

# Tagungsprogramm

## Donnerstag, 30. September 2004

14.00 - 17.30 Uhr

**Mitgliederversammlung der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.**

18.15 - 18.45 Uhr

**Verleihung des Nachwuchspreises** (Landesmuseum, Am Domplatz)

18.45 - 19.30 Uhr

**Öffentlicher Abendvortrag** (Landesmuseum, Am Domplatz)

Prof. em. Dr. Dr. h.c. Günther Patzig, Göttingen

Anschl. Sektempfang im Foyer des Landesmuseums und danach Welcome Party

## Freitag, 1. Oktober 2004

09.00 - 09.45 Uhr

**Begrüßung**

Prof. Dr. Jürgen Schmidt, Rektor der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Prof. Dr. Heribert Jürgens, Dekan der Medizin. Fakultät, Münster

Prof. Dr. Claudia Wiesemann, Präsidentin der AEM, Göttingen

Prof. Dr. Ludwig Siep, Forschungsstelle Bioethik, Münster

*Thematische Einführung*

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert, Münster

09.45 - 12.30 Uhr

**Plenarsitzung: Nach welchen Kriterien sind knappe Gesundheitsressourcen zu verteilen?**

Moderation: PD Dr. Giovanni Maio, Freiburg

*„Two lives are worth some unfairness, I should say.“ Bemerkungen zu den ethischen Grundlagen des Effizienzkriteriums*

Prof. Dr. Weyma Lübbecke, Leipzig

10.30 - 11.00 Uhr

Kaffeepause

*Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung: ethische Kritik und mögliche Alternativen*

PD Dr. Georg Marckmann, Tübingen

*Alter als Abgrenzungskriterium zwischen Grund- und Wahlleistungen?*

Prof. Dr. Friedrich Breyer, Konstanz

12.30 - 14.00 Uhr

Mittagspause

14.00 - 16.00 Uhr

**Freie Vorträge in parallelen Sektionen**

**Sektion 1: Internationale Aspekte der medizinischen Ressourcenallokation**

*Verteilungsentscheidungen unter extremer Knappheit. Erfahrungen aus dem Gesundheitswesen im subsaharischen Afrika*

Dr. Walter Bruchhausen, Bonn

*Ethische und kulturübergreifende Perspektiven von Gerechtigkeit in der Medizin am Beispiel von Deutschland und China*

Dr. Ole Döring, Bochum

*Gerechter Zugang zu HIV/AIDS Medikamenten – Ein Beispiel für die Allokationsproblematik aus internationaler Perspektive*

Dr. Andreas Reis et al., Genf

*Wie weit kann prozedurale Gerechtigkeit zur gerechten Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen beitragen? – ein deutsch-amerikanischer Vergleich*

Dr. Eva Winkler, Cambridge

**Sektion 2: Medizinischer Alltag unter Kostendruck**

*Ethische Aspekte der Umstellung auf Fallpauschalen in der Onkologie*

Dr. Christian Lenk et al., Göttingen

*Gerechtigkeitsfragen im System der Rehabilitation* Dr. Daniel Dohrn et al., Erlangen

*Not und Notwendigkeit am Beispiel der Hämophilie*

A Katharina Hesse-Jungesblut, MPH; Dr. Andrea Dörries, Hannover

*Soziale Gerechtigkeit bei der möglichen Integration genetischer Maßnahmen in die öffentliche Gesundheitsversorgung*

Jun.-Prof. Dr. Peter Dabrock, Marburg

### **Sektion 3: Theoretische Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen**

*Wie viel Solidarität benötigt und wie viel individuelle Freiheit verträgt unser Gesundheitssystem?* Prof. Dr. Axel W. Bauer, Heidelberg

*Ethische Grundlagen für eine gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen: Individualrechte nach Gewirth und daraus abgeleitete Verteilungskriterien*

Dr. Monika Bobbert, Heidelberg

*Selbstverantwortung von Patienten für ihre Gesundheit – mögliches Allokationskriterium in einer individualistischen Gesellschaftsordnung?* Alena Buyx, Münster

*Die Bedeutung des Krankheitsbegriffs für die Gerechtigkeitsdiskussion im Gesundheitswesen*  
Prof. Dr. Dr. Peter Hucklenbroich, Münster

16.00 - 16.30 Uhr

Kaffeepause

16.30 - 19.15 Uhr

### **Plenarsitzung: Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitswesen**

Moderation: Prof. Dr. Ludwig Siep, Münster

*Medizinische Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit*

Prof. Dr. Stefan Huster, Hagen

*The Necessity for Community Values for a Just Health Care*

Prof. Dr. Ezekiel Emmanuel, NIH Bethesda

*Some Unresolved Problems for Justice in Health Care*

Prof. Dr. Dan Brock, NIH Bethesda

19.15 - 20.30 Uhr

Aperitif und Fingerfood

## **Samstag, 2. Oktober 2004**

09.00 - 10.00 Uhr

### **Freie Vorträge in parallelen Sektionen**

### **Sektion 4: Finanzierbarkeit und Prioritätensetzung**

*Implizit oder explizit rationieren? Zur Diskussion der Prioritätensetzung im schweizerischen Gesundheitswesen*

Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Luzern

*Das Gesundheitswesen zwischen Finanzierbarkeit, Finanzierung und Finanzierungsbereitschaft: Zum Beitrag der Gesundheitsökonomie*  
Prof. Dr. Michael Schlander, Ludwigshafen

### **Sektion 5: Anspruch auf Behandlung?**

*Palliativmedizin im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*

PD Dr. Dr. Andreas Lübke, Bad Lippspringe

*Zum Grundrecht auf Krankheitsbehandlung: Leistung und Grenzen des Krankheitsbegriffs als Kriterium für die Zuschreibung von Anspruchsrechten auf sozial finanzierte medizinische Leistungen*

Dr. Micha H. Werner, Freiburg

### **Sektion 6: Gerechtigkeitsvorstellungen im Gesundheitswesen – Kritik**

*Humanität statt Gleichheit? Zur Relevanz der neuen Egalitarismuskritik für die Gesundheitsversorgung* Dr. Oliver Rauprich, Erlangen

*Die Prävalenz von Gerechtigkeits- und Fürsorgeargumenten im moralischen Diskurs als Funktion von Sozialisationsfaktoren*

Dr. Christina Sommer et al., Göttingen

10.00 - 11.30 Uhr

### **Plenarsitzung: „Priorisierung“ von Gesundheitsleistungen**

Moderation: PD Dr. Dr. Nikola Biller-Andorno, Genf

*Methoden der Rationierung: Budgetierung, Standardisierung, Priorisierung*

Prof. Dr. Hartmut Kliemt, Duisburg

*Priorisierung medizinischer Leistungen: von der Theorie zur Praxis*

Prof. Dr. Heiner Raspe, Lübeck

11.30 - 12.00 Uhr

Kaffeepause

12.00 - 13.30 Uhr

### **Podiumsdiskussion: Gerechtigkeit und Politik im Gesundheitswesen**

Moderation: Prof. Dr. Claudia Wiesemann, Göttingen

Prof. Dr. Antonio Autiero, Münster

Prof. Dr. Stefan Felder, Magdeburg

Prof. em. Dr. Gisela Fischer, Hannover

Prof. Dr. Christoph Fuchs, Köln

Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach, Köln

# Abstracts

## Plenarsitzung 1:

### **P1.1 „Two lives are worth some unfairness, I should say.“ Bemerkungen zu den ethischen Grundlagen des Effizienzkriteriums**

Lübbe W

Lehrstuhl für Praktische Philosophie,  
Universität Leipzig

Nach welchen Kriterien sind knappe Gesundheitsleistungen zu verteilen? Zwei häufig genannte Kandidaten sind „Effizienz“ und „Gleichheit“, oder um es etwas politiknäher auszudrücken: „Wirtschaftlichkeit“ und „Gerechtigkeit“. Dass das Effizienzkriterium im Blick auf *aggregierte* Zielgrößen unabhängig von ihrer Verteilung auf die individuellen Nutznießer eine ethisch heikle Seite hat, ist Moralphilosophen und anderen an der Grundlagen-debatte interessierten Personen aus der Utilitarismuskritik hinlänglich bekannt, und es wird auch von Gesundheitsökonomien meist zumindest erwähnt. So bemerken Breyer und Zweifel in ihrem Lehrbuch bei der Darstellung der Kosten-Effektivitäts-Analyse: „[Ihre] Anwendung setzt voraus, dass es ethisch nicht von Bedeutung ist, bei welchen Personen die Lebensverlängerung eintritt und wie sich die Gesamtzahl von gewonnenen Lebensjahren auf Individuen verteilt. Dieser Kritikpunkt trifft allerdings auf alle hier und im Folgenden dargestellten Evaluationsverfahren zu“. Gerade hier wird üblicherweise auch der Punkt lokalisiert, an dem die Orientierung am zweiten Kriterium, dem der Gleichheit, gegebenenfalls Korrekturen zu leisten habe, und dies dann in gewissem Ausmaß auch auf Kosten der Effizienz.

Im Rahmen eines solchen Verständnisses der beiden Kriterien und ihres wechselseitigen Verhältnisses handelt es sich also um Gebote, die miteinander konfliktieren oder jedenfalls konfliktieren können. Es kommt dann zu einem „trade-off“ oder zu einer Werteabwägung. Soweit Politiker und andere Praktiker das Bedürfnis haben, sich über die ethischen Grundlagen zu orientieren, auf die sich ein solches Verständnis stützen ließe, bieten die Standardantworten, die von Moralphilosophen in die anderen Disziplinen und in die Praxis hinein vermittelt werden,

auf den ersten Blick auch wenig Anlass, die Sache anders zu konzipieren. Das Gebot der Effizienz, so hört und weiß man allgemein, ruht auf der klassischen moralphilosophischen Position des Utilitarismus, und für die Gerechtigkeitstheoretischen Korrekturen kann man sich bei den längst ihrerseits klassischen Utilitarismuskritikern bedienen.

Wenn man sich freilich bei der ethischen Fundierung von gesundheitspolitischen Entscheidungen oder Empfehlungen zugleich auf eine Theorie – hier: den Utilitarismus – und auf die Gegner dieser Theorie stützen möchte, müsste man zumindest prüfen, ob das, was man vom Utilitarismus gerne behalten möchte, nämlich die Begründung der Effizienzorientierung, sich denn überhaupt behalten lässt, wenn man zugleich die Gründe akzeptiert, die die Gegner veranlassen haben, um der Gerechtigkeit willen vom Utilitarismus Abstand zu nehmen. In der Tat ist es, wie ich in meinem Beitrag zeigen möchte, so, dass bestimmte Einwände der Gerechtigkeitstheoretiker mit der Begründung, die der Utilitarismus für das Gebot der Effizienzorientierung liefert, nicht kompatibel sind. Die Praxis kann sich also nur entweder auf die Effizienzbegründung des Utilitarismus oder auf die Gerechtigkeitsbegründung seiner Gegner stützen.

Wer, wie ich selbst, die Utilitarismuskritik für überzeugend hält, muss etwas dazu sagen, wie er bestimmte zweifellos rekonstruktionsbedürftige Effizienzintuitionen alternativ begründen möchte. Das kann ich in diesem halbstündigen Vortrag *nicht* leisten; d.h. ich beschränke mich hier auf die Kritik des Standardverständnisses des Effizienzkriteriums als eines Kriteriums mit einem angeblichen moralischen Eigenwert, den es mit dem der Gerechtigkeit abzuwägen gelte. Für Praktiker sei immerhin darauf hingewiesen, dass es auch in den allokationsethischen Konsequenzen keineswegs auf dasselbe hinausläuft, ob man Effizienzintuitionen utilitaristisch oder auf anderem Wege abstützt.

