

# UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

BIOGUM Medizin/Neurowissenschaften

Leitung:  
Prof. Dr. Regine Kollek

## **Medizinische Versorgung und Ressourcenknappheit. Verteilungsprobleme im Gesundheitswesen aus der Perspektive philo- sophischer Gerechtigkeitstheorien.**

### **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Gesine Röhrig  
aus Hamburg

Hamburg 2010

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 24.04.2012**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. R. Kollek**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. G. Feuerstein**

**Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. H.-P. Schmiedebach**

## Inhaltsverzeichnis

Arbeitshypothese und Fragestellung .....	4
Einleitung .....	5
1. Begriffliche Grundlagen - Gibt es einen <i>Anspruch</i> auf <i>medizinische Versorgung</i> ?	
1.1. Ansprüche und Rechte .....	13
1.2. Gesundheit, Krankheit und medizinische Grundversor- gung .....	18
2. Der Anspruch auf Gesundheitsversorgung aus der Per- spektive philosophischer Gerechtigkeitstheorien .....	25
2.1. Gesundheitsversorgung und der egalitäre Liberalismus .....	27
2.1.1. Grundzüge des egalitären Liberalismus und John Rawls' Theorie der Gerechtigkeit .....	27
2.1.2. Norman Daniels - Medizinische Grundversorgung zur Sicherung fairer Chancengleichheit .....	34
2.2. Gesundheitsversorgung und der Utilitarismus .....	38
2.2.1. Grundzüge des Utilitarismus .....	38
2.2.2. Vom Nutzen medizinischer Versorgung .....	43
2.3. Gesundheitsversorgung und der Kommunitarismus .....	50
2.3.1. Grundzüge des Kommunitarismus .....	51
2.3.2. Ezekiel Emanuel - Gesundheitsversorgung und die gemeinschaftlichen Vorstellungen vom guten Leben .....	55
2.4. Gesundheitsversorgung und der Libertarismus .....	63

2.4.1. Grundzüge des Libertarismus und Robert Nozicks	
Theorie eines Minimalstaats .....	64
2.4.2. Tristram Engelhardt - die Absage an einen Anspruch	
auf medizinische Versorgung .....	67
3. Der Anspruch auf Gesundheitsversorgung – Forderungen	
und Einwände.....	71
3.1. Die Verteilung medizinischer Leistungen: Nutzenmaxi-	
mierung ohne Rechte? .....	73
3.2. Leid, Chancengleichheit und solidarische Zwangsversi-	
cherung.....	78
3.2.1. Chancengleichheit und Leid .....	79
3.2.2. Chancengleichheit und solidarische Zwangsversi-	
cherung .....	86
3.3. Das Rechte und das Gute medizinischer Versorgung.....	93
3.4. Minimal Konsens und begründete Forderungen .....	100
4. Der Umfang medizinischer Versorgung: Priorisierung	
und Rationierung .....	104
4.1. Altersrationierung und der egalitäre Liberalismus .....	105
4.2. Altersrationierung und der Kommunitarismus.....	107
4.3. Altersrationierung und der Utilitarismus .....	108
4.4. Fazit .....	110
5. Zusammenfassung .....	111
Literaturverzeichnis.....	112

## ANHANG

Danksagung ..... 118

Eidesstattliche Versicherung ..... 119

## **Arbeitshypothese und Fragestellung**

Medizinische Versorgung findet meist und in zunehmenden Maße vor dem Hintergrund knapper Ressourcen statt. Dies wirft Fragen nach einer gerechten Verteilung der medizinischen Güter auf. Im Rahmen dieser Arbeit sollen vier philosophische Gerechtigkeitstheorien daraufhin untersucht werden, ob sich mit ihnen Allokationsprobleme in der Medizin lösen lassen. Die leitende Fragestellung dieser Arbeit lautet, ob sich ein Anspruch auf medizinische Versorgung im Sinne eines Grundrechts des Einzelnen gegenüber dem Staat moralisch rechtfertigen lässt. Diese Frage soll jeweils aus der Perspektive der vier Gerechtigkeitstheorien beantwortet werden. Es wird angenommen, dass sich mit Hilfe der Theorien unterschiedliche Argumente für einen Anspruch auf medizinische Versorgung entwickeln lassen. Die Darstellung und kritische Erörterung der vier Theorien und ihrer Antwort auf die Frage, wie sich ein Anspruch auf medizinische Versorgung rechtfertigen lässt, sollen das Kernstück dieser Arbeit bilden.

Abschließend soll die Frage nach der Umsetzung eines solchen Anspruchs in den Blick genommen werden. Die Bestimmung des Umfangs der medizinischen Versorgung, die diesen Anspruch angemessen umsetzt, wird jedoch vor dem Hintergrund der Gerechtigkeitstheorien als problematisch erachtet, da die Interpretation allgemeiner Gerechtigkeitsprinzipien in Hinblick auf konkrete Allokationsentscheidungen nie unstrittig sein wird. Daher soll ergänzend an Hand eines konkreten Verteilungsproblems exemplarisch untersucht werden, ob sich dieses jeweils aus der Perspektive der vier philosophischen Gerechtigkeitstheorien lösen lässt.

## Einleitung

Demographischer Wandel, Fortschritte in der Medizin und sinkende Einnahmen führen zu steigenden Belastungen im Gesundheitswesen und werfen Probleme bei der Allokation medizinischer Leistungen auf: Wenn nicht jede medizinische Behandlung, die möglich ist, auch finanziert werden kann, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien Leistungen und Güter verteilt werden sollen. In der öffentlichen Diskussion werden unter anderem immer wieder die folgenden Kriterien genannt: die Verteilung solle effizient, medizinisch sinnvoll und gerecht sein. Im Mittelpunkt dieser Arbeit soll der dritte Aspekt, die Gerechtigkeit der Verteilung, stehen. Die *Gerechtigkeit* ist traditionell Gegenstand der Philosophie. Verschiedene philosophische Gerechtigkeitstheorien sollen daraufhin untersucht werden, ob sich mit ihnen Fragen nach einer gerechten Verteilung medizinischer Leistungen beantworten lassen.

Dabei stellt sich das Problem der ethischen Begründung auf zwei Ebenen: Auf einer ersten, grundlegenden Ebene geht es um die Frage, ob und wie sich ein Anspruch auf medizinische Versorgung eines Einzelnen an die Gesellschaft bzw. den Staat rechtfertigen lässt, mit anderen Worten um die Begründung eines Grundrechts auf medizinische Versorgung.

Auf einer zweiten Ebene der ethischen Begründung stellt sich dann die Frage, welche Art der Güterverteilung diesen Anspruch angemessen umsetzt und ob sich ethische Kriterien rechtfertigen lassen, nach denen medizinische Leistungen priorisiert und rationiert werden können.

Auch wenn sich diese beiden Ebenen nicht streng trennen lassen und eine Antwort auf die Frage, ob es einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung gibt, immer auch Hand in Hand mit der Frage geht, welchen Umfang dieser Anspruch umfasst, kann man doch feststellen, dass sich die aktuelle öffentliche Diskussion mehr auf der zweiten Ebene bewegt und mit Fragen der Allokation und Priorisierung medizinischer Leistungen beschäftigt ist. Der Anspruch auf eine medizinische Grundversorgung wird in Deutschland bisher von Niemandem ernsthaft bestritten. Dennoch soll in dieser Arbeit aus zwei Gründen die Frage im Mittelpunkt stehen, ob und wie sich ein Anspruch auf medizinische Versorgung ethisch rechtfertigen lässt. Zum einen bildet die Rechtfertigung dieses Anspruchs die Grundlage für alle weitergehenden Diskussionen über den Umfang der medizinischen Versorgung sowie über Einschränkungen und Priorisierungen von Leistungen. Zum anderen zeichnen sich durch die neue Regierung seit Oktober 2009 Entwicklungen in der Politik ab, die auf eine Umwandlung des deutschen Gesundheitssys-

tems zielen und damit die Frage aufwerfen, wie ein Gesundheitssystem gestaltet sein muss, um als gerecht zu gelten.

Als gerechtigkeitsverbürgendes Element des Gesundheitssystems in Deutschland wird das *Solidarprinzip* der gesetzlichen Krankenversicherung angeführt. Unter dem Solidarprinzip werden dabei einige Charakteristika der gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst, wobei der nach Höhe des Einkommens sich bemessende Versicherungsbeitrag das Kernstück bildet.<sup>1</sup> Diese Beitragsregelung unterstützt Kranke und Menschen mit einem gesteigerten Risikoprofil, die in der privaten Krankenversicherung einen erhöhten Beitrag zahlen müssten. Zugleich wird durch den prozentual zum Einkommen zu entrichtenden Beitrag ein Ausgleich zwischen Besser- und Schlechterverdienenden erzielt.<sup>2</sup>

Aktuell wird in der Politik der Vorschlag einer *Kopfpauschale* diskutiert. Nach dieser Idee bemisst sich der Beitrag nicht länger an der Höhe des Einkommens, sondern jeder Versicherte zahlt den gleichen Beitrag, wobei es aber auch hier zu einem durch Besteuerung geregelten sozialen Ausgleich kommen soll. Diese Arbeit möchte einen Beitrag dazu leisten, diejenigen Grundannahmen herauszuarbeiten, die für die Beurteilung einer Beitragsregelung als *gerecht* notwendig sind.

Für die Diskussion um medizinische Versorgungsansprüche ist es wichtig, zwischen Forderungen der Gerechtigkeit einerseits und denen der Wohltätigkeit andererseits zu unterscheiden. Im ersten Kapitel dieser Arbeit wird diese Unterscheidung ausführlich erläutert werden. Der Inhaber eines Rechts hat einen wehrhafteren moralischen Anspruch als der Empfänger einer Wohltätigkeit. Zugleich verlangt medizinische Grundversorgung verstanden als ein Grundrecht den Akteuren mehr Pflichten ab, als wenn sie nur als eine Forderung der Wohltätigkeit interpretiert wird. Wohltätigkeit und Gerechtigkeit bedürfen einer anderen moralischen Rechtfertigung. Im ersten Kapitel wird verdeutlicht, dass es für die Beantwortung der Frage, ob es einen Anspruch auf medizinische Versorgung gibt, wichtig ist zu klären, als was man diesen Anspruch überhaupt verstanden wissen will: als ein soziales Menschenrecht, als eine Leistung des Sozialstaats oder eine Forderung der Wohltätigkeit.

Die leitende Fragestellung dieser Arbeit nach der Begründung eines Anspruchs auf medizinische Versorgung soll aus dem Blickwinkel von vier prominenten Moral- bzw. Gerechtigkeitstheorien betrachtet werden: aus Sicht des Utilitarismus, des egalitären

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu auch Thielmann, 2001, S. 27ff.

<sup>2</sup> Es können hier nicht alle Elemente der Gesetzlichen Krankenversicherung genannt werden. Zu nennen wäre beispielsweise noch der Familienausgleich durch die beitragsfreie Mitgliedschaft.

Liberalismus, des Libertarismus und des Kommunitarismus. Diese vier Positionen dominieren die gegenwärtige philosophische Gerechtigkeitsdebatte. Sie sind für diese Arbeit ausgesucht worden, da sie das Spektrum gängiger Positionen und Argumente zu Fragen der Gerechtigkeit weitgehend abdecken und daher am besten an Hand dieser Theorien entschieden werden kann, ob sich mit Hilfe der gegenwärtigen philosophischen Theorien Fragen der gerechten Verteilung medizinischer Leistungen beantworten lassen.<sup>3</sup>

Der Utilitarismus ist eine Theorie, die die Nutzenmaximierung als ethischen Maßstab heranzieht, wobei die Definition des Nutzens in den verschiedenen Varianten des Utilitarismus sehr unterschiedlich aussehen kann. Der Utilitarismus kann aus verschiedenen Gründen als eine einflussreiche Gerechtigkeitstheorie bezeichnet werden. Zum einen spielt er noch heute mit seinem Prinzip der Nutzenmaximierung gerade in wirtschaftsethischen Überlegungen eine große Rolle. Zum anderen kann die aktuelle moralphilosophische Debatte über Fragen der Gerechtigkeit auf die Unzufriedenheit mit und die Kritik am Utilitarismus zurückgeführt werden.<sup>4</sup> Der egalitäre Liberalismus, der sich nach der Veröffentlichung von John Rawls' Werk „A Theory of Justice“ Anfang der siebziger Jahre entwickelte, kritisiert die Rolle, die dem Einzelnen im Utilitarismus zukommt. Dem Utilitarismus wird vorgeworfen, das Wohl des Einzelnen dem Wohle vieler zu opfern. Im egalitären Liberalismus steht hingegen die Frage im Mittelpunkt, wie politische und soziale Gleichheit hergestellt werden kann und wie der Einzelne einen fairen Anteil an gesellschaftlichen Gütern erhält. Der Libertarismus und der Kommunitarismus stimmen in der Kritik am Utilitarismus mit dem egalitären Liberalismus überein, verwerfen diesen jedoch aus anderen Gründen. Nach dem Libertarismus achtet auch der egalitäre Liberalismus die Rechte des Einzelnen nicht ausreichend. Nach dem Libertarismus verletze ein Modell sozialer Gerechtigkeit, das wohlfahrtsstaatliche Leistungen über erzwungene Abgaben und Steuern verwirklichen will, die Freiheits- und Eigentumsrechte des (wohlhabenden) Einzelnen. Der Libertarismus erkennt nur Freiheits- und politische Teilhaberechte, aber keine sozialen Rechte an. Der Kommunita-

---

<sup>3</sup> In seinem Sammelband „Justice in Political Philosophy“ nimmt Will Kymlicka sechs Theoriekonzepte auf – den Utilitarismus, den egalitären Liberalismus, den Libertarismus, den Kommunitarismus, den Kommunismus und den Feminismus, wobei die drei Erstgenannten die politische Debatte weitgehend beherrschten. „Taken together, they have come to define the language of political debate in Anglo-American liberal democracies. The cluster of concepts associated with these three approaches - e.g. ‘rights’, ‘liberty’, ‘the greatest good for the greatest number’, ‘equal opportunity’, etc. – dominates political discourse at both the theoretical and the practical level. Indeed, the hegemony of these theories is so great that, to some people, they provide ‘the only political language that can sound a convincing moral note in our public realms’.” Kymlicka, 1992b, S. xi.

<sup>4</sup> Vgl. hierzu Kymlicka, 1992a, S. xiv.

rismus hingegen betont die Kontextabhängigkeit der Moral von Ort und Zeit und somit ihre Gebundenheit an eine spezifische Gemeinschaft. Abstrakte Gerechtigkeitsüberlegungen losgelöst von einer umfassenden, gemeinschaftlich geteilten Vorstellung vom guten Leben seien sinnlos, eine universelle Gerechtigkeitstheorie unmöglich.

Da sich diese Arbeit sowohl an Philosophen als auch insbesondere an Mediziner richtet, können die philosophischen Theorien nicht als vollständig bekannt vorausgesetzt werden. Die Kenntnis dieser Grundpositionen wird aber als wichtig erachtet, weil sie der bioethischen Debatte um konkrete moralische Probleme - wenn auch nicht immer explizit so doch implizit - zu Grunde liegen. Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, die moralischen Grundannahmen, die die Basis der Diskussion um medizinische Versorgungsansprüche bilden, zu benennen und zu hinterfragen. Die Argumente für und gegen einen Anspruch auf medizinische Versorgung werden besser verständlich und beurteilbar, wenn deutlich wird, vor dem Hintergrund welcher Gerechtigkeitskonzeption argumentiert wird. Daher wird im zweiten Kapitel die Darstellung der Positionen immer in zwei Schritten erfolgen: In einem ersten Schritt wird die Gerechtigkeitskonzeption erläutert werden. In einem zweiten Schritt wird dann die Position eines Philosophen bezogen auf die Frage nach einem Anspruch auf medizinische Versorgung vorgestellt werden, die sich der jeweiligen Gerechtigkeitstheorie zuordnen lässt. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Darstellung der Moralkonzeptionen natürlich mit idealtypischen Vereinfachungen arbeitet. Es gibt nicht *den* Utilitarismus, Liberalismus, Libertarismus und Kommunitarismus als eine homogene Theorie. Unter dem jeweiligen Theorielabel werden zum Teil recht heterogene Positionen zusammenfasst. Die Subsummierung eines Philosophen unter einer Theorie ist vielleicht nicht immer unstrittig. Dennoch lassen sich so viele Gemeinsamkeiten zwischen einigen Autoren und Unterschiede zu wiederum anderen feststellen, dass die Zuordnung zu den einzelnen Konzeptionen als hilfreich angesehen werden kann.

Im Folgenden sollen die vier Gerechtigkeitstheorien also zunächst vorgestellt werden, um dann in einem zweiten Schritt die Frage nach einem Anspruch auf medizinische Versorgung aus dem Blickwinkel der jeweiligen Theorie zu beantworten. Im Anschluss an die Darstellung der vier Gerechtigkeitstheorien und Grundpositionen zur Gesundheitsversorgung sollen diese kritisch diskutiert und Einwände erörtert werden. In einem letzten Schritt soll dann exemplarisch untersucht werden, inwieweit die Theorien zur Lösung konkreter Allokationsprobleme beitragen können.

Als Vertreter der vier medizinethischen Positionen sind überwiegend US-amerikanische Autoren ausgewählt worden, da sich in der angloamerikanischen Bioethik „[...] einige prominente philosophische Grundpositionen herausgebildet [haben], die in hervorragender Weise das Spektrum möglicher Argumente zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen abbilden [und] es in Deutschland bislang keine vergleichbar ausdifferenzierte Debatte gibt [...]“.<sup>5</sup> Im deutschsprachigen Raum seien nur die Arbeiten von Wolfgang Kersting und Elke Mack zu nennen, „[...] die aber eine umfassende, systematische Ausarbeitung nicht bieten.“<sup>6</sup>

Seit Erscheinen von John Rawls' „Theory of Justice“ 1971 und Robert Nozicks „Anarchy, State, and Utopia“ 1974 werden die Positionen des egalitären Liberalismus und des libertären Liberalismus einander gegenübergestellt. Als Vertreter des egalitären Liberalismus soll Norman Daniels vorgestellt werden, der eine der bekanntesten Theorien zu einer gerechten Gesundheitsversorgung entwickelt hat. Daniels baut mit seinen Grundannahmen unmittelbar auf der Gerechtigkeitstheorie von John Rawls auf. Gesundheitsversorgung wird bei ihm als Voraussetzung für Chancengleichheit gerechtfertigt.

Tristram Engelhardt soll als Vertreter einer libertären Position vorgestellt werden. „Engelhardt hält ein allgemeines Recht auf Gesundheitsversorgung nicht für begründbar und damit auch ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen mit Zwangsmitgliedschaft und Zwangsbeiträgen für moralisch inakzeptabel.“<sup>7</sup> Es soll geprüft werden, inwieweit Engelhardts Argumente gegen einen Anspruch auf medizinische Versorgung den anderen Begründungsversuchen entgegenstehen.

Der Utilitarismus ist seit Bentham in vielen Varianten aufgetreten. Den Vertreter einer klassischen utilitaristischen Position zu finden ist schwierig. „In der neueren Diskussion stößt man vermehrt auf Versuche, Grundmotive des Utilitarismus mit Elementen zu verbinden, die in anderen ethischen Theorien eine wichtige Rolle spielen. Dadurch wird die Zuordnung einzelner Ansätze zum Utilitarismus allerdings nicht gerade einfach.“<sup>8</sup> Dennoch soll der Versuch unternommen werden, eine utilitaristische Position zu rekonstruieren, da diese mit dem Konzept der Nutzenmaximierung eine wichtige ethische Grundposition darstellt. Zudem spielt der Utilitarismus in der gegenwärtigen bioethischen Debatte eine wichtige Rolle, auch wenn seine Bedeutung in den konkreten bio-

---

<sup>5</sup> Liening et al., 2003, S. 1.

<sup>6</sup> Thielmann, 2001, S. 107.

<sup>7</sup> Liening et al., 2003, S. 5.

<sup>8</sup> Düwell, 2003, S. 57.

ethischen Diskussionen deutlich stärker als in den ethischen Grundlagendebatten ist. Die utilitaristische Position soll insbesondere an Hand von Arbeiten von Dieter Birnbacher dargestellt werden.

Als Vertreter einer kommunitaristischen Position ist Ezekiel Emanuel ausgewählt worden. Der prominente amerikanische Bioethiker ist Arzt und seit 2009 Berater im *administrations's health care team* von Barack Obama. Emanuel stimmt mit vielen Ansichten seiner liberalen Kollegen nicht überein. „Nach seiner Auffassung können die Verteilungsprobleme im Gesundheitswesen nicht auf der Grundlage liberaler Gerechtigkeitsprinzipien gelöst werden, sondern nur unter Bezugnahme auf gehaltvolle Vorstellungen des guten Lebens.“<sup>9</sup> Nach Emanuel könne man nicht nach abstrakten Gerechtigkeitsgesichtspunkten eine Gesundheitsversorgung für die gesamte Gesellschaft entwickeln. Die Bedürfnisse und Ansprüche an die Gesundheitsversorgung seien immer auch abhängig von den individuellen Vorstellungen über ein gelungenes Leben. Eine einheitliche Gesundheitsversorgung könnte es höchstens für Menschen geben, die weitgehend in ihren Werten und Überzeugungen übereinstimmen, also beispielsweise für Anhänger einer Glaubensgemeinschaft. Emanuel schlägt vor, an alle Haushalte Gutscheine zu verteilen, mit denen sich die Menschen auf einem privaten Versicherungsmarkt die Gesundheitsversorgung beschaffen können, die ihren Wertüberzeugungen entspricht.

Die kritische Diskussion zwischen diesen vier Grundpositionen ist mittlerweile sehr umfangreich. Im Laufe der Jahrzehnte sind zwischen den Vertretern der unterschiedlichen Positionen zahlreiche Argumente und Gegenargumente ausgetauscht worden. Diese können nicht alle nachgezeichnet werden. Vielmehr werden beispielhaft einige Streitpunkte herausgegriffen werden. Eine endgültige Antwort darauf, wie ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung allgemeingültig zu rechtfertigen ist, kann und will diese Arbeit nicht geben. Vielmehr geht es darum, Rechtfertigungsprobleme herauszuarbeiten und Streitpunkte vorzustellen. Allerdings werden einige Argumente und Positionen als überzeugender als andere ausgewiesen werden.

Der Aufbau der Arbeit sieht somit folgendermaßen aus: An diese Einleitung schließt ein ebenfalls einführendes Kapitel an, in dem das moralische Grundproblem, mit dem sich diese Arbeit beschäftigt, nochmals erläutert und die grundlegenden Begriffe geklärt werden sollen. In Abschnitt 1.1. wird die bereits erwähnte Einteilung der Moraltheorie in die Bereiche der Wohltätigkeit und Gerechtigkeit genauer ausgeführt und es wird

---

<sup>9</sup> Liening et al., 2003, S. 5.

diskutiert, was es jeweils bedeutet, medizinische Versorgung als Forderung der Wohltätigkeit oder der Gerechtigkeit zu behaupten. In Abschnitt 1.2. soll auf die Begriffe *Gesundheit*, *Krankheit* und *medizinische Versorgung* eingegangen und die Debatte über den Krankheitsbegriff kurz dargestellt werden. Dabei wird es um die Frage gehen, ob *Krankheit* stets normativ zu definieren ist und welche Rolle dem Krankheitsbegriff innerhalb einer moralischen Rechtfertigungstheorie zukommt.

Im zweiten Kapitel sollen die vier Theorien vorgestellt werden. In Abschnitt 2.1.1. wird zunächst John Rawls' Theorie der Gerechtigkeit in Grundzügen erläutert. Daniels' Theorie einer gerechten Gesundheitsversorgung wird in Abschnitt 2.1.2. dargestellt. In Abschnitt 2.2.1. wird der Utilitarismus vorgestellt und in 2.2.2. die Frage nach einem Anspruch auf medizinische Versorgung aus utilitaristischer Perspektive beantwortet. In Abschnitt 2.3.1. wird der Kommunitarismus, in Abschnitt 2.3.2. dann Ezekiel Emanuels Theorie einer gerechten Gesundheitsversorgung erläutert. Im letzten Abschnitt des zweiten Kapitels wird zunächst in 2.4.1. der Libertarismus an Hand der Theorie von Robert Nozick dargestellt. In 2.4.2. wird schließlich Tristram Engelhardts kritische Position zu einem Anspruch auf Gesundheitsversorgung vorgestellt.

Im dritten Kapitel sollen die Ansätze kritisch diskutiert und deren Argumente verglichen werden. In Abschnitt 3.1. sollen einige gängige Einwände gegen den Utilitarismus diskutiert werden. Abschnitt 3.2. wird sich kritisch mit dem Prinzip der fairen Chancengleichheit beschäftigen. In Abschnitt 3.2.1. soll diskutiert werden, ob Probleme einer gerechten Gesundheitsversorgung nicht besser unter dem Aspekt der *Leidvermeidung* als dem der *Chancengleichheit* betrachtet werden sollten. Abschnitt 3.2.2. beschäftigt sich mit der Frage, warum Chancengleichheit überhaupt als eine Forderung der Gerechtigkeit anerkannt werden sollte und führt einige Argumente gegen die libertären Kritiker an. In Abschnitt 3.3. soll der kommunitaristische Anspruch überprüft werden, nach dem sich eine Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung nur durch Rückgriff auf eine gehaltvolle Vorstellung des Guten entwickeln lasse. In Abschnitt 3.4. soll zusammenfassend eine Antwort auf die leitende Fragestellung gegeben werden, ob sich ein Anspruch auf medizinische Versorgung rechtfertigen lässt.

Im vierten Kapitel soll untersucht werden, ob die vorgestellten Theorien zur Klärung von Fragen nach Priorisierung und Rationalisierung medizinischer Leistungen beitragen können. Dies soll exemplarisch anhand des Rationalisierungskriteriums *Alter* geschehen. In Abschnitt 4.1. wird die Perspektive des egalitären Liberalismus, in Abschnitt 4.2. die des Kommunitarismus und in Abschnitt 4.3. die des Utilitarismus vorgestellt

werden. Das Fazit in Abschnitt 4.4. soll abschließend festhalten, welchen Beitrag die philosophischen Gerechtigkeitstheorien zu Fragen einer gerechten Mittelverteilung im Gesundheitswesen liefern.

Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst.

# 1. Begriffliche Grundlagen - Gibt es einen *Anspruch auf medizinische Versorgung*?

## 1.1. Ansprüche und Rechte

Das moralische Problem, das in dieser Arbeit behandelt werden soll, ist die Frage, wie sich der Anspruch des Einzelnen auf medizinische Versorgung an die Gesellschaft verstehen und rechtfertigen lässt. Zugespitzt kann man das Begründungsproblem auch folgendermaßen formulieren: Warum sollte man die Verteilung von Gesundheitsleistungen nicht einfach dem Markt überlassen statt einem staatlichen Versicherungssystem zu überantworten? Warum kann der Einzelne von anderen Gesellschaftsmitgliedern verlangen, dass diese die Kosten für seine medizinische Behandlung mittragen, obwohl sie für seinen Gesundheitszustand nicht verantwortlich sind?

In der Einleitung war bereits auf das Problem hingewiesen worden, dass es für die Diskussion der Frage, ob es einen Anspruch auf medizinische Versorgung gibt, zunächst wichtig ist zu klären, als was man diesen Anspruch überhaupt verstanden wissen will: als ein soziales Menschenrecht, als ein Staatsbürgerrecht, als eine Leistung des Wohlfahrtsstaats oder eine Forderung der Wohltätigkeit.

Die neuzeitliche Moralphilosophie kennt die Unterteilung der Moral in zwei Bereiche. Der Bereich der Gerechtigkeit oder der Rechtspflichten wird abgegrenzt vom Bereich der Wohltätigkeit oder der Tugendpflichten. „Für die rechte-orientierte Ethik fällt die Moral insgesamt in die zwei Teile der Gerechtigkeit oder des (vorpositiven) Rechts und der Moralität oder Hilfsbereitschaft. Sie folgt damit einer Unterscheidung, die schon im Zentrum der Ethik Humes, Kants oder Schopenhauers stand und auf die noch ältere Unterscheidung von Rechts- und Tugendpflichten, unbedingten und verdienstlichen Pflichten zurückgeht. Rechtspflichten verbieten das Eindringen in die Sphäre des anderen; sie gebieten, seinen Willen, seine Freiheit, seine Verfügung über sich und was als sein Eigentum gilt zu respektieren. [...] Tugendpflichten stellen dagegen dem Handelnden ein positives Ziel vor Augen: dem anderen zu helfen. Aber diesem Ziel setzen sie keine Grenze: Sie geben Gelegenheit zu moralischem Heroismus und supererogatorischen Leistungen. Durch ihre Befolgung kann man moralisches Verdienst erwerben, im Unterschied zur Befolgung der Rechtspflichten, die als die Forderungen einer Minimalethik zu verstehen sind. Aber eben deshalb sind sie auch nicht erzwingbar und ist ihre Nichtbefolgung nicht strafbar. Sie setzen vielmehr Gesinnung und Überzeugung des Handelnden selbst voraus. Sie müssen vom Individuum selbst getragen werden. Daher

können sie nicht vom Staat oder irgendeiner anderen Zwangsgemeinschaft erzwungen werden.“<sup>10</sup>

Ein wichtiger Unterschied der beiden Sphären der Moral ist also der Zwang. Mit den Rechten korrespondieren Rechtspflichten, deren Erfüllung erzwingbar ist. Die Aufgabe des Rechtsstaates ist es gerade, die Einhaltung der Rechte durchzusetzen. Ein Recht zu begründen heißt daher auch immer, einen möglichen Rechtszwang zu rechtfertigen. Diese Besonderheit des Rechts ist auch der Grund dafür, warum der Status sozialer Rechte im Gegensatz zu den Freiheitsrechten umstritten ist. Freiheitsrechte lassen sich über die liberale Idee der „gleichen Freiheit“ legitimieren. „Nach der Idee der gleichen Freiheit handelt jemand gerecht, wenn er dem anderen dieselbe Freiheit einräumt, über sich und sein Eigentum zu verfügen, die er für sich selbst beansprucht. Dieser Universalismus fordert von jedem keine gleiche Lebensweise, sondern gleiche Achtung dafür, wie jemand über sich, seine Anlagen, sein Leben und sein Eigentum verfügt. [...] Das Recht ist gleiche Freiheit, weil wir an ihr die Gerechtigkeit einer Handlung messen und nur zu ihrer Verteidigung Zwang erlauben.“<sup>11</sup>

Auf diesen Minimalkonsens lassen sich sowohl Vertreter eines liberalen Minimalstaates als auch die Befürworter eines umfangreichen Sozialstaates festlegen. Für soziale Rechte lässt sich ein solcher Konsens nicht so einfach herstellen. Soziale Rechte, so der Einwand ihrer Kritiker, sind zu umfangreich, verlangen den Menschen, zu deren Lasten Leistungen des Wohlfahrtsstaates verteilt werden, zu viel ab, um sie dem Bereich der Gerechtigkeit zuzuordnen. Denn hält man soziale Rechte für gerechtfertigt, dann heißt dies, dass man ihre Durchsetzung - notfalls auch mit Zwang - für legitim hält. Vor diesem Hintergrund wird der Sozialstaat von seinen Kritikern daher auch als „Zwangsverband“ bezeichnet.<sup>12</sup> Im folgenden Kapitel wird auf diese Position bei der Vorstellung des Libertarismus noch ausführlich eingegangen werden.

Wolfgang Kersting hebt hervor, dass der Sozialstaat auf Grund seines Zwangscharakters einer besonderen Legitimationsbedürftigkeit unterliege. Er geht davon aus, dass sich soziale Forderungen nicht als Rechte legitimieren lassen, sondern dem Bereich der Wohltätigkeit zugeordnet werden müssen. „Nur zu oft wird übersehen, dass die Benevolenz wohlfahrtsstaatlicher Verteilungen auf einem Sockel erzwungener Abgaben beruht. Ein Sozialstaatsbeweis muss daher einsichtig machen, dass die sozialstaatliche Umverteilung nicht nur moralisch wünschenswert oder gerechtigkeitstheoretisch erfor-

---

<sup>10</sup> Steinvorth, 1992, S. 10/11.

<sup>11</sup> Steinvorth, 1999, S. 40/ 41.

<sup>12</sup> Vgl.: Kersting, 2000a, S. 24.

derlich, sondern vor allem auch legitim erzwingbar ist.“<sup>13</sup> [...] Der Wohlfahrtsstaat ist jedoch keine menschenrechtlich ausweisbare Schuldigkeit, denn innerhalb des menschenrechtlichen Basisdiskurses lässt sich kein Konzept der sozialen Gerechtigkeit entwickeln, kein menschenrechtlicher Anspruch auf einen gleichen oder wie immer gearteten Teil der kooperativ erwirtschafteten Güter einer kontingenten politischen Gemeinschaft.“<sup>14</sup>

Auf der anderen Seite gibt es aber auch Philosophen, die versuchen, den Anspruch auf medizinische Versorgung als ein soziales Menschenrecht auszuweisen. Menschenrechte können verstanden werden als unveräußerliche, angeborene und vorstaatliche Ansprüche des Einzelnen, deren Achtung der Staat falls nötig auch mit Zwang durchsetzen muss. Insofern sind Menschenrechte gerade nicht bedürftigkeitsorientierte Hilfeleistungen, die in der Solidarität eines Gemeinwesens verankert sind, sondern „Trumpfkarten“ des einzelnen gegen kollektivistische Überlegungen.<sup>15</sup>

Stefan Gosepath unterscheidet beispielsweise idealtypisch drei alternative Begründungsstrategien für soziale Menschenrechte: Die Bedürfnisauffassung, die Gleichverteilungsauffassung und die Freiheitsauffassung.<sup>16</sup> Unter der *Bedürfnisauffassung* fasst Gosepath Theorien zusammen, die betonen, dass soziale Menschenrechte auf die Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse abzielen. Zumindest die Gewährleistung elementarer Bedürfnisse ist nach diesen Theorien aber moralisch zu fordern. Unter der *Gleichverteilungsauffassung* fasst er Theorien zusammen, die eine egalitäre Güterverteilung verlangen. Alle Güter und Lasten sowie Vor- und Nachteile des menschlichen Zusammenlebens sollten gleich verteilt werden. Menschenrechte sicherten eine solche Gleichverteilung. Als *Freiheitsauffassung* beschreibt Gosepath eine Position, nach der soziale Menschenrechte gerechtfertigt sind, da nur durch Gewährleistung sozialer Rechte sichergestellt werden könne, dass Freiheitsrechte von allen wahrgenommen werden können. Die umstrittenen sozialen Rechte werden nach dieser Argumentation also sekundär über die klassischen Menschenrechte legitimiert. Es gibt also durchaus eine ganze Reihe von Versuchen, soziale Forderungen und damit auch Forderungen nach medizinischer Versorgung als Menschenrechte auszuweisen. Auf einige dieser Versuche wird in späteren Kapiteln noch eingegangen werden.

---

<sup>13</sup> Ebd., S. 1.

<sup>14</sup> Ebd. S. 397.

<sup>15</sup> Vgl. Dworkin, 1990.

