

Sozialpolitische Schriften

Heft 88

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Herausgegeben von

**Alexander Brink, Johannes Eurich,
Jürgen Hädrich, Andreas Langer
und Peter Schröder**



Duncker & Humblot · Berlin

BRINK/EURICH/HÄDRICH/LANGER/SCHRÖDER (Hrsg.)

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Sozialpolitische Schriften

Heft 88

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Herausgegeben von

Alexander Brink, Johannes Eurich,
Jürgen Hädrich, Andreas Langer
und Peter Schröder



Duncker & Humblot · Berlin

Der Druck des vorliegenden Bandes erfolgt
mit freundlicher Unterstützung des AOK-Bundesverbandes.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen
Wiedergabe und der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten

© 2006 Duncker & Humblot GmbH, Berlin

Fotoprint: Berliner Buchdruckerei Union GmbH, Berlin

Printed in Germany

ISSN 0584-5998

ISBN 3-428-11944-4

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ☺

Internet: <http://www.duncker-humblot.de>

Geleitwort

Angesichts des demographischen Wandels, des rasanten Fortschritts in der Medizin sowie den begrenzten finanziellen Mitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung kommt ethischen Fragen in der Gesundheitsversorgung eine größere Bedeutung zu.

Immer öfter werden Themen aus der Medizinethik wie zum Beispiel die gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen in der Öffentlichkeit diskutiert. Damit packen die Beteiligten ein heißes Eisen an: Denn was ist überhaupt gerecht? Und: Wer soll und kann das definieren? Für die AOK, die für eine solidarische Gemeinschaft eintritt, haben Fragen der Verteilungsgerechtigkeit und der Ressourcenallokation deshalb eine hohe Priorität, weil sie immer im Spannungsfeld von Medizin, Ökonomie und Ethik zu sehen sind: Nicht alles, was medizinisch machbar ist, ist auch gleichzeitig wirtschaftlich und ethisch vertretbar. Um also zu tragfähigen Antworten zu kommen, müssen alle drei Aspekte gleichermaßen berücksichtigt werden. Aus Sicht der AOK dürfen Entscheidungen darüber, wie die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen eingesetzt werden, auch in Zukunft nicht allein aus wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Überlegungen gefällt werden. Vielmehr brauchen wir einen breiten gesellschaftlichen Konsens darüber, wie eine zukunftsfähige medizinische Versorgung, die sowohl den Grundsätzen der Qualität und Wirtschaftlichkeit Rechnung trägt, aber auch dem zunehmenden Wunsch der Betroffenen nach Partizipation nachkommt, aussehen kann. An dieser gesamtgesellschaftlichen Diskussion möchte sich die AOK aktiv und konstruktiv beteiligen – zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Ein weiteres Thema, über das wir diskutieren sollten, ist die Definition des Begriffes Krankheit. Denn dieser ist in unserem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung. Doch was bedeutet „krank sein“ überhaupt? Bisher gibt es noch keine eindeutige Definition von Krankheit und Gesundheit. Ist solch eine subjektive Größe dann überhaupt geeignet, den konkreten medizinischen Behandlungsbedarf von Patientinnen und Patienten zu bestimmen?

Hinzu kommt, dass Entscheidungen im Gesundheitswesen sowohl für den Einzelnen als auch im Hinblick auf die Versorgung einer ganzen Bevölkerungsgruppe zu treffen sind. Soll ein Einzelner die optimale oder gar maximale medizinische Behandlung bekommen – oder ist es nicht gerechter, wenn für alle Patienten gleichermaßen das medizinisch Notwendige zur Verfügung steht?

Solchen Fragen sehen sich die Akteure im Gesundheitswesen tagtäglich ausgesetzt. Und diese unterschiedlichen Ansätze führen nicht selten zu Konflikten. Gerade hier ist eine öffentliche ethische Diskussion unbedingt notwendig.

Interessenkonflikte zwischen Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern werden in der gesetzlichen Krankenversicherung längst schon konstruktiv ausgetragen: Das garantiert das System der Selbstverwaltung, das sich jahrzehntelang bewährt hat. Dasselbe gilt für den Gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten, Krankenkassen und Kliniken, der dafür sorgt, dass neue Leistungen zeitnah Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung werden. So berät, entscheidet und konkretisiert das Gremium, welche ambulanten und stationären medizinischen Leistungen den Vorgaben des Sozialgesetzbuches V genügen und somit in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen sind. Bei seinen Entscheidungen zu innovativen Methoden und Verfahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch ethische Aspekte zu berücksichtigen. Nicht zuletzt deswegen wird auch die Öffentlichkeit seine Arbeit zukünftig vermehrt unter ethischen Gesichtspunkten betrachten und diskutieren. Die vorliegende Sammlung von Aufsätzen ist ein Anstoß, um die Diskussion über die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen voranzubringen. Mit ihren Beiträgen wollen die Autoren – allesamt renommierte Wissenschaftler verschiedener Fachgebiete – die Debatte zu wesentlichen Fragestellungen der Medizinethik bereichern. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre,

