

Universelle Gesundheitssicherung

Konzeptionelle Grundlagen und der Beitrag Nationaler Ethikräte

CHRISTINA HEINICKE, LOTTA ERIKSSON,

ABHA SAXENA, ANDREAS REIS

1. EINLEITUNG¹

1948 wurde mit der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte auch das Recht auf Gesundheit proklamiert.² Dieses Recht ist trotz seiner normativen Erhärtung im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte sowie auch praktische Fortschritte bisher allerdings noch keineswegs weltweit anerkannt und ist leider in einigen Regionen der Welt allenfalls bruchstückhaft realisiert. Die internationale Gemeinschaft hat verschiedene Versuche unternommen, dies zu ändern, zum Beispiel mit den Millennium Development Goals, die bis 2015 u.a. eine erhebliche Reduktion der Kindersterblichkeit weltweit verfolgten und auf diesem Gebiet auch beträchtliche Fortschritte nachweisen konnten.³ Ein Schwachpunkt

-
- 1 Vgl. auch den englischen Beitrag Heinicke et al. (2014), der für den vorliegenden Aufsatz grundlegend überarbeitet und aktualisiert wurde.
 - 2 Vgl. United Nations (1948), 5 sowie United Nations (2000a). Heinicke et al. (2014).
 - 3 Siehe dazu United Nations (2000b) und United Nations (2015), 5–6 bzw. 34–51.

vieler dieser Ansätze und den daraus folgenden Gesundheitsprogrammen ist die Fokussierung auf einzelne Personengruppen oder Krankheitsbilder. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) präsentiert mit ihrem Konzept der universellen Gesundheitssicherung (engl. Universal Health Coverage/UHC) alternativ einen ganzheitlichen Ansatz zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit. Dieses Konzept soll in den ersten Abschnitten kurz erläutert sowie praktische Vorschläge und Hilfsmittel zur Sicherstellung von Gerechtigkeit auf dem Weg zu universeller Gesundheitssicherung sollen aufgezeigt werden.

Neben der WHO braucht es freilich auch nationale Instanzen, die als Fürsprecher für das Recht auf Gesundheit eintreten und eine gerechte Verteilung von Gesundheitsgütern national wie auch international einfordern. Diese Aufgabe kann und wird teilweise bereits von Nationalen Ethikräten wahrgenommen. In Zusammenarbeit mit der UNESCO und den Teilnehmenden des 10. Global Summits of National Ethics/Bioethics Committees 2014 in Mexico führte die Ethikabteilung der WHO erstmals eine empirische Umfrage zum Thema Nationale Ethikräte und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen durch. Die Ergebnisse der Umfrage sowie eine qualitative Analyse der Positionspapiere einzelner Ethikräte werden im dritten Teil des Artikels vorgestellt. Im Schlussteil sollen mit Beispielen aus den Niederlanden und Thailand konkrete Versuche zur Umsetzung bzw. zum Erreichen einer angemessenen Gesundheitsversorgung aufgezeigt werden.

2. DAS KONZEPT UNIVERSELLE GESUNDHEITSSICHERUNG

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert *universelle Gesundheitssicherung (UGS)* (engl. *Universal Health Coverage/UHC*) als Sicherstellung dessen, dass allen Menschen die von ihnen benötigten Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen – seien sie präventiver, kurativer oder palliativer Art. Dabei müssen diese Leistungen von ausreichender Qualität sein, so dass sie auch wirksam sind, und gleichzeitig soll gewährleistet sein, dass die Inanspruchnahme dieser Leistungen die Betroffenen nicht in finanzielle Bedrängnis bringt. Die Definition betont demnach drei Aspekte: den Zugang zu Gesundheitsleistungen, die Qualität der angebotenen Leistungen und die Finanzierbarkeit seitens der Patienten. Um dieses Konzept

zu verwirklichen, sind abgesehen vom Gesundheitssektor auch Verbesserungen in Bereichen wie Bildung, Verkehrswesen und Gesetzgebung erforderlich.

Häufig wird UGS als bloße Forderung nach einer allgemeinen Krankenversicherung verstanden. Dieses Denken greift allerdings zu kurz. Obwohl ein solides Finanzkonzept und die Abschaffung von direkten Zahlungen bei Leistungserhalt zweifellos eine wichtige Rolle spielen, sind diese Maßnahmen lediglich Teile eines ambitionierteren und weiter reichenden Ziels. UGS will letztlich sämtliche Hindernisse ausräumen, die Menschen davon abhalten, adäquate Gesundheitsleistungen zu erhalten; dies bezieht sich auf Hindernisse finanzieller, rechtlicher, organisatorischer, technischer, geographischer oder kultureller Art. Eine flächendeckende Gesundheitsversorgung allein genügt demnach zur vollständigen Umsetzung des Rechts auf Gesundheit nicht; es müssen auch die zugrunde liegenden weiteren Determinanten von Gesundheit – wie beispielsweise Bildungsstand, Umweltverschmutzungen und Arbeitssituation – erkannt und in Angriff genommen werden. Wer das Konzept der Universellen Gesundheitssicherung so in seiner Gänze begreift, wird zum Schluss kommen, dass derzeit kein Land eine Universelle Gesundheitssicherung erreicht hat. Vielmehr ist UGS als Ideal zu verstehen, auf das jedes Land schrittweise hinarbeiten soll.

Die erheblichen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung innerhalb eines Landes, aber auch im Vergleich zwischen den Ländern, verlangen lokale wie auch internationale Maßnahmen. Ein entscheidender klärungsbedürftiger Punkt ist die Frage, inwieweit die internationale Gemeinschaft verpflichtet ist, finanzielle Unterstützung für diejenigen Staaten zu leisten, die lokale Bedürfnisse ihrer Bevölkerung in punkto Gesundheitssicherung nicht erfüllen können. Dabei gilt es zu bedenken, dass Universelle Gesundheitssicherung und das Recht auf Gesundheit nicht auf bestimmte staatliche Territorien beschränkt werden können.

3. ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN BEI DER UMSETZUNG VON UNIVERSELLER GESUNDHEITSSICHERUNG

Bei der Umsetzung der Universellen Gesundheitssicherung müssen häufig schwierige ethische Entscheidungen getroffen werden. In einer Welt begrenzter Ressourcen, sowohl in Bezug auf Finanz- als auch auf Humanka-

pital, sind Abwägungen zwischen verschiedenen Investitionen unvermeidlich. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens haben solche Entscheidungen für einzelne Menschen allerdings womöglich weitreichende Folgen hinsichtlich ihrer Lebenserwartung und Lebensqualität. Es ist deswegen von größter Bedeutung, entsprechende Entscheidungen fair und verantwortlich zu treffen und sicherzustellen, dass die Resultate sowie die Entscheidungen selbst öffentlich bekannt gemacht werden und moralisch vertretbar sind.

Wer bekommt Zugang zu welchen Gesundheitsleistungen? Inwieweit muss das individuelle Leid dem Gemeinwohl untergeordnet werden? Wie kann ein Gesundheitssystem von Direktzahlungen zu Vorauszahlungen im Sinne einer Krankenversicherung übergehen? Inwiefern kann der Einzelne für seinen Gesundheitszustand zur Rechenschaft gezogen werden? Wenn Entscheidungsträger versuchen, solche Fragen zu lösen, könnten sie in Nationalen Ethikräten einen unterstützenden Partner finden. Diese können dabei helfen, die zugrunde liegenden ethischen Fragen zu identifizieren und Regierungen beraten, moralisch vertretbare Wege bei der Umsetzung von UGS einzuschlagen. Im Laufe der Zeit hat es zahlreiche Versuche gegeben, substanzielle Kriterien und faire Entscheidungsprozesse für Allokation im Gesundheitswesen zu erarbeiten. Eine Auswahl wird im Folgenden zusammenfassend vorgestellt.

