



ICEP *argumente*

2. Ausgabe 2005 | April

Ethische Überlegungen zum Gesundheitswesen: Individuelle Rechte als vorrangige Verteilungskriterien

von **Monika Bobbert, Heidelberg**

Das Gesundheitswesen in Deutschland beruht bislang wesentlich auf einem Verständnis sozialer Gerechtigkeit, wonach Mittel und Leistungen nach Gleichheit, Bedürftigkeit und Dringlichkeit verteilt werden. Diese Kriterien gehen auf individuelle Rechte zurück. Für die Verteilung begrenzter Ressourcen ist entscheidend, ob rechthebasierte oder andere Argumentationen zugrunde liegen.

Ethische Argumentationen im Widerstreit

In Diskursen zur Gestaltung des Gesundheitswesens findet gegenwärtig eine Verschiebung ethischer Grundpositionen statt. So gewinnen etwa vertragstheoretische Argumente an Raum. Sie gehen davon aus, dass sich strategisch-rational eingestellte Akteure auf Verpflichtungen einigen. Die Inhalte der Normen liegen allein im Ermessen der Vertragspartner. Ein solcher Ansatz setzt selbstbestimmte, informierte und kompetente Verhandlungsparteien voraus, die beide eine attraktive Leistung anzubieten haben. In Bezug auf ein Erkrankungsrisiko bzw. auf einen bereits Erkrankten treffen diese Vorbedingungen nicht immer zu, so dass die Freiheit des „Geschäftsabschlusses“ gemindert ist.

Des Weiteren wird der Ruf nach „mehr Eigenverantwortung“ laut, gesundheitsförderndes Verhalten soll verstärkt werden. Dem gegenüber steht der Plan einer Kürzung von Krankenversorgungsleistungen, etwa bei Suchtverhalten, ungesunder Lebensführung oder bei Erkrankungen, die durch Vorsorgeuntersuchungen anders verlaufen wären. Gegen die Denkfigur des Eigenverschuldens ist einzuwenden, dass Risikofaktoren sich auf statistische Korrelationen und nicht auf kausale Zusammenhänge beziehen, so dass die

Ursachenzuschreibung im Einzelfall ungesichert bleiben muss. Die Forderung gesundheitsbewussten Verhaltens zur Steuerung und Kontrolle des eigenen Gesundheitszustands ist also irreführend. Außerdem ist nicht nur bei Suchterkrankungen häufig unklar, inwiefern sich angesichts komplexer psychischer und sozialer Faktoren Entscheidungsfreiheit unterstellen lässt. Insofern sind Verursachungs- und Verantwortungszuschreibung strittig.

Schließlich nehmen Argumente aus der utilitaristischen Denktradition zu. Hier gilt als oberste Norm, den Gesamtnutzen aller zu maximieren. Neben der Offenheit der Definition von „Nutzen“ ist problematisch, dass Einzelne und ihre grundlegenden Individualrechte mit vielfältigen Interessen, deren Legitimität jedoch ungeklärt ist, verrechnet werden und jedwedes Gruppeninteresse die Oberhand gewinnen kann.

Eine an der unhintergehbaren Würde jedes Menschen orientierte Position stellt solche Argumentationen zurück und misst die Verteilung von Ressourcen und das Setzen von Prioritäten im Gesundheitswesen an der Gewährleistung individueller moralischer Rechte. Der nachstehend skizzierte ethische Ansatz, der individuelle Abwehr- und Anspruchsrechte zu begründen vermag, beantwortet zwar nicht alle komplexen Fragen der Ressourcenverteilung, doch

ICEP · Berliner Institut für christliche Ethik und Politik

Das ICEP versteht sich als politische Ideenagentur, die mit sozialetischen Positionen und Expertisen zu gesellschaftspolitischen Fragestellungen Entscheidungsträger und Betroffene vom Standpunkt einer anwendungsorientierten christlichen Ethik aus berät. Zusammen mit anderen Sozialethikern bildet es eine Plattform für christliche Ethik im politischen Raum. Das ICEP ist eine Forschungseinrichtung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).

Über die Autorin

Dr. theol. Monika Bobbert, Dipl.-Psych., ist wissenschaftliche Angestellte im Bereich Medizinethik am Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Heidelberg. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Medizinethik, Pflegeethik und Bioethik.

lassen sich bestimmte Eckpunkte ausweisen, die angesichts des Anspruchs sozialer Gerechtigkeit unbedingt zu berücksichtigen sind. Sie dienen als Prüfkriterien, die auf Missstände hinweisen oder zu Veränderungen auffordern.

Grundlagen einer Ethik des Gesundheitswesens

Eine Menschenwürdeposition begründet und hierarchisiert grundlegende Individualrechte danach, inwiefern sie wesentliche Voraussetzungen für autonomes Menschsein garantieren. Letztlich muss sich eine solche Position auf die menschliche Handlungsfähigkeit stützen (vgl. z.B. Gewirth). Da die physi-



sche und psychische Gesundheit eine grundlegende Voraussetzung für die Fähigkeit darstellt, überhaupt zu handeln und selbst gesetzte Ziele zu verfolgen, sollten solche Gesundheitsleistungen garantiert sein, welche die für jeden Menschen in gleicher Weise notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit erhalten oder wieder herstellen. Demnach lassen sich gesellschaftlich finanzierte Leistungen zur Gesundheitsversorgung fordern, wenn Erkrankungen, Unfälle oder Behinderungen diese Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigen – und zwar in einer Rangfolge, die sich nach Schwere der Beeinträchtigung (Art der Symptome, Dauer, Lebensbedrohlichkeit etc.) richtet. So wird eine Grippe dann wenig gravierend sein, wenn sie die Handlungsfähigkeit nur kurzfristig und partiell einschränkt. Hingegen sind bei einer Krebserkrankung oder bei einer chronisch-degenerativen Erkrankung wie Multipler Sklerose zahlreiche Aspekte der Handlungsfähigkeit betroffen.

