

Gesundheit – Markt – Gerechtigkeit*

FRANZ PORZSOLT, UTA BITTNER, KATHRIN DENGLER, BERNO MÜLLER,
JOHANNES CLOUTH**

Health – Market – Justice

The three elements of the title intersect at three points which will be discussed from the perspective of three professions – medicine, economics, and ethics. The discussion of the nine emerging topics illustrates the chances and risks in this field of conflicting principles. As cryptonormative definitions are one of the most frequent sources of error, we try to be as transparent as possible in the use of different terms and thus to come to resilient conclusions.

Keywords: Health, Market, Justice, Intersections

1. Einleitung

In einer Zeit, die sich durch eine zunehmende Kommerzialisierung der Medizin auszeichnet, gewinnen die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Markt und Gerechtigkeit an Bedeutung. „Gesundheit“ und „Gerechtigkeit“ stellen dabei zwei gesellschaftliche Werte und „Markt“ ein gesellschaftliches Ordnungsprinzip dar. Hierbei ergeben sich drei verschiedene Beziehungszusammenhänge: Gesundheit und Markt, Markt und Gerechtigkeit und Gerechtigkeit und Gesundheit. Die Bewertung dieser Beziehungen hängt vom Standpunkt des Betrachters ab und wird durch die Regeln des gesellschaftlichen Zusammenlebens bestimmt.

* Beitrag eingereicht am 18.10.2011.

** Prof. Dr. Franz Porzsolt, Klinische Ökonomik, Universität Ulm, Frauensteige 6, 89075 Ulm, Tel: +49-(0)731-500-69250, Fax: +49-(0)731-500-69252, E-Mail: franz.porzolt@uniklinik-ulm.de, Forschungsschwerpunkte: Klinische Ökonomik (Werte nicht Kosten von Gesundheitsleistungen).

Uta Bittner, M. A., Institut für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin, Universität Ulm, Frauensteige 6, 89075 Ulm, Tel: +49-(0)731-500-39908, Fax: +49-(0)731-500-39902, E-Mail: uta.bittner@uni-ulm.de, Forschungsschwerpunkte: Ethik der Medizin, Praktische Philosophie, Willensfreiheitsatheorien und Autonomiekonzepte.

Dipl.-WiWi. Kathrin Dengler, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin, Universität Ulm, Frauensteige 6, 89075 Ulm, Tel: +49-(0)731-500-39908, Fax: +49-(0)731-500-39902, E-Mail: kathrin.dengler@uni-ulm.de, Forschungsschwerpunkte: Ökonomie und Ethik in der Medizin.

Dr. Berno Müller, RIEMSER Arzneimittel AG Greifswald-Insel Riems, Banneggstrasse 121, 88214 Ravensburg, Tel: +49-(0)751-35905952, Fax: +49-(0)751-35905951, E-Mail: dr.mueller@riemser.de, Forschungsschwerpunkte: Klinische Forschung Arzneimittel und Medizinprodukte, Versorgungsforschung.

Dr. Johannes Clouth, Klinische Ökonomik, Universität Ulm, Frauensteige 6, 89075 Ulm, Tel: +49-(0)731-500-69250, Fax: +49-(0)731-500-69252, E-Mail: johannes_clouth@lilly.com, Forschungsschwerpunkt: Nutzenbewertung.

Ziel unserer Analyse ist es, die drei Beziehungszusammenhänge aus einer ethischen, medizinischen und ökonomischen Perspektive zu beleuchten (Tabelle 1). Wenn es gelingt, mit dieser Synopse den trivialen Sachverhalt zu verdeutlichen, dass identische Daten aus unterschiedlichen Perspektiven unterschiedlich bewertet werden können, wäre der erste Schritt getan, um durch einen Konsens einen gesundheitlichen Mehrwert zu erzielen. Ein Konsens wird vielfach nicht einmal erwogen, weil die notwendigen Informationen zwischen den Partnern asymmetrisch verteilt sind und nur gut informierte Partner, den Mehrwert von Gesundheitsleistungen aus unterschiedlichen Perspektiven einschätzen können.

	Perspektive der Ethik	Perspektive der Medizin	Perspektive der Ökonomie
Beziehung zwischen Gesundheit und Markt	Thema 1	Thema 2	Thema 3
Beziehung zwischen Markt u. Gerechtigkeit	Thema 4	Thema 5	Thema 6
Beziehung zw. Gerechtigkeit u. Gesundheit	Thema 7	Thema 8	Thema 9

Tabelle 1: Matrix zur Darstellung der drei Beziehungen aus Sicht von jeweils drei Professionen des Gesundheitssystems (eigene Quelle)

Es ist immer bestechend, Fragestellungen so einfach zu formulieren, dass sich deren Beantwortung scheinbar von selbst, ohne große Diskussionen, ergibt. Das Gefährliche an dieser Kunst ist, dass die zugrundeliegenden Definitionen kryptonormativ sind und bedeutungsvolle, aber kritische Vorannahmen verschwiegen werden. Eine Diskussion über Definitionen, die unter fairen Bedingungen erforderlich wäre, kann dann schnell entfallen. Mit unserem Beitrag werden wir zwar weder vollständig diese kryptonormative Komponente eliminieren noch mögliche Konflikte ausräumen können. Da wir aber durch die Offenlegung der angewandten Definitionen unsere Sichtweise zumindest transparent machen und damit unterschiedliche Sichtweisen teilweise erklären wollen, stellen wir unserer Diskussion einen Abschnitt über verwendete Definitionen voran.

2. Definitionen

Zur Definition von „Gesundheit“ haben wir den Vorschlag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1946 gewählt – wissend, dass diese Definition einem maximalistischen Gesundheitskonzept entspricht, bei dem es ein mehr oder weniger an Gesundheit geben kann (vgl. Lenk 2011: 81): Gesundheit ist demnach ein Zustand vollständigen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche (vgl. WHO 1946: 1). Diese Definition grenzt sich von dichotomen Gesundheits-Krankheits-Konzeptionen (in denen es entweder den Zustand „krank“ oder „gesund“ gibt, aber keinen Bereich dazwischen)

ab, da sie vom Grundverständnis her ein Kontinuum beschreibt. Inwiefern die Wahl dieser Definition bereits Implikationen für die Auseinandersetzung des Verhältnisses von Gesundheit, Markt und Gerechtigkeit hat, wird sich in den verschiedenen Themenfeldern zeigen.