### **P1.2 Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung: ethische Kritik und mögliche Alternativen**

Marckmann G

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen

Viele Industrienationen sind mit einem Wandel im Altersaufbau der Bevölkerung konfrontiert.

Aufgrund sinkender Geburtenziffern und einer steigenden Lebenserwartung wächst nicht nur die absolute Anzahl, sondern auch der relative Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Da ältere Menschen als Gruppe insgesamt mehr Leistungen in Anspruch nehmen als jüngere, stellt sich die Frage ob nicht eine altersabhängige Begrenzung von Gesundheitsleistungen ökonomisch sinnvoll und ethisch vertretbar sein könnte. In *empirischer* Hinsicht ist zunächst zu klären: Welche Auswirkungen hat die Alterung der Bevölkerung auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen? Gesondert zu berücksichtigen sind dabei finanzielle Effekte durch die steigende Lebenserwartung einerseits und den wachsenden relativen Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung (steigender Altenquotient) andererseits. Anschließend ist zu prüfen, inwiefern sich das Alter als Verteilungskriterium *ethisch* rechtfertigen lässt. Drei prominente ethische Rechtfertigungsstrategien werde ich in meinen Vortrag auf ihre Plausibilität hin untersuchen: (1) das utilitaristische Prinzip der Nutzenmaximierung, (2) das Argument der natürlichen Lebensspanne (Daniel Callahan) und (3) den Ansatz der klugen Lebensplanung („prudential life-span account“ von Norman Daniels). Abschließend möchte ich (an-)diskutieren, welche Alternativen sich zum Alterskriterium bei der Verteilung knapper Gesundheitsressourcen bieten.

### **P1.3 Alter als Abgrenzungskriterium zwischen Grund- und Wahlleistungen?**

Breyer F

FB Wirtschaftswissenschaften, Universität Konstanz und DIW Berlin

Angesichts der ständig steigenden medizinischen Möglichkeiten und der Begrenztheit des Sozialprodukts wird seit Jahrzehnten unter Gesundheitsökonomien diskutiert, ob der Katalog der Grundleistungen einer obligatorischen Krankenversicherung tatsächlich das gesamte medizinische Spektrum umfassen kann oder ob nicht realistischerweise ein Katalog von Grundleistungen definiert werden sollte, die solidarisch zu finanzieren sind, worauf der Einzelne dann noch Wahl- oder Zusatzleistungen nach seinen Präferenzen aufsatteln kann. Eine solche Zweiteilung der Medizin wird auch als „explizite und weiche Rationierung“ bezeichnet. Sie steht im Gegensatz sowohl zur heute ausgeprägten „impliziten Rationierung“ z.B. durch

festen Budgets, bei der ein prinzipiell unbegrenztes Leistungsversprechen von Ärzten im konkreten Einzelfall bei knappen Ressourcen erfüllt oder nicht erfüllt wird, als auch zur „harten Rationierung“, bei der Leistungen außerhalb des Pflicht-Leistungskatalogs in Deutschland nicht erbracht werden dürfen.

In diesem Beitrag wird argumentiert, dass – im Falle einer Grundsatzentscheidung zu Gunsten expliziter und weicher Rationierung – gute Gründe dafür sprechen, auf lange Sicht das Lebensalter als ein wichtiges Kriterium zur Abgrenzung von Pflicht- und Wahlleistungen zu verwenden. Es ist zum einen operational und transparent und ermöglicht somit – im Gegensatz zu anderen vorgeschlagenen Kriterien – die Existenz privater Zusatzversicherungen. Zum anderen führt es zu einer fundamentalen Gleichbehandlung aller Bürger und kommt somit herkömmlichen Gerechtigkeitsmaßstäben entgegen.

## **Plenarsitzung 2:**

### **P2.1 Medizinische Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit**

Huster S

FB Rechtswissenschaft, FernUniversität Hagen

Thesen:

#### *I. Grundversorgungsmodelle als Rationierungsmaßnahmen*

1. Wenn weiterhin allen Bürgern alle medizinisch sinnvollen Leistungen zur Verfügung gestellt werden, wird in Zukunft ein unakzeptabel großer Anteil der volkswirtschaftlichen Ressourcen auf die Gesundheitsversorgung entfallen. Dieses Problem kann durch den Abbau von Verschwendung im gegenwärtigen System und die Erschließung neuer Finanzierungsquellen zwar gemildert, nicht aber gelöst werden; es geht daher nicht nur um Rationalisierung, sondern um echte Rationierung.

2. Grundversorgungsmodelle besitzen in dieser Situation zwei Vorteile: (a) Die Kosten der Absicherung der einzelnen Risiken, die nicht in der Grundversorgung enthalten sind, werden transparent. Dadurch kann der einzelne kalkulieren, ob ihm bestimmte Leistungen ihren Preis wert sind. Dies führt zu einer Begrenzung der Mittel, die für das Gesundheitswesen aufzubringen sind. (b) Auf die Fragen, wie viel für

Gesundheit ausgegeben werden soll und welche Leistungen davon erfasst werden sollen, werden die Bürger unterschiedliche Antworten geben. Grundversorgungsmodelle, die diese Entscheidung – jenseits der Grundversorgung, für deren Leistungen unterstellt wird, dass auf ihre Absicherung rationalerweise niemand verzichten kann – den Bürgern überlassen, stimmen mit dem Grundsatz des Respekts vor der individuellen Autonomie und Wahlfreiheit überein.

3. Grundversorgungsmodelle sind hinsichtlich der Organisation und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung weithin indifferent.

## *II. Verfassungsrechtliche Grenzen der Einführung von Grundversorgungsmodellen*

1. Einwände gegen die Verteilungswirkungen von Grundversorgungsmodellen

a) Der Einwand der sozialen Ungerechtigkeit bezieht sich regelmäßig auf die Verteilungswirkungen von Grundversorgungsmodellen, die – verglichen mit der derzeitigen Situation – schlechte Risiken und sozial Schwache belasten.

b) Dieser Einwand beruht auf der egalitaristischen Prämisse, dass Krankheit bzw. Krankheitsanfälligkeit keine finanziellen Differenzierungswirkungen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit keine Auswirkungen auf das Niveau der gesundheitlichen Versorgung haben dürfen.

c) Diese Vorstellung sozialer Gerechtigkeit findet jedoch im Grundgesetz keinen Anhaltspunkt; zudem dürfte es in der Sache nicht auf eine relationale Betrachtungsweise, sondern darauf ankommen, dass jedermann ein sinnvolles und grundsätzlich gleichberechtigtes Leben in unserem Gemeinwesen führen kann. Der Gesetzgeber besitzt daher für die nähere Ausgestaltung des Gesundheitssystems einen großen Spielraum, solange der verfassungsrechtlich gebotene Mindeststandard der Gesundheitsversorgung nicht unterschritten wird.

2. Die Bestimmung eines verfassungsrechtlichen Mindeststandards

a) Im Bereich der Gesundheit bereitet die Unterscheidung von Grundversorgung/Mindeststandard und Zusatzversorgung allerdings besondere Schwierigkeiten, weil Gesundheit ein extrem hoch bewertetes Grundbedürfnis und ein „transzendentes Gut“ mit „Ermöglichungscharakter“ darstellt. Die Gleichheit der Gesundheitsversorgung besitzt deshalb auch einen großen symbolischen Wert als Ausdruck

der Achtung, die das Gemeinwesen jedem einzelnen schuldet.

b) Wenn die Unterscheidung zwischen Grund- und Zusatzversorgung trotzdem aufrechterhalten werden soll, müssen hier Überlegungen zur Achtung/Gerechtigkeit mit einer Abwägung zwischen Gesundheit und anderen Gütern zusammengebracht werden.

c) In diese Richtung weist folgende Leitlinie: Jeder hat einen Anspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung, aber die Frage, was angemessen ist, lässt sich nicht absolut (d.h. unter ausschließlicher Bezugnahme auf den Gesundheitszustand des Betroffenen und die entsprechende medizinische Erforderlichkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung) definieren, sondern nur im Verhältnis zu dem Anteil der Ausgaben für die Gesundheit, die – in Abwägung mit anderen Gütern – allgemein für angemessen gehalten werden. Dieser Maßstab lässt sich anhand der Absicherungsentscheidungen eines Durchschnittsbürgers konkretisieren. In einem System, in dem die Grundversorgung kollektiv definiert wird, wäre sie danach regelmäßig um diejenigen Leistungen zu ergänzen, die üblicherweise zusätzlich versichert werden.

d) Lässt sich beobachten, dass auch existenznotwendige Leistungen, die aber über ein sehr schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis verfügen, nicht zusätzlich versichert werden, so steht das Verfassungsrecht einem Ausschluss dieser Leistungen aus der Grundversorgung nicht entgegen.

## *III. Resümee*

Die gegenwärtige Vermögensverteilung in der Bundesrepublik gestattet es, für die Bestimmung des verfassungsrechtlichen Mindeststandards an die Absicherungsentscheidungen des Durchschnittsbürgers anzuknüpfen.

## **Plenarsitzung 3:**

### **P3.1 Methoden der Rationierung: Budgetierung, Standardisierung, Priorisierung** Kliemt H

Lehrstuhl für Praktische Philosophie,  
Universität Duisburg

Glaukt man den Sonntagsreden, dann steht unser Gesundheitswesen unter der Zielsetzung, einen maximalen Empfängerkreis mit medizinischen Leistungen maximaler Qualität zu ver-

sorgen. Im allgemeinen wird man den Aufwand aber nur in singulären Ausnahmefällen soweit treiben wollen, dass auch unter beliebigem Mitteleinsatz eine Verbesserung nicht mehr möglich ist. Bricht man jedoch vorher ab, so wägt man bereits Aufwand und Ertrag gegeneinander ab. Das zeigt, dass nicht Maximierung der Versorgungsqualität in jedem Einzelfall, sondern die Erfüllung bestimmter Anspruchsniveaus oder Standards das Ziel unserer medizinischen Versorgung bildet. Extremer Aufwand für bloß marginale Verbesserungen ist nicht verlangt. Es wird langfristig allerdings nicht nur darum gehen, minimale Qualitätseinbußen hinzunehmen, um hohe Kosten sparen zu können, sondern um spürbare und letztlich auch für jeden erkennbare Einschränkungen fundamental nützlicher Leistungen, die durch weitere Innovationen im Gesundheitswesen *zusätzlich* verfügbar werden. Diese absehbare Entwicklung und nicht kurzfristiger, vorgeblicher Sparzwang ist der Grund, warum wir *jetzt* mit dem Vorlauf von womöglich einer Generation über Budgets, Standards, Richt- und Leitlinien nicht nur als Qualitätssicherungs- sondern auch als Rationierungsinstrumente reden müssen. Solche Festlegungen sind nötig, damit die Bürger sich auf das einstellen können, was unweigerlich auf sie zukommt und nach ihren Präferenzen, Bedürfnissen und Fähigkeiten Eigenvorsorge tatsächlich treffen können. Wir müssen vor allem über eine Operationalisierung der populären Forderung nachdenken, wonach zwischen einer Grundversorgung, deren Garantie gesellschaftliche Pflicht sei, und einer Zusatzversorgung, die dem individuellen Kürprogramm vorbehalten sein soll, zu unterscheiden ist. Entweder muss diese Unterscheidung budgetär getroffen werden, was den einzelnen Arzt potentiell zwingt, die Interessen individueller Patienten auf der Mikroebene gegeneinander abzuwägen und zugleich nur sehr schwer mit der Bildung komplementärer privater Versicherungsmärkte vereinbar ist. Oder wir müssen über Standardisierungen und ausschließende Priorisierungen (z.B. wegen der Ko-Versicherbarkeit auch altersabhängige) nachdenken. Die Knappheit ist unaufhebbar und nur durch Budget- und/oder Prozessbeschränkungen kontrollierbar. Mögen uns diese Rationierungen auch camoufliert in Form einer Priorisierung oder als Fallpauschalen entgegentreten, am Ende reduziert sich jede Form der Beschränkung des Ressourcen-