Dr. Hans Jürgen Ahrens
(Vorsitzender des Vorstands
des AOK-Bundesverbandes)

Vorwort

„Gerechtigkeit im Gesundheitswesen“ bildet eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen der Gegenwart. Vor dem Hintergrund einer interdisziplinären Betrachtung ergeben sich vielfältige Fragen: Nach welchen Kriterien beurteilen wir die Zuteilung von Gesundheitsleistungen unter Ressourcenknappheit? Wie regeln wir den Umgang mit neuen Technologien, so dass sie Kriterien der Gerechtigkeit genügen? Wie organisieren wir unsere Krankenhäuser, dass sie effizient arbeiten, gleichwohl die Patienten angemessen versorgt werden? Diese Liste ließe sich beliebig erweitern.

Der vorliegende Sammelband greift die unterschiedlichen Positionen in diesem Themenfeld auf. Die Autoren, renommierte Wissenschaftler verschiedenster Disziplinen, nähern sich dem Thema aus ihrer jeweiligen Perspektive, wohl wissend, dass Lösungen in einem gemeinsamen Diskurs der beteiligten Fachrichtungen erarbeitet werden müssen, bevor aus der Wissenschaft der ‘Staffelstab’ an die Politik weitergereicht werden kann. In der Tradition einer solchen ‘Gesundheitspolitikberatung’ sieht sich dieser Band.

Die *Forschungsinitiative Ethik und Soziale Institutionen (FESI)* (www.fesi.info) ist 2002 aus dem DFG-Graduiertenkolleg „Kriterien der Gerechtigkeit in Ökonomie, Sozialpolitik und Sozialethik“ an der Ruhr-Universität Bochum hervorgegangen und von den Herausgebern dieses Bandes gegründet. Gegenstand der Arbeit dieses Forschungsverbundes sind Herausforderungen der modernen Organisationsgesellschaft und ihrer institutionellen Landschaft. Wir arbeiten, forschen und lehren in den Bereichen Ökonomie, Diakoniewissenschaft sowie Sozial- und Gesundheitswissenschaften, insbesondere an der Schnittstelle von Ethik und Ökonomik. Zentrale Forschungsschwerpunkte befassen sich mit dem Sozialstaat, dem Gesundheitswesen, den Pflegewissenschaften und professionellem Handeln.

Wir möchten uns ganz herzlich bei den Autoren bedanken, die mit ihren Positionen und Einschätzungen wichtige Beiträge zu diesem Thema geliefert und damit diesen Band möglich gemacht haben. Für die tatkräftige Unterstützung bei der Erstellung der Druckvorlage danken wir Jörg Viebranz und Moritz Delbrück.

Unser besonderer Dank gilt dem AOK-Bundesverband. Er hat die gesamten Druckkosten übernommen und damit das Erscheinen des Bandes möglich gemacht. Dass der Vorsitzende des Vorstands, Dr. Hans Jürgen Ahrens, dem

Band ein Geleitwort vorangestellt hat, freut uns besonders. Frau Dr. med. Kirsten Reinhard, M. san., danken wir für eine sehr freundliche, unkomplizierte und angenehme Zusammenarbeit.

Nun wünschen wir den Leserinnen und Lesern eine spannende und informative Lektüre, in der Hoffnung, mit diesem Band zur „Gerechtigkeit im Gesundheitswesen“ einen kleinen Beitrag geliefert zu haben.

Die Herausgeber, im November 2005

*Alexander Brink, Johannes Eurich,
Jürgen Hädrich, Andreas Langer
und Peter Schröder*

Inhaltsverzeichnis

Alexander Brink, Johannes Eurich, Jürgen Hädrich, Andreas Langer und Peter Schröder

Eigenverantwortung und Solidarität. Merkmale eines gerechten Gesundheitswesens..... 11

Allokation und Gerechtigkeit

Christofer Frey

Solidarität und Gerechtigkeit in der Krankenversicherung..... 29

Hartmut Kliemt

Ethische Aspekte der Gesundheitsversorgung bei Ressourcenknappheit 45

Pamela Aidelsburger, Christian Krauth und Jürgen Wasem

Gesundheitsökonomische Evaluationsstudien und Ethik in der Ressourcenallokation für medizinische Interventionen..... 61

Peter Oberender und Jochen Fleischmann

Regulierungsnotwendigkeiten bei Gentests 79

Peter Dabrock

Rationierung von Gesundheitsleistungen aus Altersgründen? Perspektiven theologischer Ethik unter Berücksichtigung intergenerationaler Gerechtigkeit .. 105