„Markt“ ist nach Fritsch (2003) der Ort, an dem Angebot und Nachfrage zusammentreffen. Das Marktgeschehen wird durch Wettbewerb und wirtschaftliches Handeln angetrieben und verfolgt die optimale Allokation knapper Ressourcen innerhalb vorgegebener, staatlich gesetzter Rahmenbedingungen.

Der Begriff der „Gerechtigkeit“ bezeichnet einen idealen Zustand des sozialen Miteinanders, in dem es einen angemessenen, unparteilichen und einforderebaren Ausgleich der Interessen und der Verteilung von Gütern und Chancen zwischen den beteiligten Personen oder Gruppen gibt (vgl. Schöffski 2007).

Die Ethik als wissenschaftliche Disziplin hat die Aufgabe, die Antworten auf die handlungstheoretische Frage „*Was soll ich tun?*“ auf ihre Plausibilität und Legitimität hin zu prüfen und zu begründen. Ethik ist also das systematische Nachdenken über die Moral (vgl. Brugger/Schöndorf 2010: 123; Birnbacher 2003; Fangerau 2007a: 2), wobei Moral zu verstehen ist als Summe der in der Lebenswelt etablierten und angewandten Normen, Regeln und Prinzipien, die die Handlungen der einzelnen Personen individuell und inter-individuell leiten. Je nach Kultur oder Zeitepoche können somit verschiedene Moralsysteme existieren, die sich jeweils hinsichtlich ihrer moralischen Normen unterscheiden.

Beim ethischen Denken können unterschiedliche Perspektiven eingenommen werden, die sich dann in den diversen ethischen Theorien widerspiegeln (vgl. Birnbacher 2003; Rippe 2010): Tugendethiken (z. B. Aristotelismus) gehen davon aus, dass Handlungen genau dann moralisch korrekt sind, wenn der Handelnde ein tugendhafter Mensch ist (zu den Tugenden zählen etwa Weisheit, Gerechtigkeit, Freigebigkeit; vgl. Suchanek 2007: 15 sowie Fröhlich 2006: 37). Deontologische Ethiken wie der Kantianismus orientieren sich am obersten Prinzip der Vernunft: Moralisch richtig und korrekt handelt derjenige, der seine Handlungen am Kategorischen Imperativ ausgerichtet und geprüft hat.

Nicht so sehr auf die Handlung an sich, sondern vielmehr auf die Folgen einer Handlung blicken konsequentialistische Ethiktheorien, wie sie etwa der Utilitarismus darstellt. Danach sind Handlungen genau dann moralisch korrekt und gut, wenn die Folgen der Handlungen (die Konsequenzen) den *Nutzen aller* maximieren.

Vor allem diese ethische Denkweise des Konsequentialismus prägt stark die gesundheitsökonomischen Evaluationen von Gesundheitsleistungen (vgl. Marckmann 2011). Doch meist vermischen sich die einzelnen Ethikansätze in der Gesundheitsökonomie und in der Priorisierung ärztlichen Handelns: So werden zum einen Tugenden eingefordert, zum anderen der Nutzen als Folge einer Handlung errechnet und zum dritten einzelne Handlungen – wie etwa Lebensrettungen – als besonders wichtig moralisch gut ausgewiesen, so dass je nach Schwerpunktsetzung unterschiedliche Ergebnisse und moralische Handlungsanforderungen entstehen. In den nun folgenden neun Themenfeldern wird genau dies deutlich werden.

3. Gesundheit – Markt – Gerechtigkeit

3.1 Die Beziehung zwischen Gesundheit und Markt – Perspektive der Ethik

Das Verhältnis von Gesundheit und Markt aus ethischer Perspektive zu betrachten, bedeutet vor allem zu untersuchen, inwiefern Marktstrukturen den Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglichen oder verhindern. Unter Bezugnahme auf die Definition der WHO für Gesundheit, darf ein Markt das „vollständige physische, mentale und soziale Wohlbefinden“ des Einzelnen nicht beeinträchtigen. Es sind also Regeln zu etablieren, die einem potentiell negativen marktwirtschaftlichen Wirken Grenzen setzen. Hierzu gibt es verschiedene (wirtschafts-)ethische Lösungsansätze, wie zum Beispiel die Bedingungs- oder Ordnungsethik (vgl. Homann/Lüttge 2005). Diesen stehen Ethikansätze entgegen, die versuchen, die moralische Grundhaltung des Menschen zu befördern, so dass er „moralisch gute“ Intentionen ausbildet und entsprechend nach diesen handelt.

Bedingungs- oder Ordnungsethiken werden auch als „Anreizethik“ bezeichnet. Dahinter verbirgt sich der Gedanke, dass die Akteure nicht wirklich und bewusst die Intention haben, moralisch richtig zu handeln und z. B. uneigennützig das Wohlergehen anderer zu fördern, sondern dass vielmehr die Rahmenbedingungen, in denen sie sich bewegen, derart gestaltet werden, dass ihnen moralisch korrektes Verhalten zu Vorteilen und einer besseren Präferenzenerfüllung verhilft – der Einzelne also originär weiterhin aus Eigeninteresse agiert. Moralisch gute und richtige Handlungen werden daher nur als eine Art „Nebenprodukt“ erzeugt (vgl. Homann/Lüttge 2005: 30).

In Bezug auf Gesundheit und Markt hieße dies aus ordnungsethischer Perspektive, dass innerhalb des Gesundheitssystems und Gesundheitsmarktes genau solche Regelungen geschaffen werden müssten, die es für die Akteure attraktiv erscheinen lassen, sich sozial zu verhalten und jeder Person den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen.

