

Die Bewertung von Gesundheitsleistungen

Einführende Überlegungen

Heiner Fangerau und Kathrin Dengler¹

1. DIE BEWERTUNG VON GESUNDHEITSLEISTUNGEN

Medizinische Gesundheitsleistungen zielen auf eine Wiederherstellung, Aufrechterhaltung oder Besserung der Gesundheit. Es existieren unzählige Angebote für Gesundheitsleistungen und selbst in einem konzeptuell relativ geschlossenen Rahmen dessen, was als Gesundheit verstanden wird und wie diese herzustellen sei, können widersprüchliche Bewertungen einer medizinischen Leistung koexistieren. Die akademische Medizin (Universitätsmedizin) des 19., 20. und frühen 21. Jahrhunderts stellt keine Ausnahme dar. Sie bietet zahlreiche Beispiele für unterschiedliche Evaluationen der medizinischen Güte einzelner therapeutischer Verfahren. Verwiesen sei hier nur exemplarisch auf den seit mindestens 200 Jahren währenden innermedizinischen Streit über die Frage, ob es Beweise (heute: evidence) für prophylaktische Effekte der männlichen Zirkumzision gebe (vgl. Task Force on Circumcision 2012, Gollagher 1994) oder auf den noch ungeklärten Disput, ob im Falle einer Blinddarmentzündung eine Appendektomie oder eine konservative Behandlung die besseren Ergebnisse bringe (Simillis et al. 2009).

1 | Wir danken Uta Bittner und Christian Lenk für ihre kritischen Anmerkungen, Kommentare und Korrekturen.

Noch komplizierter wird die Bewertung von Gesundheitsleistungen, wenn nicht nur die Frage nach der medizinischen Wertigkeit einer Behandlung im Raum steht, sondern mehrdimensional auch noch die Kosten einer Therapie in die Überlegungen mit einbezogen werden sollen oder Kosten-Nutzen Evaluationen zum Vergleich verschiedener Verfahren angestrebt werden.

Multidimensionale Bewertungen der Versuche, Gesundheit herzustellen oder zu bewahren, sind keineswegs ein neues Phänomen. Für das 19. Jahrhundert etwa haben Alfons Labisch und Reinhard Spree im von ihnen herausgegebenen »Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert« eindrücklich gezeigt, wie vielfältig Kosten- und Nutzen-Aspekte im Zusammenhang mit dem spezifischen Leistungsanbieter Krankenhaus diskutiert wurden (Labisch, Spree 2001). Allerdings scheint sich zumindest die politische Debatte um die Bewertung von Gesundheitsleistungen seit dem Ende der 1970er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland mit dem ersten Kostendämpfungsgesetz von 1977 beschleunigt zu haben (»Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977« [BGBl. I S. 1069]; vgl. auch Ritter 1998). Angesichts steigender Kosten im Gesundheitswesen hatte zum Beispiel die Bundesregierung unter Gerhard Schröder 2004 das »Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung« erlassen, das mit der Zielsetzung antrat, die Kosten-Nutzen Relation der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern (»Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 14. November 2003 [BGBl. I S. 2190]). Derzeit wiederum beschäftigen sich unterschiedlichste Akteure aus verschiedenen Motivationen mit der Thematik. Neben dem 2004 im Rahmen des genannten Gesetzes geschaffenen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IqWiG) widmen sich Ministerien, die Pharmazeutische Industrie, Krankenkassen- und Versicherungen sowie Krankenhausverwalter, Ökonomen und Ärzte dem Problemfeld der Bewertung von Gesundheitsleistungen.

Ausgehend von zahlreichen Vorüberlegungen und einschlägigen Arbeiten zu den Methoden der Bewertung, ihren Zielpara-

metern und ihren Problemen² möchten wir mit diesem Band eine kurze Einführung in die Debatte geben und verfolgen dabei einen multiperspektivischen Ansatz. So werden die ethischen Implikationen einer solchen Evaluation thematisiert, indem eine Berücksichtigung der theoretischen und praktischen moralischen Folgerungen erfolgt, die sich aus der Anwendung des einen oder anderen etablierten Messinstrumentes ergeben. Da die Frage nach Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsversorgung eine Vielzahl von ethischen Erwägungen aufwirft, stellen die beteiligten Autoren verschiedene philosophische, gerechtigkeits-theoretische, ethische, medizinhistorische sowie gesundheitsökonomische Herangehensweisen vor, die sich diesem Themenkomplex widmen.

