

Hinweis: Dieses pdf-Dokument der Habilitationsschrift von Frau Prof. Dr. A. Buyx ist am 12.03.2026 im Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Münster automatisiert aus einer Word-Datei erzeugt worden, die Frau Prof. Dr. Buyx dem Dekanat dankenswerter Weise am 05.03.2026 überlassen hat zur Herstellung der öffentlichen Einsehbarkeit der Habilitationsschrift. Im Dekanat ist ein kursorischer Abgleich des Word-Dokuments mit der hier als Druck vorliegenden Original-Schrift durchgeführt worden mit dem Ergebnis, dass von der Textidentität auszugehen ist. Die gedruckte Original-Habilitationsschrift kann im Dekanat von allen Interessierten eingesehen werden; auch können interessierte Personen hier Kopien anfertigen gegen Übernahme der Kosten. Ob die automatisierte Konvertierung der Word- in die pdf-Datei fehlerfrei erfolgt ist, ist nicht detailliert überprüft worden.

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

- Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert -

**Begriffe der politischen Philosophie
und ihre Anwendung in Debatten
der biomedizinischen Ethik**

HABILITATIONSSCHRIFT

zur Erlangung der *venia legendi* im Fach
Ethik und Theorie der Medizin und Public Health

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Dr. med. Alena M. Buyx, M.A. phil., FRSA
aus Osnabrück
2012

Inhaltsverzeichnis der Zusammenfassung

Hintergrund	3
Kapitel 1 Einführung in die Thematik: Theorien der politischen Philosophie und ihre Anwendung in der Debatte um die gerechte Verteilung knapper Ressourcen des Gesundheitswesens	7
Kapitel 2 Gleichheit und moderne Public Health-Politik	24
Kapitel 3 Der Begriff der Solidarität in modernen biomedizinischen Debatten	37
Kapitel 4 Der Suffizienzbegriff und minimale Wirksamkeit als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung	47
Kapitel 5 Libertärer Paternalismus in Medizin und Public Health	55
Literatur	67

Hintergrund und einführende Bemerkungen zu dieser Zusammenfassung

Die politische Dimension zentraler Themen der biomedizinischen Ethik ist offenkundig. Fragen des selbstbestimmten Sterbens, der Zulässigkeit der Abtreibung oder des Organverkaufs – also „klassische“ biomedizinethische Themen – sind immer auch vor dem Hintergrund ihrer gesellschaftspolitischen Relevanz verhandelt worden. Bereits in den frühen Entwicklungsphasen der jungen Disziplin wurden die zum Teil erbitterten öffentlichen Auseinandersetzungen von der wissenschaftlichen Erörterung politisch-philosophischer Aspekte der jeweiligen Konflikte begleitet. Auch wenn dies zum Teil nicht explizit unter dem Banner der politischen Philosophie¹ geschah, so wurde dabei doch mit den Begriffen und Argumenten einschlägiger politisch-philosophischer Grundlagendebatten gearbeitet – nämlich in deren Anwendung auf aktuelle biomedizinethische Fragestellungen. Als ein bekanntes Beispiel sei die Diskussion um Begründung, Art und Funktion von Abwehrrechten genannt, die seit den 1970er Jahren fruchtbar auf Fragen der normativen Zulässigkeit von Abtreibungen oder von verschiedenen Formen der Sterbehilfe angewendet wurde; dieser Transfer hat sowohl die entsprechenden biopolitischen Debatten als auch die rechtlichen Regelungen deutlich beeinflusst (Dworkin et al. 1997, Garrow 1994, Critchlow 1996).

Trotz der offenkundigen Bedeutung der politischen Philosophie für die Behandlung dieser und anderer Problembereiche ist bisher vonseiten der Biomedizinethik erstaunlich wenig explizite Anwendung von politisch-philosophischen Positionen und Argumenten erfolgt. In der vorliegenden zusammenfassenden Darstellung der in diesem Verfahren zur Habilitation eingereichten Publikationen werden Begriffen und Argumente der politischen Philosophie in expliziter Weise auf verschiedene Fragestellungen der biomedizinischen Ethik angewendet. Dabei stehen insbesondere folgende zwei aktuelle Bereiche im Vordergrund, in denen gegenwärtig national wie international um die Beantwortung komplexer Fragestellungen gerungen wird: Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und ethische Aspekte von Public Health.

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Naturgemäß ist die Anwendung von Theorien der politischen Philosophie auf Fragen und Probleme der Biomedizinethik dort besonders weit gediehen, wo es um die Auseinandersetzung mit Herausforderungen geht, denen moderne Gesundheitswesen bei der gerechten Allokation zunehmend knapper medizinischer Ressourcen gegenüberstehen. Hier treten klassische Fragen der politischen Philosophie – Wie viel Anspruch hat der Einzelne auf Hilfe durch die Allgemeinheit? Welche Theorie der Verteilungsgerechtigkeit ist die normativ plausibelste? etc. – in aktueller praktischer Zuspitzung zutage, etwa wenn es um die Bestimmung des Umfangs solidarisch finanzierter Krankenversorgung oder um die gerechte Zuteilung knapper medizinischer Leistungen geht. Entsprechend haben in diesem Bereich biomedizinethischer Auseinandersetzung politische Philosophen bzw. Bioethiker mit dezidiert politisch-philosophischer Ausrichtung eine wichtige Rolle gespielt. In den letzten drei Jahrzehnten sind verschiedene Vorschläge für die Begründung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung aus der Sicht verschiedener politisch-philosophischer Theorien entwickelt worden. Wichtige theoretische Elemente, die dabei aus

¹ Unter „Politische Philosophie“ wird im Folgenden die moderne Disziplin mit deutlich anglo-amerikanischer Prägung verstanden, außerdem fällt darunter auch die verwandte anglo-amerikanische Disziplin der *political theory* (eine philosophisch geprägte Richtung der Politikwissenschaft).

liberaler, liberal-egalitaristischer, libertaristischer² oder kommunitaristischer Perspektive analysiert und angewendet wurden, sind etwa: Die (gesundheitsbezogene) Chancengleichheit (in der Nachfolge Rawls': Daniels 1985, 2008); Überlegungen zu einer Theorie des guten Lebens mit Blick auf Lebensdauer und -qualität (Callahan 1987, 1990, 1998, Nussbaum/Sen 1993); Art und Umfang von Anspruchsrechten des Individuums auf allgemeinfinanzierte Gesundheitsversorgung (Kersting 1995, Engelhardt 1996); sowie Konzeptionen der Verteilungsgerechtigkeit, die (auch) auf das Gesundheitswesen bezogen werden (Roemer 1996, Dworkin 2000, Walzer 1983). Auch im deutschsprachigen Raum hat sich die moderne Biomedizinethik, mit einer gewissen Verspätung, diese Debatte zueigen gemacht und sie weiter vorangetrieben (Schöne-Seifert/Buyx/Ach 2006, Schmidt/Gutmann 2002, Breyer et al. 2002, Marckmann 2003, Marckmann et al. 2004, Rauprich et al. 2005, Buyx 2007a, Zimmermann/Acklin 2007, Huster 2011).

Die genannten Ansätze von Daniels und anderen können zum Teil als begründende Rekonstruktionen verschiedener Modelle sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung – oder als korrigierende Kritik an dieser – verstanden werden. Sie lassen sich daher insbesondere in solchen Ländern in die Diskussion einbringen, in denen die allgemeine Gesundheitsversorgung nach wie vor ein Desiderat darstellt (USA, verschiedene Schwellenländer). In Ländern mit einer etablierten staatlichen Versorgung hingegen stellen sich *zusätzlich* zahlreiche komplexe Probleme der Verteilung und der Leistungsbegrenzung, deren Bearbeitung und Bewältigung noch in vollem Gange ist, sowohl im Bereich des *policy making* wie auch in der ethischen Grundlagendebatte. Gegenwärtig wird etwa darum gestritten, wie eine Ziel- und Prioritätenbestimmung in modernen Gesundheitswesen aussehen könnte und nach welchen Kriterien medizinische Leistungen verteilt bzw. ggf. aus einer Regelversorgung ausgeschlossen werden sollen. Eine kontroverse Debatte kreist um die Auswahl der einzusetzenden Zielgrößen und Verteilungskriterien – etwa wenn zwischen Effizienz und Chancengleichheit abgewogen wird oder wenn die Bedeutung von Eigenverantwortung in der Gesundheitsversorgung und ihre Eignung als Verteilungskriterium bestimmt werden soll (Daniels 1993, Brock 2002, Wohlgemut/Freitag 2008, Wikler 2005, Schmidt 2007, Buyx 2008a). Andere Autoren lehnen die Bestimmung materialer Zielvorstellungen und Verteilungskriterien in der Medizin grundsätzlich ab oder halten sie in pluralistischen Gesellschaften für nicht konsensfähig. Sie erachten daher die Debatte um materiale Kriterien für überflüssig oder ergänzungsbedürftig und entwickeln alternative oder ergänzende prozedural-deliberative Vorschläge für die gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen, die ohne inhaltliche Zielvorstellungen und Verteilungskriterien auskommen sollen (Emanuel 1991, Daniels/Sabin 2009). Dass die Gefechtslinien zwischen diesen beiden (hier nur grob skizzierten) Positionen nicht entlang der gewohnten Frontstellungen zwischen egalitaristischen und non-egalitaristischen bzw. liberalen und kommunitaristischen Theriefamilien verlaufen, verdeutlicht die Komplexität der Thematik, lässt aber zugleich auch eine spannende Weiterentwicklung des politisch-philosophischen Diskurses in seiner und durch seine Anwendung auf bioethische Probleme erkennen. Noch sind die Debatten um materiale Zielgrößen und Kriterien wie Gleichheit, (Kosten-) Effektivität, Dringlichkeit/Notwendigkeit, Verantwortung, Alter etc., ihre Begründung sowie ihr jeweiliges Verhältnis bzw. ihre Rangordnung innerhalb einer Prioritätensetzung im Gesundheitswesen ebenso wenig entschieden wie der Streit zwischen den Verfech-

² Die Begriffe ‚libertär‘, ‚libertaristisch‘ und ‚libertarianisch‘ sind alle im deutschen Gebrauch und werden hier synonym verwendet.

tern solcher materialen Kriterien und den Proponenten rein prozeduraler Alternativen. Hier ist auf nationaler wie internationaler Ebene noch erhebliche Forschungsarbeit zu leisten (Wohlgemuth/Freitag 2008, Persad et al. 2009, Friedman 2008).

Die erwähnten Debatten werden, wenn auch oft implizit, unter Rückgriff auf verschiedene Kernpositionen und -begriffe der modernen politischen Philosophie ausgetragen. In einigen Teilbereichen ist dies bereits expliziert und fruchtbar analysiert worden – etwa in der kontroversen Auseinandersetzung um gesundheitliche Eigenverantwortung als Ein- oder Ausschlusskriterium (Schmidt 2007, Cappelen/Norheim 2005, Buyx 2005b-d, 2008a). Die Debatte um den Stellenwert von Gleichheit in der Medizin und Public Health, sowie um Verteilungskriterien wie Kosten-Effektivität und Wirksamkeit hat eine solche Analyse bisher nur in Ansätzen erfahren, obwohl zu vermuten steht, dass sich die unterschiedlichen Argumente zum Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheiten, oder die Bewertung der Zulässigkeit von Kosten-Effektivitäts-/Wirksamkeitsschwellen in der Gesundheitsversorgung unter anderem den zugrunde liegenden, nicht explizierten politisch-philosophischen Positionen verdanken.

Public Health Ethik³

Im letzten Jahrhundert haben sich bedeutsame epidemiologische Verschiebungen im Krankheitsspektrum der Bevölkerung entwickelter Länder ergeben. Die Bedeutung von Infektionskrankheiten für die Morbidität und Mortalität der Population ist deutlich geringer geworden, während chronische Erkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselkrankheiten stark zugenommen haben. Von nach wie vor wichtigen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsschutzes abgesehen (Impfungen, Hygieneüberwachung, Arbeitsschutz usw.), hat sich entsprechend der Aufgabenbereich von „New Public Health“ gewandelt (Anand/Peter/Sen 2005, Füllgraff 1999): Die aktuellen Herausforderungen sind insbesondere der Umgang mit verhaltensassoziierten (Adipositas, verschiedene Krebsarten, Diabetes, HIV/AIDS etc.) bzw. demographisch bedingten Erkrankungen (vor allem Demenzen). Dadurch hat die Public Health-Praxis zugleich neue ethische Aspekte gewonnen. Konnten früher Eingriffe in die Handlungsfreiheit bzw. in die informationelle Selbstbestimmung von Individuen/Patienten über den Schutz der Allgemeinheit gerechtfertigt werden (Quarantäne, Schutzimpfungen, meldepflichtige Krankheiten), so wird gegenwärtig kontrovers diskutiert, ob und wie weitgehend der Staat zur Beförderung öffentlicher Gesundheit Einfluss in den Bereich des privaten Gesundheits- und Freizeitverhaltens von Individuen oder bestimmten Populationen nehmen darf (Powers/Faden 2006, Dawson/Verweij 2007, Satel 2001). Die oben erwähnten ethischen Fragen danach, wann Eingriffe in die gesundheitliche Eigenverantwortung gerechtfertigt sind, stellen sich hier in einem deutlich anderen Handlungskontext.

Politisch-philosophische Theorien zum Autoritätsverhältnis zwischen staatlichen Institutionen und Individuen könnten hier interessante Analyseschemata bereit stellen und in ihrer Anwendung auf den konkreten Public Health-Kontext neue Lösungsansätze zu finden helfen. Hier be-

³ „Public Health umfasst alle Analysen und Management-Ansätze, die sich vorwiegend auf ganze Populationen oder größere Subpopulationen beziehen, und zwar organisierbare Ansätze bzw. Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und der Krankheitsbekämpfung unter Einsatz kulturell und medizinisch angemessener, wirksamer, ethisch und ökonomisch vertretbarer Mittel“ (Schwartz et al. 2003: 2).

steht aktueller Forschungsbedarf: In den Debatten zur Begründung von *stewardship*-Modellen staatlicher Public Health-Einrichtungen etwa, in denen die Kombination von liberalen individuellen Grundfreiheiten mit staatlichen Schutzaufgaben versucht wird, werden solche Überlegungen angedeutet (Nuffield Council 2007). Alternative Ansätze, wie der aktuell von Verhaltensökonom vorgeschlagene *liberterian paternalism* (Thaler/Sunstein 2008), benutzen zwar eine gezielt politisch-philosophische Terminologie, lassen jedoch noch viel Raum für eine begründende Analyse des gewählten Theorierahmens; auch die Tauglichkeit des Ansatzes für die Übertragung auf den Public Health-Kontext muss noch genauer überprüft werden (Halpern et al. 2007).

Ein weiteres wichtiges Gebiet der modernen Public Health-Ethik-Debatten sind gesundheitliche Ungleichheiten (*health inequities*), deren Existenz – in allen modernen Gesellschaften – zunehmend gut belegt ist (z.B. Marmot 2004, Siegrist/Marmot 2006, Mielck 2005, Mackenbach 2006, Richter/Hurrelmann 2006). Wann Unterschiede in der Mortalität und Morbidität verschiedener Gruppen innerhalb eines Landes bzw. zwischen den Bevölkerungen unterschiedlicher Länder ungerecht sind, wird gegenwärtig kontrovers diskutiert (Hausmann 2007, Sen 2002, Marchand/Wikler/Landesmann 1998, Beiträge in Anand/Peter/Sen 2005 und Dawson/Verweij 2007, Huster 2008, Daniels 2008, Sonderheft Journal of Medical Ethics 2009 zu Daniels' Ansatz).

In den folgenden Kapiteln dieser Zusammenfassung werden die Beiträge der Verfasserin zur Weiterentwicklung der gegenwärtigen Debatten vorgestellt. Behandelt werden Aspekte, die sowohl für Public Health, wie für das stärker auf medizinische Leistungen ausgerichtete Gesundheitswesen von Relevanz sind. Auf eine Übersicht der Bezüge zwischen politischer Philosophie und den Verteilungskontroversen in der Medizin (Kapitel 1) folgt eine Erörterung von Gleichheit und moderner Public Health-Politik in Kapitel 2. Daran schließt sich eine Abhandlung zum Solidaritätsbegriff in der modernen biomedizinischen Ethik an (Kapitel 3). Kapitel 4 ist der Analyse des Suffizienzbegriffs und seiner Implementierung durch das Verteilungskriterium der minimalen Wirksamkeit gewidmet, und Kapitel 5 schließt mit einer Untersuchung aktueller Anwendungen des libertären Paternalismus.

Kapitel 1 Einführung in die Thematik: Theorien der politischen Philosophie und ihre Anwendung in der Debatte um die gerechte Verteilung knapper Ressourcen des Gesundheitswesens

In Bezug genommene Publikationen:⁴

Buyx A (2008) Personal responsibility for health – why we don't like it and why maybe we should. *Journal of Medical Ethics* 34(12): 871-4. (Klasse 2-Journal, IF 1,41)

Buyx A (2010) Eigenverantwortung als Kriterium der Prioritätensetzung in Medizinsystem und Public Health. In: Strech D, Marckmann G (Hg.): *Public Health Ethik*. Lit Verlag, Muenster, 129-153.

Buyx A (2007) Gesundheit für alle? Einführung in Gerechtigkeitsfragen der modernen Medizin. In: Jüttemann V (Hg): *Mehr schlecht als recht? Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit der Gerechtigkeit*. Waxmann, Münster u.a., 73-101.

Schöne-Seifert B, Buyx A, Ach J (2006) *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Mentis Verlag, Paderborn.

Einleitung

Alle modernen Gesundheitssysteme stehen vor der Herausforderung, mit der zunehmenden Ressourcenknappheit in der Krankenversorgung und den vielen sich daraus ergebenden, alltäglichen Fragen und Problemen gerechter Mittel-Allokation umzugehen. Spektakuläre Einzelfälle bekanntgewordener Rationierung wie der „NovoSeven“-Fall in der Schweiz,⁵ die medial verhandelt werden, sind dabei verhältnismäßig selten; weniger Aufsehen erregende, jedoch ebenso relevante Entscheidungen wie etwa die Zuteilung bestimmter Therapien oder Maßnahmen (beispielsweise Bestrahlungsplätze in der Onkologie oder Betten auf der Intensivstation) bestimmen hingegen inzwischen die Tagesordnung in der Praxis und im Krankenhaus (Strech et al. 2008).

Oft wird angenommen, dass die Verteilungsprobleme in der Medizin in den Handlungsbereich der beteiligten Experten – vornehmlich Ärzte – fallen, und daher am besten von diesen zu lösen sind. Diese Vorstellung, die Ressourcen durch die Medizin bzw. Mediziner selbst verteilen zu lassen, ist immer dann attraktiv, wenn angenommen wird, dass es keinerlei Knappheit in einem Gesundheitswesen gibt. In einer solchen Situation könnten alle präventiven, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen oder palliativen Maßnahmen, die Ärzte bei Patienten für notwendig, sinnvoll oder wünschenswert erachten, finanziert werden. Es entstünden keine Engpässe, und damit auch keine offensichtlichen Konflikte bei der Verteilung der entsprechenden einzusetzenden Ressourcen. Sobald allerdings, wie in allen modernen Gesundheitssystemen der Fall, aufgrund von *Ressourcenknappheit* nicht mehr jede denkbare sinnvolle oder wünschenswerte Maßnahme bezahlt werden kann, kommen Fragen

⁴ Zur Erklärung: Alle für die Habilitationskriterien im Folgenden direkt anrechenbaren Publikationen sind fett gedruckt; Journal-Klasse und Impact Factor (IF) sind angegeben. Zur Erläuterung: In der Medizinethik beginnt Klasse 2 ab IF 0,9 und Klasse 1 ab IF 1,8. Der höchste mögliche Impact Factor beträgt ggw. ca. 4. Wo es sich um Arbeiten mit Kollegen handelt, wird der Beitrag der Verfasserin in einer Fußnote ausgewiesen. Im Text zitierte andere Publikationen der Verfasserin finden sich im Literaturverzeichnis.

⁵ In diesem Fall wurde einem prominentem Patienten, nach budgetgetriebener Politikerintervention, das neue und sehr teure Blutgerinnungsmittel NovoSeven vorenthalten. Dies entfachte eine intensive und teils hochemotionale Medien-Diskussion um die Praxis und die Notwendigkeit von medizinischer Rationierung in der Schweiz.

insbesondere der *distributiven*⁶ oder *Verteilungsgerechtigkeit*⁷ auf: Wie können die vorhandenen knappen Mittel am gerechtesten verteilt werden; nach welchen Kriterien soll dies geschehen; welche Patienten oder Krankheitsgruppen sollen in der Ressourcenallokation Vorrang haben; wie viele Ressourcen sollen in bestimmte Versorgungsbereiche investiert werden; und warum?

Im Hinblick auf diese und andere Fragen sind Ärzte keine Experten, die einen privilegierten Zugang zu bestimmten Informationen hätten, mit denen den Problemen beizukommen wäre. Fragen der Verteilungsgerechtigkeit sind keine medizinischen Fragen, die unter Rückgriff auf medizinisches Fachwissen zu lösen sind; es sind zum einen Fragen der (Gesundheits-)Politik, und zum anderen Fragen der politischen Philosophie und Gerechtigkeitstheorie (die natürlich zum Teil eine Klärung der medizinischen Sachlage erfordern). In diesem Kapitel der hier vorgelegten Zusammenfassung wird ein Überblick über zentrale gerechtigkeitstheoretische Fragestellungen sowie einige Theorieansätze aus der politischen Philosophie gegeben, die in der Literatur für Vorschläge zur gerechten Ressourcenallokation herangezogen und die von der Verfasserin in verschiedenen Publikationen zusammengetragen wurden. Es handelt sich bei diesen Vorschlägen um einige der insgesamt wenigen expliziten Beispiele einer solchen Anwendung. Ferner werden in diesem Kapitel kurz einige Überlegungen zu prozeduralen Verteilungsgerechtigkeit und zu verschiedenen Verteilungskriterien eingeführt, von denen einige in späteren Kapiteln dieser Zusammenfassung genauer in Augenschein genommen werden (Kapitel 4 Sufficiency und Wirksamkeit, und Kapitel 5 Libertärer Paternalismus).

Der empirische Hintergrund: steigende Gesundheitsausgaben

Bevor die eigentlichen Gerechtigkeitsprobleme erörtert werden können, muss kurz die empirische Ausgangssituation – nämlich Ausmaß und Ursachen der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen – skizziert werden. Dies ist erstens wichtig, weil insbesondere angesichts von knappen Ressourcen die Frage nach fairer Verteilung aufkommt und zu einem Problem der Gerechtigkeitstheorie wird. Zweitens wird aber auch immer wieder bestritten, dass wir es im Gesundheitswesen überhaupt mit Ressourcenmangel zu tun hätten. In den letzten Jahren wird diese Ansicht zwar weniger vehement vertreten, doch noch immer gibt es viele, die glauben, dass die vieldiskutierte Knappheit entweder einfach durch mehr Geld im System behoben, oder aber durch wirtschaftlicheren/effizienteren Umgang mit den vorhandenen Mitteln umgangen werden könnte (sogenannte Rationalisierung). Wäre dies zutreffend, würden sich die Anstrengungen um die gerechte Verteilung knapper Ressourcen erübrigen. Hier kann keine umfassende Argumentation gegen diese Ansicht vorgetragen werden.⁸ Es sei nur so viel gesagt: Die Gesundheitsversorgung ist sicher ein besonders wichtiges soziales Gut,⁹ konkurriert in modernen Gesellschaften aber mit anderen bedeutsamen sozialen Gütern wie Bildung und Erziehung, Kultur, Sicherheit usw. Es wäre leicht möglich, den Löwenanteil des Bruttoinlandsproduktes in sinnvolle medizinische Maßnahmen zu investieren, auf Kosten anderer sozialer Unternehmungen. Da aber die Mittel einer Gesellschaft – eines Gemeinwesens – nicht unbegrenzt sind, fehlen Ressourcen, die in die Gesundheitsversorgung fließen, an

⁶ Zu anderen Gerechtigkeitsformen vgl. etwa Heidenreich 2011, Horn/Scarano 2002.

⁷ Natürlich können sich auch ohne Ressourcenknappheit Fragen der gerechten Verteilung ergeben.

⁸ Vgl. aber die ausführlichen Argumente in Buyx/Friedrich/Schöne-Seifert 2009.

⁹ Kersting hat die besondere instrumentelle Bedeutung des Gutes Gesundheit mit dem Begriff des ‚konditionalen (oder transzendentalen) Gutes‘ eingefangen, das „nicht alles ist, aber ohne das alles nichts ist.“ (Kersting 1997: 13).

anderer Stelle. Der Vorschlag, der Knappheit im Gesundheitswesen mit einer Aufstockung der Mittel zu begegnen, beinhaltet daher implizit, dass den anderen sozialen Gütern weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Anders ausgedrückt haben die Ausgaben und die Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen *Opportunitätskosten*. Es kommt also nur zu einer Verschiebung des Knappheitsproblems in eine andere soziale Sphäre¹⁰ und die Fragen der Verteilungsgerechtigkeit stellen sich auf einer höheren Ebene – nämlich dort, wo zwischen den verschiedenen sozialen Gütern verteilt wird.

Die Verteilungsentscheidungen auf dieser höchsten Ebene, oft als (obere) *Makroebene* bezeichnet,¹¹ gehen, als Themen allgemeiner Sozialpolitik und Sozialstaatsordnung, über den in dieser Zusammenfassung abgesteckten Arbeitsbereich hinaus.¹² Im Folgenden und insbesondere für die Ausführungen in den nächsten Abschnitten dieses Kapitels wird vorausgesetzt, dass die Gesundheitsversorgung eines von mehreren wichtigen sozialen Gütern ist und daher der Gesundheitsetat nicht unbegrenzt erhöht werden kann, soll eine öffentlich organisierte und finanzierte Versorgung gewährleistet bleiben. Es geht also darum, gerechte Entscheidungen auf der *Meso-* und *Mikroebene* der Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund bestehender Knappheit zu treffen. Deutschland hatte im Jahr 2010 nach den USA und den Niederlanden gemeinsam mit Frankreich weltweit das drittteuerste Gesundheitswesen (OECD Health Data 2012); wir geben 11,6 % unseres Bruttoinlandsproduktes für Gesundheit aus (Statistisches Bundesamt 2012). In den vergangenen zehn Jahren haben Nachfrage und Bedarf nach medizinischer Versorgung kontinuierlich zugenommen: So sind beispielsweise die Ausgaben im Vergleich zwischen 2001 (220,8 Mrd. €) und 2010 (287,3 Mrd. €) stetig um ungefähr 30 % gestiegen, Trend weiter steigend (Statistisches Bundesamt 2012).

In der Literatur werden vorwiegend folgende vier Ursachen für diese kontinuierliche Kosten- und Ausgabensteigerung, die im Übrigen in allen entwickelten Ländern nachweisbar ist (OECD Gesundheitsdaten 2012), verantwortlich gemacht:

1. medizinischer Fortschritt (insbesondere teure Innovationen und die zunehmende Behandelbarkeit bisher nicht zu therapierender Erkrankungszustände);
2. demographische Veränderungen (insbesondere die Alterung der Gesellschaft mit dadurch steigendem Bedarf an medizinischer Versorgung im besonders krankheitslastigen Senium, sowie eine Einnahmeschwäche durch Kinderarmut);
3. gesellschaftliche Veränderungen (Abnahme informeller Versorgungssysteme durch veränderte Arbeits- und Familienstrukturen, Medikalisierungstendenzen, Nachfrage nach „Lifestyle-Medizin“); und
4. geringer Anreiz zum Sparen (kaum Eigeninteresse aufseiten der meisten betroffenen Gruppen (Anbieter/Ärzte, Patienten, Industrie, Politik), Ressourcen sparsam einzusetzen).

¹⁰ ‚Sphäre‘ ist hier nicht im Walzer’schen Sinne als Sphäre der Gerechtigkeit zu verstehen. Hier geht es um einführende Hintergrundargumente zur gerechten Mittelallokation in der Gesundheitsversorgung und ‚andere Sphäre‘ bezeichnet hier schlicht einen anderen Zuständigkeitsbereich öffentlich-gemeinschaftlicher (Sozial-)Versorgung.

¹¹ Mit Bezug auf das Gesundheitswesen wird oft von vier Verteilungsebenen gesprochen (nach Engelhardt 1996: 387 ff.): Auf der *oberen Makroebene* werden Entscheidungen über die Größe des Gesundheitsbudgets getroffen (in Konkurrenz zu anderen sozialen Unternehmungen); auf der *unteren Makroebene* wird zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen verteilt (etwa ambulanter vs. stationärer Versorgungsbereich); auf der *oberen Mikroebene* erfolgt die Ressourcenallokation zwischen einzelnen Krankheits- bzw. Patientengruppen; und auf der *unteren Mikroebene* schließlich allokiert Ärzte Ressourcen am Krankenbett. Oft werden untere Makro- und obere Mikroebene gemeinsam als *Mesoebene* bezeichnet.

¹² Vgl. aber Arbeiten zur Güterverteilung und -konkurrenz von Koller 1992 oder Hradil 2001.

Bei allen diesen Ursachen ist die normative Frage vollkommen ungeklärt, ob die Gesellschaft/die Politik sie überhaupt beeinflussen soll (vgl. dazu Schöne-Seifert 2007: 177ff.). Sicher ist jedenfalls, dass sie allesamt weder kurzfristig noch durch einfache Reformen zu beeinflussen oder gar zu beheben sind. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass sich die Ausgaben und die Kosten für die Gesundheit in Zukunft weiter erhöhen werden. Die Fragen der gerechten Verteilung im Gesundheitswesen stellen sich also vor dem Hintergrund eines akuten Handlungsbedarfs.

Gerechtigkeitstheoretische Begründungen von Gesundheitsversorgung

Die geschilderte Lage, in der sich moderne Gesellschaften hinsichtlich der Gesundheitsversorgung gegenwärtig befinden, begann sich schon vor Jahrzehnten abzuzeichnen. Zunächst im kleinen Kreis, entwickelte sich entsprechend in den 60er- und 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik. Dies geschah vornehmlich in den USA, da dort aufgrund der mangelnden allgemeinen Krankenversicherung und -versorgung ein – nach wie vor bestehender – besonderer Anlass bestand, über die Finanzierung von staatlicher Gesundheitsversorgung, den gerechten Zugang zu medizinischen Leistungen und die Verteilung vorhandener knapper Ressourcen nachzudenken. Spätestens seit der Mitte der 90er-Jahre ist die Debatte auch in Europa und vielen anderen Ländern in vollem Gang. Deutschland hat hier eine etwas verspätete Entwicklung genommen.

Viele Fachdisziplinen beteiligen sich an der Diskussion um die Problematik knapper Ressourcen im Gesundheitswesen, deren Bewältigung wohl nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit gelingen kann. Philosophen und Ethiker sind dabei insbesondere im Bereich der gerechtigkeitstheoretischen Begründung für staatliche Gesundheitsversorgung in Erscheinung getreten. In den vergangenen drei Jahrzehnten sind einige Vorschläge für die Ausgestaltung eines gerechten staatlichen Gesundheitswesens entwickelt worden, die jeweils einer bestimmten Theorie der Politischen Philosophie verpflichtet sind. Als Modelle, die sich auf bestimmte Prinzipien der Gerechtigkeit stützen, gehören diese Vorschläge in den Bereich der *materialen Gerechtigkeit*, im Gegensatz zu den weiter unten beschriebenen Verteilungsmodi, die im wesentlichen auf formale – genauer: *prozedurale* – Gerechtigkeit abzielen. In den vier im Folgenden vorgestellten Ansätzen wird jeweils versucht, eine bestimmte Form der staatlichen Gesundheitsversorgung im Rückgriff auf eine bestimmte Theorie der politischen Philosophie zu begründen.

Liberaler Egalitarismus

Besonderen Einfluss sowohl im akademischen Bereich wie auch im *health policy making* haben die Überlegungen des Philosophen und Medizinethikers Norman Daniels gehabt. Daniels lässt sich am ehesten dem modernen politischen Liberalismus und darin, aufgrund der Betonung von Chancengleichheit, dem liberalen Egalitarismus in der direkten Nachfolge von John Rawls zuordnen. Daniels nimmt wesentliche Elemente des zuweilen (aufgrund des übermächtigen

Einflusses des modernen Begründers Rawls) als ‚mainstream-Liberalismus‘ beschriebenen Ansatzes auf:

1. Maximierung individueller Freiheit bei gleichzeitiger Wahrung politisch-rechtlicher Gleichheit (Rawls erster Gerechtigkeitsgrundsatz); und
2. Chancengleichheit; d.h. Ungleichheiten in einer Gesellschaft sind nur dann zulässig, wenn sie
 - a) mit Ämtern und Positionen verbunden sind, die jedermann offen stehen (Prinzip der fairen Chancengleichheit), und wenn sie
 - b) denjenigen, die am wenigsten begünstigt sind, am meisten zugutekommen (Differenzprinzip) (Rawls zweiter Gerechtigkeitsgrundsatz).¹³

Daniels geht, ebenfalls im Einklang mit dem politischen Liberalismus, von einem ausgeprägten Wertepluralismus in modernen Gesellschaften aus. Dieser nimmt, in verknappter Zusammenfassung, an, dass Menschen sehr verschiedene Konzeptionen des Guten haben können, und dass deswegen der Staat bzw. die Gesellschaft Neutralität hinsichtlich unterschiedlicher Lebenspläne walten lassen sollten. In staatlichen Entscheidungsprozessen sollte keine bestimmte Theorie des Guten favorisiert werden. Vielmehr ist es nach Daniels Auffassung die Aufgabe staatlicher Institutionen, sicherzustellen, dass alle Menschen die bestmöglichen Bedingungen haben, ihre Vorstellungen vom guten Leben – ihre Lebenspläne – umzusetzen, ohne dass durch die entsprechenden Strukturen einzelne Lebenspläne bewertet oder erschwert würden.

In seiner Anwendung der Rawls'schen Gerechtigkeitstheorie auf den Kontext von Gesundheit und Krankheit¹⁴ verbindet Daniels eine rawlsianisch geprägte Konzeption der fairen Chancengleichheit mit einem biostatistischen Krankheitsbegriff.¹⁵ Gesundheitsbedürfnisse von Individuen liegen nach Daniels' Krankheitsvorstellung – zusammenfassend und grob gesprochen – immer dann vor, wenn Abweichungen von der normalen speziestypischen Funktionsfähigkeit vorliegen.¹⁶ Solche Gesundheitsbedürfnisse können von Institutionen der Gesundheitsversorgung vermieden bzw. erfüllt werden, etwa durch präventive Leistungen, oder durch die Behandlung von Unfällen und Krankheiten bzw. durch rehabilitative Maßnahmen.