Als Beispiel: Würde etwa bei jedem Beitragszahler der Krankenkassenbeitrag genau dann um einige Prozentpunkte gesenkt werden, wenn er nachweisen kann, dass er gesünder lebt (aufhört zu rauchen, Übergewicht reduziert, sich ausgewogener ernährt usw.) oder pflegebedürftigen Personen in der Nachbarschaft hilft, dann würde hier zum einen das Eigeninteresse des Einzelnen bedient (eine Senkung des Beitragssatzes) und das so erreichte „gesündere Leben“ und die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen würden die gemeinschaftlichen Sozialsysteme entlasten – so zumindest ist der theoretische Kerngedanke der Ordnungsethik zu verstehen.

Allerdings kann man auch versuchen, an die moralische Güte und Haltung von Personen (etwa ihre Tugenden) zu appellieren, um einzufordern, dass sie ihr Denken und Handeln an Prinzipien und Werten wie z. B. Solidarität, Fairness, Gerechtigkeit ausrichten. Je nach gewähltem Ansatz entstehen andere Regelungsnotwendigkeiten. Am Beispiel der Beitragszahlung würde man nach diesem Ethikansatz vielmehr an das Solidaritätsgefühl jedes Einzelnen appellieren und von ihm fordern, dass er als moralisch guter Mensch gesünder leben sollte und stets auch als tugendhafter Mensch seine hilfsbedürftigen Nachbarn unterstützen sollte, um die Solidargemeinschaft nicht unnötig durch Gesundheitsrisiken (Rauchen, ungesunde Ernährung etc.) zu belasten. Einen konkreten „Gegenwert“ in Form einer Beitragssatzsenkung gäbe es aber in

diesem Modell nicht, sondern „nur“ das „gute Gefühl“, geholfen zu haben und ein moralisch guter Mensch zu sein. Die Realität zeigt aber, dass weniger Apelle an das Solidaritätsgefühl gerichtet als konkrete Anreize gesetzt werden, die aber bei asymmetrischer Informationsverteilung nicht von allen Partnern durchschaut werden können. So haben Krankenkassen den Patienten, die sich in ein Disease Management Programm (DMP) eingeschrieben haben, den Erlass der Praxisgebühr (10.- Euro) angeboten.¹ Nicht explizit kommuniziert wurde allerdings, dass innerhalb eines DMP die Ausgaben der Ärzte gedeckelt wurden und die Ärzte dafür pro Patienten einen Anreiz in Höhe von etwa 100.- Euro erhalten haben. Ebenfalls nicht kommuniziert wurde, dass die Krankenkassen für jeden eingeschriebenen Patienten aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) einen Betrag in Höhe von etwa 6.000.- Euro erhalten haben. Das Beispiel zeigt, dass die moralisch begründeten Maßnahmen im Gesundheitssystem nicht einfach zu verstehen sind, wenn eine asymmetrische Informationsverteilung nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Da nach ökonomischem Verständnis die asymmetrische Informationsverteilung aber keineswegs problematisch ist, ist aus ethischer Sicht zu diskutieren, ob Gesundheit – soweit sie als öffentliches Gut verstanden werden kann – den Gesetzen des Marktes unterworfen werden darf.

3.2 Die Beziehung zwischen Gesundheit und Markt – Perspektive der Medizin

Die Beziehung zwischen Markt und Gesundheit aus medizinischer Sicht betrifft zum einen auf der Mikroebene die aus Sicht des Arztes bestmögliche Versorgung seiner Patienten. Zum anderen ist auf der Makroebene festzustellen, dass die Gesellschaften in den Industrienationen erhebliche Mittel aufwenden, um optimale Rahmenbedingungen für die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten – so dass die Medizin ihre Aufgabe erfüllen kann. Dabei sind die im medizinischen Kontext Beteiligten überzeugt, dass die bestmögliche Versorgung eine leitliniengerechte Versorgung ist. Allerdings sind diese das ärztliche Handeln prägenden Leitlinien durchaus auch kritisch hinterfragbar. So ist es denkbar, die Definitionen von Krankheit und Gesundheitsproblemen kritisch zu hinterfragen, sich für die Daten zur Compliance mit den Präventionsprogrammen zu interessieren und nicht nur die Erfolge der Diagnostik, sondern auch deren Effekte auf die Wiederherstellung einer bedrohten oder verloren gegangenen Gesundheit nachzulesen – und damit den Mehrwert der vielen Leitlinien bestätigt zu sehen. Aus Sicht der Medizin als sich selbst verwaltende Profession ist daher durchaus Raum für die kritische Frage, inwiefern eine Validierung der Leitlinien überhaupt gegeben ist.² Hier, so könnte man die provokative These stellen, lässt die

¹ Disease Management Programme (DMPs) sind Vorschläge zur Versorgung (in der Regel) chronisch Kranker. Das Ziel dieser Programme ist die Reduktion der Versorgungskosten. Um Patienten und Ärzte zur freiwilligen Teilnahme an diesen Programmen zu motivieren, werden finanzielle Anreize oder besondere Leistungspakete angeboten. Ob mit der Reduktion von Kosten auch der in Aussicht gestellte Nutzen für die Patienten erreicht werden kann, ist noch nicht bestätigt.

² Konkret müssten sich Mediziner fragen, wie ohne entwickelte Outcomes Research der Unterschied zwischen Randomisation und Realität festgestellt werden soll bzw. kann (Grunberg et al 2004).

wissenschaftliche Literatur häufig diese Fragen unbeantwortet. Das genau ist das Anliegen der Klinischen Ökonomik (Scholderer 2010, Porzsolt 2010).