Zur Illustration sei nur auf den im Folgenden skizzierten Einfluss des Gesundheitsverständnisses auf die Beurteilung eines möglichen ethischen Anrechts auf Gesundheit verwiesen, eine Beurteilung, die wiederum zurückwirkt auf die Frage, welches Instrument zur Kosten-Nutzen-Messung dem gesundheitsbezogenen Problemkreis überhaupt angemessen ist. Die dabei immer durchschimmernde Grundfragestellung betrifft den Wert von ›Gesundheit‹ – sowohl in individueller als auch in gesellschaftlicher Dimension.

2. HERAUSFORDERUNGEN MAXIMALISTISCHER GESUNDHEITSDEFINITIONEN

So sehr sich alles medizinische Handeln auf die Gesundheit bezieht, so sehr ist der Grundbegriff ›Gesundheit‹ durch eine hohe Variabilität geprägt: Gesundheit wird in diachroner und synchroner Perspektive vor dem Hintergrund jeweiliger kulturtheoretisch er-

2 | Vgl. exemplarisch Herder-Dornreich 1994; Sloan 1995; Rychlik 1999; Kielhorn und Schulenburg 2000; Marckmann, Liening, Wiesing 2003; Schmidt-Wilke 2004; Drummond et al. 2005; Fleßa 2005; Schöffski und Schulenburg 2008; Deutscher Ethikrat 2012.

fassbarer Bezugsrahmen verschiedentlich definiert (vgl. u.a. Schäfer et al. 2008). Ärztliche Konzepte von Krankheit und Gesundheit dienen dabei nach Rothschiuh der Ordnung von Krankheits-symptomen, der Erklärung der Entstehung von Krankheiten und der Rechtfertigung ärztlicher Handlungen (Rothschuh 1978). Die Ordnung der Erkrankungen bringt wiederum das Problem mit sich, Diagnosegrenzen und den Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit zu definieren. Hier lassen sich im historischen Verlauf einige Modelle unterscheiden, nach denen Krankheiten entweder als klassifizierbare Entitäten begriffen werden, die bipolar von Gesundheit abgegrenzt werden können oder nach denen Krankheit und Gesundheit die Pole eines Kontinuums bilden, auf dem die Grenzen fließend sind (vgl. überblicksweise und für weiterführende Literatur: Fangerau und Martin 2011).

Eine bekannte, sehr prägende und weitreichende Gesundheitsdefinition offeriert die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie expliziert ein maximalistisches Grundverständnis am Extrempol dieses Kontinuums, wonach Gesundheit als »Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens« (WHO Präambel 1946) verstanden wird (vgl. Lenk 2011). Diese Definition bringt es mit sich, dass sich im gesellschaftlichen Diskurs auch der Krankheitsbegriff bzw. das Gesundheitsverständnis weniger am Fehlen von Krankheit als an einer Orientierung an einem möglichen Optimum an Gesundheit festmachen lässt. Thomas Lemke und Regine Kollek beschreiben mit Blick auf die jüngsten Entwicklungen diesen Gesundheitsdiskurs treffend, indem sie festhalten:

»Wurde Gesundheit in der Vergangenheit meist als ein Zustand bestimmt, in dem man über das eigene (Wohl-)Befinden nicht nachdachte, hat diese negative Vorstellung von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Überzeugungskraft verloren. An die Stelle einer passiven Konzeption von Gesundheit trat eine Deutung, die Gesundheit vor allem als aktives Sichwohlfühlen begreift und weniger von einem statischen Gesundheits-Zustand als von einem dynamischen – und

prinzipiell unabschließbaren – Prozess des Immer-Gesünder-Werdens ausgeht« (Lemke und Kollek 2011, S. 171).

Dieser weitreichende Ansatz impliziert, dass das ›Projekt Gesundheit‹ theoretisch sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft nie abgeschlossen sein wird. Das Prinzip der fortlaufenden Steigerbarkeit von Gesundheit ist Kernbestandteil in solchen Konzeptionen (Lemke und Kollek 2011, S. 173). Entscheidend für eine Betrachtung der Bemessung von Gesundheitsleistungen ist in diesem Kontext, dass der Gesundheit nicht nur ein besonderer (Lebens-)Wert, sondern vielmehr ein Status als ein »besonderes Gut« (Gosepath 2007, S. 20) zugewiesen wird.