Unter Berufung auf das rawlsianische Prinzip der fairen Chancengleichheit begründet Daniels den Anspruch aller Individuen einer Gesellschaft, über eine normale Bandbreite an Chancen/Möglichkeiten (und damit Lebensplänen) zu verfügen. In Kombination mit seinem funktionsorientierten Krankheitsbegriff ergibt sich dadurch zugleich der Anspruch aller Bürger auf Institutionen der Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft – denn die normale Bandbreite an Lebensplänen steht nur Individuen offen, deren Funktionsfähigkeit nicht durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt ist. Um Chancengleichheit zu sichern, müssen also allen Individuen Institutionen der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. Diese sorgen

¹³ Rawls 1971; aus der unübersichtlich großen Sekundärliteratur sei beispielhaft verwiesen auf Freeman 2008.

¹⁴ Rawls selbst nimmt in der Begründung seiner Gerechtigkeitsgrundsätze explizit an, dass alle Beteiligten gesund sind und klammert damit die Problematik der Krankenversorgung aus.

¹⁵ Daniels 1985.

¹⁶ Daniels nimmt hier Bezug auf die Arbeiten zum Krankheitsbegriff von Christopher Boorse, dem prominentesten Vertreter eines naturalistischen, biostatistischen Krankheitsbegriffs; vgl. etwa Boorse 1975, 1976, 1977, 2004.

dafür, dass eine durch Krankheit eingeschränkte Funktionsfähigkeit so behoben bzw. kompensiert wird, dass die Betroffenen wieder eine vernünftige Menge an Lebensplänen umsetzen können. Um *faire* Chancengleichheit zu sichern ist es ferner notwendig, dass der Zugang zu diesen Institutionen nicht von moralisch irrelevanten Eigenschaften wie sozialem Status, Hautfarbe, Geschlecht etc. abhängt.

Im Ergebnis spricht sich Daniels für die staatliche Einrichtung einer zweistufigen Gesundheitsversorgung aus (Grund-/Basis- und Zusatzversorgung). Die umfangreiche Grundversorgung soll dabei allen Bürgern einer Gesellschaft durch solidarische Finanzierung zur Verfügung gestellt werden, während die Zusatzversorgung, je nach vorhandenen Ressourcen, von den Bürgern privat erworben werden kann. Daniels Entwurf hat enorme Wirkung insbesondere auf die frühen Debatten um gerechte Allokation im Gesundheitswesen entfaltet, da er einen Anspruch auf staatlich organisierte, allgemeine Krankenversorgung begründet – in den USA nach wie vor ein Desiderat. Mit Blick auf Europa stellt der Ansatz am ehesten eine legitimierende Rekonstruktion dessen dar, was bereits in den Sozialstaaten etabliert ist. Davon abgesehen lassen sich aufgrund der Kombination aus einem bio-statistischen Krankheitsbegriff und dem Anspruch auf faire Chancengleichheit in begründeter Weise wichtige von weniger wichtigen Gesundheitsbedürfnissen unterscheiden – nämlich indem der jeweilige Grad der Abweichung von der speziestypischen Funktionsfähigkeit und gleichzeitig deren Chancen mindernde Effekte betrachtet werden. Nichtsdestotrotz ist Daniels zur Last gelegt worden, dass sein Modell zwar eine umfangreiche Gesundheitsversorgung begründet, jedoch nicht geeignet ist, gerechtfertigte Grenzen der Versorgung abzuleiten oder konkrete Verteilungsmodi und -kriterien zu entwickeln.¹⁷

Daniels hat sich diese Kritik zum Teil zu eigen gemacht und knapp zwei Jahrzehnte nach seinem grundlegenden Werk *Just Health Care* von 1985 einen wirkmächtigen Ansatz zur prozeduralen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen vorgelegt, von dem noch die Rede sein wird (Daniels/Sabin 2002 und 2008). In den letzten Jahren bearbeitet er zudem zunehmend Fragen der internationalen Gesundheitsgerechtigkeit und nimmt die sozialen Determinanten von Gesundheit in den Blick (Daniels 2008, siehe Kapitel 2 dieser Zusammenfassung).

Moderner Kommunitarismus

In eine sehr andere Richtung geht der Vorschlag zur Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung von Daniel Callahan (Callahan 1987, 1990, 1998). Callahan kann am ehesten der Theoriefamilie des modernen Kommunitarismus¹⁸ zugeordnet werden, in der Nachfolge von Autoren wie Charles Taylor, Michael Walzer, Amitai Etzioni oder Michael Sandel.¹⁹

¹⁷ Die Verfasserin hat sich mit Daniels' Arbeiten ausführlich in Buyx (2005d) auseinandergesetzt und führt diese dort einer detaillierten Kritik zu.

¹⁸ Der Kommunitarismus wird von vielen weniger als eine einheitliche Theorie betrachtet; der Begriff bündelt vielmehr eine Reihe von kritischen Reaktionen auf und Auseinandersetzungen mit dem Liberalismus rawlsianischer Prägung.

¹⁹ Walzer und Sandel ordnen sich selbst dem Liberalismus und verschiedenen Formen des Egalitarismus zu; allerdings werden sie in der Auseinandersetzung mit Rawls' Theorie und innerhalb der darauf folgenden Debatten von vielen zumindest als Vertreter der Egalitarismuskritik und oft als Anhänger moderner kommunitaristischer Ideen angesehen. Übersichten z.B. in Forst 1996, Honneth 1993. Callahan fällt angesichts seiner im Folgenden ausgeführten Annahmen klar in das Lager der modernen Kommunitaristen.

In sehr knapper Zusammenfassung nehmen Kommunitaristen an, dass liberale Theoretiker ein verfehltes „atomistisches“, also auf das einzelne Individuum zugespitztes, Personenkonzept voraussetzen. Über die Grundsätze der Gerechtigkeit können nach kommunitaristischer Vorstellung nur in Beziehungen und eine bestimmte Gemeinschaft (*communitas*) eingebettete Menschen befinden. Eine Gemeinschaft definiert sich über gemeinsam geteilte Wert- und Moralvorstellungen, die ihrer Vorstellung vom guten Leben zugrunde liegen, sowie verschiedenen sozialen Praktiken und Traditionen. Nur auf der Basis einer solchen gemeinsamen Theorie des Guten bzw. des guten Lebens kann sinnvoll über Gerechtigkeit nachgedacht werden. Kommunitaristen betonen deshalb die Abhängigkeit des Einzelnen von der Gemeinschaft und unterstreichen Wert und Bedeutung eines Allgemeinwohls. Die Maximierung individueller Freiheit, vorrangiger Grundsatz des Liberalismus, muss immer verträglich mit diesem Allgemeinwohl sein und ggf. zurückstehen.²⁰

Callahan folgt in seinem Vorschlag für ein gerechtes Gesundheitswesen diesen Kernannahmen des Kommunitarismus. Ihm zufolge sind es die Bindungen von Menschen untereinander sowie die sozialen Institutionen einer Gesellschaft, die das gute Leben des Einzelnen ermöglichen und die Gesellschaft, in der er oder sie lebt, zuallererst aufrechterhalten. Nach Callahan hat daher das Wohl der Gemeinschaft/Allgemeinheit grundsätzlichen Vorrang vor dem Einzelnen, denn dieser kann nur dann ein gelungenes Leben führen, wenn die Gesellschaft, in der sich sein Leben abspielt, gut funktioniert. Vor dem Hintergrund des Gemeinwohls sind daher jene Gesundheitsbedürfnisse am wichtigsten, die die Bindungen zu anderen Menschen ermöglichen, sowie jene, die es dem Einzelnen erlauben, seine Rolle in der Gemeinschaft und in deren sozialen Institutionen zu erfüllen. Diese Bedürfnisse zu erfüllen ist nach Callahan die primäre Aufgabe einer staatlichen Gesundheitsversorgung.

Ferner schwebt Callahan eine naturalistische Konzeption des guten Lebens einer Gemeinschaft vor, die unter anderem beinhaltet, dass das Leben im Alter von um die 80 sein „natürliches Ende“ nehmen darf. Er unterstreicht den natürlichen Lebenszyklus und die damit vorgegebenen, unterschiedlichen Aufgaben und Fähigkeiten der Generationen. Diese Ordnung soll nicht leichtfertig zugunsten der Befriedigung von Wünschen und Bedürfnissen einzelner Individuen aufgegeben werden.

Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung fordert Callahan anstelle der gegenwärtig üblichen Fokussierung des Gesundheitssystems auf das Wohl des einzelnen Individuums eine stärkere Berücksichtigung des Gemeinwohls. Die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf individuelle Interessen und Wünsche – insbesondere die Bemühungen um Lebensverlängerung an den „Rändern des Lebens“ und die Befriedigung individueller Bedürfnisse nach perfekter Gesundheit in jedem Lebensstadium – birgt ihm zufolge die Gefahr, in Zukunft kein allgemeinfinanziertes System mehr erhalten zu können und daher dem Allgemeinwohl zu schaden. Der beständige Kampf der modernen Medizin mit dem Tod sowie die Erfüllung der schwer begrenzbaren Ansprüche des Individuums an die Gesundheitsversorgung verschlingen Ressourcen, die besser in die Gesundheit der Allgemeinheit investiert werden sollten. Ferner sollte Callahan zufolge der „natürliche Lebenszyklus“ mit verschiedenen Phasen – Kindheit,

²⁰ Zum modernen Kommunitarismus vgl. Honneth 1993, Bell 2001.

Jugend, Erwachsenenalter mit Reproduktion, hoher Verantwortung und maximaler Arbeitsproduktivität, sowie spätere Lebensstadien mit reduzierter Verantwortung, aber maximalem Erfahrungsschatz – sowie die „natürliche Lebensspanne“²¹ stärker berücksichtigt werden.

Callahan propagiert zuallererst eine Begrenzung der Ausgaben für die Gesundheit, die ansonsten andere wichtige soziale Unternehmungen gefährden. Innerhalb eines begrenzten Budgets für Gesundheitsversorgung will er insbesondere die Hinwendung zu lebensqualitätsverbessernder Präventiv-, Palliativ- und Rehabilitationsmedizin befördert sehen. Die Effekte dieser medizinischen Unternehmungen kommen ihm zufolge großen gesellschaftlichen Gruppen zugute und stellen sicher, dass die durchschnittliche Gesundheit einer Bevölkerung ausreichend gut ist, damit die gemeinschaftlichen Institutionen funktionieren. Aufwändigere therapeutische, lebensverlängernde, intensiv- oder rettungsmedizinische Maßnahmen sollen Menschen vor dem Ablauf der „natürlichen Lebensspanne“ vorbehalten sein; jenseits dieser Grenze steht die Erhaltung bzw. Steigerung der Lebensqualität im Vordergrund.

Vor diesem Hintergrund schlägt Callahan als zentrale Verteilungskriterien im Gesundheitswesen Alter, Nachhaltigkeit, Beziehungsdienlichkeit, Einfluss auf die Gesamtgesundheit der Bevölkerung und Eigenverantwortung vor. Eine solche Refokussierung des Gesundheitswesens kann dabei durchaus Einzelnen zum Nachteil gereichen, etwa wenn die Ressourcen für die Lebensverlängerung im höheren Alter verringert würden.

Callahans Vorschlag ist vor allem aufgrund des ungewöhnlich offensiv vertretenen Alterskriteriums und der sich aus dem gesamten Konzept ergebenden Prioritäten, die eine weitgehende Umkehr der jetzigen, den Einzelnen in den Vordergrund stellenden Versorgungspraxis bedeuten würden, sehr kontrovers. In modernen pluralen Gesellschaften erscheint die Auszeichnung einer bestimmten Vorstellung vom guten Leben und einer bestimmten, „ausreichenden“ oder „natürlichen“ Lebensspanne als problematisch. Mit seinen zum Teil leidenschaftlich vorgetragenen Thesen hat er jedoch die Erkenntnis in der Debatte um die Verteilung im Gesundheitswesen verankert, dass die hoch technisierte Akutmedizin in ihrem Kampf an den Rändern des Lebens eine Tendenz zur unaufhaltsamen Ressourcenverschlingung zeigt und Begrenzungen in der Versorgung notwendig sind; das *bottomless-pit*-Argument, auf das in Kapitel 4 dieser Zusammenfassung wieder Bezug genommen wird. Aus seinen Ausführungen lässt sich ferner das ernsthafte Bemühen ableiten, den gegenwärtig in der Praxis mit niedriger Priorität bedachten Bereichen der Versorgung chronisch Kranker, der palliativen Versorgung und der Rehabilitationsmedizin größere Bedeutung zukommen zu lassen.²²

²¹ In der normativen Bedeutung eines natürlichen Lebenszyklus und einer natürlichen Lebensdauer bezieht sich Callahan auf die Arbeiten des Natur- und Umweltphilosophen Rolston III (1986).

²² Callahans Arbeiten werden in der ethisch-palliativmedizinischen Literatur stark rezipiert; dort geht es vornehmlich um seine Überlegungen zur Bedeutung verschiedener Lebensphasen sowie zur Versorgung am Lebensende, und nur am Rande um seine Vorstellungen zur gerechten Verteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem.

Moderner Libertarismus

Schließlich ist noch ein Vorschlag zu erwähnen, der eine Alternative für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens unter Rückgriff auf eine starke libertaristische Position entwickelt, nämlich Tristram Engelhardt (1996). Engelhardt bezieht sich hierbei auf den bekanntesten Vertreter des Libertarismus insbesondere US-amerikanischer Spielart, Robert Nozick.²³ In seinem Hauptwerk betont dieser (wiederum stark verknüpft dargestellt) die individuellen Freiheitsrechte von Individuen und will staatliches Handeln auf ein absolutes Minimum beschränkt sehen. Dem libertär interpretierten Selbstbestimmungsrecht des Individuums zufolge ist dieses völlig frei in seinem Handeln und im Gebrauch seines Privateigentums, solange dadurch nicht Freiheitsrechte anderer Menschen verletzt werden.

Klassische moderne Libertäre wie Nozick erkennen keine positiv definierten Rechte an, wie etwa ein Recht auf Nahrung, Obdach, oder gar staatlich vorgehaltene Gesundheitsversorgung, sondern nur negativ definierte Freiheiten, wie etwa die Freiheit, nicht angegriffen, beraubt oder zensiert zu werden. Ein Allgemeinwohl, staatlich organisierte soziale Maßnahmen oder gar eine gemeinsame Idee des guten Lebens, die eine Gesellschaft bei Verteilungsentscheidungen zugrunde legt, werden von den meisten Libertäre als unvereinbar mit individuellen Freiheitsrechten angesehen. Allerdings gibt es Autoren, zu denen auch Engelhardt zu zählen ist, die annehmen, dass kleine Gruppen Gleichgesinnter, die sich freiwillig zusammenfinden, eine geteilte Vorstellung vom Guten entwickeln können. Wie jedes einzelne Individuum haben solche Gruppen das Recht, diese Vorstellung umzusetzen und dabei von staatlichen Eingriffen unbehelligt zu bleiben; es sei denn, sie verletzen die Freiheitsrechte anderer.

Engelhardt deutet in seinen Arbeiten wiederholt auf die große Pluralität von Werten und Zielvorstellungen in modernen Gesellschaften hin. Dieser ist ihm zufolge auch bei der Verteilung knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen. Damit vertritt er eine Position, die z.B. Callahans Ansichten diametral entgegengesetzt sind. Er nähert sich dessen Vorschlag insofern an, als er ebenso wie Callahan darauf hinweist, wie wichtig für Menschen die soziale Verankerung ist, wenn es um gerechte Verteilung geht – nicht nur in der Gesundheitsversorgung. Er betont die Bedeutung der Freiheit von Individuen, gemeinsam mit Gleichgesinnten nach ihrer Vorstellung vom guten Leben leben zu können. Während allerdings Callahan glaubt, *eine* geteilte Vorstellung des Guten in der Gesellschaft ausmachen zu können, die die soziale Verankerung gewährleistet, geht Engelhardt von maximalem Wertpluralismus aus; betont also, dass es sehr viele verschiedene kleine Wertgemeinschaften gibt, die sich in ihren Ansichten zum Teil deutlich unterscheiden. Deswegen darf ihm zufolge auf keinen Fall versucht werden, allen diesen verschiedenen Wertgemeinschaften *eine* Vorstellung des guten Lebens, etwa in Form einer staatlichen Gesundheitsversorgung mit bestimmten, wert-gestützten Prioritäten in der Versorgung, überzustülpen; ein solcher Versuch ist Engelhardt zufolge unzulässiger staatlicher Zwang. Die Bruchlinie zwischen Kommunitaristen, die ein geteiltes Gutes oder eine gemeinschaftliche Vorstellung vom guten Leben voraussetzen und als normative Grundlage ihrer Vorschläge für die Ausgestaltung gesellschaftlicher Institutionen verwenden, und Libertären, die genau dies strikt ablehnen, tritt hier sehr anschaulich zutage.

²³ Nozick 1974.

Engelhardt schlägt vor, die Gesundheitsversorgung innerhalb kleinerer Strukturen anzusiedeln – vorzustellen etwa als kleine Krankenversicherungen, die von den Mitgliedern einer Gemeinschaft mit geteilten Vorstellungen über das gute Leben und die dafür wichtigen medizinischen Leistungen selbst organisiert werden. Innerhalb dieser Versorgungseinheiten kann die jeweilige Version gerechter Versorgung mit Gleichgesinnten deliberativ ausgehandelt und umgesetzt werden.

Der Grundgedanke, staatliche Wertepluralität mit einer „klein-kommunitaristisch“ anmutenden Gemeinschaftsauffassung zu verbinden und daraus ein in viele Versorgungseinheiten aufgespaltenes Gesundheitswesen zu entwickeln, wird auch von anderen Autoren vertreten; am prominentesten von Ezekiel Emanuel, allerdings nicht auf der Grundlage libertaristischen, sondern vielmehr liberalen Denkens.²⁴ Die resultierenden Regelungsvorschläge differieren dann allerdings deutlich: Engelhardt lehnt im Einklang mit libertärem Denken einen Anspruch auf solidarisch finanzierte Versorgung grundsätzlich ab. Er stellt sich das Gesundheitswesen als ein reines Marktsystem vor. Jenen, die nicht das Glück haben, zu wohlhabenden Gruppen Gleichgesinnter zu gehören, soll eine durch Spenden finanzierte minimale Grundversorgung zur Verfügung gestellt werden. Emanuel hingegen setzt voraus, dass sich über die liberale Chancengleichheit ein Anspruch auf allgemeine Gesundheitsversorgung begründen lässt. Er will in Form eines solidarfinanzierten Gutscheins allen Bürgern die Möglichkeit eröffnen, sich ihre Versorgungsstruktur auszuwählen.

Während Emanuels Vorschlag insgesamt erstaunlich wenig Resonanz in den Fachdebatten erfahren hat,²⁵ ist Engelhardts Vorschlag scharf kritisiert worden (z.B. Steigleder 2003), insbesondere aufgrund der libertär geprägten Auffassung von Eigentum und der daraus resultierenden Abneigung gegen solidarfinanzierte staatliche Unternehmungen. Es besteht in den Fachdebatten mehr oder weniger Einigkeit darüber, dass ein reines Marktsystem im Gesundheitswesen mit vielfältigen Problemen behaftet ist und im Ergebnis anderen als libertären Gerechtigkeitsvorstellungen – und damit auch der Vorstellung, die z.B. der sozialstaatlichen Gesellschaftsform in Deutschland zugrunde liegt – widerspricht.²⁶ Der Gedanke, dass die Bedürfnisse an und die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung sehr stark von den jeweiligen Wertüberzeugungen der Menschen abhängen, ist jedoch überzeugend und hat Einfluss in die Debatten gefunden. Zunehmend wird diskutiert, ob nicht Gesundheitswesen mit vielen Wahlmöglichkeiten jenseits einer Grundversorgung modernen pluralistischen Gesellschaften ganz besonders entsprechen.

Prozedurale Gerechtigkeit: Wie verteilen?

Die vorgestellten Entwürfe nehmen sich der Gerechtigkeitsprobleme in modernen Gesundheitswesen auf der theoretischen Begründungsebene an, indem sie politisch-philosophische Theorien explizit auf den Gesundheitsbereich übertragen. Dabei zielen die

²⁴ Emanuel 1991 und viele nachfolgende Arbeiten.

²⁵ In den USA gehört Emanuel zu den prominentesten Bioethikern und hat u.a. in der Obama-Administration als Berater in Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens gearbeitet. Seine vielen hochrangigen Publikationen werden breit zitiert; erstaunlicherweise ist aber sein 1991 vorgelegter Vorschlag für das Gesundheitswesen im Vergleich zu seinen anderen Arbeiten nur wenig diskutiert worden.

²⁶ Eine Ansicht, die seit der klassischen Arbeit von Kenneth Arrow verankert ist (Arrow 1963).

resultierenden Regelungsvorschläge vor allem auf grundsätzliche strukturelle Einrichtungen bzw. deren Veränderungen ab. Es überrascht daher wenig, dass allen Vorschlägen angelastet worden ist, sie seien wenig geeignet, konkrete Anleitung für die Verteilungsprobleme in der Praxis zu bieten. Die eingangs aufgeworfenen Fragen danach, welche Bereiche, Krankheiten, Verfahren, Patientengruppen etc. Vorrang genießen sollen – also, welche *Prioritäten* im Gesundheitswesen gesetzt werden sollen,²⁷ wie das getan wird und welche *Verteilungskriterien* dabei zum Einsatz kommen sollen –, lassen sich nicht ohne Weiteres aus den Vorschlägen ableiten; stellen sich jedoch zunehmend im Alltag der Gesundheitsversorgung auf der politischen Makro- wie auf der klinischen Meso- und Mikroebene.

Eine der umstrittensten Fragestellungen, nämlich ob im Gesundheitswesen *rationiert* (also sinnvolle Maßnahmen vorenthalten) und nicht nur *rationalisiert* (also effizient mit vorhandenen Ressourcen umgegangen) werden muss, wird gegenwärtig in der Fachwelt ganz überwiegend bejaht.²⁸ Dass Rationalisierung, wie etwa das Vermeiden von Verschwendung und Unnötigem, Vorrang vor der Rationierung haben sollte, wird dabei meist vorausgesetzt. Weniger Einigkeit besteht hingegen darüber, wie die nach überwiegendem Dafürhalten dennoch notwendige Rationierung am besten – und damit am „schmerzlosesten“ und gerechtesten – umzusetzen ist. Noch vor jeder Bestimmung inhaltlicher Kriterien der Rationierung, wie sie im folgenden Abschnitt und in späteren Kapiteln dieser Zusammenfassung erörtert werden, stellt sich die grundlegende Frage, ob Leistungsbegrenzungen offen und transparent vorgenommen werden (*explizite Rationierung*), oder aber der Öffentlichkeit vorenthalten werden sollen (*implizite Rationierung*).

Vertreter des Verteilungsmodus der impliziten Rationierung, der gelegentlich auch als *elegantly muddling through* beschrieben wird (Sommer 2001, Hunter 2002, Mechanic 1997), bringen vor, dass die Nachteile offenen Rationierens zusammen genug normatives Gewicht hätten, um ein elegantes ‚Durchwursteln‘ vorzugswürdig erscheinen zu lassen. Die alltäglich in der klinischen Praxis notwendigen Rationierungsentscheidungen, so die Proponenten impliziter Rationierung, beruhen auf sozialen Überlegungen und verschiedenen, zum Teil nicht medizinischen Verteilungskriterien, und daher nicht auf reiner medizinischer Notwendigkeit. Vielfach handele es sich um Entscheidungen, die nicht im besten Interesse des jeweils betroffenen Patienten sind. Solche Entscheidungen – notwendig, aber schmerzhaft für das betroffene Individuum – sollten einem vulnerablen, kranken Patienten vorenthalten werden, um nicht den Heilungsprozess zu behindern, das Vertrauen in Ärzte als Anwälte ihrer Patienten zu

²⁷ Für die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen hat sich der Begriff der *Priorisierung* eingebürgert. Er bezeichnet die Einordnung von Leistungen anhand von einem oder mehreren Verteilungs- oder Priorisierungs-Kriterien in eine Rangfolge ihrer Wichtigkeit. Das Gegenteil von Priorisierung bezeichnet man als *Posteriorisierung*. Leistungen, die weit oben auf einer Prioritäten-Skala oder -Liste zu stehen kommen, haben einen höheren Prioritätsrang und werden niedriger stehenden Leistungen vorgezogen; letztere werden also posteriorisiert. Meist geht es im Kontext der Verteilung von medizinischen Ressourcen um die Priorisierung von Leistungen bei bestimmten medizinischen Indikationen (sogenannte *condition-treatment-pairs*), es können aber auch Patientengruppen, Krankheiten, Bereiche der Versorgung oder Versorgungsziele priorisiert werden. Man unterscheidet ferner gelegentlich noch eine vertikale von einer horizontalen Priorisierung (vertikal: Priorisierung von Leistungen innerhalb eines umschriebenen Bereiches, z.B. einer medizinischen Fachdisziplin wie der Kardiologie; horizontal: Priorisierung verschiedener Bereiche oder Patientengruppen etc.).

²⁸ S. die vorangegangenen Ausführungen und z.B. Beiträge in Schöne-Seifert/Buyx/Ach 2006, Breyer/Kliemt/Thiele 2002; vgl. aber auch das sogenannte ‚Ulmer Papier‘ der deutschen Ärzteschaft mit – erstmals – deutlichen Aussagen in dieser Richtung (Bundesärztekammer 2008).

beeinträchtigen, sowie den Glauben an die Medizin als primär patientendienliches Unterfangen zu zerstören. Die „tragischen Entscheidungen“ (Calabresi/Bobbit 1978), die erfordern, dass Bedürfnisse verschiedener Gruppen gegeneinander abgewogen werden, sollten der Expertengruppe vorbehalten bleiben, welche den Patienten am nächsten steht und am besten dafür sorgen kann, dass die Patienten durch geschicktes Verteilen und Wirtschaften so wenig wie möglich an klinischem Nutzen verlieren: also den Ärzten. Andernfalls könnten, bei offen vorgenommener Rationierung, die „Verlierer“ protestieren und für soziale Unruhe sorgen; es könnten zudem wichtige (Symbol-)Werte der Gesellschaft, wie etwa die „Preislosigkeit“ eines jeden Lebens, erodiert werden (Mechanic 1997, Bobbit/Calabresi 1978, Hunter 2002, Robertson 2007).

Gegen diese Auffassung sind entsprechende Argumente entwickelt worden (Schöne-Seifert 2001, Ham/Coulter 2001, Daniels 2008: Kap. 4, Arbeitsgruppe „Gerechte Ressourcenallokation im Gesundheitswesen“ 2006 sowie Beiträge in Zimmermann-Acklin/Halter 2007). Verstecktes Rationieren, so die Vertreter expliziter Rationierung, biete zu viel Raum für willkürliches Verteilen, Fehler und Missbrauch. Damit aber entspreche es dem Anspruch an gerechte und faire Allokation viel weniger als eine kriteriengeleitete und kontrollierte Verteilung, die dazu anhält, Entscheidungen zu begründen und auf die Übereinstimmung mit den jeweils ausgewählten Verteilungskriterien zu überprüfen. Patienten bzw. Bürger, denen überzeugende Gründe für Einschnitte präsentiert werden bzw. die im idealen Fall an der Bestimmung der zugrunde gelegten Kriterien beteiligt sind, könnten zudem die Schmerzhaftigkeit der Entscheidungen besser ertragen. Ein Vertrauensverlust oder eine Werterosion seien viel wahrscheinlicher, wenn implizit und unausgesprochen Mittel und Maßnahmen vorenthalten werden, und dies ans Tageslicht tritt. Gerade weil die Verteilungsentscheidungen bei Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen normativer Art sind, hätten Ärzte (wie bereits eingangs angesprochen) keine über das medizinische Fachwissen hinausgehende Expertise, sie zu treffen. Wenn zutage träte, dass diese schwierigen Entscheidungen heimlich und an der Öffentlichkeit vorbei getroffen und Patienten getäuscht werden, könnte der Vertrauensverlust weitaus größer sein, als wenn Ärzte offen, transparent und anhand gesellschaftlich konsentierter Prinzipien rationieren. Und schließlich könne aus unserer demokratischen Gesellschaftsordnung ein Anspruch der Bevölkerung abgeleitet werden, über wichtige staatliche/soziale Entscheidungen, die Wohl und Wehe, Leib und Leben betreffen, nicht bewusst getäuscht zu werden.

Die kontroverse und bisher nicht entschiedene Debatte um explizites vs. implizites Rationieren fällt in den Bereich der prozeduralen Gerechtigkeit: Wie können die Prozesse der notwendigen Mittelallokation so gestaltet werden, dass sie gerecht sind und zu fairen und akzeptablen Ergebnissen führen? Sollten die Prozesse offen und transparent sein, oder sollte implizit verteilt werden (die Kernfrage der Kontroverse um *muddling through*)? Weitere Fragestellungen prozeduraler Gerechtigkeit sind etwa, wer an diesen Prozessen beteiligt sein sollte, und wie nachhaltig kontrolliert werden kann, dass die Vorgaben, die im Rahmen des Prozesses

erarbeitet werden, auch tatsächlich im alltäglichen Geschäft der Mittelverteilung eingehalten werden.²⁹

Um Antworten auf diese Herausforderungen wird gegenwärtig gerungen; die Vertreter offener und transparenter Verteilung scheinen dabei, zumindest in der Diskussion um Mittelallokation im Gesundheitswesen, insgesamt die besseren Argumente ins Feld zu führen. Das einflussreichste theoretische Konzept eines weitgehend expliziten Verteilungsmodus stammt wiederum von Norman Daniels und seinem Kollegen James Sabin (Daniels/Sabin 2002 und 2008). Unter dem Titel der „Verantwortlichkeit für Vernünftigkeit“ (*accountability for reasonableness*) schlagen Daniels und Sabin vier Kriterien vor, deren sorgfältige Verwendung ihnen zufolge prozedurale Gerechtigkeit und faire Ergebnisse zu gewährleisten vermag. Es sind dies:

1. die *Öffentlichkeit* der jeweils gewählten Gründe für Verteilungsentscheidungen;
2. die Anerkennung der *Relevanz* der Gründe durch alle vernünftigen Beteiligten an der Entscheidungsfindung, die zugleich keine Eigeninteressen verfolgen dürfen;
3. die Etablierung von *Mechanismen der öffentlichen Kritik* sowie die *Revidierbarkeit* der getroffenen Entscheidungen; sowie
4. die Einführung von staatlichen *Kontroll-Maßnahmen*, die sicherstellen, dass die Konditionen 1.-3. bei allen wichtigen Entscheidungsprozessen erfüllt sind.

Der rawlsianische Ursprung von Daniels' und Sabins Modell ist unverkennbar – die vorgestellte Entscheidungssituation und die Anforderungen an jene, die daran beteiligt sind sowie an die Qualität ihrer Gründe (Vernünftigkeit, Unparteilichkeit, Relevanz) können als ein in die heutige Praxis übertragenes Modell von Rawls' Gedankenexperiment der *original position* verstanden werden.³⁰ „Accountability for reasonableness“ wird inzwischen in verschiedenen Ländern mit Erfolg bei der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen eingesetzt (beispielsweise Schweden, UK, Norwegen, Neuseeland; einen Überblick bieten Daniels/Sabin 2008: Kap. 12).

Verteilungskriterien

Daniels hatte seinen *accountability for reasonableness*-Ansatz ursprünglich entwickelt, weil er inhaltlich bestimmte – materiale – Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit vermeiden wollte. In einem bekannten Aufsatz von 1993 hatte er ausgearbeitet, dass vernünftige Menschen gerechtfertigt darüber uneins sein können, wie verschiedene materiale Kriterien der Verteilung bzw. Prioritätensetzung in der Krankenversorgung gegeneinander abgewogen werden sollen. So gibt es zum Beispiel hinsichtlich der Kriterien der medizinischen Dringlichkeit, der Effizienz und der Chancengleichheit intuitiv sehr weitgehende Übereinstimmung, dass sie jeweils einzeln maßgebliche Verteilungskriterien darstellen. Sie im Konfliktfall in eine lexikalische oder eine kardinale Ordnung zu bringen ist hingegen deutlich schwieriger (Daniels 1993, ähnlich Brock 2002). So wollen z.B. die meisten Menschen, wenn sie, hypothetisch, über die Verteilung knapper Gesundheitsressourcen nachdenken, weder immer jene mit den besten Heilungsaussichten vorziehen noch zugunsten von Chancengleichheit ganz ignorieren, welches

²⁹ Eine noch immer aktuelle Übersichtsarbeit zur prozeduralen Gerechtigkeit ist etwa Tschentscher 2000.

³⁰ Zur *original position* und dem Schleier des Nichtwissens vgl. etwa Eggers 2008.

Ergebnis durch den Ressourceneinsatz erzielt werden kann. Wie bzw. wann genau aber der *trade-off* zwischen Ergebnis und Chancen erfolgen soll, darüber besteht Uneinigkeit. Ähnlich verhält es sich bei der Abwägung zwischen verschiedenen großen Gruppen Kranker mit unterschiedlicher Erkrankungsintensität bzw. unterschiedlichem Behandlungsbedarf: Die meisten Menschen würden einem Schwerkranken nicht die teure lebenserhaltende Therapie vorenthalten wollen, selbst wenn mit denselben Ressourcen viele weniger schwer erkrankte Patienten behandelt werden könnten. Umgekehrt zeigen robuste Befragungsergebnisse, dass die wenigsten Befragten bereit sind, unendlich viele Ressourcen zugunsten der Rettung eines Lebens aufzuwenden, wenn dadurch Engpässe in anderen Versorgungsbereichen entstehen. Diese empirischen Ergebnisse, übersichtsartig in Nord 1999 dargestellt, spiegeln Frontstellungen in modernen theoretischen Debatten um ‚moderate‘ utilitaristische Modelle sowie die *do/should numbers count?*-Debatte, auf die hier nicht weiter eingegangen wird.³¹ Auch andere Verteilungskriterien, wie etwa die Kosteneffektivität von Maßnahmen, das Alter oder die Eigenverantwortung von Patienten sind, wie im Folgenden skizziert, stark umstritten.

Diese Kontroversität der materialen Kriterien hatte Daniels und andere Autoren dazu bewogen, eine vollständige Beschränkung auf prozedurale Kriterien für die Allokation knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung vorzuschlagen. Tatsächlich zeigt bereits die folgende, kurze Auflistung relevanter Fragen und Probleme, wie viel Arbeit noch zu leisten ist, bevor die Verteilung im Gesundheitswesen anhand von konsentierten materialen Kriterien erfolgen kann. Es darf aber in jedem Fall mit Recht angezweifelt werden, ob der vermeintliche Ausweg aus dieser Lage – die Konzentration auf rein prozedurale Kriterien – gerechtfertigt ist. Es erscheint zumindest verfrüht, nicht die weiteren Ergebnisse einer so relativ jungen und interdisziplinären Debatte wie jener um die materialen Verteilungskriterien im Gesundheitswesen abzuwarten, nur weil sich kurzfristig keine Einigung hinsichtlich konfligierender Kriterien abzeichnet. Gerade diese Konflikte deuten darauf hin, dass eine Analyse der jeweiligen ethischen Grundannahmen materialer Kriterien sowie ihrer Bedeutung im Rahmen von Priorisierungsverfahren wertvolle Erkenntnisse und Lösungsansätze liefern könnte, die im Rahmen eines rein prozeduralen Gerechtigkeitsverständnisses nicht zutage gefördert werden könnten. Kapitel 4 und 5 dieser Zusammenfassung beleuchten zwei der Kriterien – Wirksamkeit und Eigenverantwortung – in der Zusammenschau mit politisch-philosophischen Theorien und leisten einen Beitrag zu den aktuellen weiterführenden Debatten zu materialen Verteilungskriterien.