3.1 Der WHO-Report »Faire Entscheidungen auf dem Weg zu Universeller Gesundheitssicherung«

2014 veröffentlichte die WHO Beratungsgruppe zu Gerechtigkeit und Universeller Gesundheitssicherung ihren Abschlussbericht »Making fair choices on the path to universal health coverage«. Die interdisziplinär zusammengesetzte Gruppe umfasste Mitglieder aus den Bereichen Ethik, Wirtschaft, Medizin und Rechtswissenschaft.

Der Bericht entwirft ein dreistufiges Vorgehen: In einem ersten Schritt sollen die Länder Gesundheitsleistungen nach Prioritätsgruppen kategorisieren. Dabei werden Kosteneffizienz, Schutz sozioökonomisch Schwacher und Schutz vor finanziellen Notlagen als Kriterien empfohlen. Innerhalb dieser Kriteriologie plädiert die Beratungsgruppe dafür, zunächst das Kriterium der Kosteneffektivität anzulegen und erst dann die anderen beiden

Kriterien anzuwenden.⁴ Im zweiten Schritt sollen sodann sukzessive die hochpriorisierten Leistungen für die gesamte Gesellschaft verfügbar gemacht werden, bevor bestimmten Gruppen der Zugang zu weniger wichtigen Leistungen ermöglicht wird. Dabei sollen insbesondere finanzielle Hindernisse zum Zugang zu Gesundheitsleistungen angegangen werden (Abschaffung von Direktzahlungen, verpflichtendes Bündeln der Vorauszahlungen, einkommensabhängige Zahlungen). Der dritte Schritt besteht darin, vulnerable Gruppen der Gesellschaft (ländliche Bevölkerung, Bedürftige, Frauen und Kinder) besonders zu berücksichtigen.

Dem Beraterstab sind die finanziellen Grenzen mancher Länder durchaus bewusst, und man ist sich im Klaren darüber, dass zwischen verschiedenen Leistungen und den Entscheidungskriterien immer wieder abgewogen werden muss. Gleichzeitig identifiziert die Beratungsgruppe ex negativo fünf Entscheidungsmuster, die jedenfalls ethisch nicht akzeptabel wären:

- Inakzeptabel sind Entscheidungen, die Gesundheitssicherung auf weniger wichtigere Leistungen ausweiten, bevor die Gesamtbevölkerung auch nur annähernd Zugang zu den hochpriorisierten Leistungen hat.
- Inakzeptabel ist es, teuren, wenig effektiven Gesundheitsleistungen Vorrang zu geben, solange billigere und effektive Leistungen nicht flächendeckend übernommen werden.
- Inakzeptabel ist es, Leistungen zunächst für Menschen mit höherem sozioökonomischem Status zur Verfügung zu stellen, bevor vulnerable Gruppen abgedeckt sind (zumindest sofern sich die Kosten für die Versorgung nicht deutlich unterscheiden).
- Inakzeptabel ist es, zunächst diejenigen zu versorgen, die imstande sind, für Leistungen zu bezahlen.
- Inakzeptabel ist es, ein Vorschusssystem einzuführen, das die schrittweise Realisierung von UGS verlangsamt.⁵

Die verwendeten Kriterien und die Entscheidungen, wie diese abgewogen werden sollen, müssen Teil einer öffentlichen Debatte sein. Entscheidungsprozesse sollen institutionalisiert werden und definierten Qualitätsansprü-

4 Vgl. WHO (2014b), 11–24.

5 Vgl. WHO (2014b), S. 37–40.

chen Rechnung tragen. Die WHO empfiehlt die Verwendung des »Accountability for Reasonableness«-Ansatzes, der in den folgenden Abschnitten kurz erläutert wird. Ein starkes Evaluations- und Kontrollsystem wird als ein essenzieller Bestandteil der Umsetzung von UGS gesehen. Dabei sollten Indikatoren den Fortschritt nicht nur aggregieren, sondern auch in Bezug auf vulnerable Gruppen darstellen.⁶

3.2 Der Ansatz »Accountability for Reasonableness«

Dieser Ansatz, der zuerst von Daniels und Sabin vorgestellt wurde, konzentriert sich auf die Fairness in Entscheidungsprozessen, also auf prozedurale Gerechtigkeit. Dies tun sie, weil eine Einigung in Bezug auf generelle, allgemeingültige Prinzipien zur Konfliktlösung bei Güterzuteilung als sehr schwierig bis unmöglich erachtet wird.⁷ Inwieweit ein gerechter Prozess mit Hilfe der Anwendung des »Accountability for Reasonableness«-Ansatzes auch zu gerechteren Resultaten führt, wird debattiert.⁸

Folgt man dem Ansatz müssen vier Kernkriterien erfüllt sein, um einen gerechten und legitimen Entscheidungsprozess sicherzustellen:

- Die Kriterien für Allokationsentscheidungen müssen für die Öffentlichkeit zugänglich sein (Öffentlichkeitskriterium).
- Diese Kriterien müssen von fair denkenden Menschen – also denjenigen, die eine gemeinsame, allgemeingültige Rechtfertigung für ihre Entscheidungen im Sinn haben – für relevant gehalten werden (Relevanzkriterium).
- Es muss einen etablierten Weg geben, um Entscheidungen und die Kriterien, auf denen diese basieren, anzufechten (Anfechtbarkeitskriterium).
- Zusätzlich muss die Einhaltung der ersten drei Kriterien sichergestellt werden (Implementierungskriterium).⁹

6 Vgl. WHO (2014b), 46–47.

7 Vgl. Daniels/Sabin (2008) und Gruskin/Daniels (2008).

8 Vgl. Friedman (2008).

9 Vgl. Daniels/Sabin (2008).

Der Ansatz erfreut sich international großer Beliebtheit und wurde in mehreren Studien auf seine praktische Anwendbarkeit hin getestet.¹⁰ »Accountability for Reasonableness« wird von Daniels selbst als Zwischenweg zwischen expliziter und impliziter Priorisierung gesehen, da es nicht darum geht, im Vorhinein explizite Kriterien zu benennen, wohl aber Transparenz und explizite Begründungen für die Resultate von Entscheidungsprozessen gefordert werden.¹¹

3.3 Multi-kriterielle Entscheidungsanalyse (MCDA)

Wenn sich Entscheidungsträger schwierigen Fragen gegenüber positionieren sollen, bedienen sie sich oft eines intuitiven Zugangs, der schwierige Sachverhalte oft grob vereinfacht und wichtige Informationen außer Acht lässt. Um fair zwischen verschiedenen Kriterien abwägen zu können, müssen dabei neue Analysetechniken gefunden werden. In letzter Zeit wurde daher das Instrument der multi-kriteriellen Entscheidungsanalyse für den Gesundheitssektor adaptiert.¹² Diese Form der Analyse findet bereits in anderen Bereichen Anwendung, wie zum Beispiel in den Umwelt- oder Agrarwissenschaften.

Um eine vergleichende Gesamtbeurteilung verschiedener Gesundheitsleistungen vornehmen zu können, müssen zunächst relevante, messbare Kriterien definiert werden (z.B. Kosteneffektivität, Schwere der Erkrankung oder Prävalenz der Erkrankung in vulnerablen Gruppen). Danach wird jede Leistung im Hinblick auf jedes dieser Kriterien hin evaluiert. Dabei ist es auch möglich, die Kriterien unterschiedlich zu gewichten, um noch klarere Ergebnisse zu erzielen. Zusätzlich gilt es zu entscheiden, ob eine Güterabwägung akzeptiert werden kann, das heißt, ob gute Resultate in einer Kategorie schlechte Ergebnisse in einer anderen Kategorie ausgleichen können. Das Resultat ist eine Rangliste der geprüften Leistungen, die dann als objektive Entscheidungsgrundlage dienen soll.

