

**Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.
4.-6. Oktober 2001, Hamburg**

Individuelle Gesundheit versus Public Health

Medizinische Implikationen einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung

Nikola Biller-Andorno

Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller Andorno
Georg-August-Universität Göttingen, Ethik und Geschichte der Medizin
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Die Evidenzbasierte Medizin (EBM) spielt sowohl im Bereich der klinischen Praxis als auch der Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen eine zunehmend bedeutsame Rolle. Umso wichtiger ist es, die Einwände zur Kenntnis zu nehmen, die in ethischer, aber auch in konzeptueller, methodischer, epistemologischer und praktischer Hinsicht geäußert worden sind. Eine umfassende medizinethische Bewertung vieler dieser Einwände kann jedoch nur mit Blick auf die konkreten Umstände des jeweiligen Gesundheitssystems erfolgen.

Eine solche Evaluation ist das Ziel des im Fünften Rahmenprogramm der Europäischen Kommission geförderten EVIBASE-Projekts. Dabei geht es zunächst um eine Bestandsaufnahme von Implementierungsmechanismen wie z.B. Leitlinien, die in den Projektländern Niederlande, Großbritannien, Norwegen, Italien, Spanien und Deutschland in unterschiedlicher Ausprägung anzutreffen sind. Im länderspezifischen Kontext wird sodann versucht, die theoretischen Vorannahmen wie auch die Auswirkungen der Evidenzbasierten Medizin auf Qualität und Allokation medizinischer Versorgung aus medizinethischer Perspektive zu beleuchten: Was bedeutet eine evidenzbasierte Mittelverteilung für Bevölkerungsgruppen, die in besonderem Maße der Gefahr der Marginalisierung ausgesetzt sind, wie z.B. geriatrische Patienten? In welchem Verhältnis stehen EBM und Rationalisierung bzw. Rationierung im Gesundheitswesen? Welche Verschiebungen läßt eine Stärkung evidenzbasierter Elemente im Beziehungsgeflecht von Ärzteschaft, Patienten, Versicherungen und pharmazeutischer Industrie erwarten?

Der Vortrag wird über den Forschungsstand des Projekts berichten, unter besonderer Berücksichtigung der deutschen Situation. Dabei werden zwei Fragen im Vordergrund stehen: 1) Inwiefern kann EBM ihrem Anspruch der Integration von individueller klinischer Expertise und dem Bemühen um den einzelnen Patienten einerseits und systematischen, „evidenzbasierten“ Forschungsergebnissen andererseits gerecht werden? 2) Ist EBM tatsächlich ein wertfreies, objektives Verfahren oder liegen auch hier moralische Wertentscheidungen zugrunde, die dem gesellschaftlichen Diskurs zugänglich werden sollten? Die Diskussion dieser Fragen zielt darauf, zu demonstrieren, wie kontextsensitive und praxisnahe medizinethische Analysen beitragen können, die Rolle der Evidenzbasierten Medizin als Instrument für Ressourcenallokation und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen durch kritische Reflexion zu optimieren.

Gesundheitsstandards, Krankheitsbegriff und Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung

Dieter Birnbacher

Prof. Dr. phil. Dieter Birnbacher
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Philosophisches Institut
Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf

Die Notwendigkeit, die solidarische Finanzierung von medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungskosten an die Heilung, Linderung und Prävention von Krankheiten zu binden, führt zunehmend in die Nähe des Paradoxen. So ist etwa „Mikromastie“ (eine zu kleine weibliche Brust) aufgrund der Rechtsprechung der Sozialgerichte in Deutschland als „Krankheit“ anerkannt. Auf diesem Hintergrund schlägt der Vortrag vor, das Krankheitskriterium durch ein weitergehendes Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit zu ersetzen, das sowohl objektiv-funktionale als auch historisch und kulturelle variable Parameter berücksichtigt und zu dessen zentralen Komponenten ein subjektivistisch verstandener Begriff von Lebensqualität gehört. Behandlungsbedürftigkeit hängt danach nicht mehr nur von objektiven funktionalen Defiziten, sondern auch von subjektiven Erwartungen und Anspruchsniveaus sowie von kulturellen Vorstellungen eines Minimums individueller Autonomie und sozialer Teilnahme ab. Die damit verbundene Individualisierung der Behandlungsbedürftigkeit wirft Anwendungsprobleme auf, wird aber sowohl der bestehenden Praxis der Zusprechung von Rechten auf Gesundheitsdienstleistungen als auch ethischen Ansprüchen besser gerecht als der herkömmliche Krankheitsbegriff. Es liegt in der Konsequenz dieses Vorschlags, daß auch in ihrem Krankheitswert umstrittene Dysfunktionen wie Infertilität und Kleinwüchsigkeit ggf. als behandlungsbedürftig gelten und Behandlungsbedürftigkeit auch bei fehlendem individuellen Krankheitsbewußtsein bestehen kann.

Eine zweite vorgeschlagene begriffliche Revision betrifft die Unterscheidung der Standards der Allokation sächlicher und humaner Ressourcen auf die von den unterschiedlichen Behandlungsbedürftigkeiten ausgehenden Ansprüche in Zielstandards, Mittelstandards und Solidaritätsstandards. Diese Unterscheidung empfiehlt sich, weil sie die Festlegung der jeweiligen Standards unterschiedlichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zuordnet und damit zur größeren Transparenz der zumeist implizit bleibenden Allokationsentscheidungen und ihrer gemischt normativ-deskriptiven Begründungsstrukturen beitragen kann. *Zielstandards* (wie „medizinische Notwendigkeit“) fallen in die angestammte Normsetzungskompetenz der Medizin als Profession und reflektieren die aus der Erfahrung der Medizin sowie aus kulturellen Faktoren gefilterten Anschauungen der Ärzte über die Behandlungsbedürftigkeit krankhafter oder krankheitswertiger Zustände. *Mittelstandards* (wie „Zweckmäßigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“) bestimmen Art und Ausmaß geeigneter medizinischer Maßnahmen in Bezug auf gegebene Behandlungsziele. Während Einschätzungen der *Effektivität* von medizinischen Maßnahmen im Prinzip wissenschaftlich begründbar sind, gehen in die Einschätzung der *Effizienz* medizinischer Maßnahmen im Sinne der Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Kosten (Belastungen, Nebenwirkungen für den Patienten, aber auch die von anderen aufzuwendenden finanziellen und anderen Kosten) wesentlich ethische und innerhalb und außerhalb der ärztlichen Profession kontroverse Wertungen ein. Dagegen sind Solidaritätsstandards, die über Art und Ausmaß der solidarischen Finanzierung medizinischer Maßnahmen und damit über gesundheitsbezogene soziale Anspruchsrechte entscheiden, alleinige Sache der Politik und sollten weder von der Medizin noch von der Medizin-Ethik oder vom Recht monopolisiert werden. Neben verallgemeinerungsfähigen ethischen Wertungen gehen in Solidaritätsstandards dabei wesentlich auch partikuläre kulturelle Normen (z. B. hinsichtlich der Einforderbarkeit von Eigenverantwortung) ein. Die Unterscheidung der Zuständigkeiten wird tendentiell unterminiert durch die vom wissenschaftlich-technischen Fortschritt und vom Wachstum der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgehende Dynamik, bei der Zielstandards, Mittelstandards und Solidaritätsstandards wie Zahnräder ineinandergreifen (ratchet effect). Das erschwert eine politische Steuerung, die dennoch eine fortwährende gesundheitspolitische Aufgabe bleibt. Steuerungen durch Prioritätensetzungen sollten aus ethischer Sicht dabei primär nicht bei den Ziel- und Solidaritätsstandards, sondern bei den Mittelstandards (Effektivität und Effizienz) ansetzen.