Die Ärzteschaft beschäftigt sich in Bezug auf das Verhältnis von Gesundheit und Markt zudem mit der Frage, inwiefern beim Thema Gesundheit die Forderung nach Wettbewerbsstrukturen sinnvoll und angepasst erscheint. So heißt es in einer Stellungnahme der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2010: „Die Versicherten und Patienten befinden sich im Vergleich zu ‚Märkten‘ in einer deutlich anderen Ausgangsposition. Weder der Umfang des in Zukunft zu erwartenden persönlichen, medizinischen Leistungsbedarfes noch die Entscheidung über den in der akuten Situation angemessenen Handlungs- und Betreuungsbedarf sind (insbesondere im Notfall) oder bei Einwilligungsunfähigen mit der Konsumentenrolle eines Verbrauchers im Bereich der klassischen Märkte vergleichbar.“ (BÄK 2010). Hier zeigt sich, dass Mediziner Gesundheit als ein absolutes Gut interpretieren, das ihrer Ansicht nach nicht unter die Gesetze des freien Marktes fallen darf, weil die Nutzung von Gesundheitsleistungen eben nicht – wie die Nutzung klassischer Konsumgüter – beliebig weit hinaus- bzw. aufgeschoben werden kann (vgl. Rosentreter 2011). Somit besteht latent eine konträre Grundposition, bei der sich die Gesundheitsversorgung – und damit das ärztliche Handeln – von den Regeln und Mechanismen marktwirtschaftlichen Handelns abzugrenzen hat. Die Auslotung eines gangbaren Weges – der insbesondere das Wohlergehen der Patienten als Primat setzt – erscheint aus Sicht der Ärzteschaft essentiell.

3.3 Die Beziehung zwischen Gesundheit und Markt – Perspektive der Ökonomie

Der bereits in den beiden vorangegangenen Perspektivierungen angedeutete besondere Status des Gutes Gesundheit findet eine Ergänzung in der ökonomischen Betrachtung: Gesundheit ist ein meritorisches Gut, das Eigenschaften eines öffentlichen und eines privaten Gutes aufweist (Schöffski 2007). Ein Markt kann nicht optimal funktionieren, wenn die Marktteilnehmer nicht in der Lage sind, Angebot und Nachfrage kritisch zu prüfen und Abschlüsse rational zu tätigen (Schöffski/Schulenburg 2007). Ein Ausweg könnte gefunden werden, wenn eine Einigung darüber herbeigeführt werden könnte, welche Güter des Gesundheitsmarktes als öffentlich und welche als privat einzustufen sind und wie der Zugang zu öffentlichen und privaten Gütern des Gesundheitsmarktes gestaltet werden sollte. Doch genau diese Austarierung erscheint komplex und schwierig, verlangt sie doch die Erhebung von Bedürfnissen und Präferenzen der Bürger, um die tatsächliche Bedürfnislage entsprechend abbilden zu können. Und hier liegen auch die zu beachtenden Grenzen: Denn jede Übertragung von Einzelfällen in eine Modellstruktur verlangt notwendigerweise eine Abstraktion, die mitunter nicht jedem Einzelfall gerecht zu werden vermag. Hier deutet sich schon die nächste zu erörternde Beziehung an, nämlich des Marktes zur Gerechtigkeit.

3.4 Die Beziehung zwischen Markt und Gerechtigkeit – Perspektive der Ethik

Markt und Gerechtigkeit aus ethischer Perspektive zu betrachten bedeutet, sich darüber zu verständigen, unter welchen Bedingungen ein marktwirtschaftliches Agieren zu gerechten Zuständen führt bzw. führen kann. Wirtschaften ist dabei stets eine Hand-

lung, die in soziale Zusammenhänge eingebettet ist: Waren und Dienstleistungen werden inter-personell ausgetauscht; der Einzelne hat sich in wirtschaftlichen Konstellationen zum Anderen zu verhalten (vgl. Ulrich 2008: 251). Die Frage, wie diese Art der sozialen Interaktion gestaltet werden sollte, ist auch Aufgabe der Ethik.

Insbesondere die Vertragstheorie hat hier wichtige Impulse zur Orientierung in diesen Fragen gesetzt. John Rawls ist ein einflussreicher Vertreter dieser Ethikkonzeption, die auf Grundregeln der wirtschaftsnahen *rational choice* Theorie basiert und dennoch nicht nur die Maximierung des Eigeninteresses, sondern auch eine grundständige Ausrichtung auf Gerechtigkeitsaspekte beinhaltet. Nach Rawls ist Gerechtigkeit als Fairness anzusehen (vgl. Höffe 2010: 66). Die Basis seiner Überlegungen bildet die Grundannahme, wonach „jeder Mensch eine Unverletzlichkeit“ (Höffe 2010: 66) besitzt, die es zu schützen und zu achten gilt und die nicht aufgerechnet werden darf. Das heißt, auch wenn durch die Verletzung eines Einzelnen (sehr) vielen anderen geholfen werden könnte (etwa indem ihr Wohlergehen gefördert oder gar maximiert würde), so ist dennoch die Unverletzlichkeitsregel einzuhalten; der Einzelne ist zu schützen. Eine Aufrechnung (trade off) im Sinne von ‚Ein Leben opfern – und dafür fünf Leben retten‘ kann und darf es nach dieser Gerechtigkeitskonzeption nicht geben. Rawls sichert damit dem einzelnen Individuum einen minimalen Schutzbereich (etwa einen gewissen Gesundheitszustand), der nicht gefährdet werden darf, und an dessen Aufrechterhaltung jeder aus rationalen, vernünftigen Gründen ein originäres Eigeninteresse besitzt. Allerdings stößt diese Konzeption im Klinikalltag an ihre Grenzen: Jeder Mediziner sieht sich nahezu täglich vor das Problem gestellt, dass er gleichzeitig mit zwei oder mehr Patienten konfrontiert wird, die an einem vitalen Problem leiden. Er kann sich nur der Lösung eines dieser Probleme zuwenden und ist nicht in der Lage, allen diesen Schutz zu gewähren. Hier deutet sich die Problematik der Umsetzbarkeit dieser ethischen Konzeption an.

