

**Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen –
Probleme und Positionen am Beispiel der
Transplantationsmedizin**

7.-9. Mai 1992, Hannover

Veranstalter:

Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen
Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz
Deutsche Stiftung Organtransplantation, Neu-Isenburg

mit Unterstützung:

des Bundesministeriums für Gesundheit, sowie
des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur

E. Nagel Ch. Fuchs (Hrsg.)

Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel
der Transplantationsmedizin

Unter Mitarbeit von

M. Niechzial, R. Pichlmayr und P. Schölmerich

Mit 15 Abbildungen und 31 Tabellen

Springer-Verlag

Berlin Heidelberg New York

London Paris Tokyo

Hong Kong Barcelona

Budapest

1993

Dr. med. Eckhard Nagel
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie
Konstanty-Gutschow-Straße 8
30625 Hannover

Professor Dr. med. Christoph Fuchs
Bundesärztekammer Köln
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln

Die Abbildung auf dem Einband zeigt eine Darstellung der Justitia (glasierter Ton).
(Aus Planiscig L (1940) Luca Della Robbia, Verlag Anton Schroll & Co., Wien)

ISBN 3-540-56892-1 Springer-Verlag Berlin Heidelberg NewYork

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme. Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen : ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin ; mit 31 Tabellen ; [Dokumentation des Wissenschaftlichen Symposiums Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen – Probleme und Positionen am Beispiel der Transplantationsmedizin, 7.-9. Mai 1992, Hannover] / E. Nagel ; CH. Fuchs (Hrsg.). Unter Mitarb. von M. Niechzial . . . [Veranst.: Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen . . .]. – Berlin ; Heidelberg ; New York ; London ; Paris ; Tokyo ; Hong Kong ; Barcelona ; Budapest : Springer, 1993
ISBN 3-540-56892-1

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funk- sendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1993
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk be- rechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und von jedermann be- nutzt werden dürften.

Satz: Reproduktionsreife Vorlage vom Autor
24/3130 – 5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier

Bayerische
Staatsbibliothek
München

Inhaltsverzeichnis

Einführung durch die Veranstalter	XVII
Allokationswirklichkeit unseres Gesundheitswesens	1
Einführung	
R. Grupp	3
Allokationsprobleme bei knappen Ressourcen	
Ch. Fuchs	6
Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen	
F. W. Schwartz	21
Beitragsstabilität und Allokationswirklichkeit	
K.-D. Henke	51
State of the art: Möglichkeiten in der Nieren-, Leber- und Knochenmarktransplantation	79
Einführung	
E. Nagel, H.-W. Schreiber	80
Möglichkeiten in der Nieren- und Lebertransplantation	
R. Pichlmayr	82
Möglichkeiten und Grenzen der Knochenmarktransplantation	
H. Link	97
Indikation und Bedarf bei der Nieren-, Leber- und Knochenmarktransplantation	109
Einführung	
P. Schölmerich	110
Indikation und Bedarf	
H. Raspe	111
Indikation und Bedarf bei der Lebertransplantation	
M.P. Manns, K. Böker	129
Indikation und Bedarf bei der Nierentransplantation	
W. Schoeppe	143
Indikation und Bedarf bei der Knochenmarktransplantation	
H. Riehm	151

Struktur, Organisation und ökonomische Grundlagen der medizinischen Versorgung im Hinblick auf die Allokationswirklichkeit	157
Ökonomische Grundlagen der Krankenhausfinanzierung K.-H. Tuschen	158
Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen J.-M. Graf v. d. Schulenburg, O. Schöffski	168
Voraussetzungen für Nieren- und Lebertransplantationen E. Nagel	186
Voraussetzungen für die Knochenmarktransplantation H. Link	200
 Medizinische Verteilungsentscheidungen und ihre Rechtfertigung	 209
Einführung G. Patzig	210
Lebensqualität - Entscheidungshilfen durch ein neues evaluatives Konzept? M. Bullinger	214
Entscheidungskriterien und Konflikte am Beispiel der Nierentransplantation E. Renner	233
Entscheidungskriterien und Konflikte am Beispiel der Lebertransplantation F.W. Eigler	242
 Philosophische Aspekte der Güterverteilung	 249
Verteilungsgerechtigkeit aus philosophischer Sicht J. Nida-Rümelin	250
"Gerechtigkeitskriterien" in der Transplantationsmedizin - Eine ordoliberalen Perspektive H. Kliemt	262
 Verteilungsgerechtigkeit aus juristischer Sicht	 285
Einführung A. Künschner	286