10 Siehe dazu z.B. Kafiriri et al. (2009), Maluka et al. (2011) und Martin et al. (2002).

11 Vgl. Daniels (2000).

12 Vgl. Peacock et al. (2009); Youngkong et al. (2012).

4. BEITRÄGE NATIONALER ETHIKRÄTE ZUR UNIVERSELLEN GRUNDSICHERUNG

Beim Versuch, eine gerechte Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen zu erreichen, können Regierungen auf Nationale Ethikräte als Beratungsinstanzen zurückgreifen. Dies geschieht vor allem in Westeuropa mit großer Regelmäßigkeit, die hier ansässigen Ethikräte sind gut etabliert und als Partner von Entscheidungsträgern anerkannt. In den folgenden Abschnitten findet sich eine Zusammenstellung der Stellungnahmen Nationaler Ethikräte zu den Themen Kosteneffektivität, fairer Ressourcenallokation und globaler Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, die auf einer Online-Recherche aller offiziellen Internetauftritte Nationaler Ethikräte basiert.

4.1 Kosteneffektivität

Obgleich in vielen Ländern der Kosteneffektivität ein hoher Stellenwert in Entscheidungsprozessen zugestanden wird, haben Nationale Ethikräte in der Vergangenheit mehrere kritische Stellungnahmen zu diesem Kriterium veröffentlicht. Die Anwendung von »QALYs« (Bewertung eines Lebensjahrs in Relation zur Gesundheit) pro Kosteneinheit im Vergleich verschiedener Patientengruppen und Indikationen (z.B. der Vergleich einer Blinddarmentfernung mit der Behandlung von Diabeteskranken) wird als besonders kritisch bewertet. Stellungnahmen der Ethikräte aus Deutschland,¹³ Frankreich,¹⁴ und den Niederlanden¹⁵ machen auf Unzulänglichkeiten des QALY-Systems aufmerksam: fehlende Gewichtung der Schwere einer Erkrankung, systematische Diskriminierung gegenüber Menschen mit chronischer Krankheit oder Behinderung, Benachteiligung von Patienten mit unheilbaren Krankheitszuständen und Unterschätzung von kurzen, aber extrem pathologischen Zuständen. Obwohl die vorgebrachten Bedenken durch Modifikation des QALY-Systems möglicherweise zerstreut werden könnten (z.B. durch eine Art Gerechtigkeitsgewichtung), halten die Ethikräte

13 Vgl. Deutscher Ethikrat (2011).

14 Vgl. CCNE (1998).

15 Vgl. CEG (2005).

dies einstimmig für wenig vielversprechend.¹⁶ In ihren konkreten Schlussfolgerungen unterscheiden sich die Stellungnahmen im Übrigen dann aber deutlich. Während das deutsche Papier eine Gesetzesänderung fordert, welche explizit den Einsatz von QALYs als Grundlage für Kosten-Nutzen-Analysen über Indikationsgrenzen hinweg verbieten soll, fordern das niederländische und das französische Pendant lediglich, sich der Grenzen des QALY-Systems bewusst zu sein und darauf basierende Kosten-Nutzen-Analyse nur als nur eines von verschiedenen Werkzeugen zur Evaluation von Gesundheitsleistungen zu sehen.

Weiterhin betonen alle Veröffentlichungen, dass eine Ressourcenverschwendung zutiefst unmoralisch sei. Wo Menschen von einem effektiveren Einsatz von Mitteln und einer effizienteren Behandlung profitieren, stimmen Kosteneffektivitätsanalysen und ethische Empfehlungen voll überein.

4.2 Auf dem Weg zu fairen Entscheidungen

Die veröffentlichten Stellungnahmen Nationaler Ethikräte sind sich einig darin, dass wenn Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen stattfinden, diese explizit und öffentlich vonstattengehen sollten. Leider wird dies in der Realität nicht durchgehend praktiziert.

Ein Modell des portugiesischen Ethikrats¹⁷ zur Rückerstattung medizinischer Produkte basiert größtenteils auf dem »Accountability for Reasonableness«-Ansatz, adaptiert um das Kontinuitätsprinzip (d.h. aktuelle Entscheidungen sollten stringent zusammenhängen mit vorangegangenen) und einem Effektivitätskriterium (d.h. Entscheidungen sollten zeitnah getroffen werden können). Es wird hier ein dreiteiliges Verfahren vorgeschlagen, beginnend mit einer klinischen Evaluationsphase, geleitet von Fachleuten aus medizinischer Praxis, Wissenschaft und Pharmazie, um die Angemessenheit bestehender Behandlungsmöglichkeiten für eine spezifische Indikation zu überprüfen. Der zweite Schritt soll eine Kosteneffektivitätsanalyse beinhalten unter Beteiligung von Krankenhausleitungen und

16 Vgl. Deutscher Ethikrat (2011), CCNE (1998), CEG (2005) und CNECV (2012).

17 Vgl. CNECV (2012).

Patientenvereinigungen jeweils für die Behandlung eines spezifischen Krankheitsbildes. Der dritte und letzte Schritt ist die öffentliche Debatte.

Das französische Statement¹⁸ verbleibt bei weniger konkreteren Forderungen hinsichtlich der Implementierung von öffentlicher Beteiligung am Entscheidungsprozess. Darüber hinaus werden für andere Bereiche zwei Maßnahmen benannt, die vorrangig umgesetzt werden sollten: die systematische Einbindung von Patientenvereinigungen in Entscheidungsprozesse sowie eine verbesserte Ausbildung medizinischen Personals hinsichtlich ethisch vertretbarer Entscheidungsfindung. Das übergeordnete Ziel bleibt deutlich: Jedwede implizite Selektion oder Implementierung von Entscheidungskriterien, die nicht zuvor einer öffentlichen Debatte unterzogen worden sind, müssen abgelehnt werden.

Der dänische Ethikrat¹⁹ betont ebenfalls die Notwendigkeit, Entscheidungsträger gut auf Entscheidungssituationen vorzubereiten; dabei sind sowohl medizinisches Personal wie auch lokale und nationale politische Entscheidungsträger im Blick. Diese Gruppen sollen mit wissenschaftlichen Informationen zu möglichen Konsequenzen ihrer Handlungen vertraut gemacht werden. Außerdem muss deutlich erkennbar sein, welche Kompetenzen auf welcher Entscheidungsebene angesiedelt sind, um die Mitwirkung der Öffentlichkeit zu erleichtern und Möglichkeiten zur Anfechtung von Entscheidungen zu schaffen.

Das deutsche Positionspapier²⁰ stellt klare Minimalforderungen an den Entscheidungsprozess: Entscheidungsträger müssen demokratisch legitimiert sein, Entscheidungen dürfen dementsprechend nicht an wissenschaftliche Institute oder Interessensgruppen delegiert werden, und das fundamentale Recht des Individuums auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsleistungen darf nicht mit dem Ziel unterminiert werden, das kollektive, aggregierte Maß an Gesundheit einer Gesamtgesellschaft zu steigern.