Gesundheit ist demnach kein Gut im Sinne eines Konsumgutes, denn die Nutzung von Gesundheitsleistungen kann nicht beliebig weit hinaus- bzw. aufgeschoben werden (vgl. Rosentreter 2011). Auch haben Individuen kaum die Möglichkeit, sich Gesundheit in toto zu erkaufen. Gleichzeitig besteht aber ein elementares Bedürfnis des Menschen in dem Bestreben, gesund zu sein. Gesundheit ist nach Autoren wie zum Beispiel Norman Daniels (vgl. Daniels 1985) die Ermöglichungsbedingung für die Verfolgung und potentielle Erreichung weiterer Lebensziele und -entwürfe. Daher wird Gesundheit mitunter auch als *konditionales Gut* bezeichnet – ähnlich wie Frieden, Sicherheit oder Freiheit. Konditional bedeutet in diesem Fall, dass diese Güter »die notwendige Bedingung aller Lebenspläne bilden.« (Gosepath 2007, S. 20) Daraus resultiert auch das Unbehagen, das mit Blick auf Versuche entsteht, Gesundheitszustände in Geldwerte umzuwandeln, um so eine einheitliche Bemessungsgrundlage zu schaffen (vgl. u.a. für ein historisches Beispiel Fangerau 2009 und die dort zitierte Literatur).

Gesundheit ist aber nicht nur ein besonderes, konditionales Gut, sondern auch ein *öffentliches Gut*. Denn von der Gesundheit anderer profitiert jeder einzelne (z.B. bei Infektionskrankheiten wegen einer geringeren Ansteckungsgefahr, wenn alle anderen Mitmenschen gesund sind). Zudem gilt: »Die Gesundheit der Gesellschaft ist zugleich die Bedingung der Möglichkeit für die Produktionskraft

eines Landes« (Gosepath 2007, S. 21). Wenn folglich Gesundheit als notwendige (wenngleich auch nicht immer hinreichende) Voraussetzung vieler individueller wie gesellschaftlicher Lebensentwürfe betrachtet wird, dann mag es nicht verwundern, dass mit einem Zur-Verfügung-Stellen von Gesundheitsleistungen auch ein Mindestmaß an Chancengleichheit assoziiert wird. Im SGB V spiegelt sich beispielsweise diese Assoziation darin wider, dass Gesundheitsleistungen Patientennutzen-Parameter unterstützen sollen, die Ermöglichungsbedingungen im Blick haben. Im Kontext der Bewertung von Arzneimitteln (SGB V, §35 b Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln) gelten zum Beispiel folgende Ziele:

»Beim Patienten-Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft, angemessen berücksichtigt werden« (SGB V §35b).

Das Problem des oben skizzierten, neuartigen maximalistischen Gesundheitsverständnisses liegt nun zum einen darin, dass ein solches in seinem Status als Ermöglichungsbedingung nicht unumstritten ist, da eventuell auch ein weniger maximaler Ansatz ausreicht, um gesellschaftlich und individuell zu »funktionieren«, zum zweiten sind die Kosten eines Maximalstrebens sehr hoch, zum dritten teilen Individuen und Gesellschaft nicht notwendigerweise die gleichen Zielparameter von Gesundheit. In die Definition von Gesundheit und Krankheit fließen stets sowohl *objektive* (medizinisch-diagnostische), *subjektive* (persönliche, individuelle) als auch *inter-subjektive Elemente* (Anerkennung von Krankheit) ein (vgl. Paul 2006). Unterschiedliche Zuschreibungen von Krankheit und Gesundheit wirken sich folglich auch auf den Umgang mit Krankheit und Gesundheit sowie die Vorstellung und Anerkennung von Behandlungsansprüchen zur Zielerreichung von Gesundheit aus.

Hier schließen sich die beiden Fragen an, inwiefern es ein Recht bzw. einen (legitimen) Anspruch auf Gesundheitsleistungen gibt bzw. überhaupt geben kann und wie angesichts eines maximalen Gesundheitsverständnisses die Bewertung einzelner Leistungen Einfluss auf ihre Anrechenbarkeit hat.

3. ANRECHT AUF GESUNDHEITSLAISTUNGEN?

Während es ein Recht auf Gesundheit nicht geben, da diese nicht garantiert werden kann, so ergibt sich doch eine rechtliche und moralische Begründung für ein Anrecht auf Gesundheitsleistungen schon aus seiner Formulierung als ein Menschenrecht in Artikel 25 der UN-Resolution zur Erklärung der Menschenrechte (Resolution 217 A [III] der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948).³ Dennoch ist diese Frage nach diesem Anrecht damit nicht erledigt, denn sowohl sein Geltungsbereich als auch der Umfang der medizinischen Leistungen, auf die dieses Anrecht bestehen soll, sind diskussionsbedürftig.