Standards, Kostendruck und Haftpflichtrecht	
A. Laufs	290
Rechtliche Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit im Sozialstaat	
H.-L. Schreiber	302
Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen – Zusammenhänge und Ausblick	315
Zusammenhänge für die Gesundheitspolitik	
R. Grupp	316
Zusammenhänge aus der Sicht der Krankenkassen	
F. J. Oldiges	324
Abschlußdebatte	332
Sachverzeichnis	343

Verzeichnis der Autoren und Referenten

K. Böker, Dr. med.
Abt. für Gastroenterologie
und Hepatologie
Medizinische Hochschule Hannover
30625 Hannover

M. Bullinger, PD Dr. phil.
Institut für Medizinische Psychologie
Goethestraße 31
80336 München

F.-W. Eigler, Prof. Dr. med.
Abt. für Allgemeine Chirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
43147 Essen

J. M. Graf v. d. Schulenburg, Prof. Dr.
Universität Hannover
Institut für Versicherungsbetriebslehre
am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften.
Wunstorfer Straße 14
30453 Hannover

R. Grupp, Ministerialdirigent, Dr.
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

K.-D. Henke, Prof. Dr.
Abt. für öffentliche Finanzen am
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Universität Hannover
Wunstorfer Straße 14
30453 Hannover

H. Kliemt, Prof. Dr. phil.
Gesamthochschule Duisburg
Fachbereich I Philosophie
4100 Duisburg

A. Künschner, Dr. jur., LL.M.
Kronenstraße 18
79100 Freiburg/Breisgau

A. Laufs, Prof. Dr. jur., Dr. h.c.
Rupprecht-Karls-Universität
Institut für Geschichtliche
Rechtswissenschaft
Friedrich-Ebert-Platz 2
69117 Heidelberg

H. Link, PD Dr. med.
Klinik für Hämatologie und Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover
30625 Hannover

M. Manns, Prof. Dr. med.
Abt. f. Gastroenterologie u. Hepatologie
Medizinische Hochschule Hannover
30625 Hannover

J. Nida-Rümelin, Prof. Dr.
Eberhard-Karls-Universität
Zentrum für Ethik in den Wissenschaften
Wilhelmstraße 20
72074 Tübingen

M. Niechzial, Dr. med.
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Abdominal- und
Transplantationschirurgie
Konstanty-Gutschow-Straße 8
30625 Hannover

F. J. Oldiges, Dr.
AOK-Bundesverband, Geschäftsführung
Postfach 200844
53177 Bonn

G. Patzig, Prof. Dr.
Georg-August-Universität
Philosophisches Seminar
Platz der Göttinger Sieben 5
37073 Göttingen

R. Pichlmayr, Prof. Dr. med.
Klinik für Abdominal- und
Transplantationschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
30625 Hannover

H. Raspe, Prof. Dr. med., Dr. phil.
Medizinische Universität zu Lübeck
Institut für Solarmedizin
Sophienstraße 2
23560 Lübeck

E. Renner, Prof. Dr. med.
Städtisches Krankenhaus Köln-Merheim
Medizinische Klinik I
Ostmerheimer Straße 200
51109 Köln

H. Riehm, Prof. Dr. med.
Abt. für Päd. Hämatologie u. Onkologie
Kinderklinik der
Medizinischen Hochschule Hannover
30625 Hannover

O. Schöffski, Dipl.-Öko.
Universität Hannover
Institut für Versicherungsbetriebslehre
am Fachbereich Wirtschaftswissensch.
Wunstorfer Straße 14
30453 Hannover

W. Schoeppe, Prof. Dr. med.
Johann Wolfgang v. Goethe-Universität
Zentrum für Innere Medizin
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt

P. Schölmerich, Prof. Dr. med., Dr. h.c.
em. Direktor der Medizinischen
Universitätsklinik Mainz
Weidmannstraße 67
55131 Mainz

H.-L. Schreiber, Prof. Dr. jur., Dr. h.c.
Georg-August-Universität
Juristisches Seminar
Platz der Göttinger Sieben 6
37073 Göttingen

H.-W. Schreiber, Prof. Dr. med.
em. Direktor der Abt. für Allgemeine
Chirurgie der Universitätsklinik
Eppendorf
Martinistraße 52
20251 Hamburg

F. W. Schwartz, Prof. Dr. med.
Abt. für Epidemiologie und
Sozialmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
30625 Hannover

K.-H. Tuschen
Regierungsdirektor
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn


