

Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen

Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung

Die gerechte Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen ist ein kontroverses und inzwischen in Deutschland breit diskutiertes Thema. Spar- und Rationalisierungszwänge in den Institutionen der Gesundheitsversorgung werden von der Ausnahme zur Regel. Ärzte und Pflegende beklagen (vor allem personelle) Engpässe, und manch ein Patient verliert angesichts immer häufiger werdender Medienberichte über die Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen das Vertrauen in die Qualität seiner medizinischen Versorgung. Die demografische Entwicklung und die Leistungsdynamik des medizinischen Fortschritts führen in allen westlichen Gesellschaften zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen. In den USA und verschiedenen europäischen Ländern wurden daher im Laufe der 1990er-Jahre von staatlich eingesetzten Kommissionen Leitlinien und Vorschläge zu einer Priorisierung medizinischer Leistungen entwickelt und überwiegend in die Realität umgesetzt (Oregon, Schweden, Niederlande, Dänemark, Norwegen). Auch für Deutschland werden Wege aus der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen intensiv verhandelt und dies – zumindest in der öffentlichen Diskussion – oft in bemerkenswert emotionalisierter Weise. War die grundsätzliche Erforderlichkeit von Leistungseinschränkungen in der deutschen Gesundheitsversorgung noch vor wenigen Jahren durchaus strittig [22], so sind sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt die an medizinischen Allokationsdebatten beteiligten Mediziner, Ökonomen, Juristen und Philosophen darin einig, dass eine medizinische Versorgung,

die alle nach jeweils neuestem Kenntnisstand zu Gebote stehenden präventiven und therapeutischen Chancen umfassen würde, auf Dauer unbezahlbar ist [3, 5, 7, 11, 27]. Dies gilt auch unter der Voraussetzung, dass alle Möglichkeiten zur Behebung von Ineffizienzen *ohne* Abstriche am Leistungsniveau ausgeschöpft werden könnten, denn solche Rationalisierungsreserven sind beschränkt. Selbst unter der Bedingung eines gegenüber dem heutigen Stand deutlich erhöhten Gesamtbudgets für das Gesundheitswesen wird sich eine Vorenthaltung von Leistungen, deren Gewährung für den Patienten von einem spürbaren positiven gesundheitlichen Nutzen wäre, nicht vermeiden lassen.

Bislang herrscht allerdings noch Uneinigkeit darüber, welche medizinischen Leistungen in Zukunft aus dem solidarisch finanzierten Leistungskatalog ausgeschlossen werden sollen. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) hat bereits im Jahr 2000 in einem Positionspapier als Grundlage für solche Entscheidungen eine transparente Priorisierungsliste gefordert [41]. Dabei ist jedoch offen geblieben, in welcher Form und nach welchen Kriterien die Rangfolge von Leistungen vorgenommen werden soll, um eine in bestimmten Bereichen eingeschränkte, aber dennoch gerechte medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Die vorliegende Arbeit erhielt den Nachwuchspreis der Akademie für Ethik in der Medizin 2005. Eine veränderte Version dieses Textes erscheint in Rauprich O, Marckmann G, Vollmann J (Hrsg) (2005) Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Mentis Verlag, Paderborn.

Neben medizinischer Notwendigkeit und Dringlichkeit, Wirksamkeit und Kosteneffektivität werden beispielsweise auch das Alter und die Eigenverantwortung als mögliche distributive Kriterien in der Literatur diskutiert.¹

Eigenverantwortung für Gesundheit hat sich in den letzten Jahren zu einem häufigen Schlagwort in Politikerreden entwickelt – wohl auch deshalb, weil sie im Sozialgesetzbuch (SGB) V § 1 erwähnt wird, wenn auch in wenig explizierter Form.² Sie wird jedoch von vielen von vornherein als Verteilungskriterium medizinischer Leistungen abgelehnt, da es durch die priorisierungsrelevante Zuweisung von Verantwortung an Patienten für ihren jeweiligen Gesundheitszustand zu einer erneuten Bestrafung eines bereits durch seine Erkrankung gestraften Patienten, also zum „victim blaming“, komme ([10] und [29], S. 8).

Im Folgenden sollen Argumente für und gegen eine verstärkte Berücksichtigung von Eigenverantwortung im Gesundheitswesen gesammelt und kritisch beleuchtet werden. Dabei soll in erster Linie ihre Funktion als Distributionskriterium erörtert werden. Dass eigenverantwortliches, gesundheitsförderliches Verhalten die primären Ziele der Gesundheitsversorgung – Heilen und Lindern – zu erreichen hilft, ist eines der augenscheinlichsten Argumente für mehr Eigenverantwortung im Bereich der Medizin. In diesem Beitrag soll es jedoch spezifisch um die Rechtfertigung für ihre Benutzung als ein Kriterium der Verteilung gehen und nicht um die medizinischen Vorteile von Eigenverantwortung für die Patienten. Daher soll dieser vor allem von ärztlichen Epidemiologen häufig vorgebrachte Punkt hier nicht weiter untersucht werden.

Zunächst werden die gerechtigkeitstheoretischen Grundannahmen, die mit dem Begriff verbunden sind, erörtert. Im zweiten Teil wird sich das Augenmerk auf die praktischen Probleme

und Konsequenzen richten, die sich bei einer konkreten Anwendung von Eigenverantwortung als Kriterium der Verteilung ergeben. Abschließend werden auf der Grundlage der vorherigen Ergebnisse drei Vorschläge zur Stärkung der Rolle der Eigenverantwortung von Patienten im deutschen Gesundheitswesen skizziert.

Gerechtigkeitstheoretische Überlegungen

In der gerechtigkeitstheoretischen Debatte der vergangenen Jahre waren es besonders die Vertreter des *Glücksegalitarismus* („luck egalitarianism“), die die Idee der Eigenverantwortung als Mittel der Ressourcenverteilung vertreten haben, allerdings nicht aus der Motivation heraus, das Kriterium um seiner selbst willen zu stärken. Ziel der Theorie ist vielmehr die Herstellung einer möglichst großen Gleichheit zwischen Menschen einer Gesellschaft. Ungleichheiten, die Ergebnis einer *freien Wahl* sind, stellen für den Glücksegalitaristen jedoch keine Ungerechtigkeit dar. „... it is unjust if people are disadvantaged by inequalities of their circumstances, but it is equally unjust for me to demand that someone pay for the cost of my choices“ ([23], S. 5).

Glücksegalitaristen wie Gerald Cohen unterscheiden in ihren Theorien der Verteilung³ zwischen solchen Ereignissen und Zuständen, auf die Individuen keinerlei Einfluss haben – also beispielsweise ein angeborener Tumor, der langsam zur Blindheit führt – und jenen, die durch die Wahl des Verhaltens der Betroffenen hervorgerufen werden – so z. B. die Verletzung des Sehnervs nach einem Autounfall, zu dem es aufgrund des draufgängerischen Fahrverhaltens des Verunfallten gekommen ist. Die erste Kategorie von Fällen wird „brute luck“, die zweite „option luck“ genannt.⁴ Nur Erstere soll dem Glücksegalitarismus

¹ Vergleiche z. B. [6, 17, 26, 36]; für grundlegende Überlegungen [34].

² „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit *mitverantwortlich*; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“ (SGB V, § 1; Hervh. d. Verf.).

³ Keiner der Autoren, die dem Glücksegalitarismus zugerechnet werden können, entwickelt Verteilungsvorschläge spezifisch für das Gesundheitswesen. Die Theorie des Glücksegalitarismus soll aber auf alle Bereiche des öffentlichen Lebens anwendbar sein und damit auch auf die Gesundheitsversorgung. Beispiele aus dem medizinischen Bereich tauchen regelmäßig in den Schriften auf.

⁴ Die Begriffe Brute luck und Option luck sind von Ronald Dworkin geprägt worden [15], den manche als den „Begründer“ des Glücksegalitarismus bezeichnen.

A. Buyx

Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen. Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung

Zusammenfassung

Die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt werden die Problematik der Ressourcenknappheit im deutschen Gesundheitswesen in Zukunft weiter verschärfen. Soll nicht nur kurzfristig akuten Sparzwängen ausgewichen werden, steht – wie in verschiedenen Ländern bereits geschehen – auch Deutschland auf Dauer eine Prioritätensetzung im Gesundheitswesen bevor. Diese sollte in möglichst transparenter Weise nach klaren Kriterien erfolgen. Eines der seit einiger Zeit häufig öffentlich zitierten Kriterien der Verteilung von Mitteln in der Ge-

sundheitsversorgung ist die Eigenverantwortung von Patienten. Deren Berücksichtigung in der Allokation von Ressourcen birgt allerdings zahlreiche Probleme. Der vorliegende Beitrag untersucht die gerechtigkeitstheoretischen Grundlagen und die praktischen Probleme bzw. die möglichen Konsequenzen von Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen. Auf der Grundlage eines alternativen gerechtigkeitstheoretischen Vorschlags werden drei Möglichkeiten skizziert, Eigenverantwortung von Patienten im deutschen Gesundheitswesen in gerechter Weise stärker zu betonen.