Prioritäten der Gesundheitsversorgung und die „therapeutischen Waisen“ in der Pädiatrie – eine interdisziplinäre Herausforderung

Christoph Brochhausen, Mathias Brochhausen, Hannsjörg W. Seyberth

Dr. med. Christoph Brochhausen (✉)
Klinikum der Philipps-Universität, Zentrum für Kinderheilkunde
Deutschhausstraße 12, 35033 Marburg

Einleitung: Bereits vor über 30 Jahren hat der amerikanische Arzt Shirkey darauf aufmerksam gemacht, daß die Arzneimitteltherapie in der Kinderheilkunde auf Medikamenten beruht, zu denen es keine Informationen über die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen gibt. Er hatte bereits damals den Begriff der therapeutischen Waisen geprägt. Eine aktuelle multizentrische Studie konnte demonstrieren, daß sich seither an dieser Situation nichts geändert hat und ca. 70 % aller in der Pädiatrie verwendeten Arzneimittel außerhalb der formalen Zulassung angewendet werden. Dies hat nicht nur haftungsrechtliche Folgen, sondern auch medizinische, da nachgewiesen werden konnten, daß die Arzneimitteltherapie außerhalb der Zulassung mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit an Nebenwirkungen einher geht.

Zu den Gründen für das Fehlen valider Daten zur Pharmakotherapie in der Pädiatrie zählen neben dem geringen Marktanteil solcher Medikamente unklare ethische und juristische Rahmenbedingungen sowie fehlende Expertise bei der Generierung solcher Studien.

Analyse: Da sich innerhalb der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Unterschiede in der Physiologie und Psychologie von Erwachsenen ergeben, ist mit der auf Erwachsenenendaten beruhende Arzneimitteltherapie eine auf die Bedürfnisse und Voraussetzungen der pädiatrischen Patienten zentrierte Pharmakotherapie schwierig zu verwirklichen. Außerdem müssen entwicklungsgerechte Evaluationssysteme für den Therapieverlauf und -erfolg weiter entwickelt werden, um eine patientenorientierte Therapie zu optimieren. Die Notwendigkeit zur Behebung eines Defizits bei klinischen Studien in der Pädiatrie wird nicht einhellig anerkannt. Dies soll anhand eminenten Hindernisse zur Finanzierung solcher Studien durch Industrie, Drittmittelgeber und Versorger demonstriert werden.

Diskussion: Es wird verdeutlicht, daß die Therapie nach Erfahrungswerten und nicht nach validen Daten einem wissenschaftlichen Konzept entspricht, welches in weiten Teilen der Medizin nicht mehr anerkannt wird. Hier zeigt sich die Problematik, daß „Public Health“ innerhalb der Diskussion um Kostendämpfung die Gefahr eines Sozialpaternalismus birgt, die eine patientenorientierte Behandlung in der Pädiatrie weiter erschwert. Als mögliche Lösung soll ein Modell interdisziplinärer Verknüpfung vorgestellt werden, welche die kritische Analyse der wissenschaftlichen, ethischen, politischen und ökonomischen Aspekte analysierbar macht. In diesem Zusammenhang soll erläutert werden, daß je nach Konzeptionierung „Public Health“ auch innovative Ansätze zur Optimierung der Pharmakotherapie in der Pädiatrie leisten kann.

Ist Intersexualität eine Krankheit?

Elisabeth Conradi

Dr. phil. Elisabeth Conradi
Georg-August-Universität Göttingen, Ethik und Geschichte der Medizin
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Individuen, die mit körperlich mehrdeutigem Geschlecht geboren werden, galten bisher in westlichen Industrienationen als krank. Medizinische Interventionen – Operationen und Hormongaben – waren darauf ausgerichtet, das Geschlecht der Betroffenen zu vereindeutigen. Begründet wurden die Eingriffe prädiagnostisch damit, daß Kinder sich sozial unwohl fühlen würden, wenn sie mit einem uneindeutigen Geschlecht aufwüchsen. Denn die WHO zählt in ihrer Definition aus dem Jahr 1947 auch das geistige und soziale Wohlbefinden zum Begriff der Gesundheit. Es stellt sich aber die Frage, ob das soziale Wohlbefinden, laut WHO-Definition ein wichtiger Aspekt von Gesundheit, therapeutische Eingriffe dieses Ausmaßes erforderlich macht.

Medizinethisch vergleichbar – aber mit einer anderen Reichweite – sind die Genitalkorrekturen mit Hormongaben an jene Kinder, die ein eingeschränktes Längenwachstum haben, das nicht hormonell bedingt ist. Auch sie werden in manchen Fällen mit Wachstumshormonen behandelt und auch hier wird prädiagnostisch auf das künftige Wohlbefinden verwiesen.

Das eröffnet eine Reihe ethischer Fragen: Ist es legitim, eine langjährige Medikalisierung vorzunehmen (im Fall des eingeschränkten Längenwachstums bis zu 10 Jahre täglich Hormonspritzen), obwohl nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden kann, daß – bei gegebenem Therapieerfolg – tatsächlich eine höhere soziale Akzeptanz die Folge ist? Handelt es sich bei den medizinischen Eingriffen an Intersexuellen – ebenso wie bei der Wachstumshormonbehandlung von Kindern mit nicht hormonell bedingtem eingeschränktem Längenwachstum – um *enhancement*, also um korrigierende Eingriffe in den menschlichen Körper, durch die keine Krankheit behandelt, sondern versucht wird, eine gesellschaftliche Norm zu erfüllen? Handelt es sich möglicherweise sogar um *futile care*, also ein deshalb vergebliches medizinisches Handeln, weil es mit der Lebensqualität der Betroffenen unvereinbar ist? Ist Intersexualität – analog zum Kleinwuchs – womöglich eher als eine Eigenart des Individuums anzusehen statt als Krankheit?

Diese Fragen werden besonders brisant vor dem Hintergrund einer (vermeintlichen?) Dringlichkeit entsprechender Eingriffe, die im Kontrast zur körperlichen Gesundheit des Kindes stehen können, aber mit dem psycho-sozialen Wohl von Eltern und Kind begründet werden und gesellschaftlichen Normen entsprechen.

Balanceakt zwischen Sozialpaternalismus und Autonomie – Impfungen in der Pädiatrie und der informed consent

Matthias Dahl

Dr. med. Matthias Dahl

Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Seit Entdeckung der Pockenimpfung im Jahre 1796 gehören Impfkampagnen zu den ambitionierten Maßnahmen staatlich gelenkter Gesundheitsvorsorge. Als die WHO 1978 Pocken für ausgerottet erklärte, wurde dies als großer Erfolg gewertet. Allerdings hatte der Impfstoff bei zahlreichen Kindern zu schwerwiegenden Hirnschädigungen geführt. Obwohl man von dieser Nebenwirkung wusste, war die Impfkampagne bis zur weltweiten Eradikation der Krankheit fortgesetzt worden. In Gebieten mit geringem Erkrankungsrisiko, aber relativ hohem Impfrisiko erscheint ein solches Vorgehen aus heutiger Sicht nicht unproblematisch. In der aktuellen ethischen Diskussion werden Impfstoffe weitgehend ausgeklammert. Dies verwundert insofern, als dass die Anwendung von Routineimpfungen weitreichende Fragen aufwirft: Sind die derzeitigen Impfpraktiken in Zeiten gestärkter Patientenautonomie als ein Relikt paternalistischer Denkweise zu deuten? Welche ethischen Fragestellungen ergeben sich aus der Anwendung von Kombinationsimpfstoffen? Welche Rolle sollten Eltern bei dem Entscheidungsprozess spielen, ob sie ihr Kind impfen lassen?