Verteilungsgerechtigkeit aus philosophischer Sicht

J. Nida-Rümelin*

Utilitaristisch-konsequentialistische Rationalität

Wenn man einen weiten Gesundheitsbegriff zugrunde legt, wie ihn etwa die WHO 1948 im Sinne eines physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens definiert hat, wenn man zum zweiten an einer Overall-Betrachtung - manche Philosophen nennen dies eine universal-teleologische Betrachtung - festhält, d. h. wenn man sich überlegt, in welcher Weise die Medizin, gesamtgesellschaftlich betrachtet, dazu beitragen kann, Gesundheit zu optimieren, liegt es nahe, die Medizinethik unter die Kriterien *utilitaristisch-konsequentialistischer Rationalität* zu stellen; utilitaristisch deshalb, weil das zu optimierende Gut das subjektive Wohlbefinden ist, und konsequentialistisch insofern, als das, was in der medizinischen Praxis geschieht, instrumentell auf die Optimierung dieses Gutes ausgerichtet ist.

Grenzen kosequentialistischer Medizinethik

- | | | |
|---|--|---|
| (1) Weiterer
Gesundheitsbegriff |  | Medizinethik unter
Kriterien utilitaristisch-
konsequen-tialistischer
Rationalität |
| (2) "Overall"-Betrachtung
(universal-teleologisch) | | |

Einwände:

- (a) *Paternalismus*
- (b) *überbordende Verantwortlichkeit*
- (c) *Gerechtigkeitsindifferenz*
- (d) *Verletzung von Individualrechten*
- (e) *Kooperationsproblematik*

* Zentrum für Ethik in den Wissenschaften der Eberhard-Karls-Universität, Tübingen

Es gibt eine ganze Reihe sehr grundsätzlicher Einwände gegen konsequentialistische Kriterien in der Ethik und in der Theorie praktischer Rationalität generell. Für dieses Symposium ist interessant, daß gerade auch Erfahrungen in der Diskussion medizinethischer Probleme - vor allem im angelsächsischen Sprachraum - dazu geführt haben, daß dieses im angelsächsischen Sprachraum dominierende utilitaristische Paradigma in der Ethik zunehmend in Frage gestellt wurde.

Einwände

Ich will hier nur vier grundlegende Einwände stichwortartig nennen.

1. Es handelt sich zum einen um den Einwand des *Paternalismus*. Wenn jemand auf Grund seiner spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen - etwa ein Arzt - zu wissen glaubt, was - im Sinne der Optimierung von Gesundheit - gut ist für einen Patienten, dann wäre es ihm aufgetragen, den Patienten zu veranlassen, dementsprechend zu handeln. Wenn der Patient Widerstand zeigt, muß der Arzt dies notfalls mit Überredung zu verändern suchen. Dagegen stehen Intuitionen, die man aus dem Alltagsleben und sicher auch aus der medizinischen Praxis hat, die besagen: Jeder muß für sich selber wissen, was für ihn gut ist, die letzte Entscheidung liegt bei dem entsprechenden Individuum; auch dann, wenn ich hundertprozentig davon überzeugt bin, daß etwas für ihn nicht gut ist, bin ich nicht berechtigt, diese Widerstände in irgendeiner Form zu überwinden, auch dann nicht, wenn dem beispielsweise keine rechtlichen Probleme entgegenstünden.

2. Der zweite Einwand lautet: Wenn man von der einzelnen Handlung verlangt, daß sie sich an diesem Optimierungsmodell orientiert, dann hat das zur Folge, was ich einmal als "*überbordende Verantwortlichkeit*" bezeichnet habe, d. h. die einzelne Entscheidung muß jeweils alle möglichen Handlungsoptionen in diesem Zeitpunkt berücksichtigen und die dann optimale Handlung auswählen. Das bedeutet, daß Projekte nicht mehr verfolgt werden können, weil man bei diesem Abwägungsprozeß permanent von dem abweichen muß, was man ursprünglich vorhatte. Eine weitere Folge ist, daß die persönliche Integrität der handelnden Person gefährdet ist. Ich glaube, das gilt wiederum in besonderem Maße für die medizinethische Fragestellung.