Aus der Sicht des Marktes bedeutet dies, dass es für den Austausch von Gütern gewisse unverfügbare Bereiche gibt, die nicht in ein Tauschverhältnis eingebracht werden können und dürfen.³ Die grundlegende ethische Frage, die sich also im Kontext von Markt und Gerechtigkeit stellt, betrifft den Verfügbarkeitsbereich des Marktes: Haben Marktstrukturen mit ihrer Dualität von Angebot und Nachfrage absoluten Zugriff auf das einzelne Individuum? Oder sind Schutzbereiche zu definieren? Und schadet man nicht allen bzw. hilft man womöglich niemandem, wenn man versucht, allen gleichermaßen gerecht zu werden? Es gibt offensichtlich eine „angemessene Ungerechtigkeit“. Man kann allerdings auch nicht „unbegrenzt ungerecht“ sein.

3.5 Die Beziehung zwischen Markt und Gerechtigkeit – Perspektive der Medizin

Zunächst könnte der praktizierende Mediziner die Position beziehen, dass allgemeine Überlegungen zur Beziehung zwischen Markt und Gerechtigkeit in das Aufgabenfeld von Ökonomen und Ethikern fallen und es ihm vielmehr um das Wohlergehen jedes

³ Diese ethische Haltung lässt sich direkt an die Kant'sche Ethik rückbinden, wonach es unverfügbare, unveräußerliche Bereiche im menschlichen Leben gibt, in die keine andere Logik – etwa die Logik des freien Marktes – eingreifen darf.

einzelnen Patienten gehe. Doch bei genauerem Hinsehen nimmt auch die Medizin bzw. Ärzteschaft Stellung zur Relation ‚Markt-Gerechtigkeit‘. So ist zum einen festzuhalten, dass die Medizin als Profession einen besonderen Status einnimmt. Gründe dafür sind das vorherrschende Anbietermonopol und der geschlossene Markt; spezielle Zulassungsverfahren regeln den Zugang zum Arzt-Beruf, fachliche Selbstkontrolle und Weisungsunabhängigkeit sorgen dafür, dass die Ärzteschaft sich verbindliche Regeln, Richt- und Leitlinien gibt (vgl. Fangerau 2007b). Dabei werden auch Fragen nach der Bewältigung des Spannungsverhältnisses von Markt und Gerechtigkeit aufgeworfen. Beispielsweise fordern Ärzte im „Eckpunktepapier der Ärzteschaft für eine patientengerechte Versorgung“ der Bundesärztekammer (BÄK) eine Abkehr von der „Kommerzialisierung und übertriebene(n) Wettbewerbsorientierung in den Gesundheitsberufen“ (BÄK 2009). Gleichfalls fordert die BÄK eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen, um „die begrenzten Mittel, Kapazitäten und Zeitressourcen möglichst gerecht einzusetzen“ (BÄK 2009). Diese Priorisierung, so wird gefordert, sollen „Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomern, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern“ durchführen. Hier zeigt sich schon, dass aus der Einzelperspektive der Medizin die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen explizit gewünscht und angesprochen wird. Die Grenzen der eigenen Disziplin werden antizipiert; die Lösung liegt in einem umfassenden Dialog. Somit wird deutlich, dass zum Verhältnis von Markt und Gerechtigkeit auch sehr wohl die Medizin etwas beizutragen hat. Viele Entscheidungen, die als Priorisierung im Sinne einer notwendigen Kompromisslösung empfunden werden, könnten rational entschieden werden, wenn die notwendigen Analysen der Validität durchgeführt würden. Mit anderen Worten, es gibt zahlreiche Gesundheitsleistungen, die am Markt angeboten werden und deshalb bei den Betroffenen Hoffnung auf Hilfe wecken. Bei genauer Analyse zeigt sich allerdings, dass die versprochenen Effekte nicht wirklich bestätigt sind (Porzsolt et al. 2009; Porzsolt 2010). Deshalb sollte die Hinterfragung der medizinischen Berechtigung eines hoffnungsinduzierenden Prinzips – besonders in lebensbedrohlichen Zuständen – eine dezidierte gemeinsame Aufgabe der Medizin und der Ethik werden. Diese Aufgabe muss abgearbeitet werden, bevor die durch dieses Angebot induzierte Nachfrage als ethisch berechtigt eingestuft wird. Bei dieser Aufgabe, die Validität einer Aussage zu prüfen, handelt es sich um eine anspruchsvolle ethische Aufgabe, weil die Bestätigung der Validität bei den Betroffenen die dann nicht mehr kontrollierbare Forderung nach der angebotenen, lebensrettenden Maßnahme induziert. Versprechen, die wegen mangelhafter Validität nicht das halten, was sie versprechen, sind nicht nur aus ethischen Gründen fragwürdig; sie sollten auch wegen der medizinischen, ökonomischen und legalen Konsequenzen kritisch diskutiert werden.

3.6 Die Beziehung zwischen Markt und Gerechtigkeit – Perspektive der Ökonomie

Die Orientierung an ökonomischen Prinzipien im Gesundheitswesen wäre unnötig, wenn die zur Verfügung stehenden Mittel unbegrenzt wären. Da die Mittel jedoch begrenzt sind, kann in einer Volkswirtschaft auf lange Sicht nur so viel konsumiert werden, wie produziert wurde (vgl. Schöffski/Schulenburg 2010: 3). Deshalb befasst sich die Ökonomie mit der optimalen Allokation knapper Ressourcen. Im ökonomischen Modell erreicht eine kompetitive Ökonomie eine pareto-effiziente Allokation