Zentrale Bedeutung kommt der Nutzen-Risiko-Abschätzung zu. Bei Impfungen ist eine solche Abschätzung besonders schwierig, da die Erkrankungswahrscheinlichkeit in die Kalkulation mit einbezogen werden muss. Dadurch wird eine Ausgangssituation geschaffen, die je nach Sichtweise unterschiedlich ausfällt. Bei hohem Impfstatus der Bevölkerung sind auch nicht geimpfte Personen vor bestimmten Krankheiten stärker geschützt. Aus der Perspektive des Individualwohls ließe es sich daher rechtfertigen, in einzelnen Fällen nicht zu impfen. Dies ist jedoch nur möglich wegen der geimpften Personen, die das Impfrisiko eingegangen sind. Aus der Sicht des Allgemeinwohls besteht daher ein Interesse an möglichst vielen geimpften Personen einer Bevölkerung. Bei hoher Impfrate läßt sich ein Impfwang jedoch kaum rechtfertigen. Doch wie verhält es sich bei einem weiteren Rückgang der geimpften Personen? Besonders problematisch ist die Situation für Säuglinge und kleine Kinder, die nicht selbst Entscheidungen treffen können. Hier entscheiden die Eltern stellvertretend für ihre Kinder. Um eine höhere Durchimpfungsrate zu erzielen, wurde ein Sechsfachimpfstoff entwickelt. Dieser Impfstoff schränkt allerdings Eltern in ihren Entscheidungsmöglichkeiten zwischen „wichtigen“ und „unwichtigen“ Impfungen erheblich ein, so dass sie nur noch vor die Entscheidung „alles oder nichts“ gestellt sind. Dies bedeutet letztendlich eine Schwächung elterlicher Entscheidungsautonomie. Somit wird ein wichtiges Prinzip des informed consent zugunsten den Interessen einer öffentlichen Gesundheitsvorsorge eingeschränkt. An diesem Punkt sollte eine ethische Diskussion einsetzen, damit der Anwendungsbereich des informed consent präzisiert wird. Im Vortrag werden verschiedene Positionen dargestellt und kritisch diskutiert sowie Ergebnisse empirischer Untersuchungen zusammengefasst.

Ethikberatung in der Gesundheitspolitik – Ziele und Arbeitsweisen im europäischen Kontext

Andrea Dörries

Dr. med. Andrea Dörries
Zentrum für Gesundheitsethik
Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover

Ethikberatung und Ethikkommissionen gewinnen in der Politik zunehmend an Bedeutung. Wurden in der Bundesrepublik Deutschland medizinethische Fragen bisher überwiegend im ärztlichen Standesrecht geregelt, scheint dies heutzutage nicht mehr auszureichen. Einerseits betreffen die anstehenden komplexen Fragen grundlegende Aspekte des gesellschaftlichen Selbstverständnisses, liegen meistens außerhalb der üblichen Parteiprogramme und erfordern parteiübergreifende Lösungen. Andererseits sind neben der Medizin auch eine Reihe anderer Berufsgruppen (z.B. Biologen) von den anstehenden Regelungen betroffen. Zusätzlich fordern Patientenvereinigungen oder andere Interessensvertreter eine individuelle und strukturelle Partizipation bei der Entscheidungsfindung.

Wie sich die Gesundheitspolitik der ethischen Beratung bedient und wie sie diese in politische Entscheidungen einbaut, kann exemplarisch an drei europäischen Staaten (Dänemark, Großbritannien, Bundesrepublik Deutschland) gezeigt werden. Es wird dabei auf drei Aspekte eingegangen: erstens auf die Formulierung der Ziele in Ethikkommissionen, zweitens auf die Arbeitsweise von Ethikkommissionen und drittens auf die Zusammensetzung von Ethikkommissionen.

Ethikkommissionen stellen eine Antwort auf das Bedürfnis einer sich wandelnden Gesellschaft dar und genießen im allgemeinen Achtung und Respekt. Es wird erwartet, daß sie bei Konflikten helfen, die in der Gesellschaft nur noch schwer lösbar sind. Die Empfehlungen einer Ethikkommission haben dabei erheblich mehr Einfluß auf den politischen Prozess als die Veröffentlichung eines einzelnen Experten. Sie sind Instrumente, um mit Themen umzugehen, die eine politische Handlung erfordern. Dabei helfen nicht nur der Prozeß der internen Diskussion und die Stellungnahmen, sondern auch die Schaffung eines informierten und interessierten Umfeldes. Ethikkommissionen spiegeln aber die Gesellschaft wider und sind damit ein Teil von dieser und ihren ungelösten Problemen. Ihre Wirkung ist abhängig von dem Rückhalt und dem Vertrauen, das sie in der Gesellschaft haben.

Genetik, Public Health und Ethik. Über Affinitäten und unbeachtete Spannungsverhältnisse

Günter Feuerstein

PD Dr. phil. Günter Feuerstein

Universität Hamburg, FSP Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt, FG Medizin/Neurobiologie
Falkenried 94, 20251 Hamburg

Das Verhältnis von Public Health und Genetik ist gegenwärtig noch weitgehend ungeklärt. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Potentialen der genetischen Diagnostik, Reproduktionsmedizin, Gentherapie und Pharmakogenetik und ihre Konfrontation mit gesundheitswissenschaftlichen Leitbildern wird für Public Health jedoch unvermeidbar, da die Genetik offensiv nach institutionellen, konzeptionellen und legitimatorischen Public Health-Ressourcen greift.

1. Public Health-Konzepte haben bisher eine Entwicklung ignoriert, die sehr starken Einfluß auf das Verständnis von Krankheit, aber auch auf Behandlungskonzepte, auf Präventionsangebote und auf die institutionalisierten Rahmenbedingungen der individuellen Gesundheitsversorgung nehmen wird. Speziell gilt dies mit Blick auf das konfliktäre Zusammenspiel von genetischen Risiken, der Vorsorge- und Mitwirkungspflicht („Eigenverantwortung“) des Einzelnen und den Regeln der Gewährung individueller Leistungsansprüche. In dieser Diskussion hat nicht Public Health die Regie übernommen, sondern die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsökonomie und vor allem die Humangenetik. Hier finden sich zahlreiche Begründungsmuster, die einmal unter der Ägide der Autonomie (Erfüllung persönlicher Wünsche), einmal mit Blick auf die gesundheitspolitischen Interessen der Bevölkerung (Erfüllung gesellschaftlicher Pflichten) zu Aussagen gelangen, die im wesentlichen eines gemeinsam haben: den unbedingten Willen zum Ausbau und verstärkten Nutzung gentechnischer Leistungsangebote. In neueren US-amerikanischen Publikationen erscheint die medizinische Nutzung genetischer Informationen geradezu als Vollendung des Public Health-Gedankens.

2. Public Health entgeht durch die fehlende Auseinandersetzung mit den Entwicklungsperspektiven der Genetik die Chance, sich auf diesem ethisch sehr kontroversen Terrain frühzeitig zu positionieren und vorschnelle Integrationsversuche kritisch zu hinterfragen. Voraussetzung dafür wäre jedoch eine Überprüfung der gesellschaftspolitischen Tragfähigkeit des eigenen Selbstverständnisses mit Blick auf die Potentiale der Genetik. Diese erscheinen mit den Zielen von Public Health zunächst höchst kompatibel. Und genau darin besteht das eigentliche Problem: Eine enge Verknüpfung zentraler Public Health Paradigmen und gentechnischer Potentiale führt geradewegs an die Abgründe ethischer Bedenkenlosigkeit. Als exemplarisch dafür kann ein Statement des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gelten, in dem hinsichtlich genetischer Tests und genetischer Beratung das medizinische Ziel einer „Senkung der Inzidenz angeborener früh erworbener Krankheiten wie angeborene Stoffwechselstörungen (z.B. Mukoviszidose), Down Syndrom, Spina bifida, Hör- und Sehschädigung, Herzfehler, Lippe-Kiefer-Gaumen-Spalten ...“ (SVR 1995: 52) formuliert wurde. Führende Vertreter der deutschen Humangenetik haben sich, durch die ethischen Kontroversen um ihre eigene Disziplin vorsichtig geworden, von dieser offen bevölkerungseugenischen Rhetorik distanziert. Sogenannte Screening-Ratios argumentieren aber implizit genau auf dieser Ebene.