Die grundsätzliche Begründung für ein Anrecht auf medizinische Leistungen kann dabei intrinsisch in der Würde des Menschen liegen, auf deren Basis zum Beispiel Schmerzen zu vermeiden sind und Menschen, die unter Schmerz leiden, zu helfen ist (Reiter-Theil et al. 2008). Auch können extrinsisch der Respekt vor anderen oder Regeln der Barmherzigkeit ein solches Anrecht evozieren. Anders

3 | In der deutschen Fassung ist von »ärztlicher Versorgung« die Rede, in der englischen Fassung von »medical care«. »1. Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.« www.ohchr.org/en/udhr/pages/language.aspx?langid=ger (zuletzt geprüft am 08.03.2013)

als die völkerrechtlich und grundgesetzlich verbrieft Achtung der Würde lassen sich Respekt und Barmherzigkeit aber nicht im Sinne eines Rechts einfordern. Ein geeigneter Ansatz, ein Anrecht auf medizinische Leistungen herzuleiten, scheint vor allem in der Gerechtigkeitsphilosophie und in ihrem Bezug zum Gesellschaftsvertrag zu finden zu sein, die beide in bestimmten Teilen auf menschliche Würde als Ausgangspunkt rekurrieren (vgl. Lenk 2010 und den Aufsatz Lenk in diesem Band).

Der Gesellschaftsvertrag als philosophische Argumentationsfigur zielt einerseits darauf ab, durch Kooperation Vorteile zu erreichen. Andererseits sichert er Rechte und Grundprinzipien zu, zu denen auch die schon oben angesprochene generelle Chancengleichheit zählt. Zur Wahrung dieser Chancengleichheit gehört nach Ansicht verschiedener Gerechtigkeitstheoretiker auch, dass gewisse Grundgüter gerecht verteilt sein sollten oder dass zumindest auf einen Ausgleich hingearbeitet werden sollte (vgl. Lenk 2010). Grundgüter können dabei sowohl materielle Güter als auch soziale Rechte sein. Wird Gesundheit wie oben beschrieben als »konditionales Gut« verstanden, das zu den basalen Bedürfnissen (Gosepath 2004) gehört, die die Befriedigung anderer Bedürfnisse erst ermöglichen, so gehört auch die Versorgung mit medizinischen Leistungen zu diesen Grundgütern.

Zentral für die Frage des möglichen Anrechts auf Gesundheitsleistungen erscheinen hierbei verschiedene Gerechtigkeitsprinzipien: so z.B. das Prinzip der ausgleichenden Gerechtigkeit im Zusammenhang mit dem Ausgleich natürlicher Ungleichheit (z.B. genetische Prädispositionen, Behinderungen), das Bedarfsprinzip, das die Verteilung von beispielsweise Leistungen am Bedarf bemisst (z.B. nach Unfällen, tödliche Krankheiten) und ein auf Chancengleichheit zielendes Prinzip, das gleiche (Start-)Möglichkeiten für alle Beteiligten zur Erreichung möglicher Ziele schaffen möchte (z.B. in der Geburtshilfe und Kinderheilkunde) (vgl. den Beitrag von Christian Lenk in diesem Band).

Im Sinne dieser Überlegungen wurde die Chancengleichheit von Norman Daniels in seinem viel zitierten Buch *Just Health Care*

herangezogen, um ein mögliches Anrecht auf Gesundheitsleistungen zu begründen. In Anlehnung an John Rawls (Rawls 1999) und das von ihm vertretene Konzept der Fairness diskutiert Daniels das Problem der gerechten Verteilung medizinischer Leistungen in modernen Gesellschaften (Daniels 1985). Auch er sieht die Gesundheit als Grundbedingung für Chancengleichheit in der Gesellschaft. Gesundheit ermöglicht erst gesellschaftliche Teilhabe und die Verfolgung eigener Ziele. Damit wendet sich Daniels auch gegen Positionen, die Krankheit und Gesundheit im Bereich persönlichen Unglücks, der unabänderlichen natürlichen Voraussetzungen mit ihren naturgegebenen Ungleichheiten oder im Umfeld des rein Privaten verorten und fordert die Solidarität einer Gemeinschaft zur Wahrung oder Herstellung dieser Chancengleichheit ein.