Personal responsibility as a criterion for allocation in health care. Theoretical considerations and practical consequences

Abstract

Definition of the problem: Personal responsibility of patients for their own health is often cited as a means of allocating health care resources. It is, however, unclear whether applying responsibility as a distributive criterion is just. Several difficulties are associated with the concept of personal responsibility in the medical field. These include in particular theoretical considerations of justice and practical consequences of using personal responsibility as a criterion for distribution. This article investigates these problems and tries to determine conditions of a fair use of self-responsibility as a criterion for allocation of resources in health care.

Arguments – Theoretical considerations: Several theories of a just allocation of resources employ personal responsibility, either as a criterion or as a consequence of allocation. For luck egalitarians, personal responsibility based on free choice is the sole foundation to determine whether persons are entitled to compensation in cases of inequality. In a society structured according to libertarian tenets, personal responsibility is of great importance to large parts of the population. Communitarians value the common good higher than the individual good and regard responsible behaviour to be the

individuals' obligation towards their society. In this article the arguments put forward by proponents of the three standpoints are explored and it is concluded that none of these serves as an adequate starting point for a reform of health care allocation in Germany.

Arguments – Practical consequences: Problems associated with the use of personal responsibility as a criterion for allocation in health care include causality and freedom of personal health behaviour in medicine, information and health literacy of patients, as well as possible impacts on institutional medicine and the patient-doctor relationship. These problems are examined and the conclusion is drawn that personal responsibility for health should only be used as a criterion for the distribution of resources on the macro-level of allocation in health care.

Conclusion: Solidarity, understood as a dual principle of justice, can serve as a justification for employing personal responsibility as a criterion for allocation on the macro-level of health care. In the conclusion of the article, the notion of solidarity is analysed and three possible modes of implementing personal responsibility as a criterion for allocation in a reform of German health care are sketched.

zufolge Anlass zu einer von staatlicher Seite vorgehaltenen Kompensation des Zustands und damit einer Behandlung sein. Um zu einer gerechten und egalitären Verteilung der Mittel zu kommen, wollen die Vertreter des Glücksegalitarismus diejenigen Ungleichheiten zwischen Menschen ausgleichen, die auf der *natürlichen Lotterie* beruhen. Wenn ein ungleicher Zustand jedoch das Ergebnis einer freien und bewussten Wahl einer betroffenen Person ist – damit also *eigenverantwortlich* herbeigeführt wurde – und sie den Zustand durch ein anderes Verhalten hätte vermeiden können, so hat sie keinen Anspruch auf einen Ausgleich: „...the egalitarian asks, if someone with a disadvantage could have avoided it or could not overcome it. If he could have avoided it, he has no claim to compensation, from an egalitarian point of view“ ([9], S. 920).

Das Kind, das aufgrund eines Tumors unverschuldet langsam erblindet, würde eine Operation und Nachbehandlung aus staatlichen Mitteln erhalten, während der unvorsichtige erblindete Autofahrer entweder die Krankenhauskosten selbst bezahlen oder eine private Versicherung abschließen müsste, die die Kosten nach selbst verschuldeten Autounfällen übernimmt.

Es hat zahlreiche kritische Reaktionen auf die Position des Glücksegalitarismus gegeben. Daniel Wikler weist darauf hin, dass eine Theorie, die für die Verteilung von Gütern derart fundamental auf den Begriff der Wahl abhebt, vor allem im Bereich der Gesundheitsversorgung kontraintuitive und ungerechte Resultate erziele, da eine grundlegende Kategorie für die Zuteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen ignoriert werde – die von Bedarf bzw. Bedürftigkeit („need“): „In the view of luck egalitarianism, informed and voluntary choices establish a moral fact, that of individual responsibility, from which important consequences flow. The more plausible alternative is of course that the more fundamental consideration is that of need“ ([38], S. 125).

Wikler folgert daher, dass Eigenverantwortung im Gesundheitswesen nur eine periphere Rolle spielen solle. Dass Glücksegalitaristen in unangemessener Weise den umstrittenen Begriff der *Freiheit der Wahl* als Grundlage der Verteilung verwenden, wird von Kritikern des Glücksegalitarismus, wie Bernard Williams, vorgebracht ([40], S. 52). Dieser Punkt wird im Folgenden und

vor allem im zweiten Teil dieses Beitrages noch näher erläutert werden. Zwei andere Argumente gegen die Anwendung des Glücksegalitarismus schließlich formuliert Elizabeth Anderson. Ihr zufolge kommt es zur ungerechten Diskriminierung zahlreicher Bevölkerungsgruppen, die sich durch freie Wahl eines gesellschaftlich durchaus als positiv bewerteten Lebensstils bestimmten Risiken aussetzen, für die in einem glücksegalitaristisch ausgestalteten Gemeinwesen keine Kompensation erfolgen würde: Menschen in gefährlichen Berufen, Menschen, die in gesundheitsgefährdenden Umgebungen leben oder solche, die sich der Belastung aussetzen, die die Betreuung von kranken oder demenzerkrankten Angehörigen mit sich bringt ([1], S. 296–298).

Diejenigen wiederum, die nicht durch die Wahl ihres Verhaltens, sondern durch angeborene Behinderungen oder den Mangel an Talenten benachteiligt seien, würden gezwungen, ihre „Minderwertigkeit“ einzusetzen und zu dokumentieren, um Mittel zur Kompensation zu erhalten. Das Resultat sei eine inhumane und respektlose Haltung des Staates dem Individuum gegenüber: „Furthermore, to require citizens to display evidence of personal inferiority in order to get aid from the state is to reduce them to groveling for support... Equality of fortune *disparages the internally disadvantaged* and *raises private disdain to the status of officially recognized truth*“ ([1], S. 306; Hervorh. im Original).

Die vorgestellten Argumente gegen den Glücksegalitarismus sind plausibel. Die freie Wahl – Grundlage der Eigenverantwortung – stellt im Glücksegalitarismus die einzige Grenze zwischen der Zuteilung und dem Vorenthalten von Ressourcen des Gemeinwesens dar und bekommt damit eine zu große Bedeutung. *Einzig* auf die Freiheit von Menschen bei der Verteilung abzuheben, ist angesichts der zahlreichen Unsicherheiten und Kontroversen, die mit diesem Begriff verbunden sind, zu einseitig und führt ggf. zu ungerechten Ergebnissen.⁵ Aufgrund dieser ungerechten und auch der erwähnten inhumanen Konsequenzen des Glücksegalitarismus erscheint die Theorie nicht als akzeptable und tragfähige theoretische Verteilungsgrundlage für das Gesundheitswesen

⁵ Vergleiche zu diesem Punkt auch die Ausführungen zu „Freiheit“ im zweiten Teil dieses Beitrages.

und kann damit auch nicht als Richtschnur für eine eventuelle Strukturreform des deutschen Gesundheitssystems dienen.

Verfechter einer Stärkung von Eigenverantwortung müssen andere gerechtigkeitstheoretische Grundlagen bemühen. Getan haben dies H. Tristram Engelhardt und Daniel Callahan, die – inhaltlich in ganz unterschiedlicher Weise – der Eigenverantwortung in ihren Entwürfen für die Ausgestaltung eines Gesundheitswesens breiten Raum zuweisen. Beide haben, anders als die bisher zitierten Autoren, Verteilungsansätze vorgeschlagen, die von vornherein mit Blick auf das Gesundheitswesen konzipiert worden sind.

Engelhardt entwickelt eine libertäre Distributionstheorie unter der Voraussetzung einer großen Pluralität von Wertvorstellungen in der Gesellschaft, die es verhindere, einen Konsens über die Verteilung von Gütern zu finden, der sich gerechtfertigterweise staatlich sanktionieren ließe. Es gebe keine auch nur mehrheitlich von den Bürgern einer Gesellschaft getragenen gemeinsamen Wertvorstellungen. Individuen begegneten sich als „moralisch Fremde“ („moral strangers“); von Bedeutung für Überlegungen der Gerechtigkeit seien daher vor allem das individuelle Wohl und die Freiheit des einzelnen Bürgers. Das einzelne Individuum habe die moralische Autorität zu entscheiden, wie es seine privaten Ressourcen einsetzen wolle und dürfe keinesfalls gezwungen werden, Mittel in die Gesundheitsversorgung zu investieren, die auch anderen zugute kommen. Nach Engelhardt existiert kein Recht auf Gesundheitsversorgung, das einen Anspruch auf andere Ressourcen als die eigenen begründen könnte: „A basic human secular right to health care does not exist – not even to a ,decent minimum of health care“ ([16], S. 375); „... needs do not create rights to the services or goods of others“ ([16], S. 383).