3. Public Health wählte sich aufgrund seiner egalitär bevölkerungsbezogenen Zielsetzung, die individuellen und gesellschaftlichen Voraussetzungen der Gesundheit zu optimieren, per se auf der Seite des ethisch Richtigen. Ausgeblendet und verdrängt wurde dadurch eine längst überfällige Diskussion über die ethischen Grenzen der Verfolgung von Public Health-Zielen im Spannungsfeld von individuellen Rechten und gesundheitspolitischen Ansprüchen. Durch die moderne Genetik und Reproduktionsmedizin werden massiv Fragen nach der Sozialpflichtigkeit des Körpers, nach sozial „verantwortungsvollen Reproduktionsentscheidungen“, nach der Vergesellschaftung genetischer Daten oder des Zwangs zur Prävention aufgeworfen, die es notwendig machen, die ethischen Grenzen der Umsetzung von Public Health-Paradigmen zu markieren und mit Blick auf die ethischen Kosten gentechnisch verfügbar gewordener Maßnahmen angemessen zu justieren.

Ein Streitgespräch zur Forschungsentwicklung am Beispiel der revidierten Deklaration von Helsinki (Edinburgh 2000)

Petra Gelhaus, Claus-Dieter Middel

Dr. med. Petra Gelhaus (✉)

Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Theorie und Geschichte der Medizin
Waldeyerstraße 27, 48149 Münster

Welche Möglichkeiten gibt es für eine(n) Medizinethiker(in), sich dem schwierigen Verhältnis zwischen Individualethik und Public Health zu nähern? Es bietet sich an, den Weg über ein geeignetes Beispiel zu wählen, das sowohl für die individuelle als auch für die öffentliche Gesundheit von Bedeutung ist. Wir wählen zu diesem Zweck die Revidierte Deklaration von Helsinki, die mit ihrer Überarbeitung in Edinburgh einige für unser Thema relevante, einschneidende Veränderungen erfahren hat. Ausgehend von einer kurzen Darstellung der Deklaration, die auf die Fragestellungen „Was hat sich geändert?“ und „Worin liegen die Gründe für diese Veränderung?“ fokussiert ist, wollen wir zwei verschiedene Lesarten miteinander konfrontieren.

Unsere Leitfrage ist: Fördert die Revidierte Deklaration von Helsinki eher Konzepte der „individuellen Gesundheit“ oder propagiert sie Ideen und Ansätze der „öffentlichen Gesundheit“? Und weiter: Läßt sich die auf den ersten Blick gewonnene Auffassung halten, daß die neueste Veränderung der Deklaration einen Shift vom reinen Schutz des individuellen Patienten hin zur stärkeren Berücksichtigung der öffentlichen Interessen bedeutet?

Anhand dieser Fragen werden die „individualmedizinische Auffassung“ (Pathogenese, Kuration) und die „gesundheitswissenschaftliche Auffassung“ (Salutogenese, Prävention) gegeneinander positioniert. So läßt sich z.B. die geänderte Reihenfolge und Beachtung von rein biomedizinischer Forschung als Normalfall und gesondert zu betrachtender therapeutischer Forschung als Ausnahme einerseits als Schwächung des Individualschutzes verstehen, andererseits aber auch als Paradigmenwechsel zu einer verstärkt epidemiologisch und gesundheitswissenschaftlichen Ausrichtung der forschungsethischen Richtlinien. Diese beiden Positionen werden wir in einem Streitgespräch verdeutlichen, in dem Petra Gelhaus den individualethischen und kurativen Aspekt und Claus-Dieter Middel den „öffentlich-ethischen“ und salutogenetischen Aspekt zum Ausdruck bringen werden.

Trotz dieser Konfrontation planen wir, gemeinsame Vorschläge zu liefern, wie die Forschungsentwicklung beiden Auffassungen und deren Konsequenzen gerecht werden könnte. So beabsichtigen wir, zu zeigen, daß eine Stärkung der – positiv formulierten – Patientenrechte der Verknüpfung von patientenorientierter Medizin mit den Anforderungen einer allgemeinen Gesundheitspflege und -förderung dienen würde

Funktionale und moralische Grenzen eines Gesundheitsmarkts

Friedrich Heubel

PD Dr. med. Friedrich Heubel
Im Stiftfeld 17, 35037 Marburg

Wenn von einem Antagonismus zwischen Marktideologie und Moral gesprochen wird, ist meist nicht klar, daß auch ein im Sinne der ökonomischen Theorie funktionierender Markt eine moralische Infrastruktur braucht (z. B. ein Rechtssystem, das das Eigentum garantiert) und worin das moralisch Verwerfliche eines ungezügelter Marktgeschehens genau besteht. Ich referiere daher zunächst innerhalb der ökonomischen Begrifflichkeit, was ein reiner Markt leisten kann und was nicht und setze anschließend das Ergebnis in eine moralische Perspektive. Dann kontrastiere ich die „reine Lehre“ des Marktes mit dem Arzt-Patient-Verhältnis und dem Gesundheitswesen als öffentlicher Aufgabe und zeige das jeweils spezifische „Marktversagen“. Ich versuche Bedingungen zu formulieren, unter denen dennoch Bemühungen um ökonomische Effizienz moralisch möglich bzw. geboten sind.

Organisations-Ethik – das nächste Paradigma im Gesundheitswesen?

Matthias Kettner, Arnd May

PD Dr. phil. Matthias Kettner (✉)

Kulturwissenschaftliches Institut

Goethestraße 31

45128 Essen

Die amerikanische Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) hat 1995 organisationsethische Standards („Organization Ethics“) in die Akkreditierungsanforderungen für alle Arten von Einrichtungen der Patientenversorgung im Gesundheitswesen aufgenommen. Spätestens seit der „Organizational Ethics Initiative“ der American Hospital Association (AHA), die 1997 sozusagen den Ball annahm, wird unter dem Begriff der Organisationsethik an einem neuen integrativen Verständnis ethischer Belange im Gesundheitswesen gearbeitet. Organisationsethik wird als eine ethische Querschnittsaufgabe gedacht: sie soll die moralische Integrität des modernen, hoch arbeitsteiligen Heilhandelns überall dort sichern, wo die sich überkreuzenden Belange der wirtschaftlichen, finanziellen und verwalterischen Bereiche in der organisierten Patientenversorgung (z.B. in Kliniken) diese Integrität beeinträchtigen oder u.U. auch fördern können. Ein zweites wichtiges Feld spezifisch „organisationsethischer Probleme“ sind Interferenzen zwischen verschiedenartig normierten interpersonellen Beziehungsformen im modernen, hoch arbeitsteiligen Heilhandeln: Professionalisierte Beziehungsformen (Ärzte, Pflege); Beziehungsformen des Lernens und Lehrens (Aus- und Weiterbildung, Studenten); Beziehungsformen der Forschung (das „Junktim von Forschen und Heilen“); und *last not least* Beziehungsformen vertragsmäßiger Art, die zum einen Rechte sichern (z.B. Rechte von Ärzten und Patienten im Behandlungsvertrag), vor allem aber die unternehmerischen Aspekte (z.B. Rentabilitätsstandards) und überhaupt ökonomische und politische Vorgaben und Kräfte (z.B. Makro-Allokationsentscheidungen, Policies der Versicherungsträger) in das Heilhandeln hinein vermitteln. In unserem Beitrag entwickeln wir den Begriff der Organisationsethik in seinen wichtigsten Bestimmungen; wir zeigen, daß ein neues Verständnis kollektiver Mit-Verantwortung den medizinethisch interessanten Kern des Begriffs ausmacht. Sodann weisen wir einige Konsequenzen für unser Verständnis von *Public Health* auf und beschreiben zuletzt, was die aktuelle organisationsethische Wende in der amerikanischen Medizinethik für die klinischen Ethik-Komitees bedeutet bzw. auch in Deutschland, wo deren Entwicklung noch in den Kinderschuhen steckt, wohl bald schon (auf dem Wege „nachholender Modernisierung“) bedeuten wird.