<sup>16</sup> Vgl. Gosepath, 1999.

Die Forderungen nach sozialen Menschenrechten haben ihren Niederschlag in diversen Deklarationen gefunden, wie der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte*, dem *Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* oder auch der *Europäischen Sozialcharta*. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte findet sich ein Anspruch auf medizinische Leistungen in Artikel 25 berücksichtigt: „Jedermann hat das Recht auf einen für die Gesundheit und das Wohlergehen von sich und seiner Familie angemessenen Lebensstandard, einschließlich ausreichender Ernährung, Bekleidung, Wohnung, ärztlicher Versorgung und notwendige sozialer Leistungen, [. . .].“<sup>17</sup> Die Umsetzung der erklärten Rechte in positives Staatsrecht gestaltet sich hingegen nach wie vor schwierig.

Zusammenfassend kann man also hervorheben, dass es ein weitverbreitetes liberales Moralverständnis gibt, nach dem die Moral in zwei Bereiche zerfällt. Eine Rechtfertigung eines Anspruchs auf medizinische Versorgung sollte der Einteilung der Moral in die beiden Bereiche der Gerechtigkeit und der Wohltätigkeit Rechnung tragen und deutlich machen, ob sie den Anspruch auf medizinische Versorgung als eine Forderung der Gerechtigkeit oder der Wohltätigkeit verstanden wissen will. Die Gerechtigkeit kann als ein Bereich der Minimalmoral beschrieben werden, über den auch in säkularen Gesellschaften Konsens erzielt werden kann. Forderungen der Gerechtigkeit legitimieren staatlichen Zwang, wodurch sie von Forderungen der Wohltätigkeit abgegrenzt werden können. Wohltätigkeit und Barmherzigkeit sowie Vorstellungen über ein gelungenes Leben und Religion fallen hingegen unter eine Theorie des Guten. Diese säkulare Abspaltung des staatlich zu regelnden Rechts vom privaten Guten ist ein wichtiger Bestandteil der modernen westlichen Demokratien. In diesem Sinn regelt das Recht einen engumgrenzten Bereich der Moral, es stellt einen Minimalkonsens dar, den Anzuerkennen von allen Gesellschaftsmitgliedern verlangt wird. Weiterreichende moralische Vorstellungen über Wohltätigkeit und Barmherzigkeit sowie das gute Gute, also die Frage, was Sinn und Zwecks des Lebens ist und ob und welcher Religion man angehört, werden hingegen dem Bereich des Privaten zugerechnet, über den kein allgemeiner Konsens erzielt werden kann und den jedes Gesellschaftsmitglied im Rahmen des Rechts individuell gestalten darf. Der Bereich der Gerechtigkeit umfasst - wie eben beschrieben - die Grundfreiheiten, politischen Rechte und gegebenenfalls sozialen Rechte und sichert somit dem Einzelnen einen Schutz seiner Lebenssphäre zu. Die dem Bereich der Gerechtigkeit zugeordneten Rechte ermöglichen es dem Einzelnen, eine eigene Vorstel-

---

<sup>17</sup> Zitiert nach: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), 1999, S. 57.

lung des Guten zu entwickeln und zu leben. Nach liberaler Vorstellung ist das Rechte Gegenstand der Gerechtigkeit und kann allgemeingültig begründet werden. Das Gute hingegen fällt in die Sphäre der Privatheit. Dem Rechten gebührt Vorrang vor dem Guten, da über das Rechte ein allgemeinverbindlicher Minimalkonsens erzielt werden kann und Gerechtigkeitsprinzipien neutral gegenüber den verschiedenen Konzeptionen des Guten sind, solange diese nur die Rechte des Einzelnen unangetastet lassen. Folgt man dieser säkularen Trennung des Rechten vom Guten, dann können Vorstellungen über das gute Leben und Religion nicht Gegenstand einer Gerechtigkeitstheorie sein.

Die im folgenden Kapitel zu diskutierenden Theorien unterscheiden sich bereits ganz grundsätzlich darin, ob sie dieser Einteilung der Moral überhaupt folgen und wie sie die einzelnen Bereiche definieren. Im folgenden Kapitel wird der egalitäre Liberalismus als eine Position vorgestellt werden, nach der ein Anspruch auf medizinische Versorgung dem Bereich der Gerechtigkeit zuordnet werden kann, während die libertären Kritiker diesen Anspruch höchstens als eine Forderung der Wohltätigkeit anerkennen. Der Utilitarismus nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als dass er einen Bereich unbedingten Rechts gar nicht kennt. Der Kommunitarismus wiederum lehnt eine Einteilung der Moral in die Bereiche der Gerechtigkeit und der Wohltätigkeit grundsätzlich ab. Kommunitaristen halten Probleme der Gerechtigkeit ohne Rückgriff auf Vorstellungen über das gute Leben für unlösbar.

## 1.2 Gesundheit, Krankheit und medizinische Grundversorgung

Im vorangegangenen Abschnitt wurde die Frage diskutiert, was es heißt, einen Anspruch bzw. ein Recht moralisch zu begründen. In diesem Abschnitt soll konkretisiert werden, auf was eigentlich ein Anspruch besteht: auf Gesundheit, auf Heilung von Krankheit oder auf Gesundheitsversorgung? Die Frage, wie die Begriffe *Gesundheit*, *Krankheit* und *Gesundheitsversorgung* definiert werden können, soll im Folgenden problematisiert werden.

Das Problem der Begründung eines Anspruchs auf medizinische Versorgung beinhaltet aber nicht nur die Frage, als was man einen solchen Anspruch versteht, sondern auch die Frage, welchen Versorgungsumfang ein solcher Anspruch umfasst. Auf welche Leistungen hat ein Einzelner Anspruch? Auf das medizinisch maximal Mögliche oder nur auf ein Versorgungsminimum? Und wie lässt sich der Umfang bestimmen?

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass es einen Anspruch auf Gesundheit bzw. auf Heilung von Krankheit im Sinne einer Forderung der Verteilungsgerechtigkeit nicht geben kann. Es gibt Krankheiten, für die es (momentan) keine Heilung gibt, unabhängig davon, welche Menge an Ressourcen man aufwendet. Die fehlende Heilung solcher Krankheiten stellt keine Ungerechtigkeit dar, auch wenn sie für den Einzelnen vielleicht tragisch ist. Der Zustand der Krankheit ist nicht per se ein Zustand der Ungerechtigkeit. Fragen der Gerechtigkeit werden erst berührt, wenn eine heilende Therapie nicht in Anspruch genommen werden kann, weil die finanziellen Mittel hierzu fehlen. Das Abweichen von einem Zustand „vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“, den die WHO als „Gesundheit“ definiert, muss nicht automatisch ein Indiz für ungerechte Verhältnisse ein. Nicht der Begriff der „Gesundheit“ oder der „Krankheit“, sondern der der „Gesundheitsversorgung“ soll daher im Mittelpunkt der ethischen Rechtfertigung stehen.

Die Frage, welchen Umfang die Gesundheitsversorgung umfassen muss – also beispielsweise ein Versorgungsminimum oder -maximum – wird allerdings häufig eng mit dem Krankheitsbegriff verknüpft. Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland erstatten in der Regel nur solche Therapien, die auf die Heilung oder Linderung einer Krankheit zielen. Mit anderen Worten: ein Zustand oder Leiden muss offiziell als Krankheit anerkannt sein, damit ein Anspruch auf Versorgung besteht.<sup>18</sup> Von den Verfahren, die auf Heilung einer Krankheit zielen, werden in der Diskussion um die Mittel-

---

<sup>18</sup> Neben der Vorgabe, dass eine Therapie auf die Heilung einer anerkannten Krankheit zielen muss, gibt es noch andere Bedingungen, wie beispielsweise die Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme.

verteilung im Gesundheitswesen unter dem Begriff des „Enhancement“ Therapien abgegrenzt, die der Veränderung nicht krankhafter Zustände dienen.<sup>19</sup> Als Paradebeispiel werden hier Schönheitsoperationen genannt. Diese Unterscheidung scheint mit der weitverbreiteten moralischen Intuition übereinzustimmen, dass die Bereitstellung von Enhancement-Therapien nicht in den Aufgabenbereich der Solidargemeinschaft fällt. Den Umstand, dass nur offiziell anerkannte Krankheiten in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden, machen eine Reihe Autoren auch für die in den letzten Jahren sich vollziehende Ausdehnung des Krankheitsbegriffs bzw. für die Definition immer neuer Zustände als Krankheiten verantwortlich.<sup>20</sup> „Im Blick auf diese Tendenz hat man, nicht ohne Berechtigung, schon von einer Medikalisierung des Lebens gesprochen. Sie ist dadurch charakterisiert, dass eine beständig zunehmende Anzahl von Problemen der individuellen wie auch der kollektiven Daseinsbewältigung zu Gesundheitsproblemen umgedeutet werden, deren Lösung dann der Obhut der Solidargemeinschaft anvertraut wird, die dann auch die Kosten zu regulieren hat.“<sup>21</sup> Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit, welche Therapien unter der Bedingung endlicher Ressourcen gerechterweise finanziert werden sollen, wird so auf die Ebene des Krankheitsbegriffs verlagert. Welche Schwierigkeiten hieraus erwachsen, soll im Folgenden diskutiert werden.

Zunächst einmal ist festzustellen, dass es keine anerkannte Definition des Krankheitsbegriffs gibt, sondern eine ganze Reihe unterschiedlicher Ansätze, je nachdem, unter welchem Blickwinkel der Krankheitsbegriff diskutiert wird. So kann der Begriff unter soziologischen, ökonomischen, rechtlichen, ethischen oder praktischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Unter ethischen Gesichtspunkten lassen sich zwei grundsätzlich unterschiedliche Definitionsansätze in der aktuellen Diskussion ausfindig machen: Vertreter eines normativen Krankheitsbegriffs und Anhänger eines deskriptiven oder empirischen Krankheitsbegriffs können einander gegenübergestellt werden.

Die Vertreter eines normativen Krankheitsbegriffs machen geltend, dass der Krankheitsbegriff stets mit Wertungen verbunden sei und ihm handlungslegitimierende Funktion zukomme. So behauptet beispielsweise Wolfgang Wieland, dass der Krankheitsbegriff seinem Kern nach ein normativer Begriff sei, weil „[...] man mit seiner Hilfe etwas kennzeichnet, was zwar *ist*, aber eigentlich *nicht sein sollte*. [...] Auf diese Norma-

---

<sup>19</sup> Der Begriff des Enhancement ist umstritten. Es gibt für ihn genauso wenig eine allgemein akzeptierte Definition wie für den Krankheitsbegriff. Vgl. auch Hoffmann, 2006, der eine Definition des Enhancement-Begriffs vorschlägt.

<sup>20</sup> Vgl. z.B. Zink, 2004.

<sup>21</sup> Wieland, 2004, S. 25/26.

tivität im Krankheitsbegriff hat schon Karl Jaspers in der *Allgemeinen Psychopathologie*, dem wichtigsten seiner medizinischen Werke, aufmerksam gemacht: *Mit ‚krank‘ wird zunächst bezeichnet, dass etwas einen Unwert darstellt.* Deshalb sind die wichtigsten Aufgaben und Funktionen dieses Begriffs legitimatorischer Natur. Mit seiner Hilfe werden Handlungen gerechtfertigt, ja sogar gefordert, die in bestimmte körperliche Zustände – in der Regel von Menschen – eingreifen und sie modifizieren oder die dazu bestimmt sind, den Eintritt bestimmter unerwünschter Zustände zu verhüten; zugleich wächst ihm die Aufgabe zu, die Zuweisung der Krankenrolle mit allen ihren Lasten und Privilegien zu legitimieren.<sup>22</sup> Ähnlich argumentiert auch Urban Wiesing, der zudem die subjektive Komponente des Krankheitsbegriffs hervorhebt. „Wenn man bedenkt, dass eine Vorstellung von Krankheit zunächst dem unmittelbaren subjektiven Empfinden entspringt und dass dieser Zustand zu allermeist als unerwünscht empfunden wird, dann mag man auch verstehen, warum die Zuschreibung von Krankheit an einen Zustand oder an eine Person keineswegs rein deskriptiver Natur ist.“<sup>23</sup>

Den subjektiven Aspekt von Krankheit betonen auch andere Autoren wie Dieter Birnbacher, Tristram Engelhardt und Ezekiel Emanuel, deren Ansätze im folgenden Kapitel vorgestellt werden. Engelhardt und Emanuel heben hervor, dass die Sicht auf Krankheit maßgeblich von den vorherrschenden Wertüberzeugungen eines Menschen und einer Gesellschaft abhängig sei. Birnbacher verknüpft die Bestimmung von Gesundheit und Krankheit eng mit dem utilitaristischen Nutzenbegriff. Birnbacher bestimmt den *Nutzen* als „der psychische Zustand, so wie er vom Patienten subjektiv bewertet wird.“ Er weist darauf hin, dass die Indikation zur Behandlung aus utilitaristischer Perspektive teilweise weiter, teilweise enger gestellt werde als durch eine an biologisch bestimmten Krankheiten orientierte Theorie.

Vertreter eines biologischen oder deskriptiven Krankheitsbegriffs betonen hingegen, dass es möglich sei, einen wertfreien Krankheitsbegriff zu entwickeln. Sie bestreiten zwar nicht, dass der Krankheitsbegriff in der gesellschaftlichen Praxis mit Wertungen verbunden sei, gehen aber davon aus, dass für theoretische Zwecke ein empirisch-deskriptiver Krankheitsbegriff sinnvoll definiert werden kann. Christopher Boorse hat bereits in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts einen solchen Krankheitsbegriff vorgeschlagen, der in der Folge viele Anhänger gefunden hat.<sup>24</sup> Insbesondere Norman Daniels, dessen Position im folgenden Kapitel ausführlich dargestellt werden wird, be-

---

<sup>22</sup> Wieland, 2004, S. 19/20.

<sup>23</sup> Wiesing, 2004, 48/49.

<sup>24</sup> Vgl. beispielsweise Boorse, 1975.

dient sich Boorses biomedizinischen Krankheitsbegriffs. Nach diesem wird Krankheit als statistische Abweichung von der Funktionsfähigkeit, wie sie für eine Art typisch ist, definiert. *Statistische Norm* und *arttypisches Funktionieren* – die beiden Kernstücke dieser Interpretation – könnten rein empirisch durch die biomedizinischen Wissenschaften bestimmt werden.

Entsprechend diesen beiden Definitionsansätzen des Krankheitsbegriffs, lassen sich auch zwei grundsätzliche Ausrichtungen in der Deutung des Gesundheitsbegriffs unterscheiden. In einer deskriptiven Lesart kann Gesundheit als normale, arttypische Funktionsfähigkeit oder auch einfach als Abwesenheit von Krankheit definiert werden. Ein normativer Krankheitsbegriff betont hingegen den besonderen Wert, der der Gesundheit zukommt.<sup>25</sup>

Die Definition von „Gesundheit“ und „Krankheit“ hat auch Einfluss auf eine Theorie der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, wobei man allerdings nicht einer bestimmten Gerechtigkeitstheorie eine Begriffsdefinition streng zuordnen könnte in dem Sinne, dass beispielsweise alle egalitaristischen Theorien mit einem deskriptiven und alle libertären Theorien mit einem normativen Krankheitsbegriff arbeiten müssten. Festzustellen ist allerdings, dass eine Theorie der gerechten Mittelverteilung im Gesundheitswesen, die mit einem deskriptiven Krankheitsbegriff arbeitet, Argumente für eine Verteilung von Gesundheitsleistungen anführen muss, die über den Verweis darauf, dass eine Krankheit ein Übel und daher qua definitionem zu vermeiden sei, hinausgehen. Daniels ist bereits als Vertreter eines deskriptiven Krankheitsbegriffs genannt worden. Nach ihm sind Gesundheitsleistungen als Mittel zur Durchsetzung von Chancengleichheit gerechtfertigt. Aber auch Vertreter eines normativen oder subjektiven Krankheitsbegriffs können auf „externe“ Werte zurückgreifen. So dienen in der utilitaristischen Argumentation von Birnbacher die Gesundheitsleistungen der Steigerung des Nutzens. Dieser Rückgriff auf andere Werte als Gesundheit zeigt, dass eine Theorie der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen auch normativ gehaltvolle Aussagen machen kann, ohne einen normativen Krankheitsbegriff zu verwenden. Daher soll an dieser Stelle ein Einwand, den Vertreter eines normativen Krankheitsbegriffs gegen einen deskriptiven Krankheitsbegriff vorbringen, – nämlich, dass sich mit einem rein deskriptiven Krankheitsbegriff keine normativen Urteile zur Gerechtigkeit im Gesundheitswesen treffen lassen – zurückgewiesen werden.

---

<sup>25</sup> Vgl. z.B. Kersting, 2000b, der Gesundheit als ein „transzendentes Gut“ bezeichnet.

Nach Marckmann muss ein Krankheitsbegriff, der für die Zuteilung von Leistungen herangezogen wird, normativ gehaltvoll sein, da er deutlich machen soll, „[...]warum gerade der Krankheitswert für die solidarische Finanzierung und damit die Zuteilung einer Leistung ausschlaggebend ist.“<sup>26</sup> Auch Wieland meint, dass sich über die genauere Bestimmung des Krankheitsbegriffs ein „Schlüssel“ erarbeitet lässt, „nach dem sich die Gesundheitsgüter, die Ressourcen in der Medizin gerecht verteilen lassen.“<sup>27</sup> Und dieser Krankheitsbegriff müsse ein normativer sein, da ein naturalistischer Fehlschluss – also ein Schluss von einem Sein auf ein Sollen – drohe, wenn man versuche, mit einem rein empirisch bestimmten Krankheitsbegriff ethische Frage der Gesundheitsversorgung zu lösen. „Entgegen dem ersten Anschein kann man mittels der empirischen naturwissenschaftlichen Erforschung der als krankhaft eingestuften Zustände und Prozesse allein niemals zu einem generellen Krankheitsbegriff von normativem Charakter gelangen, dessen Anwendung es erlauben würde, ärztliches Handeln zu legitimieren. Man würde sich in diesem Fall des so genannten naturalistischen Fehlschlusses schuldig machen, der sich anheischig macht, aus einem Sein auf ein Sollen schließen zu können.“<sup>28</sup>

Ein naturalistischer Fehlschluss lässt sich aber nicht behaupten, wenn man akzeptiert, dass eben auch auf andere Werte als Gesundheit, wie beispielweise Chancengleichheit, rekuriert werden kann. Im Gegenteil scheint es eher schwierig zu sein, einen Anspruch auf Leistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit durch Verweis auf den moralischen Wert der Gesundheit zu begründen, ohne einen Zirkelschluss zu begehen. Auch wird eine Theorie, die sich in ihrer Argumentation ganz auf einen normativen Krankheitsbegriff stützt, Probleme dabei haben, objektive Kriterien zu entwickeln, um Gesundheitsleistungen priorisieren und einschränken zu können. Wenn jeder sozial unerwünschte Zustand als Krankheit definiert werden kann, sind dem Umfang notwendiger Gesundheitsleistungen kaum Grenzen zu setzen.<sup>29</sup> Innerhalb einer solchen Theorie, die sich nur auf einen normativen Krankheitsbegriff stützt, gilt jede Krankheit als schlecht, die von den Individuen subjektiv als eine solche beurteilt wird. Gerade hierin sehen die Vertreter dieser Theorie aber ihre Stärke. „Der Zugang zu sozial finanzierten Dienstleistungen sollte maßgeblich auch von der subjektiven Selbsteinschätzung geprägt sein.“<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> Marckmann, 2004, S. 61/62.

<sup>27</sup> Wieland, 2004, S. 16.

<sup>28</sup> Ebd., S. 22.

<sup>29</sup> Vgl. hierzu auch Schramme, 2004, S. 73.

<sup>30</sup> Wiesing, 2004, S. 53.

Einige Vertreter eines normativen Krankheitsbegriffs halten diesen jedoch nicht nur bei Fragen der Gerechtigkeit einem deskriptiven Begriff für überlegen, sondern bestreiten, dass es überhaupt möglich sei, „Krankheit“ rein deskriptiv zu bestimmen. In den biomedizinischen Begriff flößen stets – wenn auch verdeckt – normative Urteile ein.<sup>31</sup> Dies zeige die Tatsache, dass einige Zustände, die früher als Krankheiten angesehen wurden, heute nicht mehr so beurteilt werden würden, wie beispielsweise Homosexualität. Hiergegen wenden wiederum die Vertreter eines deskriptiven Krankheitsbegriffs ein, dass eine unterschiedliche Beurteilung von Sachverhalten nicht zeige, dass die Urteile nicht empirischer sondern eigentlich normativer Natur seien.<sup>32</sup>

Die Diskussion um den Krankheitsbegriff kann an dieser Stelle weder vollständig dargestellt noch entschieden werden. In der kritischen Erörterung der einzelnen Gerechtigkeitsdiskussionen wird auf diese Fragen eingegangen werden. Zusammenfassend kann aber festgehalten werden, dass dem Krankheitsbegriff in der Diskussion um die gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen von einigen Autoren die Funktion zugeschrieben wird, den Umfang der medizinischen Versorgung abzustecken. Es hat sich aber gezeigt, dass der Rückgriff auf einen normativen Krankheitsbegriff nicht die einzige Argumentationslinie ist. Selbst einige Anhänger eines normativen Krankheitsbegriffs plädieren dafür, den Krankheitsbegriff ganz aus der Diskussion um eine gerechte Mittelverteilung herauszuhalten. So hält Wiesing den Rückgriff auf den Krankheitsbegriff bei Problemen der Verteilungsgerechtigkeit für wenig hilfreich. „Die Argumentation über den Krankheitsbegriff ist jedoch ein Umweg, und zwar ein möglicherweise verlustreicher, weil die Klarheit der Entscheidung verloren geht. Um diesen Umweg bei der Entscheidungsfindung zu vermeiden, schlage ich vor, direkt zu fragen: Wer soll in welchem Zustand verändert werden? Wer soll in welchem Zustand Anrecht auf sozial finanzierte Dienstleistungen haben? Nicht die Frage: Wer hat eine Krankheit und soll deswegen Anrecht auf sozial finanzierte Dienstleistungen haben?, sondern direkt: Wer soll in welchem Zustand sozial finanzierte Dienstleistungen zur Veränderung seines Zustand beanspruchen dürfen?“<sup>33</sup>

Diese Frage soll im folgenden Kapitel aus dem Blickwinkel von vier verschiedenen Gerechtigkeitstheorien beantwortet werden. Der Fokus der Argumentation wird dabei auf der Rechtfertigung medizinischer Leistungen für den Einzelnen liegen. Dies bedeutet zum einen, dass nur Maßnahmen aus dem medizinischen Sektor zur Diskussion ste-

---

<sup>31</sup> Vgl. hierzu auch Lanzerath 2000.

<sup>32</sup> Vgl. hierzu auch Thielmann, 2001, S. 125ff.

<sup>33</sup> Wiesing, 2004, S. 49/50.

hen. Andere Leistungen, die auf die Verbesserung von Bedingungen zielen, die die Gesundheit ebenfalls beeinflussen, wie beispielsweise Wohn-, Arbeits- und Ernährungsbedingungen sowie Umwelt- und Luftverschmutzung, sind nicht Thema dieser Arbeit.

Zum anderen soll es auch nicht um Verteilungsprobleme gehen, die die Makroebene des medizinischen Sektors betreffen. In der Diskussion um die Verteilung medizinischer Ressourcen können systematisch mehrere Allokationsebenen unterschieden werden, auf denen sich Verteilungsfragen stellen. Meist wird in der Literatur eine Einteilung des Philosophen Tristram Engelhardt verwendet, der vier Ebenen der Allokation unterscheidet: zwei Ebenen der Makro- und zwei der Mikroallokation.<sup>34</sup> Auf der oberen Ebene der Makroallokation geht es um die Frage, welches Gewicht der medizinischen Versorgung gegenüber anderen Sektoren, wie beispielsweise der Bildung, zukommen soll. Mit anderen Worten: wie viele Ressourcen will eine Gesellschaft für die medizinische Versorgung insgesamt aufbringen. Die untere Ebene der Makroallokation betrifft die Frage, wie die Gelder innerhalb des medizinischen Sektors verteilt werden, ob beispielsweise Palliativ- oder Notfallmedizin, präventive oder kurative Maßnahmen Vorrang erhalten sollen. Die obere Ebene der Mikroallokation beinhaltet die Frage, nach welchen Kriterien medizinische Leistungen auf bestimmte Patientengruppen verteilt werden sollen. Auf dieser Ebene ist beispielsweise das Problem angesiedelt, nach welchen Kriterien Nierenkranke ein Transplantat erhalten sollen. Die Frage nach der konkreten Zuteilung von Leistungen an einen bestimmten Patienten ist auf der unteren Ebene der Mikroallokation angesiedelt.

Auch wenn Entscheidungen auf einer Allokationsebene den Handlungsspielraum auf einer anderen beeinflussen, werfen die vier Ebenen der Allokation jeweils eigene moralische Problemstellungen auf. Die Frage nach einem Anspruch auf medizinische Versorgung des Einzelnen und nach dem Umfang einer medizinischen Grundversorgung ist vorrangig mit Problemen der Mikroallokation verbunden, da und insofern man sie als ein Problem der sozialen Verteilungsgerechtigkeit auffasst. Der gerechte Zugang zur medizinischen Versorgung für alle, also auch für die, die sich eine medizinische Versorgung auf einem privatisierten Markt nicht leisten können, steht zur Diskussion. Natürlich wird der Umfang der medizinischen Versorgung auf der Mikroebene von Entscheidungen auf der Makroebene abhängen. Im Folgenden soll es aber in erster Linie um Verteilungsprobleme auf der Mikroebene gehen.

---

<sup>34</sup> Vgl. beispielsweise Engelhardt, 2003, S. 72f.

## **2. Der Anspruch auf Gesundheitsversorgung aus der Perspektive philosophischer Gerechtigkeitstheorien**

Die Frage nach einer Begründung eines Anspruchs auf medizinische Versorgung soll aus der Perspektive verschiedener Ethikkonzeptionen betrachtet werden. Ausgewählt worden sind vier prominente zeitgenössische Theorieansätze, die in kritischer Auseinandersetzung miteinander entstanden sind und sich als Alternative zur jeweils beanstandeten Theorie anbieten: der Utilitarismus, der egalitäre Liberalismus, der Kommunitarismus sowie der Libertarismus. Die Grundgedanken aller vier Konzeptionen lassen sich weit in die Philosophiegeschichte zurückverfolgen. Insofern kann nicht einfach festgelegt werden, welche Theorie am ältesten ist. Systematisch und auch nach dem Zeitpunkt des Erscheinens einiger wichtiger Beiträge der jeweiligen zeitgenössischen Vertreter dieser Theorieansätze, lassen sich die vier Theorien aber in folgendes Verhältnis setzen: Der egalitäre Liberalismus, der eng mit dem Namen John Rawls verknüpft ist, ist in Auseinandersetzung und als Alternative zum Utilitarismus entstanden. Haupteinwand gegen den Utilitarismus, der vereinfacht auf die Formel des größten Glücks der größten Zahl gebracht werden kann, war der Vorwurf, die utilitaristische Theorie führe zur Opferung des Einzelnen im Namen des Wohles vieler und könne keine subjektiven Rechte rechtfertigen. Der egalitäre Liberalismus versucht hingegen eine Konzeption der sozialen Gerechtigkeit zu begründen, in der sowohl Freiheitsrechte wie auch soziale Rechte Berücksichtigung finden. Sowohl Libertarismus als auch Kommunitarismus können wiederum als Antwort und Alternative zum egalitären Liberalismus aufgefasst werden. Die libertäre Kritik am egalitären Liberalismus richtet sich gegen die Forderungen nach sozialen Rechten und wohlfahrtsstaatlichen Leistungen, in denen die Libertären eine Einschränkung der Freiheits- und Eigentumsrechte des (wohlhabenden) Einzelnen sehen. Der Kommunitarismus hingegen betont die Kontextabhängigkeit der Moral von Ort und Zeit und somit ihre Gebundenheit an eine spezifische Gemeinschaft. Eine universelle Moral könne es nicht geben. Hinter der liberalen, säkularen Trennung von staatlich geregelter Gerechtigkeit einerseits und privaten Vorstellungen des Guten andererseits verberge sich nur eine Auffassung des Guten, die nicht mehr Berechtigung als irgendeine andere Moralauffassung beanspruchen könne.

Die folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick über die Grundpositionen der vier Theoriekonzepte, die in den folgenden Abschnitten ausführlich vorgestellt werden und hebt die Fragen hervor, die beantwortet werden sollen:

Übersicht über die Theoriekonzepte I

	<i>Zentrale Thesen der vier Theoriekonzepte</i>	<i>Fragen zur medizinischen Versorgung</i>		
		<i>Ist ein Anspruch auf medizinische Versorgung gerechtfertigt?</i>	<i>Welchen Umfang umfasst die geforderte medizinische Versorgung?</i>	<i>Welcher Krankheitsbegriff wird verwendet?</i>
<b>Egalitärer Liberalismus</b>	Zentraler Wert ist die Chancengleichheit, die durch Freiheits- sowie soziale Rechte gesichert wird	?	?	?
<b>Utilitarismus</b>	Zentraler Bewertungsmaßstab ist das Nutzenkalkül, d.h. die Orientierung an der Steigerung des Nutzens/Glücks der größten Zahl an Menschen	?	?	?
<b>Kommunitarismus</b>	Es gibt keinen universellen Bewertungsmaßstab der Moral; Gerechtigkeit kann nicht abstrakt definiert werden, sondern ist abhängig von den umfassenden Moralvorstellungen einer spezifischen Gemeinschaft	?	?	?
<b>Libertarismus</b>	Zentraler Wert ist die Freiheit; Freiheitsrechte werden definiert als das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen, frei über sich selbst sowie sein Eigentum zu verfügen; die alleinige Aufgabe des Staates ist die Achtung und der Schutz dieser Rechte	?	?	?

## **2.1. Gesundheitsversorgung und der egalitäre Liberalismus**

In diesem Abschnitt sollen Norman Daniels Argumente für einen Anspruch auf medizinische Versorgung dargestellt werden. Zum besseren Verständnis seiner Position soll einleitend zunächst ihr Standort innerhalb der politischen Philosophie bestimmt werden. Daniels' Theorie lässt sich dem egalitären Liberalismus zuordnen, der in Auseinandersetzung und in Weiterentwicklung der politischen Philosophie John Rawls entstand. Daniels selbst greift für seine Argumentation direkt auf Rawls' Theorie zurück und erweitert diese.

### **2.1.1. Grundzüge des egalitären Liberalismus und John Rawls' Theorie der Gerechtigkeit<sup>35</sup>**

Der egalitäre Liberalismus gilt als eine der Hauptströmungen der gegenwärtigen politischen Philosophie. Den Grundstein für diese Strömung hat John Rawls mit seiner *Theory of Justice* gelegt, die eines der einflussreichsten Werke der politischen Philosophie des 20. Jahrhunderts ist. Dem 1971 erschienen Werk wird das Verdienst zugeschrieben, die politische Philosophie wiederbelebt zu haben, die seit Ende 19. Jahrhundert durch ein streng an den Naturwissenschaften orientiertes Erkenntnisverständnis als spekulativ und irrational ins Abseits geraten war. „Die aufkommenden Lehrmeinungen des Positivismus, des Historismus und des Kulturrelativismus verdrängten alles Interesse an normativen Fragen, das Klima des Szientismus war einer Fortentwicklung von Moralphilosophie und normativer politischer Philosophie nicht günstig. Das große Erbe von Hobbes, Locke, Rousseau, Kant und Hegel verstaubte.“<sup>36</sup>

John Rawls knüpft mit seiner Theorie, in der er auf das Modell des Gesellschaftsvertrages zurückgreift, an dieses Erbe an. Gesellschaftsvertragstheorien, die in der frühen Neuzeit entstanden und bis Ende des 18. Jahrhunderts die politische Philosophie dominierten, nehmen das autonome Individuum als Grundlage der Legitimation: eine gesellschaftliche Ordnung, eine politische Herrschaft ist dann legitim, wenn sich freie, gleiche und rationale Individuen in einem Vertrag auf sie einigen würden. „Der Gesellschaftsvertrag ist ein rechtfertigungsmethodologisches Autonomiesymbol.“<sup>37</sup>

Dabei erwächst die Legitimation nicht aus der faktischen Zustimmung aller in einer historischen Gesellschaft lebenden Mitglieder, sondern aus den im Gedankenexperiment der Vertragssituation entwickelten vernünftigen Argumenten für eine allgemein zu-

---

<sup>35</sup> Die folgenden Ausführungen zu Rawls orientieren sich insbesondere an Kersting, 2001.

<sup>36</sup> Kersting, 2001, S. 14.

<sup>37</sup> Ebd., S. 69.

stimmungsfähige Ordnung. Zentrales und entscheidendes Element des Gedankenexperiments ist dabei die Beschreibung und Ausgestaltung des *Naturzustandes*, d.h. der Ausgangssituation, in der sich die Individuen befinden, die durch ein Problem gekennzeichnet ist, das mit dem Vertrag gelöst werden soll. Die Umstände, unter denen ein Vertrag geschlossen wird, die Charakterisierung des Problems, auf das der Vertrag antworten soll, entscheiden erst, ob eine Einigung auf diesen vernünftig ist oder nicht. So ist es auch gerade die Ausgestaltung dieses Naturzustandes, die die verschiedenen Vertragstheorien voneinander unterscheidet. Während beispielsweise Thomas Hobbes, der Mitte des 17. Jahrhunderts mit seiner Vertragstheorie auf die Legitimation absoluter Herrschaft abzielt, mit einer relativ schlichten Beschreibung des Naturzustandes als *bellum omnium contra omnes* auskommt, verfolgt Rawls ein von den ursprünglichen Vertragstheorien stark abweichendes Programm: Rawls möchte nicht staatliche Herrschaft rechtfertigen, sondern eine Theorie der sozialen Verteilungsgerechtigkeit entwickeln. Entsprechend umfangreich ist seine im Folgenden zu erläuternde Beschreibung des Urzustandes.

John Rawls' Theorie der sozialen Verteilungsgerechtigkeit:

Rawls entwickelt in seiner Theorie der Gerechtigkeit<sup>38</sup> Verteilungsprinzipien, die eine gerechte Verteilung der kooperativ produzierten gesellschaftlichen „Grundgüter“ regeln sollen. Rawls' Gerechtigkeitsgrundsätze sind nicht als Bewertungsmaßstab für individuelles menschliches Handeln, sondern für die grundlegenden gesellschaftlichen Institutionen heranzuziehen. Rawls formuliert seine Gerechtigkeitstheorie dabei für eine Gesellschaft, die er als ein kooperatives Unternehmen zum wechselseitigen Vorteil ihrer Mitglieder versteht. Sie sei gleichsam durch Interessenkonflikte wie Interessenidentität geprägt. Interessenidentität besteht, da Rawls annimmt, dass alle mit der Kooperation besser dastehen als ohne. Konflikte entstehen, da alle Mitglieder möglichst viel Nutzen und möglichst wenige Lasten aus der Kooperation ziehen wollen. Mäßige Knappheit äußerer Güter und unterschiedliche Lebensvorstellungen der Menschen machen Gerechtigkeitsprinzipien notwendig. Dies sind die „Anwendungsverhältnisse der Gerechtigkeit.“<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Rawls Darstellung seiner Theorie in „A Theory of Justice“, die er in späteren Schriften weiterentwickelt hat. Da es hier nur um die Grundideen von Rawls Theorie geht, werde ich auf aktuelle Entwicklungen seiner Theorie nicht eingehen. Zitiert wird im Folgenden nach der deutschen Fassung: Rawls, John: Eine Theorie der Gerechtigkeit. Übersetzt v. Hermann Vetter. 10. Aufl., Frankfurt am Main, 1998.