Als eine der wenigen Übereinkünfte in der bewegten Kriterien-Debatte hat sich bisher herausgestellt, dass ein *multi-kriteriales* Verfahren, wie es z.B. Schweden bei der Priorisierung in verschiedenen Versorgungsbereichen angewendet hat (National Centre for Priority Setting 2007), am erfolgversprechendsten ist und die vielen Dimensionen der Entscheidungen im Gesundheitswesen am besten wiedergeben kann. Welche Kriterien dabei in welchem gegenseitigen Verhältnis zum Einsatz kommen sollen – diese schwierige Fragestellung bleibt, insbesondere in Deutschland, allerdings vorerst ungelöst.

³¹ Vgl. aber dazu Schöne-Seifert 2008, Lübke 2004, Kamm 1993.

Die folgende Liste enthält in knapper Zusammenfassung, unter Anführung jeweils beispielhafter umstrittener Aspekte, eine Aufzählung einiger wichtiger Kriterien der Verteilung medizinischer Leistungen.

Wirksamkeit

Es muss zunächst zwischen patientenzentrierter und populationsbasierter bzw. bevölkerungsrelevanter Wirksamkeit und deren Gegenteil (Vergeblichkeit/Sinnlosigkeit, *futility*) unterschieden werden. Die Fragen beider Ebenen sind sowohl isoliert als auch in ihrem Zusammenhang betrachtet problematisch und werden intensiv verhandelt. In den Bereich der bevölkerungsrelevanten Wirksamkeit fällt das Abwägungsproblem zwischen einer Versorgung von sogenannten *orphan diseases* (sehr seltenen Erkrankungen) und den großen Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ II oder Koronare Herzkrankheit. In Bezug auf Patienten ist beispielsweise stark umstritten, welcher Grad an Wirksamkeit eine Behandlung noch rechtfertigt bzw. rechtfertigen muss. Sollte es für medizinische Maßnahmen Schwellen „marginaler Wirksamkeit“ geben? Jüngere Rechtsentscheidungen berufen sich auf konkurrierende ethische Prinzipien und erteilen, zumindest im Bereich lebensbedrohlicher Krankheiten, einem geforderten Wirksamkeitsniveau eine Absage (sogenannter „Nikolausbeschluss“, siehe Bundesverfassungsgericht 2005, kritisch z.B. Huster 2006). Die Verfasserin stellt in Kapitel 4 dieser Zusammenfassung dar, dass Wirksamkeitsschwellen nicht nur eine große intuitive Plausibilität besitzen, sondern sich zudem gerechtigkeits-theoretisch rekonstruieren lassen.

Medizinische Notwendigkeit, medizinische Dringlichkeit

Durch das fundamentale Kriterium der Notwendigkeit wird das jeweilige Bedarfsniveau bei einer bestimmten Erkrankung festgelegt. Aus seiner Verwendung in der Allokation von Transplantaten ergab sich unter anderem die bisher noch ungeklärte Frage, inwieweit dieses breit eingesetzte, vermeintlich neutrale, medizinisch-deskriptive Kriterium normativ wertende Anteile enthalten kann, die es zu differenzieren gilt (Sabin/Daniels 1994). Ähnliches gilt für das Kriterium der Dringlichkeit, das dem der Notwendigkeit verwandt, jedoch keinesfalls mit ihm identisch ist. Auch bei diesem handelt es sich um ein vordergründig beschreibendes, objektives Kriterium, das allerdings in seiner Entscheidungsreichweite vielfältige normative Aspekte mit sich bringt, die zwar kontrovers diskutiert, aber trotz seiner intensiven Verwendung keinesfalls vollständig aufgeschlüsselt sind. So ist etwa nach wie vor ungeklärt, ob die akute Lebensbedrohlichkeit eines Zustandes (als maximale Dringlichkeit) immer alle anderen Erwägungen der Mittelverteilung ‚übertrumpfen‘ soll. Hinter dieser *rule of rescue* (Hadorn 1991, McKie/Richardson 2003), die zur Begründung eines weitgehend unbegrenzten Ressourceneinsatzes z.B. in der Rettungsmedizin eingesetzt wird, stehen (vorwiegend symbolische) Prinzipien wie die bereits zitierte „Preislosigkeit“ menschlichen Lebens, die allerdings unter Bedingungen von Knappheit mit Geboten wie Solidarität und Kriterien wie Wirksamkeit in Einklang zu bringen ist.

Kosteneffektivität

Ursprünglich als eine Kategorie empfunden, die in der Medizin gar keine Rolle spielen sollte, wird Kosteneffektivität heute als ein Kriterium verstanden, das – zum Wohl des Patienten ebenso wie zum Wohl des jeweiligen Gesundheitssystems – die Kosten-Nutzen-Relation einer bestimmten Maßnahme abbildet. Es gibt eine umfangreiche Debatte darüber, auf welche Parameter sich die Kosteneffektivität beziehen soll. Als eines der besonders umstrittenen Beispiele sei die Verrechnung von gewonnenen Lebensjahren mit der Lebensqualität von Patienten genannt, gemessen in sogenannten QALYs (*quality adjusted life years*). Ob und in welcher Form QALYs oder ähnliche summarische Einheiten wie DALYs (*disability adjusted life years*) die Grundlage von Kosteneffektivitätsbestimmungen sein können und sollen (etabliert sind QALYs etwa in Großbritannien, und DALYs werden von der Weltbank und in WHO-Reporten verwendet), ist nach wie vor Gegenstand intensiver Debatten (vgl. nur Marckmann/Siebert 2002, Brock 2004 mit vielen Verweisen, sowie neuerdings IQWiG 2008 und Deutscher Ethikrat 2011). Aber auch die verwandte Frage, wie gerechtigkeitsrelevante Faktoren (*equity weights*) in die Kosten-Nutzen-Berechnung eingearbeitet werden können – etwa die Vermeidung von systematischer Unterbewertung gewonnener QALYs bei Menschen mit insgesamt geringerer Lebensqualität (z.B. bei Behinderungen), oder die unterschiedliche Bewertung von QALYs je nach Ausgangsniveau, Todesnähe etc. –, ist noch weitgehend offen (Nord 1999).

Alter

Das kalendarische Alter als ein Verteilungskriterium zu verwenden, wird angesichts der demographischen Entwicklung und der hohen Krankheitskosten von Patienten jenseits des 65. Lebensjahres vor allem in den USA bereits seit ungefähr 20 Jahren diskutiert.³² In Deutschland ist diese Debatte erst wenige Jahre alt, doch die empirische Situation ist dieselbe: Der Anteil der Bevölkerung im hohen Alter wächst aufgrund der höheren Lebenserwartung beständig, während der Anteil der jüngeren Bevölkerung aufgrund geringerer Geburtenraten abnimmt (sogenanntes *double aging*, Marckmann 2006). Da beispielsweise eine Patientin jenseits der 85 ungefähr 17-mal so viele Gesundheitsressourcen pro Jahr verbraucht wie ein 25-jähriger Mann (Statistisches Bundesamt 2008), ergibt sich eine zunehmende Ressourcenumverteilung von der jüngeren hin zur älteren Generation. Dieser Zustand führt angesichts der Ressourcenknappheit zu Gerechtigkeitsproblemen – etwa, ob es fair ist, dass die jüngere Generation das gegenwärtige, immer teurere Versorgungsniveau finanziert, ohne zu wissen, ob sie jemals eine vergleichbare Versorgung wird haben können. Auf der individuellen Ebene stellt sich die Frage, ob nicht ab einem bestimmten Lebensalter angenommen werden darf, dass Menschen bereits ein gutes Leben gelebt und viele Lebensprojekte umgesetzt haben und es deshalb unfair wäre, bei der Verteilung lebensrettender Ressourcen jene zu benachteiligen, die noch gar nicht die Chance hatten, ein solches Alter zu erreichen (sogenanntes *fair innings* Argument; vgl. Harris 1985: 91-94 oder Williams 1997). Die verschiedenen Vorschläge einer Berücksichtigung des Alters bei der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen (Daniels 1985: Kap. 5, Callahan 1987, 1990 und Kapitel 1 dieser Zusammenfassung) werden in der deutschen Debatte noch wenig

³² Beispiele in Marckmann 2003.

erörtert; vordringlicher erscheint die Frage, ob dieses Kriterium überhaupt akzeptabel sein könnte (bejahend: Breyer 2006, dagegen: Marckmann 2003).

Eigenverantwortung

Trotz der Verankerung dieses Kriteriums in der deutschen Sozialgesetzgebung³³ und der breiten öffentlichen Diskussion über Eigenverantwortung von Patienten wird sehr kontrovers beurteilt, inwieweit und, wenn ja, in welcher Form eine konkrete Umsetzung von Eigenverantwortung als einem Kriterium der Verteilung gerechtfertigt ist. Sicher ist inzwischen, angesichts jahrzehntelanger epidemiologischer Forschung, dass das individuelle Gesundheitsverhalten ein wesentlicher – wenn nicht, summarisch gesehen, der wesentlichste – Faktor für die Gesundheit von Individuen und Populationen ist. Eine Beeinflussung der Bevölkerung hin zu einem gesunden Lebensstil (ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung, wenig Alkohol, kein Tabak etc.) würde eine bessere allgemeine Gesundheit nach sich ziehen und, in der Folge, vermutlich viel Leid vermeiden und beträchtliche Ressourcen sparen. Allerdings besteht die Schwierigkeit, in der Medizin klare kausale Zuweisungen vorzunehmen; ferner ist sehr umstritten, ob das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung vollständig frei gewählt, oder aber von äußeren Faktoren, wie etwa dem sozio-ökonomischen Status, (mit-)determiniert wird. Ob es unter diesen Voraussetzungen akzeptabel wäre, mit einem Verteilungskriterium der Eigenverantwortung ein bestimmtes Gesundheitsverhalten zu bevorzugen oder einzufordern bzw. zu bestrafen, oder ob dies unzulässigem staatlichen Paternalismus gleichkäme, wird in der breiten Diskussion um Eigenverantwortung heftig diskutiert und sehr unterschiedlich bewertet. In Kapitel 5 dieser Zusammenfassung wird die Frage nach der Eigenverantwortung erneut aufgegriffen und vor dem Hintergrund neuerer Vorschläge, welche sich politisch-philosophischer Theorien bedienen, vertieft diskutiert.

In den folgenden Kapiteln wird der Forschungsbeitrag der Verfasserin (zum Teil gemeinsam mit Kollegen) zu den in diesem Kapitel dargestellten Diskussionen zusammenfassend aufgezeigt. Dabei beschränkt sich die Auswahl der Publikationen auf jene, die direkt mit dem gewählten Thema im Zusammenhang stehen; die Arbeiten der Autorin zu anderen Bereichen der biomedizinischen Ethik und der Medizintheorie finden sich im gegliederten Publikationsverzeichnis und im beigelegten Hartdruck.

³³ Sozialgesetzbuch V, § 1.

Kapitel 2 Gleichheit und moderne Public Health-Politik

In Bezug genommene Publikationen:³⁴

Buyx A, Huster S (2010) Ethische Aspekte von Public Health. *Ethik in der Medizin* 21(3): 175-7. (Klasse 3-Journal, IF 0,4)

Buyx A (2010) Wie gleich kann Gesundheit sein? Ethische und gerechtigkeits-theoretische Aspekte gesundheitlicher Ungleichheiten. *Das Gesundheitswesen* 72(1): 48-53.

Einleitung

Gesundheit ist entlang des sozio-ökonomischen Gradienten stratifiziert. In allen entwickelten Ländern – so auch in Deutschland – gibt es Unterschiede im Gesundheitszustand, die eng mit sozio-ökonomischen „Klassen“ oder „Schichten“ korreliert sind – je wohlhabender jemand ist, desto gesünder ist er auch, und umgekehrt. Die empirische Datenlage in dieser Hinsicht wird von der Epidemiologie und anderen Public Health-orientierten Disziplinen zunehmend detailliert erforscht und interpretiert. Es erfolgt allerdings innerhalb dieser Disziplinen wenig Auseinandersetzung mit den normativen Fragen, die sich aus den sozial-korrelierten gesundheitlichen Ungleichheiten ergeben. Angesichts der klar belegten Ungleichheiten (in den meisten entwickelten Ländern leben beispielsweise Männer aus dem untersten sozio-ökonomischen Viertel rund zehn Jahre kürzer als jene aus dem obersten Viertel) und deren enormer gesundheitspolitischer Bedeutung besteht hier also Forschungsbedarf. Das folgende Kapitel wendet sich einigen der Fragen im Kontext der ‚Gesundheitsgleichheit‘ zusammenfassend zu.

Gesundheitliche Ungleichheiten – die empirische Situation

Je höher der sozio-ökonomische Status eines Menschen, desto besser seine Gesundheit. Mit diesem erstaunlich einfachen Credo lässt sich die jahrzehntelange Forschung zusammenfassen, die sich mit den sozialen Determinanten von Gesundheit beschäftigt.³⁵ Von einigen wenigen Ausnahmen wie Asthma oder Erkrankungen des allergischen Formenkreises abgesehen, sind Menschen umso kränker, je weniger Einkommen sie haben, je geringer ihre Bildung und je schlechter ihr beruflicher Status ist.³⁶ Dieser Zusammenhang zeigt sich nicht, wie man annehmen könnte, nur bei den unteren Schichten, sondern bis in die höchsten Stufen der sozio-ökonomischen Leiter. Auch dort ist jeder Schritt abwärts mit schlechterer Gesundheit verbunden. Die schichtspezifische Stratifikation gilt zudem nicht nur für die Lebenserwartung, sondern für die meisten wichtigen Indikatoren individueller und populationsbasierter Gesundheit: Ungleichheiten finden sich in der Morbidität der weit überwiegenden Anzahl häufiger akuter wie chronischer Erkrankungen, sowie in Bezug auf das Lebensalter, in dem chronische Erkrankungen eintreten, und hinsichtlich vielfältiger Aspekte gesundheitsbezogener Lebensqualität. Zu-

³⁴ Der kurze Beitrag mit Prof. Stefan Huster ist Teil eines gemeinsam herausgegebenen Sonderheftes in der Zeitschrift *Ethik in der Medizin* (siehe Gesamtliteraturverzeichnis und Originalpublikationen). Der relevante Forschungsbeitrag findet sich vor allem im zweiten zitierten Artikel.

³⁵ Aus der unübersichtlichen Menge empirischer Arbeiten seien als Referenzen für diesen Abschnitt nur einige genannt: international Black et al. 1988, Pappas et al. 1993, Davey-Smith et al. 1990, und die Arbeiten von Marmot, von Mackenbach, und von Siegrist; einen ausgezeichneten Überblick über die deutsche Forschung bieten Richter/Hurrelmann 2006, die Arbeiten von Mielck, und die Publikationen des Robert-Koch-Instituts.

³⁶ Einkommen, Bildung und berufliche Stellung werden oft im Konzept der „Schicht“, im englischsprachigen Raum auch „Klasse“, vereint (Black et al. 1988, Hradil 2006).

sammenfassend: Je weniger affluent ein Mensch ist, desto früher stirbt er im Durchschnitt, desto häufiger und früher wird er (chronisch) krank und desto schlechter fühlt er sich.

Gesundheitliche Ungleichheiten – Erklärungsansätze

Wie lassen sich diese Ungleichheiten im Gesundheitszustand erklären? Was bedeutet es, dass Gesundheit (auch) „sozial“ determiniert ist bzw. dass wir es mit sozial-bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten zu tun haben?

In den letzten Jahrzehnten haben vier Erklärungsansätze zu den kausalen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten – im Folgenden sehr grob zusammengefasst – das Feld dominiert (Black et al. 1988, Beiträge in Richter/Hurrelmann 2006):

(1) *Materielle Deprivation*

Diesem Ansatz zufolge erklärt sich die schlechtere Gesundheit ärmerer Menschen aus insgesamt schlechteren Lebensverhältnissen und konkreten materiellen Entbehrungen wie Hunger, krankmachenden Wohnsituationen etc. („weil Du arm bist, musst Du früher sterben“).

(2) *Selektions-/Drift-Hypothese*

Hier werden a) soziale Krankheitsdetermination mit b) natürlichen gesundheitlichen Ungleichheiten erklärend verbunden: Wer aufgrund seiner genetischen Ausstattung eine höhere Wahrscheinlichkeit hat, krank zu sein bzw. häufig/chronisch krank ist, gleitet in der sozio-ökonomischen Stufenleiter nach unten. Es ergibt sich ein *downward-drift* bzw. eine negative Selektion nach Krankheit und Krankheitsrisiken – kränkere Menschen finden sich demzufolge häufiger in den niedrigeren Schichten. In der Reihenfolge der Kausalität folgt also der soziale Abstieg auf die Krankheit.

(3) *Verhalten/Kultur/Lebensstil*

Dieser Ansatz stellt besonders auf die Tatsache ab, dass sich auf den unteren Stufen der sozio-ökonomischen Leiter ungesundes Verhalten häuft, wie z. B. Rauchen, zu viel und zu schlechte Ernährung, zu wenig Bewegung etc. Ein gesundheitsschädlicher Lebensstil – der im Rahmen einer schichtspezifischen Verhaltens-„Kultur“ die Lebenswelt von Individuen stark prägen kann – führt dazu, dass schlechter gestellte Menschen im Durchschnitt kränker sind. Entsprechend wird die Kausalität von Verhalten für den Gesundheitszustand betont.

(4) *Schicht/Klasse/Milieu*

In diesem Erklärungsmodell wird vornehmlich auf die sozialen Strukturen hingewiesen, in denen Gesundheit und Krankheit entstehen bzw. existieren. Soziale Faktoren wie das Bildungsniveau oder der Grad an Kontrolle über die eigene Lebensumwelt, die sich je nach Schicht/Milieu unterscheiden, werden als (weitgehend direkt) kausal krankheits-verursachend oder zumindest krankheits-beeinflussend angesehen. Materielle Entbehrungen spielen dabei eine weit geringere Rolle als die gesundheitlichen Effekte der sozialen Situation und Stellung im Vergleich zu anderen Klassen/Schichten (relative Deprivation).

In der heutigen Debatte besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass die materielle Deprivation (1) und die Drift-Hypothese (2) als Erklärung sozialer Determinanten der Gesundheit nicht ausreichen. Erstens ist das Ausmaß echter materieller Entbehrung in westlichen Wohlfahrtsstaaten insgesamt als gering einzuschätzen; und zweitens kann dieser Ansatz nicht erläutern, warum der Gesundheitsgradient auch im oberen Spektrum der sozio-ökonomischen Verteilung eine wichtige Rolle spielt, wo von materieller Deprivation nun überhaupt keine Rede sein kann. Hinsichtlich der Drift-/Selektionshypothese wiederum gilt, dass diese Mechanismen zwar unbestritten vorkommen, quantitativ aber viel zu wenig ins Gewicht fallen, um als Erklärung des sozio-ökonomischen Gesundheitsgradienten zu dienen. Hinzu kommt, dass offenbar jene, die die

Stufenleiter aufgrund von Krankheit „herunter-driften“, dennoch im Vergleich zu jenen, auf deren Stufe sie schließlich landen, auf lange Sicht insgesamt gesundheitlich besser gestellt sind, weshalb einige Autoren der Drift-Hypothese jede Relevanz absprechen (etwa Marmot 2004).

Den beiden verbleibenden Erklärungsansätzen ist in der Entwicklung der Public Health-Debatte jeweils Einseitigkeit vorgeworfen worden: Das Gesundheitsverhalten bzw. der Lebensstil von Menschen könne nicht unabhängig von ihrer Lebenswelt und den verschiedenen strukturellen, sozio-ökonomischen und schichtspezifischen Faktoren betrachtet werden; umgekehrt ignoriere eine rein auf der Ebene von Milieu oder Schicht – als direkt kausal gesundheitsdeterminierenden Faktoren – verbleibende Erklärung die Bedeutung des sozial stratifizierten Gesundheitsverhaltens. Aus dieser gegenseitigen Kritik hat sich die gegenwärtig vorherrschende Ansicht ergeben, dass *sowohl Verhalten als auch Verhältnisse* die Gesundheit bedingen, und zwar in einem komplexen gegenseitigen Wechselspiel. Aktuelle Erklärungsansätze nehmen daher sowohl Verhalten/Kultur/Lebensstil, als auch die schicht-/milieu-spezifischen Faktoren wie z.B. Einkommen oder Bildung als miteinander verwobene, kausal wirksame Einflussfaktoren/Determinanten des Gesundheitszustandes an (gesundheitsrelevante Mediatoren). Wie genau dabei welche Faktoren zu gewichten sind, ist nach wie vor Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung und Auseinandersetzung (vgl. z.B. Marmot 2004, Mackenbach 2006, Geyer 1999, Elkeles/Mielck 2003, Siegrist 1996).

Fehlender Zwischenschritt?

Schon auf der Ebene der Erklärungsansätze des Gesundheitsgradienten ergeben sich viele ethische Fragestellungen. So hat etwa die Gewichtung der Rolle des Gesundheitsverhaltens, die auch innerhalb umfassender Ansätze differieren kann, Auswirkungen darauf, wem bzw. welchen Gegebenheiten die Verantwortung für bestimmte Gesundheitszustände am ehesten zugewiesen wird. Noch deutlicher augenfällig wird die ethische Dimension, wenn die Ebene der Erklärung verlassen wird, und sich der nächste Schritt in der Public Health-Diskussion anschließt, nämlich die Erarbeitung von Vorschlägen zum Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheiten.

In den meisten einschlägigen Publikationen zu gesundheitlichen Ungleichheiten aus dem Kreis der Public Health-Autoren findet sich ein Dreischritt, wie er auch, zumindest in den beiden ersten Aspekten, in diesem Kapitel vorgeführt wurde. Stellvertretend für viele sei ein Zitat aus der Einleitung eines Bandes von A. Mielck betrachtet:

„Im Mittelpunkt des vorliegenden Buches stehen drei Fragen: 1. **Wie groß** sind die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den sozialen Statusgruppen [...]? 2. Wie lassen sich diese ‚gesundheitlichen Ungleichheiten‘ **erklären**? 3. Wie können die gesundheitlichen Ungleichheiten **verringert werden**?“ (Mielck 2005: 11, Hervorhebungen der Verf.).

Diese Struktur – empirischer Nachweis sozial-determinierter gesundheitlicher Ungleichheiten; Erklärung dieser Ungleichheiten; Ansätze zur Verringerung/Vermeidung der Ungleichheiten – findet sich ubiquitär in der Public Health-Literatur zum sozio-ökonomischen Gesundheitsgradienten. In ethischer Sicht ist dies bemerkenswert, scheint hier doch ein wichtiger Zwischenschritt zu fehlen: Aus der deskriptiven Tatsache eines empirisch nachweisbaren Befundes, der sich, wiederum auf der deskriptiven Ebene, erklären lässt, ergibt sich nicht automatisch das normati-

ve Gebot, die entsprechende Situation zu verändern. Dafür ist eine Begründung vonnöten, bzw. eine argumentative Analyse, die den normativen Schluss erlaubt, *dass und warum* die empirische Sachlage behoben werden *sollte*. Dass dieser Schritt der Begründung meist ausbleibt, erklärt sich am ehesten disziplinär – wie kürzlich prominent bemängelt wurde, haben sich die normativen Wissenschaften mit den empirischen Daten aus der Public Health-Forschung und deren ethischer Relevanz bisher zu wenig auseinandergesetzt (Brock/Wikler 2007, Daniels 2006). Jedenfalls gilt: auch wenn die argumentative Lücke nachvollziehbar ist, bleibt angesichts der (gesundheits-)politischen Relevanz der Thematik das Desiderat der Begründung bestehen.

Im Einzelnen: begründet werden sollten

1. der Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheiten/die Herstellung von *Gesundheitsgleichheit*;
2. der *Grad* der angestrebten Gleichheit, und
3. die *inhaltlichen Bereiche* der angestrebten Gleichheit.

Wie im vorangegangenen Kapitel dieser Zusammenfassung bereits eingeführt, ist es die philosophische Gerechtigkeitstheorie, die sich grundsätzlich – allerdings, disziplinär nachvollziehbar, meist in wenig konkretisierter Form und ohne Ansehung des oben kurz zitierten empirischen Materials – mit solchen Fragestellungen am meisten beschäftigt. Im Folgenden werden einige Argumentationslinien zur Gleichheit im Allgemeinen und zur Gesundheitsgleichheit im speziellen vorgestellt, die von der Verfasserin erstmals in der hier in Bezug genommenen Publikation in dieser systematischen Weise zusammengefasst und diskutiert wurden. Die Beschäftigung mit ihnen erlaubt ein tieferes Verständnis der drei genannten normativen Fragestellungen und bietet zum Teil praxisorientierte Regelungsvorschläge für den Public Health Bereich.

Gerechtigkeitstheoretische Überlegungen zum sozio-ökonomischen Gesundheitsgradienten

Die oben genannten drei Aspekte der notwendigen Begründung im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten können, in Anlehnung an eine berühmte Debatte der Gerechtigkeitstheorie, in zwei zentralen Fragen zusammen gefasst werden:

1. Why (health) equality?

Warum sollten gesundheitliche Ungleichheiten ausgeglichen werden?

2. Equality of what?

In welcher Hinsicht und wie stark soll Gleichheit der Gesundheit angestrebt werden? Welche gesundheitlichen Ungleichheiten sollen ausgeglichen werden?

Die meisten Menschen würden intuitiv zustimmen, dass gesundheitliche Ungleichheiten ausgeglichen werden sollen. „Niemand soll kränker sein, nur weil er oder sie ärmer ist“ ist ein häufig gelesener Satz in den öffentlichen und politischen Debatten zum Thema. Oft ist aber unklar, was genau hinter dieser Intuition steht. Hier hat die lange und komplexe Debatte um die Egalitätskritik und die Bedeutung von Gleichheit (sowie die noch weitaus ältere darum, was Ge-

rechtigkeit bedeutet) einiges anzubieten. Sie bildet ein breites Spektrum an Ansichten ab, das die meisten intuitiv geäußerten Ansichten analytisch widerspiegelt und mit argumentativer Grundlage versieht.³⁷

Kein Ausgleich: Libertarismus

Jene, die von Public Health-Ansätzen grundsätzlich wenig halten, machen meist Anleihen bei den Gedanken des Libertarismus. Die Theoriefamilie der im einführenden Kapitel erwähnten Libertarier weist die Intuition, dass gesundheitliche Ungleichheiten ausgeglichen werden müssen, weitgehend zurück und beantwortet damit zugleich beide Fragen negativ („health equality is not important“, oder sogar „health equality is not acceptable“). Für Libertarier wie Nozick und Engelhardt sind gesundheitliche Ungleichheiten, die sich auf Populationsbasis nachweisen lassen, *unglücklich* – also Pech für die Betroffenen – aber sie sind nicht *ungerecht* oder *unfair* und erfordern daher keinen Ausgleich durch das Gesundheitssystem der andere öffentliche Institutionen („unfortunate, not unfair“). Libertarier weisen darauf hin, dass alle Menschen in vielen Hinsichten unterschiedlich sind und die Herstellung von Gleichheit weder wünschenswert, noch realistisch ist: Sie ist nicht wünschenswert, weil sie zu Eingriffen in das Privatleben, das Privateigentum und die freie Entscheidungsgewalt führt (den von Libertariern als maximal schützenswert angesehenen Bereichen), etwa durch Steuern, die für ausgleichende Kompensation eingesetzt werden, oder Zwangsbeiträge zu einem öffentlichen Gesundheitssystem. Solche Eingriffe sind Libertariern zufolge unzulässig, weil sie die Freiheits- und Eigentumsrechte der betroffenen Individuen unangemessen einschränken oder verletzen. Die Herstellung von Gleichheit ist ihnen zufolge ferner nicht realistisch, etwa weil es genetische Elemente der gesundheitlichen Ungleichheiten gibt, die (zumindest noch) nicht zu beeinflussen sind; vor allem aber, weil es angesichts der großen Wertepluralität keinen Weg gibt zu bestimmen, was denn eigentlich angemessene Gesundheitsgleichheit wäre.³⁸ Libertarier ordnen Gleichheit an sich keinen Wert zu und haben daher keinerlei Interesse daran, Gesundheitsgleichheit herbeizuführen. Im praktischen Kontext des politischen Regelungsdiskurses wird die libertaristische Ansicht zu gesundheitlichen Ungleichheiten am deutlichsten von US-amerikanischen Republikanern vertreten und da insbesondere jenen, die gegen staatliche Unternehmungen wie Gesundheitsversorgung und Public Health Systeme und die dazu notwendige finanzielle Umverteilung lobbyieren. Es erstaunt nicht, dass es in der biomedizinethischen Fachliteratur keinen ausgearbeiteten Vorschlag zu Public Health von libertaristischer Seite gibt; im Gegenteil, Libertarier stehen populationsorientierten medizinischen Ansätzen sehr skeptisch gegenüber (etwa Satel 2001).

Alle anderen prominenten gerechtigkeits-theoretischen Ansätze halten gesundheitliche Ungleichheiten für *unfair* und machen Vorschläge für ihren Ausgleich. Deswegen werden sie manchmal alle unter dem Titel des Egalitarismus besprochen. Hier wird die in der Gerechtigkeits-theorie üblichere Unterscheidung zwischen Egalitaristen und Non-Egalitaristen verwendet,

³⁷ Die folgenden Abschnitte bieten eine stark verkürzte Zusammenfassung von teils hochkomplexen und verästelten Debatten; es werden nur einige Hauptargumentationslinien nachgezeichnet. Vgl. aber z.B. Arneson 2009, Honneth 1993, Roemer 1996, Kersting 1997, Kymlicka 1997, Ventakapuram 2011.

³⁸ Viele Libertarier, so zum Beispiel Engelhardt, setzen einen sehr relativistisch-subjektivistischen Krankheitsbegriff voraus, demzufolge es allein die subjektive Wahrnehmung des Einzelnen ist, die determiniert, was Krankheit ist (vgl. zu den verschiedenen Krankheitsbegriffen detailliert Buyx o.J.). Vor diesem Hintergrund ist in der Tat schwer zu sehen, wie Gesundheitsgleichheit möglich sein sollte.

um die Unterschiede zu betonen, die es jeweils in der Argumentation hinsichtlich der ersten und der zweiten Frage in den Ansätzen gibt.

Nicht Gleichheit, sondern absolute Gesundheitsstandards: Non-Egalitaristen oder Egalitarismus-Kritiker

Die Egalitarismuskritik³⁹ hat, stark verknüpft gesprochen, in Reaktion auf Rawls' wirkmächtigen liberal-egalitaristischen Ansatz die Frage aufgeworfen, ob Gleichheit einen intrinsischen Wert hat und daher um ihrer selbst willen angestrebt werden soll. Jene, die einen solchen intrinsischen Wert von Gleichheit voraussetzen, bestimmen Gerechtigkeit relational, d.h. für sie ist es der Vergleich mit anderen Menschen und den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen,⁴⁰ über den festgestellt wird, ob eine andere Person ungerecht benachteiligt wird und einen Anspruch auf Kompensation hat. Dem stellen sich Egalitarismus-Kritiker (oft Non-Egalitaristen genannt) entgegen, die anzweifeln, dass Gleichheit ein solcher intrinsischer Wert zukommt. In ihrer Sicht ignorieren relationale (Ressourcen-)Vergleiche die für die Bestimmung von Gerechtigkeit wesentliche Frage; nämlich, wie es um die *absolute* Stellung des Individuums bestellt ist. Wichtige Vertreter dieser Strömungen sind zum Beispiel Anhänger des von Amartya Sen begründeten und von Autoren wie Martha Nussbaum weiter entwickelten *capabilities*-Ansatzes (Sen 1982, 1992, 1997; Nussbaum 1990, 1992, 1999, 2000; kürzlich auch Ventakapuram 2011). Ihnen zufolge ist entscheidend, ob Individuen (und Gruppen) in Umständen leben, die es ihnen ermöglichen, eine Reihe zentral wichtiger Fähigkeiten (*capabilities*), die für ein menschenwürdiges Leben notwendig sind, auf ein Mindestmaß zu entwickeln und zu entfalten. Sen, Nussbaum und anderen zufolge sind *capabilities* die ‚Währung‘, in der Gerechtigkeit zu bestimmen ist. Dementsprechend wird ein Zustand, in dem Menschen hinsichtlich ihrer *capabilities* unterhalb einer bestimmten Grenze leben, als unfair eingestuft. Ob durch einen tatsächlichen oder hypothetischen Vergleich von *capabilities* und ihrer jeweiligen Entfaltung als Grundlage gelingenden Lebens Gleichheit nachzuweisen ist oder nicht, ist für Anhänger dieses Ansatzes weniger relevant.⁴¹ In den letzten Jahren ist der *capabilities*-Ansatz, der ursprünglich aus der philosophi-

³⁹ Für eine Reihe wesentlicher Beiträge zu dieser Debatte auf deutsch vergleiche zum Beispiel Krebs 2000, mit wichtigen Aufsätzen der Hauptprotagonisten der Debatte, wie etwa Michael Walzer, Martha Nussbaum, Harry Frankfurt, Joseph Raz oder Elizabeth Anderson.

⁴⁰ In der modernen Egalitarismus-Diskussion wird heftig darum gestritten, woran sich Gerechtigkeit und Gleichheit bemessen sollen. Die *equality of what?*-Diskussion wirft auf, ob es um Ressourcen oder Ressourcenbündel, soziale Güter, Chancen (*opportunities*), Einfluss und Position und/oder andere zu egalisierende Faktoren geht; bisher gibt es keinen Konsens (vgl. etwa den ausgezeichneten Überblick zum Egalitarismus von Arneson 2009, siehe auch Kapitel 2).