der Ressourcen, d. h. sie befindet sich dann in einer Situation, in der keiner besser gestellt werden kann, ohne dass ein anderer schlechter gestellt wird. Ziel ökonomischer Modelle ist die Maximierung der Gesamtrente, also der Summe aus Konsumenten- und Produzentenrente (vgl. Mankiw/Taylor 2008). Diese ökonomisch effiziente Situation sagt jedoch kaum etwas über die Gerechtigkeit der Verteilung aus. Neben der bereits diskutierten Frage der Validität sind staatliche Rahmenbedingungen nötig, um das gesellschaftlich erwünschte Ergebnis zu erhalten. So ist beispielsweise in unserer Gesellschaft eine flächendeckende Versorgung gewünscht und die im SGB V geregelte Krankenversicherung als Solidargemeinschaft beschrieben, die die Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Dieses Prinzip der Solidarität behindert jedoch das Funktionsprinzip des Marktes. So wird beispielsweise durch das umlagefinanzierte System die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stärker, wenn diese nicht aus der eigenen Tasche bezahlt werden müssen, sondern solidarisch finanziert werden (vgl. Rosentreter 2011). Es kommt zu einem Widerspruch zwischen dem, was für die Allgemeinheit sinnvoll ist und dem, was für ein Individuum sinnvoll ist. Die Bereitschaft der Menschen, ihr Verhalten zu ändern (in diesem Fall: nicht alle verfügbaren Gesundheitsleistungen möglichst stark in Anspruch zu nehmen) wäre prinzipiell groß, wenn sie wüssten, dass andere es ihnen gleich tun würden. Doch die Anonymität der Masse hält sie davon ab – es kommt zum Phänomen des sogenannten „Moral Hazard“.

Einen möglichen Ausweg hieraus bietet die Variante, Gesundheitsleistungen zu subventionieren, statt sie komplett zu finanzieren. Um die Eigenverantwortung bei der Wahl konkreter Gesundheitsleistungen zu erhalten, sollten – so eine mögliche Perspektive – somit alle Leistungen solidarisch nur subventioniert werden. Das Prinzip der Solidarität kann durch den Grad der Subvention geregelt werden. Reiche zahlen dann entsprechend mehr als Arme, da bei ihnen die entsprechende Leistung in geringerem Umfang subventioniert wird. Das Bewusstsein, dass jede einzelne der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen einer Eigenleistung bedarf, verhindert den Missbrauch der Solidarität.

3.7 Die Beziehung zwischen Gerechtigkeit und Gesundheit – Perspektive der Ethik

Das ethische Nachsinnen über das Verhältnis von Gerechtigkeit und Gesundheit mündet zwangsläufig in die Frage nach der gerechten Mittelverteilung und -verwendung im Gesundheitswesen. Wenn die Gesundheitsdefinition der WHO als Zielpunkt medizinischen und politischen Handelns anerkannt wird, besteht die Aufgabe der Medizin darin, möglichst allen Bürgern ein physisches, mentales und soziales Wohlergehen zu ermöglichen. Doch ist dies vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen, überforderter Gesundheits- und Sozialsysteme, begrenzter Budgets und immer teurer werdender diagnostischer und therapeutischer Verfahren eine große Herausforderung. Da man an „keiner der genannten [...] Variablen“ (Schöne-Seifert, 2007: 177) etwas wird grundsätzlich ändern können, wird es darum gehen, aus der Ausgangssituation den bestmöglichen Lösungsweg zu wählen.

Oft als „Primärgut“ (Schöne-Seifert 2007: 178) bezeichnet, stellt Gesundheit die Ermöglichungsbedingung für die Realisierung vieler anderer Lebenspläne dar und ist

daher essentiell an das Lebensglück und die Lebensqualität gekoppelt. Erst wenn ein bestimmtes Gesundheitsniveau erreicht ist, lässt sich über weitere Lebenspläne und -ziele sinnvoll nachdenken. Allerdings zeigt die WHO-Gesundheitsdefinition hier bereits die inhärente Problematik an: Wenn Gesundheit so allumfassend definiert wird, wie dies die WHO vornimmt, wird es aufgrund der gegebenen Mittelknappheit schwierig werden, allen Menschen gerecht zu werden und dieses umfassende physische und psychische Wohlbefinden zu ermöglichen. Gerecht kann in einem solchen Kontext eher bedeuten, ein definiertes Minimum an Gesundheit zu erzielen, etwa in Form von Schmerzfreiheit, Langlebigkeit oder weitgehende Funktionsfähigkeit, wie das naturalistisch-biostatistische Krankheitskonzeptionen implizieren (Lenk 2011; Bittner et al. 2011).

3.8 Die Beziehung zwischen Gerechtigkeit und Gesundheit – Perspektive der Medizin

Unter welchen Bedingungen Gesundheit gerecht verteilt ist, lässt sich nur klären, wenn es gelingt, die unterschiedlichen Wertvorstellungen verschiedener Individuen zusammenzuführen. Ausgehend von der Diskussion über Sicherheit und Nutzen von Gesundheitsleistungen haben wir versucht, die Verbindungen von Werten mit ihren Rahmenbedingungen, die Valenzen der Werte, zusammenzustellen (Porzsolt et al. 2011). Dabei haben sich fünf Valenzen ergeben, die in Tabelle 2 dargestellt sind. Die Systemtheorie unterscheidet messbare von nichtmessbaren Dimensionen. Ob ein Wert absichtlich oder zufällig beeinträchtigt wird, ist in der zweiten Valenz ausgedrückt. Als dritte Valenz kann der Verlust eines Wertes vermeidbar oder unvermeidbar sein. Die vierte Valenz beschreibt, ob die Ungerechtigkeit durch die Person oder durch die Situation bedingt ist und letztlich besagt die fünfte Valenz, dass beides, das Risiko des Wertverlustes und der wahrgenommene Wert durch geeignete Maßnahmen modelliert werden können. Diese Zusammenstellung soll die Diskussion über die Abhängigkeit von Wertvorstellungen stimulieren und die Problematik einer gerechten Verteilung von Gesundheit innerhalb medizinischen Handelns unterstreichen. Denn in der konkreten Arzt-Patient-Beziehung sind nie allein objektive Kriterien entscheidungsrelevant, sondern sie sind stets in subjektive Wertmuster eingebettet.