<sup>39</sup> Vergl. hierzu Rawls, 1998, Abschnitt 22, S. 148ff.

Nach Rawls sind Gerechtigkeitsprinzipien dann gerecht, wenn sie mit Prinzipien identisch sind, die freie und rationale, nur an ihrem eigenen Interesse ausgerichtete Personen unter fairen Bedingungen selbst für ihre Gesellschaft wählen würden. „Gerechtigkeitsprinzipien sind das Ergebnis einer rationalen Wahl unter fairen Ausgangsbedingungen.“<sup>40</sup>

Mit seinem Verständnis von Rationalität folgt Rawls der Entscheidungstheorie: Ein rationaler Mensch ist demnach in der Lage, verschiedene Wahlmöglichkeiten in eine Rangordnung zu bringen und eine Strategie zu verfolgen, die seinen Zielen und Interessen am besten dient. Rawls' Grundthese ist also, dass sich Gerechtigkeitsgrundsätze durch rationales Eigeninteresse bestimmen lassen, allerdings vorausgesetzt, dass die rationale Wahl durch faire Rahmenbedingungen gekennzeichnet ist.<sup>41</sup>

Die Fairness der Ausgangssituation wird durch folgende Bedingungen garantiert, die die „original position“, Rawls' Urzustand, charakterisieren: Die freien, gleichen, rationalen und aneinander desinteressierten Individuen befinden sich hinter einem „Schleier der Unwissenheit“.<sup>42</sup> Hinter einem Schleier der Unwissenheit wissen die Personen weder, welche natürlichen Gaben sie haben, also über welche physischen und intellektuellen Fähigkeiten sie verfügen, noch kennen sie ihre eigenen moralischen Überzeugungen und Wertvorstellungen. Genauso wenig kennen die Vertragspartner ihren zukünftigen Stand oder Status in der Gesellschaft. Partikulare, auf die Person bezogene Tatsachen, sind den Personen also unbekannt. Die Parteien müssen so notgedrungen einen unparteilichen Standpunkt einnehmen, wenn sie sich rational ihrem Eigeninteresse folgend auf Gerechtigkeitsgrundsätze einigen. Hinter dem Schleier der Unwissenheit kennen die Individuen ihren spezifischen Lebensplan nicht, sie wissen nur, dass sie Interessen und Pläne wie alle Menschen haben werden. Die Aufgabe, vor der die Individuen im Urzustand stehen, ist es, sich dem Eigeninteresse folgend auf Gerechtigkeitsprinzipien zu einigen, die die Grundstruktur der Gesellschaft bestimmen und ihnen ermöglichen sollen, einem wie auch immer gearteten Lebensplan zu folgen.

Rawls argumentiert, dass die Wahl auf die beiden folgenden Gerechtigkeitsgrundsätze<sup>43</sup> falle: Der erste Grundsatz verlangt eine gleiche Verteilung politischer und bürgerlicher Grundfreiheiten. Mit diesem Gerechtigkeitsprinzip steht Rawls in der Tradition des Liberalismus. Sein zweiter Grundsatz geht über die traditionelle liberale Definition des

---

<sup>40</sup> Kersting, 2001, S. 43.

<sup>41</sup> Vergl. Rawls, 1998, Abschnitt 25, S. 166ff.

<sup>42</sup> Vergl. ebd., Abschnitt 24, insbesondere S. 160.

<sup>43</sup> Vergl. ebd., Abschnitt, 11-13, S. 81ff.

Rechts hinaus, indem dieser nicht mehr nur den Bereich des Politischen, sondern auch des Sozialen und Ökonomischen betrifft. Er legitimiert soziale und ökonomische Ungleichheiten, wenn sie zu jedermanns Vorteil sind und allen den Zugang zu Stellen und Ämtern erlauben.

Der zweite Gerechtigkeitsgrundsatz besteht aus zwei Prinzipien, dem *Prinzip der fairen Chancengleichheit* und dem *Differenzprinzip*. Er lautet: Soziale und ökonomischen Ungleichheiten müssen zwei Bedingungen genügen: Erstens müssen sie mit Ämtern und Positionen verbunden sein, die allen unter Bedingungen fairer Chancengleichheit offen stehen, und zweitens müssen sie sich zum größtmöglichen Vorteil für die am wenigsten begünstigten Gesellschaftsmitglieder auswirken.<sup>44</sup>

Die faire Chancengleichheit, die Rawls hier einführt, geht über formale Chancengleichheit hinaus. Formale Chancengleichheit sei bereits dann erfüllt, wenn niemand auf Grund seines Geschlechts, seiner Hautfarbe, seiner Religion oder ähnlichem daran gehindert wird, einen Beruf zu ergreifen und oder eine Position anzutreten. Nach dem Prinzip der fairen Chancengleichheit sollen alle Bürger mit vergleichbaren Begabungen und Fähigkeiten in die Lage versetzt werden, die gleiche Qualifikation zu erreichen. „Die Aussichten von Menschen mit gleichen Fähigkeiten und Motiven dürfen nicht von ihrer sozialen Schicht abhängen.“<sup>45</sup> Hierzu reichten Antidiskriminierungsgesetze nicht aus, sondern eine öffentliches Schulsystem und andere Bildungsprogramme müssten helfen, auf Grund der Herkunftsfamilie bestehende Benachteiligungen auszugleichen. Allerdings geht Rawls davon aus, dass faire Chancengleichheit allein eine gerechte Verteilung nicht sicherstellen kann. Dem Prinzip der fairen Chancengleichheit haften zwei grundsätzliche Mängel an. Zum einen lasse sich Chancengleichheit in der Realität nicht vollständig verwirklichen, da sich der soziale Einfluss der Herkunftsfamilie nie ganz aufheben lasse. „In der Praxis ist es unmöglich, den gleich Begabten gleiche kulturelle Möglichkeiten und Aufstiegschancen zu verschaffen.“<sup>46</sup> Zum anderen lasse das Prinzip der fairen Chancengleichheit zu, dass die Verteilung von Einkommen und Vermögen von den natürlichen Fähigkeiten abhängt. Die Ausstattungen mit Fähigkeiten und Begabungen sei aber das Ergebnis puren Zufalls, der „Lotterie der Natur“<sup>47</sup>, und unter moralischen Gesichtspunkten willkürlich. Aufgabe einer Theorie der gerechten Verteilungsgerechtigkeit sei es aber gerade, diese Willkür der Natur auszugleichen. Der

---

<sup>44</sup> Vergl. ebd., S. 104.

<sup>45</sup> Ebd., S.93.

<sup>46</sup> Ebd., S.93.

<sup>47</sup> Ebd., S. 94.

Schleier der Unwissenheit, der auch die Ausstattung mit Fähigkeiten und Begabungen umfasst, soll gerade dies sicherstellen.<sup>48</sup>

Ergänzend schlägt Rawls daher das Differenzprinzip vor. Das Differenzprinzip lässt Abweichungen von einer strikten Gleichverteilung zu, diese müssen aber allen Gesellschaftsmitgliedern nützen. Konkret bedeutet dies, dass die Bessergestellten den Schlechtergestellten von ihrem Verdienst abgeben müssen und nur so viel mehr verdienen dürfen, wie notwendig ist, um die Produktivität zu steigern.

Rawls argumentiert außerdem für einen Vorrang des ersten vor dem zweiten Gerechtigkeitsgrundsatz und innerhalb des zweiten für einen Vorrang des Prinzips der fairen Chancengleichheit vor dem Differenzprinzip. Durch diesen Vorrang soll sichergestellt werden, dass Grundfreiheiten der politischen Ebene nicht wegen größeren Gesamtnutzens im sozioökonomischen Bereich eingeschränkt werden.

Dieses Postulat vom Vorrang der Grundfreiheiten ist von zentraler Bedeutung für Rawls' Theorie, die er ausdrücklich als Kritik an und als Alternative zum Utilitarismus versteht.<sup>49</sup> Den Utilitarismus definiert Rawls als eine Theorie, nach der eine Gesellschaft gerecht ist, wenn sie die größte Summe der Befriedigung für die Gesamtheit ihrer Mitglieder hervorbringt. Er stellt kritisch heraus, dass der Utilitarismus keinen Platz für die Unterschiede zwischen den Individuen einer Gesellschaft habe, sondern die Gesellschaft als ein Überindividuum behandle, indem er die Entscheidungsregel eines an Wohlfahrtssteigerung interessierten Individuums auf die Gesellschaft übertrage. Rawls will im Gegensatz dazu sicherstellen, dass der Einzelne nicht als ein Mittel zur Steigerung des Allgemeinwohls gebraucht werden darf. „Es ist mit der Gerechtigkeit unvereinbar, dass der Freiheitsverlust einiger durch ein größeres Wohl anderer gutgemacht werden könnte. Das Aufrechnen der Vorteile und Nachteile verschiedener Menschen, so als ob es sich um einen Einzigen handelte, ist ausgeschlossen. Daher gelten in einer gerechten Gesellschaft die Grundfreiheiten als selbstverständlich, und die auf der Gerechtigkeit beruhenden Rechte sind kein Gegenstand politischer Verhandlungen oder sozialer Interessenabwägungen.“<sup>50</sup> Rawls' Kritik am Utilitarismus ist in der Folge wiederholt kritisiert worden, bis hin zu dem Argument, dass Rawls' Theorie selbst eine Variante des Utilitarismus sei. Der Utilitarismus wird im nächsten Abschnitt 2.2. vorgestellt werden.

---

<sup>48</sup> Zu Rawls Argument der „moralischen Willkür der Natur“ vergleiche auch Kersting, 2001, S. 86ff.

<sup>49</sup> Vergl. Rawls, 1998, S. 40.

<sup>50</sup> Ebd., S. 46.

Der Inhalt der beiden Gerechtigkeitsgrundsätze wird von Rawls durch eine Liste von *Grundgütern* genauer bestimmt, um deren Verteilung es geht. Es sind gesellschaftliche Güter, deren Bereitstellung und Verteilung durch die institutionelle Grundstruktur einer Gesellschaft bestimmt wird, d.h. durch deren politische Verfassung, ihre Wirtschaftsordnung und andere grundlegende Einrichtungen, wie die Familie. Die von Rawls als Grundgüter bezeichneten Güter sind Güter, die normalerweise für jeden einen Nutzen haben, unabhängig davon, wie dessen Lebensgestaltung im Einzelnen aussieht. Es sind Güter, die für die Verwirklichung verschiedenster Lebenspläne notwendig sind.<sup>51</sup> Die Liste der Grundgüter umfasst die politischen Grundrechte und bürgerlichen Freiheiten, wie das Wahlrecht, Rede und Versammlungsfreiheit, Religions- und Gewissensfreiheit, die Unverletzlichkeit der Person, das Recht auf persönliches Eigentum und der Schutz vor willkürlicher Festnahme und Haft, sowie die mit öffentlichen Ämtern und gesellschaftlichen Positionen verbundenen Vorrechte und Privilegien, Einkommen und Vermögen und die sozialen Grundlagen der Selbstachtung. Einige der Grundgüter verlangen eine strikte Gleichverteilung und ihre Verteilung wird durch den ersten Gerechtigkeitsgrundsatz geregelt, wie die politischen Grundrechte. Für Grundgüter, deren Verteilung durch den zweiten Gerechtigkeitsgrundsatz bestimmt wird, insbesondere Einkommen und Vermögen, sind Ungleichverteilungen zulässig.<sup>52</sup>

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass Rawls Gesundheit bzw. medizinische Grundversorgung nicht zu den Grundgütern zählt, welches eine Möglichkeit wäre, medizinische Grundversorgung in eine Gerechtigkeitstheorie aufzunehmen. Rawls ist wohl der Ansicht, dass die gerechte Verteilung von Einkommen und Vermögen als Grundlage ausreicht, um für jeden beispielsweise über ein privates Versicherungssystem medizinische Versorgung sicherzustellen. Es gibt Versuche, über eine Erweiterung der Liste der Grundgüter den Anspruch auf medizinische Versorgung zu begründen. Daniels schlägt diesen Weg nicht ein. In der späteren Diskussion der Position von Daniels soll jedoch kurz auf diese Versuche eingegangen werden.<sup>53</sup>

Ein weiterer Grund, warum es Rawls wohl nicht für notwendig hält, medizinische Versorgung in die Liste der Grundgüter aufzunehmen, könnte sein, dass Rawls seine Gerechtigkeitsprinzipien für eine Gesellschaft entwickelt, die er als einen wechselseitigen Kooperationsverband ihrer Mitglieder versteht, in der alle einen aktiven Beitrag leisten, also alle arbeitsfähig sind. Auch wenn berücksichtigt wird, dass die Fähigkeiten und

---

<sup>51</sup> Vergl. ebd., S. 112.

<sup>52</sup> Vergl. hierzu auch ebd., Abschnitt 15, S. 111ff, sowie Hinsch, 2002, S 31.

<sup>53</sup> Vergl. hierzu auch Thielmann, 2003, S. 108f. sowie Thielmann, 2001, 162ff.

Begabungen der Kooperationspartner unterschiedlich sind, wird die Situation Kranker ausgespart. „Für Rawls konvergieren Gerechtigkeitsgemeinschaft und Kooperationsgemeinschaft. Daher vermag seine Gerechtigkeitstheorie keine Sozialstaatsbegründung, keine Begründung der moralischen Vorzugswürdigkeit kollektiver Sicherungssysteme zu liefern.“<sup>54</sup>

Zusammenfassend kann man also sagen, dass Rawls Gerechtigkeitsprinzipien aufstellt, die die Verteilung einer genau definierten Liste von Grundgütern in einer Kooperationsgemeinschaft regeln. Der „Schleier der Unwissenheit“ ist dabei der wichtigste Garant für die Fairness der Vertragswahl. Er soll sicherstellen, dass sowohl die unterschiedliche Ausstattung der Menschen mit Begabungen und Fähigkeiten – die natürliche Lotterie – als auch die durch den Zufall der Geburt bestimmte gesellschaftliche Position – die soziale Lotterie – ausgeglichen werden.

Dieses Modell der Rechtfertigung von Gerechtigkeitsgrundsätzen ist mit einem Problem behaftet, das abschließend kurz erwähnt werden soll: Wenn der Urzustand und die in ihm getroffene Wahl der Gerechtigkeitsgrundsätze als rechtfertigende Instanz dienen sollen, müssen diese ihrerseits gerechtfertigt sein. Hierzu entwickelt Rawls das Konzept des „Überlegungsgleichgewicht“<sup>55</sup>. Nach diesem müssen die Gerechtigkeitsprinzipien, die im Urzustand gewählt werden, mit den moralischen Intuitionen des Common Sense in Einklang gebracht werden, so dass sich die intuitive Alltagsmoral und die rational abgeleiteten Gerechtigkeitsurteile wechselseitig stützen. Rawls erhebt mit seiner Theorie der Gerechtigkeit also nicht nur den Anspruch, eine Rechtfertigung für bestimmte Grundsätze der Verteilungsgerechtigkeit zu liefern, sondern auch „eine philosophische Explikation unserer intuitiven Gerechtigkeitsanschauungen“ zu bieten.<sup>56</sup>

John Rawls' Theory of Justice hat nach ihrem Erscheinen eine Flut von Publikationen ausgelöst. Verschiedene wichtige Theorieansätze der zeitgenössischen politischen Philosophie haben sich in der Diskussion und Auseinandersetzung mit der Rawls'schen Gerechtigkeitstheorie herauskristallisiert. So lassen sich der Libertarismus und der Kommunitarismus – wie bereits einleitend erwähnt – als ein Gegenprogramm zu Rawls verstehen. Norman Daniels zählt zu einer langen Reihe von Autoren, die mit wesentlichen Grundüberzeugungen Rawls übereinstimmen und diese fortführen und präzisieren. „Dabei ist der egalitäre Grundzug immer stärker hervorgetreten, und es hat sich in der

---

<sup>54</sup> Kersting, 2001, S. 91

<sup>55</sup> Vgl. beispielsweise, Rawls, 1998, S. 38f.

<sup>56</sup> Ebd., S. 130.

Nachfolge Rawls' ein sozialstaatlicher Liberalismus entwickelt, den man als egalitären Liberalismus bezeichnen kann.<sup>57</sup> Im Folgenden soll der amerikanische Philosoph Norman Daniels als ein Vertreter des egalitären Liberalismus vorgestellt werden.

### **2.1.2. Norman Daniels - Medizinische Grundversorgung zur Sicherung fairer Chancengleichheit<sup>58</sup>**

Daniels' Argumentation für einen Anspruch auf medizinische Versorgung lässt sich kurz folgendermaßen zusammenfassen: Gesundheitsversorgung müsse durch die grundlegenden gesellschaftlichen Institutionen gesichert werden, da es deren Aufgabe sei, faire Chancengleichheit in einer Gesellschaft zu gewährleisten, und Gesundheitsversorgung zur Sicherung fairer Chancengleichheit wesentlich beitrage. Das Ziel der Gesundheitsversorgung sei es durch Beseitigung von Krankheit - und damit Sicherung der arttypischen Funktionsfähigkeit - dem Einzelnen eine faire Chance auf ein normales Spektrum an Lebenschancen zu ermöglichen.

Daniels verfolgt mit seiner Theorie des medizinischen Versorgungsbedarfs zwei Ziele: Zum einen möchte er die moralische Bedeutsamkeit von Gesundheitsversorgung nachweisen. Er versucht die moralische Intuition, dass Gesundheitsversorgung etwas Besonderes sei, bei deren Verteilung Ungleichheiten noch weniger als bei anderen sozialen Gütern tolerierbar seien, theoretisch zu untermauern. Zum anderem versucht er Kriterien zu nennen, mit denen sich wichtige von weniger wichtigen medizinischen Leistungen unterscheiden und so Prioritätensetzungen in der Gesundheitsversorgung vornehmen lassen.

Mit dieser Zielsetzung macht Daniels auf eine Lücke in Rawls' Theorie aufmerksam, in der, wie oben bereits ausgeführt, die Frage nach einer gerechten Verteilung von medizinischen Leistungen als eigenständiges Problem der Verteilungsgerechtigkeit überhaupt nicht benannt und erörtert wird. Daniels führt dies darauf zurück, dass Rawls in seiner Konstruktion des Urzustandes von der idealtypischen Annahme ausgeht, dass die Vertragspartner arbeitsfähige und aktive Mitglieder der Gesellschaft seien. „So gibt es bei

---

<sup>57</sup> Ebd., S. 86.

<sup>58</sup> Den folgenden Ausführungen liegen die folgenden Texte von Daniels zu Grunde: Daniels, Norman: Just Health Care. Cambridge, 1985. und Daniels, Norman: Health care needs and distributive justice aus dem Jahre 1981, zitiert nach der deutschen Übersetzung: Bedarf an medizinischer Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit. in: Marckmann, Georg; Liening, Paul; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Stuttgart, 2003. S. 15-46.

Rawls schlichtweg deshalb keine Verteilungstheorie der Gesundheitsversorgung, weil niemand krank ist.“<sup>59</sup>

Entscheidend für Daniels' Argumentation ist seine Definition von *Gesundheit* und *Krankheit*. Er definiert *Gesundheit* als Abwesenheit von Krankheit und *Krankheit* als Abweichung von der typischen Funktionsfähigkeit eines Mitglieds einer Art.<sup>60</sup> Er versteht diese Definition als eine biomedizinische. Diese bedeutet, dass es in den Kompetenzbereich der biomedizinischen Wissenschaften fällt, die natürliche Funktionsfähigkeit einer Art zu bestimmen. Mit dieser Definition von Krankheit wendet er sich ausdrücklich gegen normative Konzepte, die Krankheit als Abweichung von Normen im Sinne sozialer Präferenzen sehen.

Ausgehend von diesem Krankheitsbegriff definiert Daniels „medizinische Versorgungsbedürfnisse“ (health care needs) als „[...] das, was wir benötigen, um – in den Fällen, in denen dies möglich ist - das normale arttypische Funktionieren aufrechtzuerhalten, wiederherzustellen oder funktionale Äquivalente dafür zur Verfügung zu stellen.“<sup>61</sup> Dieser Definition folgend rechnet Daniels nicht nur „vorbeugende, heilende und rehabilitierende Leistungen auf persönlicher Ebene“ zu den Versorgungsbedürfnissen, sondern unter anderem angemessene Ernährung, Wohnsituation, Arbeitsbedingungen sowie nichtmedizinische persönliche Unterstützungsleistungen.

Aufbauend auf der Rawls'schen Theorie argumentiert Daniels nun folgendermaßen: Hinter dem Schleier der Unwissenheit kennen die Menschen ihre spezifischen Lebenspläne zwar nicht, aber sie wünschen sich alle, ihre wie auch immer gearteten Lebenspläne realisieren zu können. Verstanden als normales arttypisches Funktionieren ist Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung dafür. Die Vertragspartner entscheiden sich dann für solche medizinischen Leistungen, die ein „normales Spektrum an Lebenschancen“ sichern helfen. Unter einem normalen Spektrum an Lebenschancen versteht er die Gesamtmenge an Lebensplänen, die vernünftige Menschen in einer gegebenen historischen Gesellschaft entwickeln. „Dieses Spektrum steht mithin in einer gewissen Abhängigkeit von Kernmerkmalen der Gesellschaft – der Stufe ihrer historischen Entwicklung, dem Ausmaß an materiellem Wohlstand und technischer Entwicklung und ebenso wichtigen kulturellen Faktoren, von denen sie geprägt ist.“<sup>62</sup> Daraus folgt auch, dass dieselbe Krankheit in verschiedenen Gesellschaften zu unterschiedlichen Beeinträchti-

---

<sup>59</sup> Daniels, 2003, S. 33.

<sup>60</sup> Daniels bezieht sich dabei auf Arbeiten von Christopher Boorse

<sup>61</sup> Ebd., S. 27.

<sup>62</sup> Ebd., S. 27.

gungen der Lebenschancen führen kann, und daher für Fragen der Gerechtigkeit der Schleier der Unwissenheit soweit gelüftet sein muss, dass er freie Sicht auf das normale Chancenspektrum der gegebenen Gesellschaft lässt. Außerdem muss bei der Wahl der medizinischen Leistungen bekannt sein, über welche Ressourcen die Gesellschaft verfügt. Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen wird die Entscheidung dann unter dem Gesichtspunkt getroffen, welche am wichtigsten für das arttypische Funktionieren sind. Daniels argumentiert, dass Gesundheitsversorgung mit dem Bildungssystem vergleichbar und genau wie dieses innerhalb von Rawls theoretischem Rahmen zu rechtfertigen sei. Gesundheitsversorgung trage wie Bildung dazu bei, die Lotterie der Natur und den Zufall der Geburt auszugleichen. „Aber wenn es wichtig ist, Ressourcen zu gebrauchen, um auf die Vorteile an Chancen reagieren zu können, die einige durch die natürliche Lotterie haben, dann ist es genauso wichtig, Ressourcen zu gebrauchen, um den durch Krankheit verursachten natürlichen Nachteilen zu begegnen.“<sup>63</sup>

Daniels hebt hervor, dass beide Bereiche zwei wichtige Gemeinsamkeiten ausweisen: Gesundheitssystem und Erziehungssystem leisteten beide einen strategisch wichtigen Beitrag zur fairen Chancengleichheit und zugleich sei der Bedarf an ihnen von Individuum zu Individuum sehr unterschiedlich. Diese Kombination aus ungleicher Verteilung und großer strategischer Bedeutung unterscheidet diese von anderen grundlegenden Bedürfnissen wie z.B. Nahrung und Kleidung, da bei letzteren angenommen werden kann, dass die Individuen sie selber mit einem fairen Einkommen befriedigen können. Gesundheit und Bildung müssen aber durch staatliche Institutionen gefördert werden.

Daniels unterscheidet vier verschiedene Ebenen der Gesundheitsversorgung: Auf der ersten Ebene sind Institutionen zu finden, die sich im weitesten Sinne mit Prävention beschäftigen, wie Arbeitssicherheit, Umweltmedizin, Nahrungs- und Medikamentensicherheit sowie individuelle Gesundheitsschulungen. Der zweiten Ebene sind die medizinischen Institutionen im engeren Sinne zugeordnet, die medizinische und rehabilitative Leistungen zur Wiederherstellung der normalen Funktionsfähigkeit anbieten. Die dritte Ebene umfasst Institutionen, die chronisch Kranke und Behinderte unterstützen. Daniels führt noch eine vierte Ebene an, deren Institutionen allerdings nicht mehr das Ziel verfolgen, die normale Funktionsfähigkeit wiederherzustellen. Die Versorgung von Sterbenden und schwer geistig und körperlich Behinderten ist hier angesiedelt. Daniels weist aber darauf hin, dass auf dieser Ebene der Bereich der Gerechtigkeit verlassen und hier Fragen der Wohltätigkeit berührt werden.

---

<sup>63</sup> Ebd., S. 34.

An dieser Stelle soll hervorgehoben werden, dass Daniels Gesundheitsversorgung dem Bereich der Gerechtigkeit und nicht der Wohltätigkeit zuordnet, weil sie der Sicherung der fairen Chancengleichheit dient. Faire Chancengleichheit fällt unter die Gerechtigkeit, da sie im Urzustand gewählt werden würde und hilft, die natürliche Lotterie der Natur auszugleichen. Allerdings gilt dies nur, solange die Gesundheitsversorgung der Bewahrung oder Herstellung des arttypischen Funktionierens dient. Gesundheitsversorgung, die andere Ziele verwirklicht, wie reine Pflege, ist dem Bereich der Wohltätigkeit zuzuordnen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Daniels nicht die Gesundheit an erste Stelle setzt und als Wert verteidigt, sondern die faire Chancengleichheit. Gesundheit ist nur ein Mittel zum Zweck der fairen Chancengleichheit. Grundlegend für seine Argumentation ist sein biomedizinischer Krankheitsbegriff. Die Definition von Krankheit als Abweichung vom arttypischen Funktionieren macht Gesundheitsversorgung erst zu einer Funktion der Chancengleichheit. Medizinische Leistungen, die anderen Zielen als der Herstellung des arttypischen Funktionierens dienen, sind durch seine Argumentation nicht gedeckt.

In der kritischen Diskussion wird es daher unter anderem um die Frage gehen, wie überzeugend ein biomedizinischer Krankheitsbegriff ist. Außerdem werden nicht nur Aspekte von Daniels, sondern auch von Rawls' Theorie zur Diskussion stehen, da die als normative Grundlage dienende Idee der fairen Chancengleichheit über Rawls' Gerechtigkeitstheorie gerechtfertigt ist.

## **2.2. Gesundheitsversorgung und Utilitarismus**

Der Utilitarismus stellt eine ethische Grundposition dar, die in der gegenwärtigen akademischen Theorielandschaft eine wichtige, wenn auch nicht unumstrittene Rolle einnimmt. Insbesondere bei konkreten Problemstellungen der angewandten Ethik findet der Utilitarismus Anwendung. Im Folgenden soll der Utilitarismus vorgestellt und es soll versucht werden, die Frage nach einem Anspruch auf medizinische Versorgung aus utilitaristischer Perspektive zu beantworten. Dabei kann nicht wie bei der Vorstellung der anderen Theorien beispielhaft auf die Position eines Autors zurückgegriffen werden, da der Utilitarismus zwar in den konkreten bioethischen aber nicht so sehr in den ethischen Grundlagendebatten Vertreter findet. Dennoch soll versucht werden, eine utilitaristische Position in Hinblick auf die Frage nach einem Anspruch auf medizinische Versorgung zu rekonstruieren. Hierzu wird insbesondere auf Arbeiten des deutschen Philosophen Dieter Birnbacher zurückgegriffen werden.

### **2.2.1. Grundzüge des Utilitarismus**

Der Utilitarismus ist gerade in Deutschland nicht unumstritten, insbesondere der Rückgriff auf utilitaristische Argumente in der Bioethik ruft viele Kritiker auf den Plan. „Der Utilitarismus wird als inhumane und am allgemeinen ökonomischen Effizienzdenken orientiert Ethik betrachtet, die den menschenverachtenden Umgang mit Individuen in unserer hochtechnisierten Leistungsgesellschaft legitimiert.“<sup>64</sup> In manchen aktuellen bioethischen Diskussionskreisen führe bereits der Verdacht, eine utilitaristische Perspektive zu vertreten, zur Disqualifizierung. Die Ablehnung des Utilitarismus in Deutschland ist mit dem Namen Peter Singer verbunden, dessen Thesen seit Mitte der achtziger Jahre zu einer Frontstellung zwischen utilitaristischen Bioethikern einerseits und Kirchen- und Behindertenvertretern andererseits geführt haben. Singer wendet sich gegen die „Heiligkeit-des-Lebens-Doktrin“, nach der menschliches Leben unter allen Bedingungen unantastbar sei. Seine Argumentation beruht auf der Annahme, dass die Interessen aller Lebewesen, die in der Lage sind, Interessen zu entwickeln, in gleicher Weise moralisch zählen. Aufbauend auf dieser Grundannahme legitimiert er Abtreibungen, aktive Sterbehilfe und die Tötung schwerstbehinderter Neugeborener unter bestimmten Umständen und spricht sich gleichzeitig für einen besseren Schutz von empfindungsfähigen Tieren aus.

---

<sup>64</sup> Gesang, 2003. S. 7.

Die bioethische Diskussion in den folgenden Jahren verengte sich in weiten Teilen auf die Frage nach der „Heiligkeit-des-Lebens“. „Das Spektrum relevanter bioethischer Positionen reduziert sich in solchen Schlachten auf die Alternative: Entweder man akzeptiert die Doktrin von der ‚Heiligkeit des Lebens‘ und ist dann unterschiedslos gegen Schwangerschaftsabbruch, Reproduktionsmedizin, aktive und passive Sterbehilfe, Klonen und Embryonenforschung, oder aber man ist gegen diese Doktrin und hat gegen all diese Entwicklungen keine nennenswerten Einwände.“<sup>65</sup> Die Frontstellung zwischen Vertretern utilitaristischer und christlicher Positionen verband sich teilweise mit einer Gegenüberstellung kontinentaler und angelsächsischer Welt.

Unterschiede zwischen kontinentaler und angelsächsischer Philosophie in der Bewertung des Utilitarismus gibt es aber nicht erst in der aktuellen bioethischen Diskussion. Die Vernachlässigung bis hin zur Ablehnung utilitaristischer Argumente in Deutschland findet sich bereits seit der Entstehung des Utilitarismus in Großbritannien seit Mitte des 18. Jahrhunderts. „Während Kant jede eudämonistische Ethik radikal ablehnt, während Marx und Engels dem Utilitarismus eine ‚exploitation de l’homme par l’homme‘ vorwerfen und Nietzsche für ihn nur spöttische Randbemerkungen übrig hat, während N. Hartmann in seiner ehemals einflussreichen Ethik heftige, aber oberflächliche Kritik übt und die Vertreter der kritischen Theorie zweckrationale Überlegungen überhaupt bloßstellen, ist der Utilitarismus in der englischsprachigen Welt [...] nach und nach zu einer der wichtigsten moralphilosophischen Positionen aufgerückt.“<sup>66</sup>

Der Utilitarismus ist mit den Namen der englischen Moralphilosophen Jeremy Bentham, John Stuart Mill und Henry Sidgwick verbunden. Diese waren nicht nur akademische Philosophen, sondern Wirtschaftswissenschaftler und Politiker, die ihre Position mit einem politischen Anspruch verbanden. So ist der Utilitarismus nicht nur eine moralphilosophische Theorie, sondern eine sozialreformerische Bewegung aus Großbritannien aus dem 18. Und 19. Jahrhundert, die das Gemeinwohl in den Mittelpunkt stellte. Das Gemeinwohl umfasst eben nicht nur mehr das Wohl einer elitären Klasse sondern aller empfindungsfähigen Lebewesen. *Jeder zählt als einer, keiner mehr als einer* ist eine zentrale Forderung Benthams.

Vereinfacht lässt sich der Utilitarismus auf die Formel „des größten Glücks für die größte Zahl“ bringen. Er hat sich heute in eine Vielzahl von Unterformen aufgespalten und stellt keine in sich homogene Theorie dar. Dennoch lässt sich der Utilitarismus

---

<sup>65</sup> Düwell, 2003, S. 58.

<sup>66</sup> Höffe, 1992, S. 8/9.

durch einige Grundcharakteristika beschreiben. Dieter Birnbacher nennt fünf Prinzipien utilitaristischer Theorien, den Konsequentialismus, die Ein-Gut-Axiologie, die Teleologie, die Universalität und das Maximierungsprinzip, die im Folgenden erläutert werden sollen.<sup>67</sup>

Im Utilitarismus bemisst sich die Richtigkeit einer Handlung daran, welche Folgen sie hervorbringt. Die Handlung an sich oder die Einstellung des Handelnden spielen in der Bewertung keine Rolle. (Konsequentialismus) Die Folgen einer Handlung werden ausschließlich an dem Nutzen bemessen, den sie bewirken. Im Utilitarismus wird somit ein einziger Wert postuliert, den es zu erfüllen gilt, nämlich den Nutzen. Der Nutzen ist im Laufe der Entwicklung des Utilitarismus unterschiedlich bestimmt worden, als hedonistische Lusterfüllung, Hervorbringung von Glück oder Befriedigung von Präferenzen. Wie auch immer der Nutzen genau definiert wird, alle anderen Werte sind diesem untergeordnet. So ist beispielsweise Gerechtigkeit im Utilitarismus nur in sofern ein Gut, insoweit sie zur Vermehrung von Glück beiträgt. (Ein-Gut-Axiologie)

Das Glück oder die Präferenzen stellen dabei etwas Außermoralisches, an sich Gutes dar. Handlungen sind in diesem Sinne moralisch gut, wenn sie zur Verwirklichung des außermoralischen Guten beitragen. (Teleologie) „Es ist ein an sich wertvolles Gut, dass Lebewesen möglichst viel Lust, Freude, Befriedigung oder Glück empfinden bzw. dass ihre Präferenzen so weitgehend wie möglich erfüllt werden, solange dies nicht zu viel Schaden verursacht. Dieses intrinsische Gut, nennen wir es vorerst undifferenziert Glück, möchte der Utilitarist maximieren, d.h. er möchte, dass so viele Individuen wie möglich so glücklich wie möglich werden. Damit setzt der Utilitarismus dem Egoismus, der Glück nur für die je eigene Person maximieren will, einen universellen Wert entgegen. Angestrebt wird der größtmögliche Nutzen einer größtmöglichen Zahl von Lebewesen.“<sup>68</sup> Bei der Bewertung der Folgen zählen also alle von der Handlung Betroffenen gleichermaßen, unabhängig davon, ob sie dem Handelnden Nahe stehen oder nicht. (Universalität) Geboten ist dann die Handlung, die den maximalen Nutzen hervorbringt, wobei dieser summativ aus dem Einzelnutzen bestimmt werden kann. (Maximierungsprinzip) Dies bedeutet beispielsweise für die Allokation knapper Ressourcen, dass diese so verteilt werden sollen, dass der größtmögliche Nutzenzuwachs erreicht wird. Insofern zählt im Utilitarismus genaugenommen auch nicht jede Person gleich, sondern jede Nutzeneinheit wird gleichermaßen berücksichtigt, unabhängig von dem Träger dieser

---

<sup>67</sup> Vgl.: Birnbacher, 2006, S. 95-107.