Genetische Screenings – Rationalität und Konstruktion von Bewertungsverfahren¹

Ellen Kuhlmann

Dr. Ellen Kuhlmann
Universität Hamburg, FSP Biotechnik, Gesellschaft, Umwelt
Falkenried 94, 20251 Hamburg

Die Entwicklungsdynamik in der Humangenetik, speziell auf dem Sektor der genetischen Test-Technologien, wirft die Frage auf, ob und wie diese neuen Möglichkeiten in die Praxis der Gesundheitsversorgung integriert werden sollen. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen gewinnt der Nachweis der Effizienz von Gesundheitsleistungen an Bedeutung, damit erhöhen sich auch die Anforderungen an die Rationalität und Transparenz von Bewertungsmodellen. In diesem Beitrag werden Kalküle und Rationalitäten genetischer Screenings analysiert. Im Vordergrund stehen dabei die impliziten Wertentscheidungen der jeweiligen Modelle sowie das Verhältnis zwischen individuellen gesundheitlichen Belangen und Public Health Aspekten.

Methodisch kommt ein qualitatives sozialwissenschaftliches Verfahren zur Anwendung. In den drei exemplarischen Anwendungsfeldern Morbus Down, Cystische Fibrose und erblicher Brustkrebs werden Legitimationsmuster genetischer Screenings exploriert und mit ökonomischen und medizinischen Bewertungen konfrontiert.

Die Ergebnisse dieser Fallstudien legen eine erhebliche Flexibilität und Variabilität sowie Um- und Neudeutungen zentraler Bewertungskategorien wie Kosten, Nutzen und Risiko offen. Sie verweisen darauf, dass auch scheinbar rationale Kriterien und Verfahren von Wertentscheidungen unterlegt sind. Die Kosten-Nutzen oder Kosten-Effektivitätsanalysen können methodenspezifisch sowohl für als auch gegen genetische Screenings verwendet werden. Die sozialen Konstruktionsprozesse und ihre eingelagerte ethische Dimension bleiben jedoch weitgehend verborgen. So wird im Falle der Screenings auf Cystische Fibrose und Morbus Down die Verhinderung behinderter Menschen auf der Nutzenseite bilanziert und als Prävention diskutiert. Bei den bisher für sogenannte Hochrisikogruppen angewandten BRCA Teststrategien wird mit dem individuellen Nutzen argumentiert, der allerdings medizinisch nicht erwiesen ist. Zudem wäre dieser vorgebliche Nutzen für eine bestimmte Gruppe nur um den Preis erheblicher Nachteile einer anderen Gruppe zu erzielen. Neue Kategorien wie die individuelle Information werden als gesundheitsrelevant generiert, obschon keine wirksamen und angemessenen oder mit sozialer Akzeptanz ausgestatteten Handlungsoptionen zur Verfügung stehen.

Abhängig von der jeweils spezifischen Interessenlage und den moralischen Prämissen der Akteure werden Nutzen und Effizienz genetischer Screenings durchaus unterschiedlich konstruiert. Die Bewertung wird zu einer Frage der Aushandlung, doch dieser Aushandlungscharakter bleibt hinter scheinbar rationalen Bewertungsverfahren unsichtbar. Gefordert sind demgegenüber Modelle, welche die Divergenzen zwischen individuellen und bevölkerungsbezogenen Perspektiven auf die zentralen Kategorien der Bewertung sowie zwischen ethisch und sozial differenten Wertentscheidungen transparent machen.

¹ BMBF Förderkennzeichen 535.73.40-262

Keine public health ohne public death – ethische Gesichtspunkte

Andreas Lübbe

Associate Professor (USA) Dr. rer. nat. (USA) PD Dr. med. Andreas S. Lübbe
Cecilien-Klinik, Lindenstraße 26, 33175 Bad Lippspringe

Die Geschichte der Menschheit ist die Geschichte ihres Umgangs mit dem Tod. Die Menschwerdung begann mit der Erkenntnis der eigenen Sterblichkeit und auch der Frage, wie ein guter Tod gelebt werden kann. Menschen aller Zeiten und verschiedener Kulturen beantworten sie höchst unterschiedlich. Der Wissenschaftszweig „public health“ hatte zum Ziel sich mit krankheitsverhindernden Maßnahmen auseinanderzusetzen. Heutzutage beschäftigt dieses Fachgebiet sich auch mit der Gesunderhaltung der Bevölkerung. Unter beiden Gesichtspunkten spielt jedoch, oft unausgesprochen, das Lebensende für jeden einzelnen Mitbürger eine wesentliche Rolle. Entweder soll der Tod vermieden werden (z.B. durch Impfprogramme) oder er soll möglichst lange hinausgezögert werden (z.B. durch Wellness-Aktivitäten). Zu seiner Rolle, seiner Bedeutung und den sich ergebenden ethischen Implikationen wird jedoch selten Stellung genommen. Auch in aktuellen Publikationen zu der Rolle von Ethik in public health, wie z.B. „NEW ETHICS FOR THE PUBLIC'S HEALTH“ von Beauchamp und Steinbock, finden Aspekte des Sterbens oder des Todes keine Berücksichtigung.

Der Tod in unserer zivilisierten Gesellschaft wird einerseits tabuisiert und ignoriert, auf der anderen Seite bestehen in unserer Gesellschaft irriige Glaubensvorstellungen und Wünsche für die Zeit am Lebensende, wie sie gestaltet werden sollte, ob sie vermeidbar ist oder von einem Nachleben begleitet ist. Der Mensch soll möglichst unsterblich sein und es wird zu gerne vermutet, daß dieses durch moderne und innovative technische Fortschritte gleichermaßen gewährleistet werden kann (Klonierung eines Menschen, Tieffrieren und damit Erhaltung der genetischen Identität). Auf der anderen Seite wird durch gierheische Maßnahmen der Tod im Rahmen von modernen Medienpräsentationen allgegenwärtig und in seiner Bedeutung, Würde und Chance dramatisch präsentiert, wie durch die Forderung die Todesstrafe von Timothy McVeigh in den USA der Gesamtheit vorzuführen exemplifiziert wird, oder in dem eine wandernde Ausstellung (Körperwelten) tote Subjekte 6 Millionen Menschen präsentiert.

Die aktuelle Diskussion zur aktiven Sterbehilfe erfuhr durch die Legalisierung in den Niederlanden eine neue Dimension; hier wiederum wird in den Medien der Eindruck erweckt, die Mehrheit der Deutschen Bevölkerung würde ein solches Vorgehen ebenso befürworten.

Vor dem Hintergrund allgemeiner bioethischer Grundprinzipien, wie Helfen, Nicht-Schaden, Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten (Patientenautonomie) und (vor allen Dingen distributive) Gerechtigkeit sind Maßnahmen zu diskutieren, durch die moderne public health-Initiativen einen Sterbeprozess und einen Tod erlauben, der dem Gelingen des individuellen Lebens entspricht und die als Gelingen des individuellen Todes beschrieben werden könnten. Gerade bei Entscheidungen am Lebensende, in denen eine Vielzahl unterschiedlicher Komponenten (Krankheitssymptome, Unterbringungsmöglichkeiten, familiäre Strukturen, spirituelle Aspekte) eine hervorragende Bedeutung gewinnen, könnte prinzipiell die Rolle des Staates limitiert sein. Dennoch sind Strukturen und Initiativen zur Wahrnehmung individueller Möglichkeiten denkbar, im Sinne des Gelingens eines würdevollen und im Einzelfall angemessenen Todes; z.B. durch die Etablierung palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen, in denen den holistischen Ansprüchen eines jeden Patienten am besten begegnet werden kann. Zur Gesunderhaltung und Vermeidung von Krankheit könnte daher im weitgefaßten Verständnis von public health ebenso die Schaffung von Möglichkeiten, Leiden vor dem Tode, und darauf bezogen, Schaden zu vermindern, gehören.