einsatzes auf die beiden Grundformen der Budgetierung und verbindlichen Standardisierung. Soweit es um eine rationale Bestimmung der solcherart begrenzten Rationen öffentlicher Gesundheitsvorsorge geht, spricht wenig dafür, diese nach medizinischen Kriterien vorzunehmen. Denn die eigentlichen Ziele der öffentlichen Gesundheitsvorsorge können nur politisch und nicht medizinisch definiert werden. Was immer die Mediziner anstreben mögen, am Ende geht es um die Begründung von Aufgaben, die über staatlich erhobene Zwangsabgaben finanziert und daher auch entsprechend politisch begründet werden müssen. Die allgemeine Steuerfinanzierung einer Gesundheitsgrundversorgung ist systematisch gewiss angezeigt. Denn wenn es sich um eine öffentliche Aufgabe handelt, müssen alle und sonst sollte keiner zahlen müssen. Aber die im Augenblick unter rein fiskalischen Gesichtspunkten angestrebte Reform ist nur dann legitim, wenn vorher die Hausaufgaben gemacht wurden und klar gesagt wird, wie man sich eine Beschränkung des staatlichen Mitteleinsatzes mit den Rationierungsinstrumenten von Budgetierung, Standardisierung und Priorisierung vorzustellen hat. Sonst wird nur ein weiteres umlagefinanziertes Fass ohne Boden eingerichtet, aus dem die Ärzteschaft gewiss gern schöpfen wird, während die Allgemeinheit es aufgrund eines völlig unspezifizierten Versprechens, das „medizinisch Notwendige“ zu bieten, füllen muss.

### **P3.2 Priorisierung medizinischer Leistungen: von der Theorie zur Praxis**

Raspe H

Institut für Sozialmedizin, UK Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Der Titel des Vortrags verkürzt eine komplexe Diskussion. Wenn unter Priorisierung eine ausdrückliche und kriteriengestützte Bevorzugung des einen vor dem anderen verstanden wird, dann können neben Leistungen auch Problemlagen, Personen- bzw. Patientengruppen, Ziele des medizinischen Handelns und schließlich Indikationen bzw. Bedarfe priorisiert bzw. posteriosiert werden.

Schon heute ist die medikamentöse Behandlung alltäglicher banaler *Gesundheitsstörungen* gesetzlich (§ 34 SGB V) ausgeschlossen. Die Priorisierung von *Leistungen* auf der Basis einer vergleichenden „Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (§ 135

SGB V) wird bei uns am häufigsten diskutiert und faktisch seit längerem durch den (heute Gemeinsamen) Bundesausschuss vollzogen. Die Posteriorisierung von *Personengruppen* (z.B. in Form einer Altersrationierung) wird von Ökonomen und Philosophen erwogen; sie erscheint besonders problematisch und konfliktiert mit dem Diskriminierungsverbot des GG. Die Priorisierung von *Zielen der Medizin* ist ebenfalls vor allem ein Gegenstand philosophisch-ethischer Reflexionen. So ist u.a. vorgeschlagen worden, das Ziel der Heilung und Linderung aktuell Kranker dem der Prävention möglicher zukünftiger Krankheitszustände vorzuziehen (auch wenn die Verfolgung des zweiten Ziels epidemiologisch und ökonomisch nützlich scheint).

Aus sozialmedizinischer Sicht ist die Priorisierung *medizinischer Indikationen* bzw. Bedarfe den anderen Möglichkeiten vorzuziehen. Sie kann etablierte wie neue Indikationen zum Gegenstand haben. Die Feststellung einer Indikation (im konkreten Einzelfall) bzw. eines Bedarfs (systemisch für eine anonyme Gruppe von Kranken) berücksichtigt sowohl die Schwere und Prognose der Gesundheitsstörung bei definierten Subgruppen wie die jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden und ihre Ziele. Werden Indikationen/Bedarfe innerhalb eines definierten Versorgungssystems (z.B. rehabilitative Versorgung durch die Rentenversicherung) und klinischen Handlungsfeldes (z.B. Orthopädie-Rheumatologie) priorisiert, dann werden die unhaltbaren Generalisierungen der anderen Vorgehensweisen vermieden. Denn immer lassen sich Problemlagen, Leistungsanwendungen, Personen(subgruppen), Ziele und Kombinationen angeben, die generelle Posteriorisierungen ausschließen. Nachteile dieses Vorgehens sind weitgehende Differenzierungsnotwendigkeiten auf z.T. schwacher Evidenzbasis.

Prioritäten müssen nicht nur – unter Beteiligung von Fachleuten und Laien – erarbeitet werden, sie müssen auch generell und im Einzelfall festgestellt, durchgesetzt und aufrechterhalten werden (können). Jeder dieser vier Schritte lässt sich theoretisch relativ einfach fassen, praktisch jedoch nur schwer gehen. Für jeden sind andere Methoden zu nutzen bzw. auszuarbeiten. Für die Feststellung von Prioritäten in der Klinik sind Checklisten und Scores vorgeschlagen worden, für ihre Erarbeitung und

Durchsetzung im gleichen Setting die Nutzung von klinischen und Versorgungsleitlinien. Dagegen fehlt es an einer ethisch reflektierten, rechtlich abgesicherten, demokratisch legitimierten und allgemein akzeptierten Methodik, Prioritäten in der Versorgung unserer Bevölkerung zu erarbeiten. Mit diesem Projekt beschäftigt sich im Augenblick die Enquetekommission des Bundestages zur „Ethik und Recht der modernen Medizin“, mehr als eine Dekade später als vergleichbare Kommissionen in europäischen Nachbarländern.

## Sektion 1:

### S1.1 Verteilungsentscheidungen unter extremer Knappheit. Erfahrungen aus dem Gesundheitswesen im subsaharischen Afrika

Bruchhausen W

Medizinhistorisches Institut, Universität Bonn

Ausgehend von nationaler und internationaler Gesundheitspolitik zu Afrika, wie sie sich in Programmen, Berichten, Korrespondenzen und Studien niederschlägt, werden am Beispiel Ostafrikas in den letzten hundert Jahren Motivationen, Interessen, Argumentationen, Entscheidungen und Auswirkungen der Verteilung der zumeist äußerst knappen Mittel im Gesundheitswesen historisch wie systematisch in ihrer sozialetischen Dimension dargestellt und analysiert. Der mehrfache Wechsel der zu Grunde gelegten Priorisierung, der sich aufgrund fehlender Zivilgesellschaft und fehlender ökonomischer Eigenständigkeit viel abrupter als in europäischen Nationen vollzog, ist dabei ein Vergrößerungsspiegel zeitgenössischer Trends und erlaubt einen ungewohnt offenen Blick in Wertekonflikte und Güterabwägungen der gesundheitsbezogenen Allokation. Insbesondere die Entscheidungen zwischen Medizin und anderen staatlichen Aufgaben, kurativer und präventiver Medizin, aktueller Versorgung und zukunftsorientierter Verbesserung sowie gut erreichbarer Stadtbevölkerung und unterversorgtem Land stehen hier immer sehr konkret an.

Von der kolonialwirtschaftlich motivierten Erhaltung einheimischer Arbeitskraft vor dem 1. Weltkrieg über die Folgen der britischen *Indirect Rule* seit den 1920ern bis zum Turn zur *Social Medicine* in den 1940ern lässt sich bei

einer grundsätzlich utilitaristischen Grundstruktur eine beständige Ausweitung und gelegentliche Verschiebung der Gruppe derjenigen, um deren Wohl es bei den gesundheitspolitischen Entscheidungen geht, beobachten, was auch als zunehmende Zuerkennung von Rechten interpretiert werden kann. Der wachsende Verantwortungsbereich europäischer Medizinalverwaltung führte u.a. zur standesethischen Debatte, inwieweit Diagnose- und Therapieentscheidungen durch Nicht-Ärzte akzeptabel sind – das „*Quality vs. Quantity Dilemma*“ in einer besonderen Zuspitzung.

Mit den sozialistischen Idealen der Unabhängigkeitszeit kehrt sich zumindest in Tansania dieses Muster um, Gesundheit ist jetzt eines der Ziele wirtschaftlicher Entwicklung und nicht mehr hauptsächlich deren Voraussetzung. Damit gewinnen die Argumente zugunsten von Landbevölkerung und Prävention an Bedeutung, finden aber im humanitären Prinzip des Bestandsschutzes einmal erreichter Behandlungsmöglichkeiten ihre Grenze. Doch als die politischen Prinzipien von kostenfreier und flächendeckender Gesundheitsversorgung von den wirtschaftlichen Realitäten zunehmend bedroht werden, treten Effizienzfragen wieder in den Vordergrund, nicht zuletzt durch die jüngsten Strukturanpassungsprogramme von Weltbank und Weltwährungsfond institutionell erzwungen. Nachdem zunächst finanzielle Eigenbeteiligung und Zulassung privatärztlicher Tätigkeit die Versorgungsqualität verbessern sollten und gleichzeitig vielen den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen nahmen, können nun neue Belege dafür, dass Investition in Gesundheit sich wirtschaftlich auszahlt, die Geberentscheidungen beeinflussen und den Ruf nach einer Sozialpolitik der Weltgesellschaft verstärken. Außerdem werfen in den letzten Jahren Entwicklungen von „*Health transition*“, durch die z.B. bis dahin seltene kardio-vaskuläre Erkrankungen häufiger werden, neue Fragen nach der Zuständigkeit des Staates und eines eigenen privaten Sektors für Besserverdienende gerade im Interesse der Ärmeren auf.

Aus den vielfältigen Lehren des letzten Jahrhunderts lassen sich die klassischen Allokationsfragen zwischen jetzt und später (Akutbehandlung vs. Prävention, Forschung, Ausbildung, chronische Krankheiten) oder Egalität und Utilität (z.B. Benachteiligte vs. Leistungsträger, Quantität vs. Qualität, staatliche vs. Ei-

genverantwortung) mit ihren konkreten Implikationen systematisch formulieren. Sofern hier tatsächlich Entwicklungen anstehen, haben Entwicklungsländer gegenüber Industriegesellschaften den Vorteil, dass nicht Kürzung und offene Rationierung, sondern Verzicht auf Ausbau ansteht, was gesellschaftlich verträglicher ist, aber durch weitere Spielräume u.U. mehr Entscheidung verlangt. Die politisch-ökonomische Macht, mit der nördliche und internationale Geber afrikanischem Gesundheitswesen ihre Agenda aufzwingen können, beinhaltet angesichts schwacher Widerstandsmöglichkeiten der Betroffenen eine besondere Verantwortung für Folgenabschätzung und sozial-ethische Reflexion, die bisher nur ansatzweise wahrgenommen wird.