<sup>68</sup> Gesang, 2003, S. 17.

Nutzeneinheit. Diese Besonderheit des Utilitarismus ist immer wieder kritisiert worden, da sie dazu führe, dass das Wohl eines Einzelnen für das Wohl vieler geopfert werden könne.

Gesang unterscheidet zwei Argumentationslinien für das Universalisierungsgebot des Utilitarismus, eine rationale und eine gefühlbasierte.<sup>69</sup> Beide Begründungen gehen von der Annahme aus, dass Glück ein Wert an sich ist und es prima facie besser ist, wenn mehr als wenn weniger Glück besteht. Nach der rationalen Begründung seien deshalb alle glücksfähigen Lebewesen bei der Verteilung des Glücks zu berücksichtigen, da es einfach keine normative Grundlage und somit keine Argumente dafür gebe, einige zu bevorzugen. „Die Tatsache, dass ich gerade die Person namens P bin, ist bei moralischen oder anderen Begründungen irrelevant. Das impliziert einen Zwang zur Universalisierung, verstanden als das Absehen von der numerischen Identität der Akteure, d.h. von der Eigenschaft, gerade die Person P und nicht die Person F zu sein.“<sup>70</sup> Die gefühlbasierte Argumentation berufe sich einfach auf das Mitgefühl, das das Leid von Lebewesen negativ bewertet und das Glück wünscht.

Der Utilitarismus hat im Laufe der Entwicklung verschiedene Varianten hervorgebracht, von denen hier nur einige Entwicklungen kurz erwähnt werden sollen. Zum einen ist die Unterscheidung zwischen Handlungs- und Regelutilitarismus zu nennen. Im klassischen Utilitarismus wird die Nutzenbetrachtung auf einzelne Handlungen angewandt, weshalb dieser auch als Handlungsutilitarismus bezeichnet wird. Der Regelutilitarismus stellt Regeln auf, die vom Nutzen einer konkreten Einzelhandlung absehen, und Handlungsanweisen für alle Situationen geben, auch wenn im Zweifelsfall dadurch eine Handlung ohne Nutzen oder sogar Schaden legitimiert wird. Der Nutzen dieser Regeln für die Gesellschaft gründet darauf, dass sie eine hohe Akzeptanz haben und eine Erwartungsstabilität schaffen.

Es ist bereits erwähnt worden, dass der Nutzenbegriff unterschiedliche Deutungen erfahren hat. Nach Gesang könne man heute im Wesentlichen drei Interpretationen des Nutzenbegriffs unterscheiden: die Befriedigungstheorie, die Wunschtheorie und die objektive Glückstheorie.<sup>71</sup>

Nach der Befriedigungstheorie zielt der Nutzen auf die Schaffung positiver mentaler Befriedigungszustände im einzelnen Individuum ab. Diese Lesart liegt im Prinzip schon Bentham's Theorie zu Grunde, der in einem Nutzenkalkül alle erdenklichen Empfindun-

---

<sup>69</sup> Vgl. Gesang, 2003, S. 17ff.

<sup>70</sup> Ebd., S. 18.

<sup>71</sup> Vgl. Ebd., S. 27ff.

gen von Freude und Leid gegeneinander aufrechnen wollte, um eine Gesamtbilanz des menschlichen Glücks zu erstellen.<sup>72</sup>

Die Wunsch- oder auch Präferenztheorie lenkt den Blick weg von den subjektiven Empfindungen hin auf objektive Weltzustände. „Diese besagt, Nutzen liege vor, wenn die aufgeklärten Wünsche der Individuen erfüllt werden, d.h. wenn gewünschte (extramentale) Weltzustände hergestellt werden, auch wenn die Individuen die Erfüllung ihrer Wünsche gar nicht erfahren.“<sup>73</sup>

Nach der objektiven Glückstheorie werde Glück unabhängig von den Wünschen der Individuen daran gemessen, ob diese über bestimmte anthropologisch bestimmbare Güter verfügen, wie beispielsweise Wohlstand oder Gesundheit.

Auf diese verschiedenen Nutzenbegriffe wird bei der Rekonstruktion eines Anspruchs auf medizinische Versorgung im nächsten Abschnitt noch eingegangen werden. Zunächst soll aber noch eine Besonderheit des Utilitarismus hervorgehoben werden, die viel Kritik an diesem hervorgerufen hat, nämlich das Verhältnis des Utilitarismus zu individuellen Rechten. Es ist bereits gesagt worden, dass der Utilitarismus eine Ein-Gut-Axiologie vertritt und nur die Vermehrung des Nutzens als intrinsischen Wert anerkennt. Alle anderen Werte, die in anderen Ethikkonzeptionen zentral sind, wie Gleichheit, Gerechtigkeit oder Fairness, lassen sich höchstens sekundär rechtfertigen, falls ihre Befolgung in einer gegebenen Handlungssituation den Nutzen mehrt. In diesem Sinne rechtfertigt Brandt, der „die vielleicht differenzierteste Form der Regelutilitarismus“<sup>74</sup> entwickelt hat, Rechte über ihren Nutzen für die Gesellschaft. Rechte sind indirekt gerechtfertigt, da sie Garantien bedeuten, und diese Garantien bedeuten Stabilität für die ganze Gesellschaft. „‘X has a right to Y’ is to be construed as ‘It is justified for people in X’s society to be strongly motivated, overriding so normally and always when in conflict with concern merely for marginal benefits in a given case, and to disapprove others who are not so motivated, to enable X – [...] – to do, have or enjoy Y, primarily because of the importance to people in X’s situation of being able to do, have, or enjoy things like Y.’“<sup>75</sup> [...] „Second, the phrase ‘has a right to’ implies quite strong moral force, as compared with ‘obligation’. [...] This is consistent with supposing, of course,

---

<sup>72</sup> Vgl. Höffe, 1992, S. 13.

<sup>73</sup> Gesang, 2003, S. 28.

<sup>74</sup> Höffe, 1992, S. 31.

<sup>75</sup> Brandt, 1983, S. 37.

that the reason for the force of moral rights is the benefits of a moral system providing guarantees.”<sup>76</sup>

Dennoch halten viele Kritiker des Utilitarismus an ihrem Vorwurf fest, dass es im Utilitarismus kein Platz für Rechte gebe. Wie bereits erwähnt lehnt Rawls den Utilitarismus ab, da er den Einzelnen dem kollektiven Wohl opfere. Auch nach Steinvorth sind die Menschenrechte im Utilitarismus Konsequenzen oder Voraussetzungen dessen, was sie als eigentliches Moralprinzip betrachten: das Prinzip, Glück zu maximieren. Ein unreduzierbarer Inhalt der Moral oder der Gerechtigkeit seien sie dagegen nicht.<sup>77</sup> Versteht man unter Rechten nicht nur Regeln des Zusammenlebens, sondern vorstaatliche moralische, unveräußerliche Ansprüche, „Trumpfkarten“, die der Einzelne gegenüber kollektivistischen Überlegungen geltend machen kann, dann ist in der Tat die Rolle, die der Utilitarismus den Rechten einräumt, sehr gering. In der kritischen Diskussion der Positionen im dritten Kapitel wird auf diese Frage noch eingegangen werden.

### **2.2.2. Vom Nutzen medizinischer Versorgung**

Dieter Birnbacher beschäftigt sich mit Fragen der Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen und versucht diese aus utilitaristischer Perspektive zu beantworten.<sup>78</sup>

Hierzu unterscheidet er eine „utilitaristische Idealnorm“ von einer „handhabbaren Praxisnorm“. Aus Praktikabilitätsgründen müssten Allokationsregeln als Praxisnormen formuliert werden, die von einem „indirekten Utilitarismus“ ausgehen. Ein indirekter Utilitarismus bezieht auch andere Werte als den Nutzen in die Handlungsentscheidungen mit ein, wenn diese den Nutzen insgesamt maximieren. Im Folgenden soll zunächst versucht werden, eine „utilitaristische Idealnorm“ zu entwickeln bzw. eine utilitaristische Position zu einem Anspruch auf medizinische Versorgung zu rekonstruieren, bevor im Anschluss Birnbachers indirekter Utilitarismus vorgestellt wird.

Wendet man die dargestellten allgemeinen Prinzipien des Utilitarismus auf die Frage an, wie sich der Anspruch des Einzelnen auf medizinische Versorgung an die Gesellschaft verstehen und rechtfertigen lässt, könnte man aus utilitaristischer Perspektive folgendermaßen argumentieren: Wenn medizinische Versorgung den Nutzen mehrt, dann ist sie geboten. Der Nutzen medizinischer Leistungen wird sicherlich von allen drei vorgestellten utilitaristischen Nutzeninterpretationen postuliert. Nach der *Befriedigungstheorie*, die auf Schaffung positiver mentaler Befriedigungszustände im einzelnen Individu-

---

<sup>76</sup> Ebd., S. 44.

<sup>77</sup> Steinvorth, 1992, S. 9.

<sup>78</sup> Für die folgenden Ausführungen vgl.: Birnbacher, 2002, S. 91-109.

um zielt, mehrt die Beseitigung von Krankheit den Nutzen, da und insofern sie Leid reduziert. Der Befriedigungstheorie ist also mit einem Krankheitsbegriff vergesellschaftet, der Leid als definierendes Element enthält.

Nach der *Wunsch- oder auch Präferenztheorie*, die nicht auf die Herstellung positiver Gefühle, sondern positiv bewerteter Weltzustände zielt, fördern medizinische Leistungen den Nutzen, da und insofern Beseitigung von Krankheit eine Präferenz der betroffenen Akteure ist.

Nach der *objektiven Glückstheorie* wird Glück unabhängig von den Wünschen der Individuen daran gemessen, ob diese über bestimmte anthropologisch bestimmbare Güter verfügen. Gesang, der eine Befriedigungstheorie in Verbindung mit einer objektiven Glückstheorie vertritt, rechnet Gesundheit zu diesen. Gesang lehnt eine umfassende objektive Glückstheorie ab, da diese paternalistisch sei und den Individuen eine normative Theorie menschlicher Bedürfnisse vorschreibe. Stattdessen vertritt er eine Form der Befriedigungstheorie, die er aber mit einigen objektiven Glücksbedingungen ergänzen will. „Es ist aber eine anthropologische Tatsache, dass es bestimmte Güter gibt, die jeder oder nahezu jeder wünscht und die deshalb eine besondere Bedeutung verdienen. Es gibt einige Mindestbedingungen für subjektives Glück, die entweder als zwingend oder als auf einem weit verbreiteten Konsens beruhend ausweisbar sind“<sup>79</sup> Gesundheit rechnet er zu diesen Glücksbedingungen. Hier besteht eine Parallele zu Rawls‘ Theorie der Grundgüter.

Nach dem Universalisierungsgebot sind bei der Verteilung medizinischer Leistungen alle Betroffenen, die Nutzen von der medizinischen Versorgung haben, gleichermaßen zu berücksichtigen. Eine Verteilung durch den Markt, die nach Kaufkraft und nicht nach Nutzen erfolgt, ist somit nicht legitim. Außerdem sind nach dem Maximierungsprinzip die medizinischen Leistungen so zu verteilen, dass durch sie der größtmögliche Nutzen erzielt wird. Dies führt zu Konsequenzen, die immer wieder Kritik am Utilitarismus hervorgerufen haben. Beispielsweise werfen Kritiker dem Utilitarismus vor, dass er sogar die Ausschachtung eines ohnehin kranken, unglücklichen und alleinstehenden Menschen zugunsten mehrerer anderer kinderreicher Menschen legitimiere, wenn die Summe des Nutzens so gesteigert werden könne.

Mit zwei unterschiedlichen Argumentationslinien wird von utilitaristischer Seite auf solche Einwände reagiert: Einerseits wird bestritten, dass die Anwendung des Nutzenkriteriums zu derart kontraintuitiven Konsequenzen führe. Es wird argumentiert, dass

---

<sup>79</sup> Gesang, 2003, S. 102.

solche Verteilungsszenarien auch durch das Utilitätskriterium nicht gedeckt seien, da beispielsweise die Angst der Menschen vor solchen Praktiken einer tatsächlichen Nutzensteigerung im Weg stehe. Birnbacher liefert mit seiner Praxisnorm ein Beispiel für eine solche Argumentation. Auf der anderen Seite gibt es aber auch Utilitaristen, die offensiv die scheinbar moralisch kontraintuitiven Konsequenzen verteidigen. Ein Beispiel hierfür ist John Harris mit seinem Vorschlag einer „Überlebenslotterie“.<sup>80</sup> In dem bereits in den 1970er Jahren veröffentlichten und seitdem viel diskutierten Artikel *The Survival Lottery* schlägt Harris folgendes Vorgehen im Umgang mit der Knappheit an Transplantaten vor: Immer, wenn mehr als zwei Menschen ein Spenderorgan zum Überleben benötigen und keine geeigneten Organe verfügbar seien, sollte ein Computer im Sinne eines Zufallsgenerators einen Menschen als Spender auswählen. Harris argumentiert, dass aus Sicht der betroffenen Organempfänger die Unterscheidung zwischen aktivem Töten und Sterbenlassen irrelevant sei. Die Kranken könnten argumentieren, dass sie ebenso unschuldige Opfer wie der ausgewählte Spender seien und ihr Wunsch zu Überleben gleichermaßen zählen sollte. Im Sinne einer Steigerung des Gesamtnutzens sollte man sich dann für die Rettung möglichst vieler Menschen und somit für eine zufällige Spenderwahl aussprechen. In der kritischen Diskussion im dritten Kapitel wird auf diese Argumente noch eingegangen werden.

Aus der Ein-Gut-Axiologie folgt, dass es keinen Anspruch auf medizinische Versorgung im Sinne eines Individualrechts gibt, zumindest nicht *prima facie*. Auch werden bei der Verteilung medizinischer Leistungen andere Werte, wie beispielsweise Eigenverantwortung, - zumindest direkt - keine Rolle spielen.

Zusammenfassend kann man also festhalten, dass medizinische Versorgung im Sinne des Utilitarismus gewährleistet sein sollte, da sie den Nutzen steigert. Sie sollte zudem öffentlich finanziert sein, da jeder gleichermaßen zählt, Nutzenzuwachs also nicht vom Geldbeutel abhängen sollte. Bei der Allokation medizinischer Leistungen nach Nutzeinheiten kann allerdings unter Umständen die Gesundheit des Einzelnen dem Wohle Vieler geopfert werden. Ein rechtlicher Anspruch auf medizinische Versorgung besteht zumindest *prima facie* nicht.

Dieter Birnbacher hält die Anwendung einer idealen utilitaristischen Norm – also die ausschließliche Orientierung an Nutzeinheiten - auf Allokationsprobleme in der Medizin für nicht praktikabel. Er entwickelt stattdessen in der Auseinandersetzung mit verschiedenen Anwendungsproblemen eine Praxisnorm, die in vielen Punkten von einer

---

<sup>80</sup> Harris, 1975.

klassischen utilitaristischen Position abweicht. Dennoch hält er am Utilitarismus als Grundposition fest.

Ausgangspunkt seiner utilitaristischen Perspektive ist die Definition des Nutzenbegriffs und die damit eng verknüpfte Bestimmung von Gesundheit und Krankheit. Folgt man Gesangs Einteilung der Nutzenbegriffe, dann kann man Birnbacher als Vertreter einer Befriedigungstheorie identifizieren. Birnbacher bestimmt den *Nutzen* als „de[n] psychische[n] Zustand, so wie er vom Patienten subjektiv bewertet wird.“ Nutzen lässt sich übersetzen mit „Lebensqualität“, allerdings streng „konsequent subjektivistisch“ definiert. „Lebensqualitätsindizes sollen nicht die Qualität des objektiv-medizinischen, sondern die Qualität des psychischen Zustandes eines Patienten repräsentieren.“<sup>81</sup>

Birnbachers Definition des Nutzenbegriffs hat unmittelbare Auswirkungen auf Fragen der Allokation medizinischer Leistungen. Der Gesundheitszustand sei nicht sosehr nach objektiven Indikatoren zu beurteilen, sondern wichtig sei die Berücksichtigung individueller Faktoren, wie das Anspruchsniveau, die Fähigkeit zum Coping und allgemeine Lebenseinstellungen. Der objektive Krankheitszustand lässt nicht automatisch auf die subjektive Lebensqualität schließen. Diese ist im Utilitarismus aber die entscheidende Größe. „[B]ei der Einschätzung der Vordringlichkeit oder Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen [orientiere sich der Utilitarismus] stärker an subjektiven Befindlichkeiten statt an objektiv-medizinischen Größen.“<sup>82</sup> Das Handlungsziel der Medizin muss aus Sicht des Utilitarismus daher Maximierung der Lebensqualität bzw. Minimierung von Leid sein und eben nicht die Wiederherstellung von „physiologisch definierten Gesundheitsparametern.“

Birnbacher weist darauf hin, dass aus dieser Zielbestimmung folge, dass die Indikation zur Behandlung aus utilitaristischer Perspektive teilweise weiter, teilweise enger gestellt werde als durch eine an biologisch bestimmten Krankheiten orientierte Theorie. Als Beispiel nennt er die Steigerung des Wohlbefindens als Grund für eine Psychotherapie, welches eine Indikation im Sinne des Utilitarismus darstellt, die in Deutschland aber weder von den privaten noch gesetzlichen Krankenkassen anerkannt wird.

In die Lebensqualität eines Kranken fließen zudem nicht nur medizinische Einflussgrößen mit ein. Birnbacher führt ein Beispiel für sekundären Krankheitsgewinn an: Ein dialysepflichtiger Strafgefangener, der Haftverschonung genießt, würde diese durch eine Nierentransplantation, die sein Nierenleiden heilt, verlieren, was für ihn einen Ver-

---

<sup>81</sup> Birnbacher, 2002, S.92.

<sup>82</sup> Ebd., S. 106.

lust seiner Lebensqualität bedeuten würde. Unter dem Aspekt der Nutzenmaximierung ist Gesundheit also nur eine Einflussgröße unter anderen.

Das Grundprinzip des Utilitarismus ist es, diesen derart definierten Nutzen - die subjektivistischen Lebensqualitätsindices - zu maximieren. Allerdings nimmt Birnbacher u.a. die folgenden Einschränkungen vor: Erstens modifiziert er das Prinzip des Gesamtnutzenzuwachses. Alle Betroffenen einer Handlung, egal ob direkt oder indirekt betroffen, werden laut Utilitarismus gleichermaßen in der Gesamtnutzenrechnung berücksichtigt. Dies hat zur Konsequenz, dass durch die Behandlung einer Mutter von mehreren Kindern ein größerer Nutzen erzielt wird als durch die Behandlung eines Alleinstehenden. Wenn Ärzte entsprechende Allokationsentscheidungen vornehmen würden, untergrabe dies laut Birnbacher aber das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Das Vertrauensverhältnis sei aber für alle Patienten so wichtig, dass ein größerer Nutzenzuwachs erzielt werde, wenn bei Allokationsentscheidungen in der Medizin nur die direkt Betroffenen berücksichtigt werden, insbesondere, wenn diese Allokationsentscheidungen von Ärzten getroffen werden.

Zweitens wendet er sich gegen eine andere grundlegende Konsequenz utilitaristischen Denkens, nämlich der Zuteilung medizinischer Leistungen nach der erwarteten Nutzenproduktivität eines Patienten nach erfolgter Heilung. Gegen eine solche Verteilung, die beispielsweise junge, glückliche und beruflich erfolgreiche Patienten bevorzugt, und daher von vielen Kritikern des Utilitarismus als im weitesten Sinne ungerecht abgelehnt wird, führt er zwei Gründe an: Sie schaffe keine Erwartungssicherheit für die Mitglieder einer Gemeinschaft, da sie zu wenig vorhersehbar sei. Zum anderen hänge die Einschätzung der Nutzenproduktivität von der subjektiven Einschätzung der Ärzte ab und unterliege dadurch einem class bias. Daher verwirft Birnbacher eine Verteilung nach der Nutzenproduktivität.

Aus Gründen der Durchsetzbarkeit und Stabilität will Birnbacher auch andere Werte als den Nutzenzuwachs bei Allokationsentscheidungen berücksichtigen, wenn diese von Menschen geteilt werden. „Unter dem Gesichtspunkt der Stabilität eines Allokationssystems wird sich der Utilitarist (nicht anders als die Vertreter alternativer Standpunkte) bereit finden, sich in einem gewissen Maße an weit verbreitete, aber utilitaristische nicht begründbare Sichtweisen von gerechter Verteilung anzupassen, wenn auch nur, um die dauerhafte Wirksamkeit des utilitaristischen Kerns des von ihm präferierten Allokati-

onssysteme nicht zu gefährden.“<sup>83</sup> Birnbacher nennt den Wert der *Chancengleichheit*, den der *ausgleichenden Gerechtigkeit* und den der *Bevorzugung der Schlechtestgestellten*.

Ähnlich setzt er sich mit den „[...] zwei wesentlichen Gegenpositionen“ [auseinander], mit denen der utilitaristische Sozialethiker in Theorie und Praxis konfrontiert ist, einerseits dem Liberalisten, andererseits dem Egalitaristen.“<sup>84</sup> Zwar streicht er auch die Unterschiede zwischen diesen Theorien und dem Utilitarismus heraus, erkennt aber Freiheit und Gleichheit als extrinsische Werte an.

Am deutlichsten wendet er sich gegen einige Grundzüge des Libertarismus. Der größte Unterschied zwischen Liberalisten und Utilitaristen sei, dass die utilitaristische Verteilung nur Leidminderung, nicht aber den Verdienst oder die Vorleistungen der Patienten berücksichtige. Eine Verteilung medizinischer Leistungen durch den Markt statt nach Bedürftigkeit laufe dem Utilitarismus „diametral zuwider“. So erkennt er zwar „Freiheit in der Arztwahl“ als wichtigen extrinsischen Wert an, wendet sich aber klar dagegen, größere Bereiche der Gesundheitsversorgung dem privaten Versicherungsmarkt zu überlassen. Er steht hiermit in deutlicher Opposition zu Tristram Engelhardt, der in Abschnitt 2.4. vorgestellt werden wird. Dieser macht als Vertreter einer libertären Position das Recht der Reichen, sich besondere medizinische Leistungen kaufen zu können, besonders stark.

Ebenso wendet sich Birnbacher gegen eine Verteilung medizinischer Leistungen anhand der Unterscheidung zwischen selbstverschuldeter und nicht selbstverschuldeter Krankheit. „Ein gesundheitspolitisches *Verursacherprinzip* werden Utilitaristen nur insoweit gelten lassen, als die Selbstverursachung der Gesundheitsschäden auf freie Entscheidung und nicht ihrerseits auf schicksalhafte Faktoren zurückgeht.“<sup>85</sup> Alkoholkonsum, Übergewicht und Nikotinkonsum erfüllen diese Voraussetzungen laut Birnbacher beispielsweise nicht, während hingegen riskante Sportarten mögliche Kandidaten seien.

Zusammenfassend kann man also festhalten, dass Birnbacher am Utilitarismus als Grundposition festhält: die Mehrung der subjektiven Lebensqualitätsindices des Patienten sollte Ziel der Medizin sein und den Allokationsentscheidungen zu Grunde liegen. Allerdings nimmt er der Kritik am Utilitarismus folgend viele Einschränkungen vor. Auf diese Kritikpunkte wird im dritten Kapitel noch ausführlich eingegangen werden. Zum anderen wird zu diskutieren sein, wie schlüssig eine Position ist, die über die Hin-

---

<sup>83</sup> Ebd., S. 97.

<sup>84</sup> Ebd., S. 99.

<sup>85</sup> Ebd., S. 107.

tertüer Werte der „wesentlichen Gegenpositionen“ hereinholt, weil sie ansonsten keine Akzeptanz findet, keine Erwartungsstabilität schafft und Vertrauensbeziehungen unterwandert.

### 2.3. Gesundheitsversorgung und der Kommunitarismus

Das eingangs bereits gestreifte Problem der Subsummierung verschiedener Theoretiker unter eine Theorieschule stellt insbesondere für die Charakterisierung des Kommunitarismus ein Problem dar, zumal die als klassische Vertreter dieser Strömung genannten Autoren – Charles Taylor, Alasdair MacIntyre, Michael Walzer, Michael Sandel – sich selbst nicht als solche bezeichnen.<sup>86</sup> Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass unter das Label des Kommunitarismus nicht nur eine Variante der aktuellen Moralphilosophie gestellt wird, sondern ebenso Positionen aus Soziologie, Sozialpsychologie sowie Politik. Trotz dieser Heterogenität wird der Kommunitarismus mittlerweile als eine zeitgenössische Theorieschule in den Enzyklopädien geführt und einige theoretische Grundannahmen als typisch kommunitaristisch ausgemacht.

Der Kommunitarismus lässt sich am besten darüber beschreiben, wie er auch entstanden ist: in Auseinandersetzung und Abgrenzung zu den liberalen Positionen, die John Rawls in seiner Theorie der Gerechtigkeit vertritt und die in der Folge von zahlreichen Autoren weiterentwickelt wurden. Die sogenannte „Kommunitarismus-Debatte“, die sich im Verlauf der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts entwickelte, nahm ihren Ausgangspunkt von Arbeiten wie Michael Sandels *Liberalism and the Limits of Justice*, in der er sich insbesondere gegen Rawls' verkürzten Personenbegriff wendet. Die Vertragspartner werden von Rawls hinter dem Schleier des Nichtwissens als frei von kulturellen Wertüberzeugungen und individuellen Bindungen konstruiert, während nach Sandel die gemeinschaftlichen Überzeugungen und Bindungen gerade konstitutiv für die Individuen und ihr moralisches Handeln seien.<sup>87</sup> „Was dem Lager der *Kommunitaristen* den Titel gab, war die vor allem gegen Rawls gerichtete Idee, dass es immer der vorgängigen Rückbesinnung auf einen Horizont gemeinschaftlich geteilter Werte bedarf, wenn über Fragen der gerechten Ordnung einer Gesellschaft sinnvoll entschieden werden soll; das Lager der *Liberalen* hingegen erhielt seinen Namen umgekehrt durch die gemeinsame Orientierung an der Rawls'schen Leitidee, dass unter den modernen Bedingungen eines Wertpluralismus nur das allgemeine Prinzip gleicher Rechte, Freiheiten und Chancen als ein normativer Maßstab dienen kann, an dem sich die Gerechtigkeit eines Gemeinwesens bemessen darf. Waren es dort also gemeinschaftliche Vorstellungen des Guten,

---

<sup>86</sup> Vgl. Rosa, 2006, S. 218.

<sup>87</sup> Vgl. Sandel, 1982.

denen in der Ordnung einer Gesellschaft normativ der Vorrang gebührte, so hier die Rechte freier und gleicher Bürger.“<sup>88</sup>

Der US-amerikanische Philosoph Ezekiel Emanuel vertritt mit seinen Überlegungen zur medizinischen Versorgung eine kommunitaristische Position, da er betont, dass sich Fragen der gerechten Verteilung im Gesundheitswesen nicht durch abstrakte liberale Gerechtigkeitsprinzipien, sondern nur durch Rückgriff auf gemeinschaftliche zu entwickelnde Vorstellungen des guten Lebens lösen lassen.

Im Folgenden soll zunächst der Kommunitarismus und seine Kritik am Liberalismus vorgestellt werden. Dies ist nicht nur wichtig, um Emanuels Argumente als Beitrag einer weiterreichenden Diskussion verstehen zu können, sondern auch, weil in der kritischen Diskussion der medizinethischen Positionen Fragen und Kritik an den ethischen Grundpositionen eine Rolle spielen werden. Im Anschluss soll dann Emanuels Beitrag vorgestellt werden.

### **2.3.1. Grundzüge des Kommunitarismus**

Unter dem Kommunitarismus wird eine Richtung der politischen Philosophie verstanden, die sich seit Anfang der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts in Auseinandersetzung mit den durch Rawls wiederbelebten vertragstheoretischen liberalen Ideen entwickelt hat. Unter dem Begriff des Kommunitarismus werden verschiedene Autoren zusammengefasst, die sich - grob gefasst - gegen den Rückgriff auf abstrakte und universelle Gerechtigkeitsprinzipien zur Lösung ethischer Probleme wenden und die Kontextabhängigkeit und Situiertheit moralischer Werte betonen.

Kommunitaristische Vorstellungen lassen sich aber bereits sehr viel früher in der Philosophiegeschichte als erst im 20. Jahrhundert finden. So beriefen sich kommunitaristische Autoren in ihrem Bestreben eine teleologische, an den Voraussetzungen guten Lebens orientierte Ethik zu entwickeln, auf Aristoteles und die Tradition des Aristotelismus. „[U]nd in ihrer Überzeugung von der ‚Situiertheit‘ allen Handelns und der menschlichen Freiheit in konkreten Praxis- und Lebensformen schließen sie an Hegels Forderung nach substanzieller ‚Sittlichkeit‘ gegen Kants abstrakte Moralität an.“<sup>89</sup> In der aktuellen kommunitaristischen Kritik finden sich Argumente wieder, die traditionell die Gegenposition zu vertragstheoretischen oder Kantischen Positionen darstellen. So berufe sich MacIntyre auf den Hegelschen Sittlichkeitsbegriff, Sandel auf

---

<sup>88</sup> Honneth, 1995, S. 8.

<sup>89</sup> Rosa, 2006, S. 221.

Jefferson, Taylor auf den klassischen Republikanismus, Bellah auf Tocqueville und Barber auf Rousseau.<sup>90</sup>

Die seit den achtziger Jahren geführte Diskussion zwischen Autoren, die - bei allen Problemen der Zuordnung - dem Lager des Kommunitarismus einerseits und dem des Liberalismus andererseits zugeschlagen werden, hat aber nicht nur Unterschiede deutlich gemacht, sondern auch zu Änderungen und Annäherung der Theorien geführt. So ist die Weiterentwicklung der Rawls'schen Theorie sicher nicht nur auf Kritik aus dem eigenen Lager, sondern auch auf kommunitaristische Argumente zurückzuführen. In Rawls Texten seit den 1980er Jahren wird beispielsweise die Vertragssituation stärker historisch gedeutet und nicht mehr als universell gültiges Gedankenexperiment konstruiert. „Als die Personen, die unter den normativen Einschränkungen des ‚Schleiers der Unkenntnis‘ an der Verfassungsdiskussion teilnehmen sollen, werden jetzt nicht mehr abstrakte Subjekte gedacht, die nur mit rationalen Fähigkeiten ausgestattet sein sollen, sondern konkrete Staatsbürger, die in der Tradition der westlichen Demokratie moralisch großgeworden sind.“<sup>91</sup> Die kommunitaristische Kritik an Rawls' Konzept des Subjekts als unsituiertem rationalem Entscheidungsträger hat hier sicherlich Eingang gefunden.

Bisher ist der Kommunitarismus als eine Theorierichtung charakterisiert worden, deren Autoren die Kontextabhängigkeit moralischer Werte betonen. Die Unterschiede zwischen Kommunitarismus und Liberalismus können aber an mehreren klassischen Streitpunkten festgemacht werden. Im Folgenden sollen vier Diskussionsfelder kurz vorgestellt werden, die Rainer Forst in seinem Aufsatz *Kommunitarismus und Liberalismus – Stationen einer Debatte* herausgearbeitet hat: erstens die Diskussion um das Selbst bzw. die Kritik am verkürzten Personenbegriff; zweitens die These vom Vorrang individueller Rechte vor gemeinschaftlichen Konzeptionen des Guten; drittens die Frage nach den Bedingungen politischer Integration und Legitimation und viertens die Diskussion um die Möglichkeit der Begründung einer universalistischen Gerechtigkeitstheorie.

Die Diskussion um den verkürzten Personenbegriff bzw. das Selbst stand ursprünglich im Zentrum der Auseinandersetzungen zwischen Kommunitaristen und Liberalen, ist aber mittlerweile als unfruchtbares Diskussionsfeld wieder verlassen worden. Die Liberalen haben gegen die kommunitaristische Kritik hervorgehoben, dass Rawls mit seiner Beschreibung der Personen im Urzustand keinen anthropologisch oder metaphysisch

---

<sup>90</sup> Vgl. Forst, 1995, S.181.

<sup>91</sup> Honneth, 1995, S. 12.

begründeten Begriff der Person vorgelegt hat. Die Einschränkungen, die die Menschen im Urzustand unterworfen sind, sind nicht Teil eines anthropologischen Personenkonzepts, sondern sie „[...] sind moralisch-vernünftiger Art und korrespondieren der Freiheit und Gleichheit moralischer Personen als Bürger einer wohlgeordneten Gesellschaft.“<sup>92</sup> Rawls betont in Erwiderung auf seine Kritiker, dass seine Beschreibung der Person nicht metaphysisch, sondern „politisch“ sei. Er führt zwei normative Ebenen ein: man müsse die Kontexte, in denen es um die Konstitution des Selbst innerhalb einer Gemeinschaft gehe, unterscheiden von Kontexten der gleichberechtigten Ansprüche und Freiheiten von Personen. Erstere seien auf Ebene der „Gesellschaft“, letzte auf der Ebene des „Staats“ angesiedelt.<sup>93</sup> Die Entgegnung auf die kommunitaristische Kritik am Konzept der Person lässt sich somit Folgendermaßen zusammenfassen: Ein anthropologisch orientierter Begriff der Person ist nur auf der Ebene der Gesellschaft und für Fragen nach der Verfasstheit des Menschen innerhalb einer Gemeinschaft notwendig, nicht aber auf der Ebene des Staats und für Fragen nach gleichen Rechten von Staatsbürgern. Die kommunitaristische Kritik am Personenbegriff ist daher verfehlt.

Diese Entgegnung hat aber nur Bestand, wenn die Unterscheidung der verschiedenen Ebenen von den Kritikern anerkannt wird. Daher hat sich die Diskussion von der Frage nach der Bestimmung des Selbst verlagert hin zu einem ganzen Komplex von Fragen, die das Verhältnis des „Rechten“ und des „Guten“ betreffen. Rawls' Unterscheidung zwischen den verschiedenen moralischen Kontexten, in denen die Person betrachtet werden müssen, greift zurück auf die in Kapitel 1.1. bereits erläuterte Trennung der Moral in zwei Bereiche, den Bereich des Rechts oder der Gerechtigkeit einerseits und den des Guten. Die Kommunitaristen üben Kritik an dieser Trennung. Die Einwände gegen diese klassische liberale Unterscheidung sind umfangreich: So wird zum einen bestritten, dass sich Fragen nach Gerechtigkeit und nach dem Guten überhaupt trennen ließen. Zum anderen halten die Kommunitaristen der liberalen These, dass Gerechtigkeitsprinzipien ethisch neutral seien und ihnen daher Vorrang vor dem Guten zukomme, entgegen, dass sich hinter den liberalen Gerechtigkeitstheorien nur deren Vorstellung vom Guten verberge.