Eine obligatorische allgemeinfinanzierte Gesundheitsversorgung, die Ressourcen aller Mitglieder der Gesellschaft zugunsten derer ohne Ressourcen umverteilt, ist Engelhardt zufolge unmoralisch – für die Gesundheitsversorgung dürfen höchstens Mittel aus dem gesellschaftlichen Allgemeinbesitz eingesetzt werden: „The imposition of a single-tier, all-encompassing health care system is morally unjustifiable. It is a coercive act of totalitarian ideological zeal, which fails to recognize the diversity of moral visions that frame interests

in health care, the secular moral limits of state authority, and the authority of individuals over themselves and their own property. It is an act of secular immorality“ ([16], S. 375).

Der von Glücksegalitaristen geforderte Ausgleich der auf Brute luck beruhenden Ungleichheiten ergibt sich für Engelhardt nur aus ganz bestimmten Interpretationen von Gerechtigkeit, die er nicht teilt. Ungleichheiten seien im Bereich der Gesundheit ebenso wenig zu vermeiden wie in allen anderen Bereichen des öffentlichen Lebens, und es bestehe kein Anrecht von Schlechtergestellten auf eine Verbesserung ihrer Situation – völlig unabhängig von deren Ursachen. Engelhardt sieht in der Einrichtung eines von der Gesellschaft bereitgestellten Minimums an Gesundheitsversorgung für alle („basic health care package“) nicht ein Gebot der Gerechtigkeit, sondern lediglich den Ausdruck eines seine libertäre Theorie flankierenden Prinzips des Wohltuns, das nicht mit Ansprüchen schlechter Gestellter begründet werden dürfe. Der Eigenverantwortung kommt in Engelhardts Modell die folgende, nicht deutlich explizierte, im Ergebnis aber zentrale Funktion zu: Alle Bürger sind unabhängig von ihrem finanziellen Status dazu angehalten, in allen medizinischen Bereichen, die von der Minimalversorgung nicht abgedeckt werden, eigenverantwortlich und frei zu entscheiden. Wohlhabende können sich überlegen, welchen Anteil ihres Einkommens sie in ihre Gesundheit zu investieren bereit sind. Bürgern mit geringem Einkommen steht unter Umständen als „Gesundheitsressource“ lediglich ihr gesundheitsrelevantes Verhalten zur Verfügung.

Engelhardts Ansatz der Verteilung ist nicht unwidersprochen geblieben. Sein Verständnis von *Gesellschaft* – ein lockerer Verbund moralisch Fremder, die keinen gemeinsamen Wertehorizont haben – und das von einer gemeinsame Vorstellungen und Ziele teilenden *Gemeinschaft* („society“ und „community“) sei in nicht zulässiger Weise idealtypisch. Zwar sei es das Kennzeichen der modernen Gesellschaft, in viele bezüglich prinzipieller normativer Überzeugungen unterschiedliche Gruppen zu zerfallen. Trotzdem gäbe es genug Überlappungen und die Möglichkeit des Diskurses, um in einer pluralen Gesellschaft Entscheidungen zu rechtfertigen, die für alle Mitglieder der Gesellschaft bindend sind. Solche Entschei-

dungen könnten auch den Bereich der medizinischen Versorgung betreffen ([39], S. 88–91).

Auch die moralische liberale Neutralität des Ansatzes, die Engelhardt für sich beansprucht, wird angezweifelt (z. B. [30], S. 101). Der klassische Vorwurf gegen die Verfechter wertneutraler liberaler politischer Systeme lautet, dass durch die Entscheidung für ein solches die erstrebte Neutralität durch sich selbst verletzt wird: In der Wahl eines einzig durch liberale Abwehrrechte gekennzeichneten Systems, das (vermeintlich) ohne Rekurs auf bestimmte Werte bzw. jedwede Vorstellung von einem guten Leben auskommt, kommen dennoch bestimmte Wertvorstellungen zum Ausdruck – beispielsweise ein besonders hoher Stellenwert der Freiheit der einzelnen Bürger, oder, wie es auch bei Engelhardt der Fall ist, eine besondere Bedeutung des Rechtes auf Eigentum. Die von libertären Denkern, wie Engelhardt, geforderte Neutralität ist damit selbst nicht neutral.

Schließlich wäre ein einheitliches, solidarisch getragenes Gesundheitssystem wie das deutsche für Engelhardt prinzipiell nicht zu rechtfertigen, sondern Ausdruck eines unmoralischen Zwanges auf seine Mitglieder, ihre Ressourcen zugunsten „moralisch Fremder“ einzusetzen. Der vorliegende Beitrag hat allerdings keineswegs die Absicht, die Verfasstheit der deutschen Gesundheitsversorgung zur Disposition zu stellen. Diese stellt vielmehr eine Grundlage für die Überlegungen des dritten Teils zu möglichen zukünftigen Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitswesen dar, die erfolgen könnten, *ohne* die solidarfinanzierte Versorgung preiszugeben. Unter diesen Voraussetzungen lässt sich der Ansatz Engelhardts für das deutsche Gesundheitswesen nur schwer bzw. gar nicht fruchtbar machen.

Bei Daniel Callahan stellt Eigenverantwortung neben einem ausgebauten „Public health system“ eine der zwei Implementationssäulen des von ihm entwickelten Vorschlags für das amerikanische Gesundheitssystem dar. Callahans argumentative Grundlage ist kommunitaristisch: Individuen, die in einem Gemeinwesen leben, dessen Gesundheitssystem durch ökonomische Zwänge bedroht wird, gefährden durch Risikoverhalten nicht nur sich selbst, sondern auch das System, in dem sie versorgt werden und damit andere Mitglieder der Gesellschaft. Da für Callahan unter Knappheitsbedingungen das Gemeinwohl Vorrang vor dem In-

dividualwohl hat, ist es gerechtfertigt, von Menschen zu verlangen, zugunsten des Gemeinwohls auf ihre eigene Gesundheit zu achten: „Bad individual behavior, in an interdependent health care system (and there is no other kind) does harm to others, even if the health risk-takers pay their own health care costs“ ([7], S. 197). Die Botschaft an die Bevölkerung soll daher sein: „Take care of yourself. Get ready for limits. Prepare for rationing“ ([7], S. 200).

Neben dieser kommunitaristisch geprägten Argumentation für Eigenverantwortung im Gesundheitssystem unterscheidet Callahan von den Autoren glücksegalitaristischer Theorien und auch von Engelhardt, dass er großen Wert darauf legt, die Umstände und Kontexte, in denen sich das Handeln von Individuen vollzieht, positiv zu verändern, um damit deren eigenverantwortliches, gesundheitsförderndes Verhalten zu stärken oder erst zu ermöglichen. Dies soll durch eine starke Einführung von Public-health-Maßnahmen in die Gesundheitsversorgung und eine Verbesserung allgemeiner, nichtmedizinischer Lebensbedingungen (Verringerung von Luft- und Wasserverschmutzung, verbesserte Wohn- und Arbeitsbedingungen etc.) geschehen. Damit erhalten die Opfer von Option luck in Callahans Ansatz mehr Unterstützung als gemäß den Vorstellungen der Glücksegalitaristen oder des libertär argumentierenden Engelhardt.

Neben dem Verhalten spielen für Callahan als Grundlage für die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen allerdings noch andere Faktoren eine Rolle. Vor dem Hintergrund seiner naturalistisch geprägten Auffassung fordert er eine größere Akzeptanz des Todes und eine größere Bescheidenheit im Kampf mit Krankheiten. Das Streben nach perfekter Gesundheit in den westlichen Gesellschaften sei verfehlt und eine der Ursachen der gegenwärtigen Krise der Gesundheitssysteme. „The unlimited, expansionary progress sought by modern medicine – progress with no articulated or envisioned end and no well-reasoned priorities – is not a viable route to continued beneficial progress, nor does it supply an adequate basis for a future sustainable medicine. The idea of progress itself must now be redefined“ ([7], S. 80).