Die Lebensführung eines Einzelnen, das Prinzip der Individualethik, wie auch public health Initiativen durch die Gesundheitspolitik eines Staates und damit in der Balance zum Individuum die gesellschaftliche Dimension, reflektieren sich in der Art und Weise, wie mit dem Tod umgegangen wird. Auch wenn durch die technische Fortentwicklung und die Fortschrittsgläubigkeit vieler scheinbar alles machbar ist, so wird allzu häufig vergessen, daß der Tod auch in einer modernen Gesellschaft unausweichlich ist und Allmachtsphantasien von Medizinern und Biologen durch Aufklärung und Bewußtwerdung entgegengehalten werden müssen.

Prioritäten im Gesundheitswesen: Zwischen Gerechtigkeit und gutem Leben

Georg Marckmann

Dr. Georg Marckmann
Universität Tübingen, Lehrstuhl für Ethik in der Medizin
Keplerstraße 15, 72074 Tübingen

Obwohl das deutsche Gesundheitswesen sicher immer noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven aufweist, wird sich über kurz oder lang die Bestimmung von Prioritäten in der Gesundheitsversorgung nicht vermeiden lassen. Aufgrund des unaufhaltsamen wissenschaftlich-technischen Fortschritts wird die Kluft zwischen dem medizinisch sinnvoll Machbaren und dem im Rahmen eines solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystems Finanzierbaren weiter zunehmen. Da eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben mit erheblichen Opportunitätskosten in anderen öffentlich finanzierten Bereichen verbunden wäre, wird eine Schwerpunktsetzung unausweichlich. Wir müssen entscheiden, welche Ziele wir vorrangig im Gesundheitswesen verfolgen wollen. Eine Setzung von Prioritäten impliziert bei insgesamt begrenzten Ressourcen immer auch eine Bestimmung von Posterioritäten, d.h. eine Benennung von in der Wichtigkeit nachgeordneten Bereichen der Versorgung.

Wenn Prioritäten im Gesundheitswesen unausweichlich sind, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien und durch wen diese bestimmt werden sollen. Die *normative* Ethik stößt hier an ihre Grenzen: Von einer Gerechtigkeitstheorie lässt sich im Einzelnen nicht mehr ableiten, welche Prioritäten wir in der Gesundheitsversorgung setzen sollen. Sollen beispielsweise Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention einen Vorrang gegenüber sehr teuren individuellen Gesundheitsleistungen genießen? Oder sollen vorgeburtliche Vorsorgemaßnahmen gegenüber sog. „High-tech-Medizin“ am Lebensende bevorzugt werden? Hierbei handelt es sich weniger um *sollensethische*, als vielmehr um *strebensethische* Fragestellungen, d.h. um substantielle Fragen des guten Lebens. Es geht letztlich um die Entscheidung, wie wir im Angesicht von Krankheit, Leiden, Sterben und Tod leben wollen.

Auf der anderen Seite werden Gerechtigkeitserwägungen dadurch nicht überflüssig. Im Gegenteil: Sie müssen den normativen Rahmen bilden für die Entwicklung konkreter gesundheitsbezogener Vorstellungen des guten Lebens. Nicht jede beliebige Prioritätensetzung ist mit der Konzeption einer gerechten Gesundheitsversorgung vereinbar. Beispielhaft sei der vollständige Ausschluss bestimmter Personen oder Patientengruppen von der Gesundheitsversorgung oder eine Allokation allein nach Kosten-Nutzen-Erwägungen erwähnt. Die große ethische - und auch praktische - Herausforderung wird dann darin bestehen, die Grenze zwischen normativem Rahmen und strebensethischem Gestaltungsspielraum zu bestimmen.

Was folgt aus diesen Überlegungen konkret für die Gestaltung unseres Gesundheitswesens? Da die Setzung von Prioritäten in der medizinischen Versorgung von vielfältigen Wertannahmen geprägt ist, sollte sie nicht allein medizinischen oder ethischen Experten überlassen werden. Notwendig ist vielmehr ein breiter gesellschaftlicher Diskurs, d.h. deliberativ-demokratische Verfahren zur Entwicklung einer geteilten Vorstellung vom guten Leben im Hinblick auf die Versorgung im Krankheitsfalle – innerhalb der von Gerechtigkeitserwägungen vorgegebenen Rahmenbedingungen. Das Problem der Prioritätensetzung erfordert damit eine Verbindung von Ethik und Politik: die strebensethischen Fragen der Gestaltung unseres Gesundheitswesens müssen in politischen Meinungsbildungsprozessen geklärt werden. Angesichts der Pluralität von Wertvorstellungen und Lebensentwürfen in unsere Gesellschaft stellt diese partizipative Formulierung von Prioritäten in der Gesundheitsversorgung sicher eine große Herausforderung für unser Gemeinwesen dar. Eine befriedigende Alternative scheint es jedoch nicht zu geben.

Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem

Gunnar Meinert

Gunnar Meinert
Fachhochschule Hamburg, Studiengang Gesundheit
Marienstraße 43, 21073 Hamburg

„Passion: A living system constantly requires energy to maintain itself (homeostasis) or to change. If a human system is similar, it too uses energy to stay same as well as to change.“ *Pratt et al., 1999, 67*

Die Gesundheitspolitik wird sich in Zukunft zunehmend an Gesundheitszielen orientieren (vgl. Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000 / 2001), die Bürgern bzw. Versicherten zwar ein Höchstmaß an Gleichbehandlung sichern aber auch die Autonomie der Bürger bzw. Patienten einschränken wird. Neben einem gerechten Verteilungsmodus für die Ressourcen (Kapital, Personal, natürliche Güter) wird die größte Herausforderung daher darin liegen, die gesellschaftliche Akzeptanz des bestehenden Solidarsystems zu wahren, weil die Neuausrichtung der Mittelverwendung individuelle Ungerechtigkeiten hervorbringen wird.

Als Methode wird im Vortrag ein Konzept der Bürgerbeteiligung (Partizipation) vorgestellt, um kollektive Gerechtigkeit für Individuen erfahrbar zu machen. Auf Grundlage des „Working Whole System“ (vgl. Pratt et al. 1999) wird ein Denkmodell vorgestellt, welches Orientierung für einen Entwicklungsprozess im deutschen Gesundheitssystem gibt. Im Vortrag werden einzelne Instrumente der Beteiligung vorgestellt, die eine Umsetzung der Partizipation ermöglichen. Bürgerbeteiligung sieht einen Dialog und eine Zusammenarbeit der Bürger mit den anderen Akteuren im Gesundheitssystem vor und ermöglicht so eine Reflexion über gemeinsame Werte, die Bürgern kollektive Gerechtigkeit erlebbar macht und die Akzeptanz mit der gesetzlichen Krankenversicherung sichert.

In der momentanen Situation konkurrierender bzw. kooperierender Beziehung um die Machtverteilung im Gesundheitssystem wird ein Weg aufgezeigt, um die bislang bei Bürgern ungenutzt gebliebenen Ressourcen für das Gesundheitssystem verfügbar zu machen. Als wesentliche Probleme können die Unbeweglichkeit im Denken der Akteure und Regeln wie etwa die Sozialgesetze ausgemacht werden, welche dazu verleiten, Verantwortung festzuschreiben. Die Zuweisungen von Verantwortung (oder Schuld) und das eingeebte Denken sind Stolpersteine auf dem Weg zu Lösungen.