Die Unterteilung der Moral in die zwei Bereiche der Gerechtigkeit einerseits und des Guten bzw. des guten Lebens andererseits und der behauptete Vorrang des ersteren vor letzterem zählen zu den Kernthesen liberaler Theorie. Der Bereich der Gerechtigkeit

---

<sup>92</sup> Forst, 1995, S. 187.

<sup>93</sup> Vgl. hierzu ebd., S. 187/88.

umfasst die Grundfreiheiten, politischen Rechte und - je nach konkreter Ausgestaltung – sozialen Rechte und sichert somit dem Einzelnen einen Schutz seiner Lebenssphäre zu. Die dem Bereich der Gerechtigkeit zugeordneten Rechte ermöglichen es dem Einzelnen, eine eigene Vorstellung des Guten zu entwickeln und zu leben. Die Gerechtigkeitsprinzipien sind neutral gegenüber den verschiedenen Konzeptionen des Guten, solange diese die Rechte des Einzelnen unangetastet lassen. Insofern gebührt dem Rechten ein Vorrang vor dem Guten. Bei Rawls beispielsweise umfasst der Schleier der Unwissenheit auch die persönliche Vorstellung des Guten der jeweiligen Vertragspartner. Diese Unkenntnis soll verhindern, dass die Wahl der Gerechtigkeitsgrundsätze von spezifischen Vorstellungen vom Guten beeinflusst ist, sie soll gewährleisten, dass die Gerechtigkeitsgrundsätze Vorrang vor dem Guten haben.

Ein prominenter kommunitaristischer Kritiker der Unterscheidung des Rechten vom Guten ist Charles Taylor. In seinem Werk *Quellen des Selbst* vertritt Taylor die umgekehrte These, dass nämlich das Gute stets Vorrang vor dem Rechten habe und die Gerechtigkeit im Liberalismus nicht ethisch neutral, sondern eine liberales *Hypergut* sei. Auch MacIntyre hält dem Liberalismus vor, mit seiner Betonung der Möglichkeit der freien Wahl des Guten selbst nur eine Vorstellung des Guten zu vertreten, für deren Gültigkeit er keinen allgemeingültigen Anspruch erheben könnte.

Die Diskussion um Neutralität und Vorrang des Rechten kann als Kernstück der Auseinandersetzung zwischen Liberalen und Kommunitaristen angesehen werden. Auch Emanuels Beitrag zu einer gerechten Gesundheitsversorgung nimmt seinen Ausgangspunkt von der Kritik an der liberalen Neutralitätsforderung. Im dritten Kapitel wird diese Frage daher noch ausführlich diskutiert werden. Auch den weiteren von Rainer Forst herausgearbeiteten Streitpunkten über die Bedingungen politischer Integration und Legitimation und die Möglichkeit der Begründung einer universalistischen Gerechtigkeits-theorie liegt das Problem der Trennung vom Rechten und Guten zu Grunde.

Das Problem der normativen Integration einer politischen Gemeinschaft thematisiert die Frage, wie eine solche Integration gelingen kann: über das Rechte oder über das Gute. „Die Kommunitaristen fragen nach dem notwendigen ethischen *input* eines Gemeinwessens, das einen gemeinwohlorientierten *output* braucht. Und sie bezweifeln, dass der Liberalismus die ethischen Gemeinsamkeiten, die unter Bürgern vorherrschen müssen, angemessen erklären kann – ja sie vermuten gar, dass er sie zerstört.“<sup>94</sup>

---

<sup>94</sup> Forst, 1995, S. 197.

Kommunitaristen verneinen die Möglichkeit einer universalistischen Gerechtigkeitstheorie. Nach MacIntyre könnten Gerechtigkeitsprinzipien nicht von *idealen Personen* für eine *ideale Gesellschaft* konstruiert werden, ein unparteilicher Standpunkt sei unmöglich. Es gebe keine allgemeingültigen Moralprinzipien, da Moral stets traditionsgebunden sei.<sup>95</sup>

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass der Kommunitarismus eine Theorierichtung ist, die in Auseinandersetzung mit und Kritik am Liberalismus entstanden ist und die Kontextabhängigkeit von Moralität und die Notwendigkeit einer Theorie des Guten für die Lösung moralischer Probleme betont. Auf diesen Grundannahmen baut auch Emanuels Beitrag zu einer gerechten Gesundheitsversorgung auf, der im Folgenden vorgestellt werden soll.

### **2.3.2. Ezekiel Emanuel – Gesundheitsversorgung und die gemeinschaftlichen Vorstellungen vom guten Leben<sup>96</sup>**

Emanuel entwickelt seine kommunitaristische Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung - wie andere Kommunitaristen vor ihm - in kritischer Auseinandersetzung mit liberalen Ideen. Der Ansatz von Norman Daniels, mit dem sich Emanuel ausführlich beschäftigt, zeige die Unzulänglichkeiten des Liberalismus auf. Die Probleme des Gesundheitswesens in den Vereinigten Staaten, speziell das bisherige Fehlen eines Systems der medizinischen Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung sowie die mangelnde gesellschaftliche Einigung über eine gerechte Verteilung medizinischer Ressourcen, führt Emanuel auf die Dominanz liberaler Betrachtungsweisen zurück. Mit einer Theorie, in der das Ideal der Neutralität vorherrsche, ließen sich Verteilungsprobleme in der Medizin nicht vollständig lösen. „Jedes gerechte Gesundheitssystem muss sich an einer Vorstellung des ‚guten Lebens‘ orientieren.“<sup>97</sup>

Das Ausgangsproblem und die Hauptaufgabe für eine Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung sei laut Emanuel eine Antwort auf die Frage zu geben, welche medizinischen Leistungen am wichtigsten sind und daher als Notwendigkeiten, auf die alle Bürger einen Anspruch haben, definiert werden sollten. Mit dieser Zielsetzung wendet er sich gegen die „Unzulänglichkeit eines Rechts auf gleichen Zugang“.<sup>98</sup> Hauptprob-

---

<sup>95</sup> Vgl. Forst, 1995, S. 207 ff.

<sup>96</sup> Die folgenden Ausführungen zu Emanuel beziehen sich auf sein Werk *The Ends of Human Life: Medical Ethics in a Liberal Polity*. 1994. Zitiert wird auch nach der deutschen Übersetzung aus dem bereits genannten Sammelband von Marckmann.u.a., 2003.

<sup>97</sup> Emanuel, 2003a, S. 128.

<sup>98</sup> Ebd., S. 130.

lem der Gerechtigkeitstheorien in der Medizin sollte nicht die Rechtfertigung eines Rechts auf gleichen Zugang zum Gesundheitswesen sein, da ein solches Recht ohne Definition dessen, was es beinhaltet, völlig aussagelos aus. Wichtiger sei es zu bestimmen, auf was die Bürger einen Anspruch haben. Das von Emanuel skizzierte Gerechtigkeitsproblem zeichnet sich dadurch aus, dass medizinische Ressourcen im Gesundheitswesen stets unter Knappheitsbedingungen verteilt werden müssen. „Jedes Konzept von Gerechtigkeit, das einen unbegrenzten Anspruch auf soziale Ressourcen rechtfertigt, ist eo ipso unakzeptabel. Wir verlangen von einer Theorie der Gerechtigkeit, dass sie uns bei der Verteilung knapper Ressourcen hilft und uns Entscheidungshilfen an die Hand gibt, welchen konkurrierenden sozialen Ansprüchen wir gerecht werden sollen, anstatt diese Ansprüche grenzenlos zu steigern.“<sup>99</sup>

Im ersten Kapitel dieser Arbeit war bereits auf die verschiedenen Ebenen, auf denen sich Gerechtigkeitsprobleme in der Medizin stellen können, eingegangen worden. Emanuel unterscheidet drei Ebenen: Auf der *politischen Ebene* gehe es um die Frage, wie viele der gesellschaftlichen Ressourcen in die Medizin bzw. in andere Sektoren fließen sollten; die Verteilungsfrage auf der *medizinischen Ebene* laute, auf welche medizinischen Leistungen die Bürger einen Anspruch haben; auf der *patientenorientierten Ebene* sei das Problem angesiedelt, nach welchen Kriterien welche Patienten medizinische Leistungen erhalten. Das fundamentale ethische Problem der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen ist nach Emanuel auf der medizinischen Ebene angesiedelt. Sein Ziel ist es, mit ethischen Argumenten den Umfang der medizinischen Grundversorgung zu bestimmen. Dieses Problem ließe sich mit liberalen Theorien allerdings nicht lösen. Um dies zu zeigen, diskutiert Emanuel verschiedene Möglichkeiten im Sinne des Liberalismus, Basisleistungen als solche auszuzeichnen, nämlich durch Rückgriff auf entweder ein inhaltliches Kriterium oder ein formales Entscheidungsverfahren. Sowohl Daniels' Vorschlag, mit Hilfe des Kriteriums der Chancengleichheit medizinische Basisleistungen zu bestimmen, als auch der Versuch, durch ein hypothetisches Entscheidungsverfahren einige medizinische Leistungen als besonders wichtig auszuzeichnen, seien nach Emanuel gleichwohl zum Scheitern verurteilt, da sie ohne eine Vorstellung des Guten auskommen müssten.

Norman Daniels verbindet das Kriterium der Chancengleichheit – wie bereits ausgeführt – mit einem biomedizinischen Krankheitsbegriff. Nach dem Kriterium der Chancengleichheit besteht ein Anspruch auf diejenigen medizinischen Leistungen, die notwen-

---

<sup>99</sup> Ebd., S. 133.

dig sind, um die normale Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten bzw. wieder herzustellen. Nach Emanuel liefert „[...] Daniels‘ Kriterium keine ausreichende Definition medizinischer Grundleistungen, die aus Gerechtigkeitsgründen gesellschaftlich garantiert sein sollten, weil sie fast jede medizinische Intervention zu einer „grundlegenden“ machen. Wenn auch nicht ausdrücklich, so definiert das Kriterium der Chancengleichheit doch in der Praxis medizinische Grundleistungen auf eine Weise, die den Versorgungsansprüchen keine prinzipiellen Grenzen setzt.“<sup>100</sup> Daher müsste ein solches Kriterium durch weitere Entscheidungsverfahren, was Daniels selbst vorschlägt, ergänzt werden. Emanuel diskutiert zwei mögliche formale Entscheidungsverfahren, *hypothetische*, wie beispielsweise bei Rawls zu finden, und *demokratische*.

In einem hypothetischen Entscheidungsverfahren wäre ein hypothetischer Gesetzgeber nach Emanuel vor folgende Aufgabe gestellt: Würden alle medizinischen Leistungen, die eine faire Chancengleichheit fördern, zur medizinischen Grundversorgung gehören, blieben keine Mittel für andere soziale Sektoren. Daher müsste ein hypothetischer Entscheidungsträger abwägen, welche Ressourcen zum Schutz der Chancengleichheit wichtiger seien, er müsste sie bewerten und gewichten. Emanuel konstruiert vier verschiedene Gesundheitssysteme, in denen jeweils auf verschiedene Aspekte der medizinischen Versorgung Wert gelegt wird, zwischen denen der hypothetische Gesetzgeber wählen muss: erstens ein Gesundheitssystem, das seinen Schwerpunkt auf lebensrettende und –verlängernde Maßnahmen statt auf unterstützende Leistungen setzt; zweitens ein System, das stärker auf palliative und stützende Maßnahmen setzt, aber für lebensrettende Maßnahmen eine Altersgrenze festlegt; drittens ein System, das seinen Schwerpunkt auf diejenigen medizinische Leistungen legt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit dem Patienten ein selbstständiges Leben ermöglichen und viertens ein System, das nur kosteneffiziente Maßnahmen unterstützt.

Emanuel unterscheidet nun drei verschiedene Bewertungsmaßstäbe, nach denen sich ein liberaler Gesetzgeber richten könnte, wenn er sich für ein Gesundheitssystem entscheiden muss: eine technische Bewertung, eine quantitative Bewertung und eine qualitative Bewertung.

Eine technische Bewertung nach Effizienz oder Praktikabilität verwirft Emanuel sogleich, da sie nicht die Gerechtigkeit der Entscheidung verbürgen könne.

Eine quantitative Bewertung finde sich bei Daniels. Nach ihr sollte sich der Gesetzgeber für das Gesundheitssystem entscheiden, in dem das Gewicht darauf liegt, die am meis-

---

<sup>100</sup> Ebd., S. 141.

ten einschränkenden Gesundheitsstörungen zu beseitigen. Ressourcen sollten zur Beseitigung derjenigen Krankheiten herangezogen werden, die den normalen Umfang an Lebenschancen am stärksten mindern. Emanuel wendet gegen diese Bewertung zum einen ein, dass Lebenschancen nicht quantitativ vergleichbar seien. Vorstellungen vom guten Leben seien qualitativ verschieden und unvergleichbar. Ein und dieselbe Krankheit mindert eine Lebenschance stark, die andere gar nicht. Unfruchtbarkeit stellt beispielsweise für Jemanden, in dessen Lebensentwurf die Gründung einer Familie zentral ist, eine starke Einschränkung dar, andere Menschen bemerken diese körperliche Einschränkung vielleicht noch nicht einmal. Die Definition einer Lebenschance setze normative Urteile, Vorstellungen vom Guten Leben voraus. „Die Entscheidung, welche dieser Interpretationen von Lebenschancen gesellschaftlich garantiert sein sollten, erfordert eindeutig ethische Urteile. Und jede Auswahl wird höchst umstritten sein. [...] [R]eicht es, dafür zu sorgen, dass Paare Kinder adoptieren können, oder ist es unser Ziel, dass eine Frau selber Kinder empfangen, austragen und gebären kann?“<sup>101</sup>

Emanuel bringt gegen den quantitativen Bewertungsmaßstab noch eine weitere grundlegende Kritik vor, nämlich den Vorwurf, dass dieser einen utilitaristischen Kalkül darstelle, der das Individuum nicht respektiere. „Wenn der quantitative Bewertungsmaßstab angewendet wird, spielt es keine Rolle, wie diese Lebenschancen unter den Bürgern aufgeteilt sind und ob ein paar wenige Menschen in ihren Lebenschancen sehr stark eingeschränkt werden, während andere eine sehr große Bereicherung ihrer Lebenschancen erfahren. Es zählt alleine, dass die Gesamtmenge der Lebenschancen vergrößert wird.“<sup>102</sup> Emanuel wendet somit die liberale Kritik am Utilitarismus gegen diesen selbst.

Als drittes diskutiert er die Möglichkeit eines qualitativen Bewertungsmaßstabs. „Nach diesem Standard gewichtet der liberale Gesetzgeber die verschiedenen Lebenschancen und bringt sie in ein Gleichgewicht, indem er bestimmt, welche Lebenschancen wichtiger und wertvoller sind. Er wählt dann dasjenige Gesundheitssystem, das diese wichtigsten Lebenschancen gewährleistet.“<sup>103</sup> Dieser Bewertungsmaßstab erfüllt aber nicht die Forderung nach Neutralität und ist daher für eine liberale Theorie nicht akzeptabel. Mit keinem der drei Bewertungsmaßstäbe lässt sich somit eine Grundversorgung bestimmen, die den Anforderungen des Liberalismus gerecht wird. Emanuels These ist, dass nur durch Rückgriff auf gehaltvolle Vorstellungen vom guten Leben eine Ent-

---

<sup>101</sup> Ebd., S. 148.

<sup>102</sup> Ebd., S. 151.

<sup>103</sup> Ebd., S. 151.

scheidung für ein Gesundheitssystem getroffen werden kann. „Es soll gezeigt werden, dass verschiedene Vorstellungen vom guten Leben verschiedene Systeme ‚wirklich‘ grundlegender medizinischer Leistungen rechtfertigen, weil in der jeweiligen Auffassung die mit der medizinischen Versorgung realisierbaren Lebensmöglichkeiten unterschiedlich bewertet werden. Unter Berufung auf eine dieser Vorstellungen vom guten Leben könnte ein Gesetzgeber – nicht aber der liberale Gesetzgeber – die Umsetzung von jeweils einem der vier Gesundheitssysteme rechtfertigen.“<sup>104</sup>

Emanuel legt beispielhaft dar, wie unterschiedliche Vorstellungen vom guten Leben die Wahl jeweils verschiedener Gesundheitssysteme bestimmen. Dem ersten Gesundheitssystem, das den Schwerpunkt auf lebensverlängernde Maßnahmen legt, ließe sich eine Vorstellung vom guten Leben als dem physischem Leben zuordnen, nach der Wert darauf gelegt wird, lange zu leben, immer neue Erfahrungen machen und Kinder und Enkelkinder aufwachsen sehen zu können. Das zweite Gesundheitssystem, das stützende und palliative Maßnahmen fördert, aber zugleich Alterskriterien festlegt, würde gewählt werden von Vertretern eines Konzepts des guten Lebens, das die Verpflichtung zwischen den Generationen betont und Wert auf Weiterentwicklung der Gesellschaft legt: Junge Menschen bekommen möglichst umfassende Erziehungs- und Ausbildungschancen, alte Menschen akzeptieren ihre Endlichkeit. Eine Vorstellung des guten Lebens, die die Autonomie in den Mittelpunkt stellt, kann schließlich dem dritten Gesundheitssystem zugeordnet werden, das besonderen Schwerpunkt auf in Hinblick auf eigenständige Lebensführung erfolgversprechende Maßnahmen legt. Für die utilitaristische Vorstellung vom guten Leben, nach der die Summe des Wohlergehens in der Gesellschaft insgesamt zu maximieren sei, ist das vierte, an Effizienz orientierte Gesundheitssystem am geeignetsten.

Nach Emanuel gibt es keine Möglichkeit, von einem neutralen Standpunkt für eine dieser Vorstellungen vom guten Leben bzw. für eines der Gesundheitssysteme zu argumentieren. Auch wenn man „[...] die an Autonomie orientierte Vorstellung vom guten Leben für die Rechtfertigung der Gesundheitspolitik heranzöge, würde man den Liberalismus zu einer umfassenden Vorstellung vom guten Leben erklären und damit einen moralischen Liberalismus zur Basis politischer Entscheidung machen. Das aber verletzt das Ideal liberaler Neutralität.“<sup>105</sup> Mit diesem Einwand bedient sich Emanuel einem klassischen kommunitaristischen Kritikpunkt am Liberalismus, der eingangs bereits

---

<sup>104</sup> Ebd., S. 154.

<sup>105</sup> Ebd., S. 157.

vorgelegt wurde. Als Lösung des Entscheidungsproblems schlägt Emanuel nun seine eigene Theorie vor: das *Ideal des liberalen Kommunitarismus*.

Auch Emanuel greift mit seinem Konzept des liberalen Kommunitarismus auf Entscheidungsverfahren zurück, allerdings nicht auf hypothetische, sondern auf demokratische im Sinne der Deliberation. Emanuels Ideal des *liberalen Kommunitarismus* „[...] ist das Ideal einer politischen Gemeinschaft, die sich durch öffentliche Diskussion über eine Vorstellung des guten Lebens auszeichnet, die ihrerseits als ideelle Richtlinie für die Gesetzgebung und die Gestaltung des gemeinschaftlichen Lebens dient.“<sup>106</sup> Zentrales Element seiner Theorie ist somit die Deliberativdemokratie, die Beteiligung der Öffentlichkeit an Debatten und Meinungsbildungsprozessen. „Hier ist das entscheidende politische Verfahren nicht die Wahl, sondern ein kollektiver Argumentations- und Entscheidungsprozess mit dem Vergleich rivalisierender Vorstellungen. In der Deliberativdemokratie regiert die Mehrheit nicht kraft ihrer Mehrheit, sondern es geht um Argumente und Überzeugungskraft.“<sup>107</sup>

Die Auseinandersetzung über Vorstellungen des guten Lebens ist integraler Bestandteil der öffentlichen Diskussion. Die politische Gemeinschaft gibt sich selbst „gemeinschaftliche Rechte“, die ihrer gemeinsamen Vorstellung vom guten Leben entsprechen. Auch die Einigung über ein Gesundheitssystem setzt die Verständigung über die gemeinsame Vorstellung des guten Lebens voraus und wird in gemeinschaftlichen Rechten festgelegt. Dabei erkennt Emanuel die Pluralität von Vorstellungen des guten Lebens an. Sein Vorschlag zur konkreten Ausgestaltung der deliberativen Prozesse zur Ermittlung eines geeigneten Gesundheitssystems ist die Bildung von *Community Health Plans*, in denen sich Bürger zusammenfinden, die eine gemeinsame Vorstellung des guten Lebens teilen und sich dementsprechend auf ein Gesundheitssystem einigen.<sup>108</sup> Beispielsweise könnten sich die Mitglieder einer Religionsgemeinschaft zusammenschließen und für sich gemeinsam ein Gesundheitssystem entwickeln, das diejenigen Leistungen anbietet, welche ihren Vorstellungen eines gottgefälligen Lebens am besten entsprechen.

Von den „gemeinschaftlichen Rechten“, die aus der öffentlichen Diskussion über Vorstellungen des guten Lebens hervorgehen und zu denen die Regelungen über die Gesundheitsversorgung zählen, grenzt Emanuel die „allgemeinen Rechte“ ab, die das liberale Element seines Kommunitarismus darstellen. Die „allgemeinen Rechte“ sind

---

<sup>106</sup> Ebd., S. 163.

<sup>107</sup> Ebd., S. 158.

<sup>108</sup> Vgl. Marckmann, 2003, S. 126.

politische Grundrechte, d.h. verbürgte Rechte, die nicht der Deliberation unterliegen, sondern den Bürgern die Teilnahme an den deliberativen Prozessen garantieren. Zu ihnen zählt er u.a. das Recht auf freie Meinungsäußerung, private und öffentliche Versammlungsfreiheit, das Wahlrecht und das Recht, die Gemeinschaft zu verlassen. Die allgemeinen Rechte schützen und fördern also nach Emanuel das kommunitaristische Ideal einer aktiven Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben, während die gemeinschaftlichen Rechte helfen, eine bestimmte Vorstellung des guten Lebens zu verwirklichen. Der Rückgriff auf Vorstellungen des guten Lebens in der Deliberation stellt für Emanuel dabei nicht nur die Art dar, wie Menschen tatsächlich über Gerechtigkeitsfragen befinden, sondern verhindert auch, dass es nur um ein egoistisches Aushandeln eigener Interessen geht. Die Deliberation ist auch immer als Dienst an der Gemeinschaft anzusehen. „Die Wahrung des liberalen Neutralitätsideals nimmt dem demokratischen Entscheidungsprozess den Kern seiner moralischen Meinungsbildung. Wenn die Diskussion der Bürger sich nicht auf bestimmte Vorstellungen vom guten Leben beziehen kann, um die Umsetzung eines Gesetzes oder einer politischen Regelung zu legitimieren, wird sie nie über die Ebene selbstsüchtiger Interessen hinausgelangen.“<sup>109</sup>

Emanuel konkretisiert seine Idee der freien Wahl eines Gesundheitssystem durch den Vorschlag, an alle amerikanischen Haushalte Gesundheitsgutscheine („Universal Healthcare Vouchers“) zu verteilen, die die Bürger ermächtigen, sich auf einem privaten Gesundheitsmarkt eine Gesundheitsversorgung nach ihren Vorstellungen auszusuchen.<sup>110</sup> Die Gutscheine sollen über Steuern finanziert werden und eine medizinische Grundversorgung sicherstellen. Die Gutscheine sollen auch Menschen, die hohe Gesundheitskosten verursachen, die freie Wahl einer Versicherung oder eines Community Health Plan garantieren, indem für diese Menschen höhere Zahlungen an die Versicherungen geleistet werden. Alle Menschen, die über eine Grundversorgung hinaus medizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen, können dies durch private Zusatzversicherungen tun. Die Grundversorgung wird somit über Steuern finanziert. Der medizinische Sektor wird aber nicht staatlich kontrolliert, sondern private Versicherungsträger, Krankenhäuser und andere Gesundheitsanbieter können frei Verträge aushandeln und Partnerschaften eingehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Emanuel als Antwort auf die Frage, wie sich der Umfang der medizinischen Grundversorgung festlegen lässt, die Deliberation

---

<sup>109</sup> Emanuel, 2003a, S. 160.

<sup>110</sup> Vgl. hierzu Emanuel, 1994, S. 185ff. und Emanuel, 2005.

nennt. Gegenstand der Deliberation ist dabei die Einigung auf eine Vorstellung des Guten und ein Gesundheitssystem, das diese Vorstellung am besten fördert. Die Menschen, die gemeinsame Wertvorstellungen teilen, finden sich also in community health plans zusammen, um für sich gemeinsam ein geeignetes Gesundheitssystem zu entwickeln. Sein Ideal des liberalen Kommunitarismus ist liberal, da er allgemeine Rechte als politische Grundrechte anerkennt, und kommunitaristisch, da die allgemeinen Gesetze durch Vorstellungen des guten Lebens begründet werden und der einzelne Bürger durch Deliberation auch einen Dienst am Gemeinwesen leistet.

In der kritischen Diskussion im dritten Kapitel soll Emanuels Kritik an Daniels genauer beleuchtet und seine These überprüft werden, dass es unmöglich sei, den Umfang der medizinischen Versorgung unter Wahrung des liberalen Ideals der Neutralität zu bestimmen.

## 2.4. Gesundheitsversorgung und der Libertarismus

Unter den Begriff des *Libertarismus* lassen sich eine Vielzahl heterogener Positionen aus Politik, Ökonomie und Philosophie subsummieren, wobei so verschiedene Autoren wie einige Sozialisten des späten 19. Jahrhunderts, wie beispielsweise Peter Kropotkin, als auch Anarcho-Kapitalisten, die jeden Staat ablehnen, sowie Neoliberale, die sich für freie Märkte einsetzen, den Titel für sich beansprucht haben.<sup>111</sup> Mit dem *Libertarismus* werden unter anderen Individualanarchisten wie Henry D. Thoreau, Wirtschaftswissenschaftler der Österreichischen Schule wie Ludwig von Mises und der in dieser Tradition stehende Friedrich A. von Hayek in Verbindung gebracht. Unter den Vertretern libertärer Positionen finden sich häufig Anhänger, aber auch einige entschiedene Kritiker des Privateigentums, rechte sowie linke Theoretiker. Gemeinsam ist ihnen die These, dass Individuen und ihren Freiheitsrechten unbedingter Vorrang vor Interessen der Gemeinschaft und des Staates gebührt und nur diejenige Ordnung legitim ist, die die Freiheit der Individuen maximal achtet.

Im 19. Jahrhundert wurde *libertär* häufig synonym für *anarchistisch* verwendet. Heute kann man unter Libertarismus im engeren Sinne eine Position verstehen, nach der der freie Markt gegen wohlfahrtsstaatliche Forderungen egalitärer Liberalisten verteidigt werden muss. In den letzten Jahrzehnten hat sich in der politischen Philosophie neben den kommunitaristischen Bedenken am egalitären Liberalismus eine zweite kritische Strömung etabliert, die von libertärer Seite Kritik am Liberalismus Rawls'scher Prägung übt. Im Folgenden soll unter dem Begriff *Libertarismus* eine philosophische Position verstanden werden, deren Vertreter sich gegen den Wohlfahrtsstaat wenden und für einen Minimalstaat einsetzen, dessen Aufgabe sie auf die Wahrung der Freiheits- und politischen Teilhaberechte beschränkt sehen möchten und soziale Rechte sowie Eingriffe in den freien Markt ablehnen.<sup>112</sup> Robert Nozick, der mit seinem 1974 erschienenem Werk *Anarchy, State and Utopia* einen libertären vertragstheoretischen Gegenentwurf zu Rawls' Gerechtigkeits-theorie geliefert hat, gilt als prominenter Vertreter dieser Strömung. „Nach dieser Ansicht ist der Wohlfahrtsstaat prinzipiell falsch, und damit zum Großteil auch all das, was uns an den gegenwärtigen Staaten so vertraut ist. In letzter Zeit wurde dies zumindest in Amerika zur Standardform des Libertarianismus; sie nahm ihren plötzlichen Aufstieg durch die Veröffentlichung von Robert Nozicks Anar-

---

<sup>111</sup> Vgl. hierzu Narveson, 2004, S.6.

<sup>112</sup> Neben diesem „Right-Libertarianism“ gibt es auch einen „Left-Libertarianism“, dessen Vertreter weniger bekannt sind. Im Folgenden wird zunächst unter Libertarismus ein Libertarismus „rechter“ politischer Prägung verstanden. Der linke Libertarismus wird im Kapitel 3.2.2. vorgestellt werden.

chie, Staat und Utopie, die zur Folge hatte, dass man diese Sichtweise in der angloamerikanischen akademischen Welt ernst nahm.“<sup>113</sup>

Soziale Rechte und wohlfahrtsstaatliche Unterstützungsleistungen sind aus libertärer Sicht nicht zu rechtfertigen und somit illegitim, da sie durch erzwungene steuerliche Abgaben verwirklicht werden, die Bürger zur Hilfeleistung zwingen und deren Freiheits- und Eigentumsrechte dabei missachten. Im diesem Sinne sind auch eine allgemeine staatliche Krankenversicherung sowie aus Steuergeldern finanzierte medizinische Versorgungseinrichtungen nicht gerechtfertigt.

Der amerikanische Philosoph Tristram Engelhardt ist ein Vertreter dieser libertären Sichtweise. Seine These ist, dass sich in den modernen pluralistischen Gesellschaften, in denen sich die Menschen als „moralisch Fremde“ begegnen, ein Recht auf Gesundheitsversorgung nicht begründen lässt und Gesundheitsversorgung nur durch freiwillige Abgaben und Wohltätigkeit organisiert werden kann.

Im Folgenden soll Engelhardt als ein Vertreter des Libertarismus vorgestellt werden. Zuvor sollen jedoch die wesentlichen Grundannahmen des Libertarismus und die libertäre Kritik an Rawls erläutert werden, um verständlich zu machen, in welchem Diskussionskontext Engelhardts Argumente angesiedelt sind. Dafür soll zunächst Robert Nozicks Theorie eines Minimalstaats dargestellt werden.

#### **2.4.1. Grundzüge des Libertarismus und Robert Nozicks Theorie eines Minimalstaats**

Wie Rawls so kann man auch Nozick als einen „New-contractarian“ bezeichnen, also als einen Philosophen, der sich des klassischen Modells eines Gesellschaftsvertrags bedient. Anders als Rawls geht es Nozick jedoch nicht um die Rechtfertigung einer Theorie der sozialen Gerechtigkeit, sondern zunächst einmal um die Legitimation staatlicher Herrschaft und somit um die Widerlegung des Anarchismus. Nozick nimmt hierzu einen positiven Naturzustand ohne Gewalt und Todesangst an und zeigt, dass ein Minimalstaat auch unter diesen idealen Bedingungen des Naturzustandes noch von Vorteil für die Bürger wäre. Nozicks zentrale These ist, dass sich auf der Grundlage naturrechtlich interpretierter Freiheits- und Eigentumsrechte ein Minimalstaat rechtfertigen lässt, der einerseits einem anarchistischen Zustand vorzuziehen ist, und andererseits einen weiterreichenden Wohlfahrtsstaat als illegitim ausweist. Nozicks Theorie zielt also zugleich auf eine Widerlegung des Anarchismus wie auch des sozialstaatlichen Liberalismus

---

<sup>113</sup> Narveson, 2004, S.6.

ab.<sup>114</sup> Da das Interesse dieser Arbeit sich auf die Frage nach den Umfang sozialer Rechte richtet, sollen im Folgenden nur Nozicks Argumente gegen den Sozialstaat vorgestellt werden.

Nozick gründet seine Kritik an Rawls' Theorie sozialer Gerechtigkeit auf eine Theorie des absoluten Privateigentums an sich selbst, seinen Talenten und rechtmäßig erworbenen Gütern, die jeden staatlichen Eingriff bzw. Zugriff verbietet. Seine „entitlement theory“ stellt eine Rekonstruktion der naturrechtlichen Begründung absoluten Eigentums bei John Locke dar. Sie enthält drei Grundsätze: Einen Grundsatz der gerechten Aneignung; einen Grundsatz der gerechten Übertragung von Besitz und einen Grundsatz der Berechtigung ungerechter Besitzverhältnisse. Nach dieser „Anspruchstheorie“ ist ein Besitz entweder gerecht, wenn er fair angeeignet oder, wenn er durch Übertragung bzw. Tausch fair erworben wurde.

Nozick bezeichnet diese Theorie auch als *historische* Theorie der Verteilungsgerechtigkeit, weil die Gerechtigkeit der aktuellen Verteilungssituation aus ihrer gerechten Entstehungsgeschichte resultiert und völlig unabhängig davon ist, wie der Besitz zwischen den Individuen verteilt ist. Nozick lehnt es also ab, die Besitzverhältnisse innerhalb einer Gesellschaft beispielsweise unter dem Gesichtspunkt der Egalität oder des Bedarfs zu beurteilen. Für ihn sind auch extrem ungleiche Besitzverhältnisse in einer Gesellschaft gerecht, solange sie nur durch eine gerechte Erstaneignung und Übertragung zustande gekommen sind. Nicht der Endzustand, sondern die Entstehungsgeschichte sei für Fragen der Gerechtigkeit relevant.

Das Schlüsselproblem für Nozicks Theorie ist daher die Frage nach den Bedingungen einer gerechten Aneignung von Besitz. Lockes Eigentumstheorie, auf die Nozick sich stützt, ist eine Theorie des Arbeitseigentums, in der Locke den Anspruch auf Besitz an Gütern aus dem Eigentum an der eigenen Person und ihren Handlungen ableitet. Indem der Mensch durch Arbeit die Natur verändere und sich mit ihr *vermische*, erwerbe er Besitz an den bearbeiteten Gütern. „Nozick knüpft an die Aneignungstheorie von Locke an, der die Ansicht vertrat, ein Eigentumsrecht an einem herrenlosen Gut entstehe dadurch, dass man es bearbeitet; er fügte allerdings die einschränkende Bedingung hinzu, dass eine Aneignung nur dann erlaubt sei, wenn für andere genug und gleich Gutes übrig bleibe.“<sup>115</sup> Nozick interpretiert diese Bedingung so, dass ein absolutes und erbliches Eigentumsrecht an einer herrenlosen Sache erworben werden könne, solange den ande-

---

<sup>114</sup> Vgl. hierzu auch Kersting, 2000, S. 301 ff.