Seine kommunitaristischen und naturalistischen Überlegungen führen Callahan dazu, ein Gesundheitssystem zu fordern, das dem Gemein-

wohl Vorrang vor dem Individuum einräumt, das Streben nach Perfektion aufgibt, auch außerhalb des Einflussbereiches der klinisch-therapeutischen Medizin liegende Krankheitsursachen zu beseitigen sucht und eine natürliche Lebensspanne akzeptiert, jenseits derer keine Lebensverlängerung mehr vorgenommen wird – „Enough, already“⁶ ([7], S. 82). Im Ergebnis führt das zu Prioritäten in der Versorgung, bei denen, anders als in der Theorie des Glücksegalitarismus, sowohl bei den Option-luck- als auch den Brute-luck-Zuständen Kürzungen hingenommen werden müssen: Callahan zufolge ist vom Individuum mehr Eigenverantwortung zu erwarten, die in die Ressourcenverteilung einbezogen werden soll. Gleichzeitig werden aber nicht alle, die durch Brute luck, also ohne eigenes Verschulden benachteiligt sind, im staatlichen System behandelt – die niedrige Priorität von sehr teurer High-Tech-Akutmedizin und die hohe Priorität für lebensqualitätsverbessernde Präventiv-, Palliativ- und Rehabilitationsmedizin im Callahan-Modell führen dazu, dass Patienten mit seltenen und teuren angeborenen Erkrankungen einige Leistungen, die zu ihrer optimalen Versorgung notwendig wären, nicht erhalten.

Callahans Vorschlag ist scharf angegriffen worden. Insbesondere sein Alterskriterium, die impliziten Kosten-Nutzen-Rechnungen und der nachrangige Platz des einzelnen Individuums in seiner Theorie haben eine Fülle von Gegenargumenten auf den Plan gerufen, die hier jedoch nicht behandelt werden sollen. Stattdessen soll das Argument für eine stärkere Berücksichtigung von Eigenverantwortung mit den anderen Ansätzen kontrastiert werden.

Die inhaltlichen Unterschiede des Callahan-Ansatzes zum Glücksegalitarismus sind bereits angesprochen worden. Nach der Auffassung von Glücksegalitaristen würden in Callahans Entwurf die von Brute luck Betroffenen zu schlecht und die von Option luck Betroffenen zu gut behandelt werden. Callahans Ansatz ist nicht egalitär; seine kommunitaristisch-naturalistische Argumentationsgrundlage widerspricht zudem dem von den meisten Egalitaristen geteilten Ideal liberaler Neutralität bei der Abwägung verschiedener Güter. In Anlehnung an den zuletzt genannten Kritikpunkt

würde sich auch Engelhardt gegen Callahan wenden: Seine Grundannahme der unüberwindlichen Pluralität von Wertvorstellungen lässt eine gesellschaftliche Übereinkunft, wie sie für die Akzeptanz des voraussetzungsreichen Callahan-Modells notwendig wäre, als unrealistisch erscheinen. Umso erstaunlicher ist indes, dass beide inhaltlich so unterschiedlichen Ansätze der Eigenverantwortung eine bedeutende Rolle in der Verteilung von medizinischen Leistungen zuweisen. Dass das Kriterium der Eigenverantwortung sogar in allen drei vorgestellten gerechtigkeits-theoretisch stark unterschiedlichen Ansätzen (Glücksegalitarismus, Engelhardt und Callahan) eine wichtige Funktion hat, deutet bei aller Diversität der Argumentationen darauf hin, dass es ein wesentliches Element einer umfassenden Theorie der Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen darstellen könnte.

Callahans Modell eines Gesundheitssystems entspringt einer ganz bestimmten voraussetzungsreichen, naturalistisch und kommunitaristisch geprägten Vorstellung vom guten Leben, die auch von weniger libertären Positionen als der Engelhardts abgelehnt werden kann. Kommunitaristische Gesellschaften setzen sich dem Vorwurf des Autoritarismus und der Ignoranz der Vielgestaltigkeit normativer Wertvorstellungen in der modernen Welt aus. In Anlehnung an diese Kritik wird Callahans Prioritätenwechsel in der medizinischen Versorgung in diesem Beitrag nicht mitgetragen. Die von ihm (und vielen anderen) geäußerte Idee, dass Menschen in einem interdependenten Gesundheitswesen auch Beiträge *für* dieses System zu leisten haben, soll indes im Folgenden noch eine Rolle spielen. Im dritten Teil dieses Artikels wird ein gerechtigkeits-theoretischer Vorschlag skizziert, der versucht, unter der Verwendung des zentralen Begriffes der Solidarität eine Grundlage für die gerechte Verwendung von Eigenverantwortung zu formulieren.

Praktische Schwierigkeiten von Eigenverantwortung als Verteilungskriterium

Selbst wenn aus gerechtigkeits-theoretischen Überlegungen das Kriterium der Eigenverantwortung bei der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen prinzipiell plausibel wäre, so ergäben sich in

⁶ Dies läuft auf die Einführung eines Alterskriteriums in die Mittelverteilung hinaus.

der konkreten Umsetzung zahlreiche Probleme, die nun im Folgenden untersucht werden sollen. Sie sind aus der vorhergehenden Analyse „künstlich“ ausgeschlossen worden, um der Klarheit der Argumentation willen die beiden Ebenen gerechtigkeits-theoretischer Überlegungen und praxisorientierter Schwierigkeiten zu trennen. Tatsächlich stellen jedoch die im Folgenden aufgezählten Problemfelder die Argumente dar, die am häufigsten gegen die Berücksichtigung der Eigenverantwortung von Patienten im Gesundheitswesen, vor welchem gerechtigkeits-theoretischen Hintergrund auch immer, vorgebracht werden. Sie sind damit auch häufige Einwände gegen jedes der bisher erwähnten Modelle.

Kausalität

Vor allem bei der glücksegalitaristischen Unterscheidung zwischen Brute luck und Option luck, letztlich aber bei jeder Überlegung, ob ein bestimmter Zustand nun dem Verhalten des Patienten zuzuschreiben sei oder nicht, steht die Schwierigkeit im Hintergrund, in der Medizin eindeutige kausale Zuschreibungen für die Verursachung von Krankheiten vorzunehmen. Die moderne Medizin kennt neben vielen relativ einfach feststellbaren Ursachen bei Unfällen, monogenetischen oder durch bestimmte bekannte Erreger verursachten Erkrankungen auch multifaktorielle Krankheitsgesenen. Dies ist gerade bei den sowohl volkswirtschaftlich als auch in der Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik führenden „Volkskrankheiten“, wie etwa der koronaren Herzkrankheit und ihren Komplikationen, der Fall. Aufgrund des Wandels im Verständnis von Gesundheit und Krankheit werden zudem heute sehr viel mehr Kausalfaktoren in Betracht gezogen als früher, so z. B. zunehmend auch im Bereich somatischer Erkrankungen seelische Faktoren oder umgekehrt in der Psychiatrie genetische Ursachen. Oftmals werden divergierende Rückschlüsse auf die relevanten Kausalfaktoren einer Erkrankung und deren Gewichtung gezogen. Immerhin gehört es inzwischen zum epidemiologischen Lehrbuchwissen, dass viele Erkrankungen durch das individuelle Verhalten zumindest zu einem großen Teil mitverursacht werden. Dabei handelt es sich allerdings um attributable Risiken und nicht um absolute Wenn-dann-Beziehungen. Es ist nun einmal nicht der Fall, dass Adi-

positas bei jedem Menschen mit Sicherheit zu einem Herzinfarkt führt und dies vor allem, weil in der praktischen Medizin, anders als z. B. in vielen rechtlichen Fällen, nicht ein einzelnes Ereignis oder eine einzelne Handlung auf ihre kausalen Ursachen hin untersucht wird, sondern Zustände beurteilt werden, die oft jahrelang andauern, und deren kausale Konfiguration sich während der Zeit immer wieder ändern kann.

Ein anderes grundlegendes Problem besteht in der Feststellung kausaler Faktoren beim einzelnen Patienten. Ganz unabhängig davon, ob es nun einen Konsens innerhalb der medizinischen Wissenschaft über die Ursachen bestimmter Krankheitszustände gibt, stellt sich bei jedem Patienten die Frage nach den Ursachen für dessen ganz individuellen Erkrankungsfall erneut. Insgesamt stellt die Frage der Kausalität in der Medizin ein für die Zuweisung von Verantwortung relevantes, bisher noch nicht abschließend geklärtes epistemisches Problem dar.

Schließlich ergibt sich eine weitere praktische Schwierigkeit aus der Forderung nach Kontrolle des Gesundheitsverhaltens von Patienten. Wenn Ressourcen aufgrund eines bestimmten Verhaltens gerechtfertigt vorenthalten werden sollen, muss sichergestellt sein, dass dieses Verhalten beim betreffenden Patienten auch wirklich vorliegt. Eine solche Überprüfung erscheint allerdings praktisch schwer durchführbar und, da sie einen erheblichen Eingriff in die Privatsphäre darstellt, ethisch bedenklich.