## **S1.2 Ethische und kulturübergreifende Perspektiven von Gerechtigkeit in der Medizin am Beispiel von Deutschland und China**

Döring O

Fakultät für Ost Asien Forschung, Universität Bochum

Ethische Fragen der Gesundheitspolitik werden stets in sozialen Zusammenhängen sichtbar und sind Ausdruck aktuell wirkender kultureller Rahmenbedingungen. Die internationale Verflechtung gesundheitlich relevanter Ökonomie und Forschung und der damit verbundenen Regulierungsfragen (insbesondere in der Biomedizin) übersteigt zunehmend nationalstaatliche und selbst europäische Perspektiven der ethischen Diskussion.

Als Kulturnation im Prozess dramatischer sozialer Um- und Neubildungen und als ein „global player“ in den Lebenswissenschaften bietet China einen ebenso reizvollen Gegenstand des politischen und kulturellen Vergleichs wie herausfordernde Anlässe der Vergewisserung des ethisch-politischen Auftrages des Gesundheitswesens in Deutschland unter dem Vorzeichen der Globalisierung.

Das Verständnis und die Transformation von bioethisch relevanten Wertbegriffen, wie „Krankheit“ oder „Angemessenheit“, bezieht sich weiterhin auf kulturell unterschiedlich verfasste Geltungszusammenhänge; diese gilt es zu verstehen und anzuerkennen. Es zeigen sich daneben auch verbindende ethische Probleme, wie etwa die Instrumentalisierung ethischer Ansprüche zu biopolitischen Zwecken oder

Durchsetzung von Partikularinteressen, die Fragen nach dem bioethischen Beitrag zu einer „gesunden Gesellschaft“ aufwerfen.

Dieser Vortrag erörtert die normative Bedeutung von „Kultur“ für die medizinische Forschung und klinische Praxis in der Medizinethik aus philosophischer und kulturwissenschaftlicher Sicht.

Das thematische Spektrum im Blickfeld dieser Fragestellung wird anhand zweier Beispiele angedeutet. Der Umgang mit der SARS unterstreicht die fundamentale Bedeutung des „public health“-Gedankens als Teil des Gesellschaftsvertrag und damit des Verständnisses von politischer Legitimität, zunächst für China, jedoch auch mit Implikationen für Deutschland. Am Ausmaß und in den Prozessen der „Medifikation“ („geneticisation“) von IVF wird individual- und mikroethisch die Wahrnehmung von Gesundheit und Gesundheitsgefährdung vergleichbar. An beiden Beispielsfällen lassen sich signifikante Probleme der Wahrnehmung bzw. Fehleinschätzung der jeweils „anderen Kultur“ aufzeigen aber auch Vorschläge zu einem konstruktiven Umgang mit „Gesundheitskultur“ entwickeln. Hierbei erweist sich „Gerechtigkeit“ als kulturell übergreifender Leitwert mit charakteristischen Varianzen in der praktischen Ausgestaltung.

Aus philosophischer Sicht verdeutlicht eine kulturell aufgeklärte Medizin- oder Bioethik die Einbettung des Menschenbildes in spezifische kulturelle Konzepte, die soziomorphe Gestaltung normativer Ansprüche und den praktischen Stellenwert der Reflektion der empirischen (institutionelle, sozioökonomische, professionelle, zivilgesellschaftliche) Realisierungsbedingungen ethischer Normen.

Der Vortrag stellt Zwischenergebnisse aus der DFG-Forschergruppe „Kulturübergreifende Bioethik“ vor, an der der Autor seit 2002 im Rahmen des Projektes „Menschenbilder in der zeitgenössischen bioethischen Diskussion in China“ teilnimmt.

### **S1.3 Gerechter Zugang zu HIV/AIDS Medikamenten – Ein Beispiel für die Allokationsproblematik aus internationaler Perspektive**

Reis A, Wild V, Biller-Andorno N  
Department of Ethics, Trade, Human Rights, and Health Law, WHO

Die HIV/AIDS-Pandemie betrifft derzeit etwa

42 Millionen Menschen, davon ca. 30 Millionen in Afrika. Mindestens 6 Millionen Menschen in Entwicklungsländern benötigen aufgrund ihres Krankheitsstadiums dringend antiretrovirale Therapie (ART), doch bislang haben nur 400.000 Zugang. Langfristig ist das erklärte Ziel, die Versorgung aller HIV/AIDS-Patienten mit den notwendigen Medikamenten sicherzustellen. Die „3 by 5“-Initiative, die von WHO und UNAIDS getragen wird, strebt an, bis zum Jahr 2005 wenigstens 3 Millionen Menschen mit ARTs versorgen.

Im Rahmen der Konkretisierung der „3 by 5“-Strategie wurde in der Weltgesundheitsorganisation im Januar 2004 eine Konsultation zur Problematik der Verteilungsgerechtigkeit abgehalten, bei der u. a. folgende Fragen diskutiert wurden:

- Wie sind die verschiedenen Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit (utilitaristisch, egalitär und maximin) auf die „3 by 5“-Fragestellung anzuwenden und gibt es gute Gründe, eines dieser Prinzipien zu bevorzugen?
- Welche Rolle kann bei den Entscheidungsprozessen im „3 by 5“-Kontext das formale Prinzip des „fair process“ (*Norman Daniels*) spielen?
- Wie ist der zugrundeliegende Ansatz der Initiative – die Versorgung eines Teils der HIV/AIDS-Patienten mit teuren, lebenslang einzunehmenden Medikamenten - unter dem Aspekt der Ressourcenallokation und der Priorisierung zu beurteilen, insbesondere in Entwicklungsländern mit äußerst knappen Ressourcen ?

Der Vortrag stellt den WHO/UNAIDS-Konsultationsprozess dar, reflektiert seine bisherigen Ergebnisse und beschreibt den gegenwärtigen Stand der Implementierung in Ländern mit hoher HIV/AIDS-Prävalenz.

### **S1.4 Wie weit kann prozedurale Gerechtigkeit zur gerechten Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen beitragen? - Ein deutsch-amerikanischer Vergleich**

Winkler E

Center for Ethics and the Professions,  
Harvard University

Am Beispiel des Ethics Advisory Boards (EAB) der Krankenversicherung Harvard Pilgrim Health Care (HPHC) soll auf theoretischer wie praktischer Ebene untersucht werden,

(1) in wieweit Verfahrensgerechtigkeit in der Lage ist, Probleme der gerechten Ressourcenverteilung zufrieden stellend zu lösen, (2) wo die Grenzen einer prozeduralen Sicherung fairer Ergebnisse liegen und (3) für welche Teile des deutschen Gesundheitswesens ein EAB-ähnliches Entscheidungsmodell zu Allokationsfragen eine wertvolle Bereicherung darstellen könnte.

Alle Gesundheitswesen müssen mit der Limitierung von Ressourcen kämpfen und abwägen, welche Leistungen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln abgedeckt werden sollen und welche nicht. Die Frage, welche Verteilung von nutzbringenden Gesundheitsleistungen gerecht ist, lässt sich bislang nicht konsensfähig beantworten, weil es verschiedene Auffassungen darüber gibt, was Gerechtigkeit von uns fordert: Chancengleichheit, Vorrang für die in Not oder für die, die am meisten von einer Behandlung profitieren? Wir tun uns schwer, uns zu entscheiden, welche Priorität wir den kränksten Patienten geben sollen oder ob ein bescheidener Nutzen für eine große Zahl von Patienten einen entscheidenden Nutzen für einige wenige aufwiegen kann. In Ermangelung eines allgemein anerkannten Verteilungsprinzips scheint ein gerechtes Prozedere für Allokationsentscheidungen die beste Alternative zu sein.

Verfahrensgerechtigkeit ist jedoch nicht nur als „Interimslösung“ bis ein konsensfähiges Gerechtigkeitsprinzip gefunden ist bedeutend, sondern auch danach für die Institutionalisierung von Entscheidungsverfahren bedeutend.

Da es in den Vereinigten Staaten keine allgemeine Krankenversicherung gibt, muss jede Versicherung selbst über die faire Verteilung ihrer Gesundheitsleistungen entscheiden und gleichzeitig an einem enorm kompetitiven Markt um ihr Überleben und Wachstum kämpfen.

Die Krankenversicherung Harvard Pilgrim Health Care ist ein Vorbild in ihrem Bemühen, ein transparentes, konsistentes und faires System zur Ressourcenallokation zu garantieren und hat dafür ein beratendes Ethikkomitee (Ethics Advisory Board) berufen, das seit 1996 zu ethischen Herausforderungen Stellung nimmt. Die Empfehlungen werden dann in Richtlinien für das operative Geschäft umgesetzt. Im Ethics Advisory Board (EAB) sind alle von der Entscheidung betroffenen Gruppen vertreten: Versicherer, Versicherte, Kliniker, Vertreter der

Öffentlichkeit und Arbeitgeber. Das EAB kann als Lernmodell angesehen werden für die Lösung von Allokationsfragen in einem politischen Umfeld, das ähnlich wie in Deutschland die Diskussion über die Ethik von Begrenzung meidet.

Seit seiner Einsetzung 1996 hat das EAB zu Fragen der Leistungsabdeckung wie für Viagra, physikalische Therapie oder gewichtsreduzierende Chirurgie grundsätzliche Empfehlungen erarbeitet. Ich werde in einer systematischen Analyse aller Entscheidungen zur Ressourcenverteilung seit 1996 mit der folgenden Fragestellung auswerten: Welche Wertentscheidung stand zur Debatte? Welche Gründe wurden in die Diskussion eingebracht? Zu welchen Anteilen basierte die abschließende Empfehlung auf prozeduralen Bedingungen wie Transparenz, Widerspruchsrecht und zu welchen auf inhaltlichen Begründungen wie zum Beispiel Relevanz, Gleichbehandlung?

Im Hinblick auf die Einrichtung eines „Ethics Advisory Board“ wird zunächst praxisbezogen dargestellt, wer dort repräsentiert ist, wie der Entscheidungsprozess abläuft und wie die Empfehlungen in der Krankenversicherung umgesetzt werden. Darauf basierend wird theoretisch erörtert, was die Vor- und Nachteile dieses Entscheidungsmodells sind und welche Kriterien für Verfahrensgerechtigkeit erfüllt sein müssen. In einem letzten Schritt wird untersucht, in welchen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens überlegte Entscheidungen zur Ressourcenverteilung nach einem EAB-ähnlichen Modell ein Gewinn wären.

## Sektion 2:

### S2.1 Ethische Aspekte der Umstellung auf Fallpauschalen in der Onkologie

**Christian Lenk, Nikola Biller-Andorno, Bernd Alt-Epping, Claudia Wiesemann**

Lenk C<sup>1</sup>, Biller-Andorno N<sup>1</sup>, Alt-Epping B<sup>2</sup>, Wiesemann C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen

<sup>2</sup>Abteilung Hämatologie/Onkologie, Universität Göttingen

In dem Vortrag soll über ein Projekt der ethischen Begleitforschung berichtet werden, das für Patienten mit Bronchialkarzinom in der Region Göttingen die ethischen Implikationen des

Vergütungswechsels von einer Tagessatzorientierten Vergütung zu einer fallpauschalierten Vergütung analysieren wird. In dem Projekt werden ethische Fragen gerechter Ressourcenverteilung und ihre Implikationen für das Arzt-Patient-Verhältnis und das Patientenwohl vor dem Hintergrund strukturellen Wandels durch die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhauswesen untersucht. Gefragt wird, welche ethischen Aspekte administrative Vorgaben zur Leistungsverteilung im Gesundheitswesen haben, und wie sich diese Aspekte in dem realen Geschehen vor Ort manifestieren. Mit dem Jahreswechsel 2003/04 vollzog sich im stationären Sektor des deutschen Gesundheitswesens ein Wechsel von der bisherigen tagespauschalierten Vergütung medizinischer Leistungen hin zur Vergütung nach sog. „Fallpauschalen“ (diagnosis related groups, DRGs). Aufgrund veränderter Vergütungskriterien deutet sich zugleich ein Paradigmenwechsel in der Leistungsallokation – weg von der gleichmäßigen Versorgung in der Fläche, hin zur Konzentration auf spezialisierte Zentren mit hoher Qualität – an, dessen ethische Implikationen noch unklar sind. Das neue System dürfte dem aktiven, autonom entscheidenden Patienten eher entgegenkommen, der ein Mehr an Informationen dazu nutzt, um für sich ein Maximum an hochwertigen medizinischen Dienstleistungen zu realisieren. Auf der anderen Seite könnte das neue System Patientengruppen benachteiligen, die – z.B. aufgrund mangelnden Zugangs zu Informationen und mangelnder Mobilität – zur aktiven Nutzung solcher Informationen nicht oder weniger gut in der Lage sind.