Valenzen	Erklärung	Gerechtigkeit
Systemtheorie	Messbares System	Bestehende und wahrgenommene Risiken
	Nicht messbares System	Gerechtigkeit
Absicht	Gezielte Aktionen	Verbrechen
	Ungezielte Aktionen	Unglück
Locus of control / gesellschaftliche Rolle	Entscheidung d. Produzenten und Konsumenten von Gerechtigkeit	Wahrnehmung d. Produzenten und Konsumenten von Gerechtigkeit
Situation u. Persönlichkeit	Zustandsrelevante Verantwortung	Zustandsrelevante Verantwortung
	Persönlichkeitsrelevante Verantwortung	Persönlichkeitsrelevante Verantwortung
Modellierbarkeit	Steigernde oder vermindernde Effekte	Bestehende u. wahrgenommene Risiken

Tabelle 2: Valenzen der Gerechtigkeit (eigene Quelle)

Zudem stellt sich die medizintheoretische Frage, ob die Herstellung einer so weit gefassten Gesundheit, wie sie die WHO vertritt, allein Aufgabe der Medizin sein kann und sollte – oder ob damit nicht schon längst der Aufgabenbereich der Medizin überschritten wird. So zeigt die Debatte um Enhancement-Maßnahmen, etwa mittels pharmakologischer Substanzen oder in Form von ästhetisch-chirurgischen Eingriffen, dass Medizin nicht mehr nur allein als Disziplin agiert, die Krankheiten heilt und Leid lindert (Viehöver/Wehling 2011). Auch hier sind Klärungen in multi-disziplinärer Perspektive unerlässlich (Minich 2011).

3.9 Die Beziehung zwischen Gerechtigkeit und Gesundheit – Perspektive der Ökonomie

Das Gedankenexperiment von Sherman und Hunt, in dem es um verschiedene Verteilungsmodelle lebensrettender Impfungen geht (bei Vielfachimpfung können nur wenige sicher vor dem Tod bewahrt werden, bei einfacher Impfung können viele, aber diese nicht so sicher vor dem Tod bewahrt werden) bestätigt den Zusammenhang von Gerechtigkeit und Gesundheit (vgl. Schöffski 2007). Das subjektive Gefühl der Gerechtigkeit liegt vor, wenn eine Person die Meinung vertritt, dass eine andere Person eine Belohnung verdient hat, auch wenn diese wesentlich höher als die eigene Belohnung ist. Diese Meinung kann durch mindestens zwei Faktoren beeinflusst werden. Erstens durch eine Reduktion des eigenen Anspruchsniveaus. Diese Reduktion ist bei vielen Patienten mit chronischen Erkrankungen zu beobachten (vgl. Schöffski: 23-47). Zweitens kann die Veränderung des Anspruchsniveaus durch eine Beeinträchtigung des Urteilsvermögens bedingt sein. Dies kann sowohl zu einer Erhöhung des Anspruchsniveaus führen, wie bei Suchtkranken, oder zu einer Senkung, wie sie bei Schizophrenie-Patienten teilweise zu finden ist. Beide Erklärungsmodelle basieren auf der

Annahme rational agierender Individuen. Dabei zeigt sich jedoch, dass es jeweils individuums- und situationsabhängig ist, welche Entscheidungen als rational begründet angesehen werden und welche nicht. Das Empfinden von Gerechtigkeit im Hinblick auf Gesundheitszustände und den Zugang zu Gesundheitsleistungen ist folglich nicht im Sinne eines Schwarz-Weiß-Schemas zu erklären, sondern immer differenziert zu betrachten.

4. Diskussion

Es zeigt sich, dass in dem Spannungsfeld von Markt, Gesundheit und Gerechtigkeit ein multi-dimensionaler Ansatz hilfreich und unerlässlich ist. Die aufgeführten neun Themenfelder machen deutlich, welche Fragestellungen wichtig sind und inwiefern Positionen und Denkansätze ineinandergreifen. Gleichmaßen ist es möglich, durch die detaillierte Analyse behebbare Mängel aufzudecken. Die Beachtung des Prinzips der Validität medizinischer Versprechen – ob wirklich zutrifft, was versprochen wird – könnte manche Konflikte an den Schnittstellen von Gesundheit, Markt und Gerechtigkeit entschärfen. Jede einzelne Disziplin – ob Medizin, Ethik oder Ökonomie – ist bereits dabei, die Aspekte und Überlegungen der anderen Disziplinen in die eigene Sichtweise einzubinden und teilweise zu integrieren. Auch das wird in der Zusammenschau der neun Themenfelder deutlich.

Die jeweils unterschiedlichen Denkschulen von Medizin, Ethik und Ökonomie werden gleichfalls nur in einem ganzheitlichen Reflexionsansatz deutlich. Während die Ethik beispielsweise nach universal gültigen Aussagen sucht und die Ökonomie mit Modellen operiert, ist der praktizierende Mediziner herausgefordert, jeweils situationspezifisch auf der individuellen Ebene für seine Patienten Entscheidungen zu treffen und Handlungen auszuführen. Darin wird das Dilemma deutlich: Modelle und universale Ansätze können nie jedem Einzelfall gerecht werden. Dies liegt in der divergenten Logik beider Vorgehensweisen.

Ethik, Ökonomie und Medizin stehen daher stellvertretend für unterschiedliche Betrachtungsebenen: die Ethik als stark universalistischer Denkansatz, die Ökonomie als modellbasierter Makro-Ansatz, und die Medizin mit ihren 1:1 Arzt-Patienten-Beziehungen als vornehmlich individuelle Denk- und Handlungsweise.

Mediziner benötigen konkrete Aussagen gerade zum Konflikt zwischen ärztlicher Professionalität und der unumgänglichen Kommerzialisierung der Medizin (Porzolt 2011). Diese Aussagen müssen mit den Rahmenbedingungen der ärztlichen Leistungsvergütung respektive mit den wirtschaftlichen Anreizen und moralischen Werten abgestimmt sein, weil ärztlicher Idealismus den ökonomischen Zwängen der beruflichen Existenz immer unterlegen sein wird. Dieser Konflikt kann durch die geforderte Prüfung der Validität, d. h. durch eine Rationalisierung statt Rationierung der Medizin wesentlich entschärft werden.