18 Vgl. CCNE (1998).

19 Vgl. Det Ethiske Råd (1996).

20 Vgl. Deutscher Ethikrat (2011).

4.3 Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im globalen Kontext

Das Thema der globalen Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit wurde bisher von Nationalen Ethikräten nur wenig bearbeitet. Lediglich der französische Ethikrat veröffentlichte 2003 eine Stellungnahme dazu.²¹ In diesem Positionspapier drängt der Rat die entwickelten Länder dazu, die Bedürfnisse und Wünsche von Entwicklungs- und Schwellenländern ernst zu nehmen. Die Bedürfnisse von Bevölkerungen müssen lokal eruiert werden und sollten nicht nur im Lichte »westlicher« Konzepte erhoben werden. Wo Meinungen voneinander abweichen, sollte die Entscheidung bei den Regierungen von Entwicklungsländern liegen, solange diese die Grundprinzipien der Menschenwürde achten. Finanzielle und technische Unterstützung von Entwicklungsländern ist in den Augen des Rates keine Frage der Großzügigkeit, sondern wird vielmehr zur Verpflichtung, sobald Regierungen das Recht auf Gesundheit als universelles Recht anerkennen. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass sich ein Konflikt zwischen Patentaltern medizinischer Produkte und Gesundheitsaktivisten zuspitzt. Hier sollen internationale Organisationen wie die Welthandelsorganisation und die Weltgesundheitsorganisation, vermittelnd eingreifen und zusammenarbeiten. Außerdem warnt die Stellungnahme vor sogenannten vertikalen Hilfsprogrammen, d.h. Programmen, die sich ausschließlich um Patientinnen und Patienten mit einer bestimmten Erkrankung kümmern, wie beispielsweise viele HIV/AIDS- oder Tuberkulose-Programme. Diese könnten einen ganzheitlichen, patientenzentrierten Ansatz im Gesundheitswesen leicht unterminieren.

4.4 Analyse einer Online-Umfrage unter Nationalen Ethikräten zum Thema Priorisierung

In Vorbereitung auf das Gipfeltreffen Nationaler Ethikräte (Global Summit of National Ethics/Bioethics Committees) 2014 in Mexiko wurde vom Sekretariat des Global Summits (Ethics Unit der WHO) in Zusammenarbeit mit der UNESCO ein Online-Fragebogen an 109 Personen oder Institutionen verschickt. Neben Fragen zur allgemeinen Konstitution und Arbeitsweise

21 Vgl. CCNE (2003).

der einzelnen Ethikräte wurden auch Fragen nach existierenden Priorisierungsmechanismen und Universeller Gesundheitssicherung gestellt. Der Fragebogen war auf Englisch, Französisch, Spanisch und Portugiesisch verfügbar. Die Mehrheit der Antworten kam aus dem europäischen und afrikanischen Bereich (32 von 42 Antworten). Die Rücklaufquote betrug 38,5 Prozent.

91 Prozent der Befragten berichteten, dass es eine strukturierte Vorgehensweise für Priorisierungen im Gesundheitswesen in ihrem Land gäbe. Die meisten dieser Verfahrensweisen sind auf nationaler Ebene etabliert (84%) und werden durch entsprechende Gesetzgebung garantiert oder von spezialisierten Regierungsorganisationen verantwortet. Diese Verfahren beruhen laut Umfrage vorwiegend auf den Prinzipien von Menschenwürde (63,6% Zustimmung), Gerechtigkeit (63,6%) und Kosteneffektivität (56,8%). Weniger berücksichtigt würden Prinzipien wie die Verantwortung des Einzelnen (29,6%) oder die öffentliche Akzeptanz (34%).

38,2 Prozent der Befragten gaben an, dass kein explizit ethischer Rat für Priorisierungsentscheidungen eingeholt wird oder wurde. Diese Lücke könnten Nationale Ethikräte schließen und die Beachtung ethischer Prinzipien in der Entscheidungsfindung weiter vorantreiben. Dass sie diese Rolle übernehmen könnten, zeigt sich in den Ländern, in denen aktiv ethischer Rat von Entscheidungsträgern gesucht worden ist – in 90,4 Prozent der Fälle wandte man sich an den Nationalen Ethikrat.

Das Konzept der Universellen Gesundheitssicherung als solches und die Allokation von Finanz- und Humankapital im Gesundheitswesen wurde bisher noch nicht differenzierter in Ethikräten diskutiert. Größtenteils sind es die Ethikräte Europas, die Stellungnahmen veröffentlicht, Workshops abgehalten, Konferenzen ausgerichtet oder Öffentlichkeitskampagnen gestartet haben. Eine Erklärung könnten die unterschiedlichen Kompetenzen und Aufgabenbereiche Nationaler Ethikräte in ihren jeweiligen Heimatländern liefern, sowie ihr unterschiedlich langes Bestehen. Diesen Schluss legen zumindest die Antworten des Fragebogens nahe: 42,9 Prozent der antwortenden Ethikräte berichteten, kein Mandat zu haben, um zu Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege Stellung zu nehmen, oder der betroffene Ethikrat war erst kurz zuvor etabliert worden.

In einer Welt begrenzter Ressourcen sehen sich Länder auf dem Weg zu einer Universellen Gesundheitssicherung mit schwierigen Fragen konfrontiert. Um zu verhindern, dass Entscheidungen allein auf Kosteneffektivität

tätskriterien basieren, und um zu erreichen, dass andere ethische Prinzipien wie Gerechtigkeit und Berücksichtigung vulnerabler Gruppen Eingang in Entscheidungsprozesse erhalten, braucht es starke Fürsprecher und solide Rahmenkonzepte. Dies ist insbesondere auch für die Länder relevant, in denen künftig aus Kostengründen bestimmte Gesundheitsleistungen nicht mehr von Krankenversicherungen übernommen werden sollen. Hier müssen Regierungen starke und moralisch vertretbare Argumente vorbringen, um die Öffentlichkeit von der Legitimität und Notwendigkeit ihrer Handlungen zu überzeugen.

Nationale Ethikräte können zur schrittweisen Umsetzung Universeller Gesundheitssicherung in vielfacher Weise beitragen. Zunächst können sie die Öffentlichkeit informieren und über die grundlegende Problematik der Allokation im Gesundheitswesen aufklären. Zweitens können sie direkt zur Entwicklung oder Adaptation von ethischen Rahmenkonzepten beitragen. Drittens können sie für Transparenz im Entscheidungsprozess eintreten. Zu guter Letzt können sie die Gesellschaft und die Regierungen immer wieder mahnend daran erinnern, dass es sich bei dem Recht auf Gesundheit um ein globales Menschenrecht handelt und so zu einem Voranschreiten hin zu einer tatsächlich *universellen* Gesundheitssicherung beitragen.

5. DER KAMPF UM EINE ANGEMESSENE GESUNDHEITSVERSORGUNG: BEISPIELE AUS DEN NIEDERLANDEN UND THAILAND

In den folgenden Kapiteln geht es darum, die Leserschaft mit dem Reformprozess im Gesundheitswesen zweier Länder näher vertraut zu machen. Thailand steht dabei für die aufstrebenden Entwicklungs- und Schwellenländer, die durch neuen Kapitalfluss und Umverteilung von Ressourcen in die Lage versetzt werden, zusätzliche Gesundheitsleistungen in staatliche Programme aufzunehmen. Im Gegensatz dazu wird am Beispiel der Niederlande illustriert, wie Industrienationen steigende Kosten im Gesundheitssektor einzudämmen versuchen, ohne dabei sozialer Ungerechtigkeit Vorschub zu leisten. Die Entwicklung teurer neuer Medikamente und Technologien sowie eine alternde Gesamtgesellschaft vergrößern auch in den Wohlfahrtsstaaten des Westens die Lücke zwischen dem medizinisch Möglichen und dem (staatlich) Finanzierbaren.