3. Der dritte Einwand lautet, daß, wenn es ausschließlich um die Frage geht, wie ein bestimmtes Gut zu optimieren sei, *Gerechtigkeits- und Verteilungsaspekte im eigentlichen Sinne vernachlässigt werden*. Auf diesem Symposium wurde bereits darüber diskutiert, ob die Histokompatibilität das ausschließliche Kriterium sein muß. Ein Argument in dieser Richtung lautet: Ressourcen sind knapp, also müssen sie effizient eingesetzt werden. Effizienz könnte man übersetzen mit: qualifizierte Erhöhung der Lebenserwartung. Wenn man das in jedem Einzelfall tut, nimmt man implizit für ein ethisches Kriterium Stellung, das Verteilungsaspekten gegenüber indifferent ist. Es geht um die Optimierung der Gesundheit sozusagen in der

Summe, in der Bilanz der Verlängerung der Lebenserwartung in der Gesellschaft insgesamt. Verteilungsfragen bleiben außen vor, und das ist auch wünschenswert, nämlich unter dem Gesichtspunkt der Verantwortungsentlastung.

4. Ein weiterer Einwand befaßt sich mit der *Verletzung von Individualrechten*. Beispielsweise ist selbstverständlich, daß es nicht zulässig ist - und zwar nicht nur juristisch, sondern auch ethisch -, das Leben eines potentiellen Spenders zu verkürzen, um in der Summe möglicherweise eine optimale Lebenszeitverlängerung im Erwartungswert zu erreichen. Wenn man nur diese Aggregationsvorstellung hat, wenn man nur die Lebenserwartungsverlängerung aufsummiert, dann ist dieses moralische Verbot nicht legitimierbar, jedenfalls nicht in direkter Form.

Andere Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit

Nun sind in der Philosophie und in der Ökonomie eine ganze Reihe von Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit in der Diskussion. Ich will dabei zwei Hauptgruppen unterscheiden, und zwar zum einen diejenigen Kriterien von Verteilungsgerechtigkeit, die versuchen, auf die Problematik der interpersonellen Vergleichbarkeit zu verzichten. Man empfindet ein Unbehagen dabei, wenn man beispielsweise die Lebensqualitäten unterschiedlicher Personen miteinander vergleichen soll. In der Ökonomie war das lange Zeit geradezu ein Dogma - Stichwort: Ordinalismus: Es darf keine interpersonellen Vergleiche von Nutzenniveaus oder von Nutzeneinheiten geben.

Pareto-Vergleichbarkeit

Es gibt ein interessantes Theorem des indischen Ökonomen und Philosophen Amartya Sen, das folgenden logischen Zusammenhang feststellt: Wenn man ein Kriterium der Verteilungsgerechtigkeit entwickelt und dabei die folgenden fünf Bedingungen verlangt:

1. daß die Rangordnung der Verteilung unter diesem Gerechtigkeitskriterium ausschließlich eine Funktion der individuellen Präferenz der Betroffenen sein soll,
2. daß dieses Kriterium vollständig ist, d. h. daß unter diesem Kriterium beliebige Verteilungen miteinander verglichen werden können,
3. daß die Stellung zweier Verteilungen in der Gerechtigkeitsrangordnung ausschließlich von den individuellen Präferenzen bezüglich dieser beiden Verteilungen oder Zustände abhängt,
4. daß, wenn mindestens eine Person eine strikte Präferenz für die eine Verteilung hat und keine Person eine umgekehrte Präferenz, diese Verteilung in der Gerechtigkeitsrangordnung höher steht,
5. daß Anonymität besteht, d. h. die Präferenzen als solche ändern sich nicht deshalb, weil andere Personen diese Präferenzen einnehmen, dann läßt sich zeigen, daß es nur noch ein Kriterium der Gerechtigkeit gibt, das mit diesen fünf Bedingungen kompatibel ist, nämlich: *Eine Vertei-*

lung ist gerechter als eine andere, wenn sie Pareto-besser ist; Verteilungen, die nicht Pareto-vergleichbar sind, sind unter Gerechtigkeitsaspekten indifferent.

Pareto-besser bedeutet: Eine Verteilung ist dann besser, wenn es mindestens eine Person gibt, die sie vorzieht, und wenn es keine Person gibt, die die andere Verteilung vorzieht. Nicht Pareto-vergleichbar heißt, daß diese Relation weder in der einen noch in der anderen Richtung besteht. Dies ist ein sehr attraktives Kriterium des Vergleichs von Allokationen, weil dadurch interpersonelle Vergleiche nicht erforderlich sind.

Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit	
A Ohne interpersonelle Vergleichbarkeit	
α	(1) Funktion individueller Präferenzen (2) Vollständigkeit (3) Irrelevanzbedingung (4) Übereinstimmung (5) Anonymität (1) & (2) & ... \Rightarrow Eine Verteilung ist gerechter als eine andere, wenn sie Pareto-besser ist, und Verteilungen die nicht Pareto-vergleichbar sind, sind unter Gerechtigkeitsaspekten indifferent
β	Erweiterte Präferenzen ("extended sympathy") - Suppes Gerechtigkeitskriterium
γ	Fairneß Neidfreie Verteilungen sind gerecht \Uparrow Kohärenzforderung (gesamte Güterausstattung) Anfängliche Gleichverteilung \rightarrow Markt \rightarrow gerechte Verteilung

Dennoch ist klar: Gerade bei der Allokationsfrage im Hinblick auf die Transplantationsmedizin ist dieses Kriterium wenig hilfreich; denn es ist nicht anzunehmen, daß es im Vergleich zueinander sehr viele Verteilungen gibt, die diese Bedingungen erfüllen. Es gibt einen offensichtlichen Interessenkonflikt einzelner Individuen zueinander. Das heißt, bei der Allokation einer begrenzten Anzahl von Spenderorganen auf eine größere Anzahl von potentiellen Empfängern ist jede Allokation mit den anderen Allokationen nicht Pareto-vergleichbar, und dieses Kriterium ist überhaupt keine Hilfe.

Um dieses Problem zu umgehen, wurde der Ansatz erweitert, aber immer noch ohne interpersonelle Vergleichbarkeiten vorauszusetzen. Der Grundgedanke ist, daß wir nicht nur einfach Präferenzen haben, sondern daß wir alle auch eine Vorstellung darüber haben, wie es anderen Personen in ihrem Zustand geht. Wir versetzen uns also in die Lage der anderen Personen und beurteilen dann: Wie würde ich meine Präferenzen zwischen den verschiedenen Verteilungen oder Zuständen gestalten? Wenn man das zugrunde legt und Pareto hinzunimmt, kommt man zu einem sehr viel vollständigeren Gerechtigkeitskriterium, nämlich dem *Gerechtigkeitskriterium von Suppes*.

Neidfreie Verteilungen

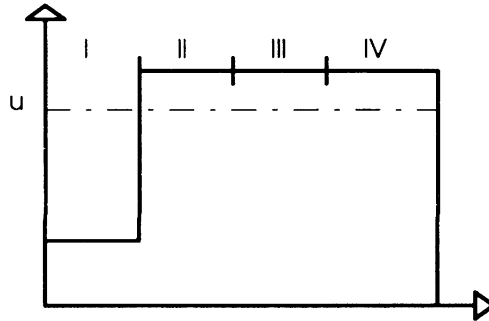
Es gibt eine weitere interessante Methode, Gerechtigkeitsfragen zu klären, ohne interpersonelle Vergleiche anzustellen. Der Grundgedanke lautet: Neidfreie Verteilungen, also Verteilungen, bei denen niemand auf die Position einer anderen Person neidisch ist, sind gerecht. Man könnte sagen: Das ist trivial und bringt überhaupt nichts, da die Menschen immer neidisch sind. Ganz so einfach kann man es aber nicht abtun, denn in diesem Konzept steckt eine strenge Kohärenzforderung. Es wird nicht die Neidfreiheit in bezug auf die Verteilung eines einzelnen Gutes verlangt, sondern in bezug auf die gesamte Güterausstattung der Personen. Das führt zu höchst interessanten Ergebnissen, wenn man beispielsweise unterschiedliche Produktivitäten, unterschiedliche Geschmäcker, unterschiedliche Fähigkeiten, unterschiedliche Mußebedürfnisse usw. zugrunde legt. Insbesondere läßt sich zeigen, daß sich bei einer anfänglichen Gleichverteilung, die einem kompetitiven Marktsystem ausgesetzt ist, eine gerechte Verteilung im Sinne dieser Neidfreiheit ergibt.

Man kann eine Ausdehnung auf Vergleiche zwischen Gruppen vornehmen und so einen Bezug zu diesem Symposium herstellen. Man vergleiche einmal die gesunden Beitragszahler und die Gruppe der potentiellen Transplantationspatienten. Es ist anzunehmen, daß in der Regel gilt: Jede Person in der Gruppe der gesunden Beitragszahler möchte nicht tauschen mit der Güterausstattung der potentiellen Transplantationspatienten, und zwar unter den heutigen Bedingungen, bei den heutigen Beitragssätzen. Bis eine Person zu einem solchen Tausch bereit wäre, müßten die Beiträge der gesunden Personen extrem steigen. Wenn man dieses Konzept von Gerechtigkeit zugrunde legt, sind sicher die volkswirtschaftlichen Summen, die aufgewendet werden, noch viel zu niedrig, um Neidfreiheit herzustellen. Ganz anders sieht es natürlich aus, wenn man unterschiedliche Patientengruppen miteinander vergleicht. Herr Henke hat die Liste vorgestellt, nach der sich zeigen läßt, daß sich beispielsweise eine monetäre Ressource im Sinne von Lebensqualitätsverbesserung sehr viel effektiver bei anderen medizinischen Dienstleistungen einsetzen ließe. Dann entsteht natürlich sofort der umgekehrte Effekt, allerdings innerhalb der Patientenschaft insgesamt, nicht zwischen den Patienten und den Gesunden.