⁴¹ Gleichheit ist nur in sofern wichtig für den Ansatz, als allen gleichermaßen die Grundvoraussetzungen für die wesentlichen *capabilities* zur Verfügung stehen sollten. Manche (etwa Dabrock 2001) haben daraus hergeleitet, dass es sich beim *capabilities*-Vorschlag doch um einen egalitaristischen, relationalen Ansatz handelt. Dies ist ein Missverständnis, weil bereits auf der Ebene der Grundvoraussetzungen in Sens Arbeiten und denen seiner Kollegen davon ausgegangen wird, dass jeweils sehr unterschiedliche Anstrengungen und Kompensationen notwendig sind, um den absoluten Mindeststandard zu erreichen. Dieser kann zudem unterschiedlich aussehen, je nach Gegebenheiten und Bedürfnissen zur Erreichen ausreichender *capabilities*. Die Theorie als Egalitarismus darzustellen verkennt, dass Gleichheit einzig als grundsätzliche ‚Achtungs-‘ oder ‚Anspruchsgleichheit‘ Relevanz im *capabilities*-Ansatz hat, jedoch auf der für Sen et al. weitaus wichtigeren, auf die Praxis ausgerichteten Ebene so gut wie ohne Bedeutung ist. Im Gegenteil, Sen wirft jenen, die den Fokus auf Gleichheit richten, vor, genau diese Praxis außer Augen zu lassen und sich damit der Ignoranz gegenüber großem Leid und Unrecht schuldig zu machen. Eine egalitaristische Interpretation des *capabilities*-Ansatzes macht also genau den Fehler, den Sen immer wieder angeprangert hat – die Ebene der grundsätzlichen *ideal theory* in den Vordergrund zu stellen, anstelle der Praxis-orientierten Anwendungen und Konsequenzen eines Ansatzes, dem es vornehmlich um absolute Mindeststandards geht.

schen Ökonomie stammt und vornehmlich in der Armutsdiskussion eine wichtige Rolle gespielt hat und noch spielt, auf Gesundheit übertragen worden. Gegenwärtige Vertreter (insbesondere Ventakapuram 2011) argumentieren, dass Krankheit die Fähigkeiten von Menschen mindert, ein gutes Leben zu führen. Angesichts der empirischen Erkenntnisse über die sozialen Determinanten von Krankheit ist es ihnen zufolge zwingend notwendig, die Ursachen von gesundheitlichen Ungleichheiten soweit auszugleichen, dass alle Menschen eine Mindestschwelle an gelebten *capabilities* erreichen.

Hinsichtlich der eingeführten zwei Fragen würden also Vertreter des *capabilities*-Ansatzes die Relevanz der ersten Frage infrage stellen und argumentieren, dass es nicht in erster Linie darum geht, Gesundheitsgleichheit herzustellen. Vielmehr ist es wesentlich, dass Menschen ein bestimmtes Lebens-Niveau haben müssen (nur hinsichtlich der Erreichung dessen ist Gleichheit relevant). In praktischer Anwendung bedeutet dies, dass *capabilities*-Vertreter darauf hinwirken, die sozialen Ursachen von Erkrankungen anzugehen, und zwar mit besonderer Priorität für jene, denen es am schlechtesten geht. Sie fordern also bezüglich der zweiten Frage soziale Unterstützungsleistungen und Gesundheitsprogramme, die besonders auf die Schlechtestgestellten abzielen, würden bei der Kompensation jene bevorzugen, die am weitesten vom Mindeststandard entfernt sind und all jene Ungleichheiten angehen, die einen Einfluss auf die zentralen *capabilities* von Menschen haben. Der Ansatz ist insbesondere relevant in der Debatte um internationale Ungleichheiten zwischen Menschen der entwickelten Welt und Entwicklungsländern, wo Erkrankungen oft auf das Fehlen selbst der basalsten Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben zurückgehen, wie etwa sauberes Wasser, ausreichende Ernährung und adäquate Unterbringung. Amartya Sen, der Begründer der Theorie, hat den (meist westlichen) Philosophen, die egalitaristische Theorien diskutierten, in denen Krankheit und soziale Determinanten eines guten und gesunden Lebens oft gar nicht vorkamen,⁴² vorgeworfen, dass sie mit ihrer Fixierung auf Gleichheit als intrinsischem Wert vollständig vergessen, dass es die Ärmsten sind, die Hilfe und Unterstützung brauchen, und in ihren egalitaristischen Vergleichen und Rechenspielen ignorieren, dass Millionen täglich dem Untergang geweiht sind.

Der *capabilities*-Ansatz hat durchschlagenden Erfolg gehabt und liegt inzwischen vielen Interventionen in Entwicklungsländern von Institutionen wie etwa der WHO zugrunde. Es gelingt den Vertretern, einen eigentlich simplen Gedanken sehr eindrucksvoll zu vermitteln: dass es, solange Menschen vor Armut sterben und krank sind, immer zuerst darum geht, dass diese Menschen ein absolut betrachtet adäquates Mindestmaß an Ressourcen, Lebensqualität und sozialen Determinanten von Gesundheit haben, bevor die Herstellung weiter-führender Gleichheit – das praktisch ungleich anspruchsvollere Vorhaben – überhaupt diskutiert werden sollte. In reichen westlichen Gesellschaften wie Deutschland ist der Ansatz unter dem Stichwort „Befähigungsgerechtigkeit“ (Dabrock 2001 und kürzlich 2012) eingesetzt worden, um darauf hinzuweisen, dass es zunächst wichtig sein sollte, jenen, die in unseren Gesellschaften von der Gesundheitsversorgung vergessen, ausgeschlossen oder marginalisiert sind, mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Bisher wurde allerdings wenig dazu vorgelegt, wie der Ansatz sich auf die in reichen Ländern herrschende Public Health-Situation anwenden lässt, in der sich die

⁴² Dazu gehört auch Rawls, der erst in seinen letzten Schriften davon abrückt, dass Gesundheit ein ‚natürliches‘ Gut ist, das außerhalb des ‚Zuständigkeitsbereiches‘ von Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit liegt.

Ungleichheiten entlang des gesamten sozio-ökonomischen Gradienten nachweisen lassen – der in Deutschland weitgehend oberhalb von echter, Armutsbedingter Deprivation beginnt und wo es wenig um absolute *capabilities*-Mindestgrenzen geht. Im folgenden Kapitel 4 findet sich ein kurz eingeführter Vorschlag der Autorin und Kollegen, wie sich ein verwandter Ansatz aus der Egalitarismus-Kritik auf die Problematik der Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in entwickelten Gesellschaften anwenden lässt.

Kein Ausgleich von Verhaltens-bedingten Ungleichheiten: Glücksegalitarismus

Die folgenden drei Vorschläge zur Kompensation gesundheitlicher Ungleichheiten sind dem Egalitarismus zuzuordnen. Zunächst sei ein wirkmächtigen Beitrag der WHO zum Ausgleich von sozial determinierten gesundheitlichen Ungleichheiten erwähnt (Whitehead 1991). In diesem wird weitgehend darauf verzichtet, die erste Frage zu beantworten. Die Antwort auf die Abschnittsüberschrift „Why is equity in health so important?“ besteht in einer Aufzählung/Beschreibung herrschender sozial determinierter gesundheitlicher Ungleichheiten und ist damit zirkulär: Gesundheitsgleichheit ist wichtig, weil es so viele Ungleichheiten gibt. Eine unabhängige Begründung für Gesundheitsgleichheit bleibt das WHO-Papier schuldig. Heuristisch wohlwollend kann allerdings wohl angenommen werden, dass als Begründung für Gesundheitsgleichheit die Annahme der WHO im Hintergrund steht, nach der Gesundheit ein universales Menschenrecht darstellt und idealiter *alle* Menschen Anspruch auf volle Gesundheit haben (siehe zu dieser Begründung die Diskussion im folgenden Abschnitt).

In Bezug auf die zweite Frage – also wie weitgehend Gesundheitsgleichheit hergestellt und welche Ungleichheiten ausgeglichen werden sollen – wird eine intuitiv zunächst sehr plausible Antwort entwickelt: gesundheitliche Ungleichheiten, so der Vorschlag, sind immer dann ungerecht und müssen ausgeglichen werden, wenn sie *vermeidbar* (also nicht von z.B. genetischen Unterschieden herrühren) und *nicht selbst gewählt* sind (also nicht auf frei gewähltem Verhalten beruhen). Hier wird also eine Entscheidung getroffen hinsichtlich der Frage „unfortunate or unfair“? Unfair sind systematische, sozial und nicht verhaltens-bedingte Ungleichheiten; diese sollten daher durch staatliche Anstrengungen gemildert werden.

Dieser in der politischen Alltagsdebatte oft zitierte Vorschlag entstammt, gerechtigkeits-theoretisch betrachtet, sogenanntem glücks-egalitaristischem Denken – auch wenn dieser Einfluss in den WHO-Arbeiten implizit bleibt. Der Glücksegalitarismus, prominent von Autoren wie z. B. Richard Arneson, Gerald Cohen und, eingeschränkt bzw. in abweichender Variante, Ronald Dworkin vertreten,⁴³ ist ein Ansatz aus der Theoriefamilie des modernen Egalitarismus, der weitgehende Anforderungen hinsichtlich des Ausgleichs von Ungleichheiten stellt. Zwar machen verschiedene Glücksegalitaristen Unterschiede hinsichtlich der genauen Art von Glück und der Art und Weise des jeweils vorgeschlagenen Ausgleichs, aber das Grundargument ähnelt sich: Glücksegalitaristen zufolge sind Ungleichheiten zwischen Menschen ungerecht, die sich aus angeborenen Talenten und anderen Umständen außerhalb ihrer Kontrolle ergeben und die zu Vor- oder Nachteilen im Leben dieser Menschen und Ungleichheiten hinsichtlich sozialer Stellung, Reichtum etc., geführt haben. Diese Ungleichheiten ‚verdienen‘ sie nicht, weil sie nicht

⁴³ Dworkin zählt sich selbst nicht zum Kreis dieser Autoren, wird aber von vielen hinzugezählt. Übersicht in Arneson 2009, weitere Nachweise in Dworkin 2000, Cohen 1989, Krebs 2000.

ihrer Wahl und Kontrolle unterliegen, sondern sie schlicht ‚Glück‘ oder Pech hatten (*brute luck*).⁴⁴ Und solche Ungleichheiten, die sich Umständen verdanken, auf die Individuen keinen Einfluss haben, sollten ausgeglichen werden. Ausgenommen von dieser egalisierenden Kompensation sind Zustände, die kausal auf frei gewähltes Verhalten zurückzuführen sind und in die Verantwortlichkeit des Einzelnen fallen (*option luck*). Ungleichheiten, die das Ergebnis eines „*deliberate gambles*“ sind, müssen glücksegalitaristischer Überzeugung nach nicht ausgeglichen werden – also etwa der Raser (*reckless driver*), der einen Unfall erleidet und danach eine Augenoperation benötigt. In den klassischen Arbeiten zum Glücksegalitarismus muss dieser seine Behandlung selbst finanzieren, während die Augenoperation eines Kindes mit angeborenem Tumor vom staatlichen Gesundheitssystem finanziert werden soll.

Die Theorie des Glücksegalitarismus ist intensiv besprochen und zum Teil scharf kritisiert worden, prominent etwa von Elizabeth Anderson (Anderson 1999). Ein zentraler Kritikpunkt am Glücksegalitarismus trifft auch auf die Übertragung auf den Kontext gesundheitlicher Ungleichheiten im WHO-Vorschlag zu: Es ist ausgesprochen schwierig, „frei gewähltes“ Verhalten von solchem Verhalten zu unterscheiden, welches in signifikanter Weise durch nicht der Kontrolle des Individuums unterliegende Umstände determiniert ist – ein Problem, das in der Debatte um Eigenverantwortung von Patienten eine entscheidende Rolle spielt und in Kapitel 5 dieser Zusammenfassung ausführlich diskutiert wird. Viele der Ungleichheiten sind sozial zumindest mit-determiniert, selbst wenn sie Verhaltens-bedingt sind. Hier klare Grenzen zwischen „frei gewählten“ und „ausschließlich sozial-determinierten“ Zuständen zu ziehen setzt sich dem Vorwurf der Willkürlichkeit aus, wenn nicht zusätzliche Kriterien für die Bestimmung der Freiheit von Verhalten entwickelt werden. Dies bleibt jedoch im WHO-Ansatz aus.

Ähnliches gilt für die Annahme, dass sich „vermeidbare“ von „unvermeidlichen“ gesundheitlichen Ungleichheiten abgrenzen ließen und dass systematische sozial-korrelierte Ungleichheiten in letztere Kategorie fallen. Was die Kausalität der Zustände anbelangt (also *Vermeidbarkeit im präventiven Sinne*), so lässt die komplexe multifaktorielle Genese vieler Erkrankungen kein klares Urteil zu: „Unvermeidliche“ genetische Faktoren wie z.B. bestimmte genetische Dispositionen interagieren mit „vermeidbarem“ Verhalten oder mit „vermeidbaren“ Umgebungsfaktoren und resultieren in Erkrankungszuständen. Wann und ob resultierende Ungleichheiten hinsichtlich ihrer Entstehung vermeidbar sind oder nicht, bedarf daher genauerer Analyse.⁴⁵

Zusammenfassend erscheint die Anleihe beim Glücksegalitarismus auf den ersten Blick als attraktiv, teilt mit dieser Theorie jedoch wichtige Probleme und müsste hinsichtlich der zwei wesentlichen Kriterien (Verhalten und Vermeidbarkeit), die einen Ausgleich von Ungleichheiten

⁴⁴ Glück oder Pech unterliegende, verhaltensunabhängige Zustände nennt Dworkin einer berühmten Definition nach *brute luck*; das Gegenstück, also Resultate frei gewählten Verhaltens, betitelt er als *option luck*. „Option luck is a matter of how deliberate and calculated gambles turn out – whether someone gains or loses through accepting an isolated risk he or she should have anticipated and might have declined“ (Dworkin 2000, 73). Brute luck ist „a matter of how risks fall out that are not in that sense deliberate gambles“ (Dworkin 2000, 73).

⁴⁵ Aber auch die *Vermeidbarkeit im therapeutischen Sinn* ist schwierig klar abzugrenzen: viele „natürliche“ Zustände und resultierende Ungleichheiten sind heutzutage mit entsprechendem Aufwand zu behandeln/zu verbessern; die Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen oder in der biomedizinischen Forschung kann diese (Un-)Vermeidbarkeit dementsprechend verschieben. „Vermeidbarkeit“ in diesem Sinne ist also alles andere als gegeben, sondern unterliegt bereits politischen Entscheidungen.

begründen sollen, präzisiert werden. In Kapitel 5 wird genauer diskutiert, wie mit dem Problem der Verhaltens-assozierten Gesundheitszustände umgegangen werden könnte.

Alle sozialen Gesundheitsungleichheiten ausgleichen: menschenrechtsbasierter Egalitarismus

Die WHO hat ihren Ansatz weiter entwickelt: Die Hauptautorin des Vorschlags von 1991 hat im Jahr 2006 ein weiteres Konzept für den Ausgleich sozialer gesundheitlicher Ungleichheiten vorgelegt, gemeinsam mit einem Kollegen (Whitehead/Dahlgren 2006). In diesem Ansatz findet sich, im Gegensatz zum früheren Papier, eine umfangreichere Begründung für Gesundheitsgleichheit (Frage 1). Unter Bezugnahme auf die menschenrechtsbasierte Verfassung der WHO nehmen Whitehead und Dahlgren ein Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit an (nach der weiten Gesundheitsdefinition der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gesundheit.“ (WHO 1946 o.S.). Dieses komme als fundamentales Menschenrecht allen Bürgern gleichermaßen zu; deshalb müsse Gesundheitsgleichheit ein vorrangiges staatliches Ziel sein. Entsprechend fordern Whitehead und Dahlgren hinsichtlich Grad und Inhalt dieser Gleichheit (Frage 2) den Ausgleich aller systematischen, sozial entstandenen Ungleichheiten. Dabei werden, im Unterschied von Whiteheads früherem Ansatz, alle Verhaltens-bedingten Ungleichheiten generell zu den sozial bedingten Ungleichheiten gezählt. Eine Differenzierung nach fairen und unfairen Ungleichheiten halten Whitehead und Dahlgren für überflüssig – alle sozialen Ungleichheiten seien unfair.

Ob tatsächlich ein Recht auf Gesundheit besteht und nicht nur eines auf Gesundheitsversorgung oder Gesundheitsschutz ist seit langem sehr umstritten. Sowohl der staatsrechtliche Anspruch auf Gesundheit im deutschen Recht, als auch der menschenrechtsbasierte Anspruch bei der WHO, im Sozialpakt der UN oder in der Europäischen Sozialcharta werden immer relativ zum individuellen Gesundheitspotential formuliert. Ferner sind die Ansprüche vorwiegend nicht Ergebnis-orientiert, sondern beziehen sich meist auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung; die WHO unterstreicht explizit „The right to health does not mean the right to be healthy“ (WHO o.J.: 1). Somit scheint aus den rechtsbasierten egalitaristischen Ansätzen eher das Gebot ableitbar, möglichst sicher zu stellen, dass alle Menschen so gesund wie möglich sind bzw. ein bestimmtes *ausreichendes Maß* an Gesundheit haben (siehe Abschnitt zum Non-Egalitarismus), nicht aber, dass alle *die gleiche* Gesundheit haben bzw. dass es keine gesundheitlichen Ungleichheiten geben darf (dieser Gedanke wird in Kapitel 4 dieser Zusammenfassung im Kontext der *sufficiency*-Debatte erneut aufgegriffen). Über Rechte lassen sich Ansprüche an den gleichen Zugang zu medizinischen Leistungen oder an die gleiche Qualität der Behandlung gut begründen.⁴⁶ Inhaltlich bestimmte Gesundheitsgleichheit hingegen ist daraus weitaus schwieriger abzuleiten, insbesondere wenn sie sich auf einen so weiten und expansiven Gesundheitsbegriff wie den der WHO bezieht.

Gleichere Gesellschaft: Liberaler Egalitarismus und faire Chancengleichheit

Einer der am besten ausgearbeiteten Ansätze zu sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit stammt von Norman Daniels, der insbesondere in seinem Buch *Just Health* seinen in Kapitel 1

⁴⁶ Beispielhaft Friesen 2001.

bereits ausführlicher erwähnten älteren gerechtigkeits-theoretischen Entwurf weiter entwickelt (Daniels 2008). Neuerdings hat Daniels sein Konzept um die sozialen Determinanten von Krankheit erweitert. Die Argumentation lautet wie folgt: Sozio-ökonomische Ungleichheiten haben *direkten kausalen* Einfluss auf die Gesundheit von Menschen. Auch jene, die keinerlei arbeitsbedingten, krankheitsfördernden Faktoren ausgesetzt sind, erleiden dennoch, intrapsychisch, durch den direkten Vergleich mit den jeweils Bessergestellten und die im Vergleich schwächere Kontrolle über Lebens- und Arbeitsbedingungen Schäden an ihrem Selbstbewusstsein und ihrer Stressverarbeitung. Über intermediäre Faktoren (psychosoziale und psychosomatische Mechanismen wie etwa humorale Stresseffekte, schlechteres Gesundheitsverhalten etc.) führt dies zu Ungleichheiten in der Gesundheit – ein Vorgang, der *relative Deprivation* genannt wird (Daniels 2008: 9). Diese Determinanten der Gesundheit aber können nicht durch den Zugang zu Institutionen der Gesundheitsversorgung behoben werden (den Daniels bereits begründet hatte), sondern müssen auf der Ebene der zugrunde liegenden, sozio-ökonomischen Ungleichheiten angegangen werden.

Gesundheitliche Ungleichheiten sind Daniels neueren Arbeiten zufolge ein Indikator einer ungerechten Gesellschaft; umgekehrt führt eine egalitäre Gesellschaft aufgrund der geringeren relativen Deprivation zu ausgeglichener Gesundheit („In short, social justice is good for our health.“ (Daniels 2008: 18). Wenn wir also in einer Gesellschaft leben möchten, die ihren Mitgliedern Chancengleichheit bietet, dann müssen wir dafür sorgen, dass Gesundheitsgleichheit herrscht, und zwar durch einen Ausgleich der zugrunde liegenden sozio-ökonomischen Ungleichheiten. In einer eleganten Kombination der Antworten auf unsere Fragen 1 und 2 schlägt Daniels daher die Abflachung des sozio-ökonomischen Gradienten vor, wodurch sich zugleich der entsprechende Gesundheitsgradient verringert – ein konsequentes, ‚kausales‘ Vorgehen.⁴⁷

Wer die Idee der Chancengleichheit als gerechtigkeits-theoretisches Grundprinzip einer modernen Gesellschaft einleuchtend findet, wird sich schwer tun, Daniels Ansatz zu kritisieren, zumindest auf der Ebene der Begründung eines Ausgleichs von sozialen Ungleichheiten. Anders als unter- bzw. unbestimmte Rechtskonstrukte bietet die Theorie ein gut ausgearbeitetes argumentatives Fundament und genug Spezifizierung auf den Kontext der Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Auf der Umsetzungsebene hingegen ergeben sich durchaus Anlässe für Kritik: Daniels Vorschlag zu folgen hieße eine signifikante Umverteilung von Ressourcen vorzunehmen, die zugleich erhebliche Umstrukturierungen in unserer Gesellschaft erfordern würde (deren Umsetzung auf der Regelungsebene, etwa in juristischer Hinsicht und hinsichtlich der Akzeptanz in der Öffentlichkeit, zu enormen Herausforderungen führen würde). Eine Abflachung des sozio-ökonomischen Gradienten würde z.B. etablierte Verteilungskriterien in der Gesellschaft, wie Verdienst oder Erbschaft, außer Kraft setzen (zugleich natürlich aber auch viele ungerechte Verteilungseffekte ausgleichen). Dies mag sich begründen lassen und angesichts der immer weiter auseinanderklaffender Schere zwischen arm und reich mag diese Begründungsarbeit gerade in der heutigen politischen Situation angebracht sein. Die Gradienten-Abflachung

⁴⁷ ‚Kausal‘ bedeutet hier, dass nicht, wie in vielen Ansätzen, gesundheitliche Ungleichheiten innerhalb des Gesundheitswesens angegangen werden, sondern stattdessen dort angesetzt wird, wo die Ungleichheiten entstehen – auf der Ebene der sozio-ökonomischen Struktur einer Gesellschaft.

erfordert aber eben dies – zusätzliche Begründungsarbeit. Diese wird von Daniels nicht geleistet.⁴⁸

Angesichts begrenzter Ressourcen in modernen Gesellschaften würden vermutlich zudem Konkurrenzsituationen zwischen verschiedenen Verteilungsebenen (sozial- vs. individualperspektivisch), sozialpolitischen Bereichen und auch innerhalb des Gesundheitswesens entstehen: Mehr Ressourcen für eine Abflachung sozio-ökonomischer Unterschiede könnte z.B. weniger Geld für High-Tech-Medizin wie Transplantationen bedeuten, um nur einen möglichen Prioritätenkonflikt zu nennen. Und in der Tat gibt es bereits erste, an Daniels angelehnte Vorschläge, angesichts der empirischen Erkenntnisse der Public Health-Forschung doch ganz auf ein staatliches Medizinsystem zu verzichten und die Ressourcen lieber in soziale Maßnahmen und allgemeine Gesundheitsvorsorge zu investieren (Sreenivasan 2007). Dadurch aber würde die Sicherungs- und Rettungsfunktion unseres Medizinsystems verloren gehen, die einen wichtigen Beitrag zur sozialen Stabilität darstellt; zudem ignoriert dieser Vorschlag jegliche individuelle Bedürfnisse an medizinische Versorgung. Auch wenn Daniels Begründung für den Ausgleich von sozialen gesundheitlichen Ungleichheiten konsistent ist, so sind auf der Ebene der praktischen Umsetzungen enorme Herausforderungen und ggf. beträchtliche Opportunitätskosten anzunehmen, denen zukünftig begegnet werden muss.

Schlussfolgerungen

Bei aller (hier nur angedeuteter) Kritik an den vorgestellten Ansätzen – es zeigt sich, dass es verschiedene Wege gibt, den Ausgleich von gesundheitlichen Ungleichheiten begründet zu fordern und dabei gerechtigkeitstheoretische Argumente zurate zu ziehen. Insbesondere interessant für die praktische Umsetzung sind der Vorschlag von Daniels sowie der *capabilities*-Ansatz, aus denen sich einige gesundheitspolitisch äußerst relevante Fragen ableiten lassen. Ist es, so lässt sich nach der Beschäftigung mit Daniels Arbeiten fragen, nicht nachgerade falsch, mehr Ressourcen für Gleichheits-orientierte medizinische und Public Health-Maßnahmen zu fordern? Kann innerhalb des Gesundheitssystems und mit dessen Ressourcen ein Zustand der Ungleichheit behoben werden, der doch kausal auf die fundamentale sozio-ökonomische Stratifizierung zurück geht? Sollte also stattdessen darauf hingearbeitet werden – beispielsweise mit mehr Umverteilung und sozialen Unterstützungsleistungen – dass unsere Gesellschaften gleicher werden? Könnte dies tatsächlich als ein Argument dafür eingesetzt werden, dem teuren Medizinsystem Ressourcen zu entziehen und diese stattdessen in die sozio-ökonomische Gleichheit zu investieren? Oder zeigt sich hier, dass ein konsequent durchgezogener Egalitarismus zum Teil an praktische Grenzen der Umsetzbarkeit gerät, weil er Gleichheit weitgehend in *einer* fundamentalen ‚Währung‘ berechnet, nämlich sozio-ökonomischen Chancen, und deren Angleichung über die Kompensation von anderen, in dieser Perspektive sekundären, Ungleichheiten stellt?

Diese relevanten Fragen bleiben bei vielen Vertretern des modernen liberalen Egalitarismus, die sich nur sehr zögerlich mit der Finanzierungsseite und den praktischen Ressourcenkonkur-

⁴⁸ Als deklariert Anhänger Rawlsianischer Chancengleichheit wird Daniels wenig Interesse an dieser Begründungsarbeit haben, solange er an seinem argumentativen Fundament festhält. Die genannte Kritik wurde bereits an Rawls herangezogen, was aber nicht dazu geführt hat, dass dieser nach wie vor prominenteste Ansatz der modernen politischen Philosophie argumentativen Schaden genommen oder Anhänger verloren hätte.

renz-Situationen des Gesundheitssystems beschäftigen, zumeist unbeantwortet.⁴⁹ Vielleicht ist es an der Zeit, nach jahrzehntelanger Dominanz von egalitaristischen Ansätzen in der Philosophie, Medizinethik und den assoziierten *policy*-Debatten, stärker non-egalitaristische Gedanken auf ihre Tauglichkeit in der praktischen Anwendung zu untersuchen. Sicher ist der Egalitarismus das ‚hehrere‘ Unterfangen – doch vielleicht ist er so anspruchsvoll, dass er die Sicht auf weniger fundamentale, in der Praxis aber schneller zum Erfolg führende Ansätze verstellt. Insbesondere das *capabilities*-Argument, dass es absolute (Mindest-)Standards sind, die zunächst zu erreichen sind, bevor relationale Gleichheit angestrebt werden sollte, verdient mehr Aufmerksamkeit im Bereich des Gesundheitswesens, auch in reichen Gesellschaften. Und auch der verwandte Gedanke, dass es nicht darum gehen sollte, Gleichheit herzustellen, sondern festzulegen, wann ein Zustand gut genug ist, und sodann anzustreben, dass zumindest alle Menschen in diesem Zustand leben können, hat Potential. In Kapitel 4 wird argumentiert, dass letztere Idee der *Suffizienz* einem modernden Gesundheitswesen zugrunde liegen sollte und es wird ein dazu passender praktischer Regelungs-Vorschlag für die Mittelverteilung gemacht.

⁴⁹ Daniels hat einen additiven prozeduralen Vorschlag ausgearbeitet – vorgestellt in Kapitel 1 dieser Zusammenfassung – in dem die Kosten- und Finanzierungsseite deutlicher zum Tragen kommt.

Kapitel 3 Der Begriff der Solidarität in modernen biomedizinischen Debatten

In Bezug genommene Publikationen:⁵⁰

Buyx A, Tait J (2011a) Ethical Framework for Biofuels. *Science* 332(6029): 540-1. (Klasse 1-Journal, IF 31,2)

Buyx A, Tait J (2011b) Biofuels: Ethics and policy. *Biofuels, bioproducts, biorefining* 5(6)631-39. (Klasse 1-Journal, IF 4,74)

Prainsack B, Buyx A (2012) Solidarity in contemporary bioethics – towards a new approach. *Bioethics* 26(7): 343-350 (Klasse 2-Journal, IF 1.73)

Buyx A, Prainsack B (2012) Solidarity and lifestyle diseases. *Clinical Ethics* 7: 79-85 (Klasse 3-Journal, IF 0,22)

Prainsack B and Buyx A (2011) *Solidarity. Reflections on an emerging concept in bioethics*. Erhältlich: http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Solidarity_report_FOR_WEB.pdf.

Nuffield Council on Bioethics (2011): *Biofuels: ethical issues*. ESP Ltd., London. http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Biofuels_ethical_issues_FULL%20REPORT_0.pdf.

Einleitung und Skizze der Begriffsgeschichte

Der Begriff der Solidarität hat eine außerordentlich bewegte und heterogene Begriffsgeschichte. Er entstammt dem römischen Recht, wo durch die Formel *obligatio in solidum* zum Ausdruck gebracht wurde, dass jedes Mitglied einer Gemeinschaft für deren Schulden einsteht und umgekehrt die Gemeinschaft für die Schulden jedes einzelnen Mitglieds (beschrieben etwa in Brunkhorst 2002). Diese schuldrechtliche Bedeutung (bis heute im Deutschen in Rechtsbegriffen wie den ‚Solidarobligationen‘ enthalten) hat sich erst in der modernen Geschichte des Begriffs, beginnend im ausgehenden 18. Jahrhundert in Frankreich, verloren. In der französischen Enzyklopädie von 1765 ist Solidarität erstmals in ‚modernen‘ Zeiten enthalten und wird dort auf das Gebiet der Politik und Gesellschaft übertragen (Wildt 1995). Der Begriff spielt dann eine Rolle in der (französischen) Soziologie, u.a. bei Comte (1839) als ein Aspekt der Ordnung der Gesellschaft, und später, in verschiedenen Formen bei Durkheim (als vormodernes Kollektivismus, und als moderner Zusammenhalt, der u.a. auf Arbeitsteilung beruht). In diesen frühen sozialwissenschaftlichen Arbeiten fungiert er vornehmlich als ein deskriptiver Begriff, der wechselseitige Abhängigkeiten der Menschen untereinander und deren Wirkung in der gesellschaftlichen Ordnung einfängt (Bayertz/Booshammer 2008).

⁵⁰ Zur Erklärung: Die Arbeiten zu Biokraftstoffen gehen auf ein von der Verfasserin geleitetes Projekt beim *Nuffield Council on Bioethics* zurück. Sie hat die Struktur und Form des entwickelten ethischen Rahmens entworfen; die Forschungsarbeit hinsichtlich der wissenschaftlichen Faktenlage weitgehend selbst übernommen bzw. angeleitet; den ersten vollständigen Draft des entsprechenden Reports verfasst (siehe Gesamtliteraturverzeichnis und Originalpublikationen); war verantwortlich für die editorische Einarbeitung von Kommentaren und Korrekturen der *Working Party*, der Council-Mitglieder und des umfangreichen *peer reviews*; und trug die Letztverantwortung für die publizierte Fassung.

Das Solidaritätsprojekt, ebenfalls im Rahmen der Tätigkeit am Council entstanden, wurde von der Verfasserin entworfen und sie hat federführend die externen Fördermittel eingeworben, gemeinsam mit dem Direktor des Councils, Hugh Whittall. Sie hat die *Solidarity-fellow* Dr. Barbara Prainsack, ausgewählt und angeleitet. Die entstandene Monographie (beigefügt) sowie die Artikel sind in enger Zusammenarbeit entstanden, mit einer Arbeitsteilung von ungefähr 50/50, wobei die Verfasserin entsprechend der Urheberschaft des Projektes meist die *senior author*-Rolle übernommen hat.

Die moderne Soziologie stellt Solidarität weniger in den Vordergrund; am ehesten tritt sie hier in Ansätzen der *rational choice*-Theorie auf (Hechter 1987), wenn auch als inhaltlich ausgehöhlter Begriff. Ein weiterer wichtiger Wirkungsbereich, in dem der Begriff der Solidarität zentral verhandelt und angewendet wurde und wird, ist die katholische Soziallehre, die unter Solidarität eines der grundlegenden Prinzipien gesellschaftlichen Lebens versteht, das die gesamte Schöpfung ‚durchwaltet‘ (nach Bayertz/Booshammer 2008). Es geht hier, sehr verkürzt gesprochen, jedoch nicht um eine soziale Gesinnung oder ein Gemeinschaftsgefühl, wie es in vielen älteren französischen Schriften angenommen wurde, sondern um einen tieferen, sozialphilosophischen Zusammenhang, der eine „in der menschlichen Natur seinshaft begründete Wechselbezogenheit“ (Kerber 1995) reflektiert. Der Mensch ist zwar, als Person, mehr als nur ein Teil eines gesellschaftlichen Ganzen, ist jedoch zugleich *qua* seiner Natur auf die Gesellschaft hingeordnet; Gesellschaft und Gemeinschaft sind ihm wesensnotwendig. In normativer Hinsicht ergibt sich daraus zugleich die Verpflichtung der Menschen, ihrem Wesen entsprechend und gemäß dem „natürlichen, von Gott gewollten Zweck des gesellschaftlichen Lebens“, in „positivem Zusammenwirken“ das Wohl aller zu befördern (Pesch 1905: 30).

In der Politikwissenschaft und vor allem der praktischen Politik ist Solidarität insbesondere in der Arbeiterbewegung von großer Bedeutung gewesen; oft verwendet als ein „Kampfbegriff“ (Bayertz/Booshammer 2008). In der politischen Philosophie hat er eher ein Schattendasein ge-fristet und tritt erst in den letzten Jahrzehnten wieder deutlicher in den Mittelpunkt, unter anderem bei Habermas, der ihn (wie vor ihm, in andere Weise, schon Hartmann (1925)) dem Begriff der Gerechtigkeit komplementär gegenüberstellt und ihn als das „Andere“ oder die „Kehrseite von Gerechtigkeit“ versteht (Habermas 1986). Solidarität wird hier als ein universelles Prinzip verstanden, mit dem den „individualistischen Vereinseitigungen“ moderner Gesellschaften entgegen getreten werden kann. Andere Autoren, prominent etwa Richard Rorty, verstehen den Begriff nicht in diesem weiten Sinne, mit sich daraus ableitenden universellen Hilfspflichten der Menschengemeinschaft gegenüber, sondern stärker eingegrenzt: für Rorty ist Solidarität dann psychologisch motivierend und normativ kraftvoll, wenn sich die Pflichten auf ein genauer bestimmtes „wir“ beziehen (Rorty 1989). Diese letztere Idee von der partikular wirkenden, normativen Solidarität kommt besonders stark auch bei Kommunitaristen wie etwa Charles Taylor zum Ausdruck, der eine geteilte Vorstellung des Guten Lebens als begründend für eine „republikanische“ Solidarität versteht (Taylor 1993).

In dieser sehr verknüpften Darstellung⁵¹ wird die heterogene Verwendung deutlich, die der Solidaritätsbegriff auch heute noch erfährt. Er wird sowohl deskriptiv (als Gefühl, oder Funktion kollektivem Zusammenhalts, in der Nachfolge etwa des älteren Begriffs der Brüderlichkeit) als auch normativ eingesetzt (z.B. als appellatives Prinzip der Begründung von Pflichten gegenüber der Gemeinschaft und ihren Mitgliedern). In der normativen Anwendung kommt er sowohl als Grundlage partikularer, auf bestimmte Gemeinschaften und ihre geteilten Überzeugungen ausgerichteter, normativ wirksamer Grundwert vor; aber auch als ein universelles Prinzip, um Hilfspflichten aller Menschen untereinander, *qua* Menschsein, zu begründen.