Wahrscheinlichkeitsaussagen und Prognosen im einzelnen Krankheitsfall (auf der Individual- oder Mikroebene des Patienten⁷) verdanken sich statistischen Kenntnissen der Makroebene über Krankheitsursachen- und verlauf und werden durch diese legitimiert. Auch in anderen Bereichen des öffentlichen Lebens lässt es sich nicht vermeiden, Entscheidungen angesichts nicht vollständiger epistemischer Sicherheit zu fällen. Es wäre daher im Gesundheitssystem denkbar, bei

⁷ Auf der Mikroebene der Verteilung erfolgt im medizinischen Bereich die Zuteilung von Ressourcen an einzelne Patienten. Während auf der unteren Makroebene (gelegentlich auch Mesoebene genannt) die Verteilung zwischen verschiedenen Patienten- oder Krankheitsgruppen bzw. medizinischen Fachbereichen vorgenommen wird, findet auf der oberen Makroebene die Ressourcenallokation an unterschiedliche Bereiche des öffentlichen Lebens (Gesundheit, Bildung, Kultur etc.) eines Gemeinwe-sens statt (angelehnt an [16]).

guter Datenlage solche Erkrankungen auszuwählen, bei denen eine Verursachung durch Verhalten am besten gesichert ist und diese bei der Allokation von Ressourcen auf der Makroebene anders zu behandeln, als nichtverhaltensverursachte Erkrankungen, ohne dabei jedoch auf der Mikroebene das Gesundheitsverhalten einzelner Patienten zu kontrollieren oder zu „bestrafen“ (s. abschließender Teil dieses Beitrags). Gegenwärtig würden verschiedene multifaktoriell bedingte Volkskrankheiten wohl noch nicht unter die klarerweise verhaltensbedingten Erkrankungen gezählt werden. Dies könnte sich vielen Epidemiologen zufolge jedoch zukünftig ändern, und der Anteil des Verhaltens am Zustandekommen einer Krankheit könnte eindeutiger bestimmt sein.⁸

Freiheit

Bereits angeklungen ist das am häufigsten gegen die Einbindung von Eigenverantwortung in Verteilungsprozesse vorgebrachte Argument: Neben der Kenntnis darüber, ob ein Patient ein für seine Erkrankung ursächliches Verhalten tatsächlich gezeigt hat, sollte geklärt sein, ob er sich für dieses Verhalten wirklich frei entschieden hat. Wir würden uns schwer damit tun, jemanden für ein Verhalten zur Verantwortung zu ziehen, zu dem er beispielsweise genötigt wurde. Über dieses Problem der Freiheit des individuellen Gesundheitsverhaltens wird eine an die klassische Debatte um die Willensfreiheit angelehnte Diskussion geführt.⁹ Diese wurde besonders anlässlich der Einführung von „managed-care-organ-

⁸ Für die Feststellung, welche Erkrankungen zu der Gruppe der (am ehesten) verhaltensbedingten Krankheiten gehören, ist eine intensive epidemiologische Analyse vorhandener Literatur (vgl. etwa die Analysen des National Institute for Clinical Excellence, NICE, in Großbritannien) und Erhebung neuer Daten erforderlich, ebenso wie ein Konsens über den jeweils zu tolerierenden „Unsicherheitsfaktor“. Auch bei guter statistischer Datenlage lässt sich natürlich nicht ausschließen, dass es – je nach Erkrankung – einige wenige Patienten geben kann, die eine als verhaltensverursacht klassifizierte Erkrankung haben, ohne das jeweilige Verhalten gezeigt zu haben. Diese Ausnahmefälle werden allerdings mit zunehmendem Wissen über Krankheitsursachen immer seltener werden. Ferner wären in diesen Fällen Ausnahmeregelungen denkbar.

⁹ Es erscheint wenig zielführend, die umfassenden Debatten um Determinismus/Indeterminismus oder Kompatibilismus/Inkompatibilismus an dieser Stelle aufzuarbeiten. Für einen Einblick in die auf den Gesundheitsbereich bezogene Debatte vgl. z. B. [8] und als Übersicht [37].

sation“ in den USA seit Beginn der 1990er-Jahre befördert, die die mangelnde Eigenverantwortung ihrer Patienten zur Grundlage rationierender Entscheidungen machten. Auf ein bestimmtes negatives Gesundheitsverhalten reagierten die Versicherer mit dem Vorenthalten von Leistungen. In Reaktion darauf wurde diese Zuweisung von Eigenverantwortung als Victim blaming bezeichnet. Der Patient werde – so der Vorwurf des Victim blaming – im Nachhinein für sein Gesundheitsverhalten bestraft, obwohl dieses durch zahlreiche Faktoren determiniert sei, die nicht in seiner Gewalt stünden. Erziehung und Sozialisation spielten dafür ebenso eine Rolle wie Geschlecht, Rasse, sozialer Status und das Maß an Kontrollmöglichkeit über das eigene Leben. Weiterhin angeführt wurden die Manipulation und die Beeinflussung durch Werbung, das kulturelle Umfeld sowie soziale Leitbilder. Gesellschaftlich positiv bewertetes oder im ökonomischen Bereich erwünschtes gesundheitsschädliches Verhalten und der Mangel an sinnvollen Alternativen zu gesundheitsrelevantem Risikoverhalten in der Freizeit führten dazu, dass Entscheidungen über gesundheitsrelevantes Verhalten nicht frei getroffen würden ([10], [29], S. 8). Auf der Grundlage dieser Überlegungen lehnen Vertreter des Victim-blaming-Arguments Eigenverantwortung als distributives Kriterium in der Gesundheitsversorgung ab.

Das Problem der Freiheit ist allerdings – ebenso wie das der Kausalität – nicht spezifisch für den Bereich des medizinisch relevanten Verhaltens. Es spielt unter anderem eine besonders bedeutende Rolle im Bereich der Rechtsprechung. Das schlagkräftigste Argument dafür, trotz mangelnden Konsenses in der metaphysischen Debatte um Willensfreiheit, Menschen auch angesichts zahlreicher determinierender Faktoren für ihre Handlungen zur Verantwortung zu ziehen, stammt aus rechtsphilosophischen Diskussionen und wird beispielhaft von Daniel Callahan formuliert: „Even though we know that those raised in broken families... are more likely to break the law than are those more favourably situated, we do not conclude that they should be released from the demands of the criminal law. Even if life is stacked against them we still hold them responsible for their actions“ ([7], S. 190).

Übertragen auf den Bereich der Gesundheit bedeutet dies: „Hence, while I am arguing that people can be expected to act in healthy ways I recognize that it will be far harder for some than for others, and maybe close to impossible for a few. But for *most* people..., personal responsibility for health is possible, and thus a reasonable social demand“ ([7], S. 191; Hervorh. im Original).

Je mehr zudem das Kriterium der Eigenverantwortung den Charakter einer „Bestrafung“ des Verhaltens einzelner Patienten auf der Mikroebene verliert, desto eher rückt die Bedeutung der Freiheit eines einzelnen Patienten für den Distributionsprozess in den Hintergrund¹⁰.

Information und Gesundheitsmündigkeit

Aus dem heterogenen medizinischen Informationsstand der Bevölkerung folgt ein weiteres Argument gegen die Betonung von Eigenverantwortung im Rahmen von Distributionsvorgängen. Wenn Patienten nicht wissen, wie sie sich verhalten müssen, um ihre Gesundheit zu fördern und Krankheit zu vermeiden, wäre es, selbst unter der Annahme der Freiheit ihres Verhaltens, nicht gerecht, ihnen Ressourcen der Behandlung von solchen Krankheiten vorzuenthalten, die durch unzuträgliches Gesundheitsverhalten hervorgerufen werden. Es gibt aber in Deutschland bisher keine institutionalisierte Gesundheitserziehung. Die tägliche medizinische Praxis und die Literatur zeigen allerdings, dass in der Bevölkerung ein stetig wachsendes Interesse an medizinischer Information besteht. Beträchtliche Teile der Bevölkerung suchen medizinische Informationen, z. B. im Internet. Studien zeigen, dass ihr Verhalten durch die Informationen auch beeinflusst wird [24]. Meist suchen Menschen allerdings erst dann spezifische Informationen, wenn es um einen konkreten Krankheitsfall geht. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Wissensstand hinsichtlich gesundheitsförderlichen Verhaltens im Alltag in der Bevölkerung nach wie vor stark verbesserungswürdig ist. Für eine gerechte Anwendung von Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen wäre es also notwendig, Menschen *gesundheitsmündig* ([33], S. 42) sowohl mit Blick auf allgemeine Gesundheitsrisiken

als auch ihre jeweiligen persönlichen Krankheitsdispositionen zu machen. Dazu wären weit intensivere und „invasivere“ Aufklärungsmaßnahmen als bisher und die Bereitstellung verlässlicher gesundheitsbezogener Informationen durch unabhängige Institutionen notwendig. Neben einer ohnehin schon von vielen Medizinern geforderten Ausweitung von Informationsprogrammen über Gesundheitsverhalten und Präventionsmöglichkeiten wäre beispielsweise auch die Einführung des Schulfaches „Gesundheitserziehung“ denkbar,¹¹ um ein Grundwissen über Gesundheit sowie ihre Förderung und Erhaltung so selbstverständlich zu machen wie die Beherrschung des „kleinen Einmaleins“.