Gerade deshalb, weil der Vergleich zwischen den Patienten ganz offensichtlich Schwierigkeiten bereitet, bietet es sich an, doch - wenn auch mit Bauchschmerzen - diese theoretische Abstinenz, also die Beschränkung auf Gerechtigkeitskriterien ohne interpersonelle Vergleichbarkeit, aufzugeben und in der einen oder anderen Weise - Frau Bullinger hat das methodische Instrumentarium skizziert - Vergleichsmaßstäbe einzuführen und sich zu überlegen: Angenommen, es gäbe einen Maßstab für Lebensqualität, welches Kriterium von Gerechtigkeit könnte man dann akzeptieren?

Klassischer Handlungsutilitarismus

Ein Kriterium, das bei vielen Personen eine hohe Attraktivität besitzt, ist das Kriterium des klassischen Handlungsutilitarismus. Man sagt: Wenn ich schon ein solches Maß - das der Lebensqualität - habe, dann sollte die Summe der Lebensqualitäten über das Zeitintegral des Lebens maximiert werden. Das ist allerdings nicht so plausibel, wie es zunächst einmal erscheint.



Nehmen wir an, es gäbe vier Gruppen von Patienten. Die dargestellten Flächen repräsentieren die Summe der Lebensqualität der Gruppen. Angenommen, man könnte durch eine bestimmte Allokation von der Gleichverteilung der Lebensqualität zu einer neuen Verteilung, der aufgezeigten Stufenverteilung, übergehen und diese wäre im Sinne der utilitaristischen Optimierung optimal (die jeweiligen Gesamtflächen sind nämlich fast gleich groß). Intuitiv spricht vieles dagegen, in der einen Gruppe die Lebensqualität extrem abzusenken, um anderen Patientengruppen eine etwas höhere Lebensqualität zu verschaffen.

Ethischer Bayesianismus

Eine weitere Variante, welche die interpersonelle Vergleichbarkeit nutzt, allerdings in weit geringerem Maße als der klassische Handlungsutilitarismus, bezeichnet man als *ethischen Bayesianismus*. Das ist insofern ganz attraktiv, als darauf verzichtet wird, Maße beispielsweise für Lebensqualität oder Nutzen einzuführen. Man beschränkt sich einfach darauf, wie das

Entscheidungsverhalten von Personen ist. Vorausgesetzt, dies hat eine gewisse Kohärenz - eine idealisierende Annahme -, dann läßt sich zeigen, daß man je individuell eine (bis auf lineare Transformation eindeutig bestimmte) Nutzenfunktion zuordnen kann. Es wird ein Skalierungsverfahren vorgeschlagen, mit dem die im Präferenzverhalten der Personen zum Ausdruck kommenden subjektiven Bewertungen vergleichbar werden. Dieses wird dann optimiert. Diese Variante weist, was die Verteilungsgerechtigkeit angeht, dieselbe Problematik wie die erste Variante auf.

Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit	
B Mit interpersoneller Vergleichbarkeit	
α Handlungs-konsequentialistisch	
	Klassischer Handlungsutilitarismus
	- Vergleichbarkeitsproblem
	- Medizinisches Berufsethos
	- Verteilungsindifferenz
β Ethischer Bayesianismus	
	- kein Vergleichbarkeitsproblem
	- sonst gleiche Problematik

Wir haben bisher nur von Verteilungen gesprochen, beispielsweise bei Allokationsentscheidungen. Aber nicht nur diese sind Gegenstand von Gerechtigkeitsgesichtspunkten. Es gibt Auffassungen, die besagen: Grundsätzlich ist jedes Kriterium der Gerechtigkeit, das sich ausschließlich auf die Betrachtung von Verteilungen beschränkt - Herr Henke hat dies, wenn ich mich richtig erinnere, als ergebnisorientierte Handlungsrationalität bezeichnet -, zu kurz gegriffen; denn letztlich kann man die Gerechtigkeit von Allokationen nur dann angemessen beurteilen, wenn man die Entstehung der Allokation mit berücksichtigt. Es gibt radikale Varianten, die besagen: Ausschließlich die Art und Weise des Zustandekommens einer Verteilung ist Maßstab dafür, ob diese Verteilung als gerecht gelten kann oder nicht.