5.1 Die Niederlande

Hintergrund

Die niederländische Regierung erkannte als eine der ersten in Europa die wachsende Bedeutung von Priorisierung und Rationierung im Gesundheitssektor aufgrund steigender Kosten. Das sogenannte »Dunning Komitee« wurde bereits 1990 berufen, um sich über mögliche Kriterien im Prozess der Priorisierung Gedanken zu machen. Die Ergebnisse des Komitees wurden 1991 der Regierung präsentiert und umfassten vier Kriterien für die Evaluierung von Gesundheitsleistungen: Notwendigkeit, Effektivität (d.h. die Maßnahme muss in der Lage sein, ein Ziel zu erreichen), Effizienz (ausgerichtet an einer Kosten-Nutzen-Bilanzierung) und Eigenverantwortung (orientiert an zumutbaren Kosten für den Einzelnen).²² Obwohl es sich als schwierig herausstellte, diese Kriterien direkt in die Praxis umzusetzen, bilden sie auch heute noch das Rückgrat für Entscheidungen über Aufnahme oder Streichung von Leistungen aus dem Nationalen Gesundheitspaket.

Das Gesundheitssystem der Niederlande hat sich innerhalb der letzten Jahrzehnte drastisch verändert. Ein komplexes System, getragen durch gesetzliche und private Krankenversicherungsgesellschaften, das auf drei großen staatlichen Programmen beruhte, wurde 2006 aufgelöst. Seitdem gibt es eine gesetzlich vorgeschriebene Pflicht, sich privat zu versichern. Jeder Bewohner muss eine Langzeitpflegeversicherung abschließen und sich für eine festgelegte Anzahl von Leistungen versichern lassen. Dieser Pflichtleistungskatalog umfasst zahlreiche Dienste und schließt nur wenige medizinische Leistungen aus wie Schönheitschirurgie, aber auch Zahnarztkosten für Erwachsene. Zur Finanzierung zahlt jeder Steuerzahler 12,5 Prozent seines Einkommens in die Langzeitpflege und kauft zusätzlich die Versicherung für die anderen Pflichtleistungen. Die Versicherungsgesellschaften sind dazu verpflichtet, die Basisversicherung jeder Person mit gültigem Aufenthaltsstatus zum selben Preis anzubieten, unabhängig von dessen Einkommen oder dessen Vorerkrankungen. Der Staat verteilt Subventionen, um ein Ungleichgewicht von Patienten mit hohen Gesundheitskosten zwischen den Versicherungsfirmen auszugleichen. Zusätzlich bieten die Versicherer ein breites Spektrum von Zusatzversicherungen an. Den Versi-

22 Vgl. Hermans/den Exter (1998).

cherern steht es frei, ob sie gewinnorientiert oder als Non-Profit-Organisation arbeiten wollen.²³

Für den Pflichtleistungskatalog bezahlen die Niederländer auf verschiedene Art und Weise: Jeder Versicherte bezahlt eine Prämie direkt an seinen Versicherer. Diese Kosten variieren je nach Firma. Zusätzlich behalten die Arbeitgeber einen Prozentsatz des Gehalts zur Finanzierung der Versicherung ein (Selbstständige zahlen einen festgesetzten Prozentsatz ihres einkommenssteuerpflichtigen Ertrags). Überdies stellt der Staat Zuschüsse für Kinder unter 18 Jahren und einkommensschwache Haushalte sowie Fördermittel für Forschung und Interessen der öffentlichen Gesundheit (Impfprogramme, Hygiene, Datenerhebung) bereit. Jeder Versicherte zahlt einen Eigenanteil von 165 Euro pro Jahr, bevor die Versicherung zahlungspflichtig wird.²⁴

Die Idee hinter diesen Reformen war es, die Prinzipien eines regulierten Marktes im Gesundheitssektor einzuführen, mit dem Ziel, durch den entstehenden Konkurrenzdruck kostensparende, effiziente Lösungen für die Versicherung der Gesamtgesellschaft zu erhalten. Versicherern steht es frei, mit Einzelpersonen Verträge abzuschließen oder aber Arbeitgeber direkt anzusprechen und ihnen Gruppentarife für ihre Beschäftigten anzubieten. Zusätzlich steht es den Versicherern frei, Programme anzubieten, die im Austausch für niedrigere monatliche Beiträge entweder einen höheren Selbstzahlerbeitrag ansetzen (bis zu 500 € Eigenbeteiligung/Jahr) oder den Zugang zu Gesundheitsleistungen auf feste Partnerinstitutionen beschränken. Ungefähr 90 Prozent der Niederländer schließen Zusatzversicherungen ab.²⁵

Die Primärversorgung durch Hausärzte stellt auch nach den Reformen einen wichtigen Baustein im Gesundheitssystem dar. Ohne Ein- oder Überweisung wird eine Behandlung im Sekundärbereich nur in Notfällen übernommen.

Der Entscheidungsprozess

In der Gesetzgebung zur verpflichtenden privaten Krankenversicherung findet sich lediglich eine funktionelle Beschreibung des Pflichtleistungskata-

23 Schäfer et al. (2010).

24 Ebd.

25 Vgl. den Exter (2010).

tologs. Die Aufnahme einzelner Leistungen in den Katalog wird letztendlich vom Gesundheitsministerium beschlossen, das diesbezüglich vom Gesundheitsversicherungsausschuss beraten wird. Dieser Ausschuss klärt auch Fragen zum Umfang der zu erbringenden Leistungen und führt die Aufsicht über die staatlichen Fördertöpfe zur Subventionierung von Patientengruppen mit hohen Gesundheitskosten. Der Gesundheitsversicherungsausschuss ist eine unabhängige Organisation, deren Aufsichtsratsmitglieder vom Gesundheitsminister ernannt werden. Die Evaluierung von Gesundheitsleistungen basiert auf den bereits erwähnten Dunning-Kriterien: Notwendigkeit, Effektivität, Effizienz und Eigenverantwortung. Um beim Priorisieren sowohl Kosteneffektivität wie auch Gerechtigkeitsüberlegungen zu berücksichtigen, benutzt der Ausschuss als Maß gewichtete Kosten per QALY (Verlust an qualitätskorrigierten Lebensjahren aufgrund der Erkrankung im Verhältnis zu verbleibender Lebenserwartung). Diese Gewichtung wird »proportional shortfall« (»verhältnismäßiges Defizit«)²⁶ genannt und versucht das »fair innings« Kriterium mit Lebenserwartungsschätzungen und dem Prinzip des Vorrangs der Schlechtestgestellten (priority to the worse off) in Einklang zu bringen. Bisher gibt es keine maximale Obergrenze für die Kosten pro gewichtetem QALY, obwohl die Zahl 80.000 €/QALY diskutiert wurde.

Fairness und Gerechtigkeit nach der Einführung der verpflichtenden privaten Krankenversicherung

Grundsätzlich ist es noch zu früh, um abschließend zu beurteilen, ob die Reformen zu den gewünschten Kostenersparnissen im Gesundheitssektor geführt haben, ohne eine gerechte Gesundheitsversorgung wesentlich zu behindern. Die entstandene Möglichkeit für Versicherungsgesellschaften, direkt mit Anbietern von Gesundheitsleistungen zu verhandeln, führte zu einigen ethischen Bedenken, vor allem im Hinblick auf die Beschränkung der freien (Arzt-)Wahl des Versicherten. Obwohl die Reformen dem einzelnen Bürger eine stärkere Verhandlungsposition und mehr Möglichkeiten zum Erwerb günstiger und guter Gesundheitsversorgung zusprechen wollten, nutzen in der Realität die wenigsten Niederländer diese Optionen.²⁷ Diejenigen, die ihre Versicherung wechseln, sind im Großteil junge, ge-

26 Vgl. van de Wetering et al. (2013).

27 Vgl. Okma/Crivelli (2013).

sunde, gebildete und gut verdienende Versicherte. Diese Tatsache wirft die Frage auf, ob Mitglieder vulnerabler Gruppen – wie zum Beispiel Senioren, sozial Schwache, Menschen mit Behinderung – in ausreichendem Maße die Möglichkeit haben, diese Optionen tatsächlich wahrzunehmen.