Implikation und Projektion

Christian Pihl und Notburga Ott

Die Gesundheitsreform im Spagat zwischen Theorie und Praxis 127

Hans-Martin Sass

Ordnungsethik des Gesundheitswesens und gesundheitsmündige Bürger..... 149

Eckhard Nagel und Karl Jähn

Standards und Wertekonzepte im Gesundheitswesen. Implikationen für das Krankenhaus der Zukunft..... 175

Expertise und Führung*Birger P. Priddat*

Ethikkommissionen als Expertenkrise: Ein ökonomisch-philosophischer Essay 185

Hans-Werner Bierhoff und Elke Rohmann

Freiwilliges Arbeitsengagement unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitsbereichs 195

Autorenverzeichnis 209

Eigenverantwortung und Solidarität

Merkmale eines gerechten Gesundheitswesens

Alexander Brink, Johannes Eurich, Jürgen Hädrich,
Andreas Langer und Peter Schröder

A. Philosophische Betrachtungen zur Gerechtigkeit

Der Begriff Gerechtigkeit ist – sowohl in der Alltagssprache als auch in politischen und philosophischen Kontexten – moralisch aufgeladen. Seine normativen Implikationen führen dazu, dass wir Sollensvorschriften formulieren. Diese können sich auf zweierlei Weise äußern: Erstens als Handlungsempfehlung auf der Ebene der Rahmenordnung und somit als Gestaltungselement eines Anreizsystems oder zweitens als tugendhaftes Verhalten in Kontexten, die innerhalb moderner Gesellschaften vor allem durch marktliche Transaktionen dominiert werden, also im wettbewerblichen Handlungsvollzug innerhalb einer (Sozialen) Marktwirtschaft. Gesundheit gilt in westlichen Gesellschaften „als das höchste allgemeingültige Gut, zu dessen Erhaltung riesige Mittel investiert werden“¹. Im Folgenden möchten wir zeigen, dass Gerechtigkeit bezogen auf das Gesundheitswesen zwei wesentliche Dimensionen hat: *Eigenverantwortung* und *Solidarität*.

Es war der Ökonom und Sozialphilosoph Friedrich August von Hayek der behauptete, *soziale Gerechtigkeit* sei eine *Fata Morgana*, sie existiere gar nicht.² Damit stellt er sich gegen Gerechtigkeitskonzeptionen, die bereits bei Aristoteles als Verteilungsgerechtigkeit entworfen worden sind. Aristoteles etwa unterscheidet zwischen *distributiver* und *kommutativer Gerechtigkeit*: „Die Gerechtigkeit als Teilerscheinung und das entsprechende Gerechte weis[en] zwei Grundformen auf: die eine (A) ist wirksam bei der Verteilung von öffentlichen Anerkennungen, von Geld und sonstigen Werten, die den Bürgern eines geordneten Gemeinwesens zustehen. Hier ist es nämlich möglich, dass der eine das gleiche wie der andere oder nicht das gleiche zugeteilt erhält. Eine zweite (B)

¹ Eibach (2001), S. 62.

² Vgl. von Hayek (1977).

Grundform ist die, welche dafür sorgt, dass die vertraglichen Beziehungen von Mensch zu Mensch rechtens sind.“³

Die erste hier genannte Form ist die *iustitia distributiva*, die *aufteilende* oder *zuteilende Gerechtigkeit*. Sie beruht auf der staatlichen Zuweisung von Gütern und Rechten nach dem Prinzip der Angemessenheit (Aristoteles spricht von „geometrischer Proportion“). Die *iustitia commutativa* hingegen bezeichnet die *Tauschgerechtigkeit* oder *ausgleichende Gerechtigkeit*. Grundlage eines solchen Gerechtigkeitstypus ist der Vertrag. Der Tauschpartner erhält damit eine Entschädigung für eine Transaktion. Es geht hier um den gerechten Tausch zwischen einander gleichgestellten Partnern. Das Äquivalenzprinzip des Tausches oder des Schadenersatzes ist unabhängig von der bestehenden Einkommens- und Vermögensposition der jeweils Betroffenen. Bei der distributiven Gerechtigkeit geht es also um die *angemessene Behandlung von Personen*, bei der kommutativen dagegen um *Wertäquivalenz von Sachen*.