Institutionelle Gesundheitsversorgung und Arzt-Patienten-Verhältnis

Die beiden letzten darzustellenden Argumente gegen Eigenverantwortung im Gesundheitswesen betreffen zwei ganz konkrete Auswirkungen, die von ihren Gegnern anlässlich ihrer Einführung zu Verteilungszwecken in das Gesundheitswesen prognostiziert werden. Vor allem amerikanische Autoren, wie z. B. Meredith Minkler, warnen erstens davor, der Eigenverantwortung von Patienten zu viel Gewicht zu geben, um nicht einen Bedeutungsverlust der institutionellen Medizin herbeizuführen. Wenn mehr Verantwortung für Gesundheit von Patienten selbst getragen werde, könne der von staatlich getragenen Institutionen der Gesundheitsversorgung übernommene Anteil an Verantwortung tendenziell immer weiter abnehmen. Die Befürchtung lässt sich am treffendsten in der englischen Formel „letting the government off the hook“ zusammenfassen ([28], S. 128). Sie entstammt der US-amerikanischen Diskussion um die Verfasstheit des Gesundheitswesens und muss vor dem Hintergrund der dortigen Bemühungen um die Einführung umfassender staatlicher Gesundheitsversorgung sowie der zahlreichen Widerstände und Argumente von Gegnern einer solchen Reform verstanden werden. Angesichts der Bedeutung, die von allen beteiligten Parteien in Deutschland einer allgemeinen Gesundheitsversorgung beigemessen wird, erscheint es allerdings sehr unwahrscheinlich, dass sich hierzu-

¹⁰ Siehe die Vorschläge im letzten Abschnitt.

¹¹ Dies gibt es beispielsweise in den USA.

lande die staatlichen Institutionen aus ihren Verantwortungsbereichen tatsächlich zurückziehen würden. Soll die Anwendung von Eigenverantwortung als Mittel der Allokation gerecht erfolgen, werden ganz im Gegenteil staatliche Anstrengungen notwendig sein, um die Bürger in die Lage zu versetzen, eigenverantwortlich zu handeln.

Besonders von Ärzten, aber auch von Philosophen¹² wird zweitens auf die Gefahr hingewiesen, der sich das Arzt-Patienten-Verhältnis durch eine Benutzung von Eigenverantwortung als Kriterium der Zuteilung medizinischer Ressourcen ausgesetzt sehe. Der Arzt könne seinem Patienten nicht mehr mit der spontanen Sympathie und Hilfsbereitschaft begegnen, die sein Berufsverständnis von ihm in erster Linie verlange, sondern werde gezwungen, über ihn und sein Verhalten zu richten und bei negativem Urteil ggf. die Entscheidung über ein Vorenthalten von Leistungen im konkreten Krankheitsfall zu fällen. Eine solche Auswirkung der Einbeziehung von Eigenverantwortung in die Verteilungsprozesse unseres Gesundheitswesens wäre tatsächlich katastrophal, ist jedoch keinesfalls deren notwendige Folge. Ärzte sollten generell, ganz unabhängig von den jeweiligen Verteilungskriterien, um die es geht, so wenig wie möglich in der „Double-agent-Rolle“ des Behandelnden und des Zuteilers von Ressourcen sein. Gegenwärtig beklagen viele in der Medizin Tätige allerdings genau diese Doppelbelastung, und in der Literatur ist wiederholt darauf hingewiesen worden, dass der Mangel an klaren Vorgaben zur Verteilung von Ressourcen unter den gegebenen Knappheitsbedingungen zu impliziten und willkürlichen Rationierungen führt, die auf den Schultern von Ärzten lasten.¹³ Wenn Eigenverantwortung – und dies gilt für einige andere mögliche Kriterien der Verteilung ebenso – weitestgehend auf der unteren Makroebene implementiert würde, könnten sich Ärzte an den daraus resultierenden Vorgaben so orientieren wie an medizinischen Leitlinien zur Behandlung von Krankheiten. Ihr Urteil über den Patienten wäre dann nur ein medizinisches – nämlich, ob der Patient eine bestimmte Erkrankung hat, oder nicht und nicht ein moralisches – ob ihm für die Behandlung dieser Erkrankung auch bestimmte Mittel zustehen.

Solidarität als Grundlage für Eigenverantwortung auf der Makroebene

Im ersten Kapitel wurden verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt, vor dem Hintergrund gerechtigkeits-theoretischer Überlegungen Eigenverantwortung bei der Verteilung im Gesundheitswesen zu berücksichtigen – sei es als fundamentales Entscheidungskriterium für oder gegen den prinzipiellen Anspruch auf gesellschaftlich bereitgestellte Ressourcen (Glücksegalitarismus), als Ergebnis eines libertär organisierten Verteilungssystems (Engelhardt) oder als Beitrag der Individuen zum Gemeinwesen (Callahan). Nach der Betrachtung verschiedener Argumente für oder gegen die vorgestellten Auffassungen erscheint für Deutschland am ehesten eine Position tragfähig zu sein, in der als zentraler gerechtigkeits-theoretischer Begriff die Solidarität stärker als in den drei kritisierten Ansätzen im Vordergrund steht.

Vorausgesetzte Ausgangslage ist – anders als bei den vor allem auf der normativen Begründungsebene argumentierenden Glücksegalitaristen und bei Engelhardt – die empirische Situation der Knappheit in unserem Gesundheitswesen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mittel im Gesundheitswesen relativ zum stetig wachsenden Bedarf der alternden Gesellschaft und den verschiedensten Möglichkeiten des biomedizinischen Fortschritts in Zukunft zunehmend geringer werden – man denke etwa an die sich noch in den Anfängen einer breiten klinischen Anwendung befindlichen, dennoch mit großen Hoffnungen verbundenen teuren diagnostischen und therapeutischen Methoden, wie Keimbahn- und Stammzelltherapie, computergestützte Chirurgie, Tiefenhirnstimulation oder neue bildgebende Verfahren. Wenn das gegenwärtige System der allgemeinen Gesundheitsversorgung auch angesichts der prognostizierten Kostenentwicklung weiterhin als bewahrenswert empfunden wird – eine weitere empirische Voraussetzung – so wird es notwendig werden, einen solidarisch finanzierten „Kernbereich“¹⁴ der medizinischen Versorgung festzulegen. Dafür sollte geklärt werden, was der

¹² Siehe z. B. [38], S. 126.

¹³ Vergleiche verschiedene Beispiele in [12].

¹⁴ Es erscheint wichtig zu unterstreichen, dass „Kernbereich“ nicht gleichbedeutend mit „Minimalversorgung“ ist – s. die drei folgenden Vorschläge zur möglichen Veränderung im Gesundheitswesen.

zentrale Wert unseres Gesundheitssystems ist, den es in ihm zu erhalten gilt, und der eine Rechtfertigungsgrundlage für strukturelle Veränderungen darstellen kann. Eine wohlverstandene Auffassung von *Solidarität* als tragendes Prinzip des deutschen Gesundheitssystems bietet eine stabile Grundlage für weitere Überlegungen.¹⁵

In der allgemeinen Rhetorik wird Solidarität oft als unidirektional verstanden – wir erklären uns solidarisch mit den Opfern einer Umweltkatastrophe, wir sind solidarisch Alten und Schwachen gegenüber etc.¹⁶ Solidarität ist jedoch ein grundsätzlich von einer Dualität bestimmtes Prinzip, das ein Element von Reziprozität beinhaltet: Einerseits folgt aus ihr, dass jedes Mitglied der Gemeinschaft Hilfe und Unterstützung bekommt, wenn es sie braucht. Anders als bei durch Barmherzigkeit oder Wohlfahrt geleitetem Verhalten sorgen wir allerdings in einem solidarischen Gefüge nicht nur für eine bestimmte benachteiligte Gruppe von Menschen, sondern wir sorgen *füreinander*. Aus Solidarität folgt also andererseits auch eine gewisse Verpflichtung des Einzelnen der Gemeinschaft gegenüber, eine „obligatio in solidum“: „eine Verpflichtung fürs Ganze“ ([4], S. 10). Dies darf nicht dahingehend missverstanden werden, dass Individuen zunächst Leistungen für die Allgemeinheit erbringen müssen, bevor sie ihrerseits Anspruch auf Beistand haben, oder sich selbst überlassen würden, wenn sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen. Die Sorge füreinander, die eine solidarisch getragene Gesellschaft prägt, verhindert dies in jedem Fall. Trotzdem ist das Individuum aufgrund seiner *Obligatio in solidum* dazu angehalten, aktiv zum System beizutragen und nicht nur passiver Empfänger wohlthätiger Maßnahmen zu sein. In der Gesundheitsversorgung, und nicht nur da, bedeutet ein solches aktives Beitragen die Wahrnehmung von Eigenverantwortung.