<sup>115</sup> Koller, 1990, S. 294.

ren ein Nutzungsrecht an diesem Gut eingeräumt werde. Für diese These ist Nozick immer wieder kritisiert worden, da sie extrem ungleiche Besitzverhältnisse rechtfertigt und er es nicht plausibel machen könne, [...] dass vernünftige Personen, die einen ursprünglichen gleichen Anspruch auf die natürlichen Ressourcen dieser Welt haben, einem derartigen Recht auf Eigentum zustimmen würden.“<sup>116</sup>

Nozick geht also mit Locke von einer naturrechtlichen Freiheits- und Eigentumsauffassung aus, die er nicht weiter begründet, sondern als gegeben postuliert: Menschen leben ursprünglich in einem Naturzustand, in dem sie vollkommen frei sind, über ihre Person und ihren Besitz zu verfügen. Sie haben ein natürliches Recht auf ihren Körper und ihre Arbeitsprodukte und das Recht, Verträge zu schließen. Ein Staat ist nach Nozick nur legitim, wenn er das Eigentum der Menschen an ihrer Person und das Privateigentum an rechtmäßig erworbenen Gütern respektiert. Ein Staat darf die natürlichen Rechte der Menschen nicht verletzen. Aufgabe des Staates ist es, das Leben, die Freiheit und das Eigentum der Bürger zu schützen, für die Einhaltung von Verträgen zu sorgen und äußere Feinde abzuwehren. In diesem Sinne ist das Freiheitsrecht ein Abwehr-, aber kein Anspruchsrecht. Ein legitimer Staat ist nach Nozick also der Minimalstaat.

Rawls' Kritik an der natürlichen Lotterie der Natur, die zu ungleichen und – da moralisch willkürlich – ungerechten Besitzverhältnissen führe, lässt Nozick nicht gelten. Jeder Mensch hat ein absolutes Recht an seiner Person, seinen Fähigkeiten und Handlungen und somit auch den Gewinnen, die daraus erwachsen. Dieses Recht werde durch die Orientierung an den Schlechtestgestellten verletzt. Ähnlich wie der Utilitarist das einzelne Individuum mit dem Konzept des Gesamtnutzens nicht achte, so werden die Rechte des Begabten auf seine Talente und die daraus resultierende Früchte verletzt, wenn er gezwungen werde, sie mit den Minderbegabten zu teilen. „Auch würde der Anhänger des Differenzprinzips genauso wie der Utilitarist Individuen für die Zwecke eines bestimmten gesellschaftlichen Zustandes, einer bestimmten Verteilungsstruktur instrumentalisieren, würden doch die Begünstigten und Besitzenden zu einer Wohlfahrtsressource der Benachteiligten und Schlechtestgestellten.“<sup>117</sup>

Für Nozick ist für eine gerechte Verteilung hingegen wichtig, ob jemand seinen Anteil *verdient* hat. Der Begabte hat seinen Mehrgewinn verdient, wie aber auch der Verbrecher seine Strafe verdient hat. Handlungen müssen den Menschen im positiven wie im negativen Sinne zugerechnet werden. Daher tritt er für eine „historische“ Theorie der

---

<sup>116</sup> Koller, 1990, S. 296.

<sup>117</sup> Kersting, 1993, S. 171.

Verteilungsgerechtigkeit ein und wendet sich gegen Endzustandstheorien, die die Gerechtigkeit einer Verteilung zu einem gegebenen Zeitpunkt beurteilen. „Die meisten Menschen [...] halten für die Beurteilung der Gerechtigkeit einer Situation nicht nur die betreffende Verteilung für maßgebend, sondern auch deren Zustandekommen. Wenn einige wegen Mordes oder Kriegsverbrechen im Gefängnis sitzen, so sagt man nicht, zur Beurteilung der Gerechtigkeit der gesellschaftlichen Verteilung müsse man nur feststellen, was dieser und was jener im Augenblick hat. Man hält es für bedeutsam, ob jemand etwas getan hat, aufgrund dessen er eine Strafe, einen schlechteren Anteil *verdient hat*.“<sup>118</sup>

Nozicks Begründung eines Minimalstaats und damit wesentliche libertäre Grundüberzeugungen können folgendermaßen zusammengefasst werden: Menschen haben ein Recht an ihrer eigenen Person, ihren Talenten und auf die Produkte ihrer Arbeit. Dieses Eigentumsrecht ist absolut und darf von keinem Staat verletzt werden. Alle sozialstaatlichen Maßnahmen, die über erzwungene Steuergelder die Situation der Benachteiligten verbessern wollen, verletzen die Eigentumsrechte der Individuen und sind nicht zu rechtfertigen. Nur der Minimalstaat ist legitim.

#### **2.4.2. Tristram Engelhardt – die Absage an einen Anspruch auf medizinische Versorgung**

Der amerikanische Philosoph Tristram Engelhardt kann als klassischer Vertreter einer libertären Position bezeichnet werden. Seine Kritik an einem öffentlichen Gesundheitswesen gründet in erster Linie auf einem unbedingtem Eigentumsrecht und einem negativem Freiheitsbegriff. Alle wohlfahrtstaatlichen Leistungen sind für Engelhardt rechtfertigungsbedürftige Zwangsmaßnahmen. Der Begriff der „sozialen Gerechtigkeit“ ist für ihn eine gehaltlose Forderung, die er mit Hayeks Worten als „Demagogie“ und „billigen Journalismus“ bezeichnet.<sup>119</sup> Engelhardt versteht seine Überlegungen zur Gesundheitsversorgung als Weiterführung von Nozicks Theorie. Die Idee des Naturrechts in Anlehnung an Locke verwirft er. Nach Engelhardt muss der Ausgangspunkt aller Überlegungen zur Bioethik und Ethik allgemein die Anerkennung der Tatsache sein, dass das Projekt der Moderne, eine universelle, auf Vernunft gegründete Moral zu begründen, gescheitert sei. „This Enlightenment project, for its part, has roots in natural-law theory and western philosophical assumptions regarding the capacities of reason. This book

---

<sup>118</sup> Nozick, 1979, S. 147.

<sup>119</sup> Vgl. Engelhardt, 1996, S. 376.

focuses on the failure of this project to discover a canonical, content-full ethics for bioethics to apply.”<sup>120</sup> Wir befänden uns heute in einer postmodernen, d.h. säkularen und pluralen Gesellschaft, in der eine Vielzahl unterschiedlicher Werte und Glaubensüberzeugungen bestände, zwischen deren Anhängern kein allgemeiner Konsens über diese hergestellt werden könne. Die Menschen begegnen sich als „moral strangers“, als „[...] people with whom one does not share sufficient moral principles or enough of a common moral vision to be able to resolve moral controversies through sound rational argument or an appeal to moral authority.”<sup>121</sup>

Engelhardt kritisiert, dass in der Debatte über bioethischen Fragen diese unüberbrückbare moralische Differenz nicht ernstgenommen werde und noch immer versucht werde, allgemeingültige Antworten auf bioethische Fragen zu geben. Engelhardt hält hingegen die Divergenz der unterschiedlichen Moralauffassungen für unüberwindlich. Während für die einen ein Schwangerschaftsabbruch Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts von Frauen sei, stelle er für die anderen Mord unschuldigen Kindern dar.<sup>122</sup> Engelhardt will daher eine Theorie der Moral entwickeln, die für moralisch Fremde eine Richtschnur sein kann, wenn diese versuchen, Probleme der Gesundheitspolitik zu lösen.

Nach Engelhardt kann ein Minimalkonsens nur noch über Freiheits- und Eigentumsrechte erlangt werden. Das Freiheitsrecht ist dabei als ein negatives Recht zu verstehen, also als ein Abwehrrecht, das die Person und ihr Eigentum vor Übergriffen schützen soll. Alle staatlichen Eingriffe und Regelungen, die über den Schutz der Freiheit und des Eigentums hinausgehen, bedürfen der Zustimmung der Bürger. In einer säkularen Gemeinschaft moralisch Fremder muss sich die Befugnis staatlichen Handelns auf ein „principle of permission“ gründen. Dies bedeutet für das Gebiet der Gesundheitsversorgung zum einen, dass es kein Grundrecht auf Gesundheitsversorgung gibt. „A basic human secular right to health care does not exist – not even to a ‘decent minimum of health care’.”<sup>123</sup> Klassisch libertär argumentiert Engelhardt an dieser Stelle, dass die Umsetzung eines Rechts auf Gesundheitsversorgung Bürgern Kosten auferlegen würde, die deren Eigentumsrechte verletzen und illegitim seien. „Rights to health care constitute claims on services and goods. Unlike rights to forbearance, which require others to refrain from interfering, which show the unity of the authority to use others, rights to beneficence are rights grounded in particular theories or accounts of the good. For gen-

---

<sup>120</sup> Ebd., S. viii.

<sup>121</sup> Ebd., S. 8.

<sup>122</sup> Vgl. hierzu auch Steigleder, 2003, S. 72ff.

<sup>123</sup> Ebd., S. 375.

eral authority, they require others to participate actively in a particular understanding of the good life or justice. Without an appeal to the principle of permission, to advance such rights is to claim that one may press others into labor or confiscate their property.”<sup>124</sup>

Ebenso wie Nozick hebt Engelhardt gegen Rawls hervor, dass der Einzelne keinen Anspruch darauf hat, dass Nachteile, die aus der natürlichen und sozialen Lotterie entstanden sind, ausgeglichen werden. Er stützt sich hier ganz auf Nozicks historische Gerechtigkeitsauffassung, nach der Eigentumsverhältnisse gerecht sind, wenn sie durch gerechten Erwerb entstanden sind unabhängig davon, wie sie den Einzelnen stellen. Eine Geburt in Armut und mit Behinderung stellt für ihn ein Unglück, aber eben keine Ungerechtigkeit dar.

Bei der Verteilung von Gesundheitsleistungen gilt zwischen moralisch Fremden als oberstes Prinzip das Erlaubnis-Prinzip, also die Zustimmung der Bürger. Für die Mittelverteilung im Gesundheitswesen folgt daraus Folgendes: „People are free to purchase the health care they can buy and to provide the health care others wish to give or to sell.”<sup>125</sup> Außerdem unterliegt das Gesundheitssystem weiteren Bedingungen: Ein aus öffentlichen Geldern finanziertes Gesundheitssystem muss dem Erlaubnis-Prinzip entsprechen, d.h. es kann zustande kommen, wenn alle zustimmen, es besteht aber kein Anspruch auf öffentliche Gesundheitsfürsorge. Gleichzeitig muss das Gesundheitssystem mehrstufig sein, d.h. es muss auch eine private Gesundheitsversorgung geben, damit diejenigen, die besonders viel Geld für Gesundheit ausgeben können und wollen, die Möglichkeit haben. Daraus folgt auch, dass Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung unvermeidbar sind, da sich Wohlhabende luxuriöse Gesundheitsleistungen leisten können, deren Erwerb ihnen auf Grund ihrer Freiheitsrechte nicht verwehrt werden dürfe. Außerdem hebt Engelhardt hervor, dass es sowohl auf der Ebene der Mikro- sowie der Makroallokation keine allgemeingültigen Gerechtigkeitsprinzipien gebe, die bei einer Priorisierung von Gütern helfen könnten. Solche Richtlinien müssten in Übereinkunft ermittelt werden. Außerdem dürften Menschen nicht gezwungen werden, Mitglied in einem Gesundheitssystem zu sein, deren Leistungen sie ablehnen. So dürfe kein Katholik gezwungen werden, Beiträge an ein Gesundheitssystem zu zahlen, zu dessen Leistungen Abtreibungen zählen. Daher haben Wert- und Glaubensgemeinschaften auch

---

<sup>124</sup> Ebd., S. 376.

<sup>125</sup> Ebd., S. 402.

unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft das Recht, ein eigenes autonomes Gesundheitssystem zu entwickeln, das ihren Wertsetzungen entspricht.

Zusammenfassend kann man also festhalten, dass Engelhardt einen rechtlichen Anspruch auf medizinische Versorgung negiert. Im Rahmen einer Theorie, die Eigentumsrechte gegenüber sozialen Rechten stark macht, lehnt er ein ohne explizite Zustimmung der Beteiligten öffentlich finanziertes Gesundheitssystem ab. Unterstützung für Arme und Kranke sollte es natürlich auch nach Engelhardt geben, allerdings fällt diese dann in den Bereich der freiwilligen Wohltätigkeit.

In der kritischen Diskussion von Engelhardts Ansatz im folgenden Kapitel soll unter anderem auf die Diskussion über die Plausibilität der Unterscheidung von Abwehr- und Anspruchsrechten eingegangen und Engelhardts Freiheits- und Eigentumsbegriff problematisiert werden.

### 3. Der Anspruch auf Gesundheitsversorgung - Forderungen und Einwände

Die vier vorgestellten Gerechtigkeitstheorien sind ausgewählt worden, da sie das Spektrum gängiger Positionen und Argumente innerhalb der philosophischen und politischen Gerechtigkeitsdiskussion abbilden. Die folgende Übersicht fasst die Antworten auf die einleitend genannten Fragen noch einmal zusammen.

Übersicht über die Theoriekonzepte II

	<i>FRAGEN ZUR MEDIZINISCHEN VERSORGUNG</i>		
	<i>Ist ein Anspruch auf medizinische Versorgung gerechtfertigt?</i>	<i>Welchen Umfang umfasst die geforderte medizinische Versorgung?</i>	<i>Welcher Krankheitsbegriff wird verwendet?</i>
<b>Der Egalitäre Liberalismus nach Daniels</b>	Ja, da und insofern die medizinische Versorgung eine notwendigen Voraussetzung für Chancengleichheit ist	diejenigen körperlichen/seelischen Zustände, die das arttypische Funktionieren einschränken; der genaue Umfang muss in demokratischen Prozessen bestimmt werden	Deskriptiver Krankheitsbegriff: Krankheit als Abweichen vom arttypischen Funktionieren
<b>Der Utilitarismus nach Birnbacher</b>	Ja, da Leid vermieden werden soll und das Leid eines jeden gleichermaßen zählt; ob ein gesicherter Rechtsanspruch besteht, ist davon abhängig, ob man den Utilitarismus als Regelutilitarismus interpretiert	orientiert sich am Ausmaß des Leides; beispielsweise sind auch Enhancement-Maßnahmen hinzuzuzählen, wenn sie Leid beseitigen	Normativer Krankheitsbegriff: jeder Zustand, der Leid darstellt
<b>Der Kommunitarismus nach Emanuel</b>	Abhängig vom Wertesystem einer Wertegemeinschaft, wobei jedem ermöglicht werden sollte, eine Wertegemeinschaft frei zu wählen	wird durch die jeweilige Wertegemeinschaft in deliberativen Prozessen festgelegt	Normativer Krankheitsbegriff: jeder Zustand, den eine Wertegemeinschaft als solchen ansieht
<b>Der Libertarismus nach Engelhardt</b>	Nein, ein öffentlich finanziertes Gesundheitssystem oder eine allgemeine Versicherungspflicht stellen einen unzulässigen Eingriff in die Eigentumsrechte des Einzelnen dar	je nach dem, was der Einzelne sich leisten kann oder will	Normativer Krankheitsbegriff; in pluralistischen Gesellschaften kann es keine allgemeingültige Definition von Krankheit geben

Zumindest diejenigen Gerechtigkeitsforderungen müssten breite Zustimmung finden, die durch alle vier Positionen begründet werden können, also deren kleinsten gemeinsamen Nenner darstellen. Dieser soll im Folgenden herausgearbeitet werden. Zugleich sollen aber auch die Forderungen, die über diesen kleinsten gemeinsamen Nenner hinausreichen, durch Abwägen der Argumente und Gegenargumente geprüft werden. Der Gang der Argumentation, wie man ihn zwischen diesen Theorien systematisch annehmen kann, war eingangs bereits erwähnt worden: Der egalitäre Liberalismus kann als Reaktion auf den Utilitarismus verstanden werden. Haupteinwand gegen den Utilitarismus war und ist der Vorwurf, die utilitaristische Theorie führe zur Opferung des Einzelnen im Namen des Wohles Vieler und könne keine subjektiven Rechte rechtfertigen. Die libertäre Kritik am egalitären Liberalismus richtet sich gegen die Forderungen nach sozialen Rechten und wohlfahrtsstaatlichen Leistungen, in denen die Libertären eine Einschränkung der Freiheits- und Eigentumsrechte des (wohlhabenden) Einzelnen sehen. Der Hauptstreitpunkt zwischen dem Liberalismus und dem Kommunitarismus dreht sich wiederum um die Frage nach dem Verhältnis des Rechten und des Guten und der liberalen Annahme, der Neutralität des Rechten. Einige dieser grundlegenden Streitpunkte zwischen den vier Theorien sollen im Folgenden diskutiert werden.

### **3.1. Die Verteilung medizinischer Leistungen: Nutzenmaximierung ohne Rechte?**

Der Utilitarismus ist als eine Position vorgestellt worden, nach der ein öffentliches Gesundheitssystem zu fordern ist, weil durch dieses der Nutzen - beispielsweise verstanden als subjektive Lebensqualität - gesteigert werden kann. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung muss unabhängig von den finanziellen Mittel des Einzelnen sein, d.h. eine Verteilung medizinischer Ressourcen auf dem freien Markt ist illegitim, da die Lebensqualität jedes Menschen gleichermaßen berücksichtigt werden muss. Das Leid des Armen fällt genauso ins Gewicht wie das Leid des Reichen und sollte vermieden werden.

Die Probleme, mit denen diese Position behaftet ist, sind im vorherigen Kapitel bereits angedeutet worden. Sie begleiten den Utilitarismus bereits seit seiner Entstehung. Birnbacher hat mit seiner Unterscheidung einer Praxisnorm von einer Idealnorm versucht, diese Schwierigkeiten zu vermeiden. Der Haupteinwand gegen den Utilitarismus kreist um die Frage, wie der Nutzen bestimmt wird bzw. ob diese Bestimmung gerecht ist: Wie lassen sich interpersoneller Nutzenvergleiche anstellen, die Nutzenproduktivität festlegen und einzelne Nutzeneinheiten aufsummieren bzw. welche Konsequenzen folgen aus dieser Bestimmung in Hinblick auf eine gerechte Verteilung des Nutzens innerhalb einer Gesellschaft?

Die Einwände gegen den Utilitarismus werden häufig anhand von Beispielen vorgebracht, die nachweisen sollen, dass die Verwendung des Nutzens als eines ethischen Maßstabs zu moralisch unakzeptablen Konsequenzen führe.<sup>126</sup> Eines dieser Beispiele ist - in der einen oder anderen Form - das einer Mutter mit vier Kindern, die zeitgleich mit einem Mann in die Notaufnahme eingeliefert wird, der keine Familie hat und von niemandem vermisst werden würde. Beide sind schwer verletzt und benötigen eine neue Leber. In diesem Beispiel steht nur eine Leber direkt zur Verfügung und käme für beide Empfänger gleichermaßen in Frage. Die Kritiker werfen dem Utilitarismus nun vor, dass er die Würde und die Rechte des Einzelnen nicht achtet, da er sich klar für die Gabe des Organs an die Mutter aussprechen und eine Vergabe beispielsweise nach dem Losverfahren ablehnen müsste, denn unter Nutzensgesichtspunkten fließt der Nutzen Dritter, hier der Kinder, in die Gesamtnutzenrechnung genauso ein wie das Wohl der unmittelbar Beteiligten. Diese Position vertritt beispielsweise Glover: „Wenn es um das Leben von zwei Personen geht und wir nur eine von ihnen retten können, so sollte der Anzahl

---

<sup>126</sup> Vgl. z.B. Maclean, 1993, die sich mit dem bekannten Werk „The Value of Life“ des utilitaristisch argumentierenden Bioethikers John Harris auseinandersetzt.

der Menschen, die von ihnen abhängen, großes Gewicht beigemessen werden. Wenn die beiden Personen – unter sonst gleichen Umständen – dadurch voneinander unterschieden sind, dass die eine keine Familie besitzt und die andere Mutter mehrerer kleiner Kinder ist, so gibt es starke Gründe, die Entscheidung zwischen ihnen nicht aufgrund des Zufallsprinzips zu treffen.“<sup>127</sup>

Die Kritik an diesem Vorgehen lässt sich auch folgendermaßen auf den Punkt bringen: Nach der Verteilung unter Nutzensgesichtspunkten wird zwar nicht dem Armen, der es sich nicht leisten kann, der Zugang zur medizinischen Versorgung verwehrt, dafür aber unter Umständen dem Einsamen, zu dessen Einzelnutzen sich keine weitere Nutzeneinheiten aufaddieren lassen.

Dem Problem der Berücksichtigung des Nutzens Dritter in der Gesamtnutzenrechnung hat sich auch Birnbacher gewidmet. Er lehnt die Verteilung von Leistungen nach dem Nutzen Dritter ab, da sie das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient untergrabe, wenn dieser nicht mehr sicher sein könne, ob der Arzt nur das Wohlergehen des Patienten oder auch das anderer im Blick habe. Das Vertrauensverhältnis sei aber nach Birnbacher ein „hohes Gut“ für den Patienten, was wohl bedeuten soll, dass es zu seinem subjektiven Wohlbefinden beitrage. Allerdings überzeugt dieser Schachzug zur Rettung des Utilitarismus nicht. Denn erstens kann man einwenden, dass die Entscheidung auch an Dritte, also beispielsweise eine Ethik-Kommission, weitergegeben werden könnte und Arzt und Patient gleichermaßen das Ergebnis nur mitgeteilt bekämen. Zum anderen ändert es nichts an der grundsätzlichen Konsequenz, dass nach dem Utilitätskriterium das Wohl eines Einzelnen dem Wohle Vieler geopfert werden kann, auch wenn man in diesem speziellen Fall die sekundäre, einschränkende Bedingung der Wahrung des Vertrauensverhältnisses gelten ließe.

Die Bestimmung des Gesamtnutzens wirft auch das Problem auf, ob zwei Menschen mehr zählen als einer. Hierzu Harris: „Das Leben einer jeden Person ist für sich genommen wertvoll, und genau aus diesem Grund sind zwei Leben wertvoller als eines. Deshalb sollten wir uns in einer Situation, in der wir nicht alle in ihrem Leben bedrohten Personen retten können und wir folglich zwischen ihnen zu wählen haben, dafür entscheiden, so viele zu retten wie nur möglich.“<sup>128</sup> Harris bereits vorgestellter Vorschlag einer „Überlebenslotterie“ gründet auch auf dieser Idee. Die Diskussion um und die Einwände gegen die Überlebenslotterie sind umfangreich und können hier nicht alle

---

<sup>127</sup> Glover, 1977, S. 222, zitiert nach Harris, 1995, S. 156.

<sup>128</sup> Harris, 1995, S. 52.

nachgezeichnet werden. Die Argumente gegen diesen Vorschlag berufen sich im wesentlichen auf Werte wie *Menschenwürde* oder auch einfach das unveräußerliche *Selbstverfügungsrecht* an der eigenen Person. Gegen eine Überlebenslotterie kann eingewendet werden, dass die Würde des Geopferten verletzt werde, wenn dieser zum Nutzen der anderen geopfert werde würde, bzw. dass das Recht des Einzelnen auf Unverletzlichkeit seiner Person nicht dem Allgemeinwohl geopfert werden dürfe.

Der Grundsatz, dass zwei Menschen mehr zählen als einer, kann zudem auch auf Situationen angewendet werden, in denen es vielleicht nicht unmittelbar um Leben und Tod, aber um die Verbesserung der Lebensqualität geht, wie sie beispielsweise durch die Entwicklung neuer Therapien erzielt werden kann. Nach dieser Nutzenrechnung müsste man sich beispielsweise dafür aussprechen, Gelder nur in die Erforschung häufiger Krankheiten zu investieren. In diesem Sinne hätte beispielsweise die Entwicklung weiterer Therapien gegen Kopfschmerzen Vorrang vor der Entwicklung einer Therapie gegen die seltene, aber tödlich verlaufende Amyotrophische Lateralsklerose. Die moralische Intuition, dass gerade gegenüber Schwerkranken eine besondere Pflicht zur Hilfe besteht, lässt sich durch das Nutzenkalkül nicht abbilden.

Ein anderes Problem des Utilitarismus berührt die Frage, ob die Entscheidung darüber, welche kostspielige Therapie man einem Patienten zukommen lässt, davon abhängen sollte, wie die Lebensqualität eines Patienten nach der Therapie aus medizinischer Sicht eingeschätzt wird. Mit anderen Worten: Sollte man einem Patienten, der ohnehin bis an den Rest seines Lebens ans Bett gefesselt sein wird, weniger Therapie zukommen lassen als einem Patienten, der wieder ganz genesen kann? Die Kritik lautet, dass unter Utilitätsgesichtspunkten diese Frage bejaht werden müsste und dadurch deutlich werde, dass der Utilitarismus behindertes Leben weniger wertschätze und Menschen mit Behinderung weniger Hilfe zukommen ließe. Auch in Hinblick auf die mit diesem Problem zusammenhängende Frage, ob Alter ein Kriterium der Rationierung sein kann, wird einer am Nutzen orientierten Position häufig unterstellt, sie müsse sich für Altersrationierung aussprechen, da Qualität und Quantität des Wohlbefindens nach einer erfolgreichen Behandlung im Alter geringer seien. Hier haben einige Utilitaristen zu Recht eingewendet, dass die Lebensqualität nicht objektiv, sondern subjektiv bestimmt werde. „Ich habe im ersten Kapitel dafür argumentiert, als den ausschlaggebenden Faktor die Frage anzusehen, wie wünschenswert der betroffenen Person selbst ihr Weiterleben erscheint, und die Position der Irrelevanz des Alters bezieht viel von seiner Überzeu-

gungskraft aus ähnlichen Überlegungen.“<sup>129</sup> Auch Birnbacher geht - wie dargestellt - von einem subjektiven Nutzenbegriff aus. Die Kritik, dass nach dem Nutzenkriterium ein Leben mit Behinderung als weniger wertvoll eingeschätzt werden müsste, scheint auf die Anhänger eines subjektiven Begriffs des Wohlergehens aber tatsächlich nicht anwendbar, zumindest nicht in Hinblick auf die Qualität des Nutzens.

Unterstellt man dem Utilitarismus allerdings einen objektiven Krankheitsbegriff und versteht unter der Quantität des Nutzens die numerische Anzahl an verbleibenden Lebensjahren, dann kann der Einwand allerdings nicht so einfach durch Hinweis auf die Subjektivität zurückgewiesen werden. Der Nutzen, der aus einer Therapie erwächst, ist quantitativ geringer, wenn der Betreffende nur noch kurz zu leben hat. Nach Rauprich führe eine Verteilung der Leistungen nach dem Nutzenprinzip sogar dazu, dass sozial Schwächergestellte bei der Verteilung von Leistungen an bestimmte gesellschaftliche Gruppen beispielsweise im Rahmen der Gesundheitsvorsorge, systematisch benachteiligt werden müssten, da sie statistisch eine geringere Lebenserwartung aufweisen und ihre Behandlung somit zu weniger Nutzen führt. „Aus utilitaristischer Sicht folgt aus diesem Kalkül in vielen Fällen das Gebot, im Bereich Public Health die Priorität auf sozial höher stehende Gruppen zu lenken, um den aggregierten Nutzen der Maßnahmen zu maximieren. Dies erscheint jedoch als eine ungerechte, doppelte Benachteiligung der sozial Schwachen.“<sup>130</sup> Allerdings ist anzumerken, dass die wenigsten Utilitaristen einen derart interpretierten quantitativen Nutzenbegriff vertreten.

Das Problem der Berechnung des Gesamtnutzens führt aber zu noch viel weitreichenderen Konsequenzen, wenn man die Frage stellt, was in einer Situation zu tun ist, in der der Tod eines Einzelnen einer großen Zahl anderer Menschen nützt. So wird dem Utilitarismus vorgeworfen, dass nach seinen Grundsätzen sogar die Ausschachtung eines ohnehin kranken, unglücklichen und alleinstehenden Menschen zugunsten mehrerer anderer kinderreicher Menschen legitim sei. Die meisten Utilitaristen sprechen sich natürlich gegen diese Konsequenz aus und begründen dieses beispielsweise damit, dass ein solches Vorgehen die Vertrauensbeziehungen der Menschen untereinander untergraben und den gesellschaftlichen Zusammenhalt erodieren und damit indirekt das Wohl aller Beteiligten gar nicht erhöhen sondern im Gegenteil stark mindern würde.

Die Beispiele, die gegen den Utilitarismus angeführt werden, zeigen Konsequenzen aus der Anwendung des Nutzens als ethischen Maßstab auf, die von den meisten Menschen

---

<sup>129</sup> Harris, 1995, S. 154.

<sup>130</sup> Rauprich, 2008, S. 146/147.

abgelehnt werden. Auch die Utilitaristen lehnen diese Konsequenzen teilweise ab. Sie berufen sich in ihrer Erwiderung meist darauf, dass der vermeintliche Nutzensgewinn, der aus der moralisch fraglichen Vorgehensweise erwüchse, verrechnet werden muss mit dem Verlust an Nutzen, der aus der fraglichen Vorgehensweise ebenso entstünde, beispielsweise durch den Vertrauensverlust der Menschen gegenüber dem Arzt oder dem Staat. Insofern würde der Gesamtnutzen auch gar nicht zunehmen und die Vorgehensweise sei nicht zu befürworten. In diesem Sinne werden dann auch manchmal Grundrechte befürwortet. Allerdings stellt sich die Frage, ob sich ein ethischer Maßstab, der grundsätzlich die Ausbeutung des Einzelnen zum Wohle vieler zuließe, wenn daraus nicht sekundär nutzenmindernde Verhältnisse entstünden, akzeptabel ist. Die Frage ist daher, ob eine Moraltheorie überzeugen kann, die leicht zu Konsequenzen führt, die selbst deren Anhänger ablehnen. Rawls und andere Vertreter eines egalitären Liberalismus haben diese Frage verneint. Ihr Haupteinwand richtet sich gegen das Fehlen unveräußerlicher Rechte des Einzelnen, durch die allein vermieden werden könne, dass das Wohl des Einzelnen dem Wohle vieler geopfert werde. Wie bereits ausgeführt sind die Rechte im Utilitarismus nur indirekt abgeleitet und gelten nur solange, wie nicht gezeigt werden kann, dass der Nutzen ohne sie doch größer ist. Ein unangreifbarer Inhalt der Gerechtigkeit sind sie also nicht.

Birnachers Praxisnorm verdeutlicht eigentlich nur die unlösbaren Probleme des Utilitarismus. Er zeigt mit seinem Text, dass man, wenn man die kontraintuitiven Konsequenzen vermeiden will, die aus einer strengen Anwendung der Nutzenregel folgen, diese soweit einschränken muss, dass man eigentlich nicht mehr von einer utilitaristischen Position sprechen kann. Der Umstand, dass Birnbacher sogar andere Werte als den Nutzen, wie Freiheit und Gleichheit, wenn auch als Mittel zur Akzeptanzsteigerung und damit Durchsetzung des Utilitarismus, anerkennt, macht deutlich, dass das Nutzenkriterium kein akzeptabler Maßstab ist.

### 3.2. Leid, Chancengleichheit und solidarische Zwangsversicherung

Als Vertreter des egalitären Liberalismus ist Norman Daniels vorgestellt worden, der den Anspruch auf medizinische Versorgung aus dem Anspruch auf Chancengleichheit ableitet. Den Anspruch auf Chancengleichheit rechtfertigt Daniels im Rahmen von Rawls' Theorie einer hypothetischen Wahl von Gerechtigkeitsgrundsätzen. Nach Rawls würden sich die Vertragspartner auf Gerechtigkeitsgrundsätze einigen, die Chancengleichheit garantieren. Die Chancengleichheit bei Rawls bezieht sich dabei auf den Zugang zu Positionen und Ämtern. Daniels fasst diesen Anspruch weiter: bei Daniels geht es um Lebenschancen insgesamt, also darum, die Möglichkeit zu erhalten, ein Leben nach den eigenen Vorstellungen eines guten Lebens führen zu können. Die Vertragspartner entscheiden sich für solche medizinischen Leistungen, die einen „normal opportunity range“ sichern helfen. Unter einem *normalen Spektrum an Lebenschancen* versteht er die Gesamtmenge an Lebensplänen, die vernünftige Menschen in einer gegebenen historischen Gesellschaft entwickeln können. Gesundheit, die Daniels im Sinne eines naturalistischen Krankheitsbegriffs als arttypisches Funktionieren definiert, ist die Grundlage dieser Chancengleichheit. „Die Institutionen der Gesundheitsversorgung sind also Teil der gesellschaftlichen Grundstruktur, die einen Rahmen aus Freiheiten und Chancen schafft, innerhalb dessen die Individuen mit Hilfe ihres fairen Einkommensanteils ihre Konzeptionen des Guten verfolgen.“<sup>131</sup>

Gegen die Rolle, die Daniels der Chancengleichheit in seiner Argumentation für einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung einräumt, sind eine Reihe von Einwänden vorgebracht worden, von denen die folgenden zwei vorgestellt werden sollen: Als erstes soll die Frage diskutiert werden, ob eine egalitäre Theorie der Chancengleichheit überhaupt geeignet ist, Fragen einer gerechten Gesundheitsversorgung angemessen zu beantworten. Der Einwand lautet, dass Chancengleichheit in Hinblick auf Gesundheit und Krankheit in unseren moralischen Überlegungen nur eine untergeordnete Rolle spiele. Stattdessen präferieren die Kritiker der Chancengleichheit eine Theorie menschlicher Grundbedürfnisse, die die moralischen Werte der Schmerzvermeidung und der Leidreduzierung ins Zentrum rückt. Als zweites soll eine Auseinandersetzung mit dem Libertarismus stattfinden. Die kritische libertäre Frage, warum Chancengleichheit überhaupt gefordert und die natürliche und soziale Lotterie der Natur ausgeglichen werden sollte, soll erörtert werden.

---

<sup>131</sup> Thielmann, 2003, S. 114.

### 3.2.1. Chancengleichheit und Leid

Daniels ist als ein Vertreter einer egalitaristischen Gerechtigkeitstheorie vorgestellt worden. Als egalitaristisch kann Daniels' Theorie bezeichnet werden, da es ihm um Gleichheit an Lebenschancen geht, die die medizinische Versorgung sichern helfen soll. Von Daniels' Ansatz lassen sich Theorien abgrenzen, die nicht den Umweg über die Chancengleichheit gehen, sondern versuchen, Gesundheit unmittelbar als ein Grundgut oder eine basales Bedürfnis zu rechtfertigen. Im zweiten Kapitel ist bereits darauf hingewiesen worden, dass Rawls Gesundheit bzw. medizinische Grundversorgung nicht zu den Grundgütern zählt, welches eine Möglichkeit wäre, medizinische Grundversorgung in seine Gerechtigkeitstheorie aufzunehmen. Auch Daniels schlägt diesen Weg nicht ein, obwohl es durchaus Versuche gibt, den Anspruch auf medizinische Versorgung über eine Erweiterung der Liste der Grundgüter zu begründen, beispielsweise von Ronald Green.<sup>132</sup> Einem ähnliches Vorgehen verfolgen auch Autoren, die soziale Menschenrechte - wie ein Recht auf Gesundheitsversorgung - damit begründen, dass Rechte besonders wichtige, grundlegende menschliche Bedürfnisse absichern.<sup>133</sup> Laut Schramme lassen sich diese Autoren unter eine Suffizienztheorie der Gerechtigkeit subsumieren, während Daniels ein Vertreter einer egalitaristischen Gerechtigkeitstheorie sei. Schramme unterscheidet idealtypisch zwei verschiedene Modelle sozialer Gerechtigkeit: Egalitaristische Theorien und Suffizienztheorien. Egalitaristische Theorien streben Gleichheit der Menschen in einer bestimmten Hinsicht an, beispielsweise in Hinblick auf die Ausstattung mit Ressourcen oder wie Daniels in Hinblick auf Lebenschancen. Die Anhänger einer Suffizienztheorie streben nicht Gleichheit, sondern Suffizienz an, d.h. jeder sollte genug haben, um ein gelungenes Leben führen zu können. Nach der Suffizienztheorie sei zumindest die Sicherung eines minimalen Standards menschlichen Wohlergehens gefordert. „Im Gegensatz zur egalitaristischen Auffassung sind nach der Suffizienztheorie die individuellen Ansprüche an die Solidargemeinschaft unabhängig von der komparativen Ausstattung anderer generiert. Was wir uns gegenseitig schulden, bemisst sich nach absoluten Standards. Wessen wir bedürfen, ist eben unbeeinflusst von den Lebensverhältnissen anderer. Leid ist – im Gegensatz zu einem Nachteil – nicht durch eine interpersonelle Relation festgelegt.“<sup>134</sup> Im Folgenden soll untersucht werden, welche Rolle Grundbedürfnisse in Daniels' Theorie spielen und welcher Stellenwert

---

<sup>132</sup> Vgl. Green, 1976.