Wenn sich aber auf diese Weise in einer sozialen Gemeinschaft ein Anrecht auf medizinische Leistungen begründen lässt, um möglichst große Chancengleichheit zu schaffen, so muss sowohl das Leiden bzw. die Krankheit als auch die medizinische Leistung selbst gesellschaftlich anerkannt sein. Nur so lässt sich zum Beispiel in juristischer Lesart ein Leistungsrecht (auf Gesundheitsleistungen) einfordern, das eventuell mit den Freiheitsrechten anderer kollidiert, indem es diesen zum Beispiel Solidaritätspflichten auferlegt (vgl. Seelmann 2008, S. 185). Das bedeutet, dass ein gesellschaftlicher Konsens darüber herrschen muss, welche Krankheit Anerkennung als die Chancengleichheit mindernde Beeinträchtigung findet und welche wie bewertete medizinische Leistung als Behandlung anerkannt ist (vgl. die Übersicht von Fischer 2013), womit sich der Kreis zu den obigen Ausführungen zu Gesundheitskonzeptionen wieder schließt. Verschiedene Einflüsse wirken dabei auf die mögliche Anerkennung einer Krankheit (aus sozial-gesellschaftlicher Sicht) und die Anerkennung einer entsprechenden medizinischen Kompensation. Empirisch lässt sich zum Beispiel der Einfluss von Überlegungen zur Schwere einer Erkrankung oder einer möglichen Schuldzuweisung auf die Anerkennung eines Anspruchs auf medizinische Leistungen erheben. So konnten beispielsweise Georg Schomerus et al. in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen zeigen, dass

die Attribution einer angeblichen eigenen Verantwortung für ein Leiden, der Wunsch nach sozialer Distanz zu einem bestimmten Störungsbild und das Fehlen einer nachweislich effektiven Therapie dazu führen, dass Befragte angeben, für diese Erkrankungen Leistungen eher kürzen zu wollen (Schomerus 2006).

Wenn eine Gesellschaft also auf Basis von Gerechtigkeitserwägungen den Schluss zieht, dass sie ein Anrecht auf Gesundheitsleistungen anerkennt, so muss sie dennoch in eine Diskussion treten, welche Leistungen zur Behandlung welcher Erkrankungen sie anzuerkennen bereit ist. Letztendlich führt nur ein transparenter, im politischen Diskurs kommunizierter, juristisch verbrieftes Katalog zur im Alltag umsetzbaren Anerkennung eines Anrechts auf bestimmte Leistungen. Die bei diesen Erwägungen heranzuziehenden Kriterien können nicht allein ökonomische sein. Medizinische Gesichtspunkte sind ebenso einzubeziehen (vgl. Porzolt et al. 2010) wie ethische Erwägungen. Nicht zuletzt sind hier Fragen der individuellen wie gesellschaftlichen Präferenzen und Werthaltungen genauso zu berücksichtigen wie theoretische Überlegungen zur Begründungsfähigkeit von interpersonalen Ansprüchen und Erwartungshaltungen.

4. AUFBAU UND STRUKTUR DES BUCHES⁴

Ein solcher ganzheitlicher Ansatz ist anfällig für disziplinäre Bruchlinien und für an diesen auftretende potentielle ethische Problemfelder, die sich allein schon aus unterschiedlichen Blickwinkeln auf das Problem der Bewertung von Gesundheitsleistungen ergeben. Eine erste Orientierung über unterschiedliche Perspektiven auf

4 | Wir wollen an dieser Stelle darauf hinweisen, dass sich nicht alle in den Beiträgen vertretenen Positionen mit den Ansichten der Herausgeber decken. Aus Gründen einer ergebnisoffenen Auseinandersetzung versprechen wir uns allerdings mit dieser Herangehensweise eine möglichst umfassende und vielschichtige Debatte.

das Grundphänomen der gerechten Bewertung von Gesundheitsleistungen zu bieten, ist das Ziel dieses Bandes. Es sollen sowohl philosophische Fragen der Fairness und Gerechtigkeit, der Bedürftigkeit und der ethischen Legitimation von Anspruchshaltungen behandelt, als auch allgemeingesellschaftliche Fragen der Wertzuschreibung sowie der gesundheitsökonomischen und medizinischen Messung von Lebensqualität im Kontext von Krankheit und Gesundheit vorgestellt werden.