Das Gesamtprojekt ist als mehrjährige, prospektive ethische Begleitforschung konzipiert. Bisher wurde eine Analyse internationaler Erfahrungen mit der Umstellung auf Fallpauschalen durchgeführt, aus der sich zu erwartende ethische Konsequenzen ableiten lassen. Weiterhin wurde in der Region Göttingen eine Patientenbefragung durchgeführt, die alle Patienten mit Bronchialkarzinom auf der Ebene verschiedener Versorger erfasst (onkologische Ambulanzen, städtische Krankenhäuser, Lungenfachkliniken, Universitätsklinikum) und damit für dieses Patientenkollektiv einen vollständigen Überblick über die aktuelle Lage erlaubt. Zum Zeitpunkt der Präsentation werden bereits Ergebnisse aus dieser Erhebung vorliegen. Der Vortrag wird die Zuhörer über den gegenwärtigen

Stand des Projektes unterrichten.

## **S2.2 Gerechtigkeitsfragen im System der Rehabilitation**

Dohrn D, Rauprich O, Vollmann J

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Erlangen-Nürnberg

Für die nähere Zukunft wird eine Verknappung von Rehabilitationsleistungen vorhergesagt. Umso dringlicher erscheint die Frage, wie eine Verteilung von Rehabilitationsleistungen wirtschaftlich effizient und zugleich gerecht gestaltet werden kann. Der Vortrag präsentiert Ergebnisse eines interdisziplinären Projekts, in dem diese Frage untersucht wurde.

Es wird erörtert, mit welchen ethischen Prinzipien die grundlegenden Strukturen des bundesdeutschen Rehabilitationssystems, die in der Sozialgesetzgebung festgelegt wurden, gerechtfertigt werden können. Die methodische Leitfrage ist: Welche ethischen Implikationen der bundesdeutschen Sozialgesetzgebung muss derjenige akzeptieren, der anerkennt, dass sie im Kern gerecht ist? Bei dieser Untersuchung ist zwischen dem allgemeinen Zweck der Rehabilitation und den besonderen Aufgaben der verschiedenen Rehabilitationsträger zu unterscheiden.

Es wird gezeigt, dass der allgemeine gesetzliche Zweck des Rehabilitationssystems am ehesten mit sozialetischen Idealen vereinbar ist. Rehabilitationsleistungen sollen Menschen mit Behinderungen in der Möglichkeit sozialer Teilhabe unterstützen. Dieser Begriff der sozialen Teilhabe kann am ehesten an sozialetische Prinzipien wie Chancengleichheit, Vermeidung sozialer Dominanz und Wahrung grundlegender Fähigkeiten der eigenen Lebensgestaltung (capabilities) angeschlossen werden.

Die Zuordnung der Leistungen zu den verschiedenen Trägerschaften erfolgt nach dem Risikoprinzip. Eine Leistung obliegt demjenigen Träger, der auch das Risiko des Scheiterns der Rehabilitation zu tragen hätte. Dieses Risikoprinzip erfordert eine besondere Rücksicht auf Fragen der wirtschaftlichen Effizienz von Rehabilitationsleistungen. Als Ergebnis wird gezeigt, welche ethischen Spannungen zwischen der allgemeinen sozialetischen Interpretation des Rehabilitationssystems und möglichen ethischen Interpretationen der Leistungspflicht bestimmter Träger bestehen.

In dem Vortrag werden Teile der ausgearbeiteten

ten Endergebnisse eines BMBF-Forschungsprojektes vorgetragen.

### **S2.3 Not und Notwendigkeit am Beispiel der Hämophilie A**

Hespe-Jungesblut K, Dörries A

Zentrum für Gesundheitsethik, Hannover

*Einleitung:* Das deutsche Gesundheitssystem steht unter der Leitvorstellung, dass für den Versicherten alles „Notwendige“ zu tun ist und diese „notwendigen Leistungen“ von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden müssen (SGB V). Dem Begriff des Notwendigen kommt besonders zu Zeiten finanzieller Engpässe und steigender Kosten im Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung zu, da durch seine Auslegung das Ausmaß der zugelassenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen verändert werden kann. Es stellt sich daher die Frage, welche medizinischen Leistungen als notwendig eingestuft werden und wer die Definition der medizinischen Notwendigkeit vornehmen sollte.

*Methode:* Die vorliegende Studie zeigt Ergebnisse einer im Jahre 2003 durchgeführten qualitativen Interviewstudie, die die Bewertung von Not und Notwendigkeit bei der medizinischen Versorgung der Hämophilie A Patienten untersucht hat. Befragt wurden 17 Personen, darunter Ärzte (n=3), Pflegekräfte (n=3), Patienten (n=8) sowie ihre Angehörigen (n=3). Die Patienten wurden nach unterschiedlichen Lebensqualitätclustern ausgewählt. Die Auswertung erfolgte nach im Vorfeld festgelegten Kategorien.

*Ergebnisse:* Die Interviews ergaben, dass alle Befragten die Hämophilie A als eine Krankheit bewerten, die heutzutage dank der verbesserten Therapiemöglichkeiten den Patienten ein Leben mit guter Lebensqualität ermöglicht. Das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung wird von allen Befragten als ein gutes und beizubehaltendes Prinzip bewertet, um die hohen Kosten der Hämophilie A Behandlung zu tragen. Von den meisten Befragten wird all das als „notwendig“ erachtet und gefordert, was den Patienten ermöglicht ein „normales Leben“ zu führen. Alles sollte dafür unternommen werden. Die Ausübung von „Extremsportarten“ durch Hämophilie A Patienten, die mit einem zusätzlichen Faktorverbrauch und somit zusätzlichen Kosten für die Solidargemeinschaft einhergehen, lehnen 15 von 18 Befragten ab. Als

Begründung dafür, wird in erster Linie die Zumutbarkeit des Verzichts für solche Sportarten genannt. Während sich die Mehrheit der Befragten mit einer eigenen Definition des „medizinisch Notwendigen“ schwer tut, wünschen sich fast alle eine gemeinsame Klärung dieser Frage unter Mitwirkung verschiedener Gruppen. Dabei wurde am häufigsten die gemeinsame Entscheidungsfindung durch Ärzte- und Patientenvertreter genannt.

*Diskussion:* Der Begriffsklärung des „medizinisch Notwendigen“ kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie die Grundlage der zugelassenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Die Befragten der vorliegenden Umfrage haben eine hohe Erwartung an die medizinische Versorgung der Hämophilie A Patienten, die möglicherweise auf die heutzutage sehr guten Therapiemöglichkeiten zurückzuführen ist. Menschen, die noch vor wenigen Jahrzehnten unter schweren Sekundärfolgen litten, führen heute ein Leben mit relativ guter Lebensqualität und Lebensperspektiven. Angesichts der Forderungen der Befragten an die medizinische Versorgung fragt sich, wie und ob „Notwendigkeit“ als Rationierungsinstrument eingesetzt werden kann. Die Ergebnisse der Interviews lassen darauf schließen, dass bei der Suche nach Kriterien, welche die zuzulassenden Leistungen beschreiben, eine Zusammenarbeit verschiedener betroffener Gruppen sinnvoll sein könnte. Dabei sollte auch die Gruppe der Patienten einbezogen werden.

### **S2.4 Soziale Gerechtigkeit bei der möglichen Integration genetischer Maßnahmen in die öffentliche Gesundheitsversorgung**

Dabrock P

FB Evangelische Theologie, Universität Marburg

Die Medizin entwickelt sich in rasantem Tempo von ihrer morphologischen und phänotypischen Orientierung hin zu einer molekularen und genotypischen Orientierung. Neben der Diagnose werden die Prognose und Prädiktion zu immer wichtigeren Aussagegrößen. Richtig ist zwar, dass die Forschung noch lange im Grundlagenbereich verharren wird und entgegen früheren linearen Erwartungen auf hochkomplexe Krankheitsätiologien aufmerksam geworden ist. Obwohl daraus folgt, dass durch die Wahrnehmung solcher komplexer Krankheitsverursachungen genetische Prädiktion in der Regel den

Status von recht unsicheren Wahrscheinlichkeitsaussagen behalten wird, wird nach derzeitiger Einschätzung die Beachtung von Prädiktion das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und den individuellen wie sozialen Umgang mit diesen Lebensführungsphänomenen nachhaltig prägen und verändern.

Nicht nur auf der individuumsbezogenen Ebene, sondern auch auf der Ebene der öffentlichen Gesundheitsversorgung deuten sich – wenn auch noch sehr schemenhaft – präzisere, schnellere, wirksamere, nebenwirkungsärmere Präventions-, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten an für Einzelne wie für bestimmte Patientenkollektive wie für bestimmten Umwelteinflüssen ausgesetzte Personen(-kreise). Während die individuumsbezogenen Problemaspekte künftiger angewandter Genetik ethisch bereits intensiv diskutiert werden (Schutz der Privatsphäre, Vertraulichkeit, informed consent, Schutz vor Diskriminierung und Stigmatisierung), deuten sich bei der möglichen Integration der Genetik in die öffentliche Gesundheitsversorgung weitere spezifische gesellschaftliche Herausforderungen an, die die weithin bekannten Argumentationsstrategien zu „Gerechtigkeit im Gesundheitswesen“ neu justieren könnten. Der Vortrag widmet sich diesen neuen gerechtigkeitstheoretischen und –praktischen Herausforderungen:

Zunächst zeigt er (noch in Übereinstimmung mit dem traditionellen Diskurs zu Gerechtigkeit im Gesundheitswesen), dass die Frage nach einer gerechten Integration von (möglichen) genetischen Maßnahmen auf die neuzeitliche Grundunterscheidung von Gerechtem und Gutem zurückgreifen muss, woraus sich erste Handlungsorientierungen ergeben. Bei der Bestimmung von Subkriterium und Maß eines genetischen decent minimum können die potentiellen Kandidaten Nutzen, strikte Gleichheit, Wohlfahrtsgleichheit und radikale Freiheit zurückgewiesen werden, so dass sich die Chancengleichheit als Leitkriterium nahe legt. Da es weiter differenziert werden muss, werden implizite Menschenbilder (des social structural view, des brute luck view oder des capabilities approach) deutlich.