In einem sich wandelnden menschlichen System liegt der Weg m.E. daher eher in Verfahren, die Kommunikation stärken und Integration fördern. Mein Vortrag veranschaulicht, dass die Herausforderungen des Gesundheitssystems nicht durch Stille angepackt werden können, sondern nur durch Stimmen gelöst werden.

Der Ort für diese Kommunikations- und Integrationsleistung liegt dort, wo gleiche und gemeinsame Betroffenheit ihren Ursprung hat. Das ist die Gemeinde, der Bezirk einer Stadt oder die Region. Die Möglichkeit, individuelle Ungerechtigkeiten und Regulationsschwäche staatlicher Interventionen zu lösen, wird auf der Meso-Ebene ausgemacht (Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesgesundheitsämter, etc.). Die Meso-Ebene ist nicht scharf von untergeordneten Handlungsbereich der Mikroebene abzugrenzen (Krankenhäuser, Netzwerke von Arztpraxen, Bezirksgesundheitsämter). Beteiligung der Bürger vor Ort eröffnet Möglichkeiten, sich über gemeinsame und gleiche Betroffenheit auszutauschen und Solidarität zu definieren. Diese Prozesse können an vielen Orten gleichzeitig ablaufen und sowohl regional als auch überregional koordiniert werden.

Zum Diskurs über Prioritäten in der medizinischen Versorgung

Gerald Neitzke

Dr. med. Gerald Neitzke
Medizinische Hochschule Hannover
Medizingeschichte, Ethik und Theoriebildung in der Medizin
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Die Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland stellt zunehmend ein Problem dar. Maßnahmen wie Budgetierungen auf verschiedenen Ebenen oder die Einführung von ‚diagnosis related groups‘ (DRGs) sollen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begrenzen helfen. Neben den Bemühungen um eine Rationalisierung im Gesundheitssystem gibt es eine bereits heute messbare versteckte Rationierung. Von vielen Seiten wird deswegen gefordert, das Allokationsproblem grundlegend und öffentlich zu diskutieren. Vor einem Jahr wurde deshalb von der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) ein Vorschlag zum Umgang mit dem Problem knapper Ressourcen unterbreitet (Deutsches Ärzteblatt: 97(15): B865-871). Dieser Text dient als Grundlage für Überlegungen zu der Frage, wie ein gesellschaftlicher Diskurs über die Finanzierung des Gesundheitssystems geführt werden sollte, damit er aus Sicht eines Medizinethikers als ein moralischer gelten kann. Dabei werden insbesondere argumentative Verkürzungen im Vorschlag der ZEKO kritisiert.

Von der ZEKO wird ein Vorgehen angeregt, das bereits in Oregon/USA erprobt wurde: Ein Prozess der Priorisierung von Leistungen im Gesundheitssystem sollte ergeben, welche Wertigkeit diese Leistungen in der Gesellschaft haben. Multidisziplinäre Expertengremien sollen unter Hinzuziehung von Betroffenen diese Prioritätenlisten erstellen. Erst danach könne über Rationierung entschieden werden. Dabei wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass „Aspekte der Begegnung oder des Umgangs zwischen Kranken und klinisch Tätigen“ nicht posteriorisierbar seien, also nicht in der Rangliste nach unten verschiebbar. Dennoch bereitet die Diskussion um Priorisierung offensichtlich eine Rationierung gedanklich und begrifflich vor. Kontinuierliche Begleitforschung sollte für die Zukunft sicherstellen, dass die Prioritäten jeweils das aktuelle Meinungsspektrum wiedergeben.

Der zeitgemäße und relevante Diskussionsanstoß durch die ZEKO vermeidet eine Auseinandersetzung um Fragen der Makroallokation, also der Zuteilung von Leistungen in das Gesundheitssystem hinein, zugunsten von Fragen der Verteilung innerhalb des Gesundheitssystems. Die Frage der Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung (PKV) bleibt ebenso ausgespart wie die Frage nach der zukünftigen Orientierung der Medizin zwischen den Polen Prävention und Intervention. Die angestrebte Bestimmung der Effektivität von Therapiemaßnahmen unterliegt denselben methodischen Begrenzungen wie die ‚evidence based medicine‘ (EBM). Effektivität kann auch nur schwer den zunehmend individualisierten Erwartungen an das Gesundheitssystem gerecht werden. Es wird angeregt, die Debatte zu erweitern um die Verständigung über neue Formen der Solidarität. Die Ergebnisse eines gesellschaftlichen Diskussionsprozesses können nicht moralischer sein als das Procedere des Diskurses selbst. Dies ist der Ausgangspunkt für einige kritische Reflexionen. Die Frage, welche Form von Medizin wir wünschen und bezahlen wollen, sollte offensiver gestellt werden. Anhand der Anregungen durch die ZEKO werden ethische Voraussetzungen für eine gesellschaftliche Auseinandersetzung um die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem definiert.

Ethische Grundlagen einer Prioritätensetzung im Gesundheitswesen

Lars Thielmann

Lars Thielmann
Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg
Industriestraße 5, 70565 Stuttgart-Vaihingen

Die Strategie, das Problem stetig knapper werdenden Ressourcen in der Gesundheitsversorgung durch das Setzen von Prioritäten zu lösen oder zumindest zu entschärfen, erscheint (ungeachtet aller Schwierigkeiten, die eine Umsetzung bereitet) erfolgversprechender, als an der bislang in Deutschland verfolgten fiskalisch fixierten Kostendämpfungspolitik festzuhalten. Nachdem einige europäische Staaten teilweise schon seit Jahren eine Politik der Prioritätensetzung betreiben, wird seit einiger Zeit auch in Deutschland eine Prioritätensetzung thematisiert.

Dabei fragt man allerdings oft allein nach den medizinischen und ökonomischen Kriterien einer Prioritätensetzung und ignoriert, daß für eine gerechte Gesundheitsversorgung die vorgängige Bestimmung ethisch-normativer Kriterien zwingend erforderlich ist. Dabei ist zunächst zu klären, was die entscheidenden Elemente einer Ethik der Gesundheitsversorgung sind, aus denen sich Kriterien einer Prioritätensetzung entwickeln lassen; wobei eine solche Ethik der Gesundheitsversorgung sich durch eine sozialetische Perspektive auszeichnet und sich so vom individualethischen Ansatz der traditionellen Medizinethik abgrenzt.

Ein erstes Element ist die Bestimmung eines Krankheitsbegriffs; er steckt den Gegenstandsbereich einer Ethik der Gesundheitsversorgung ab und muß im gesundheitspolitischen Kontext eine legitimatorische Funktion erfüllen. Sodann bedarf es zweitens Kriterien, mithilfe derer Gesundheitsbedürfnisse als besondere Güter ausgezeichnet und einzelne Krankheitszustände gewichtet werden können. Die Dringlichkeit einer Behandlung sowie die Schwere einer Erkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen (insbesondere bezüglich der Lebenschancen) wären für eine solche Bedürfnisbestimmung und Gewichtung hinreichend. Als drittes Element tritt ein Gerechtigkeitskonzept hinzu, welches das Recht der Einzelnen auf ein bestimmtes Maß an Gesundheitsversorgung als ein soziales Anspruchsrecht ausweist. Mithilfe dieser drei Elemente lassen sich dann ethische Kriterien einer Prioritätensetzung entwickeln.

Problematisch ist hier allerdings das Verhältnis von Ethik und Politik, lassen sich doch Prioritäten allein in einem politischen Prozeß setzen. Der Beitrag der Ethik zur Prioritätensetzung wird sich neben den oben erwähnten Elementen einer Ethik der Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Frage einer (politischen) Umsetzung darauf beschränken müssen, faire Verfahrensregeln für eine Prioritätensetzung zu formulieren.