Der Beitrag des niederländischen Zentrums für Ethik und Gesundheit

Das Zentrum für Ethik und Gesundheit wurde vom Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport 2001 gegründet. Eine der Hauptaufgaben besteht darin, einen jährlichen Bericht über die Volksgesundheit aus ethischer Perspektive vorzulegen, der dann die Agenda des niederländischen Parlaments in Bezug auf Ethik und Gesundheit prägt. Das Zentrum hat wiederholt auf die Schwierigkeiten der Kosten-Nutzen-Analyse hingewiesen²⁸ und Stellung bezogen zu Themen wie dem Gebrauch wissenschaftlicher Beweise in der Gesundheitspolitik,²⁹ dem Einfluss der Ökonomisierung des Gesundheitssystems auf das Berufsethos des Gesundheitspersonals³⁰ sowie die Herausforderungen, denen sich Pflegepersonal und pflegende Angehörige durch neue Finanzierungsstrukturen gegenübersehen (2009).³¹

5.2 Thailand

Hintergründe

Vor der Einführung eines staatlichen Programms zur Universellen Gesundheitssicherung im Jahr 2001 waren circa 30 Prozent der thailändischen Bevölkerung nicht versichert, trotz zahlreicher Programme, die auf eine Versorgung der Beschäftigten im informellen Sektor und die armen Teile der Bevölkerung zielten. 2001 erholte sich Asien noch von der großen Finanzkrise 1997, und externe Berater zweifelten an der Umsetzbarkeit eines größer angelegten Gesundheitsprogramms. Trotzdem entschloss sich der damalige Regierungspräsident Thaksin Shinawatra, eine Universelle Gesundheitssicherung in sechs Regionen des Landes als Pilotversuch einzuführen;

28 Vgl. CEG (2005).

29 Vgl. CEG (2007a).

30 Vgl. CEG (2007b).

31 Vgl. CEG (2009).

bereits 2002 wurde das Programm auf das ganze Land ausgedehnt. Das Programm wird durch allgemeine Steuereinnahmen finanziert, die einkommensabhängig berechnet werden, und garantiert kostenlosen Zugang für jeden außerhalb des formellen Sektors des Arbeitsmarktes. Die übrigen Teile der Gesellschaft werden über Programme für staatliche Angestellte oder die Krankenversicherung der Sozialversicherungspflichtigen abgedeckt.³²

Die rasche Ausdehnung der Gesundheitssicherung wurde durch erhebliche Investitionen in regionale Krankenhäuser und Gesundheitszentren in der Vergangenheit ermöglicht sowie durch die kontinuierliche Unterstützung durch die Zivilgesellschaft und selbst durch politische Gegner.³³ Kostenloser Zugang wird für eine große Reihe an Leistungen gewährt. Tatsächlich finden sich nur wenige explizite Ausnahmen wie Fruchtbarkeitsbehandlungen oder Schönheitsoperationen. Die Wächterfunktion der Hausärzte spielt eine herausragende Rolle bei dem Versuch, die Kosten für die universelle Gesundheitssicherung in einem angemessenen Rahmen zu halten. Patienten im UGS-Programm müssen sich bei einem spezifischen Hausarzt registrieren und dürfen – außer in Notfällen – keine sekundären Zentren ohne Überweisungsschein aufsuchen. Der einzelne Hausarzt bezieht eine Pro-Kopf-Pauschale; Krankenhäuser erhalten ein Budget nach DRGs (Diagnosis Related Groups) aus einem gedeckelten Topf für sekundäre Gesundheitsversorgung.

Der Entscheidungsprozess

Thailand bedient sich eines Käufer-Anbieter-Systems, d.h. der Staat, repräsentiert durch eine unabhängige Organisation (National Health Security Office), kauft von Krankenhäusern spezielle Dienstleistungen oder handelt mit Pharmafirmen Preise für Medikamente aus. Die Organisation besitzt einen interdisziplinären Vorstand, dessen Vorsitzender der Gesundheitsminister ist. Im Vorstand sind die Zivilgesellschaft, Gesundheitsberufe und Klinikleitungen repräsentiert. Zu Beginn fielen Entscheidungen noch relativ unregelt, spontan oder intransparent und waren deswegen anfällig für Lobbyismus einflussreicher Interessensgruppen. Um diesen Problemen zu begegnen, etablierte das National Health Security Office 2009 eine Koope-

32 Vgl. Evans et al. (2012).

33 Vgl. Tangcharoensathien et al. (2013).

ration mit einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut, mit dessen Hilfe sie einen optimalen Entscheidungsprozess zu erlangen suchten.³⁴ Die Ergebnisse führten zu einem vierstufigen Vorgehen:

- Gesundheitsleistungen werden von einem breiten Spektrum von Interessensgruppen zur Aufnahme in die universelle Gesundheitssicherung vorgeschlagen: Politiker, Ärzte, Patientengruppen, NGOs, Vertreter von Pharmazie und Medizinindustrie, Akademikern und Laien.
- Auswahl von Gesundheitsleistungen zur Evaluation von einem ähnlichen Spektrum von Interessengruppen unter Ausschluss von Industrie und Politikern, da hier ein zu großer Interessenkonflikt erwartet wird.
- Evaluation der Gesundheitsleistungen unter fünf Gesichtspunkten, die jeweils als gleich bedeutend gewertet werden: Prävalenz, Effektivität der Gesundheitsleistung (Vorzug von kurativen gegenüber rehabilitativen Interventionen, hohe Sensitivität und Spezifität von diagnostischen Tests etc.), Einfluss auf finanzielle Belastung des Haushalts der Patienten, bestehende Übernahme der Kosten für Gesundheitsleistungen in den anderen Versicherungsprogrammen, ethische und soziale Implikationen (bevorzugt Interventionen, die sozial Schwache erreichen, Berücksichtigung von Patienten mit seltenen Erkrankungen). Zusätzlich wurde für jede Leistung eine technologische Evaluation mit den Kriterien Kosten pro QALY und Einfluss auf das Gesamtgesundheitsbudget durchgeführt.
- Abschließende Bewertung durch einen Unterausschuss (Mitglieder aus Politik, Gesundheitspersonal, Zivilgesellschaft und Patientenorganisationen). Zusätzlich zu den Ergebnissen der durchgeführten Analyse wurde bewertet, ob bereits alternative, günstige Behandlungsmöglichkeiten für dieselbe Indikation im Gesundheitspaket enthalten waren und ob die Übernahme der Kosten finanzierbar für das Gesamtsystem ist (Grenzbetrag: einfaches Bruttoinlandsprodukt pro Kopf).³⁵

34 Vgl. Youngkong et al. (2012).

35 Ebd.

Fairness und Gerechtigkeit nach der Einführung der Universellen Gesundheitssicherung

Mit der Einführung eines Universellen Gesundheitssicherungskonzepts wurden auch Versuche unternommen, die Leistungen des Gesundheitssystems sowie basale Gesundheitsdaten der Bevölkerung häufiger und flächendeckender zu erheben. Die unterschiedliche Qualität und Menge der Gesundheitsdaten vor und nach der Einführung von UGS erschweren die Interpretation der Ergebnisse in einem gewissen Maß.