Aber noch der hier aufgrund seiner Nähe zum Menschenbild kommunikativer Freiheit vertretene capabilities approach muss im Fall der Integration genetischer Maßnahmen in die öffentliche Gesundheitsversorgung weiter ausdiffe-

renziert werden. Hier befürchtete mögliche Diskriminierung und Stigmatisierung sind nämlich nicht nur individuelle, sondern auch sozial-ethische Probleme. Ihnen kann man mit der bifokalen Gerechtigkeitsposition Nancy Frasers, die als Ausdifferenzierungsmodell des capabilities approach genutzt wird, begegnen. Indem Fraser ‚Umverteilung‘ und ‚Anerkennung‘ als notwendige Bedingungen sozialer Gerechtigkeit sieht, stellt sie ein analytisches Instrumentarium bereit, über die reine Verteilungsfrage hinaus mit dem Kriterium der ‚Anerkennung‘ auch bei der Integration genetischen Wissens in die öffentliche Gesundheitsversorgung drohende Stigmatisierung und Diskriminierung gerechtigkeitstheoretisch zu begegnen. Auch wenn dagegen argumentiert wird, dass genetisches Wissen gegenüber anderen Wissensformationen einen *exzeptionellen* Status besitzt, können mit Hilfe des heuristischen Kriteriums Anerkennung doch *spezifische* Fragen sozialer Gerechtigkeit perspektiviert werden in den Bereichen Versicherungswesen, Krankenversicherungsschutz und Arbeitsverhältnisse.

Als weitere gerechtigkeitstheoretische Herausforderung der möglichen Integration von Genetik in die öffentliche Gesundheitsversorgung wird (wie im Falle von Biobanken oder Screening-Verfahren) der mögliche Konflikt zwischen individuumsbezogenem Autonomierespekt und gesellschaftlichem Gesamtnutzen oder Gemeinwohl thematisiert und für seine Gestaltung ebenso ein Priorisierungsmodell vorgestellt und begründet, wie die Frage des benefit-sharing thematisiert.

## Sektion 3:

### S3.1 Wie viel Solidarität benötigt und wie viel individuelle Freiheit verträgt unser Gesundheitssystem?

Bauer AW

Institut für Geschichte der Medizin, Universität Heidelberg

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch chronische finanzielle Engpässe gekennzeichnet. Prinzipiell kann diesem Geldmangel *entweder* mit einer Erhöhung der Mittelzuflüsse durch die Steigerung der Beiträge zur Gesetzlichen bzw. der Prämien zur Privaten Krankenversicherung *oder* mit einer Begrenzung der Ausgaben begegnet werden. Da aus arbeitsmarkt-

politischen Gründen mit dem Verweis auf die Lohn(zusatz)kosten eine Steigerung der Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung künftig nur noch in sehr engen Grenzen durchsetzbar sein dürfte, treten vor allem mögliche Effizienzsteigerungen durch Rationalisierung der Betriebsabläufe und tatsächliche Leistungseinschränkungen durch Rationierung ins Blickfeld von Gesundheitspolitik und Medizinethik.

Vor allem dort, wo es um die Zuteilung von absolut beschränkt vorhandenen und zugleich lebenswichtigen Gütern geht, entstehen Probleme der interindividuellen Verteilungsgerechtigkeit, die sich am ehesten mittels *kollektiver Rationierung* durch staatlich legitimierte Institutionen bewältigen lassen. Anders stellt sich die Sachlage bei solchen medizinischen Gütern oder Dienstleistungen dar, die nicht absolut beschränkt sind, deren Bereitstellung vielmehr aus finanziellen Erwägungen heraus limitiert werden soll. In erheblichem Maße geht es dabei um die Behandlung von Gesundheitsproblemen, zu deren rationaler Steuerung das Instrument der *individuellen Rationierung* eingesetzt werden könnte. Konkret bedeutet dies, dass die Bürger beim Eintritt in die Gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich die Gelegenheit erhalten, ihren Versicherungsschutz und ihren Versicherungsbeitrag individuell zu variieren. Bei dieser Form der Rationierung stellt sich aber die Frage nach der ethischen Spannung zwischen persönlicher Freiheit und sozialer Sicherheit. Oft wird deshalb vorgeschlagen, jeder Bürger müsse eine obligatorische Mindestversicherung abschließen, die einen „Basisschutz“ gewähre, um dann weitere Mittel für variable Ergänzungsbausteine der persönlichen Wahl einsetzen zu können. Allerdings leidet diese Idee, die in Analogie zur künftig teilprivatisierten Rentenversicherung entwickelt wurde, unter einem gravierenden Manko: Es gibt keinerlei Einigkeit darüber, welche Leistungen in einem derartigen „Minimalpaket“ konkret enthalten sein müssten, da Begriffe wie „Basisschutz“ oder „Grundsicherung“ verdeckt *normative* Begriffe sind. In einer werteppluralen Gesellschaft kann man nicht damit rechnen, über den tatsächlichen Umfang dieser Begriffe einen allgemeinverbindlichen Konsens zu erreichen. Daher sollte die individuelle Rationierung im Gesundheitswesen nicht durch ein Bausteinsystem aus vorgeschriebe-

nen „Basisschutz“ und individuell flexibler „Zusatzversicherung“ implementiert werden. Eine gangbare Alternative dürfte einerseits die solidarische Absicherung nicht unverhältnismäßig tangieren, sollte jedoch andererseits die persönliche Entscheidungsfreiheit der Versicherten nachhaltig stärken. In der Privaten Krankenversicherung ist eine derartige Option bereits in Ansätzen entwickelt, und man sollte über ihre Ausweitung auf die Gesetzliche Krankenversicherung nachdenken. Es handelt sich um das System einer von den Versicherten individuell wählbaren *prozentualen* Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten. Dabei wird nicht zwischen „hochrangigen“ und „nachrangigen“ Diagnose- und Therapiemaßnahmen differenziert, vielmehr können die Versicherten individuell entscheiden, mit welchem jährlichen Höchstbetrag sie sich prozentual an sämtlichen Krankheitskosten beteiligen. Je höher der Maximalbetrag der prozentualen Selbstbeteiligung gewählt wurde, umso deutlicher kann der individuelle monatliche Versicherungsbeitrag sinken, so dass ein echter Zuwachs an persönlicher Entscheidungsfreiheit sowie ein finanzieller Anreiz zum sparsamen Einsatz der Ressourcen entsteht.

Die zusätzliche Entscheidungsfreiheit der Bürger darf nicht dort entstehen, wo sie diese mangels fachlicher Einsicht nicht sinnvoll nutzen können, sondern dort, wo sie eine eigene Kompetenz besitzen, die sie selbstverantwortlich einzusetzen vermögen. Diese Kompetenz liegt vornehmlich in der Planung und Einteilung des eigenen Haushaltsbudgets. Welche finanziellen Mittel die Bürger selbst zur Wahrnehmung ihrer gesundheitlichen Interessen aufwenden wollen, bevor sie die Solidarität der Versicherten-gemeinschaft für sich in Anspruch nehmen müssen, sollte in größerem Ausmaß als bisher ihrer individuellen Entscheidung überlassen werden.

### **S3.2 Ethische Grundlagen für eine gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen: Individualrechte nach Gewirth und daraus abgeleitete Verteilungskriterien**

Bobbert M

Institut für Geschichte der Medizin, Universität Heidelberg

In der Auseinandersetzung um das Leistungsspektrum der solidarisch finanzierten Gesund-

heits- bzw. Krankenversorgung sind allgemein nachvollziehbare ethische Argumente und Kriterien anzustreben. In der Medizinethik werden bei Verteilungsfragen häufig solche ethischen Ansätze herangezogen, die sich explizit als Gerechtigkeitsansätze verstehen. Dabei wird angenommen, dass für eine gerechte Verteilung besondere ethische Kriterien erforderlich sind. Die sozial- bzw. institutionenethischen Fragen einer gerechten Verteilung lassen sich jedoch auch von moralischen Individualrechten her, d.h. gewissermaßen „von unten nach oben“ entfalten.

Der in kantischer Tradition stehende Ansatz von Alan Gewirth ermöglicht die Gewinnung ethischer Kriterien für die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen. Unter Absehung der strittigen Frage der Letztbegründbarkeit ethischer Normen soll der Fokus auf der Anwendung dieses Ansatzes liegen. So werden grundlegende Individualrechte auf den Bereich der Gesundheitsversorgung bezogen.

Da die physische und psychische Gesundheit eine grundlegende Voraussetzung für die Fähigkeit, überhaupt handeln zu können und selbst gesetzte Ziele zu verfolgen darstellt, hat jeder Mensch das Recht auf solche Gesundheitsleistungen, welche diese allgemeinen Voraussetzungen erhalten, schützen oder wieder herstellen. Die Güterlehre von Gewirth beinhaltet eine Hierarchie der Notwendigkeit in Bezug auf die handlungsrelevanten allgemeinen Voraussetzungen und damit auch Hilfspflichten für andere – etwa mittels professioneller medizinischer, pflegerischer oder psychischer Maßnahmen.

Aus dem Ansatz von Gewirth lassen sich ethisch-normative Kriterien ableiten, die bei einer Ressourcenverteilung beachtet werden müssen. Dies hat unter anderem Konsequenzen für das Gerechtigkeitsverständnis (Tausch-, Leistungs-, Chancengerechtigkeit, ausgleichende Gerechtigkeit oder Gerechtigkeit als Gleichheit), für das Leistungsspektrum der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung bzw. für die Frage der Privatisierung von Versicherungsleistungen, für besonders verletzte Personengruppen, für die Frage der Altersrationierung und für die Frage, auf welchen Ebenen Verteilungsentscheidungen angesiedelt sein sollten. Neben einer Positionierung in Bezug auf diese Fragen werden auch einige konkrete Beispiele aus der jüngsten Gesundheitsreform kritisch beleuchtet.

kritisch beleuchtet.

### **S3.3 Selbstverantwortung von Patienten für ihre Gesundheit – mögliches Allokationskriterium in einer individualistischen Gesellschaftsordnung?**

Buyx A

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster

Selbstverantwortung von Patienten für ihre Gesundheit ist ein Konzept, das in den medizinethischen Debatten der letzten zwei Jahrzehnte keine hervorragende Rolle gespielt hat. Verantwortung und Pflichten werden überwiegend Ärzten und Pflegenden zugeschrieben, wohingegen in Bezug auf Patienten vor allem deren Rechte und ihre Wahrung bzw. Nicht-Verletzung erörtert werden. Autoren, die Selbstverantwortung von Patienten behandeln, sind z.B. Hans-Martin Sass oder Heather Draper und Tom Sorell. Letztere äußern den Vorwurf, die Debatten der medizinischen Ethik hätten die Frage der Selbstverantwortung von Patienten in noch nicht ausreichendem Maße berücksichtigt.

Angesichts der drängenden Problematik der Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen, mit der sich, wie alle westlichen Länder, auch Deutschland zunehmend konfrontiert sieht, bekommt die Frage nach der Einbeziehung der Patienten-Selbstverantwortung eine neue und gesteigerte Relevanz. Vor allem in den Medien werden in jüngster Zeit vermehrt Diskussionen darüber geführt, ob und wie z.B. Risiko-Sportarten, Rauchen oder Übergewicht – also Lebensstil- und Verhaltensfaktoren – von Krankenkassen und anderen Institutionen des Gesundheitswesens negativ berücksichtigt werden dürfen.

Gegen eine stärkere Berücksichtigung oder gar Überprüfung der Selbstverantwortung von Patienten für ihre Gesundheit, für ihren Lebensstil und für ihr gesundheitsförderndes oder -schädliches Verhalten in der Gesundheitsversorgung werden zumeist zwei Punkte vorgebracht: 1) ein theoretisch-ethisches Argument: die Gefahr der Einschränkung von Autonomie und freier Entfaltung der Patienten sowie die drohende „Normierung“ von Lebensstilen, und 2) ein pragmatisches Argument: die vermeintliche Schwierigkeit, signifikante Korrelationen zwischen Gesundheitsverhalten und Erkrankungen nachzuweisen, und die aus dieser

Schwierigkeit möglicherweise resultierende Ungerechtigkeit in der unterschiedlichen eventuellen Beteiligung von Patienten an Gesundheitskosten.