Die Akzeptanz der dualen Verfasstheit von Solidarität ergibt sich aus der Anerkennung der multiplen sozialen Interdependenzen, die trotz

unterschiedlicher Wertehorizonte auch in modernen pluralen Gesellschaftsformen zwischen Menschen bestehen. Diese Annahme entfernt sich allerdings in ihrer Betonung zumindest eines gemeinsam geteilten Wertes als Orientierungshilfe für die staatliche Ressourcenverteilung von liberalen Ansprüchen an Neutralität in der modernen Gesellschaft. Wenn unsere heutigen Staaten als lockere Verbünde „moralischer Fremder“ verstanden werden, lässt sich unter Berufung auf Solidarität keine Begründung für ein bestimmtes Gemeinwesen geben. Auch in pluralen Gesellschaften gibt es jedoch durchaus Überschneidungen zwischen den normativen Auffassungen der verschiedenen Untergruppen, die eine Gesellschaft ausmachen – Werte, über die Einigkeit besteht, ohne dass andere fundamentale moralische Überzeugungen geteilt werden müssten. Eine Verpflichtung der Allgemeinheit für den Schutz ihrer Mitglieder vor Krankheit ist ein solcher Wert, der aus ansonsten „moralisch Fremden“ zwar nicht die Mitglieder einer gemeinsamen Wertegemeinschaft, jedoch zumindest „moralische Bekannte“ ([39], S. 90) oder „moralische Nachbarn“ in Bezug auf eine spezifische Frage des öffentlich organisierten Lebens machen kann.¹⁷

Unter der Annahme moralischer Bekanntschaft oder Nachbarschaft in unserer Gesellschaft rechtfertigt das oben skizzierte Verständnis von Solidarität also auf der theoretischen Ebene einen Anspruch der Allgemeinheit auf Eigenverantwortung der einzelnen Individuen im Bereich der Gesundheitsversorgung. Die im zweiten Abschnitt dieses Artikels erörterten Probleme auf der praktischen Ebene hingegen lassen eine Berücksichtigung von Eigenverantwortung als Kriterium der Ressourcenzuteilung im Mikrobereich des einzelnen Patienten als problematisch erscheinen. Insbesondere aufgrund der möglichen Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, aber auch eingedenk der Erörterungen zu Kausalität und Freiheit in der Medizin erscheint die beste Möglichkeit, Eigenverantwortung in der Ressourcenverteilung des Gesundheitswesens in gerechter

¹⁵ Tatsächlich stellt Solidarität laut des Sozialgesetzbuches V ein grundlegendes Prinzip in der deutschen Gesundheitsversorgung dar (s.z.B. SGB V § 1 und § 3); allerdings wird eine genauere inhaltliche Beschreibung dort nicht geliefert.

¹⁶ Einen solchen Begriff von Solidarität hat beispielsweise Sass vor Augen, wenn er Eigenverantwortung der Solidarität als ergänzendes bzw. verbesserndes Prinzip gegenüberstellt ([32]).

¹⁷ Moralische Bekannte oder Nachbarn können in grundlegenden Wertfragen vollkommen unterschiedlicher Meinung sein, aber dennoch einzelne Interessen teilen, die sie zu einer Einigung hinsichtlich einzelner Bereiche des öffentlichen Lebens und deren Ausgestaltung befähigen, ohne sich in vielen anderen Wertentscheidungen einander annähern zu müssen.

Weise zum Tragen kommen zu lassen, diese als Verteilungskriterium auf der unteren Makroebene einzusetzen. Dabei muss betont werden, dass Eigenverantwortung nur ein Kriterium neben anderen sein kann. Die gerechtigkeitstheoretisch zulässige Anwendung des Kriteriums rechtfertigt nicht die Missachtung von anderen Verteilungskriterien, wie Notwendigkeit, Dringlichkeit, Effizienz oder Kosteneffektivität. Weiterhin ist eine notwendige Voraussetzung für seine gerechte Anwendung eine verstärkte staatliche Anstrengung auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung.

Das Kriterium Eigenverantwortung könnte unter diesen Umständen neben den anderen Kriterien in dreierlei Weise, abhängig von der jeweiligen begleitenden Umstrukturierung des Gesundheitssystems, eingesetzt werden:

- 1) Anhand vorliegender Daten könnten solche Krankheiten ausgewählt und in einer Liste zusammengestellt werden, für die eine Verursachung durch falsches Gesundheitsverhalten am besten geklärt ist. Bei den Erkrankungen dieser Liste würde eine Versorgung mit basaler und evidenzbasierter Diagnostik und Therapie solidarisch durch alle und für alle, unabhängig von gesundheitsrelevantem Verhalten, finanziert werden. Aufwändige oder neue und teure diagnostische und therapeutische Maßnahmen stünden bei diesen Erkrankungen jedoch nicht mehr im Rahmen der solidarischen Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Um in ihren Genuss zu kommen, müssten Patienten für die betreffenden Erkrankungen eine private Zusatzversicherung abschließen.
- 2) Im Rahmen eines allgemeinen Priorisierungsverfahrens könnte Eigenverantwortung als ein Kriterium in die Abwägung der verschiedenen Prioritätsstufen und -ränge einfließen, so wie es in den ursprünglichen Vorschlägen der Dunning-Kommission in den Niederlanden vorgesehen war ([13]). Das „National Board of Health and Welfare“ in Schweden hat kürzlich eine umfassende, detaillierte Priorisierungsliste für den gesamten Bereich der Kardiologie vorgestellt ([35]). Eigenverantwortung spielt dort allerdings explizit *keine* Rolle bei der Einteilung in Prioritätsstufen. Für Deutschland wäre – vor dem Hin-

tergrund der Ausführungen dieses Artikels – die Erstellung solcher Priorisierungslisten unter Verwendung der Eigenverantwortung als Kriterium der Verteilung neben anderen denkbar.

- 3) Schließlich könnte Eigenverantwortung als ein Entscheidungskriterium für die Einrichtung eines zweistufigen Gesundheitssystems, wie es für Deutschland etwa von Wolfgang Kersting ([21]), Stefan Huster ([19]) und Hans-Martin Sass ([31], S. 105 ff.) gefordert wird, verwendet werden. Um festzulegen, welche medizinischen Leistungen in die staatlich vorgehaltene Grundversorgung und welche in den „Surplus-Bereich“ fallen sollen, könnte neben anderen Kriterien die eigenverantwortliche Verursachung von Erkrankungen eine Rolle spielen.

Notwendig wäre für alle drei Vorschläge neben den bereits erwähnten begleitenden Anstrengungen im Bereich der Gesundheitserziehung und -vorsorge eine regelmäßige Gelegenheit zur möglichst unter der Beteiligung der Öffentlichkeit stattfindenden Revision festgelegter Listen oder Grenzen.¹⁸ Dies würde sicherstellen, dass neuen Entwicklungen der Medizin, aber auch evtl. veränderten Prioritäten der Bevölkerung Rechnung getragen werden könnte. Ebenso würde durch die regelmäßige, transparente Überprüfung der formulierten Grenzen oder Leistungskataloge der Forderung nach prozeduraler Gerechtigkeit für die Strukturreformen im Gesundheitswesen zumindest zu einem gewissen Grad genüge getan werden.¹⁹

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen ist eine Einführung von Eigenverantwortung als Kriterium der Verteilung im Gesundheitswe-

¹⁸ Es gibt zahlreiche Möglichkeiten einer Bürgerbeteiligung an Entscheidungen im Gemeinwesen (vgl. z. B. [2, 14, 18, 20]). Denkbar wäre z. B. die Mitbeteiligung von „citizens councils“ nach britischem Muster. Deren Vorschläge werden vom NICE in Großbritannien bei Entscheidungsprozessen für die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen mitberücksichtigt.