Ein umfassender Bericht über die Ergebnisse von UGS in Thailand wurde 2012³⁶ veröffentlicht und enthält eine Analyse der Daten aus den ersten zehn Jahren des Programms. Darin konnte gezeigt werden, dass Gesundheitsleistungen häufiger in Anspruch genommen werden (ambulante Termine pro Mitglied im Programm stiegen von 2,45 im Jahr 2003 auf 3,22 in 2010) und dass der ungedeckte medizinische Bedarf in der Gesellschaft generell niedrig ist (für 1,44% der ambulanten und 0,4% der stationären Patienten bestand 2010 ungedeckter medizinischer Bedarf). Zur Armut führende Gesundheitskosten (definiert als Ausgaben von >10% des Haushaltseinkommens) nahmen vor allem in den ärmsten Gesellschaftsschichten bedeutend ab (6,8% in 1996 zu 2,8% in 2008). Heutzutage sind es im Gegenteil eher die reichsten Teile der Bevölkerung, die Gefahr laufen, 10 Prozent ihres Einkommens in Gesundheitsleistungen zu investieren (4,7% in 2009); dabei wird das Geld häufig an private Dienstleister bezahlt, um Wartezeiten im staatlichen Gesundheitssystem zu umgehen, oder es wird für Dienste ausgegeben, die noch nicht in das staatliche Programm aufgenommen wurden.³⁷

Jetzige und künftige Herausforderungen

Trotz beeindruckender Fortschritte steht Thailand noch vor einigen verbleibenden Problemen, und neue Herausforderungen sind bereits absehbar. Eine Studie, die Daten aus dem Jahr 2006 analysierte, zeigte beispielsweise, dass obwohl die Versorgung von Kindern und Müttern insgesamt zufriedenstellend war, erhebliche Unterschiede zwischen Reichen und Armen bestehen blieben.³⁸ Insbesondere wurde dies deutlich bei Zahlen zu Tee-

36 Vgl. Evans et al. (2012).

37 Vgl. Somkotra/Lagrada (2009).

38 Vgl. Limwattananon et al. (2010).

nagerschwangerschaften oder Fehl- und Mangelernährung von Kindern, die sehr eng mit dem Bildungsstand der Mütter verknüpft waren. Ähnliches zeigte auch eine Analyse der OECD aus 2010;³⁹ hier wurde der ungedeckte medizinische Bedarf in einzelnen Bevölkerungsgruppen analysiert, Frauen, Arme und die Landbevölkerung wiesen auch hier den klar höchsten ungedeckten Bedarf auf. Zusätzlich bleiben einige ethische Probleme bisher ungelöst, unter anderem die Ungleichheit zwischen dem staatlichen Versicherungssystem der universellen Gesundheitssicherung und dem Versicherungsprogramm für Beamte sowie Probleme mit Wartezeiten auf Behandlungen (fehlende Daten zum Einsatz und Länge von Wartelisten), Fragen der Patientenautonomie bei eingeschränkter Arztwahl (durch das Überweisungssystem) und die Anforderungen an ein Gesundheitssystem bei einer zunehmend alternden Gesellschaft.⁴⁰

Die Regierung von Thailand hat den Wert von expliziten Priorisierungsmechanismen und das transparente Abwägen ethischer Überlegungen erkannt und gefördert. Angesichts nach wie vor bestehender und künftig zu erwartender ethischer Konflikte würde Thailand von einem starken Nationalen Ethikkomitee gewiss profitieren. Ausgestattet mit dem Mandat, auch zu Fragen der Gesundheitspolitik Stellung zu nehmen, könnte es eine Lücke im bisherigen System füllen sowie die Einbindung ethischer Prinzipien in Entscheidungsprozesse begleiten und weiter fördern. Die bestehenden Strukturen, namentlich der Nationale Forschungsrat Thailands, hat nicht die Aufgabe und die Möglichkeit, sich hier zu positionieren.

Die Beispiele aus den Niederlanden und Thailand illustrieren die Herausforderungen auf dem Weg zu einer gerechten, universellen Gesundheitssicherung. In beiden Fällen gab es bereits existierende Strukturen im Gesundheitswesen deren Umgestaltung ein hohes Maß an politischem Willen voraussetzte. Positiv fällt vor allem die gesamtgesellschaftliche Beteiligung in Form von einkommensabhängigen Steuerbeträgen auf sowie die Versicherung unabhängig vom Gesundheitsstatus des Einzelnen als große Gemeinsamkeiten der Länder und in den Augen der Autoren für Gerechtigkeit sorgende Elemente auf. Unabhängig davon, ob sich Staaten auf eine Stärkung staatlicher oder privatwirtschaftlicher Institutionen konzentrieren, braucht es zur Verhinderung von Willkür und Lobbyismus klare Entschei-

39 Vgl. Thammatacharee et al. (2012).

40 Vgl. Tangcharoensathien et al. (2010) und Pagaiya/Noree (2009).

dungskriterien und einen transparenten, verlässlichen Prozess zur Ressourcenverteilung. Hierbei können und sollten Ethikkommissionen und insbesondere existierende Strukturen wie Nationale Ethikräte als Garanten für einen gerechten Weg zu einer Universellen Gesundheitssicherung fungieren.

LITERATUR

- Baltussen, Rob/Niessen, Louis (2006): »Priority setting of health interventions. The need for multi-criteria decision analysis«, in: *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 4, 14 (2006).
- Baltussen, Rob/Youngkong, Sitaporn/Paolucci, Francesco/Niessen, Louis (2010): »Multi-criteria decision analysis to prioritize health interventions: Capitalizing on first experiences«, in: *Health Policy* 96, 3 (2010), 262–264.
- CCNE (1998): *Technical progress, health and societal models. The ethical dimension of collective choices*, Online: www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis057en.pdf [09.01.2016]
- CCNE (2003): »Disparity in access to health care and participation in research on a global level – ethical issues. National Consultative Ethics Committee for Health and Life Sciences«, Online: www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis078en.pdf [19.04.2014].
- CEG (2005): *Ethical Aspects of cost-utility analysis. The Netherlands Centre for Ethics and Health*, Online: www.ceg.nl/en/publications/ethical-aspects-of-cost-utility-analysis-2005 [09.01.2016].
- CEG (2007a): »Appropriate evidence. Ethical questions concerning the use of evidence in health care policy«, Online: www.ceg.nl/uploads/publicaties/Appropriate_evidence_website.pdf [19.04.2014].
- CEG (2007b): »Economisation of health care and professional ethics«, Online: www.ceg.nl/uploads/publicaties/Economisation_of_HC_and_professional_ethics.pdf [19.04.2014].
- CEG (2009): »Dilemmas of nurses and carers«, Online: www.ceg.nl/uploads/publicaties/Summary_Dilemmas_of_nurses_and_carers.pdf [19.04.2014].
- CNECV (2012): *Opinion on a decision model for financing the costs of medicines. National Council of Ethics for the Life Sciences*, Lisbon.