Unter Bezugnahme auf die Handlungsfähigkeit lassen sich unterschiedlich umfassende Hilfsansprüche auf medizinische, pflegerische oder psychologische Maßnahmen zur Heilung oder Linderung ausweisen. Allerdings werden vermutlich einige der derzeit als behandlungsbedürftig anerkannten Körper- und Geisteszustände nicht als Beeinträchtigung der allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit gelten können, so dass sich mit dieser Argumentation hauptsächlich ein Kernbereich solidarisch finanzierter Leistungen einfordern lässt.

1. Berechtigte Hilfsansprüche im Fall von Krankheit

Der Ausweis bestimmter individueller Rechte, die jedem Menschen zukommen, zeigt, dass im Fall von Krankheit berechtigte Hilfsansprüche bestehen. Grad und Umfang der Verpflichtung lassen sich mit Blick auf die notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit bestimmen. Statt Tausch- oder Leistungsgerechtigkeit ist hier Gerech-

tigkeit im Sinne einer Versorgungsgarantie für jedes Mitglied der Gesellschaft gefordert.

2. Prioritätensetzungen in der Versorgung

Über das Kriterium der Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit lassen sich auch Versorgungsprioritäten bei verschiedenen Krankheitsbildern bestimmen. Mit abnehmender Schwere einer Krankheit bzw. abnehmender Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit wird der Hilfsanspruch schwächer. Aus dem Spektrum medizinischer, psychologischer oder pflegerischer Maßnahmen wären solche zu bevorzugen, die eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ darstellen oder die bei großer Schwäche und Abhängigkeit Schutz und Fürsorge gewährleisten.

3. Gleichbehandlung gleicher Fälle

Das Recht auf Schutz, Wiederherstellung oder Förderung der Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit gilt für jeden Menschen in gleicher Weise. Die Gleichbehandlung gleicher Fälle bezieht sich unter anderem auf den Zugang zur Versorgung und auf ihre Qualität (z.B. Wartezeiten oder Stadt-Land-Gefälle).

4. Diskriminierungsverbot

Jeder Mensch hat ein Recht auf Wahrung der allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit – ungeachtet des ihm von anderen beigegebenen Wertes. Somit hat jeder Kranke „ohne Ansehen der Person“ Anspruch auf die gleiche Unterstützung. Durch dieses Diskriminierungsverbot ist eine Zuteilung von Gesundheitsleistungen nach Kriterien wie z.B. Arbeitsfähigkeit, sozialer Eingebundenheit, Pflegebedürftigkeit oder genetischer Ausstattung unzulässig.

5. Besondere Maßnahmen bei gesellschaftlichen Randgruppen, Wohlstands- und Bildungsunterschieden

Leistungen der Gesundheitsversorgung können bestehende gesundheitliche Nachteile oder soziale Unterschiede verstärken oder ausgleichen. Menschen aus gesellschaftlich benachteiligten oder stigmatisierten Randgruppen, etwa Wohnungslose, Menschen mit einer Behinderung oder Demenzkranke bedürfen besonderer Fördermaßnahmen, um die Bedingungen der Handlungsfähigkeit (wieder) herzustellen oder zu schützen. Außerdem wirken sich auch in Deutschland Einkommensverhältnisse, Arbeitslosigkeit und nie-

driger Bildungsstand immer noch negativ auf Gesundheit und Lebenserwartung aus.

6. Verteilungsentscheidungen auf unterschiedlichen Ebenen

Nach Möglichkeit sollte die Priorisierung von Leistungen auf der Makro-Ebene erfolgen, indem repräsentative Stellvertreter Regelungen treffen, die auf vernünftig nachvollziehbaren Argumenten beruhen. Auf dieser Ebene sind u.U. Abwägungen zwischen medizinischen Maßnahmen im Hinblick auf die finanziellen Kosten und ihre medizinische Effektivität legitim – etwa der Verzicht auf die Einführung einer neuen medizinischen Diagnostik. Gleichwohl wäre es geboten, die Zuteilung von Mitteln für die Behandlung, Vorbeugung und Erforschung an „Krankheiten“ zu binden und bei unterschiedlichen Symptomatiken eine Bewertung des Schweregrads bzw. Hilfebedarfs durch Bezug auf die allgemeine Handlungsfähigkeit vorzunehmen. Damit würde z.B. vermieden, lediglich weit verbreitete Krankheiten zu erforschen und zu behandeln und seltene, aber vielleicht sehr schwere Erkrankungen zu vernachlässigen.

7. Institutionelle Strukturen

Generell sind institutionelle Strukturen zu wählen oder dahingehend zu optimieren, die die grundlegenden Rechte von Patienten und Mitarbeitern garantieren. Erst diesem Ziel nachgeordnet dürfen ökonomische Gesichtspunkte verfolgt werden. Daher sollten alle Strukturen, z.B. Einsatzpläne oder Arbeitsabläufe, im einzelnen und als Gesamtes immer wieder vom Patienten her gedacht und überprüft werden. Es gilt, die Perspektive der Patienten und ihrer grundlegenden moralischen Rechte als Leitlinie und Korrektiv mitzuführen.

Impressum

Herausgeber / V.i.S.d.P.

ICEP · Berliner Institut für christliche Ethik und Politik

Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin

vertreten durch
Prof. Dr. Christof Mandry

info@icep-berlin.de
www.icep-berlin.de

ISSN-Nr. 1614 – 7677