⁵¹ Weitaus genauere Darstellungen finden sich insbesondere in Prainsack und Buyx 2011.

Die Verfasserin hat den Solidaritätsbegriff in verschiedener Hinsicht in biomedizinethische Debatten eingebracht. In einer größeren Studie des Nuffield Council on Bioethics zu ethischen Aspekten von Biosprit (deren Hauptautorin sie war) und einer Reihe von ihr vorgelegter Zeitschriftenpublikationen wurde *solidarity* explizit verwendet als einer von mehreren zentralen Grundwerten, die in der Diskussion um die ethische Rechtfertigung von Biosprit eine Rolle spielten (Nuffield Council 2011). Zweitens ist, gemeinsam mit einer Kollegin, eine Monografie zur Anwendung des Solidaritätsbegriffs in der modernen biomedizinischen Ethik entstanden, sowie verschiedene nachfolgende, teils vertiefende Veröffentlichungen (oben angeführt).

Solidarität als Grundwert in der Debatte um Biokraftstoffe

Biokraftstoffe sind erst seit kurzem ein Gegenstand ethischer Debatten, obwohl es sie bereits, in der heute noch eingesetzten Form, bereits seit einem Jahrhundert gibt.⁵² Vor dem Hintergrund 1) der immer dringender werdenden Notwendigkeit, dem Klimawandel aktiv entgegen zu wirken; 2) den Bemühungen von Nationalstaaten um Energiesicherheit; und 3) der Erwartung, dass ‚grüne‘ Energietechnologie zukünftig neue Quellen von Entwicklung und Einkommen erschließen wird, wurden Biokraftstoffe wie Bioethanol und Biodiesel (in der sogenannten ersten Generation beispielsweise aus Getreiden oder Nahrungsölen gewonnen) von vielen als attraktive potentielle Patentlösung angesehen. Weltweit wurde erwartet, dass mit Biokraftstoffen verschiedene moderne Probleme und Herausforderungen auf einen Schlag gelöst werden könnten, und es wurden vielfach nationale und supranationale *biofuels policies* und Biokraftstoff-Programme eingeführt (in der EU ergab sich z.B. aus der RED, der *Renewable Energy Directive*, für alle Mitgliedstaaten die Obligation, dass im Jahr 2020 zehn Prozent des Transportkraftstoffes aus bioenergetischen Quellen stammen müssen. Weltweit haben viele Länder ähnliche Ziele und Quoten etabliert).

Von Beginn an wurde der ‚Biokraftstoff-Boom‘ der frühen 2000er Jahre jedoch stark kritisiert. Es wurden negative Einflüsse auf globale Nahrungsmittelpreise und resultierende Nahrungsmittelkrisen angeprangert; von einigen wurden die zunehmende Biokraftstoff-Produktion für Hungersnöte verantwortlich gemacht. Die Zerstörung von wertvollen Langstrichen mit hoher Biodiversität (z.B. Regenwälder, Moore) wurde Biokraftstoffen ebenso zulasten gelegt wie verschiedene Arten der Luft- und Umweltverschmutzung. In kontroversen wissenschaftlichen und öffentlichen Debatten wurde angezweifelt, ob Biokraftstoffe tatsächlich Treibhausgasemissionen einsparen helfen, insbesondere wenn ihr Landverbrauch eingerechnet wird. Und eine ganze Reihe von Gerechtigkeitsproblemen wurde erörtert, die sich bei der Produktion von Biosprit vor allem in Entwicklungsländern ergeben können, angefangen bei teils problematischen Arbeitsbedingungen und zu niedrigen Löhnen, über Herausforderungen bei der Patentierung und Lizenzierung von Biosprit und dem Schutz intellektuellen Eigentums, bis hin zu ungerechten Handelsbeziehungen innerhalb und außerhalb von TRIPS-Abkommen.

Zwar gibt es inzwischen verschiedene Fortschritte und neuere Entwicklungen der Biokraftstofftechnologien, die eventuell einige dieser Probleme umgehen oder mindern helfen könnten (die sogenannte zweite Generation, bei der z.B. die gesamte Pflanze, und nicht nur der Stärke- oder

⁵² Hunderte Literaturhinweise zur folgenden knappen Zusammenfassung der Argumente in den Publikationen der Verfasserin zu Biokraftstoffen finden sich ebenda; hier wird nur sehr sparsam referenziert.

Öl-Anteil eingesetzt wird, oder die dritte Generation, die aus Algen gewonnen wird, was jeweils in deutlich weniger belastender Produktion, geringerem Bedarf an Dünger, Land und anderen Ressourcen, sowie höheren Einsparungen von Treibhausgasen münden kann). Jedoch sind weltweit vor allem Technologien der ersten Generation im Einsatz. Da die erwähnten Quoten erfüllt werden müssen, und dafür meist die erste Generation mit all ihren Problemen zum Einsatz kommt, bleiben die skizzierten Probleme akut.⁵³

Nach einer Sichtung der zum Teil außerordentlich unklaren Evidenz und Datenlage zu diesen Vorwürfen wurde im Rahmen der Erarbeitung der verschiedenen Publikationen deutlich, dass für die ethische Bewertung von gegenwärtigem und zukünftigen *policy makings* im Bereich von Biokraftstoffen nicht *ein* Prinzip oder *eine* Theorie ausreichen kann, sondern ein komplexerer, dennoch robuster und auf tatsächliche Konflikte und Abwägungsfragen anwendbarer ethischer Argumentationsrahmen entwickelt werden muss. In einem am ehesten auf Rawls überlappenden Konsens (Rawls 1993) ausgerichteten Vorgehen wurde eine Reihe zentraler Grundwerte ausgewiesen, die in den Problemstellungen um Biokraftstoffe berührt werden und die daher relevante Fundamente eines zu entwickelnden *ethical frameworks* sein sollten. Dies waren neben 1) dem Schutz von universalen Menschenrechten; 2) der Bedeutung von Nachhaltigkeit und *stewardship*; 3) dem öffentlichen Gut (*common good*) des Klimaschutzes; und 4) der intergenerationellen Gerechtigkeit auch 5) der Begriff der Solidarität.

Solidarität wurde als ein partikularistischer, nationalstaatlich begrenzter normativer Wert verstanden: „Values such as solidarity focus more on the importance of protecting individuals as members of groups or populations. Solidarity often leads to similar prescriptions to those that flow from a commitment to rights, but it differs importantly in that it seeks to go beyond a language of ‚entitlements‘ and emphasises a shared commitment to the good of all.“ [...] „More positive duties which flow from such moral values have an important, but sometimes overlooked, contribution to make to public discussion, policy and decision making. [This is in] particular the value of solidarity, as the idea that we are all ‚fellow travellers‘ and that we have duties to support and help each other and most importantly those who cannot readily support themselves. A central meaning of solidarity is that individuals or groups are not left to fend for themselves in times of difficulty. [...] In the context of biofuels, the value of solidarity directs ethical attention to the most vulnerable people within societies, reminding us that we have a ‚shared humanity‘, a ‚shared life‘ and that those who are most vulnerable should be given special attention. For biofuels development, the value of solidarity thus requires countries or companies to ensure just reward, that benefits are shared fairly and that burdens are not laid upon the most vulnerable in society. If a particular form of biofuel could only be developed at (say) the expense of vulnerable people in developing countries then, however much it might contribute to energy needs in other countries, it should not be developed. Like human rights, solidarity thus also underpins the development of moral limits to the implementation of biofuels.“ (Nuffield Council 2011: 68 ff.)

⁵³ Diese Zusammenfassung kann nicht nachzeichnen, wie nuanciert die Entwicklung und Produktion von Biokraftstoffen betrachtet werden muss. Es hängt stark vom Kontext und den jeweiligen Bedingungen ab, ob eine Technologie der ersten Generation problembehaftet ist, oder aber zu den in ethischer Hinsicht ‚guten‘ Biokraftstoffen gerechnet werden darf. Die Produktionskette ist lang, komplex und meist multi-national, und es können sich an vielen Stellen ethisch relevante Schwierigkeiten ergeben. Vgl. ausführlich Nuffield Council 2011.

Solidarität und die anderen genannten Grundwerte bilden in ihrer Zusammenschau die Grundlage für eine Reihe von Prinzipien ‚mittlerer Reichweite‘, die für die praktische Bewertung von Biokraftstoffen abgeleitet werden.

„The first five Principles specify the conditions that should be met for biofuels development to be permissible. These are as follows:

1. Biofuels development should not be at the expense of people's essential rights (including access to sufficient food and water, health rights, work rights and land entitlements).
2. Biofuels should be environmentally sustainable.
3. Biofuels should contribute to a net reduction of total greenhouse gas emissions and not exacerbate global climate change.
4. Biofuels should develop in accordance with trade principles that are fair and recognise the rights of people to just reward (including labour rights and intellectual property rights).
5. Costs and benefits of biofuels should be distributed in an equitable way.

We then consider whether in some cases there may be a duty to develop biofuels. To address this we propose a sixth Principle:

6. If the first five Principles are respected and if biofuels can play a crucial role in mitigating dangerous climate change then, depending on additional key considerations, there is a duty to develop such biofuels.

The additional key considerations are: absolute cost; the availability of alternative energy technologies; alternative uses for biofuels feedstocks; the existing degree of uncertainty in their development; their irreversibility; the degree of participation in decision making; and the overarching notion of proportionate governance.“ (Nuffield Council 2011, xxv)

Die Prinzipien werden als *benchmark*-Prinzipien vorgeschlagen, die den praktisch Tätigen im Bereich der Biokraftstoffentwicklung und -Anwendung (Wissenschaftlern, Unternehmern, Politikern und *policy makers*) dabei helfen sollen, in der ethischen Bewertung etwa einer bestimmten zu entwickelnden Technologie, oder eines bestimmten geplanten Biokraftstoffprogramms, die richtigen Fragen zu stellen.

Anwendungen und Schlussfolgerungen

In den verschiedenen Publikationen werden bestehende Biokraftstoffrichtlinien und Gesetzgebungen von der Verfasserin diesem ‚Test‘ unter Einsatz des *ethical frameworks* unterzogen, und es werden eine Reihe konkreter Empfehlungen für die Politik und andere *stakeholder* entwickelt. Unter anderem wird ein umfassender ethischer Bewertungsstandard für Biokraftstoff-Entwicklung, -Produktion und -Planung vorgeschlagen, der über Zertifizierungsinstrumente implementiert wird. Quoten werden als wichtig erachtet, jedoch sollten sie flexibler gestaltet werden, so dass bei unerwarteten negativen Konsequenzen von Quoten-getrieben höherer Produktion eine Drosselung möglich ist (etwa über *feedback-loops*). Ferner wird empfohlen, eingedenk des Prinzips 6, die Entwicklung der neueren, besseren Biokraftstoffe von staatlicher Seite zu fördern und dafür Anreize zu schaffen. Alle (z.T. sehr detaillierten und spezifischen, an bestimmte Institutionen gerichteten oder auf bestimmte Regulierungsinstrumente abzielenden) Empfehlungen werden vor dem Hintergrund der Anerkennung der enormen Komplexität und

Internationalität der Biokraftstoff-Entwicklung und -Produktion formuliert. Letztere werden jedoch als beispielhaft für die zukünftigen Herausforderungen angesehen, denen sich die moderne Weltgemeinschaft gegenübersteht und die ganz neue Modelle interdisziplinärer und internationaler Zusammenarbeit erfordern – und sollten nicht als Rechtfertigung dienen, die Probleme gar nicht erst nicht anzugehen. Zusammenfassend bieten die Arbeiten der Verfasserin eine praxisorientierte Operationalisierung von Grundwerten wie Solidarität als tragenden Elementen eines *ethical frameworks*, das praktische Bewertungsprinzipien zur Verfügung stellt und auf dessen Grundlage sich Empfehlungen ableiten lassen, die bereits Eingang z.B. in die englische Politik gefunden haben.⁵⁴ Es kann davon ausgegangen werden, dass ein solches, philosophisch bezeichnet am ehesten kohärentistisches Verfahren, zukünftig in Arbeitsfeldern der Bioethik dieser praktischen Reichweite und Schwierigkeit zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.

Solidarity as an emerging concept in contemporary bioethics

Die Verfasserin hat sich, im Anschluss an die Arbeiten zu Biokraftstoffen, in einer Monografie und einer Reihe von weiteren Publikationen genauer mit dem Solidaritätsbegriff befasst. Gemeinsam mit einer Kollegin zeichnet sie nach und analysiert sie, wie der Solidaritätsbegriff in den modernen englischsprachigen biomedizinethischen Debatten zum Einsatz kommt.⁵⁵ Sehr verkürzt ist das Ergebnis der Analyse, dass er in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend zitiert und in Argumentationen eingesetzt wird. Dies scheint unter anderem einer wachsenden Unzufriedenheit mit dem in der Bioethik prominenten Autonomie-Prinzip geschuldet. Das Prinzip der Autonomie zeichnet sich in allen seinen vielen Varianten, die in der Bioethik verwendet werden, dadurch aus, dass es auf das einzelne Individuum ausgerichtet ist und, meist als Schutzprinzip, benutzt wird, um dessen individuelle Rechte zu bestimmen, zu verteidigen oder zu bewahren (klassisch zum Autonomie-Prinzip in der Bioethik Faden/Beauchamp 1996; neuere Debatten dargestellt z.B. in Schöne-Seifert 2007). Zunehmend jedoch werden in der biomedizinischen Ethik Fragestellungen verhandelt, in denen es um kollektive Entitäten oder Unternehmungen geht. Beispielhafte Stichworte sind hier etwa Public Health-Maßnahmen zugunsten der Gesundheit der Bevölkerung, in Kapitel 2 besprochen; der bereits im Kapitel 1 dieser Zusammenfassung erwähnte Umfang und Inhalt sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung; oder etwa Biobanken zu Forschungszwecken.

Das individualethisch verfasste Autonomieprinzip, so scheint es vielen der Fall zu sein, ist in diesen und verschiedenen anderen Kontexten inadäquat, um alle relevanten Beziehungen, Fragestellungen und Argumente abzubilden und reicht in der Sicht verschiedener Autoren auch in seiner individual-orientierten Form nicht aus, um entsprechende Regelungsvorschläge zu begründen (beispielhaft im deutschen Sprachraum Illhardt 2008; im englischen Sprachraum sind die Arbeiten von Onora O'Neill nachwievor prägend, O'Neill 2002a,b, 2003). Einige Autoren versuchen, oft aus feministischer Perspektive, mit Vorschlägen wie ‚relationaler‘ Autonomie und ähnlichem diese wahrgenommene Unzulänglichkeit zu verbessern, indem das individuelle Autonomie-Prinzip um Beziehungs- oder kollektive Aspekte ergänzt wird (beispielsweise MacKenzie/Stoljar 2000 a,b, Oshana 2006, Grovier 1993, Benson 2005, McCleod/Sherwin 2000). Ande-

⁵⁴ Die neuere Biomasse-Strategie der englischen Regierung etwa bezieht sich auf die Prinzipien des Reports; die Verfasserin war Sachverständige bei der Anhörung des *House of Commons Energy and Climate Change Committee*.

⁵⁵ Wiederum finden sich umfangreiche Quellenangaben in den genannten Publikationen; hier wird sparsam zitiert.

re hingegen bringen als Alternative, oder zusätzlich zum Autonomie-Prinzip (und teils anderen Prinzipien) den Begriff der Solidarität beschreibend oder begründend in Stellung.

Angesichts der Tatsache, dass die bioethischen Kontexte, in denen dies vornehmlich geschieht, zum Teil deckungsgleich sind mit jenen, die sich besonders für die Anwendung von politisch-philosophischen Theorien und Begriffen eignen (siehe restliche Kapitel dieser Zusammenfassung) überrascht es nicht, dass Solidarität als (auch) aus der politischen Theorie und Philosophie stammender Begriff zunehmend in diesen Debatten verhandelt wird.

Es sind dabei vor allem Autoren kontinental-europäischer Provenienz, die auf Solidarität Bezug nehmen (beispielhaft Bayertz 1998, ter Meulen et al. 2010, Scholz 2008, Sternø 2004, Hinrichs 1995, Booshammer/Kayß 1998, Trappenburg 2000). Von einigen wenigen Beispielen kommunitaristischer amerikanischer (v.a. Callahan) und einiger englischer Autoren abgesehen (Ashcroft et al. 2000, Chadwick/Berg 2001, Häyry 2005), ist der Begriff in der anglo-amerikanischen Bioethik-Debatte kaum präsent; und dies gilt grundsätzlich auch für die ‚*mainstream*‘ politische Philosophie in der Rawls-Nachfolge. Beides kann wohl damit erklärt werden, dass *solidarity* im englischen Sprachraum weithin als ein Kampfbegriff der extrem linken Arbeiterbewegungen oder Trotzkyistischer Strömungen angesehen und rezipiert wurde und teils noch wird, und damit nicht zum anerkannten Vokabular gemäßigter Philosophen gehört(e). Um so entscheidender, diesen ‚europäischen‘ Begriff mit seiner reichen und vielfältigen Anwendungsgeschichte in amerikanischen Debatten zu übertragen, die zumindest in der Bioethik nach wie vor die Disziplin (zumindest in Bezug auf ihren Einfluss) dominieren.

Wo Solidarität eingesetzt wird, erfolgt dies zuweilen ohne dass eine klare Definition angeboten würde, gelegentlich sogar ganz ohne jede Erklärung oder ohne inhaltliche Bestimmung, als reines *label* bzw. Stellvertreter-Prinzip oder -Argument. Genauere inhaltliche Bestimmung erfährt der Begriff wie erwähnt vor allem in den, selbst noch jüngeren, biomedizinethischen Diskursen um Public Health, öffentliche Gesundheitssysteme, Fragen der globalen Gesundheit, sowie, wiederum nicht überraschend, in der kleinen Teildebatte um distinkt ‚europäische‘ Werte und Normen. Es findet ferner in vielen Publikationen, in denen der Solidaritätsbegriff auf Fragestellungen der biomedizinischen Ethik zur Anwendung gebracht wird, eine Verwechslung oder (teilweise explizierte) synonyme Verwendung mit anderen, verwandten Begriffen wie *charity*, *reciprocity*, *altruism*, oder *trust* statt. All dies trägt dazu bei, dass Solidarität von einigen als ein ‚vager‘ und unscharfer Begriff angesehen wird, der sich nicht für die Anwendung in philosophisch geprägten Debatten der biomedizinischen Ethik eignet (z.B. Rippe 1998, Capaldi 1999, Gunson 2009). Die Verfasserin argumentiert in verschiedenen Publikationen, dass diese Zuschreibung zu Unrecht erfolgt, und stützt sich darin unter anderem auf eine Klärung der Kernbedeutungen der verschiedenen verwandten Begriffe. Diese und der Solidaritätsbegriff mögen sich zwar in Randbedeutungen zum Teil überschneiden; in jedem Fall aber gibt es klar fassbare Unterschiede in der Hauptbedeutung sowie hinsichtlich der jeweiligen Anwendungsschwerpunkte. Eine Unterscheidung der Begriffe ist daher auf alltagssprachlicher wie philosophisch-terminologischer Ebene ohne weiteres möglich. Sie erscheint der Verfasserin für zukünftige Anwendungen wesentlich, um begriffliche Verwirrung und den Eindruck von ‚Vagheit‘ und ‚Unschärfe‘ jeweiliger auf den Solidaritätsbegriff bezogener Argumentationen zu vermeiden.

Aufbauend auf diese Literatur- und Begriffsanalyse wird eine Arbeitsdefinition des Solidaritätsbegriffs entwickelt. Zentrale Elemente darin sind:

- dass es sich bei Solidarität um eine *Praxis* handelt, die immer in Verhalten/Aktionen⁵⁶ zum Ausdruck kommt, nämlich Hilfsverhalten bei gleichzeitiger Bereitschaft, eventuell Kosten zugunsten anderer auf sich zu nehmen;
- dass diese Handlungen motiviert sind durch die Wahrnehmung von ‚Ähnlichkeit‘ oder Gleichheit (im Sinne von ‚sich gleichen‘) in relevanter Hinsicht mit denen, um deretwillen solche Kosten auf sich genommen werden;
- dass diese Relevanz vom jeweiligen Kontext abhängt;
- und dass es verschiedenen Formen der Institutionalisierung von Solidarität und damit verschiedene Formen gibt, die aufeinander aufbauen und institutionalisiert werden, aber auch transient bleiben können.

Mit der Formulierung der Definition, s.u., soll nicht vorgegeben werden, der Solidaritätsbegriff werde hier ‚neu erfunden‘. Im Gegenteil, die Arbeitsdefinition vereint zentrale Anteile existierender Definitionen oben genannter Autoren. Sie ist jedoch deutlich umfassender und, so erlaubt sich die Verfasserin anzunehmen, klarer als viele andere Definitionen, die in der Bioethik zum Einsatz kommen.

Ausgehend von einem normativ geprägten, nämlich interrelationalen, Personenverständnis,⁵⁷ und unter Annahme einer hypothetischen historischen Entwicklung⁵⁸ wird ein deskriptiver Begriff formuliert, um später eine möglichst breite Anwendbarkeit der Definition für normative Fragestellungen zu gewährleisten.

In its simplest form, our definition of solidarity signifies *manifestations of people's willingness to carry costs (financial, social, emotional, or otherwise) to assist others*.

Solidarity in our account is neither a political concept nor a moral value; we take it to be a practice, or a set of practices, and these can be apparent at any or every one of three levels of institutionalisation:

- At the interpersonal level, or tier 1, manifestations of the willingness to carry costs to assist others are typically articulations of individuals who act in this way because they consider themselves similar to these others *in a relevant respect*. Facing similar risks, having suffered the same experience, or working towards the same goal, are frequent ‘causes’ of solidarity.
- When practices of accepting costs to assist others, between individuals, become so widespread that they become, or have in the past become, shared practices in a given group or community, then we encounter what we call tier 2 solidarity. Examples of this more institutionalised type of solidarity-based practices are informal groups and arrangements that are not (yet) consolidated by contractual or legal arrangements, such as informal governance in patient self-help groups.

⁵⁶ Der übliche Begriff der ‚Handlung‘ wird hier nicht verwendet, um miteinzubeziehen, dass auch Unterlassungen relevante solidarische Praktiken darstellen können.

⁵⁷ Die Person wird verstanden als eingebettet in ein Netz sozialer Beziehungen, die für ihr Denken und Handeln essentiell wichtig sind und ohne deren Ansehung sie nicht gedacht bzw. verstanden werden kann. Dies kommt, in den Begrifflichkeiten politisch-philosophischer Personenkonzepte gesprochen, einem nicht-atomistischen, interdependenten Personenkonzept gleich.

⁵⁸ Die Stufen werden als eine hypothetische chronologische Entwicklung dargestellt. Dies ist nur als Mittel der Veranschaulichung zu verstehen; es wird nicht etwa vorausgesetzt, dass die Entwicklung von individuellen hin zu sozialen Praktiken bis hin zu institutionalisierten, kontraktuellen oder legalen Normen linear verlief.

- If such communal practices, in turn, solidify further into contractual relationships or hard law, then we have an instance of tier 3 solidarity, the most institutionalised and least flexible version of solidarity. Welfare societies all have such elements of tier 3 solidarity, that is, solidaristic arrangements are enacted and enforced through law (e.g. solidaristic health insurance systems with compulsory contributions; pension systems, etc.).

Neither the process of institutionalisation, nor the process of policy development is linear. This definition does not presuppose actual historical developments, but an idealised and simplified version of how solidarity can come to be solidified in a society, starting as individual practices on tier 1, and resulting in legal norms on tier 3.

Although in practice, many instances of tier 3 solidarity will have been preceded by 'lower' tiers in the past in this way, so that solidarity emerges bottom up rather than being imposed top down, the latter scenario is not excluded in principle. Laws in the spirit of solidarity can indeed 'enforce' (i.e. foster, or give rise to) solidaristic practices that have not existed previously. However if the law contradicted basic shared values, it would risk not being observed, and/or circumvented; the practices that it would give rise to, then, would be something else than solidaristic.

It is also important to note that the different tiers of solidarity are not mutually exclusive; in any given context of practice the different tiers of solidarity may contain any or all tiers, and the boundaries between them may often be blurry. However, the points of gravity in every tier are different, and so are the configurations and stakes at these different points of gravity (e.g. arrangements in tier 3 are much more difficult to undo than in tier 1; etc.).

Anwendungen und Schlussfolgerungen

Diese hier sehr verknüpft dargestellte definitorische Herangehensweise an den Solidaritätsbegriff wird sowohl in der Monografie als auch in den verschiedenen Zeitschriften-Publikationen auf drei Kontexte angewendet: Regulierung und *governance* von Biobanken für Forschungszwecke; Maßnahmen der Pandemie-Bekämpfung; und Lebensstil-bedingte Erkrankungen. Dabei zeigt sich, dass der Begriff sich nicht in allen Anwendungsbereichen in fruchtbarer Weise in Stellung bringen lässt – ein relevantes Ergebnis, wird er doch oft eingesetzt, um alles mögliche zu begründen oder zu rechtfertigen.

Fruchtbar kann Solidarität zum Beispiel im Kontext von Forschungs-Biobanken in Stellung gebracht werden. Unter Rückgriff auf den Solidaritätsbegriff erscheinen eine Reihe signifikanter Änderungen für moderne Biobanken-*governance* sinnvoll. Diese sind besser vereinbar mit der Bereitschaft, um der Unterstützung anderer willen (nicht-monetäre) Kosten in Kauf zu nehmen (diese Bereitschaft ist für das hier vorgestellte Solidaritätsverständnis zentral). Unter Bezug auf Solidarität lässt sich der Beitrag zur kollektiven Unternehmung einer Biobank besser erfassen, diskutieren und in Regulierungsvorschlägen abbilden, als dies gegenwärtig allein mit den üblichen individualethischen Prinzipien wie Autonomie und den dazugehörigen *governance*-Instrumenten wie dem *informed* (oder neuerdings *fully informed*) *consent* möglich wäre. Dabei wird nicht argumentiert, dass *informed consent* und Teilnehmer-Autonomie durch den Begriff der Solidarität *ersetzt* werden sollen – dies wäre schon aus nationalen und Europarechtsgründen unmöglich, und in normativer Hinsicht weder wünschenswert noch sinnvoll zu begründen. Vielmehr werden detaillierte Vorschläge ausgearbeitet, wie Solidarität innerhalb einer grundsätzlich Autonomie-orientierten *governance*-Struktur zum Tragen kommen kann, wodurch

gleichzeitig einige Nachteile eines ausschließlich und prominent auf Autonomie und *informed consent* ausgerichteten Ansatzes gemildert werden können. Die Regelungsvorschläge sehen beispielsweise vor, dass einige durch Autonomie-Primat obligate, oft beklagte, aufwändige und teure Maßnahmen unter Berufung auf Solidarität unterlassen werden können, etwa die Re-Kontaktierung von Teilnehmern bei winzigsten Änderungen der ursprünglichen Forschungsfragen. Die (durchweg nur geringen) Kosten, die das ggf. für die Teilnehmer mit sich bringen würde, werden als Solidaritätsbeiträge aufgefasst („carrying costs to assist others“).

Dahingegen stößt die Anwendung des Solidaritätsverständnisses, das hier eingeführt wurde, bei der Pandemie-Bekämpfung an ihre begründenden Grenzen. Pandemiemaßnahmen wie Reiseeinschränkungen, die Schließung von Schulen, Zwangsimpfungen etc., die sich in einem bestimmten knappen zeitlichen Rahmen abspielen, umfassen in vielen Fällen große Teile der Bevölkerung, obwohl nur winzige Teile von der jeweiligen Infektion betroffen sein können. In starker Verknappung gesprochen kann in diesen Fällen nicht davon ausgegangen werden, dass „similarity in a relevant sense“ vorliegt. Im Ergebnis wird festgestellt, dass zusätzliche Begründungsarbeit für solche staatlichen Maßnahmen vonnöten ist – etwa die Verpflichtung des Staates, seine Bürger vor Schaden zu bewahren oder andere, in der Literatur breit diskutierte Argumente und Prinzipien. Solidarität allerdings kann im Pandemie-Fall nur einschränkt als Argument verwendet werden, um Zwangs-Maßnahmen zu rechtfertigen.

Im Fall von Lebensstil-bedingten Erkrankungen schließlich wird aufgezeigt, dass jene, die Argumente für den Ausschluss solcher Erkrankungen aus der Regelversorgung unter Berufung auf deren solidarische Finanzierung entwickeln, einem Missverständnis unterliegen und von einem problematischen Solidaritätsverständnis ausgehen. In solchen Ansätzen wird eine Risikostratifizierung zugrunde gelegt (nicht immer explizit, aber sie ist, wie die Autorin in früheren Veröffentlichungen zur Eigenverantwortung aufgezeigt hat, immer Teil der Zuschreibung ‚Lebensstil-bedingte Erkrankungen‘). Basierend auf dieser Risikostratifizierung werden moralisch relevante Unterschiede ausgemacht zwischen jenen, die sich gesundheitsbewusst verhalten, und jenen, die ihrer Gesundheit schaden. Allerdings ist eine solche Risikostratifizierung, derzufolge einige aus der Solidargemeinschaft wegen zu großer ‚Abweichungen‘ (‘dissimilarity in a relevant sense’, nämlich verhaltens-bedingte gesundheitliche Risikofaktoren) ‚herausfallen‘, empirisch unmöglich umzusetzen und daher dem Vorwurf der Willkürlichkeit ausgesetzt. Ohne eine solche Risikostratifizierung aber sind Solidaritätsbezogene Argumente wenig schlagkräftig. Am erfolgversprechendsten wären noch Reziprozitätsargumente in Stellung zu bringen, die auf die Gegenseitigkeit von öffentlich finanzierter Gesundheitsversorgung hinweisen;⁵⁹ Solidarität hingegen lässt sich für den Ausschluss Lebensstil-bedingter Erkrankungen aus der Regelversorgung oder andere Saktionen nicht erfolgreich zur Anwendung bringen.

⁵⁹ So in früheren Publikationen der Verfasserin, wo sie noch ein anderes, wie sich im Zuge der Analyse der letzten zwei Jahre zeigte, teils verfehltes, Solidaritätsverständnis vertrat (etwa Buyx 2005b, 2008).

Kapitel 4 Der Suffizienzbegriff und minimale Wirksamkeit als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung

In Bezug genommene Publikationen:⁶⁰

Buyx A, Friedrich DR, Schöne-Seifert B (2011) Ethics and effectiveness: rationing healthcare by thresholds of minimum effectiveness. *British Medical Journal* 342: 531-3. (Klasse 1-Journal, IF 14,09)

Buyx A, Friedrich DR, Schöne-Seifert B (2009a) Marginale Wirksamkeit als Posteriorisierungskriterium – Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen. *Ethik in der Medizin* 21(2): 89-100. (Klasse 3-Journal, IF 0,4)

Buyx A, Friedrich DR, Schöne-Seifert B (2012) Minimale Wirksamkeit als Verteilungskriterium: ethische Argumente, empirische Akzeptanzdaten und politische Umsetzung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2012/2, 37-45.

Buyx A, Friedrich DR, Schöne-Seifert B (2009b) Marginale Wirksamkeit als Rationierungskriterium – Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen. In: Wohlgemuth WA, Freitag MH (Hg.): *Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 201-217.

Friedrich DR, Buyx A, Schöne-Seifert B (2009) Priorisierung: Marginale Wirksamkeit als Ausschlusskriterium. *Deutsches Ärzteblatt* 106(31-32):1562-4.

Schöne-Seifert B, Buyx A (2006) Marginale Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen: ein faires Rationierungskriterium? In: Schöne-Seifert B, Buyx A, Ach J (Hg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn: mentis, 215-234.

Einführung und Einbettung: Moderne Egalitarismuskritik und das sufficiency-Konzept

Die Diskussion um die Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen verhandelt einige Fragestellungen, die auch in den Debatten der modernen politischen Philosophie, und hier insbesondere der Verteilungsgerechtigkeit der letzten drei Jahrzehnte, eine wichtige Rolle gespielt haben – auch wenn dies nicht immer explizit wird (vgl. Kapitel 1 dieser Zusammenfassung). Im folgenden Kapitel wird vor dem Hintergrund der Diskussion um moderne Theorien des Egalitarismus ein Kriterium der medizinischen Mittelverteilung in den Blick genommen, für dessen Einführung in die gesundheitspolitische Regulationsdebatte sich die Verfasserin, gemeinsam mit Kollegen, in verschiedenen Veröffentlichungen ausgesprochen hat.

Die oben bereits kurz erwähnte moderne Egalitarismuskritik ist weitgehend der Gerechtigkeits-theorie zuzuordnen. In Kapitel 2 wurde bereits eingeführt, dass sie um die Frage kreist, ob Gleichheit einen intrinsischen Wert hat und also der relationale Vergleich zwischen Menschen und ihren (je verschieden bestimmten) ‚Ressourcen-Paketen‘ oder Lebensbedingungen sinnvoll ist. Eine wichtige kritische Strömung, die diese Frage verneint und das Augenmerk auf *absolute*

⁶⁰ Die ursprüngliche Idee der (damals noch) marginalen Wirksamkeit wurde 2006 von Prof. Bettina Schöne-Seifert in einer gemeinsamen Publikation entworfen. Seither ist das Konzept, u.a. in der gemeinsamen Arbeit mit einem weiteren Kollegen, Dr. Friedrich, signifikant weiter bearbeitet worden. Die Verfasserin hat insbesondere die Elemente der Praxisanwendung, z.B. im BMJ-Artikel, weiterentwickelt; die Anwendung auf den Suffizienzbegriff verdankt sich einem ihrer aktuellen Forschungsschwerpunkte. Bei den angeführten Erstautorenschaften hat die Verfasserin die ersten Drafts verfasst sowie die Rolle der korrespondierenden Autorin ausgefüllt.

Lebensqualität sowie auf jene richtet, denen es am schlechtesten geht, ist der *capabilities*-Ansatz, der bereits in Kapitel 2 besprochen wurde.

Noch deutlicher als von *capabilities*-Vertretern wird die Non-Relationalität von Gerechtigkeit von Anhängern der Suffizienz-Doktrin betont.⁶¹ In der angloamerikanischen Gerechtigkeitstheorie, die im Folgenden als Grundlage der Anwendung des Suffizienzkonzeptes dient, haben prominente Autoren wie z.B. Harry Frankfurt vertreten, dass Gleichheit an sich moralisch irrelevant ist. Frankfurt zufolge geht es nicht um Ungleichheiten zwischen Menschen und damit nicht darum, dass einige reicher und andere ärmer sind. Vielmehr sollte im Vordergrund stehen, dass viele Arme nicht genügend ökonomische Ressourcen für ein gutes oder auch nur menschenwürdiges Leben haben. "With respect to the distribution of economic assets, what is important from the point of view of morality is not that everyone should have the same but that each should have enough. If everyone had enough it would be of no moral consequence whether some had more than others. I shall refer to this alternative to egalitarianism—namely, that what is morally important with respect to money is for everyone to have enough— as ‚the doctrine of sufficiency.‘" (Frankfurt 1987: 21 f.)