Man kann eine ähnliche Übertragung vornehmen, was Institutionen angeht. Man kann sagen: Institutionen eines bestimmten Typs sind angemessen, sind demokratisch, sind fair. Wenn im Rahmen dieser Institutionen Verteilungen zustande kommen, sind diese Verteilungen gerecht, ganz unabhängig davon, wie sie im Detail aussehen. Es kann einen breiten Spielraum von möglichen Verteilungen geben, die alle mit diesem institutionellen Gefüge kompatibel sind. Juristen tendieren sehr stark zur Betonung dieses Aspekts von Gerechtigkeit.

Die Attraktivität dieses, was Gerechtigkeitsaspekte angeht, doch sehr asketischen Verfahrens der Verteilung von Organen, wie es bislang etabliert ist, hängt damit zusammen, daß ganz offensichtlich die direkte Anwendung von Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit die Gesamtproblematik

von ethisch angemessenem Verhalten und Handeln nicht adäquat erfaßt. Meine These lautet, daß Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit nur sinnvoll angewendet werden können, wenn sie in einen umfassenderen ethischen Kontext eingebettet sind.

Zu diesem ethischen Kontext gehört erstens, daß es sanktionierte Individualrechte gibt, die das, was man unter Aspekten der Verteilungsgerechtigkeit optimiert, einschränken. Dazu gehören zweitens Kooperationsnormen, die sich nicht aus der individuellen Optimierung ergeben. Und drittens gibt es eine Dimension, die u.a. in Frankfurt besonders betont wird, diejenige der Kommunikation, der Diskurs, die Etablierung von Konsensen. Sie beruht darauf, daß die Einzelpersonen nicht optimieren, sondern sich zusammensetzen und prüfen: Was kommt aus diesem Diskurs heraus? Ich halte mich an das, worauf wir uns geeinigt haben. Dazu wurde in dem Beitrag von Herrn Eigler ein ganz konkretes Beispiel genannt.

Die Alltagsinteraktion enthält eine Vielfalt von konstitutiven Regeln, auch informellen Institutionen, die einschränkend wirken, auf welche Optimierungsaspekte auch immer man abhebt. In dem dann noch verbleibenden Rahmen sind Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit adäquat anwendbar. Nach meiner Auffassung ist dieser Rahmen aber relativ eng.

Verteilungsgerechtigkeit im Rahmen der Konzeption struktureller Rationalität
Strukturelle Einschränkung von optimierendem Verhalten ist konstitutiv für gesellschaftliches Handeln - (Sanktionierte) Individualrechte (Grundrechtskatalog) - Kooperationsnormen - Alltags-Interaktion - Kommunikation etc. ⇒ Strukturelle Einbindung von Verteilungsgerechtigkeit notwendig

Sachverzeichnis

- Abrechnungsmodalitäten 334
- Abstoßung, Knochenmarktransplantation 203
- Akademie für Ethik in der Medizin XVII
- Akademie der Wissenschaften und der Literatur Mainz XVII
- Allokation 6
 - juristische Problematik 288
- Allokationsnorm 51
- Allokationskriterien 234
- Allokationsprobleme XVIII
- Allokationspyramide 312
- Allokationswirklichkeit 51
- Alkoholiker, Lebertransplantation 94
- Arztzugang 3
 - Regulierung 3
- Aufklärung 290
- Ausgaben, GKV 57
 - Krankenkassen 324
- Autoimmunerkrankungen 131
 - Lebertransplantation 186
- Bagatelleistungen 4
- Bayesianismus, ethischer 256
- Bedarf 154, 169
- Bedarfsanalyse 113
- Bedarfsplanung 40, 180
 - Großgeräte 40
- Bedürfnis 169
- Beitragsbemessung 3
- Beitragsstabilität 51, 326
- Budgetierung 335
- Budgetrestriktion 68
- Bundesverfassungsgericht 302
- Chancengleichheit XX
- Charakteristika, Nierentransplantation 84
- Clubgedanke 270
- Common pool ressource (CPR) 268
- CPR 268
- Deutsche Stiftung Organtransplantation XVII
- Diagnostik, Nierentransplantation 188
- Diskursethik 261
- Dringlichkeit 333
- Knochenmarktransplantation 111
- Nierentransplantation 188
- Lebertransplantation 87
- Effekte, intangible 176
- Entscheidungsfindung 10
 - normative Aspekte 13, 339
 - Kommissionslösung 339
- Entscheidungskriterien 233, 242
- Entscheidungsmechanismen 339
- Entscheidungsprozesse 21
- Ethik XVIII, 250, 338
- Eurotransplant 234, 288, 339
- Finanzierung 159
- Finanzierungsprinzip 159
- Forschungsfragen 340
- Ganzkörperbestrahlung 200
- Gentechnologie 333
- Gerechtigkeit 251
- Gerechtigkeitskriterien 262, 281, 316
 - Perspektiven, ordoliberalen 262
- Gesundheit 22
 - Ausgaben 30
 - Bedarf 23
 - Definition 22
 - Determinanten 25
 - Struktur 27
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 57
 - gesetzliche Verankerung 57
- Gesundheitsberichterstattung 6, 123, 322
- Gesundheitsleistungen 50
 - Struktur 60
 - Ziele 61
- Gesundheitsökonomie 158, 326, 334
- Gesundheitspolitik 316, 319
 - zukünftige Perspektiven 320
- Gesundheitsversorgung 52
- Gesundheitswesen 21, 168
- Gleichheit 273
- Graft versus Host Reaktion 203
- Großgeräte 40
- Grundgesetz (GG) 303
- Güterabwägung 309
- Gutachtertätigkeit 299