Andere Theoretiker haben sich an der Schnittstelle von Philosophie und Ökonomie mit Gerechtigkeit befasst. In der Neuzeit etwa David Hume, Adam Smith und John Locke. Adam Smith, der Vater der modernen ökonomischen Theorie, behandelte bei der klassischen Gerechtigkeitsproblematik im Wesentlichen die Frage der Tauschgerechtigkeit, während die *iustitia distributiva* sich bei ihm auf die privaten Tugenden bezog. Es geht – Smith folgend – bei distributiver Gerechtigkeit um eine gerechte Verteilung von Gütern und Lasten. Gegenwärtig diskutiert man eine Fülle an Gerechtigkeitskriterien und ein komplexes Verhältnis derer zueinander. Einige bekannte Formen, nach denen man eine Unterscheidung vornehmen könnte, sind etwa die folgenden:

- *Tauschgerechtigkeit*: Was ist ein gerechter Preis für Güter? Hier spielen individuelle Präferenzen und Knappheitsfragen eine Rolle.
- *Bedürfnisgerechtigkeit*: Menschen haben eine Verpflichtung gegenüber Benachteiligten wie zum Beispiel gegenüber Armen und Kranken.
- *Leistungsgerechtigkeit*: Jeder bekommt eine Entschädigung bzw. Gegenleistung für seine erbrachte Leistung. Dieses Kriterium ist eines der wesentlichen Prinzipien des freien Marktes.
- *Befähigungsgerechtigkeit*: Jeder einzelne Mensch soll die Möglichkeit haben bzw. in die Lage gebracht werden, Verantwortung für sich zu übernehmen und an gesellschaftlicher Kommunikation teilnehmen zu können.
- *Chancengerechtigkeit*: Jeder einzelne Mensch soll die gleichen Startchancen in einer Gesellschaft haben.

³ Aristoteles (1983), 1131a.

B. Eigenverantwortung und Solidarität

Gerechtigkeit spielt gerade in sozialpolitischen Debatten eine zentrale Rolle, wenn es zum Beispiel um Steuergerechtigkeit oder um die gerechte Verteilung von Lasten im Gesundheitswesen geht. Bei der Bestimmung von sozialer Gerechtigkeit scheinen sich dabei zwei Schwerpunkte herauszubilden:

- *Eigenverantwortung* des Einzelnen, der beispielsweise durch private Risikoabsicherung Eigenvorsorge betreibt. Eigenverantwortung bedeutet, dass Individuen immer zunächst selbst Leistungen zur Verbesserung ihrer Lebenschancen und Lebensbedingungen erbringen, bevor – dem Subsidiaritätsprinzip folgend – andere Institutionen wie Familie, Gemeinde oder Staat Hilfe leisten.
- *Solidarität* wird gerade wegen des Reformdrucks, der aufgrund der Finanzkrise des Staates auf den sozialen Sicherungssystemen lastet, bei Vorschlägen zur Leistungskürzung nachdrücklich eingefordert.⁴ Unter *Solidarität* fassen wir im Folgenden das *Bestehen einer wechselseitigen moralischen Verpflichtung zwischen Individuum und Gesellschaft*.

Das dem römischen Recht entlehnte *obligatio in solidum* war ursprünglich eine besondere Haftungsart, nach der die Gemeinschaft für die Schulden des Einzelnen einstehen musste. Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts wurde das Prinzip auch auf andere Bereiche – wie hier besonders im Blick auch auf die Sozialpolitik – übertragen. Eigenverantwortung und Solidarität erscheinen also oftmals als moralisch aufgeladen und finden eine *interdisziplinäre Verwendungsform*. Gerade die moralischen Implikationen dürfen aber nicht der ‘metaethischen Gefahr’ eines *naturalistischen Fehlschlusses* unterliegen. Denn warum sollte aus der empirischen Tatsache eines solidarischen Phänomens unter Menschen auch deren normative Forderung logisch folgen?

Wenn man einen genaueren Blick auf den Begriff ‘Solidarität’ wirft, deuten sich zwei Perspektiven an, die wir im Folgenden unterscheiden möchten: *Beziehungssolidarität* und *Zwangssolidarität*. *Beziehungssolidarität* basiert auf freiwilligem Engagement des Einzelnen für den Anderen als Hilfeleistung mit emotionaler Bindung: hier geht die Eigenvorsorge bzw. die Eigenverantwortung über die Selbstbezogenheit hinaus und schließt den Anderen ein.⁵ *Zwangssolidarität* hingegen erfolgt durch anonyme nicht-freiwillige Bindung. Der Staat

⁴ Vgl. z.B. Werner (2002).

⁵ Unter Beziehungssolidarität verstehen wir im Weiteren im Gegensatz zur Zwangssolidarität eine Form der Solidarität, (1) die freiwillig erfolgt und (2) die eine affektive Komponente enthält. Dies schließt eine Solidarität mit unbekanntem Menschen aus fremden Erdteilen ein, bei denen die affektive Komponente oftmals über eine mediale Öffentlichkeit vermittelt wird (z.B. Flutkatastrophe Süd-Ost-Asien).