Anhängern der Suffizienz-Doktrin zufolge steht vielen Menschen kein *suffizientes Level* bzw. keine *suffiziente Menge* an Ressourcen zur Verfügung, die ihnen ein gutes Leben bzw. die Aussicht auf ein gutes Leben ermöglichen würde. Suffizienz-Vertreter betonen, dass zur Bestimmung gerechter Gesellschaftsverhältnisse diese ausreichende – suffiziente – Ausstattung mit Ressourcen bzw. den notwendigen ökonomischen Gütern des Lebens⁶² entscheidend wichtig ist. Wenn in einer Gesellschaft alle oberhalb einer – zu bestimmenden – Suffizienzschwelle für eine gute, menschenwürdige Existenz leben, dann ist der Vergleich mit dem, wie es anderen in materialer Hinsicht geht oder was andere besitzen, nachrangig. Je nach Autor wird diese Suffizienz-Doktrin global ausgeweitet und auf alle lebenden Menschen bezogen; hier finden sich auch Anschlüsse an gegenwärtige internationale Debatten um Armutsbestimmung und soziale und ökologische Nachhaltigkeit: „The doctrine of sufficiency holds that it is morally valuable that as many as possible of all who shall ever live should enjoy conditions of life that place them above the threshold that marks the minimum required for a decent (good enough) quality of life. Sufficiency can rationalize transfers of resources from better off to worse off persons when such transfers would increase the total number of people who ever achieve sufficiency.“ (Arneson 2009: 5.1).

Sufficiency und die Mittelverteilung im Gesundheitswesen

Die Argumentation der Egalitarismuskritik, und hier insbesondere die der Suffizienzvertreter,⁶³ ist direkt relevant für die Verteilung knapper Ressourcen in modernen Gesundheitssystemen. Von extremen Ausnahmen abgesehen argumentiert in diesen Debatten niemand, dass eine

⁶¹ Der Suffizienz-Begriff ist in der deutschen philosophischen und öffentlichen Debatte bisher nur in der Umweltethik eingeführt und wird dort eng im Zusammenhang mit Nachhaltigkeitskonzepten verhandelt (z.B. Ott/Voget 2007, von Winterfeld et al. 2008). International wird er z.T. in Diskussionen um die Armutsdefinition eingesetzt.

⁶² Der Suffizienz-Begriff lässt sich auch sinnvoll auf nicht-ökonomische Güter, wie im Folgenden auf Gesundheit, anwenden.

⁶³ Nicht alle Suffizienzvertreter sind Egalitarismuskritiker; hier wird allerdings der *mainstream* in der Frankfurt-Nachfolge vorausgesetzt.

gerechte Ressourcenverteilung bedeutet, dass alle Menschen *gleich gesund* (oder gleich krank) sind. Ob es einem anderen Patienten besser oder schlechter geht als mir selbst ist für mich unerheblich; für mein Leben von Bedeutung ist ob ich durch eine Behandlung (also durch einen Einsatz medizinischer Ressourcen) auf ein Gesundheitslevel (zurück-)kommen kann, das mir ein für mich gutes, menschenwürdiges Leben ermöglicht.⁶⁴ Allen, auch gesetzgeberischen Überlegungen dazu, welche medizinischen Maßnahmen jeweils ‚notwendig‘ sind,⁶⁵ liegt immer implizit eine solche grundsätzliche Berücksichtigung des jeweiligen Individualfalls zugrunde. Ärzte haben seit jeher ohne den Abgleich mit der Gesundheit anderer Patienten praktiziert. Die einzige medizinische Disziplin, in der solche Vergleiche eine explizite Relevanz haben, ist die Epidemiologie, die mit statistischen Daten auf Gruppen- und Bevölkerungsebene arbeitet. Hier – im Bereich von Public Health – wird dann auch über die Bestimmung von gesundheitlichen Ungleichheiten gestritten (siehe Kapitel 2 dieser Zusammenfassung). In allen anderen Bereichen medizinischer Praxis jedoch geht es nicht darum, ob ein Patient gleich krank oder gleich gesund ist wie ein anderer (oder gar wie alle anderen), sondern um das absolute Maß seiner eigenen Erkrankung bzw. seiner Gesundheit. Bevor die Debatte um knappe Ressourcen im Gesundheitswesen in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gedrungen ist (und auch bevor sich die Handlungsmöglichkeiten der Medizin so exponentiell erweitert haben wie in den letzten Jahrzehnten) war es daher, in jedem Einzelfall, das Streben nach der *besten zu erreichenden* Gesundheit bei jedem Patienten, wonach die praktizierenden Mediziner trachteten und wofür, implizitem öffentlichen Konsens in der GKV folgend, Ressourcen eingesetzt wurden.

Im Folgenden wird vertreten, dass es in der heutigen Situation nicht mehr um die jeweils beste zu erreichende Gesundheit gehen kann. Hier können nur jene Argumente für diese Ansicht, die direkt relevant sind für die nachfolgenden Ausführungen, zusammenfassend angedeutet werden.⁶⁶ Erstens führt das Streben nach dem besten zu erreichenden Gesundheits- bzw. Krankheits-Zustand, beispielsweise an den ‚Rändern des Lebens‘, zu einem Kampf mit dem Tod, der letztlich immer verloren wird, der aber vorher in eine aus verschiedenen Gründen problematische Behandlungsspirale münden kann.⁶⁷ Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, haben stetig steigende Gesundheitsbudgets ferner wichtige Opportunitätskosten; sie führen zu sich verknappenden Mitteln an anderer Stelle, sei es im privaten Haushaltseinkommen (weil die Krankenkassenbeiträge, Zuzahlungen und ähnliches steigen), oder in anderen Bereichen unseres öffentlichen Sozialwesens (Bildung und Erziehung, Rentenversorgung und andere soziale Dienste, Kultur etc.). Und innerhalb des Gesundheitssektors zwingt der inzwischen offen beklagte Kostendruck die Akteure zu komplexen Abwägungsentscheidungen hinsichtlich der Wahl der eingesetzten medizinischen Maßnahmen.⁶⁸ Statt festzuhalten an dem Konzept der besten zu erreichenden Gesundheit, das dem Ausgabeverhalten im Gesundheitswesen für lange Zeit un-

⁶⁴ Vgl. Fn 9 zu Kerstings Definition des Gutes Gesundheit als konditionalem Gut. Ihm zufolge ist ein bestimmtes Maß an Gesundheit essentiell für das menschliche Leben. Daraus folgt aber nicht, dass eine Maximierung von Gesundheit das Leben immer weiter verbessert. Kersting 1995, 1997.

⁶⁵ Vgl. SGB5 §2 Abs. 4.

⁶⁶ Ausführliche Argumentationen dazu, dass das Ausgabeverhalten im Gesundheitswesen verändert werden muss und eine Priorisierung von Leistungen notwendig ist, finden sich in einer Reihe von Publikationen der Verfasserin. Siehe auch Kapitel 1 dieser Zusammenfassung.

⁶⁷ Vgl. etwa die bereits erwähnten Arbeiten von Daniel Callahan.

⁶⁸ Beispiele reichen hier von Fehlanreizen (*perverse incentives*) für wenig wirksame oder gar überflüssige Interventionen (Ärzteblatt 10.4. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49783>) bis zum Vorenthalten klar sinnvoller Leistungen, jeweils durch Kostendruck (Strech et al. 2008).

widersprochen zugrunde lag, wird hier vorgeschlagen, in der Mittelallokation die Frage nach der ausreichenden – suffizienten – Menge an Ressourcen und die *unter diesen Umständen* beste zu erreichende Gesundheit in den Mittelpunkt zu stellen. Damit wird das Konzept der Suffizienz aus der Egalitarismuskonzeption in den Anwendungskontext gesundheitlicher Ressourcenverteilung überführt.

Der suffiziente Einsatz von Ressourcen der Gesundheitsversorgung erfordert Suffizienz-*Schwellen*, die eine Bestimmung ermöglichen, wann genug Ressourcen für Behandlungen bzw. Gesundheitsverbesserung eingesetzt wurden.⁶⁹ In der Medizin bedeutet dies die systematische Determinierung, welche Behandlungen ausreichend und ‚gut genug‘ sind. Es müssen also Obergrenzen des Ressourceneinsatzes gefunden werden. Solche Grenzbestimmungen sind ein außerordentlich komplexes und kontroverses Unterfangen und in den gegenwärtigen nationalen und internationalen Debatten zur Mittelallokation in der Gesundheitsversorgung wird darum bereits zum Teil gerungen. Dies erfolgt meist nicht unter Verwendung politisch-philosophischer Begriffe wie etwa des Suffizienzbegriffs. Ältere Debatte versuchten sich an einer Bestimmung der Obergrenze dessen, was ein *decent minimum*, oder medizinisch notwendig/*medically necessary* ist (vgl. etwa Sabin/Daniels 1994); im Zuge der aktuellen Gesundheitsreformen in den USA ist der neue Begriff der Wahl für die Bestimmung von Obergrenzen der Versorgung ‚*essential health benefits*‘ (s. etwa Institute of Medicine 2012). Die Erarbeitung von legitimierten Obergrenzen kann wohl nur im demokratisch-deliberativen Prozess unter Einschluss der Öffentlichkeit gelingen; ferner sind einige verfassungsrechtliche Hürden zu nehmen.⁷⁰ Doch noch bevor diese Fragen behandelt werden können, ist ein erster, in normativer Hinsicht einfacherer, dennoch wichtiger Schritt zu gehen ist, nämlich die Festlegung, wann eine Behandlung gut genug ist, um überhaupt öffentlich finanziert zu werden – wann sie also ausreichend wirksam ist (oder, negativ gesprochen, wann sie sicher *nicht gut genug* ist). Die Notwendigkeit dieses ersten Schrittes wird in den hitzigen Debatten darum, wann eine Behandlung als ‚gut genug‘ angesehen werden kann, oft übersehen.

Die Determinierung von solchen Untergrenzen, oder *Mindestschwellen* in der Versorgung lässt sich, wie weiter unten dargelegt, mit guten ethischen Argumenten vertreten; erste Hinweise zeigen, dass Mindestschwellen auch in der Bevölkerung Akzeptanzpotential haben. Im Folgenden wird für diesen ersten Schritt der Suffizienz-Bestimmung in der Gesundheitsversorgung das Modell der minimalen Wirksamkeit knapp vorgestellt.

Mindestnutzenschwellen in der medizinischen Leistungsbegrenzung

Um zu bestimmen, wann eine medizinische Behandlung nicht wirksam genug ist, muss ihre *klinische Wirksamkeit* in Augenschein genommen werden. Wirksamkeit wird in den verschiedenen in Bezug genommenen Publikationen definiert als ‚nachgewiesenermaßen

⁶⁹ Am sinnvollsten lassen sich Schwellen, wie im hier vorgestellten Beispiel, auf Behandlungen und ihre Wirksamkeit anwenden; grundsätzlich wäre aber eine Schwellen-Erarbeitung für Gesundheitslevels ebenfalls denkbar, wenn auch mit zahlreichen, nicht zuletzt praktischen, Problemen behaftet (Stichwort ‚verschiedene Konzeptionen des Krankheitsbegriffs‘).

⁷⁰ Vergl. etwa die juristischen Auseinandersetzungen um das sogenannte Nikolausurteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2005. Dieses Urteil scheint ein Maximum an Ressourceneinsatz in der Gesundheitsversorgung selbst in Fällen umstrittener Wirksamkeit vorzuschreiben und stünde jeglichen Obergrenzen der Behandlung entgegen. Vgl. kritisch dazu etwa Huster 2006, 2011.

statistisch signifikante positive Effekte auf die patientenrelevanten Zielgrößen *Überlebenszeit* oder *gesundheitsbezogene Lebensqualität*. Erstere wird in gewonnener Lebenszeit gemessen, letztere als Beeinflussung von Surrogatparametern von Lebensqualität, wie beispielsweise Schmerzintensität. Ob eine medizinische Intervention ein *Mindestmaß* an Nutzen erbringt, das heißt, ob sie eine Mindestnutzenschwelle überschreitet, lässt sich über ihre Wirksamkeit operationalisieren. Im Folgenden werden die Begriffe der (Mindest-)Nutzenschwelle und der (Mindest-)Wirksamkeitsschwelle synonym verwendet.⁷¹

Es ist wichtig, zwischen zwei Varianten von Mindestwirksamkeit (MW) zu unterscheiden, die beide mit einer geringen mittleren zu erwartenden Wirksamkeit einhergehen. Im ersten Fall hat eine Maßnahme auch im besten Fall, also bei vollem Ansprechen der Patienten, nur ein begrenztes Wirksamkeitspotential (*small benefit*). Ihr maximaler potentieller Nutzen beläuft sich auf eine sehr geringfügige Besserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder auf eine kurze Verlängerung des Lebens, etwa um wenige Wochen oder Monate. Dieses Kriterium wird in den genannten Publikationen Kriterium MW-1 genannt. Im zweiten Fall ist die mittlere zu erwartende Wirksamkeit ebenfalls sehr niedrig, ergibt sich aber primär aus einer sehr niedrigen Ansprechrate (*low chances of success*) – also anteilig wenigen Therapieerfolgen, welche dann allerdings im Einzelfall (bei den wenigen *respondern*) sehr hoch sein können. Dieses Kriterium heißt in den Publikationen MW-2. MW-1 und MW-2, die häufig in Kombination vorkommen, werden nicht immer hinreichend differenziert.

Die Grundidee der Festlegung von mindestens zu erreichendem Nutzen als Teil der Suffizienzbestimmung im Gesundheitswesen ist es, *Schwellenwerte* für die Wirksamkeit von Behandlungen festzulegen, die statistisch überschritten werden müssen, zum Beispiel wenn diese (neu) in den Leistungskatalog der GKV übernommen werden sollen. Sollten die Mindestschwellen nicht überschritten werden, würden die jeweiligen Interventionen als sicher nicht gut genug klassifiziert und in einem zukünftigen, auf suffiziente Versorgung ausgerichteten Gesundheitssystem nicht öffentlich finanziert.

In der Bestimmung der Schwellenwerte von Wirksamkeit werden die beiden Zielgrößen *Überlebenszeit* oder *gesundheitsbezogene Lebensqualität* separat betrachtet; die Kosten der Intervention spielen in der Beurteilung keine Rolle (die Evaluation ist also *kostenblind*). In den verschiedenen Publikationen wird exemplarisch dargelegt, wie solche Schwellen aussehen und sich finanziell auf das Gesundheitssystem auswirken könnten. Ein gewähltes Beispiel ist dabei eine MW-1-Schwelle der Lebensverlängerung. Mit Hilfe vorhandener Daten wird dargelegt, dass zum Beispiel eines der neueren Krebsmittel, ein Antikörper mit dem Namen Erlotinib (vertrieben unter dem Markennamen Tarceva), für eine bestimmte Indikation (Pankreaskarzinom) diese Schwelle nicht überschreitet.⁷² Eine solche gering wirksame Therapie würde dem hier ausgeführten Vorschlag folgend in einem öffentlichen Gesundheitssystem nicht bezahlt.⁷³

⁷¹ Weitere Erklärungen zu dieser Definition, zur Auswahl und Begründung der Zielgrößen sowie zum Verhältnis von Nutzen und Wirksamkeit finden sich in den verschiedenen angeführten Publikationen.

⁷² Dies galt sowohl im Vergleich von Erlotinib mit Placebo als auch mit einer gegenwärtigen etablierten Therapie; es ergab sich eine mittlere Lebensverlängerung von höchstens sechs Wochen bei gleichzeitig auftretenden Nebenwirkungen (metastasiertes Pankreaskarzinom). Bei einer weiteren untersuchten Indikation (lokal begrenztes Pankreaskarzinom) ergaben sich gar keine messbaren Effekte auf die Lebenszeit.

⁷³ Das genannte Mittel ist außerordentlich teuer und es lässt sich leicht ableiten, dass ähnliche Mindestnutzenschwellen signifikante Kosteneinsparungen bedeuten würden.

Es ist keinesfalls ungewöhnlich, dass sich eine Therapie in den Endstadien der Zulassungsforschung als wenig wirksam herausstellt; oft sind Medikamente in einer bestimmten Indikation wirksam und werden dann hinsichtlich anderer Einsatzgebiete getestet, in denen ihre Effekte sich dann als marginal herausstellen können (so auch im genannten Beispiel von Erlotinib). Da es allerdings gegenwärtig national und international keine etablierten Nutzenschwellen gibt, wie sie, dem Mindestwirksamkeitsansatz folgend, vorgeschlagen werden, erfolgt nach Erheben solcher Wirksamkeitsdaten kein automatischer Ausschluss entsprechender Interventionen mit geringem Nutzen. In einem auf Suffizienz ausgerichteten Gesundheitssystem sollten allerdings Maßnahmen, die Mindestnutzenschwellen nicht überschreiten, vom Markt und aus der Klinik verschwinden. Gegenwärtig erfolgt dies nicht; die Verschreibungshäufigkeit solcher Interventionen hängt von Zufällen, relevantem Marketing, Patientenwünschen und der Evaluation in verschiedenen ärztlichen *communities* ab. Dem Vorschlag der Verfasserin und ihrer Kollegen folgend würden Maßnahmen, die Nutzenschwellen nicht überschreiten, systematisch aus der öffentlich finanzierten Versorgung ausgeschlossen.

Die konkrete Festsetzung der hier exemplarisch skizzierten Schwellenwerte kann sich Einwänden der messtechnischen Ungenauigkeit, der Abhängigkeit von vorläufigen Daten und der normativen Willkür ausgesetzt sehen. Allerdings sind dies keine spezifischen Probleme eines MW-Kriteriums, sondern treten ebenso in anderen Kontexten der medizinischen Technologie-Bewertung auf. Sie müssten sich durch beste wissenschaftliche Methoden, gute ethische Argumente für die Einführung auf der theoretischen, und einen normativen Konsens auf der praktischen Ebene entschärfen lassen. Im Folgenden werden knapp zusammenfassend die wichtigsten Argumente für Nutzenschwellen zur Leistungsbegrenzung vorgetragen; empirische Daten aus einer großen repräsentativen Bevölkerungsbefragung werden demnächst veröffentlicht (Buyx et al. 2012, Schöne-Seifert et al. o.J.).

Ethische Argumente

Fairness und Verteilungsgerechtigkeit

Alle offen und transparent⁷⁴ durchgeführten Leistungsbegrenzungen in der Gesundheitsversorgung sind schmerzhaft, weil sie – *qua* Definition – den Verlust von klinischem Nutzen für Individuen oder Patienten-Gruppen und damit Opfer an Lebensqualität oder Lebensverlängerung bedeuten. In einem auf Suffizienz ausgerichteten Gesundheitswesen wären verschiedene schmerzhaft eingeschnittene Bereiche notwendig. Das wichtigste Argument für das Kriterium des minimalen Nutzens in der ersten Dimension (MW-1) ist ein Fairness-Argument, welches seinen Ausgang von der Intensität und Auswirkung dieser Verluste sowie ihrer Verteilung nimmt. Anders als bei anderen Kriterien, die für Leistungsbegrenzungen diskutiert werden, sind die Einbußen an klinischem Nutzen, die durch die hier vorgeschlagene MW1-Nutzenschwelle eingeführt würden, immer gering. Altersgrenzen, Kostenschwellen oder Leistungsausschluss aufgrund von bestimmten Verhaltensparametern (besprochen in Kapitel 1 und 5 dieser Zusammenfassung) können zu signifikanten Opfern hinsichtlich des klinischen Nutzens für einzelne Patienten führen, etwa wenn eine wirksame Behandlung nicht bezahlt würde, weil sie zu teuer wäre oder die Patientin zu alt oder zu übergewichtig ist. MW-1-Nutzenschwellen hingegen verlangen immer

⁷⁴ Nur sehr wenige vertreten die Forderung, auf explizite und transparente Rationierung zugunsten einer impliziten zu verzichten. Ein Beispiel hierfür sind die Befürworter des „Durchwurschtelns“ (*muddling through*): (siehe Kapitel 1 dieser Zusammenfassung).

nur kleine Opfer. Diese Opfer würden von allen Patienten, für die eine Intervention infrage käme, gleichermaßen erbracht und würden damit sogar den Anforderungen strikter Egalitaristen entsprechen.⁷⁵ Und bei einer systematischen Einführung solcher Schwellen würden sich Opfer dieser Art breit – theoretisch über die gesamte Bevölkerung – verteilen. Wenn, wie hier befürwortet, in Zukunft geringfügig wirksame medizinische Interventionen, die den ‚Wirksamkeitstest‘ nicht bestehen, grundsätzlich nicht von den öffentlich finanzierten, auf Suffizienz ausgerichteten Gesundheitssystemen übernommen würden, dann wären davon potentiell alle Versicherten betroffen. Kleine Verluste, die alle treffen, sind fairer als Leistungsbegrenzungen, die ausschließlich oder vornehmlich von bestimmten Individuen getragen werden – eine Argumentationsfigur, die regelmäßig gegen Alters- und Verhaltenskriterien angewendet wird und auch dem häufig geäußerten Diskriminierungsverdacht an diese Kriterien zugrunde liegt.⁷⁶ Dieses Fairnessargument ist ein starkes ethisches Argument dafür, die Einführung von MW-1-Nutzenschwellen zuerst zu erwägen, bevor andere Grenzsetzungen in einem suffizienzorientierten Gesundheitssystem überhaupt in Betracht gezogen werden.⁷⁷

Kostenblindheit und Vorteile im Vergleich mit Kosten-Nutzen-Analysen

Man könnte an dieser Stelle entgegnen, dass der Fairness-Vorsprung von Nutzenschwellen zwar gegenüber *patientenbezogenen* Alters- und Verhaltensgrenzen gilt, anhand derer Leistungen aufgrund bestimmter Eigenschaften oder Verhaltensweisen von Patienten(-gruppen) nicht erstattet würden, aber nicht im Vergleich mit der Kosten-Nutzen-Analyse (KNA). Die KNA – international inzwischen Teil des Gold-Standards bei der Technologie-Bewertung und zunehmend auch wichtiges Kriterium in nationalen Priorisierungsstrategien im Gesundheitswesen wie etwa in Großbritannien oder verschiedenen skandinavischen Ländern – teilt mit den hier skizzierten Nutzenschwellen, dass bei ihr *behandlungsbezogene* Parameter als Grundlage für die Bewertung von Leistungen herangezogen werden. Bei diesen ist es die minimale klinische Wirksamkeit einer Intervention, bei der KNA das jeweilige Verhältnis von Kosten und Nutzen, beides objektiv messbare Variablen. Es stimmt zwar, dass die KNA ebenfalls nicht mit patienten-, sondern behandlungsbezogenen Parametern arbeitet und deswegen der Diskriminierungsvorwurf gegen patientenbezogene Kriterien auch für die KNA nicht verfängt.⁷⁸ Aber bei genauerer Betrachtung umgehen Nutzenschwellen zusätzlich einige andere normativ relevante Probleme der KNA, die zumindest im deutschen Sprachraum immer noch als wichtige Einwände gegen ihre Anwendung angesehen werden.⁷⁹ Erstens verrechnet die KNA im Rahmen der Operationalisierung ihrer Hauptbewertungsvariable, dem notorisch umstrittenen qualitätsadjustierten Lebensjahr (QALY), Lebensqualität und Lebensverlängerung zu einem Wert. Dies ignoriert, dass Patienten regelmäßig sehr unterschiedliche *trade offs* zwischen Lebensqualitätsverbesserung und Lebensverlängerung machen, was sich z.B. praktisch in unterschiedlichen Präferenzen in Bezug auf Therapie am Lebensende ausdrückt (die einen wünschen aggressive Lebensverlängerung,

⁷⁵ Auf die gesamte Patientenschaft bezogen wären die Verluste gesehen immer klein; allerdings würden sie sich in ihrer Art unterscheiden und wären für jede Gruppe spezifisch (womit wiederum etwaiger Kritik von Egalitarismus-Kritikern hinsichtlich undifferenziert gleicher Verluste entgegen getreten werden könnte).

⁷⁶ Beispielsweise Evans 1997, Wikler 2004.

⁷⁷ Die Argumentationslage bei MW-2-Nutzenschwellen, also der Verlust eines geringen Nutzenpotentials, ist hinsichtlich der Fairness anders, vgl. die in Bezug genommenen Publikationen.

⁷⁸ Allerdings gibt es andere Diskriminierungsvorwürfe, die an die KNA herangetragen werden, insbesondere im Hinblick auf die Konstruktion der in ihr verwendeten Instrumente zur Krankheitsbewertung (vgl. etwa Brock 2004).

⁷⁹ Siehe etwa Deutscher Ethikrat 2011.

die oft auf Kosten der Lebensqualität geht, während andere zugunsten der palliativen Lebensqualitätssteigerung auf lebensverlängernde therapeutische Interventionen verzichten). Diese Präferenzen spiegeln unterschiedliche Wert- und Lebensvorstellungen wider. Mindest-Nutzenschwellen, für die Lebensqualität und Lebensverlängerung separat gemessen und eingerechnet werden, tragen dieser Tatsache Rechnung, während dies in der KNA nicht abbildbar ist.

Zweitens, und dies scheint vielen Kritikern noch wesentlicher, erfolgt in der KNA aufgrund der Verrechnung von Kosten und Nutzen eine direkte ‚Bepreisung‘ des Lebens, wenn Interventionen beurteilt werden. Die ökonomische Hauptfrage der KNA lautet „was kostet das durch eine bestimmte medizinische Maßnahme gewonnene Lebensjahr?“ Zwar spielen beim MW-Kriterium finanzielle Überlegungen ebenfalls eine wichtige, nämlich grundsätzlich motivierende Rolle. Schließlich geht es darum, durch Leistungsbeschränkungen das Gesundheitsbudget zu stabilisieren und damit um ein handfestes ökonomisches Einsparunterfangen. Aufgrund der Kostenblindheit von Nutzenschwellen sind solche Abwägungen allerdings nicht Teil der direkten Evaluation medizinischer Maßnahmen. Schwellen minimalen Nutzens würden nur anhand von patientenrelevanter Wirksamkeit und ganz unabhängig von den Kosten der Behandlungen gezogen. Dadurch würde zugleich vermieden, dass gut wirksame Behandlungen gestrichen werden, weil sie sehr teuer sind, während billige, die wenig wirken, den Vorzug erhalten (dies kann im Rahmen von über Indikationsgruppen vergleichender KNA passieren).

Und schließlich ist es für die Bestimmung von Mindest-Nutzenschwellen nicht nötig, Nutzenaggregationen und -vergleiche über Personengrenzen anzustrengen, etwa wenn QALYs für verschieden große Krankheits- oder Patientengruppen gegenüber gestellt werden. Eine solche interindividuelle „Verrechnung von Leben“ wird vielfach, nicht nur von Anhängern deontologischer ethischer Theorien, problematisiert (kürzlich prominent vom Deutschen Ethikrat 2011) und als Verletzung individueller Rechte aufgefasst.

Schlussfolgerungen

Der hier vorgestellte Vorschlag, Mindestnutzenschwellen als ein Kriterium der Verteilung in einem Suffizienz-geleiteten Gesundheitswesen zu etablieren, steht gegenwärtig in der Fach-Diskussion. Hier wurden nur die wichtigsten Argumente zusammenfassend dargestellt; die genannten Veröffentlichungen enthalten weitere Argumente und auch Entgegnungen auf verschiedene Einwände aus der wissenschaftlichen Debatte. Verschiedene empirische Befragungsdaten, zum Teil bereits veröffentlicht (Buyx et al. 2011) oder noch in Vorbereitung (Schöne-Seifert et al. o.J.), deuten darauf hin, dass der Vorschlag ein signifikantes Akzeptanzpotential in der Bevölkerung hat. Ferner sind gegenwärtig Tendenzen im *health policy making* vieler anderer Länder zu verzeichnen, die Ähnlichkeiten mit dem hier skizzierten Ansatz aufweisen (vgl. Buyx et al. 2012). Es ist noch eine deutlichere Einbettung in politik-philosophische Diskussionen, insbesondere in die *sufficiency*-Debatte, zu leisten, um das Begründungsfundament des Ansatzes weiter zu verbessern. Für die praktische Umsetzung ist ferner noch weitere empirische Arbeit notwendig. Und doch scheinen sich die Hinweise sowohl in der normativen Debatte wie in der Regulierungsentwicklung zu mehren, dass Mindestnutzen-Schwellen ein Instrument der medizinischen Leistungsbegrenzung sind, dessen Zeit für die politische Umsetzung in Deutschland gekommen ist.

Kapitel 5 Libertärer Paternalismus in Medizin und Public Health

In Bezug genommene Publikationen:

Buyx A (2010) Können, sollen, müssen? Public Health-Politik und libertärer Paternalismus. *Ethik in der Medizin* 21(3): 221-34. (Klasse 3-Journal, IF 0,4)

Buyx A (2009) Blood donation, payment, and non-cash incentives – old problems gathering renewed interest. *Transfusion Medicine and Hemotherapy* 36(5): 329-39. (Klasse 3-Journal, IF 0,6)

Buyx A (2008) Personal responsibility for health – why we don't like it and why maybe we should. *Journal of Medical Ethics* 34(12): 871-4. (Klasse 2-Journal, IF 1,41; bereits in Kapitel 1 angeführt)

Buyx A (2005a) Eigenverantwortung – Verteilungskriterium im Gesundheitswesen? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130(24): 1512-1515. (Klasse 3-Journal, IF 0,65)

Buyx A (2005b) Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen – Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. *Ethik in der Medizin* 17(4): 269-283. (Klasse 3-Journal, IF 0,4)

Einleitung und Hintergrund: Die Debatte um Gesundheitsverhalten und Eigenverantwortung

Wie in Kapitel 1 dieser Zusammenfassung kurz dargestellt, werden Fragen der Eigenverantwortung von Patienten werden bereits seit langem in der medizinischen Ethik verhandelt; die Verfasserin hat mit ihren Publikationen vor einigen Jahren diese Debatte in Deutschland neu befeuert. Hierzulande und im internationalen Ausland befasst sich seit mehreren Jahrzehnten eine kontroverse Debatte damit, ob Ärzte solche Patienten anders behandeln dürfen, deren Erkrankung durch ihr Verhalten mitbedingt und „selbstverschuldet“ ist. Darf das Gesundheitsverhalten von Patienten bei der ärztlichen Versorgung und/oder der Verteilung von Ressourcen der Gesundheitsversorgung eine Rolle spielen? Die Verfasserin hat in ihren Publikationen dargelegt, dass von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen (Cappelen/Norheim 2005, Satel 2001) die einvernehmliche medizinethische Antwort auf diese und verwandte Fragen „Nein“ lautet (z.B. Banja 2006, Bishop/Brodkey 2006, Denier 2005, Minkler 2000, Waller 2005, Wikler 2004, Yoder 2002). Zwar ist gut belegt, dass das Gesundheitsverhalten einen enormen Einfluss auf die Gesundheit von Menschen hat. Es steht ebenso außer Frage, dass eine Beeinflussung dieses Verhaltens positive Auswirkungen auf die Gesundheit hätte. Doch trotz dieser empirischen Gegebenheiten und der potentiell großen Einsparpotentiale für das Gesundheitssystem besteht in der medizinethischen Debatte ein Konsens, dass es unfair ist, das Gesundheitsverhalten der Menschen zu „bestrafen“ und etwa bei Therapieentscheidungen oder bei der medizinischen Ressourcenallokation zu berücksichtigen. Verhaltens-Anreize, verhaltensbezogene Sanktionen oder Zwänge im Bereich des Gesundheitsverhaltens werden in der Literatur weitgehend als unzulässige Eingriffe in die durch Freiheitsrechte und die persönliche Selbstbestimmung geschützte Privatsphäre angesehen. Ferner wird die implizite moralische Bewertung individuellen (Gesundheits-)Verhaltens, die bei der Berücksichtigung oder Beeinflussung von Gesundheitsverhalten von vielen vorausgesetzt wird, in einer liberalen Gesellschaft abgelehnt. Arzt und Ärztin oder gar der Staat dürften sich nicht zu Richtern über Patienten und deren Lebensstil aufschwingen (Harris 1995, Steinbrook 2006, Wilkinson 1999). Häufig wird ferner argumentiert, dass es letztlich im Individualfall unklar sei, ob und wie verschiedene Erkrankungen dem Ge-

sundheitsverhalten überhaupt kausal zuzurechnen sind; und schließlich könne bei Gesundheitsverhalten, das zum großen Teil sozial mitbedingt und -verursacht sei, meist nicht von frei und damit eigenverantwortlich gewähltem Verhalten ausgegangen werden (Buyx 2005a,b, Harris 1995, Kelley 2005, Veatch 1980, Waller 2005).

Diese Argumente sind überzeugend. Vor dem Hintergrund der multikausalen Ätiologie der meisten verhaltensassoziierten Erkrankungen und der vielfältigen sozialen und Umwelteinflüsse auf das Gesundheitsverhalten erscheint es als problematisches *victim blaming*, einem Patienten die Behandlung einer solchen Krankheit vorzuenthalten. Und auch die Berücksichtigung des Lebensstils bei der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen ist nur dann zulässig, wenn sie mit Augenmaß und bevorzugt auf der infrastrukturellen, und nicht auf der individuellen Ebene erfolgt, wie in einigen Publikationen der Verfasserin beispielhaft ausgeführt (Buyx 2008, 2005a,b).

Soweit der breite Konsens in der akademischen medizinethischen Debatte. Doch auch wenn weitgehend anerkannt ist, dass Ärzte nicht zu richtenden und verteilenden „Doppelagenten“ werden sollten, so ändert dies nichts an der frustrierenden Tatsache, dass sich aus einer Public Health-orientierten Perspektive der Verhaltensfaktor nicht wegdiskutieren lässt. Im Gegenteil: Lebensstil-bedingte Erkrankungen nehmen kontinuierlich zu. Wer sich empirische Daten auf Bevölkerungsebene anschaut, dem wird klar, dass – sollte nicht ein Wunder geschehen – die gesundheitlichen Konsequenzen von Verhalten zum zentralen Handlungsfeld für die Public Health-Arbeit der Zukunft werden, von der sozialpolitischen und sozialrechtlichen Relevanz dieser Thematik einmal ganz zu schweigen (siehe auch Huster 2010).⁸⁰ Dem Public-Health-Planer hilft die medizinethische Übereinkunft, Eigenverantwortung in der Arzt-Patienten-Beziehung oder für die Ressourcenallokation möglichst nicht zu berücksichtigen, nur bedingt weiter. Für ihn stellt der Umgang mit verhaltensassoziierten Krankheiten den täglichen Alltag dar; und Fragen, wie diese auf Bevölkerungsebene zu vermeiden oder zu bewältigen sind, haben hohe praktische Relevanz.