<sup>133</sup> Vgl. hierzu auch Gosepath, 1999.

<sup>134</sup> Schramme, 2004, S. 75.

relationalem Leid in einer Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung eingeräumt werden sollte.

Es lassen sich verschiedene Ansätze unterscheiden, menschliche Grundbedürfnisse zu definieren. Der Versuch, eine Liste mit menschlichen Grundbedürfnissen aufzustellen, ist nicht unumstritten. Die Kritik reicht von dem Einwand, dass sich Bedürfnisse nicht objektiv bestimmen lassen, sondern stets subjektiv seien, über die These, dass Bedürfnisse immer kultur- und gesellschaftspezifisch seien, bis hin zu dem Bedenken, dass sich Bedürfnisse nicht von bloßen Wünschen abgrenzen ließen. Nach Thielmann lassen sich drei verschiedene Begründungsstrategien universaler Grundbedürfnisse unterscheiden. Die erste Strategie argumentiert anthropologisch. Nach ihr ist der Mensch ein „Mängelwesen“, das auf Kleidung, Nahrung, Behausung etc. angewiesen sei. Ein weiterer Ansatz ist die Theorie der Grundgüter, deren Besitz zur Verwirklichung einer Vielzahl menschlicher Vorhaben notwendig sei. Rawls' Theorie der Grundgüter fällt unter diese Strategie. Die Liste dieser Güter ist schmal gehalten und umfasst nur soziale Güter, deren Verteilung unmittelbar durch die gesellschaftlichen Institutionen bestimmt wird. Sehr viel weiter gefasst ist die Strategie der Grundfähigkeiten, wie sie von Sen und Nussbaum vertreten wird.<sup>135</sup> Nussbaum schlägt eine umfangreiche Liste grundlegender funktionaler Fähigkeiten vor, mit der das Wohlbefinden von Menschen in verschiedenen Lebensumständen evaluiert werden könne. Auch Daniels verknüpft den Bedürfnisbegriff mit dem der menschlichen Funktionsfähigkeit. Bei ihm sind Grundbedürfnisse bzw. Gesundheitsbedürfnisse über die normale Funktionsfähigkeit definiert. „Health care needs will be those things we need in order to maintain, restore, or provide functional equivalents (where possible) to normal species functioning.“<sup>136</sup> Neben medizinischen Dienstleistungen im engeren Sinne zählt Daniels auch Dinge wie Nahrung, Behausung, sichere Arbeits-, und Lebensbedingungen zu den Gesundheitsbedürfnissen. Diese Gesundheitsbedürfnisse erfüllen nach Daniels zwei Eigenschaften: Erstens sind sie objektiv überprüfbar, da das arttypische Funktionieren empirisch bestimmbar ist und zweitens sind sie besonders wichtig, da ohne sie die Bandbreite an normalen Lebenschancen reduziert wird. Die von Daniels geforderte Gleichheit an Lebenschancen meint, dass Menschen mit ähnlichen Fähigkeiten die gleichen Chancen offenstehen müssen. Daniels geht davon aus, dass es in jeder Gesellschaft abhängig vom kulturellen, sozialen und technischen Entwicklungsstand eine bestimmte Bandbreite an Lebensplänen gibt,

---

<sup>135</sup> Vgl. z.B. Nussbaum, 1992, oder Sen, 1992.

<sup>136</sup> Daniels, 1985, S. 32.

die vernünftige Menschen relativ zu ihren Fähigkeiten aufstellen können. In die Entscheidung, ob in Hinblick auf einen bestimmten Gesundheitszustand einer Person ein Anspruch auf Gesundheitsleistungen besteht, fließt nun ein zweifach relationales Urteil ein: in Hinblick auf die Beurteilung des Krankheitszustandes sowie der Chancengleichheit. Erstens ist der naturalistische Krankheitsbegriff relational. Der Zustand eines Individuums wird mit einer statistischen Normalverteilung verglichen. Zweitens wird verglichen, inwieweit dieser Zustand ein Abweichen von einer normalen Bandbreite an Lebenschancen darstellt. In die Beurteilung der Frage, ob ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung besteht, fließt hingegen nicht der Aspekt ein, ob die Person Schmerzen leidet oder nicht. Es kann nur indirekt unterstellt werden, dass die arttypische Funktionsfähigkeit eines Menschen, der Schmerzen hat, stets gefährdet ist. In diesem Sinne kann Schrammes Feststellung, dass für Daniels der relative Nachteil eine entscheidende Bezugsgröße ist, zugestimmt werden. Die Kritik, die Schramme jedoch an diese Feststellung knüpft, soll im Folgenden hinterfragt werden.

Seit Erscheinen von *Just Health Care* 1985 ist Daniels von verschiedener Seite kritisch entgegengehalten worden, dass Chancengleichheit nicht der moralisch wesentliche Wert in Hinblick auf eine gerechte Gesundheitsversorgung sei. Der Einwand lautet, dass nicht Chancengleichheit sondern vielmehr Schmerz und Leid die entscheidenden Bezugsgrößen für Fragen der Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung seien. Als ein früher Kritiker ist beispielsweise Stern zu nennen, der aus utilitaristischer Sicht betont, dass die Reduktion von Schmerzen und Leid der moralisch relevante Aspekt der Gesundheitsversorgung und die Mittelverteilung daher anhand des Nutzenkriteriums vorzunehmen sei.<sup>137</sup> Gegenwärtig ist ein ähnlicher Einwand von Schramme erneuert worden, der betont, dass die meisten Menschen medizinische Versorgung nicht nur moralisch wichtig finden, da sie hilft, Nachteile in Hinblick auf Lebenschancen zu vermeiden, sondern vielmehr, weil sie Leid und Schaden reduziert. Er vertritt die These, dass „suffering and absolute harm“ die entscheidenden Werte in Hinblick auf eine moralische Rechtfertigung von Gesundheitsleistungen seien.<sup>138</sup> *Absolute harm* versteht Schramme als einen nicht-komparativen Begriff im Gegensatz zu Daniels' Konzept der Chancengleichheit, das vergleichende als auch nicht vergleichende Elemente enthalte. Daniels betrachte Krankheit nicht unter dem Aspekt absoluten Leids, sondern als relationalen Nachteil. In seiner Argumentation greift Schramme auf das moralische Problem

---

<sup>137</sup> Vgl. Stern, 1983.

<sup>138</sup> Vgl. Schramme, 2009.

selbstverschuldeter Krankheit und Eigenverantwortlichkeit zurück. Er behauptet, dass wir Fälle selbstverschuldeter Krankheit, in denen Leid und Schaden vorliegen anderes bewerten als Fälle, in denen aus dem selbstverschuldeten Gesundheitszustand nur Nachteile in Hinblick auf Lebenschancen resultierten. Leid und Schaden wiegen so schwer, dass wir in diesen Fällen von der Eigenverantwortung absehen und uns für eine Behandlung im Rahmen eines solidarischen Versicherungssystems aussprechen würden, während in Fällen, in denen nur relationale Nachteile vorliegen, die Eigenverantwortlichkeit stärker ins Gewicht fiel und sich viele Menschen gegen eine Behandlung aussprechen würden. Dies zeige, dass absolutes Leid und nicht Chancengleichheit die moralische wichtigere Größe in Hinblick auf Gesundheitsversorgung sei. "I believe there is another lesson to be learned from these examples: the moral significance of disease and disability, and the moral point of healthcare, are not only found in their relation to disadvantage but also, and probably more importantly, in their relation to suffering and absolute harm."<sup>139</sup> Als Beispiel für selbstverschuldete Krankheit ohne Leid konstruiert Schramme den Fall eines Menschen, der sich freiwillig aus kosmetischen Gründen die Zunge spalten lässt und nun den Nachteil verminderter Sprechfähigkeit erleidet. Die meisten Menschen würden sich in diesem Fall gegen eine solidarisch finanzierte Logopädie aussprechen. Im Gegensatz dazu würde die Behandlung einer Beinfraktur, auch wenn es dazu selbstverschuldet im Rahmen einer Mutprobe gekommen ist, von den meisten Menschen als eine Solidarleistung anerkannt werden. „We would treat him, I submit, not because a broken leg is disadvantageous, but because it is non-comparatively harmful. So I believe that when we assess responsibility for health we distinguish between pathological conditions that involve harm and pathological conditions that merely cause disadvantage. The former will usually be treated (as far as possible) even where people are responsible for the condition, while the latter will not be treated or compensated."<sup>140</sup> Laut Schramme ist absolutes Leid eine so wichtige Größe, dass in diesen Fällen Eigenverantwortlichkeit keine Rolle mehr spielt. Dem soll widersprochen werden. Wenn man bereit ist, Eigenverantwortung in der Frage der Finanzierung medizinischer Leistungen einen Platz einzuräumen, dann genauso in Fällen, in denen ohne Behandlung Leid entsteht. Der entscheidende Unterschied in den Beispielen, die Schramme anführt, ist nicht, ob ein absoluter Schaden oder nur ein relationaler Nachteil bestehen, sondern die Fälle unterscheiden sich in der Dringlichkeit der medizi-

---

<sup>139</sup> Schramme, 2009, S. 18.

<sup>140</sup> Ebd., S. 18.

nischen Behandlung. In Fällen, in denen auf Grund einer lebensbedrohlichen Verletzung oder starker Schmerzen akuter Handlungsbedarf besteht, ist die Frage der Kostenerstattung zunächst zurückgestellt. Dies heißt aber nicht, dass nach erfolgter Behandlung nicht darüber diskutiert werden kann, wer die Rechnung zu begleichen hat. Die meisten Menschen, die für eine Berücksichtigung der Eigenverantwortung und des Verursacherprinzips in der medizinischen Versorgung argumentieren, würden sicherlich auch fordern, dass dem Patienten, der seinen Beinbruch fahrlässig verursacht hat, nach erfolgter Therapie die Rechnung geschickt wird, unabhängig davon, ob er gelitten hat oder nicht. Die Forderung, dass Patienten für selbstverursachte Krankheit aus eigener Tasche aufkommen sollen, ist ja nicht identisch mit der Forderung, dass jedem, der das Geld nicht gleich bar auf den Tisch legen kann, die Behandlung verwehrt wird. Eine moderate Variante, nach der der Patient die Kosten langsam abbezahlen kann, wäre ja ebenso denkbar. Gesundheitszustände, aus denen zwar Nachteile erwachsen, die aber nicht mit Leid einhergehen, sind nicht nur rar, sondern eben auch derart, dass eine Behandlung nicht so dringlich scheint – wie die logopädische Behandlung der gespaltenen Zunge - und so im Sinne der Eigenverantwortlichkeit die Kostenfrage im Vorfeld gestellt werden kann. Die Frage des Ausmaßes an Leid spielt in der Diskussion um selbstverschuldete Krankheiten daher keine unmittelbare Rolle. Dies zeigen auch die Beispiele der Krankheiten, an denen sich die öffentliche Diskussion entzündet, wie beispielsweise Sportverletzungen bei Risikosportarten oder Krankheiten aufgrund von Übergewicht, die durchaus mit absolutem Leid einhergehen.

Anhand des Problems der Eigenverantwortlichkeit lässt sich also nicht nachweisen, dass absolutes Leid ein moralisch bedeutsameres Kriterium als das des relationalen Nachteils ist. Schramme scheint jedoch einfach zu postulieren, dass ein relationaler Nachteil etwas ist, das von moralisch untergeordneter Bedeutung ist bzw. das nur unter dem Gesichtspunkt der Egalität relevant erscheint. „Sicherlich kann man stattdessen behaupten, dass doch immerhin jede Störung der Funktionsfähigkeit einen Nachteil – also gewissermaßen ein relatives Übel – darstellt. Dies wäre die Sichtweise Daniels‘, der sich, wie gesagt, ebenfalls auf die naturalistische Krankheitstheorie stützt. Doch würden ausschließlich Egalitaristen die Tatsache, dass etwas einen Nachteil darstellt, als gerechtigkeitsrelevant betrachten.“<sup>141</sup> Schramme hingegen, der wie Daniels auf den naturalistischen Krankheitsbegriff des arttypischen Funktionierens zurückgreift, erkennt aber nur solche Zustände als anspruchsberechtigt an, die mit absolutem Leid einhergehen.

---

<sup>141</sup> Schramme, 2004, S. 79.

Die Unterscheidung zwischen absoluten und relativen Leid und die mit ihr einhergehende Bewertung des Leids in moralisch relevant und irrelevant ist aber mit einer Reihe von Problemen behaftet, die im Folgenden diskutiert werden sollen. Relational soll ein Übel nach Schramme dann sein, wenn es sich erst im Vergleich mit anderen Personen zeigt. Eine Person leidet in diesem Sinne also nicht an der Krankheit an sich, sondern nur daran, dass sie durch die Krankheit im Vergleich zu anderen schlechter gestellt ist. Oder anders gesagt: Ein Mensch, der eigentlich nicht leidet, vergleicht sich mit anderen und stellt neidisch fest, dass ihm ein Nachteil aus seiner Position erwächst und erlebt nun relationales Leid.

Hierzu ist zweierlei zu sagen: Erstens ist es prima facie nicht einleuchtend, warum Leid, das sich auf einen wertenden Vergleich mit anderen gründet, moralisch weniger bedeutsam sein soll. Menschen leben als soziale Wesen in Gesellschaft und natürlich wird ihr Wohlbefinden durch ihre Stellung in der Gesellschaft beeinflusst. Es ist zu fragen, warum *Krankheit* statt nur über Leid - ebenso wie beispielsweise *Armut* statt nur über Hungern und Frieren – nicht auch über die Unmöglichkeit der Teilnahme an Aktivitäten des gesellschaftlichen Lebens definiert werden sollte.

Die Ablehnung relationalen Nachteils als eines moralisch relevanten Maßstabs scheint zudem kontraintuitiv zu sein, was folgendes Beispiel zeigt: Angenommen, es wird eine neue Heilmethode entwickelt für Menschen, die an Nervenlähmungen leiden. Weiterhin angenommen, eine Patientin, die seit Jahren eine Parese des linken Arms aufweist, hat sich mittlerweile so an ihren Zustand gewöhnt, dass sie nicht mehr unter ihrem Zustand leidet und alle Tätigkeiten im Haushalt ohne Hilfe ausführen kann. An ihrem Arbeitsplatz hat sie Tätigkeiten übernommen, die sie in ihrem Zustand problemlos bewältigen kann. Schmerzen verursacht ihr die schlaffe Lähmung nicht. Ihr gelähmter Arm stellt allerdings einen Wettbewerbsnachteil auf dem Arbeitsmarkt dar. Sie möchte daher die neue Therapie in Anspruch nehmen, um ihren Job wechseln und mehr Geld verdienen zu können. Lehnt man relationales Leid als Begründungsmaßstab von vornherein ab, müsste man ihren Anspruch zurückweisen.

Zweitens ist auf die Kritik am relationalen Leid einzuwenden, dass das Modell der Chancengleichheit gar keinen unmittelbaren Vergleich der Personen untereinander vorsieht. Bei Daniels vergleicht sich nicht der Einzelne mit anderen, sondern es findet ein objektiver Abgleich mit dem normalen Spektrum an Lebenschancen einer Gesellschaft statt. Dieses Spektrum soll in demokratischen Prozessen festgelegt werden, sobald der Schleier des Nichtwissens gelüftet ist. Insofern kann man auch gerade einen Vorteil

darin sehen, dass der relationale Nachteil objektiv bestimmt werden kann. Das absolute Leid ist hingegen von den subjektiven Befindlichkeiten des Einzelnen abhängig, zumindest solange man es subjektiv bestimmt. Hier besteht aber das Problem, dass Menschen, die über gute Coping-Strategien verfügen und bereit sind, ihre Krankheit zu akzeptieren und dadurch weniger leiden, einen geringeren Anspruch auf medizinische Versorgung haben als Menschen mit einer hohen Erwartungshaltung, die nicht geneigt sind, ihre Krankheit zu akzeptieren und stark leiden. Eine andere Möglichkeit als der jeweils subjektiven Einschätzung zu folgen, bestände darin, eine Liste mit Gesundheitsbedürfnissen festzulegen, und absolutes Leid immer dann als solches anzuerkennen, wenn diese Grundbedürfnisse verletzt sind. Davon abgesehen, dass eine solche Liste entweder sehr schmal oder höchst umstritten ist, findet auch hier ein relationaler Abgleich eines Gesundheitszustandes mit einem Ideal statt. Und es leuchtet prima facie nicht ein, warum eine Liste mit Gesundheitsbedürfnissen, auf die alle einen gleichen Anspruch haben, besser gerechtfertigt sein sollte als die Angabe eines normalen Spektrums an Lebenschancen, auf das alle einen gleichen Anspruch haben.

Die Diskussion der Frage, ob Daniels mit seiner Fokussierung auf Chancengleichheit entscheidende Werte außer Acht lässt, soll mit dem Hinweis abgeschlossen werden, dass sich Daniels durchaus mit den Aspekten der Leidvermeidung und Schmerzminde- rung beschäftigt. Allerdings ordnet er den Wert der Leidvermeidung nicht dem Bereich der Gerechtigkeit, sondern dem der Wohltätigkeit zu. Das Ziel seiner Argumentation ist es gerade, den Anspruch auf medizinische Versorgung als eine Forderung der Gerech- tigkeit auszuweisen. In Kapitel 1.1. ist die Unterteilung der Moral in die Bereiche der Wohltätigkeit und Gerechtigkeit bereits erläutert worden. Es ist darauf hingewiesen worden, dass Forderungen der Gerechtigkeit einer besonders starken Rechtfertigung bedürfen, da ihre Durchsetzung Zwang erlaubt. Über den Rückgriff auf Chancengleich- heit meint Daniels weite Teile der Gesundheitsversorgung dem Bereich der Gerechtig- keit zuordnen zu können. Wie bereits angeführt unterscheidet Daniels vier Ebenen der medizinischen Versorgung, wobei die vierte Ebene, auf der die Versorgung schwer geistig und körperlich Behinderter angesiedelt ist, nicht mehr als eine Forderung der Gerechtigkeit gerechtfertigt werden kann, da deren Institutionen nicht das Ziel verfol- gen, die normale Funktionsfähigkeit wiederherzustellen sondern Schmerz und Leid zu minimieren. Die Reduzierung von Schmerz und Leid ist als eine Forderung der Wohltä- tigkeit anzusehen. Die Frage für Daniels ist nicht, welche Theorie unsere moralischen Gefühle am besten abbildet, sondern welche der rationalen Überprüfung beispielsweise

von libertärer Seite am besten standhält. Daniels Antwort auf die Frage, wie sich ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung als eine Forderung der Gerechtigkeit ausweisen lässt, ist, dass dies über die Sicherung der Chancengleichheit und eben nicht über die Vermeidung von Leid möglich ist. Ob dies die libertären Kritiker überzeugen kann, ist eine andere Frage, die im Folgenden diskutiert werden soll.

### **3.2.2. Chancengleichheit und solidarische Zwangsversicherung**

Die libertäre Kritik am egalitären Liberalismus ist an Hand der Positionen von Nozick und Engelhardt bereits vorgestellt worden. Die Libertären lehnen ein öffentlich finanziertes Gesundheitssystem ab, da es eine Form ungerechtfertigten Zwangs darstelle. Ob der einzelne Bürger einen Beitrag zu einem öffentlichen Gesundheitssystem beisteuert, müsse der freien Entscheidung des Einzelnen unterliegen. Unfreiwillige Abgaben und unfreiwillige Mitgliedschaft sind ungerecht, da sie die freie Verfügung des Einzelnen über sich und sein Eigentum einschränken. Das Ideal der gleichen Freiheit, wie es von den Libertären interpretiert wird, umfasst nur eine Vorstellung von formaler Chancengleichheit, nach der Niemandem auf Grund seines Geschlechts, Rasse etc. der Zugang zu Ämtern oder beispielsweise zur medizinischen Versorgung verwehrt werden dürfe. Ein Prinzip der fairen Chancengleichheit, das Nachteile der sozialen und natürlichen Lotterie ausgleichen hilft, ist jedoch nicht gerechtfertigt, da seine Umsetzung die Freiheits- und Eigentumsrechte einschränken würde.

Für diese Arbeit ist es wichtig, sich mit der libertären Kritik Engelhardts auseinanderzusetzen, da sie grundlegend für die Beantwortung der Frage nach einer Rechtfertigung eines Anspruchs auf medizinische Versorgung ist. Es sind zahlreiche Einwände gegen diese libertäre Argumentation vorgebracht worden. Nicht alle können diskutiert werden. Die m.E. zwei wichtigsten Streitpunkte sollen vorgestellt werden: die Frage nach der Plausibilität der Unterscheidung von Abwehr- und Anspruchsrechten und die Diskussion über die Rolle und Interpretation des Eigentumsbegriffs.

In der Diskussion um Umfang und Begründung der Menschenrechte verweisen Kritiker sozialer Rechte auf die Einteilung der Rechte in Abwehr- bzw. negative Rechte einerseits und Anspruchs- bzw. positive Rechte andererseits. Diese Unterscheidung verweist auf das Ausmaß an Pflichten, die die Rechte den Adressaten auferlegen. Freiheitsrechte und Eigentumsrechte sind nach dieser Einteilung negative Rechte, da sie als verwirklicht angesehen werden können, wenn eine Person und ihr Eigentum unangetastet bleiben, also vom Adressaten nur ein Unterlassen verlangen. Positive Rechte, zu denen die

sozialen Rechte gezählt werden, fordern ein positives Tun vom Adressaten. Nach den Kritikern sozialer Rechte ist das Ausmaß an Pflichten, die die positiven Rechte den Adressaten auferlegen, nicht zu rechtfertigen. Auch der libertären Kritik liegt diese Einteilung zugrunde. Sie ist mehrfach in Frage gestellt worden. Befürworter sozialer Rechte bestreiten, dass die Freiheitsrechte bloß negative Rechte sind, die nur ein Unterlassen fordern, und betonen stattdessen, dass die *Sicherung* und *Gewährleistung* der Rechte sehr wohl aktives staatliches Handeln erfordert.

In der Diskussion um die Menschenrechte werden meist drei den Rechten korrespondierende staatliche Rechtspflichten unterschieden: Achtungspflichten, Schutzpflichten und Gewährleistungspflichten. Unter *Achtungspflicht* ist die Pflicht des Staates zu verstehen, die Menschenrechte nicht selbst zu verletzen, d.h. beispielsweise das Folterverbot oder die Versammlungsfreiheit zu achten. *Schutzpflichten* fordern den Staat auf dafür zu sorgen, dass die Rechte nicht von Seiten Dritter verletzt werden, beispielsweise durch die Unterhaltung eines funktionierenden Polizeiapparates. *Gewährleistungspflichten* beziehen sich auf die Verpflichtung des Staates, die Ausübung der Menschenrechte durch positive Leistungen zu ermöglichen. Einige Befürworter sozialer Menschenrechte betonen nun, dass der grundlegende Unterschied zwischen Freiheitsrechten und sozialen Rechten, wie er von den Libertären postuliert wird, nicht haltbar sei, da insbesondere die Schutzpflichten dem Staat auch in Hinblick auf die Freiheitsrechte ein positives Tun abverlangten. Ein Beispiel hierfür liefert Henry Shue, der versucht, der Kritik an sozialen Rechten zu begegnen, indem er bestreitet, dass die Zuordnung der Freiheitsrechte in die Gruppe der negativen Rechte und die der sozialen Rechte in die der positiven richtig ist. „I will try to show (1) that security rights are more “positive” than they are often said to be, (2) that subsistence rights are more “negative” than they are often said to be, [...]”<sup>142</sup> Er betont, dass der Schutz der Freiheitsrechte bzw. des Rechts auf körperliche Unversehrtheit positives staatliches Handeln verlangt. Maßnahmen zur Sicherung der körperlichen Unversehrtheit, zu denen Shue beispielsweise auch Antidrogenprogramme zur Bekämpfung der Beschaffungskriminalität rechnet, könnten aber sehr viel mehr positives Tun bzw. Geld erfordern als beispielsweise Sozialleistungen zur Existenzsicherung.

Es lassen sich viele weitere Beispiele neben den von Shue genannten finden - wie beispielsweise die kostspielige Sicherung der Ausübung des Demonstrationsrechts oder des Rechts auf körperliche Unversehrtheit im Umfeld eines Fußballspiels – die zeigen, dass

---

<sup>142</sup> Shue, 1980, S. 37.

auch die Sicherung der Freiheits- und Eigentumsrechte umfangreiche staatliche Maßnahmen nach sich ziehen kann. Aber auch wenn Shue zu Recht darauf hinweist, dass die Sicherung der Freiheitsrechte durchaus staatliches Tun verlangt, ist mit diesem Hinweis m.E. jedoch noch nicht die libertäre Kritik widerlegt, dass die Steuern, die zur Sicherung der sozialen Rechte erhoben werden, eine Verletzung von Eigentumsrechten darstellen. Denn es macht einen Unterschied, ob man Steuern zahlt, um sich damit vor einer Verletzung der eigenen Freiheitsrechte zu schützen oder damit der Staat anderen hilft, die Nachteile der natürlichen Lotterie der Natur auszugleichen. Im ersten Fall werden Freiheits- und Eigentumsrechte eingeschränkt, um Freiheits- und Eigentumsrechten Geltung zu verschaffen, im letzteren Fall, um sozialen Rechten Geltung zu verschaffen. Ein anderer Ansatz, der sich gegen die einfache Einteilung der Rechte in negative Freiheitsrechte und positive soziale Rechte wendet, entgeht diesem Einwand. Dieser Argumentationsansatz stimmt mit der Definition der Menschenrechte als Freiheitsrechte mit den Libertären überein, betont aber, dass die Freiheitsrechte wertlos seien, wenn dem Staat keine Gewährleistungspflicht zukomme. Und gewährleistet werden könnten die Freiheitsrechte nur über die Gewährleistung sozialer Rechte. Dieser Ansatz wird von Stefan Gosepath, der sich mit verschiedenen Begründungsstrategien sozialer Menschenrechte auseinandersetzt, als „Freiheitsauffassung“ bezeichnet. Gosepath charakterisiert diese Position folgendermaßen: „Soziale Rechte sind gemäß der Freiheitsauffassung notwendig, um persönliche und politische Autonomie und gleiche Nutzungschancen von Freiheitsrechten zu ermöglichen.“<sup>143</sup> [...] „Um wirklich gleiche Freiheiten zu haben, genügt es nicht, nur gleichen Schutz vor Freiheitshindernissen zu gewähren, sondern es müssen auch die gleichen Möglichkeiten zum Erreichen des Freiheitsgegenstandes geboten werden. Wenn einige zwar die gleiche formale Freiheit haben, sie aber aus Unwissenheit, Armut oder durch das Fehlen materieller Mittel davon abgehalten werden, ihre Rechte wahrzunehmen und Nutzen aus ihnen zu ziehen, dann hat die ihnen zugestandene Freiheit nicht den gleichen Wert wie für andere.“<sup>144</sup> Als klassisches Beispiel ist hier der Hungernde zu nennen, der ausschließlich mit der Sicherung des materiellen Existenz beschäftigt ist und für den daher beispielsweise ein Recht auf Versammlungsfreiheit wertlos ist oder der Analphabet, der aufgrund mangelnder Bildung seine Rechte nicht ausüben kann, da er sie gar nicht kennt. Ein Recht auf medizinische Ver-

---

<sup>143</sup> Gosepath, 1999, S. 157.

<sup>144</sup> Ebd., S. 164.

sorgung wäre nach dieser Auffassung also notwendig, um Freiheitsrechte überhaupt wahrnehmen zu können.

Problematisch an diesem Ansatz ist seine Umsetzung: Zum einen ist nicht völlig unstrittig, welche Rechte überhaupt zu den Freiheitsrechten zu zählen sind. Zum anderen ist es schwierig, konkret aufzuzeigen, welcher Umfang sozialer Rechte für die Gewährleistung der einzelnen Freiheitsrechte notwendig ist. Das Recht auf freie Meinungsäußerung und freie Berufswahl fallen sicherlich unter die Freiheitsrechte. Einige Autoren interpretieren aber beispielsweise das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nicht als ein Freiheitsrecht.<sup>145</sup> Ein allgemeines Freiheitsrecht, wie das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, das beispielsweise im Grundgesetz der Bundesrepublik Art. 2 Abs. 1 statuiert ist, lässt viel Raum für Interpretation.<sup>146</sup> Eine Ableitung konkreter medizinischer Leistungen aus einer Reihe von Freiheitsrechten wäre daher sicher nicht einfach. Besonders interessant für die Ableitung eines Rechts auf medizinische Versorgung könnte die Diskussion der Gewährleistungspflichten für das Recht auf freie Berufswahl und für das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit sein.

Als eine Form der Konkretisierung der Gewährleistung dieser beiden Rechte kann man Norman Daniels' Ansatz betrachten, der mit seinem weiten Begriff von Chancengleichheit nicht nur berufliche Chancen sondern Lebenschancen insgesamt umfasst. Daher kann man mit Hilfe der Freiheitsauffassung einer Verteidigung der fairen Chancengleichheit von Daniels gegen die libertäre Kritik entwickeln. Der Argumentationsgang ist nur ein anderer als bei Daniels selbst bzw. Rawls, auf dem Daniels' Theorie aufbaut. Für Rawls ist faire Chancengleichheit zu fordern, das sie ein Mittel ist, die natürliche Lotterie der Natur auszugleichen, die zu einer, vom moralischen Standpunkt aus betrachtet, willkürlichen Verteilung führe. Die Libertären lehnen dieses Argument ab, da für sie eine natürliche Verteilung kein Unrecht darstellt, auch wenn sie für den Einzelnen ein Unglück bedeuten kann. Eine Verteilung, die durch unterschiedliche Talente und Fähigkeiten und verschiedene Verläufe des Schicksals zustande kommt, darf nicht durch Zwangsabgaben ausgeglichen werden, nur weil sie inhomogen ist. Dieser Einwand kann mit dem Argumentationsansatz der Freiheitsauffassung vermieden werden. Die Freiheitsauffassung argumentiert nicht für soziale Egalität und einen Ausgleich der Lotterie der Natur, sondern ihr geht es nur um die Gewährleistung der Freiheitsrechte. Auf das Recht auf medizinische Versorgung angewendet könnte die Argumentation die

---

<sup>145</sup> Vgl. z.B. Gosepath, 1999, S. 166.

<sup>146</sup> Vgl. hierzu z.B. Alexy, 1996, S. 309ff.

folgende sein: Auch die Libertären stimmen zu, dass Freiheitsrechte in einer Gesellschaft Bestand haben sollen. Rechte ohne Gewährleistungspflichten sind wertlos. Wenn man jemandem ein Recht einräumt, sollte man denjenigen auch in den Stand versetzen, dass Recht wahrnehmen zu können. Wenn man zum Beispiel ein Recht auf freie Berufswahl gewährt, dann sollte man auch durch medizinische Versorgung gewährleisten, dass Krankheiten, die jemanden an der Ausübung einer Tätigkeit hindern, beseitigt werden. Beispielsweise sollte daher die Finanzierung von augenärztlichen Untersuchungen und Sehhilfen, die für die Ausübung praktisch jeder Tätigkeit notwendig sind, als öffentliche Aufgabe betrachtet werden.

Die libertären Kritiker könnten aber auch dieses Argument zurückweisen, indem sie eben erklären, dass dem Staat nur Achtungs- und vielleicht noch Sicherheits- aber eben keine Gewährleistungspflichten zukommen. Daher soll noch ein weiteres Argument angeführt werden, das sich mit dem Eigentumsbegriff beschäftigt und hinterfragt, ob sich Notlagen tatsächlich als naturbedingte Schicksalsschläge interpretieren lassen. „Die Gegner des Sozialstaats, die sich auf das liberale Recht berufen, können die sozialen Rechte nur kritisieren, weil sie die Not, vor der soziale Rechte schützen, als *naturbedingt* verstehen. [...] Werden aber nicht ursprünglich naturbedingte Notlagen dann zu menschengemachten, wenn sie durch soziale Einrichtungen verhindert werden können, die zwar Bessergestellte belasten können, ihnen aber wegen der Geringfügigkeit der Belastung *zumutbar* sind? Das war jedenfalls die Behauptung Hegels, eines der ersten Philosophen, die soziale Rechte anerkannten, als er sagte: ‚Gegen die Natur kann kein Mensch ein Recht behaupten, aber im Zustand der Gesellschaft gewinnt der Mangel sogleich die Form eines Unrechts, was dieser oder jener Klasse angetan wird.‘ (Hegel, Grundlinien der Philosophie des Rechts, § 244, Zus.).“<sup>147</sup>

Ein Argument dafür, dass soziale Notlagen innerhalb einer entwickelten Gesellschaft kein naturbedingtes Unglück sondern ein Unrecht darstellen, lässt sich mit dem *left-libertarianism* und dessen Theorien gerechter Eigentumsverhältnisse entwickeln. Der Libertarianismus ist bisher als eine Position vorgestellt worden, die für ein uneingeschränktes Recht auf Privateigentum plädiert und sich gegen soziale Rechte wendet. Es gibt aber auch eine Strömung innerhalb des Libertarianismus, die ausgehend von den gleichen Grundannahmen bezüglich der Freiheitsrechte wie der rechte Libertarianismus zu einer ganz anderen Interpretation gerechter Eigentumsverhältnisse kommt. „There are two broad traditions of libertarian thought: right-libertarianism and left-libertarianism.

---

<sup>147</sup> Steinvorth, 1999, S. 105.