Zu diesem Zweck wird im vorliegenden Band das mehrdimensionale Spannungsverhältnis zwischen (gesundheits)ökonomischem Methodenrepertoire zur Bewertung von Gesundheitsleistungen, gerechtigkeits-theoretischen Modellen der fairen Verteilung von Ressourcen sowie nutzenorientierten Verteilungsansätzen aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive an exemplarischen Problemfeldern und Herausforderungen diskutiert. Der erste Abschnitt »Die Bewertung von Gesundheitsleistungen« nimmt zunächst die etablierten Methoden zur Evaluation von Gesundheitsleistungen in den Blick. Kathrin Dengler stellt in ihrem diesen Themenblock einführenden Überblicksartikel »Zentrale gesundheitsökonomische Bewertungsverfahren – Ein einführender Überblick in Anlehnung an Schöffski und von der Schulenburg« die verschiedenen, der ökonomischen Disziplin entlehnten Evaluationsverfahren vor, die von der Kosten-Analyse bis hin zur Kosten-Nutzwert-Analyse reichen. Dabei orientiert sie sich eng an den Ausführungen von Schöffski und Graf von der Schulenburg, die mit ihrem Band »Gesundheitsökonomische Evaluationen« (Schöffski und Schulenburg 2008) ein detailreiches Übersichtswerk vorgelegt haben. Dengler geht in ihren Ausführungen auf die unterschiedlichen Zielgrößen ausgewählter Berechnungsverfahren ein und expliziert überblicksartig die modellinhärenten Spezifika der einzelnen Bewertungsansätze.

An diese einführende Übersicht schließt sich der analytische Beitrag »Beschreibungsdimensionen für gesundheitsökonomische Bewertungsverfahren – Eine einführende Diskussion von Zielgrößen, Implikationen und ethischen Problemfeldern« von Kathrin

Dengler und Heiner Fangerau an, der verschiedene Beschreibungsdimensionen für die Auseinandersetzung mit Bewertungsmethoden vorstellt. Dabei wird unter anderem auch die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates mit dem Titel »Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung« aufgegriffen.

Der zweite Abschnitt »*Gesundheit und Gerechtigkeit*« vertieft die oben angerissenen Überlegungen und wird durch den Beitrag »Konzeptionen von Gerechtigkeit und der Umgang mit begrenzten Ressourcen« von Christian Lenk eingeleitet. Lenk geht auf Basis von verschiedenen, in einem Konkurrenzverhältnis stehenden Ansätzen aus der Ethik und der politischen Philosophie der Frage nach, welche Optionen zur »Lösung konkreter Verteilungsprobleme« unter der Bedingung knapper Ressourcen denkbar sind.

Den Blick auf allgemeine Fragen der Verteilungsgerechtigkeit richtet danach Walter Pfannkuche in seinem Beitrag »Prinzipien einer gerechten Rationierung im Gesundheitswesen«. Seiner Ansicht nach ist das Problem der gerechten Versorgung im Gesundheitswesen eng an die Frage nach einer gerechten Verteilung der Einkommen innerhalb einer Gesellschaft geknüpft. Indem er für letztere eine Lösung entwirft, zeigt er zugleich die Mehrdimensionalität des zugrundeliegenden Problems auf.

Zum Abschluss dieses Abschnitts geht Sebastian Kessler in seinem historisch-analytischen Beitrag »Anerkennung des Individuums oder des Kollektivs? Sozialhygienische Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen bei Alfred Grotjahn, Max Mosse und Gustav Tugendreich im Vergleich zur heutigen Sozialepidemiologie« der Frage nach, wie zu Beginn der Sozialepidemiologie die Anerkennung von Gesundheits- und Krankheitszuständen begründet wurde. Er expliziert am Beispiel von Alfred Grotjahns Schriften sowie dem Werk von Max Mosse und Gustav Tugendreich, welche Zuteilungskriterien für Anerkennung in Ansatz gebracht wurden, wie auf der Basis von solchen Zuteilungskriterien gesundheitspolitisch motivierte Zwangsmaßnahmen mit Verweis auf Krankheit legitimiert

wurden und wie diese Bezugnahmen sich im Zeitverlauf verändert haben.

Im dritten Abschnitt »*Werthaltungen und ihre kritische Validierung*« werden zuletzt individuelle und gesellschaftliche Präferenzen in Bezug auf Gesundheit und ihre Bewertung betrachtet. Reinhold Kilian zeigt in seinem Beitrag »Konzeptionelle und methodische Probleme der Lebensqualitätsmessung als Grundlage der Bewertung der Ergebnisse medizinischer Maßnahmen« die Leistungsfähigkeit – aber auch die Grenzen – des Konzeptes der Messung von Lebensqualität auf. Bezugnehmend auf verschiedene Vorstellungen vom »guten Leben« zeichnet Kilian die Entwicklung der Idee zur Messung von Lebensqualität nach und verweist darauf, dass der Ansatz der Lebensqualitätsmessung ein verhältnismäßig junges Phänomen darstellt, das erst Mitte des vorigen Jahrhunderts entfaltet wurde.