Wird nun der Blick weg vom klinischen Arzt-Patienten-Verhältnis auf das Handlungsfeld „Populationen und die Institutionen der Gesundheitsversorgung und der Sozialpolitik“ gerichtet, wie verhält es sich dann mit der Verantwortung der beteiligten Akteure? Die Fragen bleiben dieselben. In *kausal-empirischer* Hinsicht: Ist es denn wirklich das individuelle *Verhalten* – der Mangel an Bewegung, das ungesunde und übermäßige Essen, das Rauchen, das Trinken – das die epidemiologische Verschiebung vorantreibt und die Morbiditätsparameter auf Bevölkerungsebene in die Höhe schießen lässt? Oder sind es die *Verhältnisse* – kulturelle und familiäre Faktoren, unsere Städteplanung und Infrastruktur, die Werbung, unsere sozio-ökonomischen Verhältnisse, die Ungleichheit in unserer Gesellschaft, der Zustand unseres Bildungswesens – die entweder direkt kausal auf die Gesundheit wirken, oder die das Gesundheitsverhalten bestimmen und so krankheitsverursachend wirksam werden (Holland 2008, Hradil 2006, ; vgl. auch Kapitel 2 dieser Zusammenfassung zu gesundheitlichen Ungleichheiten)? Und in *normativer*

⁸⁰ Vgl. nur die ansteigenden Morbiditäts- und Mortalitätszahlen für die verhaltensbedingten Volkskrankheiten wie z.B. Diabetes Typ 2, Bluthochdruck oder Koronare Herzkrankheit. Deutschland gehört zudem zu den Ländern mit der höchsten Rate an Fettleibigkeit, darunter eine besonders alarmierende Anzahl adipöser Kinder (Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.destatis.de).

Hinsicht: Dürfen staatliche Public-Health-Institutionen in einer liberalen Demokratie in Verhalten und Verhältnisse eingreifen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu beeinflussen, oder kommt dies unzulässigem Paternalismus gleich? (Holland 2008, Powers/Faden 2006, verschiedene Beiträge in Dawson/Verweij 2007, Huster 2010, Marckmann 2010). Während die einen nach gesetzlich verankerten Verboten und Sanktionen für gesundheitsschädigendes Verhalten rufen (Rauch- und Trinkverbote, „Fettsteuer“), sind für andere bereits Gesundheitsaufklärung und -erziehung als Maßnahmen paternalistischer Bevormundung abzulehnen.

Libertärer Paternalismus: Eine Lösung?

In diese polarisierte und zum Teil ideologisierte Debatte ist nun vor wenigen Jahren ein Modell geradezu hineingeplatzt, das erstaunlich erfolgreich darin ist, die umstrittensten Fragen zu umgehen und Kritikern gleichsam den argumentativen Boden unter den Füßen wegzuziehen: der sogenannte *libertäre Paternalismus*. Bisher ist er in Deutschland noch wenig und vornehmlich in Fachkreisen rezipiert worden; die genannte deutsche Publikation der Verfasserin war zum Veröffentlichungszeitpunkt die erste Analyse und Anwendung des Ansatzes hierzulande.⁸¹ Entwickelt mit einem breiten Fokus auf sozialpolitische Themen, der weit über den Public Health-Kontext hinausreicht, hat diese Theorie im angloamerikanischen Raum bereits breiten Widerhall gefunden; kaum ein Artikel zur Entwicklung neuer Public Health-Strategien, der nicht den libertären Paternalismus oder „Nudge“ zitierte, das 2008 erschienene Buch der beiden Autoren Richard H. Thaler und Cass R. Sunstein, die das Modell aus der Taufe gehoben haben (Thaler/Sunstein 2008).⁸² Im Folgenden wird die Darstellung, Analyse und Anwendung des Ansatzes (zu finden in den in Bezug genommenen Publikationen), knapp dargestellt.

Libertärer Paternalismus: Empirische Ausgangslage

Der Name der Theorie scheint auf ihre Herkunft aus der politischen Philosophie hinzudeuten; tatsächlich wird dies jedoch in den Publikationen der Hauptautoren Thaler und Sunstein nur am Rande – dann allerdings mit Emphase – erwähnt. Viel mehr Augenmerk wird den empirischen Voraussetzungen und damit der empirischen Grundlage der Argumente gewidmet. Der libertäre Paternalismus bezieht diese aus den Erkenntnissen der Verhaltens- und Sozialpsychologie sowie der Verhaltensökonomie. Empirische Studien und Verhaltensexperimente in diesen Fächern haben über die vergangenen 30 Jahre eine fast unübersichtlich große Menge an Daten über menschliches Entscheidungsverhalten zutage gefördert (umfangreiche Übersichten in Thaler/Sunstein 2003, 2008, Ariely 2008). Diese Daten bieten vielfältige und anschauliche Belege dafür, dass menschliches Verhalten in vielen Situationen vorhersagbar und konsistent irrational ist: Entscheidungen werden durch viele Faktoren beeinflusst, derer sich die handelnden Personen nicht bewusst sind, und die mit dem Inhalt der Entscheidung und den rationalen Argumenten für und wider eine bestimmte Handlung oft nur peripher zu tun haben.

⁸¹ Inzwischen ist eine „Einführung in den libertären Paternalismus“ erschienen (Pusch 2011) und eine kleine Handvoll Artikel, etwa von Flügel-Martinsen 2011.

⁸² Im Folgenden wird der Ansatz von Thaler und Sunstein zugrunde gelegt, da er am besten auf den Public Health-Kontext übertragbar ist. Andere Autoren, die dem libertären Paternalismus mehr oder weniger direkt zugeordnet werden können, sind z.B. Colin Camerer oder Russell Korobkin.

Libertäre Paternalisten beschreiben zwei parallel wirksame „Entscheidungssysteme“: das „automatische“ und das „reflektive“ System (Thaler/Sunstein 2008: 19). Sowohl alltägliche Entscheidungen, wie etwa die Wahl des Mittagessens oder des Wegs zur Arbeit, als auch komplexe Entscheidungen mit weitreichenden Konsequenzen, wie etwa die Wahl eines Studiengangs, oder die Entscheidung, ein Organ zu spenden, gehen nur zum Teil auf das „reflektive“ System, also vernünftige Überlegung und den Abgleich mit den eigenen bewussten Wünschen, Werten und Überzeugungen zurück.⁸³ Neben diesen rationalen und bewussten handlungsbestimmenden Elementen sind eine ganze Reihe von unbewussten Automatismen, Verhaltensregeln und unreflektierten Reaktionen auf Umgebungsfaktoren wirkmächtige Determinanten unseres täglichen Verhaltens. Um nur die wichtigsten und am besten belegten kontextuellen Einflussfaktoren des „automatischen“ Systems zu nennen: Präsentation und *framing*;⁸⁴ Trägheit und die Macht des Status quo;⁸⁵ Entscheidungsarchitektur,⁸⁶ *peer* Effekte,⁸⁷ sowie die verhaltensrelevante Wirksamkeit von Anreizen.⁸⁸

Diese in vielen Studien wieder und wieder überprüften Effekte sind an sich weder besonders neu, noch besonders überraschend. Sie sind mit Alltagserfahrungen zu Entscheidungen im Einklang, dass sorgfältiges, objektives und vernünftiges Abwägen von Vorteilen und Nachteilen, sowie der Abgleich mit den eigenen Wertüberzeugungen, Zielvorstellungen und Frankfurt'schen „Volitionen zweiter Ordnung“ (Frankfurt 1971) schon aus zeitlichen und Effektivitätsgründen nicht immer ablaufen können. Stattdessen kommen Gewohnheit, Trägheit, Automatismen und Appetenz zum Zuge. Ebenso wenig wird überraschen, dass es möglich ist, unter Berücksichtigung und durch gezielten Einsatz dieser Faktoren die Entscheidungen und Handlungen von Menschen in eine bestimmte Richtung zu lenken. Das Essverhalten ist dabei nur ein Beispiel von gesundheitsrelevantem Verhalten; der Konsum von Genussmitteln, die Menge an körperlicher Betätigung, oder die Bereitschaft zur Blutspende, wie von der Verfassern in einer Publikation ausführlich beschrieben, können ebenfalls durch *framing*, *peer*-Effekte und Veränderungen in der Entscheidungsarchitektur (zu der auch die tatsächliche Architektur von Gebäuden gehört) beeinflusst werden.

Libertärer Paternalismus: normative Annahmen

Aus einer solchen Zusammenstellung empirischer Daten folgt natürlich in normativer Hinsicht zunächst nicht viel; für ein normatives Modell bedarf es noch weiterer Annahmen und Argumen-

⁸³ Diese beiden Elemente menschlichen Entscheidens sind in ähnlicher Weise vor einigen Jahrzehnten von Frankfurt als „Volitionen erster und zweiter Ordnung“ beschrieben worden (Frankfurt 1971).

⁸⁴ Menschliche Entscheidungen werden stark davon beeinflusst, in welcher Weise die Entscheidungsalternativen präsentiert werden – und dies weitgehend unabhängig vom tatsächlichen Inhalt der Alternativen.

⁸⁵ Es ist ebenfalls gut beschrieben, dass wir in unserem alltäglichen Leben, aber auch – und gerade – bei komplexen Entscheidungen dazu tendieren, die vorgegebene Option bzw. die Alternative zu wählen, die uns direkt angeboten wird.

⁸⁶ Alltägliches Verhalten wird mitbestimmt durch eine Reihe von physischen Umgebungsfaktoren, wie etwa räumlicher Zugang, Erreichbarkeit, Darreichungsform, und ganz allgemein die Art des Aufwandes, die betrieben werden muss, um entweder die eine oder die andere Alternative zu bekommen. Zusammengefasst kann die Gesamtheit dieser mitbestimmenden Faktoren als Entscheidungsarchitektur bezeichnet werden (*choice architecture*, Thaler/Sunstein 2008: 65).

⁸⁷ Das Entscheidungsverhalten von Menschen wird zudem stark durch das beeinflusst, was andere tun, bzw. was jeweils als das übliche oder häufigste Verhalten angenommen wird.

⁸⁸ Es ist vielfach belegt, dass positive Anreize – in finanzieller oder materieller, aber auch ideeller Form – menschliches Entscheiden und Verhalten signifikant beeinflussen (Thaler/Sunstein 2008: 97).

te. Zwei normative Grundannahmen spielen eine wesentliche Rolle für das Modell des libertären Paternalismus: Thaler und Sunstein gehen erstens davon aus, dass es gerechtfertigt ist, die Regeln menschlichen Verhaltens so zu beeinflussen, dass die daraus resultierenden Entscheidungen und Handlungen menschliches Wohlergehen (*welfare*) fördern.⁸⁹ Zweitens halten sie es für gerechtfertigt, dass Institutionen das Verhalten von Menschen zu deren Wohlergehen zu beeinflussen suchen, und zwar auch dann, wenn die Betroffenen nicht anderen, sondern – unbeeinflusst – nur sich selbst schaden würden.⁹⁰ Hier zeigt sich klar der Bezug zur oben beschriebenen Diskussion um das selbstschädigende (Gesundheits-)Verhalten.

Mit letzterer Annahme distanzieren sich die Autoren vom klassischen Liberalismus John S. Mill'scher Prägung, der explizit vorsieht, dass das eigene Wohlergehen keine ausreichende Legitimation für (staatliche) Eingriffe in die Entscheidungsfreiheit von Individuen darstellt.⁹¹ Mit ersterer verweisen sie auf ihre Zugehörigkeit zum „Lager“ der im weitesten Sinne konsequentialistischen Welfaristen.⁹² Aus beiden Annahmen, die im übrigen nicht begründet werden, speist sich der *paternalistische* Kern des Modells.

Eine weit verbreitete Definition von Paternalismus besagt, dass es bei diesem darum geht, Menschen gegen ihren erklärten Willen und zu ihrem Wohl zu einer bestimmten Handlung zu bringen oder gar zu zwingen (= „echter“ oder „harter“ Paternalismus, Feinberg 1986). Im Rückgriff auf die empirischen Daten der Verhaltenspsychologie nun wird im libertären Paternalismus angenommen, dass in den meisten Fällen alltäglicher menschlicher Entscheidungen gar kein solcher expliziter Willen vorliegt, sondern dass dies eher die Ausnahme darstellt. Stattdessen, so die Annahme, sind Menschen geprägt durch viele unbewusste und zum Teil unvernünftige (im Sinne von „nicht von der Vernunft geleitete“) Faktoren; ihre Vernunft ist systematisch eingeschränkt.⁹³ Paternalismus ist Thaler und Sunstein zufolge dann angemessen, wenn (weich-)paternalistische Eingriffe – also die Manipulation der unbewussten und zum Teil unvernünftigen Gesetzmäßigkeiten, die unser Verhalten leiten, mit dem Ziel der Verhaltensbeeinflussung – das Wohl der Betroffenen fördern.

Der namensgebende *libertäre* Anteil des Modells speist sich daraus, wie die Zulässigkeit solcher paternalistischer Eingriffe und Verhaltensbeeinflussungen bestimmt und begrenzt wird. Thaler und Sunstein setzen eine Definition von Libertarismus voraus, derzufolge individuelle Freiheitsrechte die höchste Bedeutung haben und insbesondere die Handlungsfreiheit von Individuen nicht eingeschränkt werden darf. Sie benutzen den klassischen Libertarismus als einen *side constraint*, nämlich als die Grenze, die eine Verhaltensbeeinflussung zum Wohl der Be-

⁸⁹ „[...] the design features of both legal and organizational rules have surprisingly powerful influences on people's choices. We urge that such rules should be chosen *with the explicit goal of improving the welfare of the people affected by them*.“ (Thaler/Sunstein 2003:1161).

⁹⁰ „[...] it is legitimate for private and public institutions to attempt to influence people's behavior even when third party effects are absent.“ (Thaler/Sunstein 2008: 1162).

⁹¹ Siehe das *harm principle* von Mill: „The only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilized community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not a sufficient warrant.“ (Mill 1989: 13).

⁹² Russell Korobkin hat unter dem Namen „*libertarian welfarism*“ ein verwandtes Modell entworfen, in dem das Element des welfarism stärker zum Tragen kommt (Korobkin 2009).

⁹³ Spieltheoretisch gesprochen ist ihre Rationalität begrenzt (*bounded rationality*). Der Paternalismus von Thaler und Sunstein entspricht am ehesten der üblichen Definition von „weichem“ Paternalismus (Feinberg 1986), der, etwa im medizinischen Kontext, in vielen Fällen als zulässig erscheint (Schöne-Seifert 2007: 50 ff., Schöne-Seifert 2009).

troffenen einschränkt und nicht überschritten werden darf: Es muss ihnen zufolge Menschen immer möglich sein, sich frei zu entscheiden – auch in einer Entscheidungssituation, die explizit mit dem Ziel eingerichtet wurde, den Ausgang der Entscheidung zu beeinflussen. Zwar dürfen alle Erkenntnisse, Tricks und Kniffe der Verhaltenspsychologie eingesetzt werden, um Situationen so zu gestalten, dass sich die meisten Menschen in einer bestimmten, erwünschten Weise verhalten. Es müssen jedoch immer alle gewohnten Entscheidungsoptionen vorhanden und erreichbar sein. Verhalten darf weder ganz unmöglich gemacht, noch erzwungen werden. Menschen dürfen dem libertären Paternalismus zufolge grundsätzlich nicht zu etwas gezwungen werden – man darf ihnen nur einen sanften Stubs (*Nudge*) in eine bestimmte Richtung geben, etwa durch *peer*-Effekte oder Anreize, und man darf es ihnen durch Änderungen der Entscheidungsarchitektur erschweren, eine bestimmte Handlung zu vollziehen, etwa Zigaretten zu kaufen/rauchen oder ungesunde Nahrung zu erwerben/konsumieren. Wer sich zu letzteren Aktivitäten entscheidet, kann dementsprechend handeln; mit anderen Worten, Entscheidungs- und Handlungsfreiheit sind nicht aufgehoben (der libertäre *side constraint*). Alle extern beeinflussbaren Umgebungsfaktoren sind jedoch darauf ausgerichtet, Menschen dazu zu animieren, die Zigaretten oder Hamburger *nicht* zu kaufen (das paternalistische Ziel).⁹⁴

Libertärer Paternalismus und Public Health

Wie lässt sich dieser Ansatz auf die eingangs aufgeworfene Frage nach gesundheitsbedingenden Kausalitätsverhältnissen – also Verhalten vs. Verhältnis – und das Problem der normativen Konsequenzen im Verantwortungsdiskurs – Eingriffe in das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung – anwenden? In beiden Hinsichten bietet der libertäre Paternalismus nur Teilantworten. In Bezug auf die Kausalitätsfrage schlagen sich die Autoren am ehesten auf die Seite jener, die den Verhältnissen die entscheidungsdeterminierende Macht zusprechen: ihnen zufolge gibt es zwar Raum für freie Entscheidungen, aber in vielen Fällen sind es Umgebungsfaktoren – also die Verhältnisse – die das (Gesundheits-)Verhalten bestimmen. Um solches Verhalten zu verändern, müssen also diese Umgebungsfaktoren verändert werden. Zugleich betonen Thaler und Sunstein jedoch, dass sich Individuen letztlich frei entscheiden können – sonst wäre es gar nicht notwendig, dass alle Entscheidungsoptionen offen stehen.

Hinsichtlich der in der Public Health-Literatur zum Teil stark ideologisierten Zuweisung von Verantwortung für die Ergebnisse von Verhalten, im Public Health-Kontext also den Gesundheitszustand, lässt sich die Antwort aus den normativen Grundannahmen ableiten (sie wird in den Publikationen der libertären Paternalisten nicht explizit formuliert): Da das Verhalten so stark von Umgebungsfaktoren beeinflusst ist, auf die der Einzelne wenig, private und öffentliche/staatliche Institutionen jedoch viel Einfluss haben, liegt die Verantwortung bei eben diesen Institutionen, zum Wohlergehen der Bürger beizutragen und die Verhältnisse so einzurichten, dass das erwünschte Verhalten möglichst häufig eintritt. Thaler und Sunstein zufolge sind öffentliche Institutionen dazu ermächtigt, in der beschriebenen, libertär beschränkten Weise in das private Verhalten der Bürger einzugreifen und sie zu besserer Gesundheit zu ‚stubsen‘. Gesundheitsplaner können also gerechtfertigt Modelle implementieren, die durch die bewusste

⁹⁴ Diese interne Hierarchie der beiden Elemente, also die libertäre Begrenzung des weichen Paternalismus, ist Grund dafür, dass die Autoren ihr Modell „libertären Paternalismus“ genannt haben, und nicht „paternalistischen Libertarismus“.

Gestaltung von Entscheidungsarchitektur und die gezielte Beeinflussung der Gesetzmäßigkeiten menschlichen Verhaltens Menschen zu gesünderer Lebensweise animieren.

Vorteile des Ansatzes und praktische Anwendbarkeit

Ein offensichtlicher Vorteil des Ansatzes im Kontext von Public Health-Planung besteht in der sorgfältig ausgearbeiteten empirischen Grundlage: die interdisziplinäre Offenheit gegenüber den Ergebnissen von empirischer Forschung aus verschiedenen Fächern bietet eine Fülle an Daten und damit die Grundlage für viele kreative und erfolgversprechende Vorschläge, wie denn das Verhalten am besten zu manipulieren ist. Zudem erklärt die Zusammenstellung und Interpretation der Daten aus der libertär-paternalistischen Perspektive manche menschliche Verhaltensweisen, die bisher unverständlich oder schwer erklärbar schienen – dazu gehört auch selbstschädigendes Gesundheitsverhalten. Es kann davon ausgegangen werden, dass Public Health-Interventionen, die sich die Ideen des libertären Paternalismus⁹⁵ und seine Werkzeuge aus der Verhaltenspsychologie und -ökonomie zunutze machen, sehr erfolgreich in der Verhaltensänderung sein werden. All jenen, die sich die eher entmutigenden Ergebnisse klassischer Gesundheitsaufklärung anschauen (vgl. etwa Minkler 2000), wird dies als ein wichtiger pragmatischer Vorteil des Ansatzes erscheinen.

Der Ansatz des libertären Paternalismus stellt eine originelle Möglichkeit dar, die umstrittene und schwer lösbare Verantwortungs-Frage in der Public-Health-Praxis zu umgehen. Die Zuweisung von Verantwortung, welche die Zuweisung von Schuld nach sich zieht, wird oft für die Begründung von „strafenden“ Sanktionen oder Kontroll-Zwängen durch Institutionen der öffentlichen Gesundheitsversorgung eingesetzt, die wie gesagt extrem umstritten sind. Der libertäre Paternalismus bietet hier einen attraktiven Mittelweg, indem jeweils die Extreme (drakonischer Zwang auf der einen, laxer Ignoranz auf der anderen Seite) vermieden werden. Paternalistische Eingriffe werden durch den libertären *side constraint* begrenzt; gleichzeitig besteht die klare Maßgabe, das Verhalten von Menschen nach Kräften und mit Blick auf ihr Wohlergehen zu beeinflussen.⁹⁵

Dies bedeutet zugleich, dass es im libertären Paternalismus tatsächlich „nur“ um die Verhaltensbeeinflussung geht, und nicht darum, auf die Ergebnisse von Verhalten zu reagieren. Der Ansatz ist daher besonders gut für den Entwurf von Präventionsmaßnahmen geeignet. Auf die „strafende“ Allokation etwa von medizinischen Behandlungen wenn Krankheit bereits eingetreten ist (siehe die Publikationen der Verfasserin), ist er hingegen nicht anwendbar: Das Vorgehen einer Handlungsalternative verletzt den libertären *side constraint*. Libertärer Paternalismus kann daher gut für Public Health-Maßnahmen eingesetzt werden; für die schwierigen Fragen, die sich bei der Verantwortungszuweisung im Individualfall oder bei der Ressourcenallokation in der Medizin stellen, ist er nur sehr eingeschränkt verwendbar.

⁹⁵ Hierbei können natürlich Ausnahmen berücksichtigt werden, etwa wenn es um die Beeinflussung von Gesundheitsverhalten behinderter Menschen geht.

Und schließlich betonen libertäre Paternalisten im Public Health Bereich,⁹⁶ dass es ihnen bei allem Bemühen um geschickte Verhaltensbeeinflussung nicht darum geht, Bürger zugunsten ihres eigenen Wohls hinter das Licht zu führen. Im Gegenteil, libertär-paternalistische Eingriffe sind mit weitgehender Transparenz vereinbar. Die Verhaltensbeeinflussung kann ganz offen vorgenommen werden; die Möglichkeit des *opting-out* besteht immer. Dies könnte dazu führen, dass libertär-paternalistische Public Health-Interventionen von der Bevölkerung gut angenommen werden (eine wesentliche Voraussetzung für ihren Erfolg). Harter Paternalismus trifft verständlicherweise vielfach auf Abwehr und Empörung in der Bevölkerung (Stichwort *nanny state*). Transparent eingeführte ‚Stubser‘ hingegen könnten von vielen als willkommene und eben nicht bevormundende Hilfe angesehen werden, sich z.B. im Alltag mehr zu bewegen und der ein oder anderen ungesunden Versuchung zu widerstehen.

Zusammenfassend handelt es sich also hinsichtlich der praktischen Anwendbarkeit um eine Theorie aus der politischen Philosophie, die insbesondere im Bereich der Public Health-Politik Erfolg zu versprechen scheint.

Kritik des libertären Paternalismus

Allerdings gibt es eine ganze Reihe von Argumenten, die gegen den libertären Paternalismus vorgebracht werden können. Zuallererst sei unterstrichen, dass die Begründer Thaler und Sunstein, bei aller Eleganz und Originalität des Modells, vollständig eine begründende Argumentation für ihren Ansatz schuldig bleiben. Dies muss bei einem Autorenduo, das fachlich in der Verhaltensökonomie und der Jurisprudenz zu verorten ist, nicht unbedingt überraschen. Bei einem Vorschlag allerdings, der sich so explizit der Terminologie einer normativen Disziplin bedient – nämlich der politischen Philosophie – und der normativ relevante Vorschläge für öffentliche Institutionen macht, ist dies ein problematischer Mangel. Es bleibt vollkommen offen, wie empirische Ausgangslage und normative Vorschläge zusammen hängen, i.e. warum man vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der Verhaltenspsychologie und unter Einsatz libertär-paternalistischen Werkzeugs versuchen *sollte*, das Verhalten der Bevölkerung zu ihrem Wohl zu beeinflussen. Die Kombination aus Paternalismus und Libertarismus wird vor allem pragmatisch begründet – die beiden Elemente begrenzen sich gegenseitig und vermeiden so jeweils ihre problematischen Extreme. Dadurch wird viel Kritik vermieden, die ansonsten an Libertarismus und Paternalismus herangetragen werden kann. Warum es aber überhaupt diese beiden Theorien politischer Philosophie sein sollen, die in genau dieser Weise kombiniert werden, wird nicht ausgeführt.

Thaler und Sunstein setzen auf der Grundlage ihres – ebenfalls nicht weiter begründeten – *welfarisms* voraus, dass es ein Wohlergehen der Bevölkerung oder des Einzelnen gibt, das bestimmbar wäre, und das als das paternalistische Ziel der Verhaltensbeeinflussung herangezogen werden kann. Dies setzt natürlich voraus, dass es eine akzeptierte Interpretation dieses Wohlergehens gibt. Eben das ist allerdings in der politischen Philosophie seit nunmehr gut zweitausend Jahren umstritten. Ohne hier auf die umfangreichen Debatten näher eingehen zu kön-

⁹⁶ Vgl. die inzwischen zahlreichen aktuellen Publikationen zu libertär-paternalistischen Public Health-Maßnahmen des *Centre for the Study of Incentives in Health* am King's College, erhältlich unter: <http://www.kcl.ac.uk/iop/research/centres/csihealth/index.aspx>.

nen: was das Wohl des Menschen und sein Wohlergehen sei, ist sehr kontrovers. Die moderne politische Philosophie hat Dispute zwischen Liberalen und Kommunitaristen gesehen, in denen darum gestritten wurde, ob es ein geteiltes, anerkanntes Allgemeinwohl (*common good*) gibt, und wie dieses gegebenenfalls aussehen könnte. Jene, die von einer substanziellen, ‚dicken‘ Theorie des Guten ausgehen, stoßen dabei auf Widerspruch vonseiten der Vertreter liberaler Neutralität, die es dem einzelnen Individuum überlassen sehen wollen, sein Wohl immer wieder neu für sich zu bestimmen, und die Rückgriffe auf das Allgemeinwohl als autoritär und antipluralistisch ablehnen (siehe auch die Vorschläge für verschiedene Gesundheitssysteme, die aus den konkurrierenden Theorien ableitbar sind und in Kapitel 1 dieser Zusammenfassung kurz vorgestellt werden). Die Debatten um teleologische Theorien wie den Utilitarismus (und viele Formen des nicht-utilitaristischen Konsequentialismus) drehen sich seit geraumer Zeit unter anderem darum, was denn die angemessene ‚Einheit‘ für die Ziele ‚Glück‘ oder ‚Wohl‘ sein könne, und wie diese zu bestimmen wäre. Und diese Dispute finden sich in ähnlicher Form im Kontext von Medizin und Public Health wieder: noch ist es niemandem gelungen, einen Gesundheits- oder Krankheitsbegriff und Wege seiner Bestimmung zu finden, die unwidersprochen geblieben wären (etwa Boorse 1997, Hucklenbroich 2007, Buyx/Hucklenbroich 2009, Nordenfeldt 1997).

Gleiches gilt für die grundsätzliche Legitimation: Aus der Tatsache, dass öffentliche Institutionen das Gesundheitsverhalten erfolgreich beeinflussen *könnten*, wie von Thaler und Sunstein ausgeführt, folgt nicht automatisch, dass sie dies auch tun *sollten*. Dafür bedarf es einer Begründung, und diese lässt sich – vom weitgehend unbegründeten *welfarism* einmal abgesehen – bei Thaler und Sunstein nicht finden. So ist zum Beispiel kritisiert worden, dass eine problematische Konsequenz des Ansatzes darin besteht, dass zwar das Verhalten von Menschen durch die Gestaltung der Entscheidungsarchitektur beeinflusst werden und in größeren Einklang mit dem reflektiven System gebracht werden kann, es aber keinerlei Garantie gebe, dass die Planer, die die Entscheidungsarchitektur designen, auch die richtigen Ziele anstreben und tatsächlich das Wohlergehen der Bürger vergrößern (Salvat 2008). (Dies ist auch ein Grundproblem jeder Public-Health-Planung, das durch den libertären Paternalismus nicht zu umgehen ist – was ist das richtige Ziel von Public Health-Interventionen?) Da es keine Begründung für das angestrebte Wohl des libertären Paternalismus gebe, so die Kritik, handele es sich letztlich bei diesem Ansatz um die Manipulation von Verhalten durch Planer, deren Vorstellungen und Ziele nicht immer wohlwollend sein müssen, und damit also doch um problematischen Paternalismus.

Ferner muss festgehalten werden, dass die Version von Libertarismus, die Thaler und Sunstein zugrunde legen, unvollständig ist: Libertären geht es nicht nur darum, dass kein Zwang herrscht und keine Handlungsoptionen vorenthalten werden. Die meisten libertären Autoren lehnen jede Vorstellung von einem Wohl bzw. Wohlergehen, auf das öffentliche Institutionen hinwirken, und das nicht von jedem Individuum selbst bestimmt wurde, als unvereinbar mit ihrer Theorie ab. Dass es hier einen möglichen Widerspruch geben könnte, wird von Thaler und Sunstein bereits im Titel ihres berühmten Artikels von 2003 anerkannt („Libertarian Paternalism is not an Oxymoron“). Während die Autoren jedoch glauben, durch die Bedingungen der Zwanglosigkeit, des *opt-outs* und der grundsätzlichen Beibehaltung aller Handlungsalternativen den libertären Anforderungen zu genügen, kann argumentiert werden, dass diese Bedingungen nur einen Teil

libertären Denkens einfangen, aber die für Libertarianismus ebenfalls zentrale Neutralität öffentlicher Institutionen verletzen, und das Oxymoron daher bestehen bleibt.

Und schließlich lässt sich anmerken, dass der libertäre Paternalismus von einer zufälligen, willkürlichen Ausgangssituation ausgeht, nämlich vom jeweils gegebenen *status quo*. Wenn es denn nun um das Wohlergehen der Bevölkerung geht, und um die erfolgreiche Verhaltensbeeinflussung – warum sollte die Tatsache, dass es bisher in der Cafeteria immer Schokoladenkuchen gab, dazu führen, dass dieser zwar an einem schwieriger erreichbaren Platz angeboten, aber nicht ganz aus dem Repertoire genommen werden darf, zugunsten von Obstsalat, Sorbet und Früchtequark? Die Cafeteria in der Firma im Nebenhaus hat vielleicht nie Schokoladenkuchen angeboten. Warum sollte die Beibehaltung solcher im *status quo* vorhandenen Handlungsoptionen einem libertären Erhaltungsconstraint unterliegen, wenn es doch reiner Zufall ist, wie dieser *status quo* aussieht? Diese Fragen sind für die Public Health-Planung von besonderer Bedeutung. In Deutschland musste um das Rauchverbot gerungen werden, weil es nun einmal üblich war, an öffentlichen Plätzen zu rauchen. Wenn in Schulen Süßigkeitenautomaten stehen, dann muss deren Entfernung begründet werden, auch wenn die Schule zwei Straßen weiter keine Automaten hat. Und die bauliche Umleitung von Fußwegen in Gebäuden – Treppe statt Lift – muss gegenüber der vorherigen Bauweise gerechtfertigt werden. Es lässt sich durchaus berechtigt fragen, mit welchen Argumenten die libertäre Paternalistin denn den *status quo* auswählt und begründet, um die Entscheidungsoptionen zu bestimmen, die sie jeweils zu erhalten hat. Thaler und Sunstein liefern eine solche Begründung jedenfalls nicht.

Schlussfolgerungen

Die meisten dieser an den libertären Paternalismus herangetragenen Kritikpunkte sind schwer zu entkräften. Wer einen klassischen Libertarianismus annimmt, der wird diesen immer für unvereinbar mit jedweder Vorstellung eines Wohls ansehen, und jede noch so raffinierte Kombination mit Elementen des *welfarism* oder paternalistischen Ansätzen ablehnen. Schon deswegen wird die Theorie innerhalb der politischen Philosophie in ihrer gegenwärtigen Form, mit dem deutlichen Erklärungs- und Argumentationsdefizit bei der Auswahl der zwei Theorieelemente und der Begründung ihrer Kombination, wenig erfolgreich sein. So wenig begründet, wie das Modell gegenwärtig ist, kann es auch nicht als eine gut argumentierte normative Alternative, als ein „dritter Weg“ zwischen liberalem *laissez-faire* und autoritärem staatlichen Paternalismus angesehen werden, welche die oben skizzierten problematischen Fragen in der biomedizin- und Public Health-ethischen Debatte der Verhaltensbeeinflussung und der Verantwortung beantworten könnte. Ein Ansatz, der die meisten dieser fundamentalen Probleme – Begründung des Ziels für Verhaltensbeeinflussung, Rechtfertigung für Eingriffe in das Privatleben durch öffentliche Institutionen – umgeht, kann sie eben nicht lösen.

Wenn allerdings der Anspruch, eine neue politisch-philosophische Theorie begründet zu haben, die solche komplexen Fragen vermag (den die Autoren durch ihre zum Teil vollmundige Sprache selbst heraufbeschwören), verlassen wird, kann der libertäre Paternalismus viele sinnvolle Impulse für praktische Kontexte des institutionellen Designs liefern, etwa im Bereich von Public Health. Das Modell ist am erfolgreichsten, wenn es nicht als eigenständige normative Theorie verstanden wird, sondern als ein praxisorientierter Vorschlag für die Begrenzung der problema-

tischen Aspekte zweier populärer normativer Theorien – wenn also die Funktion der gegenseitigen *side constraints* betont wird. Diese können helfen, den ein oder anderen tief-liegenden Konflikt auf der praktischen Ebene zu umgehen, und zwar so, dass ein für die meisten Akteure akzeptabler Vorschlag erarbeitet werden kann. Zudem ist vorstellbar, dass partizipativ-demokratische Elemente wie Bürgerbefragungen, *citizens' councils* u.a. ergänzend eingesetzt werden, um Public-Health-Interventionen zu entwickeln und den Vorwurf der intransparenten staatlichen Manipulation zu entkräften.

Hinzu kommt, dass das Problem des unterbestimmten und unbegründeten Wohls in der Debatte um Public Health nicht allzu sehr ins Gewicht fällt: Auch wenn der Krankheits- und Gesundheitsbegriff an seinen Rändern noch umstritten ist: dass es bei der ganz überwiegenden Anzahl der Public Health-Maßnahmen darum geht, Verhalten zu vermeiden, das unter *jeder* Definition von „ungesund“ fällt – übermäßiger Drogen-, Genussmittel- und Nahrungskonsum, starker Bewegungsmangel – und solches zu fördern, das *allgemein* als krankheitsvermeidend anerkannt ist – moderate sportliche Aktivität, gesunde und ausgewogene Ernährung etc. – sollte nicht infrage gestellt werden. Wer argumentiert, dass die Public Health-Planung selbst diese Ziele nicht anstreben darf, der stellt die berechnete Existenz des gesamten Feldes und seiner Bemühungen infrage.