Befürworter bemühen meist Argumente, die darauf hinweisen, dass sich die Verantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit aus allgemeinen ethischen Konzepten herleiten lässt, wie etwa aus der Verantwortung anderen und sich selbst gegenüber sowie aus der solidarischen Pflicht des Bürgers gegenüber seiner Gesellschaft.

Einer der Autoren, der sich der Selbstverantwortung von Patienten bereits seit längerer Zeit widmet, ist Daniel Callahan. In seinen Arbeiten zur Verteilungsgerechtigkeit und Altersrationierung im amerikanischen Gesundheitswesen schlägt er eine stärkere Berücksichtigung der Eigenverantwortung von Patienten vor. Vor dem Hintergrund seines kommunitaristischen, auf die Gesamtgesundheit der Gesellschaft zielenden Vorschlags zur Reform der amerikanischen Gesundheitsversorgung setzt er die Eigenverantwortung (gemeinsam mit der Schaffung eines starken Public Health-Systems) in Opposition zur im Augenblick in den westlichen Gesellschaften vorherrschenden individualistischen Perspektive auf Gesundheit, innerhalb deren Krankheit als nicht selbstverursachtes Schicksal und die Medizin als marktwirtschaftlich geregelte „Rettung“ vor diesem Schicksal begriffen wird.

Der Vortrag versucht aufzuzeigen, dass der Gegensatz zwischen medizinischer Selbstverantwortung und Individualismus, der Callahan zufolge nicht auflösbar ist und nur in der Ablehnung einer individualistisch geprägten Gesellschaftsordnung und Hinwendung zum Kommunitarismus überwunden werden kann, keinesfalls zwingend ist. Ganz im Gegenteil soll dargestellt werden, dass Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit ein Konzept ist, das zumindest theoretisch sehr wohl mit individualistischen Idealen vereinbar ist. Dies kann unter Zuhilfenahme des Begriffs des Eigeninteresses und dessen Verknüpfung mit der Selbstverantwortung geschehen. Abschließend gibt der Vortrag einen Ausblick auf die sich aus der Diskussion der Callahanschen Position ergebenden Möglichkeiten und Schwierigkeiten einer Anwendung von Selbstverantwortung und Gesundheitsverhalten als Allokationskriterien bei Priorisierungsfragen im deutschen Gesund-

heitswesen.

### **S3.4 Die Bedeutung des Krankheitsbegriffs für die Gerechtigkeitsdiskussion im Gesundheitswesen**

Hucklenbroich P

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster

*Fragestellung:* Allgemein wird angenommen, dass der Krankheitsbegriff und der Gesundheitsbegriff in der Gerechtigkeitsdiskussion eine wichtige Rolle spielen. Umstritten ist jedoch, wie diese Begriffe genau zu rekonstruieren sind und was ihre genaue Beziehung zur Gerechtigkeitsdiskussion ist. Die Fragestellung des Vortrags besteht darin, wie auf dem Hintergrund der medizintheoretischen Diskussion der letzten Jahrzehnte eine Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs vorgenommen werden kann, die sowohl medizinischen als auch philosophischen Adäquatheitskriterien Genüge tut, und wie von daher der Bezug zur ethischen Gerechtigkeitsdiskussion hergestellt werden kann.

*Methodik:* Eine Analyse des alltagssprachlichen und des wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs von „Krankheit“ führt zur Formulierung eines Kriteriensystems für den Krankheitsbegriff und verwandte Begriffe wie „Krankheitsursache“, „Risikofaktor“ und „Normvariante“. Dieses Kriteriensystem wird im Rahmen einer medizinischen Anthropologie theoretisch interpretiert und mit anderen theoretischen Ansätzen (u. a. Rothschild, Boorse, Wulff, Nordenfelt, Clouser/Culver/Gert, Nesse/Williams, Lanzerath) verglichen. Anhand konkreter Detailrekonstruktionen aus der klinischen Medizin und Psychiatrie werden die Vorteile der hier vorgelegten Rekonstruktion aufgezeigt. Die Verbindung zur Gerechtigkeitsdiskussion wird durch Rekonstruktion weiterer, als Brücke dienender Begriffe wie „Indikation“, „Behandlungsbedürftigkeit“, „Abklärungsbedürftigkeit“ hergestellt.

*Ergebnisse:* Wichtige Einzelergebnisse, die im Vortrag ausführlich hergeleitet und in ihrem Zusammenhang dargestellt werden, sind: 1. Die Kriterien für Krankhaftigkeit beziehen sich auf körperliche und psychische Vorgänge oder Zustände von Einzelindividuen und setzen diese in Beziehung zu einem sozio-psycho-somatischen Modell körperlicher und psychischer Gesundheit, dessen genaue Ausformulierung identisch ist mit der medizinischen *Orthologie*. 2. Bei der

Genese des medizinischen Wissens, sowohl des orthologischen als auch des pathologischen, ist analytisch zu unterscheiden zwischen *deskriptiver* Begriffs- und Theoriebildung und auf die Krankheitskriterien bezogener *Evaluation*. 3. Die Genese der Krankheitskriterien selbst ist rekonstruierbar in einer medizinischen Anthropologie, die Prozesse der *Bewertung* und *Selbstbewertung* auf verschiedenen Ebenen der belebten Welt erfasst, von der Evolution der Makromoleküle über die verschiedenen somatischen und psychischen Organismussysteme des Individuums bis hin zu sozialen Normierungsprozessen. 4. Während „Krankheit“ und „Indikation“ in dem hier rekonstruierten Sinn trotz ihrer evaluativen Dimension *theoretische* Begriffe der Medizin sind, sind Begriffe wie „Behandlungsbedürftigkeit“ oder „gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen“ primär *normative* Begriffe einer sozialen *Praxis* und ihrer Reflexionsformen. Dabei ist die Verknüpfung – oder Nichtverknüpfung – theoretischer mit normativ-praktischen Begriffen selbst ein Strukturelement dieser Praxis und daher – unter anderem – legitimer Gegenstand *medizinethischer Reflexion*.

## Sektion 4:

### S4.1 Implizit oder explizit rationieren? Zur Diskussion der Prioritätensetzung im schweizerischen Gesundheitswesen

Zimmermann-Acklin M

Institut für Sozialethik, Universität Luzern

*Fragestellung:* Im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Rationierung und Prioritätensetzung im schweizerischen Gesundheitswesen (Beginn: Okt. 2003) geht es um die ethische Beurteilung von Rationierungsmaßnahmen und die Erarbeitung konkreter Handlungsvorschläge zuhanden der schweizerischen Politik. Aus diesem Projekt sollen einige Überlegungen zur Diskussion gestellt werden.

Die Finanzierung der Gesundheitskosten wird in der Schweiz zum wesentlichen Teil von den Privathaushalten bestritten. Merkmale dieses Systems sind: Kopfpauschalen bei den Krankenkassenprämien, Selbstbeteiligung der Patienten über Franchisen und Selbstbehalte, Privatisierung einiger Therapien wie Zahnbehandlungen oder IVF. Der Faktor Arbeit wird nur

unwesentlich und über die Lohnsteuern belastet, insofern ein Teil der Krankenhauskosten und Prämienentlastungen staatlich finanziert werden. Die Steigerung der Gesundheitskosten ist daher für die Bürgerinnen und Bürger unmittelbar spürbar und in der Schweiz zu einem bedeutenden gesellschaftspolitischen Problem geworden.

Angesichts dieser Situation stellt sich die grundsätzliche Frage, auf welche Weise die jährliche Kostensteigerung im Bereich der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung durch „Rationierungs“-Maßnahmen aufgehalten oder zumindest gebremst werden könnte.

*Aufbau des Vortrags:* Zunächst wird eine Definition des Rationierungsbegriffs vorgeschlagen und das schweizerische Gesundheitswesen kurz vorgestellt (System, Finanzierung, Kostenentwicklung). Im Anschluss an einige Schlaglichter auf die schweizerische Rationierungsdiskussion werden sodann am Beispiel eines Modells expliziter Rationierung, dem Vorschlag zur Altersrationierung, und eines Modells impliziter Rationierung, dem „Muddling Through elegantly“, zwei unterschiedliche Konzepte aus ethischer Sicht beurteilt und nach alternativen Möglichkeiten gefragt.

*Zwischenergebnisse:* Während die deutsche Diskussion gegenwärtig stark von der finanziellen Entlastung des Faktors Arbeit bzw. der Einführung unterschiedlicher Finanzierungsmodelle (Kopfpauschalen versus Bürgerversicherung) bestimmt ist, drehen sich die Debatten in der Schweiz vornehmlich um die grundsätzliche Frage, wie der starke Kostenanstieg im Bereich der solidarisch finanzierten gesundheitlichen Versorgung zu bremsen ist. Das Modell der Altersrationierung hat den Vorteil, dass es transparent ist, im Unterschied zu anderen sozialen Kriterien alle gleichermaßen trifft und durch flankierende Maßnahmen (im Sinne einer privaten Vorsorgeversicherung) entschärft werden könnte. Gleichzeitig haben die alten Menschen die größten Beiträge zur Krankenversicherung geleistet, wäre eine chronologisch festgelegte Altersgrenze willkürlich und werden grundsätzliche Fragen nach der Reichweite von Gerechtigkeit und Solidarität in der Gesellschaft aufgeworfen.

Für das Konzept des „Muddling Through elegantly“ sprechen zwar einige Gründe wie die „rule of rescue“, ungelöst bleibt jedoch die Fra-

ge nach der Doppelrolle des Arztes als „Ökonom“ und Vertreter der Interessen des Patienten und insbesondere die Infragestellung des Informed Consent, insofern Ärztinnen und Ärzte letztinstanzlich über den Einsatz von Mitteln entscheiden sollen.

Eine überzeugendere Alternative verspricht die Kombination von Einzelmaßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen, bei welcher u.a.

- eine gesellschaftliche Wertediskussion darüber angeregt wird, wie viel der Bereich Gesundheit grundsätzlich kosten darf und soll,
- politische Entscheide über die solidarische Finanzierung neuer diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten offen diskutiert und auch getroffen werden,
- über fachärztliche Richtlinien Einfluss auf Einzelentscheide genommen wird und
- Anreizsysteme im Bereich des Managed Care gefördert werden.

#### **S4.2 Das Gesundheitswesen zwischen Finanzierbarkeit, Finanzierung und Finanzierungsbereitschaft: Zum Beitrag der Gesundheitsökonomie**

Schlender M

Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke & Hochschule für Wirtschaft Ludwigshafen (Management & Controlling)

Mit vier Millionen Beschäftigten, einer viertel Billion EURO jährlichem Umsatz und einem Anteil von mehr als zehn Prozent am Bruttoinlandsprodukt repräsentiert das Gesundheitswesen einen wichtigen Sektor der volkswirtschaftlichen Aktivität in Deutschland. Die Verfügbarkeit immer besserer Technologien im Zusammenspiel mit der demographischen Entwicklung haben zu einer Finanzierungskrise beigetragen.

Die Ökonomie als wissenschaftliche Disziplin befasst sich mit Fragen der optimalen Allokation knapper Ressourcen. Zahlreiche Fachvertreter (Pauly, Drummond, Leidl) postulieren diesbezüglich einen normativen Anspruch gesundheitsökonomischer Analysen, in der Regel unter Rekurs auf die neoklassische Wohlfahrtsökonomik (Pigou, Arrow) oder auf extrawelfaristische Gedankengänge (Sen, Culyer).

