




**Medizinethik**  
Sommersemester 2010  
Thomas Schramme  
22.6.2010  
**Medizinische Gerechtigkeit**


 Universität Hamburg

 Philosophie

**Gliederung:**

- Recht auf Gesundheit/Gesundheitsfürsorge
- Begründung des Anspruchs auf medizinische Versorgung
- Ebenen der Allokation
- Knappheitsprobleme
- Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung
- Rationierungskriterien
- Public Health

 Universität Hamburg

2/23  Philosophie

## Menschenrechte



### Allgemeine Erklärung der Menschenrechte:

Artikel 25: "Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie **Gesundheit und Wohlbefinden** einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, **ärztlicher Betreuung** und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet."

## Weltgesundheitsorganisation



### Präambel der Verfassung (1946):

"Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung."

→ Recht auf Gesundheit? Recht, alle Gesundheitsbedürfnisse erfüllt zu bekommen?

## Gegen Anspruch auf Hilfe



(sog. Libertäre): Personen haben nur negative Rechte;  
Schutz vor Schädigung, Wiedergutmachung durch Schuldigen  
→ Gesundheitssystem sollte nur auf rationaler Selbstvorsorge  
beruhen

## Warum Anspruch auf medizinische Versorgung?



- positives Recht auf Hilfe?
- intrinsischer Wert der Gesundheit: Abwesenheit von Not/Leid/Schmerzen
- instrumenteller Wert der Gesundheit:
  - a) Herstellung von Chancengleichheit
  - b) Ermöglichungscharakter der Gesundheit (Bedingung der Selbstbestimmung)

## Ebenen der Allokation



- Makroebene: Gesundheitsfürsorge vs. andere gesellschaftliche Ziele wie Erziehung, Sicherheit, Bildung etc. (Auswirkungen dieser Ziele auf Gesundheitszustand der Bevölkerung; vgl. Public Health)
- Mesoebene: Akutbehandlung vs. Prophylaxe; stationäre vs. ambulante Versorgung etc.
- Mikroebene: bestimmte Krankheitstypen vs. andere Krankheitstypen; Patient A vs. Patient B
- spezielles Problem: seltene Krankheiten (Orphan Drugs)

## Knappheitsprobleme



- Angebotsseite: Ressourcenknappheit, Zeitmangel, finanzielle Engpässe
  - Nachfrageseite: steigende Ansprüche, mehr Bedarf
  - mögliche Lösung: Krankheitsbegriff als "gate-keeper"
- aber: klare Abgrenzung zu enhancement möglich? (Problem z.B. wenn enhancement Mittel zur Herstellung von Chancengleichheit darstellt)
- ausreichende Beschränkung des Mittelverbrauchs?

## Weitere Lösungsvorschläge



- Rationalisierung
- Priorisierung
- Rationierung

## Rationalisierung



- Optimierung des Ressourcenverbrauchs durch Effizienzsteigerung oder Kostendämpfung → Bsp: QALY (quality-adjusted life-years); Evidenzbasierte Medizin; DRGs
- Vermeidung nutzloser (nicht notwendiger) Eingriffe → nur medizinische Frage?
- Vermarktlichung medizinischer Dienstleistungen? Gesundheit als Ware?
- Einführung von Fallpauschalen (diagnosis-related groups: DRGs)
- Evidenzbasierte Medizin (EBM) als Grundlage für Feststellung von Effektivität und Effizienz
- Standardisierungen: z.B. clinical pathways

## Priorisierung



- Vorrang für bestimmte Behandlungen
- verschiebt Problem nur in die Zukunft (Ressourcenausstattung nicht verändert)

## Rationierung



- a) Einschränkung medizinisch sinnvoller Leistungen
  - b) gesteuerte Zuteilung medizinischer Leistungen (unterhalb ihres Marktpreises)
- offene vs. verdeckte Rationierung
  - harte vs. weiche Rationierung → Folge: Zwei-Klassen-Medizin?
  - wer soll rationieren? Politik, Arzt?
  - flexible vs. strikte Maßstäbe (Bsp. Oregon)
  - die Rolle empirischer Erkenntnisse (z.B. Akutbehandlung vs. Prävention)

## Mögliche Kriterien bei der Begrenzung



- Alter → chronologisches oder biologisches Alter? Erscheint moralisch willkürlich
- Eigenverantwortung → wie feststellbar?
- Dringlichkeit → wie bewertbar? mögliche Effizienzvernachlässigung (Dringliches meist teuer und hilft nur einem Patienten)
- Anzahl abhängiger Angehöriger → moralisch willkürlich
- gesellschaftlicher Nutzen des Betroffenen → moralisch willkürlich