- Lebertransplantation 82
- Selbstbeteiligung 3
- SG V 306
- Solidargemeinschaft 330
- Solidaritätsprinzip 321
- Solidarprinzip 333
- Spenderentgelt 162
- Spenderorganmangel 4
- Spenderverfügbarkeit 153
- Standard, tradierter 293, 311
- Standardverfahren 340
- Steuerungsmechanismen 36
- Strafrecht 304
- Struktur, Gesundheitswesen 27
- Suppes Gerechtigkeitskriterien 253

- Todesfeststellung XVII
- Toxische Leberschäden 131
 - Lebertransplantation 82
- Transplantatfunktion, Knochenmark 203
 - Abstoßung 203
 - Leukämie rezidiv 203
 - T-Zellen 204
- Transplantationsgesetz X, 322
 - Widerspruchslösung 322
- Transplantationsmedizin XVIII, 262
- Triage 298

- Verfassungsrecht 302
- Verrechtlichung 290
 - Aufklärung 290
 - Haftpflichtrecht 290
 - Kostendämpfung 297
 - Kostendruck 290
 - Rationalität 292
 - Sanktionen 292
 - Standard 293
 - Standards 290
 - Verhältnismäßigkeit 291
 - Warteliste 297
 - Wirtschaftlichkeitsgebot 295
- Versorgung 52
 - ambulante 30
 - bedarfsgerechte 52
 - medizinische 158
 - stationäre 30
 - Bedarfsplanung 160
 - Benutzerkosten 160
 - Finanzierung, Prinzip, duales 159
 - Kosten 158
 - Leistungen 158
 - Ökonomische Grundlagen 158
 - Pflegesatz 162
 - Struktur 158
- Verteilung, neidfreie 254
- Verteilungsentscheidungen 319
- Verteilungsgerechtigkeit XX, 250, 286, 302
 - Bayesianismus, ethischer 256
 - Bundesverfassungsgericht 302
 - Eurotransplant 288
 - Fairness 253
 - globale
 - Grundgesetz (GG) 303
 - Haftungsrecht 288
 - Handlungsuutilitarismus 255
 - Kriterien 288
 - Menschenwürde 303
 - Normen 288
 - philosophische Sicht 250
 - Rationalität, utilitaristisch-konsequentialistische 250
 - Sozialhilfe 303
 - Sozialstaat
 - Sozialstaatsprinzip 303
 - Sozialversicherung 303
 - Verfassungsrecht 302
- Verteilungsprobleme 251
 - Kriterien 251
 - Pareto-Vergleichbarkeit 252
 - Präferenzen 253
- Viruserkrankungen, Lebertransplantation 131
- Voraussetzungen 186
 - Knochenmarktransplantation 97
 - Lebertransplantation 82
 - Nierentransplantation 82
- Warteliste 333
 - Knochenmarktransplantation 212
 - Nierentransplantation 236
 - Lebertransplantation 245
- Widerspruchslösung,
 - Transplantationsgesetz 322
- Wirtschaftlichkeit 54
- Wirtschaftlichkeitsreserven 326
- Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen 172

- Zuteilung 271
- Zuteilungskriterien 234
 - Gleichheit 273
 - Lebenschancen 273
 - Zufallszuteilung 333
- Zuteilungswege 245
 - ärztliche Kriterien 265
 - Regelung, institutionalisierte 265
- Zytostatika 200