Sowohl die wohlfahrtstheoretischen als auch die extrawelfaristischen Prämissen gesundheitsökonomischer Aussagen werden kritisch analysiert. Ihre distributiven Implikationen

werden diskutiert und auf ihre Vereinbarkeit mit gerechtigkeits-theoretischen Ansätzen überprüft.

Für den gesundheitspolitischen Diskurs wird vorgeschlagen, klar zu differenzieren zwischen der Finanzierbarkeit („*affordability, ability to pay*“), der Finanzierung („*flow of funds*“) als den tatsächlichen allokativen und distributiven Entscheidungen innerhalb des Systems und der gesellschaftlichen Finanzierungsbereitschaft („*willingness to pay*“). Die Relevanz dieses Vorschlages wird mit einer makroökonomischen Analyse der Finanzierbarkeit steigender Gesundheitsausgaben untermauert, welche belegt, dass – auch unter konservativen Annahmen – eine Finanzierbarkeit für mehrere weitere Jahrzehnte angenommen werden kann.

## **Sektion 5:**

#### **S5.1 Palliativmedizin im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit**

Lübbe A

Cecilien-Klinik

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. (Kurzform der WHO-Definition aus dem Jahr 2002).

Wahrgenommen wird die palliativmedizinische Versorgung interdisziplinär und multiprofessionell durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und die Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Die Palliativmedizin in Deutschland befindet sich in einem Umbruch. Einerseits wird erkannt, dass derartige, oben genannte Prinzipien ausgebaut werden sollten, andererseits wird durch das neue Gesundheitsreformgesetz und die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen die stationäre Bezahlbarkeit der erbrachten Leistungen in Frage gestellt. Gerade bei fortgeschrittenen Krebspatienten stellt sich immer wieder die Frage der Sinnhaftigkeit einer invasiven und kostenintensiven Therapie. Konsens ist, so wenig invasiv und so individuell möglich zu handeln. Im Vordergrund der palliativmedizinischen Versorgung steht jedoch

ein personal- und damit kostenintensives Team, das per se, ähnlich wie auf Intensivstationen, kostenintensiv sein muss.

Wo also sind die Grenzen zwischen ethischer Notwendigkeit und finanzieller Machbarkeit? Wie können wir Besonnenheit als Anreiz gegen Begehrlichkeit lernen und praktizieren um einer Leistungsexplosion am Lebensende entgegenzuwirken, wenn auf der anderen Seite eine personalintensive palliativmedizinische Betreuung verunmöglicht, weil nicht erstattet, wird?

Durch diesen Vortrag werden potentielle Vor- und Nachteile der Fallpauschalen kurz skizziert bevor ihre Anwendungen auf die Palliativmedizin kritisch hinterfragt werden. Es wird argumentativ begründet und an 2 Fallbeispielen erläutert, warum es bestimmte Bereiche geben muss, die von einer rigiden und starren Fallpauschalenregelung entweder ausgenommen, oder durch sinnvolle Zusatzpauschalen, beispielsweise für palliativmedizinische Versorgung, ergänzt werden müssen. Denn wie zurzeit geplant, kann eine weitgehend freie, der Bibliographie des Patienten angemessene und insofern ethisch verankerte Behandlung für Patienten nicht durchgesetzt werden. Schließlich wird ausgeführt, dass Gesundheitsleistungen oft aufgerechnet da eingeschränkt werden, wo sie unverzichtbar sind. 550.000 Patienten in Deutschland, die stark wirksame Opioide benötigen, erhalten diese nicht, andererseits wird viel Geld für die Behandlung von Krebspatienten ausgegeben, deren Überleben durch die ergriffenen Maßnahmen wenig verändert wird.

## **S5.2 Zum Grundrecht auf Krankheitsbehandlung: Leistung und Grenzen des Krankheitsbegriffs als Kriterium für die Zuschreibung von Anspruchsrechten auf sozial finanzierte medizinische Leistungen**

Werner M

Ethisch-Philosophisches Grundlagenstudium, Universität Freiburg

In jüngster Zeit ist vielfach eine unkontrollierte Ausdehnung des Krankheitsbegriffs beklagt worden. Mit einer solchen Ausdehnung sind natürlich auch ökonomische Konsequenzen für das Gesundheitssystem verbunden, denn im deutschen Sozialrecht dient der Krankheitsbegriff als zentrales Kriterium für die Eingrenzung des Spektrums der solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen. Die in der ständigen

Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Interpretation des Krankheitsbegriffs herangezogenen Auslegungsformeln (in denen unter anderem krankhafte Regelwidrigkeit als „Abweichung von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm“ definiert wird) lassen indes nur schwer erkennen, woher ein Rechtsanspruch auf Krankheitsbehandlung eigentlich seine normative Kraft bezieht. Das trägt zu Rechtsunsicherheiten bei und erschwert es, die Legitimität von Leistungseingrenzungen zu bewerten.

Wie ist auf diese Situation zu reagieren? Ohne unmittelbaren Bezug zu der hier interessierenden ‚Regelungsmaterie‘ – dem Problem der Eingrenzung des Leistungsspektrums – nach ‚dem richtigen‘ oder ‚dem wahren‘ Krankheitsbegriff zu suchen, erscheint sinnlos. Die medizintheoretische und philosophische Diskussion ist von einer Vielfalt konkurrierender Krankheitskonzepte geprägt, die in recht verschiedenen Kontexten entwickelt wurden und teilweise unvereinbar sind. Welche Definition schlechthin – kontextunabhängig – die richtige ist, scheint kaum eine sinnvolle Frage. Eine andere Möglichkeit wäre, den Krankheitsbegriff als Kriterium der Begründung und Begrenzung von Anspruchsrechten auf sozial finanzierte medizinische Leistungen überhaupt zu verabschieden. Aber damit wäre natürlich nur dann etwas gewonnen, wenn wir bereits über geeignetere Entscheidungskriterien (oder über geeignetere Prozeduren, die als Ersatz für substantielle Kriterien dienen könnten) verfügen würden. Dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein. Interessanterweise werden einige der vorgeschlagenen Alternativkriterien – etwa „Behandlungsbedürftigkeit“ – in der Sozialrechtsprechung ohnehin schon als Bestandteile der Interpretation des Krankheitsbegriffs verstanden.

Angesichts dessen soll erstens gezeigt werden, welche unter den bereits jetzt in Sozialrecht, Medizin und Philosophie vorgeschlagenen (Elementen von) Krankheitsdefinitionen vor dem Hintergrund der normativen Ordnung eines sozialen Rechtsstaats tatsächlich plausibel erscheinen lassen, warum es – prima facie – ein Anspruchsrecht auf sozial finanzierte Leistungen der Krankheitsbehandlung (bzw. Krankheitsdiagnose, Krankheitsprävention etc.) gibt, warum aber – wiederum prima facie – kein Anspruchsrecht auf andere medizinische Leistungen besteht (Leistungen des ‚Enhancement‘

bzw. der ‚Lifestyle-Medizin‘). Zweitens soll gezeigt werden, inwieweit in den Randbereichen Abgrenzungsprobleme bestehen bleiben und wie diesen am ehesten begegnet werden kann.

## **Sektion 6:**

### **S6.1 Humanität statt Gleichheit? Zur Relevanz der neuen Egalitarismuskritik für die Gesundheitsversorgung**

Rauprich O

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Erlangen-Nürnberg

Gleichheit wurde von jeher als zentrales Element der Gerechtigkeit verstanden. Dies gilt auch und gerade für den Bereich der Gesundheitsversorgung. Vielfach wird die Forderung erhoben, es dürfe keine „Zwei-Klassen-Medizin“ geben, jeder Mensch solle den „gleichen Zugang“ zur medizinischen Versorgung erhalten, jeder solle die gleiche Chance auf ein möglichst langes und gesundes Leben haben, etc.

Der philosophische Egalitarismus ist seit John Rawls *Theory of Justice* maßgeblich von der Ansicht beeinflusst, dass es ein Gebot der Fairness sei, so weit wie möglich einen gesellschaftlichen Ausgleich derjenigen Vor- und Nachteile herzustellen, die auf natürlichen oder sozialen Umständen beruhen. Niemand dürfe einen Nachteil erleiden aufgrund von Dingen, für die er oder sie nichts kann. Ausgehend von dieser Idee werden verschiedene Ansichten darüber vertreten, welche Art von Ausgleich geschaffen werden soll: Ausgleich der Ressourcen oder des aus ihnen gezogenen Nutzens, Ausgleich der Chancen, der Freiheiten oder der Funktionsfähigkeiten.

Kritik am Egalitarismus wird traditionell von Vertretern liberalistischer Theorien geübt, die gesellschaftliche Umverteilungen schlicht als Enteignung und damit Freiheitsberaubung der „Nettozahler“ ansehen. In jüngerer Zeit wurde eine neue, subtilere Kritik von humanistischer Seite vorgebracht (u.a. von Harry Frankfurt, Angelika Krebs, Derek Parfit, Joseph Raz, Michael Walzer). Ihr zufolge besteht Gerechtigkeit nicht in einem möglichst vollständigen Ausgleich aller schicksalhaften Nachteile, sondern vielmehr darin, jedem ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Nicht die Relatio-

nen zwischen Menschen seien entscheidend, sondern die Erfüllung bestimmter sozialer Standards. Kranken solle man nicht deshalb helfen, weil andere Menschen gesund sind, sondern weil Therapie und Linderung von Krankheiten zu denjenigen Sozialleistungen gehört, die wir grundsätzlich jedem Menschen zugestehen. Der Egalitarismus verwechsle Allgemeinheit mit Gleichheit, und darüber hinaus sei er inhuman, weil er die selbstverschuldeten Nöte von Menschen ignoriere, und stigmatisierend, weil er Unterschiede von Menschen und nicht objektive Bedürftigkeit zum Motiv von Hilfeleistungen mache.

In dem Vortrag wird die neue, humanistische Egalitarismuskritik vorgestellt und ihre Relevanz für den Bereich der Gesundheitsversorgung diskutiert. Es wird argumentiert, dass der nonegalitaristische Humanismus viele verbreitete medizinethische Ansichten besser begründen kann als der Egalitarismus, insbesondere die Forderung nach einem „ordentlichen Minimum“ an Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die Orientierung am Kriterium der Bedürftigkeit sowie den Anspruch auf Behandlung auch bei selbstverschuldeten Krankheiten. Gegen die neue Egalitarismuskritik wird argumentiert, dass Gleichheit durchaus einen Eigenwert hat, der in bestimmten Situationen in der Medizin zum Tragen kommen kann, z.B. in Form einer Chancengleichheit bei der Verteilung von Organen. Humanitäre Standards und Gleichheit sind zwei unverzichtbare Aspekte der Gerechtigkeit im Bereich der Medizin.

### **S6.2 Die Prävalenz von Gerechtigkeits- und Fürsorgeargumenten im moralischen Diskurs als Funktion von Sozialisationsfaktoren**

Sommer C<sup>1</sup>, Wiesemann C<sup>2</sup>, Boos M<sup>1</sup>, Conradi E<sup>3</sup>, Biller-Andorno N<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Universität Göttingen

<sup>2</sup>Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen

<sup>3</sup>Seminar für Politikwissenschaft, Universität Göttingen

Gerechtigkeit gilt in der traditionellen Moralphysikologie als oberstes moralisches Prinzip. Nach der Theorie der Entwicklung des moralischen Urteils in der Tradition von Kohlberg (1971) muss im moralischen Urteil, z. B. zur Verteilung von Gütern, von der Berücksichti-