Was das Problem des *status quo* anbelangt, so lässt sich auch hier ein pragmatischer Ausweg finden: Public Health-Interventionen, die *den status quo* verändern und alle vorhandenen Handlungsoptionen grundsätzlich weiter ermöglichen, gehören zu den „sanftesten“ Eingriffen und sollten, da kann Thaler und Sunstein sicher recht gegeben werden, auf die größte Zustimmung stoßen. Allerdings ist auch denkbar, dass nicht der an einem bestimmten Ort oder in einer bestimmten Situation herrschende *status quo* für die Veränderung der Entscheidungsarchitektur als maßgeblich angenommen werden muss, sondern dass ein allgemeiner *status quo* – etwa jeweils für Schulen, Krankenhäuser, Arbeitsumfelder, Restaurants, Supermärkte etc. – bestimmt wird, der die Handlungsoptionen festlegt, die offen stehen sollten. Dieser allgemeine *status quo*, seine Veränderungen und sein Design könnten dann dem libertären Test unterzogen werden, nämlich ob alle wichtigen Handlungsoptionen offen stehen, und dann breit eingeführt werden.

Und schließlich gibt es eine ganze Reihe von Public Health-Maßnahmen, die *zusätzlich* eingeführt werden könnten – bewegte Mittagspausen, bauliche Veränderungen und ein neues Bewusstsein in der Städteplanung, um die Bewegung zu fördern, Umstrukturierung von Essensausgaben und Speisezetteln etc. – die libertär-paternalistischen Vorstellungen entsprechen und sowohl bei Neutralitäts-bedachten Liberalen, als auch bei klassischen Paternalisten auf Zustimmung stoßen könnten. Hier sei insbesondere auch auf die kurz angedeutete Anwendung des Ansatzes auf den Kontext der Blutspende verwiesen. Wie in der angegebenen Publikation ausgeführt, gibt es gute empirische Hinweise, dass es insbesondere Unterschiede in der Entscheidungsarchitektur (Art und Intensität der Werbung und *publicity* für die Spende, Erreichbarkeit/Nähe des Spendeortes, Ausbildung und Verhalten der dort Angestellten, Gestaltung des Spendeortes, nicht-monetäre Anreize für die Spende etc.) sind, die zu verschieden großer Spendebereitschaft in Populationen führen. Dies widerspricht der vielfach in der medizin-ethischen Literatur und der öffentlichen Diskussion vorgetragenen Behauptung, es sei der Grad an Altruismus, der bestimme, wieviele Menschen in einer Bevölkerung spenden. Die empirische

Literatur ist hinsichtlich dieser letzteren Aussage äußerst gemischt; wohingegen sich viele Belege dafür finden, dass sich mit wohl-geplanten *Nudges* und origineller Gestaltung der Entscheidungsarchitektur die Spenderaten erfolgreich erhöhen lassen, ohne dass es zum vielfach befürchteten ‚Absterben‘ des Altruismus in der Bevölkerung kommt (klassisch Titmuss 1970). Die Verfasserin hat in ihrer Publikation, neben einer Reihe weiterer Argumente, eine Reihe von praktische Vorschlägen entwickelt, die von der Berücksichtigung von neuen sozialen Medien bis hin zum Einsatz verschiedener nicht-monetärer Anreize reichen.

Wie ausgeführt werden politische Philosophen viele Kritikpunkte an den libertären Paternalismus herantragen, und der Ansatz muss in seinem begründenden Fundament ausgebaut und ergänzt werden. Wer aber als Public Health-Planer Interventionen nach libertär-paternalistischen Kautelen entwerfen will, der findet in den Arbeiten der libertären Paternalisten ein reichhaltiges Reservoir an originellen Ideenansätzen.

Literatur

- Anand S, Peter F, Sen A (Hrsg.) (2004): *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford Univ. Press, Oxford.
- Anderson E (1999): What Is the Point of Equality? *Ethics* 109: 287-337.
- Arbeitsgruppe „Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“ (2006): *Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Zürich: Dialog Ethik*. Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen.
- Ariely D (2008): *Predictably irrational. The hidden forces that shape our decisions*. HarperCollins, New York.
- Arneson R (2009): Egalitarianism, The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2009 Edition), <http://plato.stanford.edu/archives/spr2009/entries/egalitarianism/>.
- Arrow KJ (1963): Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53(5) 941-973.
- Ashcroft RE, Campbell AV, Jones S (2000): Solidarity, Society and the Welfare State in the United Kingdom. *Health Care Analysis* 8: 377-394.
- Bagaric M, Erbacher S (2005): Fat and the law: who should take the blame? *J Law Med* 12:323–339.
- Banja J (2004): Obesity, responsibility, and empathy. *Case Manager* 15:43–46.
- Bayertz K (Hrsg.) (1998): *Solidarity*. Dordrecht: Kluwer.
- Bayertz K, Booshammer S (2008): Solidarität. In: Gosepath S, Hinsch W, Rössler B (Hrsg.) *Handbuch der politischen Philosophie und Sozialphilosophie*, Band 2, de Greuter, Berlin, S. 1997-2001.
- Bell D (2001): Communitarianism. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2012 Edition), <http://plato.stanford.edu/archives/spr2012/entries/communitarianism/>.
- Benson P (2005): Feminist Intuitions and the Normative Substance of Autonomy. In: Taylor JS (Hrsg.): *Personal Autonomy: New Essays on Personal Autonomy and its Role in Contemporary Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 124–42.
- Betancourt JR, Quinlan J (2007): Personal responsibility versus responsible options; health care, community health promotion, and the battle against chronic disease. *Prevention of Chronic Diseases* 4:1–3.
- Bishop G, Brodkey AC (2006) :Personal responsibility and physician responsibility – West Virginia’s Medicaid plan. *New England Journal of Medicine* 355:756–758.
- Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P, Whitehead M (1988): *Inequalities in Health: The Black Report; The Health Divide*. London: Penguin Group.
- Boorse C (1975): On the Distinction Between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs* 5:46-68.
- Boorse C (1976): What a Theory of Mental Health Should Be. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 6:61-84.
- Boorse C (1977): Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 44:542-573.
- Boorse C (1997): A rebuttal on health. In: Humber J, Almeder K (Hrsg): *What is disease?* Humana Press, Totowa New Jersey, S. 1–134.
- Boorse C (2004): *Four Recent Accounts of Health*. University of Delaware, Draft.
- Booshammer S, Kayß M (1998): Review Essay: The philosopher’s guide to the galaxy of welfare theory: Recent English and German literature on solidarity and the welfare state. *Ethical Theory and Moral Practice* 1:375-385.
- Breyer F, Kliemt H, Thiele F (2002): *Rationing in Medicine*. Springer, Berlin.
- Breyer F, Ulrich V (2000): *Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben*. Wochenbericht des DIW Berlin 24/00. DIW, Berlin.
- Breyer, F (2006): Das Lebensalter als Abgrenzungskriterium für Grund- und Wahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung? In: Schöne-Seifert B, Buyx A, Ach J (Hrsg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung*

im Gesundheitswesen. Mentis, Paderborn, S. 149-162.

Brock DW (2002): Priority to the Worse Off in Health-Care Resource Allocation. In: Rhodes, R, Battin, MP, Silvers, A (Hrsg.): *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. Oxford University Press, Oxford, S. 363-372.

Brock DW, Wikler D (2007): Population-Level Bioethics: Mapping a New Agenda. In: Dawson A, Verweij M (Hrsg.): *Ethics, Prevention and Public Health*. Oxford: Oxford University Press, S. 78-94.

Brock DW (2004): Ethical Issues in the Use of Cost Effectiveness Analysis for the Prioritization of Health Care Resources. In: Dawson A, Verweij M (Hrsg.): *Ethics, Prevention and Public Health*. Oxford: Oxford University Press.

Brunkhorst H (2002): *Solidarität*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Bundesärztekammer (2008): *Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft – Ulmer Papier – Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008*. Erhältlich unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf>

Bundesverfassungsgericht (6. Dez. 2005): Beschluss des Ersten Senats: 1 BvR 347/98.

Buyx A (2005c): *Angewandte Gerechtigkeitstheorien – Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen*. Magisterarbeit. Münster.

Buyx A (2005d): Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen – Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. In: Rauprich O, Marckmann G, Vollmann J (Hrsg.): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*. Mentis, Paderborn, S. 315-334.

Buyx A (o.J.): Krankheitsbegriff, politische Philosophie und Enhancement. In: Hucklenbroich P, Buyx A: *Der Krankheits- und Funktionsbegriff in der Medizin*. Paderborn: mentis (erscheint Ende 2012).

Buyx A, Hucklenbroich P (2009) "Wunscherfüllende Medizin" und Krankheitsbegriff: Eine medizintheoretische Analyse. In: Kettner M (Hrsg.): *Wunschmedizin*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M., 25-55.

Calabresi G, Bobbit P (1978): *Tragic Choices*. New York.

Callahan D (1987): *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*. Georgetown University Press, Georgetown.

Callahan D (1990): *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*. Simon and Schuster, New York.

Callahan D (1998): *False Hopes. Why America's Quest for Perfect Health is a Recipe for Failure*.

Rutgers University Press, New Jersey.

Capaldi N (1999): What's Wrong with Solidarity? In: Bayertz, K (Hrsg.): *Solidarity*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, S. 39-56.

Cappelen AW, Norheim OF (2005): Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *Journal of Medical Ethics* 31(8):476-80.

Chadwick R, Berg K (2001): Solidarity and equity: New ethical frameworks for genetic databases. *Nature Reviews Genetics* 2/4:318-321.

Christakis NA, Fowler JH (2010) *Connected. The surprising power of our social networks and how they shape our lives*. Harper Collins, New York

Cohen GA (1989): On the Currency of Egalitarian Justice. *Ethics* 99:906-944.

Comte A (1839): *Cours de philosophie positive*. Band 4. Anthropos, Paris (1969).

Critchlow DT (1996): *The Politics of Abortion and Birth Control in Historical Perspective*. Pennsylvania State University Press, University Park, PA.

Dabrock P (2001): Capabilities-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium Möglicher Priorisierung im gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 46:202-215.

Daniels N (1985): *Just Health Care*. Cambridge University Press, New York.

- Daniels N (1993): Rationing Fairly: Programmatic Considerations. *Bioethics* 7(2-3):224-33.
- Daniels N (2006): Equity and Population Health. Toward a broader bioethics agenda. *Hastings Centre Report* 2006; 36: 22-35.
- Daniels N (2008): *Just Health. A population view*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels N, Sabin JE (2002): *Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources?* Oxford University Press, New York.
- Daniels N, Sabin JE (2008): *Setting Limits Fairly*. 2nd Edition. Oxford University Press, Oxford.
- Dawson A, Verweij M (Hrsg.) (2007): *Ethics, Prevention, and Public Health*. Oxford University Press, Oxford/New York.
- Denier Y (2005): On personal responsibility and the human right to healthcare. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 14:224–234
- Deutscher Ethikrat (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen - zur normativen Funktion ihrer Bewertung. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf>.
- Durckheim E (1883): *Über soziale Arbeitsteilung*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. (1988).
- Dworkin R (2000): *Sovereign Virtue*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Dworkin R, Nagel T, Nozick R, Rawls J, Scanlon TM, Thomson JJ (1997): Assisted Suicide: The Philosophers' Brief. *The New York Review of Books* 44(5):1-15.
- Eggers D (2008): Moral für Egoisten? Eine Einführung in die kontraktualistische Ethik, in: Ach J, Bayertz K, Siep L (Hrsg.): *Grundkurs Ethik. Bd. 1: Grundlage*. Paderborn: mentis, S. 49–69.
- Elkeles T, Mielck A (2003): *Soziale und gesundheitliche Ungleichheit – Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität*. Berlin: WZB Papers.
- Emanuel EJ (1991): *The Ends of Human Life*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Engelhardt HT jr. (1996): *The Foundations of Bioethics*. Oxford University Press, Oxford, New York.
- Evans JG (1997): The rationing debate: Rationing health care by age: The case against. *British Medical Journal* 314.
- Faden RR, Beauchamp TL (1996): *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- Feinberg J (1986): *The moral limits of the criminal law. Vol III : harm to self*. Oxford University Press, Oxford.
- Flügel-Martinsen O (2010): Libertärer Paternalismus? Bemerkungen zu Richard H Thaler und Cass R. Sunsteins Nudge. *der moderne staat* 1/2010: 235-244.
- Frankfurt HG (1971): Freedom of the will and the concept of a person. *Journal of Philosophy* 68:5–20.
- Frankfurt HG (1987): Equality as a Moral Ideal, *Ethics* 98:21-42.
- Freeman SR (2008): *The Cambridge Companion to Rawls*. Cambridge.
- Friedman A (2008): Beyond Accountability for Reasonableness. *Bioethics* 22(2):101-112.
- Friesen T (2001): The right to health care. *Health Law Journal* 9:205-222.
- Fülgraff G M (1999): New Public Health. In: Badura B et al (Hrsg.): *Gesundheit für alle – Fiktion oder Realität?* Schattauer, Stuttgart, S. 225 ff.
- Garrow DJ (1994): *Liberty and Sexuality: The Right to Privacy and the Making of Roe v. Wade*. Macmillan, New York.
- Geyer S (1999): *Macht Unglück krank? Die Konsequenzen belastender Lebensereignisse*. Juventa, Weinheim, München.
- Grovier T (1993): Self-Trust, Autonomy and Self-Esteem, *Hypatia*: 8(1): 99-119.

- Gunson D (2009): Solidarity and the universal declaration on bioethics and human rights. *Journal of Medicine and Philosophy* 34/3:241-260.
- Habermas J (1986): Gerechtigkeit und Solidarität. Eine Stellungnahme zur Diskussion über ‚Stufe 6‘. In: Edelstein W, Nunner-Winkler G (Hrsg.): *Zur Bestimmung der Moral. Philosophische und sozialwissenschaftliche Beiträge zur Moralforschung*. Frankfurt am Main, S. 291-318.
- Hadorn DC (1991): Setting Health Care Priorities in Oregon. Cost-Effectiveness Meets the Rule of Rescue. *Journal of the American Medical Association* 265(17):2218-2225.
- Häyry M (2005): Precaution and solidarity. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 14/2:199-206.
- Halpern SD, Ubel PA, Asch DA (2007): Harnessing the Power of default Options to Improve Health Care. *The New England Journal of Medicine* 357(13):1340-1344.
- Ham C, Coulter A (2001): Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *Journal of Health Services and Research Policy* 6(3):163-9.
- Harris J (1985): *The Value of Life*, London.
- Harris J (1995): Could we hold people responsible for their own adverse health? *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 12:147–153.
- Hartmann N (1925): *Ethik*. De Greuter, Berlin.
- Hausmann D (2007): What is Wrong with Health Inequalities? *Journal of Political Philosophy* 15(1):44-66.
- Hechter, Michael (1987): *Principles of Group Solidarity*. Berkeley: University of California Press.
- Heidenreich F (2011): *Theorien der Gerechtigkeit: Eine Einführung*. UTB Verlag, Stuttgart.
- Hinrichs K (1995): The Impact of German Health Insurance Reforms on Redistribution and the Culture of Solidarity. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20/3:653-687.
- Holland S (2008): *Public health ethics*. Polity Publishing, Cambridge.
- Honneth A (Hrsg.) (1993): *Kommunitarismus*. Campus, Frankfurt a.M.
- Horn C, Scarano N (2002): *Philosophie der Gerechtigkeit: Texte von der Antike bis zur Gegenwart*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Horst R (1996): *Kontexte der Gerechtigkeit: Politische Philosophie jenseits von Liberalismus und Kommunitarismus*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Hradil S (2001): *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hradil S (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter M, Hurrelmann (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 33–52.
- Hucklenbroich P (2007) Krankheit – Begriffserklärung und Grundlage einer Krankheitstheorie. *Erwägen Wissen Ethik* 18(1):77–90.
- Hunter DJ (2002): The Practice of Rationing Health Care in the United Kingdom. In: Breyer F, Kliemt H, Thiele F (Hrsg.): *Rationing in Medicine*. Springer, Berlin, S. 39-52.
- Huster S (2006): Anmerkung zu BVerfG v. 6. 12. 2005 - 1 BvR 347/98 (Leistungspflicht der GKV für neue Behandlungsmethoden), JZ 2006:S. 466-468.
- Huster S (2008): Posteriorisierung der Gesundheitspolitik? Opportunitätskosten in der Rechtsdogmatik des Sozialstaats. In: *Festschrift für F. E. Schnapp*. Duncker & Humblot, Berlin, S. 463 - 476.
- Huster S (2010): Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht. *Ethik in der Medizin* 22:289–299.
- Huster S (2011): *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?* Berlin: Klaus Wagenbach.
- Illhardt FJ (2008): *Die ausgeblendete Seite der Autonomie: Kritik eines bioethischen Prinzips*. Lit-Verlag, Münster.

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2008): *Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung*. http://www.iqwig.de/download/08-01-24-Methoden_Kosten-Nutzen-Bewertung_Version_1_0.pdf
- Institute of Medicine (2012): *Essential Health Benefits: Balancing Coverage and Cost*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kamm FM (1993): *Morality, Mortality, Volume I: Death and Whom to Save From It*. New York: Oxford University Press.
- Kelley M (2005): Limits on patient responsibility. *Journal of Medicine and Philosophy* 30:189–206.
- Kerber W (1995): Solidaritätsprinzip. In: Ritter J, Gründer K et al. (Hrsg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Band 9, S. 1015-1017.
- Kersting W (1995): *Gerechtigkeit und Medizin*. Walter-Raymond-Stiftung. Kleine Reihe Heft 58, Wirtschaftsverlag Bachem, Köln.
- Kersting W (1997): *Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Koller P (1992): Soziale Güter und soziale Gerechtigkeit. In: Koch HJ, Köhler M, Seelmann K (Hrsg.): *Theorien der Gerechtigkeit*. Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie (ARSP). Beihefte, Neue Folge, S. 56 ff.
- Korobkin R (2009): Libertarian welfarism. *California Law Review* 97:1651–1685.
- Krebs A (Hrsg.) (2000): *Gleichheit oder Gerechtigkeit*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Kymlicka W (1997): *Politische Philosophie heute*. Frankfurt a.M.: campus.
- Lübbe, W (Hrsg.) (2004): *Tödliche Entscheidung. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen*. Paderborn: mentis
- Mackenbach JP, Bakker M (2002): *Reducing Inequalities in Health. A European perspective*. Routledge, London.
- Mackenbach JP (2006): *Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU*. Department of Health, London.
- Mackenzie C, Stoljar N (Hrsg.) (2000a): *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, New York: Oxford University Press.
- Mackenzie C, Stoljar N (2000b): Introduction: Autonomy Refigured. In: Mackenzie C, Stoljar N (Hrsg.): *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, New York: Oxford University Press, S. 3–31.
- Marchand S, Wikler D, Landesmann B (1998): Class, Health, and Justice. *Milbank Quarterly* 76(3):449-467.
- Marckmann G (2003): *Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang*. Stuttgart: Schattauer.
- Marckmann G (2006): Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung. In: Schöne-Seifert B, Buyx A, Ach J (Hrsg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn: Mentis, S. 163-181.
- Marckmann G (2010): Präventionsmaßnahmen im Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und allgemeinem Wohl. *Ethik in der Medizin* 22:207-222.
- Marckmann G, Liening P, Wiesing U (2004): *Gerechte Gesundheitsversorgung*. Schattauer, Stuttgart.
- Marckmann G, Siebert U (2002): Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift fuer medizinische Ethik* 48:171-90.
- Marmot M (2004): *The Status Syndrome*. New York: Owl Books.
- Marmot MG et al. (1978): Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32:244-249.

- Marmot MG et al (1991): Health Inequalities Among British Civil Servants: The Whitehall II Study. *The Lancet* 337:1387-1393.
- Marmot MG, Shipley MJ, Rose G (1984): Inequalities in death specific explanations of a general pattern. *The Lancet* 350:1003-1006.
- Marmot MG, Wilkinson RG (2006): *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- McKie J, Richardson J (2003): The Rule of Rescue. *Social Science & Medicine* 56:2407-19.
- McLeod C, Sherwin S (2000): Relational Autonomy, Self-Trust, and Health Care for Patients Who Are Oppressed. In: Mackenzie C, Stoljar N(Hrsg.): *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, New York: Oxford University Press, S.259-79.
- Mechanic D (1997): Muddling through elegantly: Finding the proper balance in rationing. *Health Affairs* 16(5):83-92.
- Mielck A (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Huber, Bern.
- Mielck A (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Huber, Bern.
- Mill JS (1989): *On liberty and other writings*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Minkler M (2000): Personal responsibility for health: contexts and controversies. In: Callahan D (Hrsg.): *Promoting healthy behaviour*. Georgetown University Press, Washington, S. 1–22.
- National Centre for Priority Setting (2007): National Model for Transparent Vertical Prioritisation in Swedish Health Care. <http://e.lio.se/prioriteringscentrum/pdf/2007.1%20English.pdf>.
- Nord E (1999): *Cost Value Analysis in Health Care: Making Sense Out of QALYs*. Cambridge.
- Nordenfelt L (1997): *Talking about health*. Rodopi, Amsterdam.
- Nozick R (1974): *Anarchy, State and Utopia*, Basic Books, New York.
- Nuffield Council on Bioethics (2007): *Public Health: Ethical Issues*. http://www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/Public_health_-_ethical_issues.pdf
- Nuffield Council on Bioethics (2011): *Biofuels: ethical issues*. London. http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Biofuels_ethical_issues_FULL%20REPORT_0.pdf.
- Nussbaum MC, Sen A (Hrsg.) (1993): *The Quality of Life*. Clarendon Press, Oxford.
- Nussbaum MC (1990): Aristotelian Social Democracy. In: Douglas RB, Mara GM, Richardson H (Hrsg.): *Liberalism and the Good*. New York: Routledge, S. 203-252.
- Nussbaum MC (1992): Human Functioning and Social Justice: In Defense of Aristotelian Essentialism, *Political Theory* 20:202-246.
- Nussbaum MC (1999): Woman and Cultural Universals. In: Nussbaum MC: *Sex and Social Justice*, Oxford and New York: Oxford University Press, S. 29-54.
- Nussbaum MC (2000): *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- OECD Health Data (2012): *Frequently requested data*. Erhältlich unter: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>.
- O'Neill O (2002a): *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- O'Neill O (2002b): Public Health or Clinical Ethics: Thinking Beyond Borders. *Ethics & International Affairs* 16/2: 35-45.
- O'Neill, O (2003). Some limits on informed consent. *Journal of Medical Ethics* 291.
- Ott K, Voget L (2007): Suffizienz: Umweltethik und Lebensstilfragen. In: *Vordenken - Ökologie und Gesellschaft* 2. Heinrich Böll Stiftung.

- Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G (1993): The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960, 1986. *New England Journal of Medicine* 329:103-109.
- Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ (2009): Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet* 373(9661):423-31.
- Pesch H (1905): *Lehrbuch der Nationalökonomie*, Band 1, Freiburg i. Br.
- Powers M, Faden R (2006): *Social Justice. The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford University Press, New York.
- Pusch K (2011): *Libertärer Paternalismus – eine Einführung*. Grin-Verlag.
- Rauprich O, Marckmann G, Vollmann J (2005): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*. Mentis Verlag, Paderborn.
- Rawls J (1971): *A Theory of Justice*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Rawls J (1993): *Political liberalism*. New York: Columbia University Press, Lecture IV.
- Resnik DB (2007): Responsibility for health: personal, social, and environmental. *Journal of Medical Ethics* 33:444–445.
- Richter M, Hurrelmann K (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Rippe KP (1998): Diminishing Solidarity. *Ethical Theory and Moral Practice* 1:355-374.
- Robert Koch Institut/Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland. Robert Koch Institut, Berlin.
- Robertson JA (2007): The virtues of muddling through. *Hastings Centre Report* 37(4):26-8.
- Roemer JE (1996): *Theories of Distributive Justice*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Rolston III, H (1986): *Philosophy Gone Wild: Essays in Environmental Ethics*. Prometheus Books, Buffalo.
- Rorty R (1989): *Contingency, irony, and solidarity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sabin JE, Daniels N (1994): Determining “medical necessity” in mental health practice. *Hastings Centre Report* 24(6): 5-13.
- Salvat C (2008): *Is libertarian paternalism an oxymoron? A comment on Sunstein and Thaler*. Working Paper. CNRS-Greham, Aix-en-Provence. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/33/65/28/PDF/libertarian-paternalism.pdf>.
- Satel S (2001): *PC MD. How political correctness is corrupting medicine*. Basic Books, New York.
- Schmidt H (2007): Patients' charters and health responsibilities. *British Medical Journal* 335(7631):1187-9.
- Schmidt VH, Gutmann T (Hrsg.) (2002): *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Velbrück, Weilerswist.
- Schöne-Seifert B (2001): Comment on Professor David Hunter's Talk. In: Breyer F, Kliemt H, Thiele F (Hrsg.): *Rationing in Medicine. Ethical, Legal, and Practical Aspects*. Heidelberg, S. 53-56.
- Schöne-Seifert B (2007): *Grundlagen der Medizinethik*. Kröner, Stuttgart.
- Schöne-Seifert B (2008): Bioethik mit oder ohne Theorie? In: Beckermann A, Tetens H, Walter S (Hrsg.): *Philosophie: Grundlagen und Anwendungen. Hauptvorträge und ausgewählte Kolloquiumsbeiträge zu GAP.6* (Perspektiven der Analytischen Philosophie, N.F.). Paderborn: Mentis, S. 67-98.
- Schöne-Seifert B (2009): Paternalismus. Zu seiner ethischen Rechtfertigung in Medizin und Psychiatrie. *Jahrbuch Wissenschaft und Ethik* 14:107–128.
- Schöne-Seifert B, Buyx A, Ach J (Hg.) (2006): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Mentis, Paderborn.
- Schöne-Seifert B, Friedrich DR, Diederich A (o.J.): Leistungsbeschränkungen in der Medizin nach Maßgabe von Nutzen-Schwellen: Akzeptanz in der deutschen Bevölkerung? *ZEFQ*. vorauss. 2012.

- Scholz S (2008): *Political Solidarity*. University Park, PA: University of Pennsylvania Press.
- Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg.) (2003) *Das Public Health Buch*. Urban und Fischer, München.
- Sen A (1980): Equality of What? In: McMurrin S (Hrsg.): *The Tanner Lectures on Human Values*, vol. 1, Salt Lake City: University of Utah Press, Wiederabdruck in Sen, 1982, *Choice, Welfare and Measurement*, Cambridge: MIT Press, S. 353-369.
- Sen A (1992): *Inequality Reexamined*, Cambridge: Harvard University Press.
- Sen A (1997): *On Economic Inequality*. Oxford: Clarendon Press.
- Sen A (2002): Why Health Equity? *Health Economics* 11:659-666.
- Siegrist J, Marmot M (2006): *Social Inequalities in Health. New Evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press.
- Siegrist J (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie zur Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Hogrefe, Göttingen.
- Sommer JH (2001): *Muddling Through Elegantly. Rationierung im Gesundheitswesen*. EMH, Basel.
- Sonderheft Journal of Medical Ethics 2009 zu Daniels' Ansatz.
- Statistisches Bundesamt (2012): *Gesundheitsausgaben (bis 2010)*. Erhältlich unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>.
- Steigleder K (2003): Bioethik als Singular und als Plural. Die Theorie von H. Tristram Engelhardt, Jr. In: Düwell M, Steigleder K (Hrsg.): *Bioethik. Eine Einführung*. Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 72-87.
- Steinbrook R (2006): Imposing personal responsibility for health. *New England Journal of Medicine* 355:753-756.
- Steinkamp G (1993): Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Sozial- und Präventivmedizin* 38:111-122.
- Sternø S (2004): *Solidarity in Europe. The History of an Idea*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strech D, Synofzik M, Marckmann G (2008): How Physicians Allocate Scarce Resources at the Bedside: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Medicine and Philosophy* 33:80-99.
- Taylor C (1993): Aneinander vorbei: Die Debatte zwischen Liberalismus und Kommunitarismus. In: Honneth A (Hrsg.): *Kommunitarismus. Eine Debatte über die moralischen Grundlagen der Gesellschaft*. Frankfurt, New York, Campus, S. 103-130.
- Ter Meulen R, Arts W, Muffels R (Hrsg.) (2010): *Solidarity in Health and Social Care in Europe*. Dordrecht: Kluwer.
- Thaler HT, Sunstein CR (2003): Libertarian paternalism is not an oxymoron. *The University of Chicago Law Review* 70(4):1159-1202.
- Thaler HT, Sunstein CR (2008): *Nudge. Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press, New Haven and London.
- Trappenburg M (2000): Lifestyle solidarity in the healthcare system. *Health Care Analysis* 8/1:65-75.
- Tschentscher A (2000): *Prozedurale Theorien der Gerechtigkeit. Rationales Entscheiden, Diskursethik und prozedurales Recht*. Baden-Baden: Nomos.
- Veatch RM (1980): Voluntary risks to health. The ethical issues. *Journal of the American Medical Association* 243:50-55.
- Ventakapuram S (2011): *Health Justice: An argument from the capabilities approach*. Cambridge: Polity.
- von Winterfeld U et al. (2008): *Eine nachhaltige Gesellschaft braucht Suffizienz*. Projekt 21, <http://www.project21.ch/projekte/studiosus/studiosus-10/418>.
- Waller BN (2005): Responsibility and health. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 14:177-188.

- Walzer M (1983): *Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality*. Basic Books, New York.
- Whitehead M (1991): *The Concepts and Principles of Equity and Health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Whitehead M, Dahlgren G (2006): Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up. *Studies on social and economic determinants of population health*, No. 2, WHO.
- WHO (o.J.): Right to Health Facts Sheet.
- WHO (1946): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Wikler D (2004): Personal and social responsibility for health. In: Anand S, Peter F, Sen A (Hrsg.): *Public health, ethics, and equity*. Oxford University Press, Oxford, S. 109–134.
- Wildt A (1995): Solidarität. In: Ritter J, Gründer K et al. (Hrsg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Band 9, S. 1003-1015.
- Wilkinson S (1999): Smokers' rights to health care: why the 'restoration argument' is a moralising wolf in a liberal sheep's clothing. *Journal of Applied Philosophy* 16:255–269.
- Williams A (1997): Intergenerational equity: an exploration of the "fair innings" argument. *Health Economics* 6:117-132.
- Wohlgemuth WA, Freitag MH (Hrsg.) (2008): *Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Yoder SD (2002): Individual responsibility for health. Decision, not discovery. *Hastings Centre Report* 32:22–31.
- Zimmermann-Acklin M, Halter H (2007): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*. EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Zürich.

Verzeichnis der in Bezug genommenen Publikationen

Buyx A (2008) Personal responsibility for health – why we don't like it and why maybe we should. *Journal of Medical Ethics* 34(12): 871-4. (Klasse 2-Journal, IF 1,41)

Buyx A (2010) Eigenverantwortung als Kriterium der Prioritätensetzung in Medizinsystem und Public Health. In: Strech D, Marckmann G (Hg.): *Public Health Ethik*. Lit Verlag, Muenster, 129-153.

Buyx A (2007) Gesundheit für alle? Einführung in Gerechtigkeitsfragen der modernen Medizin. In: Jüttemann V (Hg.): *Mehr schlecht als recht? Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit der Gerechtigkeit*. Waxmann, Münster u.a., 73-101.

Buyx A, Ach J, Schöne-Seifert (2006) ‚Gerecht behandelt?‘ Thematische Einleitung. In: Schöne-Seifert B, Buyx A, Ach J (Hrsg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Mentis Verlag, Paderborn, S. 7-13

Buyx A, Huster S (2010) Ethische Aspekte von Public Health. *Ethik in der Medizin* 21(3): 175-7. (Klasse 3-Journal, IF 0,4)

Buyx A (2010) Wie gleich kann Gesundheit sein? Ethische und gerechtigkeits-theoretische Aspekte gesundheitlicher Ungleichheiten. *Das Gesundheitswesen* 72(1): 48-53.

Buyx A, Tait J (2011a) Ethical Framework for Biofuels. *Science* 332(6029): 540-1. (Klasse 1-Journal, IF 31,2)

Buyx A, Tait J (2011b) Biofuels: Ethics and policy. *Biofuels, bioproducts, biorefining* 5(6)631-39. (Klasse 1-Journal, IF 4,74)

Prainsack B, Buyx A (2012) Solidarity in contemporary bioethics – towards a new approach. *Bioethics* 26(7): 343-350 (Klasse 2-Journal, IF 1.73)

Buyx A, Prainsack B (2012) Solidarity and lifestyle diseases. *Clinical Ethics* 7: 79-85 (Klasse 3-Journal, IF 0,22)

Prainsack B and Buyx A (2011) *Solidarity. Reflections on an emerging concept in bioethics*. Erhältlich: http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Solidarity_report_FOR_WEB.pdf.

Nuffield Council on Bioethics (2011): *Biofuels: ethical issues*. ESP Ltd., London. http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Biofuels_ethical_issues_FULL%20REPORT_0.pdf.

Buyx A, Friedrich DR, Schöne-Seifert B (2011) Ethics and effectiveness: rationing healthcare by thresholds of minimum effectiveness. *British Medical Journal* 342: 531-3. (Klasse 1-Journal, IF 14,09)

Buyx A, Friedrich DR, Schöne-Seifert B (2009a) Marginale Wirksamkeit als Posteriorisierungskriterium – Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen. *Ethik in der Medizin* 21(2): 89-100. (Klasse 3-Journal, IF 0,4)

Buyx A, Friedrich DR, Schöne-Seifert B (2012) Minimale Wirksamkeit als Verteilungskriterium: ethische Argumente, empirische Akzeptanzdaten und politische Umsetzung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2012/2, 37-45.

Buyx A, Friedrich DR, Schöne-Seifert B (2009b) Marginale Wirksamkeit als Rationierungskriterium – Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen. In: Wohlgemuth WA, Freitag MH (Hg.): *Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 201-217.

Friedrich DR, Buyx A, Schöne-Seifert B (2009) Priorisierung: Marginale Wirksamkeit als Ausschlusskriterium. *Deutsches Ärzteblatt* 106(31-32):1562-4.

Schöne-Seifert B, Buyx A (2006) Marginale Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen: ein faires Rationierungskriterium? In: Schöne-Seifert B, Buyx A, Ach J (Hg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn: mentis, 215-234.

Buyx A (2010) Können, sollen, müssen? Public Health-Politik und libertärer Paternalismus. *Ethik in der Medizin* 21(3): 221-34. (Klasse 3-Journal, IF 0,4)

Buyx A (2009) Blood donation, payment, and non-cash incentives – old problems gathering renewed interest. *Transfusion Medicine and Hemotherapy* 36(5): 329-39. (Klasse 3-Journal, IF 0,6)

Buyx A (2005a) Eigenverantwortung – Verteilungskriterium im Gesundheitswesen? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130(24): 1512-1515. (Klasse 3-Journal, IF 0,65)

Buyx A (2005b) Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen – Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. *Ethik in der Medizin* 17(4): 269-283. (Klasse 3-Journal, IF 0,4)