Die Aussagen und Überlegungen in den neun Themenfeldern zeigen, dass die je unterschiedliche Sozialisation zu unterschiedlichen Perspektiven führen. Dennoch gilt: Divergente Perspektiven können zu gemeinsamen Lösungen durch Konsensbildung herbeigeführt werden. Deshalb ist die explizite Darlegung von Standpunkten, wie wir sie hier praktiziert haben, ein möglicher Ansatz, um auch komplexe Probleme der Gesundheitsversorgung effizient lösen zu können.

Literaturverzeichnis

- Bittner, U./ Balthes, D./ Szelezák, I./ Müller, O.* (2011): Der Krankheitsbegriff und seine Grenzen – Implikationen für die ethische Bewertung von Techniken der assistierten Fortpflanzung, in: *Ethica*, Vol. 19/No. 2, 123-147.
- Birnbacher, D.* (2003): Analytische Einführung in die Ethik, Berlin: de Gruyter.
- Brugger, W./ Schönendorf, H.* (2010): Philosophisches Wörterbuch. Artikel „Ethik“, Freiburg i. Br.: Karl Alber, 122-126.
- Bundersärztekammer* (2009): Eckpunktepapier der Ärzteschaft für eine patientengerechte Gesundheitsversorgung vom 07.10.2009, zu finden unter: http://www.bundes-aerztekammer.de/downloads/Eckpunktepapier_07102009.pdf, Zugriff: 20.09.2011.
- Bundersärztekammer* (2010) Stellungnahme der Bundesärztekammer zum 18. Hauptgutachten der Monopolkommission 2008/2009. Zu finden unter: http://www.bundes-aerztekammer.de/downloads/vorl_Stn_BAEK_Monopolkommission_15092010.pdf; Zugriff: 20.09.2011.
- Fangerau, H.* (2007a): Ethik – Eine Einführung. In: Noack, T./ Fangerau, H./ Vögele, J. (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, 1. Aufl., München: Urban & Fischer, 1-6.
- Fangerau, H.* (2007b): Ärztliche Identität. In: Noack, T./ Fangerau, H./ Vögele, J. (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, 1. Aufl., München: Urban & Fischer, S. 17-26.
- Fritsch, M./ Wein, T./ Ewers, H.-J.* (2003): *Marktversagen und Wirtschaftspolitik*, 5. Aufl., München: Verlag Vahlen, 2003
- Fröblich, G.* (2006): *Nachdenken über das Gute. Ethische Positionen bei Aristoteles, Cicero, Kant, Mill und Scheler*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Grunberg, S. M./ Deuson, R. R./ Mavros, P./ Geling, O./ Hansen, M./ Cruciani, G./ Daniele, B./ De Pourville, G./ Rubenstein, E. B./ Daugaard, G.* (2004): Incidence of Chemotherapy-Induced Nausea and Emesis after Modern Antiemetics. Perception versus Reality. *Cancer*, Vol. 100/No. 10, 2261-2268.
- Höffe, O.* (2010): *Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung*, München: C. H. Beck.
- Homann, K./ Lütge, C.* (2005): *Einführung in die Wirtschaftsethik*, 2. Aufl., Münster: Lit.
- Lenk, C.* (2011): Enhancement vor dem Hintergrund verschiedener Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Vichöver, W./ Wehling, P. (Hrsg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: Transcript, 67-87.
- Mankiw, G. N./ Taylor, M. P.* (2008): *Grundzüge der Volkswirtschaftslehre*, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Marckmann, G./ Siebert, U.* (2011): Nutzenmaximierung in der Gesundheitsversorgung. Eine ethische Problemskizze. In: Gethmann-Siefert, A./ Thiele, F. (Hrsg.): *Ökonomie und Medizinethik*, 2. Aufl., München: Wilhelm Fink, 111-139.
- Minich, V./ Porzolt, F.* (2011): Definition eines Grundleistungspaketes: Kategorisierung und Priorisierung von Leistungen im Gesundheitswesen. In: Porzolt, F. (Hrsg.): *Grundlagen der Klinischen Ökonomik*. Berlin: PVS/Verband 2011.
- Porzolt, F./ Bonotto de Oliveira Costa, I. C./ Thomas, T. G.* (2009): Advantages and Limitations of Twin Assessment of Clinical Trials (TACT), in: *Journal of Public Health*, Vol. 17/No. 6, 425-435.
- Porzolt, F.* (2010): Die Symbiose von Medizin und Ökonomie aus ärztlicher Sicht. In: Porzolt, F./ Tilgner, S. (Hrsg.): *Managed Care. Perspektiven für das deutsche Gesundheitswesen?* Schriftenreihe PVS Verband Band 9, Berlin: PVS Verband, 22-63.

- Porzolt, F. (2011): Qualität der medizinischen Ausbildung. In: Porzolt, F. (Hrsg.): Grundlagen der Klinischen Ökonomik. Berlin: PVS/Verband 2011
- Porzolt, F./ Polianski, I./ Görgen, A./ Eisemann, M. (2011): Safety and security: the valences of values. J Appl Security Res 2011. In press.
- Rippe, K. P. (2010): Ethik in der Wirtschaft, Paderborn: Mentis.
- Rosentreter, M. (2011): Zwischen Selbstbestimmung und Systemsteuerung. Zur Inanspruchnahme von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Patienten. In: Groß, D./ Rosentreter, M. (Hrsg.): Der Patient und sein Behandler. Die Perspektive der Medical Humanities, Berlin: Lit, S. 17-38.
- Schöffski, O./Graf von der Schulenburg, J. M. (Hrsg) (2007): Gesundheitsökonomische Evaluationen; 3. Aufl., Berlin: Springer Verlag.
- Suchanek, A. (2007): Ökonomische Ethik, 2. Aufl., Tübingen: Mohr Siebeck.
- Ulrich, P. (2008): Integrative Wirtschaftsethik. Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie. 4. Aufl., Bern: Haupt Verlag.
- Viehöver, W./ Webling, P. (Hrsg.) (2011): Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? Bielefeld: Transcript.
- WHO (1946): Präambel zur Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946).