Die ethische und rechtliche Relevanz des Krankheitskonzepts für Begründung und Begrenzung des sozial finanzierten medizinischen Leistungsangebots

Urban Wiesing, Micha H. Werner

Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing (✉)
Universität Tübingen, Lehrstuhl für Ethik in der Medizin
Keplerstraße 15, 72074 Tübingen

Wer eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung mit medizinischen Leistungen im Rahmen eines Solidarsystems anstrebt, muß zunächst festlegen, was überhaupt als Bedarf gilt. Sofern die Ressourcen nicht für die Befriedigung aller überhaupt wahrgenommenen Bedürfnisse ausreichen, erzwingt dies eine Eingrenzung des Aufgabenbereichs, d.h. eine Prioritätensetzung. Nach deutschem Sozialgesetzbuch hat die „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft [...] die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ (§ 1, 1 SGB V) Demgemäß beziehen sich und beschränken sich, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die Leistungspflichten der gesetzlichen Krankenversicherung und die korrespondierenden Anspruchsrechte der Versicherten auf die Diagnose, Heilung, Eingrenzung und Linderung von Krankheiten und krankheitsbedingten Beschwerden. (Vgl. § 27 SGB V) Voraussetzung eines Rechts auf medizinische Behandlung ist im Regelfall das Vorliegen eines 'krankheitswertigen' Körper- oder Geisteszustands. Der Krankheitsbegriff ist somit – noch vor dem Begriff der Wirtschaftlichkeit – derjenige Rechtsbegriff, der für die Eingrenzung des medizinischen Bedarfs im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich ist.

Gleichzeitig existiert jedoch keine Legaldefinition des Krankheitsbegriffs. Krankheit ist im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ein unbestimmter Rechtsbegriff, dessen Interpretation durch Rechtsprechung und Praxis geleistet werden muß. Die Formeln, die in der Sozialrechtsprechung zur Auslegung des Krankheitsbegriffs entwickelt wurden, erweisen sich bei näherem Hinsehen als teils zirkulär, teils auch zu unpräzise, als daß sie einen maßgeblichen Beitrag zur Präzisierung der Leistungsansprüche gesetzlich Versicherter in strittigen Fällen leisten könnten. Zudem besteht auch in der philosophischen und medizintheoretischen Diskussion ein tiefgreifender Dissens über die Frage, wie Krankheit zu definieren ist. Überdies scheinen sich die Standards des Normalen, an denen Gesundheits- und Krankheitsbegriffe traditionell orientiert sind, mit der Ausdehnung des Bereichs medizinischer Interventionsmöglichkeiten in zunehmendem Maße zu verflüchtigen. Insofern besteht ein bedenkliches Mißverhältnis zwischen faktischer Nutzung und theoretischer Untermauerung eines zentralen Legitimationskonzepts im solidarisch finanzierten Gesundheitswesen. Dies hat in zunehmendem Maße rechtliche Unsicherheiten zur Folge, insbesondere bezüglich der sog. „Lifestyle-Medizin“.

In seinem ersten Teil sucht der Vortrag eine Antwort auf die Frage, ob und inwieweit es aus ethischer Perspektive überhaupt möglich scheint, für die Begründung und Begrenzung eines Rechts auf sozial finanziert medizinische Dienstleistungen den Krankheitsbegriff nutzbar zu machen. Angesichts der Vielfalt der in der Diskussion befindlichen (naturalistischen, evaluativen und normativen) Krankheitskonzepte kann diese Frage nur differenziert beantwortet werden. Als Mindestbedingung einer ethisch legitimen Bedarfsbestimmung im Gesundheitswesen wird man in jedem Fall fordern dürfen, daß sowohl die evaluativen und normativ-ethischen Hintergrundannahmen als auch die sozialrechtlichen Implikationen des jeweils in Anspruch genommenen Krankheitskonzepts klar herausgestellt und somit einer öffentlichen Bewertung zugänglich gemacht werden. Im zweiten Teil des Vortrags wird der Frage nachgegangen, inwieweit eine alternative, nicht am Krankheitsbegriff orientierte Regelung eine überzeugendere Lösung der skizzierten Probleme darstellen würde.

Empfehlungen und Perspektiven für ein Aktionsprogramm Frauengesundheit. Hamburg legt Bericht der Expertinnenkommission vor

Ines Zimmermann, Regina Jürgen

Ines Zimmermann (✉)

Amt für Gesundheit, Referat Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung
Tesdorpfstraße 8, 20148 Hamburg

Hintergrund, Ziel der Untersuchung: Der weltweite Diskurs um die Notwendigkeit frauenspezifischer Gesundheitspolitik veranlasste die Senatorin für Arbeit, Gesundheit und Soziales Karin Roth im Frühjahr 2000 die Kommission „Frauen und Gesundheit“ zu berufen. Die Kommission wurde beauftragt, Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit zu erarbeiten.

Material und Methoden: Die Kommission wurde interdisziplinär, nach Gesichtspunkten der Diversität und Intersektoralität besetzt. Die Kommission traf sich vom März 2000 bis Januar 2001 zu insgesamt 10 Arbeitssitzungen und einer Klausurtagung, in denen gesundheitspolitische Schwerpunkte gesetzt und intersektoral z. T. kontrovers diskutiert und ausgehandelt wurden.

Ergebnisse: Der Bericht benennt 10 Themen (u.a. PatientInnenrechte, Sucht, Migration, Arbeits- und Lebenswelt). Jeder Themenbereich wurde in seiner Abhängigkeit zur Gesamtpolitik von allen Kommissionsmitgliedern diskutiert und reflektiert (gender mainstreaming). Maßstab für alle Empfehlungen war der Zuwachs an Eigenkompetenz für jede einzelne Frau. Der Bericht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr benennt er die Schwerpunkte, bei denen aus Sicht der Kommissionsmitglieder ein vorrangiger Handlungsbedarf besteht.

Hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Umsetzung werden die Empfehlungen in sieben Perspektiven zusammengefasst dargestellt, z.B. „Frauengesundheit braucht Information, Transparenz und Kommunikation“, „Frauengesundheit braucht eine Adresse und einen Ort“ und „Frauengesundheit braucht unabhängige Forschung“. Diesen drei Perspektiven kommt als Voraussetzung der folgenden eine herausragende Bedeutung zu.

Die Kommission hat sich dafür entschieden, die von ihr diskutierten Themen den sieben Perspektiven zu- und unterzuordnen. Diese haben sich als Leitkriterien eines zukunftsfähigen Aktionsprogramms zur Förderung der Frauengesundheit herauskristallisiert. Mit ihrer Entscheidung wollte die Kommission zum Ausdruck bringen, dass die Empfehlungen notwendige strukturelle und inhaltliche Veränderungen im Gesundheitssystem zwar exemplarisch, aber keineswegs umfassend und abschließend benennen. Die Kommission wünscht sich, dass in der Umsetzungsphase vertiefende Analysen und präzisierende Konkretisierungen in enger Zusammenarbeit mit Akteurinnen vor Ort erfolgen. Die Mitglieder werden diesen Prozess beobachten und begleiten und sind auch zu weiterer Mitarbeit bereit.

Diskussion: Indem Gesundheit in ihren sozialen Bezügen gedacht wird, wird eine auf Frauen und Männer individuell zugeschnittene, bedarfsgerechte geschlechtersensitive Gesundheitsversorgung und –förderung erst möglich. Die Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung ist angetreten, diesen Prozess anzustoßen und zu koordinieren. Überdies werden Erfahrungen mit expertengestützter Prioritätensetzung im Gesundheitswesen gewonnen. Die Gesundheitsberichterstattung stellt sich damit den aktuellen Herausforderungen, es nicht nur ernst zu meinen mit den Daten, sondern auch mit den Taten - das heißt Handlungsorientierung in Kommunen und regionale Netzwerkbildung initiieren und zu unterstützen.

Schlussfolgerungen: Politische Entscheidungsträger erkennen, dass die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen ein entscheidender Faktor in der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung unserer Gesellschaft ist.