## Ergebnisse



- wenigstens minimale medizinische Versorgung sollte gewährleistet werden (grundlegende Bedürfnisse erfüllen, nicht unbedingt jede Krankheit behandeln)
- Rationierungskriterien müssen offen diskutiert und gemeinschaftlich ausgewählt werden

## Public Health: Ziele



- Public Health ist auf Gruppen, nicht Individuen, fokussiert
- verschiedene Einflüsse auf die Gesundheit, soziale, umweltbedingte, verhaltensbedingte etc., werden identifiziert
- die handelnden Akteure sind nicht in erster Linie medizinisches Fachpersonal, sondern staatliche Institutionen: Fähig und verantwortlich, das Wohl der Bevölkerung zu fördern
- das Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung
- dadurch in ethischer Hinsicht andere Gesichtspunkte als zumindest in klinischer Ethik

## Public Health: Gesundheitsbegriff



- Public Health legt einen spezifischen Gesundheitsbegriff zugrunde
  - bezogen auf Bevölkerungsgruppen statt Individuen
  - bezogen auf Wahrscheinlichkeit zu erkranken (Disposition)
  - quantifizierbar, graduell
- vgl. z.B. die Rede von Gesundheitsförderung (Health Promotion)



## Ungleichheit der Gesundheit?



Ein wichtiges ethisches Problem in der Public Health sind soziale Ungleichheiten

- im Zugang zu Gesundheitsfürsorge
  - in Gesundheitsdispositionen (bzw. Gesundheitsstatus)
  - in der Lebenserwartung
- ist es jeweils sinnvoll, hier von Ungleichheiten zu sprechen?
- bzw. sind Ungleichheiten in den jeweiligen Hinsichten tatsächlich ethisch problematisch?

## Wie Gesundheit erreichen?



- Bedingungen für Gesundheit sichern oder aktive Förderung der Gesundheit?
- Wie wichtig ist individuelle Freiheit vs. Gemeinwohl?

## Modelle



### Kollektivistisches Modell:

- was ist am besten für die Gesellschaft als Ganze? to produce the greatest aggregate benefit" – e.g. "good health" (Nuffield Council Report, S.14).
- Bsp.: Alkoholverbot

### Liberales Modell:

- individuelle Interessen dürfen nicht ohne Weiteres den Vorteilen der Gesellschaft untergeordnet werden
- Beschränkung auf Information, Überzeugung und Erziehung; kein Zwang



### Verwaltermodell: ('Stewardship model')

- Versuch des Ausgleichs zwischen Gemeinschaft und Individualismus: "...the value of belonging to a society in which each person's welfare, and that of the whole community, matters to everyone." (Nuffield Council Report, S.23).
- Pflicht des Staates, den Bedürfnissen aller Bürger einzeln und als Gemeinschaft nachzukommen, annähernd gleiche Lebensbedingungen zu schaffen etc.



### **Hauptprobleme/Kritik**

- kein genuin bzw. ausschließlich medizinisches Gebiet - entgegen dem, was man erwarten würde -, sondern fokussiert auf soziale Zusammenhänge (Determinanten) der Gesundheit
- unklarer Gesundheitsbegriff: nicht auf Individuen bezogen; vermischt Disposition mit aktuellem Gesundheitszustand
- beruht auf umstrittenen, statistischen Zusammenhängen (z.B. wenig Erkenntnisse zu kausalen Zusammenhängen zwischen sozialem Status und Gesundheit)

## Resümee



- auch wenn es ein Recht auf medizinische Versorgung gelten sollte, ist unklar, wie weit der Hilfsanspruch reicht
- Gerechtigkeitsfragen sind auf der "Nachfrageseite" (gerechtfertigte Ansprüche) als auch der "Angebotsseite" (wie viel ist uns die Gesundheit wert?) betroffen
- Rationierung ist unumgänglich
- das wohl wichtigste Rationierungskriterium ist die Selbstverantwortung; es ist allerdings umstritten und schwer umzusetzen
- Public Health befasst sich mit der Gesundheit der Bevölkerung
- dadurch entstehen besondere Schwierigkeiten bei empirischen Untersuchungen sowie bei der Umsetzung ethischer Forderungen