- Daniels, Norman (2000): »Accountability for reasonableness«, in: *British Medical Journal* 321, 7272 (2000), 1300–1301.
- Daniels, Norman/Sabin, James E. (2008): »Accountability for reasonableness: an update«, in: *British Medical Journal* 337 (2008), a1850, 904–905.
- Den Exter, André (2010): »Health system reforms in the Netherlands: from public to private and its effects on equal access to health care«, in: *European Journal of Health Law* 17 (2010), 223–233.
- Det Etske Råd (1996): *Prioritering i sundhedsvæsenet – en redegørelse*, Copenhagen: KJ Bogtryk.
- Deutscher Ethikrat (2011): *Medical benefits and costs in healthcare. The normative role of their evaluation*, Deutscher Ethikrat, Online: www.ethikrat.org/files/der-opinion-medical-benefits.pdf [09.01.2016].
- Evans, Timothy/Chowdhury, A.Mushtaque/Evans, David B./Fidler, Armin H./Lindelow, Magnus/Mills, Anne/Scheil-Adlung, Xenia (2012): *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges*, Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office.
- Frewer, Andreas/Reis, Andreas/Bergemann, Lutz (Hg.) (2014): *Gute oder vergütete Behandlung? Ethische Fragen der Gesundheitsökonomie*. Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Bd. 7. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Friedman, Alex (2008): »Beyond accountability for reasonableness«, in: *Bioethics* 22, 2 (2008), 101–112.
- Gruskin, Sofia/Daniels, Norman (2008): »Process is the point: justice and human rights: priority setting and fair deliberative process«, in: *American Journal of Public Health* 98, 9 (2008), 1573–1577.
- Heinicke, Christina/Eriksson, Lotta/Saxena, Abha/Reis, Andreas (2014): »Universal Health Coverage. Basic Facts and the Role of National Ethics/Bioethics Committees«, in: Frewer et al. (2014), 279–302.
- Hermans Herbert/den Exter, André (1998): »Priorities and priority-setting in health care in the Netherlands«, in: *Croatian Medical Journal* 39 (1998), 346–355.
- Kapiriri, Lydia/Norheim, Ole Frithjof/Martin, Douglas K. (2007): »Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda«, in: *Health Policy* 82, 1 (2007), 78–94.
- Kapiriri, Lydia/Norheim, Ole Frithjof/Martin, Douglas K. (2009): »Fairness and accountability for reasonableness. Do the views of priority setting

- decision makers differ across health systems and levels of decision making?«, in: *Social Science & Medicine* 68, 4 (2009), 766–773.
- Kerstein, Samuel J./Bognar, Greg (2010): »Complete lives in the balance«, in: *American Journal of Bioethics* 10, 4 (2010), 37–45.
- Limwattananon, Supon/Tangcharoensathien, Viroj/Prakongsai, Phusit (2010): »Equity in maternal and child health in Thailand«, in: *Bullet of the World Health Organization* 88 (2010), 420–427.
- Maluka, Stephen/Kamuzora, Peter/Sansebastián, Miguel et al. (2011): »Implementing accountability for reasonableness framework at district level in Tanzania: a realist evaluation«, in: *Implementation Science* 6, 11 (2011). doi:10.1186/1748-5908-6-11 [1–15].
- Martin, Douglas K./Giacomini, Mita/Singer, Peter A. (2002): »Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers«, in: *Health Policy* 61 (2002), 279–290.
- Okma, Kieke G./Crivelli, Luca (2013): »Swiss and Dutch >consumer-driven health care<: ideal model or reality?«, in: *Health Policy* 109 (2013), 105–112.
- Ooms, Gorik/Latif, Laila A./Waris, Attiya/ Brolan, Claire E./Hammonds, Rachel/Friedman, Eric A./ Mulumba, Moses/Forman, Lisa (2014): »Is universal health coverage the practical expression of the right to health care?«, in: *BMC International Health and Human Rights* 14, 3 (2014), 1–7.
- Pagaiya, Nonglak/Noree, Thinakorn (2009): *Thailand's Health Workforce: A Review of Challenges and Experiences*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, Human Development Network, The World Bank.
- Peacock, Stuart/Mitton, Craig/Bate, Angela/McCoy B./ Donaldson C. (2009): »Over-coming barriers to priority setting using interdisciplinary methods«, in: *Health Policy* 92, 2–3 (2009), 124–132.
- Persad, Govind C./Wertheimer, Alan/Emanuel, Ezekiel J. (2009): »Principles for allocation of scarce medical interventions«, in: *The Lancet* 373, 9661 (2009), 423–431.
- Persad, Govind C./Wertheimer, Alan/Emanuel, Ezekiel J. (2010): »Standing by our principles: meaningful guidance, moral foundations, and multi-principle methodology in medical scarcity«, in: *American Journal of Bioethics* 10, 4 (2010), 46–48.

- Schäfer, Willemijn/Kroneman, Madelon/Boerma, Wienke/van den Berg, Michael/ Westert, Gert/ Devillé, Walter/van Ginneken, Ewout. (2010): »The Netherlands: health system review«, in: *Health System in Transition* 12, 1 (2010), 1–228.
- Somkotra, Tewarit/Lagrada, Leizel P. (2009). »Which households are at risk of catastrophic health spending: experience in Thailand after universal coverage«, in: *Health Affairs* 28, 3 (2009), 467–478.
- Tangcharoensathien, Viroj/Pitayarangsarit, Siriwan/Patcharanarumol, Walaiporn/Prakongsai, Phusit/ Sumalee, Hathaichanok/Tosanguan, Jira-boon/Mills, Anne (2013): »Promoting universal financial protection: how the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity. In: *Health Research Policy and Systems* 11 (2013).
- Tangcharoensathien, Viroj/Swasdiworn, Wina/Jongudomsuk Pongpisut/ Srithamrongswat, Samrit/ Patcharanarumol, Walaiporn/Prakongsai, Phusit/Thammathataree, Jadej (2010): *Universal Coverage Scheme in Thailand: Equity Outcomes and Future Agendas to Meet Challenges*, World Health Report, Background Papers, No 43.
- Thammatacharee, Noppakun/Tisayaticom, Kanjana/Suphanchaimat, Rapee-pong/Limwattananon, Supon/Putthasri, Weerasak/Netsaengtip, Rajana/ Tangcharoensathien, Viroj (2012): »Prevalence and profiles of unmet healthcare need in Thailand«, in: *BMC Public Health* 12 (2012), 923.
- United Nations General Assembly (2012): »United Nation General Assembly Resolution A/67/L.36, New York«, Online: http://www.un.org/ga/search/viewm_doc.asp?symbol=A /67/L.36 [19.04.2014].
- United Nations (1948): *Resolution der Generalversammlung A/RES/217 A (III)*: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Paris, 10.12.1948 Online: www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf [29.12.2015].
- United Nations (2000a): *General Comment No 14 »The right to the highest attainable standard of health«*, CESCR E/C.12/2000/4, 11.08.2000. Online: www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf [24.11.2015].
- United Nations (2000b): *United Nation General Assembly Resolution A/55/ L.2 Millennium Declaration*, New York, 18.09.2000, Online: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf [29.12.2015].
- United Nations (2015): *Millenium Development Goals Report 2015*, New York 2015, Online: www.ua.undp.org/cotent/dam/undp/library/MDG/english/UNDP_MDG_Report_2015.pdf [29.12.2015].

- Van de Wetering, E. J./Stolk, E. A./van Exel, N. J./Brouwer, Werner B. F. (2013): »Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall«, in: *The European Journal of Health Economics* 14, 1 (2013), 107–115.
- WHO (2005): *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*. WHA 58.33, Fifty-Eighth World Health Assembly. Geneva, 16–25 May 2005, 124–126., Online: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf [19.04.2014].
- WHO (2010): *The World Health Report 2010. Health systems financing. The path to universal coverage*. Geneva: WHO Press.
- WHO (2013): *World Health Report 2013. Research for universal health coverage*, Geneva: WHO Press.
- WHO (2014a): *What is universal coverage*, Online: www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ [19.04.2014].
- WHO (2014b): *Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*, Geneva: WHO Press.
- WHO (2014c): *Twelfth general programme of work 2014–19: Not merely the absence of disease*, Geneva: WHO Press.
- Youngkong, Sitaporn/Baltussen, Rob/Tantivess, Sripen/Mohara, Adun/Teerawattananon, Yot (2012): »Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand«, in: *Value in Health* 15, 6 (2012), 961–970.