (2000): Kongress „Armut und Gesundheit“. Armut macht krank. Deutsches Ärzteblatt, 97 (50), S. C2540-2541

Rosenbrock, Rolf (2007): Worauf wir nicht verzichten sollten. Gesundheitssystem und Solidarität. In: Dr. med. Mabase 165, Januar/Februar, S. 29-32

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten. Berlin

Schmidt, Hans-Ulrich; Riehle, Margaretha (2000): Pflege im Wandel. Ein Praxisbuch für Führungskräfte im Krankenhaus. Stuttgart, S. 199-218

Schöne-Seifert, Bettina (1992): Was sind „gerechte“ Verteilungskriterien? In: Mohr, Jürgen; Schubert, Christoph (Hgg.): Ethik der Gesundheitsökonomie. Berlin, S. 34-44

Schulz, Matthias (2002): Venus unterm Faltenhobel. Der Spiegel 41, S. 212-228

Steigleder, Klaus (1999): Grundlegung der normativen Ethik. Der Ansatz von Alan Gewirth. Freiburg i.B., München

Unschuld, Paul (2006): Der Patient als Leidender und Kunde, in: Deutsches Ärzteblatt 103 (17), S. 925-928

Werner, Micha H. (2002): Die Eingrenzung des Leistungsspektrums des solidarfinanzierten Gesundheitssystems als Herausforderung liberaler Konzeptionen politischer Ethik. Zeitschrift für Medizinische Ethik 48 (2), S. 125-138