¹⁹ Die konkrete Umsetzung eines der drei hier skizzierten Vorschläge zur Eigenverantwortung als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung unter den geschilderten Voraussetzungen stellt angesichts der enormen Komplexität des deutschen Gesundheitswesens und der zahlreichen Interessengruppen, die in diesem agieren, eine äußerst anspruchsvolle gesellschaftspolitische Aufgabe dar. Die Ausführungen des vorliegenden Beitrages können an dieser Stelle nur programmatisch sein.

sen in einer der drei vorgeschlagenen Formen gerechtigkeitstheoretisch abgesichert, entlastet Ärzte weitgehend von ihrer Double-agent-Rolle und vermeidet die doppelte Bestrafung notleidender Patienten. Weiterhin können auf Dauer positive Auswirkungen sowohl auf die individuelle Gesundheit von Patienten als auch auf die der Gesamtbevölkerung erwartet werden. Aus argumentativen Gründen wurde dieser Punkt bisher nicht behandelt. Es soll allerdings an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass die Vermeidung vieler Erkrankungen und die Verbesserung der Gesundheit durch eine gesunde Lebensweise zu den medizinischen Binsenweisheiten gehört. Der Eigenanteil, den Patienten für die Verbesserung ihrer körperlichen Befindlichkeit übernehmen, mag vielen zudem das Gefühl von „empowerment“ vermitteln, das durch sicht- und fühlbare Belege für die Kontrolle über und die Einflussmöglichkeiten auf das eigene Leben entsteht. Es darf wohl auch davon ausgegangen werden, dass langfristig erhebliche finanzielle Entlastungen für das Gesundheitswesen durch die Stärkung der Eigenverantwortung entstünden. Sicher ist allerdings, dass diese Effekte Ergebnis eines langsamen Prozesses sein werden. Um akuten Sparzwängen kurzfristig zu entkommen, eignet sich das Kriterium der Eigenverantwortung nicht – zumindest dann nicht, wenn seine verstärkte Berücksichtigung bei der Verteilung von Ressourcen gerecht sein soll.

Korrespondierender Autor

Dr. med. A. Buyx

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin,
Von-Esmarch-Straße 62, 48149 Münster
E-Mail: Alena.Buyx@mednet.uni-muenster.de

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

1. Anderson E (1999) What is the point of equality? *Ethics* 109:287–337
2. Badura B, Hart D, Schellschmidt H (1999) Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Nomos, Baden-Baden
3. Breyer F, Kliemt H, Thiele F (2002) Rationing in medicine. Ethical, legal and practical aspects. Springer, Berlin Heidelberg New York
4. Brunkhorst H (2002) Solidarität. Von der Bürgerfreundschaft zur globalen Rechtsgenossenschaft. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
5. Callahan D (1987) Setting limits. Medical goals in an aging society. Simon & Schuster, New York
6. Callahan D (1991) Medical utility, medical necessity. The problem without a name. *Hastings Cent Rep* 21:30–35
7. Callahan D (1998) False hopes. Simon & Schuster, New York
8. Callahan D (ed) (2000) Promoting healthy behavior. Georgetown University Press, Washington D.C.
9. Cohen G (1989) On the currency of egalitarian justice. *Ethics* 99:906–944
10. Crawford R (1977) You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Serv* 4:663–680
11. Daniels N, Sabin JE (2002) Setting limits fairly. Can we learn to share medical resources? Oxford University Press, Oxford
12. Dietrich F, Imhoff M, Kliemt H (2003) Mikroallokation medizinischer Ressourcen. Schattauer, Stuttgart
13. Dunning AJ (1992) Report of the Government Committee on Choices in Health Care. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Den Haag
14. Durant J, Joss S (1995) Public participation in science: the role of consensus conferences in Europe. National Museum of Science and Industry, UK
15. Dworkin R (1981) What is equality? Part 2: equality of resources. *Philos Public Aff* 10:29–48
16. Engelhardt HT Jr (1996) The foundations of bioethics, 2nd edn. Oxford University Press, New York
17. Harris J (2005) The age-indifference principle and equality. *Camb Q Healthc Ethics* 14(1):93–99
18. Hart D (2003) Einbeziehung des Patienten in das Gesundheitssystem. Patientenrechte und Bürgerbeteiligung – Bestand und Perspektiven. In: Schwartz FW et al. (Hrsg) *Das Public Health Buch*, 2. Aufl. Urban & Fischer, München, S 333–339
19. Huster S (2005) Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg) *Berichte und Abhandlungen*, Bd. 10. Eigenverlag, Berlin (im Druck)
20. Joss S (2003) Zwischen Politikberatung und öffentlichem Diskurs – Erfahrungen mit Bürgerkonferenzen in Europa. In: Schickantz S, Naumann J (Hrsg) *Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik*. Vs-Verlag, Opladen, S 15–36
21. Kersting W (1997) Gerechtigkeit und Medizin. In: Kersting W (Hrsg) *Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend*. Suhrkamp, Frankfurt a.M., S 170–212
22. Krämer W et al. (1996) Gesundheitsökonomik und Ethik: Müssen Gesundheitsleistungen in Zukunft rationiert werden? *Ethik Med* 8:94–106
23. Kymlicka W (1987) Subsidizing people's choices. Lecture notes on contemporary political philosophy. Philosophy Department University, Toronto
24. Lindau ST et al. (2002) The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *Am J Obstet Gynecol* 186:938–943
25. Marantz PR (1999) Blaming the victim: the negative consequence of preventive medicine. *Am J Public Health* 80:1186–1187
26. Marckmann G, Siebert U (2002) Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung. *Z Med Ethik* 48:171–190
27. Marckmann G, Liening P, Wiesing U (Hrsg) (2003) *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Schattauer, Stuttgart

28. Minkler M (1999) Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Educ Behav* 26(1):121–141
29. Minkler M (2000) Personal responsibility for health: contexts and controversies. In: Callahan D (ed) *Promoting healthy behaviour*. Georgetown University Press, Washington D.C., pp 1–22
30. Robison WL (1997) Monopoly with sick moral strangers. In: Minogue BP, Palmer-Fernandez G, Reagan JE (eds) *Reading Engelhardt*. Kluwer, Dordrecht, pp 95–112
31. Sass HM (1988) Persönliche Verantwortung und gesellschaftliche Solidarität. In: Sass HM (Hrsg) *Ethik und öffentliches Gesundheitswesen*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 93–112
32. Sass HM (1995) The new triad: responsibility, solidarity and subsidiarity. *J Med Philos* 20:587–594
33. Sass HM (2003) Patienten- und Bürgeraufklärung über genetische Risikofaktoren. In: Sass HM, Schröder P (Hrsg) *Patientenaufklärung bei genetischem Risiko*. Lit, Münster, S 41–56
34. Schöne-Seifert B (1992) Was sind „gerechte“ Verteilungskriterien? In: Mohr J, Schubert C (Hrsg) *Ethik der Gesundheitsökonomie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 34–45
35. Swedish National Board of Health and Welfare (2004) Priority setting in cardiac care in Sweden. Stockholm
36. Taylor MC, Hadorn DC, Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project (2002) Developing priority criteria for general surgery: results from the western Canada waiting list project. *Can J Surg* 45(5):351–357
37. Veatch R (1980) Voluntary risks to health. *JAMA* 243:50–55
38. Wikler D (2005) Personal and social responsibility for health. In: Anand S, Peter F, Sen A (eds) *Public health, ethics, and equity*. Oxford University Press, Oxford, pp 109–134
39. Wildes K (1997) Engelhardt's communitarian ethics: the hidden assumptions. In: Minogue BP, Palmer-Fernandez G, Reagan JE (eds) *Reading Engelhardt*. Kluwer, Dordrecht, pp 77–94
40. Williams B (1997) Forward to basics. In: Franklin J (ed) *Equality*. Institute for Public Policy Research, London, pp 49–58
41. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (2000) *Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?* Dtsch Arztebl 97:1017–1023

In eigener Sache

EthikinderMedizin.springer.de
„Online First“

Ethik in der Medizin informiert Sie regelmäßig über praxisrelevante Themen und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse Ihres Fachgebiets. Um die Publikationszeiten zu verkürzen und Ihnen einen noch schnelleren Zugriff auf aktuelle Beiträge zu ermöglichen, heißt es ab sofort „Online First“.

Unter dem Begriff „Archiv“ finden Sie auf der Zeitschriftenhomepage den Zugang zum elektronischen Volltextarchiv Ihrer Zeitschrift. Hier stehen Ihnen unter „Online First“ aktuelle Beiträge bereits vor dem Erscheinen der gedruckten Ausgabe als HTML-Version zur Verfügung. Jeder „Online-First“-Beitrag ist durch eine elektronische Identifizierungsnummer, den Digital Object Identifier (DOI), eindeutig gekennzeichnet, sofort zitierfähig und suchbar.

Als besonderen Zusatznutzen enthält die HTML-Version Referenz-Verlinkungen, die Sie direkt zu den Originalzitaten auf SpringerLink, ChemPort und Pubmed führen. Ein Service, der Ihnen ein Mehr an Informationen in Ihrem Fachgebiet sichert.

Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen? Wir freuen uns über Ihre E-Mail an springerlink@springer.de Ihre Redaktion Fachzeitschriften Medizin/Psychologie