In seinem Beitrag »Wert und Werthaltungsbegründung. Zur Vereinbarkeit von moralischen, ökonomischen, rechtlichen und medizinischen Werten« geht Günter Fröhlich darauf der grundsätzlichen der Frage nach, was unter Werten zu verstehen ist, wo der begriffliche Ursprung von Werten und Werttheorien liegt und wie unterschiedliche Werte zueinander in Verbindung gebracht werden können. Fröhlich zeigt gleichfalls auf, wie der konsequentialistische Ethikansatz in Form des Utilitarismus in der Debatte um gesundheitliche Verteilungs- und Bewertungsfragen verteidigt werden kann und wendet sich dabei gegen häufig vorgebrachte Einwände, wobei er darauf hinweist, dass sich die drei Ethikbegründungstypen – Utilitarismus, Deontologie, Tugendethik – nicht in solch gravierendem Maße voneinander unterscheiden, wie es oft in der Debatte um die Bewertung von Gesundheitsleistungen dargestellt wird.

Im darauffolgenden, den Band abschließenden Beitrag »Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen. Zur Logik der Leistungssteigerung und Effizienzmaximierung und ihren ethischen Grenzen« plädiert Arne Manzeschke schließlich dafür, Ressourcenallokationsprobleme nicht allein aus der Perspektive der Gesundheitsökonomie zu beantworten, sondern auch aus ethischer Sicht.

Seiner Ansicht nach ist es Aufgabe der Ethik, Pfadabhängigkeiten und Automatismen disziplinären Denkens aufzudecken und den Blick für multiperspektivische Lösungswege zu weiten. Genau diese Zielsetzung verfolgen wir mit diesem Buch.

LITERATUR

- Daniels, N. (1985): *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deutscher Ethikrat (2012): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme Januar 2011. In: Honnefelder, L.; Sturma, D. (in Verbindung mit Beckmann, J.P.; Horn, C.; Siep, L.) (Hrsg): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 16. Berlin/Boston: de Gruyter, 379-439.
- Drummond, M.F.; Sculpher, M.J.; Torrance, G.W.; O'Brien, B.J.; Stoddart, G.L. (2005): *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3. Auflage. Oxford: Oxford University Press.
- Engelhardt, D.v. (1998): Artikel Gesundheit. In: Korff, W.; Beck, L.; Miktat, P. (Hg.): *Lexikon der Bioethik, Bd. 2*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 108-114.
- Fangerau, H. (2009): Genetics and the Value of Life: Historical Dimensions. *Medicine Studies* 1: 105-112.
- Fangerau, H.; Martin, M. (2011): Konzepte von Gesundheit und Krankheit: Die Historizität elementarer Lebenserscheinungen zwischen Qualität und Quantität. In: Viehöver, W.; Wehling, P. (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript, 51-66.
- Fischer, J. (2013): Anerkennung, Medikalisierung und Gerechtigkeit. In: Fangerau, H.; Kessler, S. (Hg.): *Anerkennung und Selbstkonstitution. Geisteswissenschaftliche Schlüsselkategorien in medizinischen Deutungszusammenhängen von Armut und Krankheit*. Freiburg: Karl Alber (2013).

- Fleßa, S. (2005): *Gesundheitsökonomik – Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner*. Berlin: Springer.
- Gollaher, D. (1994): From ritual to science: the medical transformation of circumcision in America. *Journal of Social History* 28: 5-36.
- Gosepath, S. (2004): *Gleiche Gerechtigkeit. Grundlagen eines liberalen Egalitarismus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Gosepath, S. (2007): Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden? In: Nationaler Ethikrat (Hg.): *Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006*. Berlin, 19-33.
- Herder-Dorneich, P. (1994): *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, theoretische Grundlagen*. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Kielhorn, A.; Schulenburg, J.M.v.d. (2000): *The Health Economics Handbook*. Tattenhall: Adis International.
- Labisch, A.; Spree, R. (Hg.) (2001): *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Lemke, T.; Kollek, R. (2011): Hintergründe, Dynamiken und Folgen der prädiktiven Diagnostik. In: Viehöver, W.; Wehling, P. (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript, 163-194.
- Lenk, C. (2010): Gesellschaftsvertrag und Recht auf öffentliche Gesundheitsversorgung. In: Heubel, F.; Kettner, M.; Manzeschke, A. (Hg.): *Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 101-115.
- Lenk, C. (2011): Enhancement vor dem Hintergrund verschiedener Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Viehöver, W.; Wehling, P. (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen*. Bielefeld: transcript, 67-87.
- Marckmann, G.; Lening, P.; Wiesing, U. (Hg.) (2003): *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

- Marckmann, G.; Siebert, U.; (2011): Nutzenmaximierung in der Gesundheitsversorgung. Eine ethische Problemskizze. In: Gethmann-Siefert, A.; Thiele, F. (Hg.): *Ökonomie und Medizinethik*. 2. Auflage. München: Wilhelm Fink, 111-139.
- Nord, E.; Richardson, J.; Street, A.; Kuhse, H.; Singer, P. (1995): Who cares about cost? Does economic analysis impose or reflect social values? *Health Policy* 34 (2): 79-94.
- Paul, N.W. (2006): Gesundheit und Krankheit. In: Schulz, S.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N.W. (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 131-142.
- Porzsolt, F.; Weiss, M.; Dietrich, E.S.; Fangerau, H. (2010): Die Bewertung von Gesundheitsleistungen durch Ökonomen und Ärzte – Eine Analyse von Konzepten, Methoden und Instrumenten. *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 16 (4): 83-93.
- Rawls, J. (1999): *A Theory of Justice. Revidierte Fassung*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Reiter-Theil, S.; Graf-Baumann, T.; Kutzer, K.; Müller-Busch, H.C.; Stutzki, R.; Traue, H.C.; Willweber-Strumpf, A.; Zimmermann, M.; Zenz, M. (2008): Ethik-Charta der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS). *Schmerz* 22: 191-206.
- Ritter, G. (1998): *Soziale Frage und Sozialpolitik in Deutschland seit Beginn des 19. Jahrhunderts (Otto von Freising-Vorlesungen der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt)*. Eichstätt: Leske + Budrich Verlag.
- Rosentreter, M. (2011): Zwischen Selbstbestimmung und Systemsteuerung. Zur Inanspruchnahme von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Patienten. In: Groß, D.; Rosentreter, M. (Hg.): *Der Patient und sein Behandler. Die Perspektive der Medical Humanities*. Berlin: Lit Verlag, 17-38.
- Rothschuh, K.E. (1978): *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart: Hippokrates.
- Rychlik, R. (1999): *Gesundheitsökonomie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

- Schäfer, D.; Frewer, A.; Schockenhoff, E.; Wetzstein, V. (Hg.) (2008): *Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Geschichte und Philosophie der Medizin*. Band 6. Stuttgart: Steiner Verlag.
- Schmidt-Wilke, J. (2004): *Nutzenmessung im Gesundheitswesen: Analyse der Instrumente vor dem Hintergrund zielfunktionsabhängiger Informationsverwendung*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Schöffski, O.; Schulenburg, J.M.v.d. (Hg.) (2008): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer.
- Schomerus, G.; Matschinger, H.; Angermeyer, M.C. (2006): Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: Are there indications of discrimination against those with mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(5): 369-377.
- Seelmann, K. (2008): Recht auf Gesundheit? Über den Wandel juristischer Perspektiven auf das Gesundheitswesen. In: Schäfer, D.; Frewer, A.; Schockenhoff, E.; Wetzstein, V. (Hg.): *Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Geschichte und Philosophie der Medizin*. Band 6. Stuttgart: Steiner Verlag.
- Simillis, C.; Symeonides, P.; Shorthouse, A.J.; Tekkis, P.P. (2010): A meta-analysis comparing conservative treatment versus acute appendectomy for complicated appendicitis (abscess or phlegmon). *Surgery* 147(6): 818-829.
- Sloan, F.A. (Hg.) (1995) *Valuing Health Care – Costs, Benefits, and Effectiveness of Pharmaceuticals and Other Medical Technologies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung, § 35b Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, zu finden unter: www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/___35b.html, Zugriff: am 02.04.2013.
- Task Force on Circumcision (2012): Circumcision policy statement. *Pediatrics* 130(3): 585-586.

UN-Resolution zur Erklärung der Menschenrechte (Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948, zu finden unter: www.ohchr.org/en/udhr/pages/language.aspx?langid=ger, Zugriff: 08.03.2013.

WHO, 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), zu finden unter: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, Zugriff: 08.03.2013.