[...] There is a shared commitment to private property in internal resources as expressed by the doctrine of self-ownership. Each person has exclusive ownership of herself and nobody has any property rights in another person. Decisions about the use of personal abilities are for the individual alone to make, provided that her exercise of self-ownership does not violate the equal rights of others. The second question concerns rights over external resources. On this, right-libertarians and left libertarians disagree sharply. [...] Right-libertarians argue that self-ownership allows unlimited private property rights in all external resources, whether natural or produced. Left-libertarians, in contrast, maintain that self-ownership and private property in artefacts must be combined with an initially egalitarian entitlement to raw natural resources.”<sup>148</sup>

Als ein Vertreter eines solchen linken Libertarianismus ist beispielsweise Hillel Steiner zu nennen. Steiner hält die natürlichen Ressourcen für Gemeineigentum und betont zugleich, dass Gesellschaften immer aus einer Abfolge von Generationen bestehen. Dies führe dazu, dass den Spätergeborenen der Zugang zu den natürlichen Ressourcen versperrt ist. Dem Staat falle daher die Aufgabe zu, einen Anteil am Wert der Naturgüter zu sichern.<sup>149</sup> Andere Autoren, wie z.B. Van Parijs, rechnen auch die erarbeiteten Ressourcen zum Gemeineigentum.<sup>150</sup> Im Sinne des left-libertarianism ließe sich für einen Anspruch auf medizinische Versorgung folgendermaßen argumentieren: Die Technologie, die Infrastruktur und Kultur sowie das gesamte Wissen einer Gesellschaft, die diese über Generationen entwickelt hat, müssen als Gemeineigentum angesehen werden, auf einen gerechten Anteil davon jeder einen Anspruch hat. Auch das medizinische System beruht auf dem Wissen, den Fertigkeiten und der Infrastruktur vorhergehender Generationen und ist gemeinsames Erbe. Die Aufgabe des Staates ist es, dieses Erbe zu pflegen und allen die Teilhabe zu ermöglichen. Daher ist ein rein privatisierter Gesundheitssektor, zu dem nur Zugang über ein privates Versicherungssystem besteht, nicht legitim und verletzt die Rechte am Gemeineigentum derjenigen Bürger, die sich die Teilhabe an einem solchen System nicht leisten können.

Die umfangreiche Diskussion zwischen rechts und links Libertären kann hier nicht dargestellt werden. Eines sollte nur als Argument gegen Engelhardts Theorie deutlich geworden sein: Engelhardts Ansatz ist nicht so voraussetzungslos, wie er annimmt. Engelhardt Anspruch ist es, eine Theorie für „moralisch Fremde“ zu entwickeln. Diese Gerechtigkeitstheorie soll so schmal sein, dass auch in einer postmodernen, pluralen

---

<sup>148</sup> Cunliffe, 2000, S. 1.

<sup>149</sup> Vgl. Steiner, 1981.

<sup>150</sup> Vgl. Van Parijs, 1995.

Gesellschaft eine Einigung über sie erzielt werden kann. Seine Theorie muss aber neben der Anerkennung der Freiheitsrechte weitere Annahmen, beispielsweise über gerechte Besitzverhältnisse, treffen. Während seine Theorie bezüglich der Freiheitsrechte vielleicht noch auf breite Zustimmung hoffen kann, da sie „moralisch Fremden“ erlaubt, nach den eigenen Wertvorstellungen zu leben, zeigt die Kritik des left-libertarianism, dass moralisch Fremde seinen Annahmen über (Gemein-)Eigentum nicht zustimmen.

Verschiedene Einwände gegen den Kernpunkt von Norman Daniels' Argument für einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung - seine Theorie der Chancengleichheit - sind diskutiert worden. Der Einspruch, dass Daniels andere Werte als Chancengleichheit als Wertmaßstab nehmen sollte, ist zurückgewiesen worden. Zugleich ist gezeigt worden, dass eine Reihe von guten Argumenten gegen Engelhardts Ablehnung eines öffentlichen Gesundheitssystems angeführt werden können.

### **3.3. Das Rechte und das Gute medizinischer Versorgung**

Der kommunitaristische Autor Ezekiel Emanuel ist im zweiten Kapitel mit seiner These vorgestellt worden, dass sich jedes gerechte Gesundheitssystem an einer Vorstellung des guten Lebens orientieren müsse. Mit einer Theorie, in der das liberale Ideal der Neutralität vorherrsche, ließen sich Verteilungsprobleme in der Medizin nicht vollständig lösen. Die Ausgestaltung eines Gesundheitssystems beinhalte stets Entscheidungen darüber, wofür die knappen Mittel eingesetzt werden sollen, d.h. der Erforschung und Therapie welcher Krankheiten Priorität zukomme. Diese Entscheidungen ließen sich nur vor dem Hintergrund einer umfangreichen Theorie des Guten fällen. Ein Konzept wie „Chancengleichheit“ reiche nicht aus, solche Entscheidungen treffen zu können oder aber führe zu einer ungerechtfertigten Bevorzugung einer spezifischen Vorstellung des Guten. Daher sollte der Gesundheitssektor dergestalt sein, dass sich Menschen, die in vielen Werturteilen übereinstimmen, zusammenschließen, und für sich gemeinsam in demokratischen Prozessen ein System der Gesundheitsversorgung wählen. Ähnlich wie Engelhardt geht also auch Emanuel davon aus, dass sich in modernen Gesellschaften kein gemeinsamer Konsens über moralische Werte und damit ein gemeinsames Gesundheitssystem finden lässt. Im Unterschied zu Engelhardt sieht Emanuel die Gesundheitsversorgung aber durchaus als eine öffentliche Aufgabe an - allerdings nur deren Finanzierung. Der Staat solle Gelder, beispielsweise in Form von Gutscheinen, bereitstellen, über die Verwendung der Gelder haben aber dann die Wertgemeinschaften zu entscheiden. Während also Engelhardt den Staat aus einer öffentlichen Finanzierung von Gesundheitsleistungen heraushalten möchte, fordert Emanuel dies für die Ausgestaltung des Gesundheitssystems.

Emanuels These, dass für die Entwicklung eines gerechten Gesundheitssystems eine umfangreiche Theorie des Guten grundlegend ist, knüpft an die klassische Diskussion um den Vorrang des Rechten vor dem Guten zwischen Liberalen und Kommunitaristen an. Sie soll vor dem Hintergrund dieser Diskussion im Folgenden an Hand von zwei Streitpunkten überprüft werden. Erstens soll die Frage diskutiert werden, ob es einen objektiven Krankheitsbegriff, wie von Daniels vertreten, überhaupt geben kann. Zweitens soll erörtert werden, ob Leistungsbegrenzungen nur unter Rückgriff auf eine Theorie des Guten vorgenommen werden können.

Ein gängiger Einwand der Kommunitaristen gegen die Liberalen ist, dass sich hinter der Forderung des Vorrangs des Rechten vor dem Guten nur eine liberale Vorstellung des Guten verberge. Dieser Einwand liegt auch der Kritik an Daniels' deskriptiven Krank-

heitsbegriff zu Grunde. Nach Emanuel hängt die Definition von Krankheit unmittelbar von den Werten einer Gemeinschaft ab. Was als Krankheit anerkannt werde, sei von Gesellschaft zu Gesellschaft unterschiedlich. Daniels' Krankheitsbegriff ist als objektiv vorgestellt worden, da die arttypische Funktionsfähigkeit empirisch mit Hilfe der Naturwissenschaften bestimmt werden soll. Der Vorteil dieses Begriffs - worin manche auch gerade seinen Nachteil sehen - ist, dass er nicht von der subjektiven Einschätzung des Einzelnen abhängt und somit für alle gleichermaßen gilt. Kritiker des objektiven Krankheitsbegriffs bezweifeln allerdings, dass eine wertfreie Definition von Krankheit überhaupt möglich sei. Implizit versteckten sich im objektiven Krankheitsbegriff sehr wohl Werturteile. Ein Argument für die These, dass der Krankheitsbegriff stets normativ sei, ist im Kapitel 1.2 bereits zurückgewiesen worden.<sup>151</sup> Engelhard, der diese These vertritt, verweist auf den historischen Wandel in der Einschätzung von Zuständen als Krankheiten.<sup>152</sup> Er nennt Beispiele wie Masturbation und Homosexualität, die zeigen sollen, dass der Wandel in der Einschätzung letztlich in einem Wandel der sozialen Normen begründet liege. Doch dieses Argument trifft die Vertreter eines objektiven Krankheitsbegriffs nicht, da diese gar nicht bestreiten, dass in die Definition von Krankheit in der Vergangenheit häufig soziale Wertungen eingeflossen sind. Im Gegenteil, ein Argument für die Verwendung eines objektiven Krankheitsbegriffs ist gerade, dass er eine unübersichtliche Vermischung normativer und empirischer Urteile und einen Missbrauch des Krankheitsbegriffs für ideologische Zwecke verhindern helfen kann. Daniels beschreibt mit seinem Krankheitsbegriff nicht, wie in der Alltagspraxis Gesundheit definiert wird, sondern er verwendet einen Krankheitsbegriff, der für eine Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung geeignet sein soll. Im Rahmen seiner Theorie versucht Daniels mit seinem deskriptiven Krankheitsbegriff eine Trennung zwischen normativen und empirischen Aussagen vorzunehmen.

Ein weiteres Argument dafür, dass ihm dies nicht vollständig gelingt, greift Thielmann auf. Dieses nimmt den Begriff des arttypischen Funktionierens in den Blick. Der Funktionsbegriff selbst sei evaluativ, da es notwendig sei, Ziele von Funktionen zu definieren, bevor Funktionsbeschreibungen gegeben werden könnten. Dies sei nur bewertend möglich, da ein Ziel vor anderen als vorzugswürdig ausgezeichnet werden müsse. „Boorse charakterisiert Funktionen als Beiträge zu individuellem Überleben und Fortpflanzen. Erst wenn diese grundsätzlichen Ziele von biologischen bzw. besser: physio-

---

<sup>151</sup> Vgl. zu den folgenden Ausführungen auch: Thielmann, 2001, S.125ff.

<sup>152</sup> Engelhardt, 1974

logischen Funktionen ausgewählt worden sind, lassen sich daraus deskriptiv-empirischen Funktionsaussagen, die auf dieser Ebene durchaus wertfrei sein können, ableiten. Am Anfang jedoch steht immer wenigstens ein Werturteil.“<sup>153</sup> Hierzu ist zweierlei zu sagen. Erstens ist nicht wirklich klar, ob es sich dabei tatsächlich um ein Werturteil handelt. Denn auch wenn man biologische Funktionen in eine Rangordnung bringt und somit bewertet, könnte es sich dabei auch um eine deskriptiv-empirische Bewertung handeln, die sich an durch Beobachtung gewonnenen Daten orientiert. Aber auch wenn man zugesteht, dass es sich um Werturteile handelt, macht es doch einen Unterschied, ob einem Krankheitsbegriff ein Werturteil über einige wenige, sehr allgemeine Funktionen zugrunde liegt, oder ob Krankheit über ein subjektives Werturteil definiert wird. Ein so allgemeines Werturteil stellt aber sicherlich keine Theorie des Guten dar und es ließe sich wohl über diese Funktionsbestimmungen ein allgemeiner Konsens herstellen. Auch wenn also Daniels' Krankheitsbegriff ein Werturteil zugrunde liegen mag, folgt daraus noch nicht, dass er die liberale Neutralität in Hinblick auf Vorstellungen des Guten verletzt.

Der zweite Einwand richtet sich gegen die Praxistauglichkeit von Daniels' Theorie. Emanuel wendet – wie in Kapitel 2.3. bereits dargelegt – gegen Daniels' Modell der Chancengleichheit ein, dass es nicht geeignet sei, Priorisierungen und Begrenzungen von Leistungen vorzunehmen, da es jeden Gesundheitszustand, der eine, wenn auch nur geringe Einschränkung der Chancengleichheit darstellt, als behandlungsbedürftig rechtfertigt. Wollte man das Modell verwenden, um wichtige von unwichtigen medizinischen Leistungen abzugrenzen, müsste es genauer interpretiert werden: entweder qualitativ oder quantitativ.

Emanuel behauptet, dass sich eine befriedigende Einschränkung des Leistungskatalogs im Rahmen von Daniels' Theorie nur vornehmen ließe, wenn man das Konzept der Chancengleichheit qualitativ interpretiere. Bei einer solchen Interpretation entscheide der liberale Gesetzgeber welche Lebenschancen wichtiger und wertvoller als andere seien. Er wähle dann dasjenige Gesundheitssystem, welches die wichtigsten Lebenschancen gewährleiste. Dieser Bewertungsmaßstab erfülle aber nicht die Forderung nach Neutralität und sei daher für eine liberale Theorie nicht akzeptabel. Dem kann zugestimmt werden. Würde ein Gesundheitssystem systematisch eine Lebensweise bevorzugen, wäre in der Tat die liberale Idee der Neutralität des Rechten gegenüber spezifi-

---

<sup>153</sup> Thielmann, 2001, S. 127.

schen Vorstellungen des Guten verletzt. Allerdings stellt sich die Frage, ob sich Leistungseinschränkungen nach Daniels' Theorie tatsächlich nur vornehmen lassen, indem einige Lebenschancen als besonders wertvoll ausgezeichnet werden. Eine andere Möglichkeit wäre die quantitative Interpretation der Chancengleichheit, also die Orientierung daran, in welchem Ausmaß ein gesundheitlicher Zustand die Chancengleichheit einschränkt. Diese sei nach Emanuel mit dem Problem behaftet, dass Lebenschancen nicht quantitativ vergleichbar seien. Vorstellungen vom guten Leben seien qualitativ verschieden und unvergleichbar. Ein und dieselbe Krankheit mindere eine Lebenschance stark, die andere gar nicht. Als Beispiel ist bereits Unfruchtbarkeit genannt worden, die für Jemanden, in dessen Lebensentwurf die Gründung einer Familie zentral ist, eine starke Einschränkung darstellt, während Menschen ohne Kinderwunsch diese körperliche Einschränkung vielleicht noch nicht einmal bemerken. „Die Entscheidung, welche dieser Interpretationen von Lebenschancen gesellschaftlich garantiert sein sollten, erfordert eindeutig ethische Urteile. Und jede Auswahl wird höchst umstritten sein.“<sup>154</sup> Emanuel behauptet also, dass es notwendig sei, sich auf bestimmte Lebenschancen festlegen, wenn man einen Leistungskatalog erstattungspflichtiger Therapien erstellen will. Daniels geht hingegen davon aus, dass man sich an der Gesamtheit vernünftiger Lebenspläne orientieren kann und keine Rangordnung zwischen diesen Lebensplänen aufstellen muss. Jeder vernünftige Lebensplan zählt gleichermaßen. Eine quantitative Entscheidung wird bei Daniels - anders als Emanuel unterstellt - nicht zwischen den verschiedenen Lebenschancen, sondern zwischen verschiedenen Krankheiten in Hinblick auf eine Lebenschance getroffen. Die Verbindung der Chancengleichheit mit der Definition von Gesundheit als arttypische Funktionsfähigkeit gibt Daniels ein Kriterium an die Hand, zwischen verschiedenen medizinischen Leistungen Prioritäten setzen zu können: diejenigen Leistungen, die in Hinblick auf die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit effektiv sind, sollten finanziert werden. Höchste Priorität kommt denjenigen Leistungen zu, die eine beträchtliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit zu korrigieren vermögen. Jede Krankheit, die eine deutliche Einschränkung des normalen Spektrums an Lebenschancen darstellt, wird in den Leistungskatalog aufgenommen. Krankheiten, die für alle Lebenschancen nur eine geringe Einschränkung darstellen oder mit geringem Aufwand selbst kuriert werden können, beispielsweise Bagatellkrankheiten wie eine Erkältung, werden nicht finanziert. Daniels verknüpft das Modell der Lebenschance mit der Bedingung, dass die Wahl vernünftig sein und die Lebenschance *normal*

---

<sup>154</sup> Emanuel, 2003a, S. 148.

sein soll. Dies soll wohl bedeuten, dass es keine Einschränkung des normalen Umfang an Lebenschancen darstellt, wenn jemand in dem Erreichen von Lebenszielen, die extrem ausgefallen sind und den eigenen Talenten nicht entsprechen, nicht unterstützt wird. Mit anderen Worten kann niemand verlangen als ein Spitzensportler ausgebildet und gefördert zu werden. Ebenso würden Schönheitsoperationen wohl nicht in den Leistungskatalog aufgenommen werden, da kleine Schönheitsmakel nicht daran hindern, ein breites Spektrum von Berufen zu ergreifen und sozial in eine Gesellschaft integriert zu sein. Daniels' Idee der Chancengleichheit zielt einfach auf die Teilhabe am ökonomischen, politischen und sozialen Leben aller Mitglieder einer Gesellschaft. Daniels hat mit dem Kriterium der Chancengleichheit also sehr wohl die Möglichkeit, Einschränkungen des Leistungskatalogs vorzunehmen.

Allerdings wird sein Leistungskatalog sicher sehr viel umfangreicher sein als ein Leistungskatalog, der in Hinblick auf eine spezifische Vorstellung des Guten erstellt wird, da er alle Vorstellungen des Guten abdecken muss. Insofern hat Emanuel Recht, wenn er unterstellt, dass Daniels mit seinem Kriterium der Chancengleichheit weniger Einschränkungen des Leistungskataloges vornehmen kann, als wenn er sich an einer spezifischen Theorie des Guten orientierte. Wie bereits gesagt, kann Daniels sich nicht auf eine spezifische Theorie des Guten festlegen, da dies die liberale Idee der Neutralität verletzen würde. Aber was spricht aus liberaler Sicht eigentlich gegen Emanuels Vorschlag, jede „Wertegemeinschaft“ ihr eigenes Gesundheitssystem entwickeln zu lassen? Der Vorteil von Daniels' Gesundheitssystem ist, dass sich die Menschen nicht auf ein bestimmtes Wertesystem und ein entsprechendes Gesundheitssystem festlegen müssen und sie ihre Werturteile jederzeit ändern können. Auf der anderen Seite müssen sie akzeptieren, dass sie Teil eines Gesundheitssystems sind, dessen Leistungen für sie teilweise überflüssig sind und die von ihnen eventuell auch abgelehnt werden. Dieser Nachteil könnte mit Emanuels Modell umgangen werden. Allerdings stellt sich die Frage, ob Emanuels Theorie tatsächlich hilft, Leistungsbegrenzungen vorzunehmen, wenn man die Finanzierung des Gesundheitssystems als eine staatliche Aufgabe anerkennt und diese nicht den einzelnen Wertegemeinschaften übertragen möchte. Denn wenn die Wertegemeinschaften nur das Geld verwalten, das aus dem öffentlichen Haushalt stammt, dann werden sie zwar Leistungsbegrenzungen entsprechend ihrem Wertesystem vornehmen, eine andere Wertegemeinschaft wird diese Leistungen aber anbieten. Beispielsweise würde eine religiöse Wertegemeinschaft eventuell keine Organtransplantationen finanzieren, andere aber schon. Dann würden sich die Patienten, die eine

Transplantation benötigen und akzeptieren, ein Gesundheitssystem wählen, das diese Leistung anbietet. In Hinblick auf eine Begrenzung der Leistungen bestände aber kein Unterschied zwischen einem allgemeinen Gesundheitssystem und einem, welches in Wertegemeinschaften organisiert ist, weder in den Fallzahlen noch in den Beiträgen. Genauso viele Patienten würden ein Organ erhalten oder aus religiösen Gründen ablehnen wie in einem allgemeinen Gesundheitssystem. Und wenn die Gesundheitssysteme der einzelnen Wertegemeinschaften über die allgemeine Steuerpflicht finanziert werden würden, dann wären die Anhänger der religiösen Wertegemeinschaft genauso an der Finanzierung der Organtransplantationen beteiligt wie alle andern. Die Menschen könnten sich also ein Gesundheitssystem suchen, das eben nicht nur ihren Werten, sondern auch ihren Gesundheitsbedürfnissen am besten entspricht. So wäre auch ein Gesundheitssystem einer Wertegemeinschaft denkbar, das Schönheitsoperationen anbietet. Während die Mitglieder einer solchen Wertegemeinschaft beispielsweise bei Daniels gar keine Leistungen in Anspruch nehmen könnten, da sie nicht krank sind und Schönheitsoperationen nicht gezahlt werden, müsste über das Gutscheinsystem Geld in die Finanzierung dieser Leistungen fließen. Anders sähe die Situation aus, wenn sich der Staat auch aus der Finanzierung der Gesundheitssysteme zurück zöge und sich die einzelnen Wertegemeinschaften allein aus den Beiträgen ihrer Mitglieder finanzieren müssten. Dies würde allerdings bedeuten, dass besonders gesunde oder auch reiche Menschen ihre eigene Wertegemeinschaft bilden könnten, in denen nur ausgewählte Leistungen finanziert werden würden, so dass ein Beitritt für chronisch Kranke beispielsweise wenn nicht verboten so doch völlig sinnlos wäre. Dies hieße aber, dass chronisch Kranke eine eigene Wertegemeinschaft gründen müssten, deren Finanzierung sicherlich kaum möglich wäre. Dies liefe aber schließlich darauf hinaus, dass ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung nicht länger gewährleistet wäre. Wie aber verhindert werden sollte, dass sich Menschen auch nach Kaufkraft in einer Wertegemeinschaft zusammen schließen, geht aus Emanuel Ansatz nicht hervor. Dies bedeutete aber, die Gewährleistung eines Anspruchs auf Gesundheitsversorgung nicht länger als eine Pflicht des Staates zu behaupten.

Eine Theorie des Guten scheint aus liberaler Sicht also nicht geeignet, eine Begrenzung von Gesundheitsleistungen vorzunehmen. Denn entscheidet sich der Gesetzgeber selbst für eine solche Theorie und bevorzugt einige spezifisch Lebenspläne, dann verletzt er das liberale Ideal der Neutralität des Rechts. Lässt er die Bürger entscheiden, welche Gesundheitsleistungen ihren Wertvorstellungen entsprechen und welche sie finanzieren

möchten, dann lässt er zu, dass ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung nicht für alle gesichert ist und verletzt somit seine Rechtspflichten.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass Daniels selbst einräumt, dass sein Begriff der Chancengleichheit nicht ausreicht, Begrenzungen medizinischer Leistungen vorzunehmen und er verweist ähnlich wie Emanuel auf demokratische Verfahren. „Eine bemerkenswerte Konvergenz ergibt sich auch zu den neueren Arbeiten von Daniels. Dieser musste nämlich inzwischen anerkennen, dass sich viel konkrete Verteilungsfragen nicht allein durch den Rückgriff auf liberale Gerechtigkeitsprinzipien lösen lassen, sondern vielmehr faire politische Verfahren erfordern.“<sup>155</sup> Konkrete Verteilungsfragen sollen beispielhaft im vierten Kapitel besprochen werden.

---

<sup>155</sup> Marckmann, 2003, S. 126/127.

### **3.4. Minimal Konsens und begründete Forderungen**

Eine utilitaristische, eine egalitär-liberale und eine kommunitaristische Begründung eines Anspruchs auf medizinische Versorgung sowie die libertäre Kritik eines solchen sind hier vorgestellt worden. Kleinster gemeinsamer Nenner aller vier Positionen ist wohl nur die Nothilfe, also die medizinische Hilfe für Menschen, deren Leben unmittelbar bedroht ist. Eine solche Nothilfe wird in der Regel auch von Libertären anerkannt, solange die Hilfeleistung zumutbar ist, d.h. dem Helfer nur sehr geringe Kosten abverlangt. Unter die Nothilfe fällt beispielsweise das Rufen eines Krankenwagens für einen Verletzten auf der Straße. Aber auch eine Appendektomie könnte unter die Nothilfe fallen, da sie einerseits Leben rettet und andererseits kostengünstig, also für eine Gesellschaft insgesamt zumutbar ist. Der Großteil der Leistungen moderner Gesundheitssysteme wird aber durch die Nothilfe nicht abgedeckt. Ein Anspruch auf eine medizinische Versorgung, selbst wenn dieser nur als ein Anspruch auf eine Grundversorgung verstanden wird, lässt sich also durch den Verweis auf die Pflicht zur Hilfe nicht begründen. Ein Anspruch auf medizinische Versorgung wird von den Libertären daher abgelehnt. Die hier vorgestellten Vertreter des Utilitarismus, Egalitarismus und Kommunitarismus sehen hingegen Gesundheitsversorgung als eine staatliche Aufgabe an. Deren Rechtfertigung eines Anspruchs auf medizinische Versorgung ist ausführlich vorgestellt worden. Es soll hier keine endgültige Entscheidung zugunsten einer der Theorien gefällt werden. Ziel der Arbeit war es in erster Linie das Spektrum möglicher Positionen und Gegenpositionen zu einem Anspruch auf medizinische Versorgung aufzuzeigen. Dennoch hat sich in der Erörterung der Einwände folgendes Bild ergeben: Eine utilitaristische Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung ist mit einigen gängigen Argumenten gegen den Utilitarismus konfrontiert worden. Diese Einwände konnten nicht alle entkräftet werden. Insbesondere die Frage, in welches Verhältnis der Utilitarismus das Wohl eines einzelnen zum Wohle vieler setzt, ist Ausgangspunkt der Kritik. Die grundlegende utilitaristische Annahme, dass das Wohlergehen bzw. Leid eines jeden Menschen gleichermaßen zählt, stimmt wohl mit der moralischen Intuition der meisten Menschen überein. Die Verteilung nach dem Nutzenprinzip führt allerdings zu moralisch kontraintuitiven Konsequenzen. Eine utilitaristische Theorie einer gerechten Gesundheitsversorgung wird daher nicht als eine Position angesehen, die allgemein zustimmungsfähig ist. Der Kommunitarismus ist als eine Position vorgestellt worden, die von vorn herein davon ausgeht, dass sich eine allgemein zustimmungsfähige Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung in einer pluralistischen Gesellschaft nicht finden

lässt. Emanuels Vorschlag, die Gesundheitsversorgung innerhalb von Wertegemeinschaften zu organisieren, ist allerdings mit einigen grundlegenden Problemen behaftet. Wenn sich die Wertegemeinschaften gemeinsam über die allgemeine Steuerpflicht und ein Gutscheinsystem finanzieren, dann führt auch der Rückgriff auf Vorstellungen des Guten nicht zu einer Begrenzung von Leistungen, da die Wertegemeinschaften insgesamt alle möglichen Varianten von Prioritätensetzungen abdecken und somit in dem gesamten Gesundheitssektor alle Leistungen angeboten werden. Und auch zur Finanzierung der Leistungen würden alle gleichermaßen beitragen. Müssten sich hingegen die Wertegemeinschaften selbst finanzieren, ließe sich nicht vermeiden, dass sich Wertegemeinschaften mit unterschiedlicher Kaufkraft bildeten und so eine Gewährleistung eines Anspruchs auf Gesundheitsversorgung nicht mehr sichergestellt wäre. Es konnte aber gezeigt werden, dass einige Argumente für die Pflicht des Staats auf Gewährleistung eines Anspruchs auf Gesundheitsversorgung sprechen. Gegen die libertäre Kritik ist zum einen die Position vorgebracht worden, dass soziale Rechte wie der Anspruch auf medizinische Versorgung dazu beitragen, Freiheitsrechte zu gewährleisten. Nimmt man Freiheitsrechte ernst, müsste man also auch dafür eintreten, dass diese wahrgenommen werden können. Zum anderen ist hervorgehoben worden, dass die Libertären von einer spezifischen Definition von Eigentum ausgehen, die nicht unumstritten ist. Auch auf der Grundlage einer Position, die die maximale Freiheit der Individuen achtet und keine Egalität fordert, lassen sich Argumente dafür finden, dass alle das Recht auf einen fairen Anteil an den Ergebnissen der sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Kooperation einer Gesellschaft haben. Daniels' Konzept der Chancengleichheit kann als Konkretisierung eines solchen Anspruchs aufgefasst werden. Der Begriff der Chancengleichheit scheint auch für eine pluralistische Gesellschaft anwendbar, da Daniels keine spezifische Theorie des Guten vorschreibt, sondern Chancengleichheit auf ein breites Spektrum an Lebenschancen bezieht. Norman Daniels' Rechtfertigung eines Anspruchs auf Gesundheitsversorgung als Sicherung der Chancengleichheit hat den angeführten Einwänden also am besten standgehalten.

Im ersten Kapitel ist hervorgehoben worden, dass es wichtig ist zu klären, ob man den Anspruch auf Gesundheitsversorgung als ein Recht oder als eine Forderung der Wohltätigkeit verstanden wissen will. Daniels rechtfertigt seinen Anspruch als ein soziales Recht, das hinter einem Schleier der Unwissenheit gewählt werden würde. Da die hypothetische Wahl hinter dem Schleier der Unwissenheit für alle Gesellschaften Gültigkeit hat, kann man den Anspruch auch als ein Menschenrecht behaupten. Allerdings geht

Daniels davon aus, dass der Schleier für die inhaltliche Ausgestaltung des Anspruchs gelüftet werden muss. Der Anspruch bezieht sich dann auf eine konkrete historische Gesellschaft und ist somit als ein soziales Recht innerhalb dieser Gesellschaft anzusehen.

In der Einleitung ist gesagt worden, dass diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten möchte, diejenigen Grundannahmen herauszuarbeiten, die für die Beurteilung eines Gesundheitssystems als gerecht notwendig sind. Geht man davon aus, dass der Einzelne einen Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung hat, dann ist für ein gerechtes Gesundheitssystem Folgendes zu fordern: Jeder Bürger muss Zugang zum Gesundheitssystem haben. Da der Staat die Gewährleistungspflicht hat, muss er sicherstellen, dass alle Menschen die gleichen Leistungen unabhängig von ihrem Einkommen in Anspruch nehmen können. Ob dabei die Gesundheitsleistungen unmittelbar über die allgemeinen Steuern oder über ein staatliches Krankenkassensystem finanziert werden, ist unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten irrelevant, solange nicht einigen Gruppen gestattet wird, sich völlig aus der Finanzierung zurückzuziehen. Da Gesundheitsversorgung als eine öffentliche Aufgabe gerechtfertigt ist, müssen alle Bürger prima facie einen Beitrag leisten. Ausnahmeregelungen bedürfen einer besonderen moralischen Rechtfertigung. Der Leistungsumfang der Gesundheitsversorgung wird von den verschiedenen Grundpositionen unterschiedlich bestimmt. Es war bereits eingangs darauf hingewiesen worden, dass die Frage nach einer Rechtfertigung eines Anspruchs auf medizinische Versorgung unmittelbar mit der Frage nach dem Umfang der medizinischen Versorgung zusammenhängt. Der Utilitarismus bezieht sich bei der Bestimmung des Leistungsumfangs unmittelbar auf das Nutzenkalkül. Der Kommunitarismus verweist auf ein Wertesystem, an dem sich eine Wertegemeinschaft in der deliberativen Entscheidungsfindung orientiert. Emanuel betont, dass ein solches Wertesystem keine Allgemeingültigkeit beanspruchen kann und in jeder Gemeinschaft unterschiedlich aussehen wird. Andere Kommunitaristen schlagen ein spezifisches Wertesystem vor, in dem Werte wie Gemeinschaft und Gemeinwohlorientierung meist zentral sind. Bei Daniels ist die Wiederherstellung des arttypischen Funktionierens das grundlegende Kriterium, das medizinische Leistungen als solche rechtfertigt. Für die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitssystems verweist Daniels aber auf demokratische Entscheidungsprozesse. Daniels schlägt zusammen mit James Sabin Bedingungen für eine faire Prioritätensetzung vor,

die demokratisch installierte Entscheidungsträger bei Entscheidungen berücksichtigen müssen, wie beispielsweise die öffentliche Transparenz der Entscheidung.<sup>156</sup>

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die Frage, welchen Beitrag die philosophischen Gerechtigkeitstheorien zu einer Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung liefern können. Es ist gezeigt worden, dass sich aus ihnen einige Argumente für eine gerechte Gestaltung eines Gesundheitssystems ableiten lassen. Konkrete Verteilungsfragen sind mit Hilfe der Theorien bisher noch nicht bearbeitet worden. Es lassen sich heute eine Vielzahl von Rationalisierungsbeispielen in den GKV nennen, wie Sehhilfen oder Zahnersatz, wobei nicht transparent ist, welche Kriterien gerade zu der Auswahl dieser Heilmittel geführt haben bzw. ob diese Kriterien auch unter moralischen Gesichtspunkten akzeptabel sind. Im folgenden Kapitel soll abschließend untersucht werden, welchen Beitrag die Gerechtigkeitstheorien zur Frage der Rationierung und Priorisierung von Leistungen liefern können. In der Diskussion um eine gerechte Rationierung und Priorisierung von Leistungen werden verschiedene Kriterien genannt. Im Folgenden soll exemplarisch anhand des Kriteriums *Alter* skizziert werden, wie solche Kriterien vor dem Hintergrund der verschiedenen Gerechtigkeitstheorien bewertet werden müssen.

---

<sup>156</sup> Vgl. hierzu Thielmann, 2001, S. 179ff.

#### 4. Der Umfang medizinischer Versorgung: Priorisierung und Rationierung

In der Diskussion über eine Kostensenkung im Gesundheitswesen angesichts knapper Ressourcen werden meist die Maßnahmen der *Rationalisierung*, *Rationierung* und *Priorisierung* genannt. *Rationalisierung* zielt auf Effizienz- und Produktivitätssteigerungen. Das Versorgungsniveau soll trotz sinkenden finanziellen Aufwands gleich gehalten werden, indem Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft und Ineffizienzen in organisatorischen, therapeutischen und diagnostischen Bereichen abgebaut werden. Insofern Rationalisierungsmaßnahmen auf Einsparungen ohne Leistungsbegrenzungen zielen, werfen sie keine Gerechtigkeitsprobleme auf. Im Gegensatz dazu meint *Rationierung* das Begrenzen, Zuteilen und Vorenthalten von medizinischen Leistungen. Die Fragen, welche Leistungen begrenzt werden und an wen zugeteilt werden soll, müssen auch unter dem Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit beantwortet werden. Die *Priorisierung* zielt wie die *Rationierung* auf Kosteneinsparung durch Einschränkung von Leistungen. *Priorisierung* meint die Feststellung und Durchsetzung von Prioritäten, d.h. einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren.<sup>157</sup> Einige Autoren betonen, dass diese Begriffe nicht synonym zu setzen seien, da *Priorisierung* auf die Festlegung einer Vorrangigkeit und nicht auf ein Vorenthalten von Leistungen ziele. „Da durch die Erstellung solcher Ranglisten Situationen entstehen, in denen als unwichtig eingeschätzte Verfahren nicht mehr zur Anwendung kommen, wird der Begriff der *Priorisierung* immer wieder mit dem Begriff der *Rationierung* gleichgesetzt. Eine solche Gleichsetzung ist aber falsch und irreführend. Soweit die Kriterien der Rangbildung transparent und nachvollziehbar sind, werden am Ende nur weitgehend unwirksame Leistungen aus Ressourcen Gründen zurückgestellt. *Priorisierungsverfahren* dienen demnach in einem ersten Schritt dazu, einen Ordnungsrahmen im Hinblick auf hohe und niedrige Prioritäten in der medizinischen Versorgung zu identifizieren. *Priorisierung* kann, muss aber nicht zu *Rationierung* führen; [...].“<sup>158</sup> Da eine Debatte über *Priorisierung* aber gerade aufgrund des Problems knapper Ressourcen geführt wird, führt auch eine Verteilung nach Prioritäten, zumindest wenn sie für die Kostenregulation relevant sein soll, zu einer Einschränkung von Leistungen, nämlich derjenigen Indikationen, Patientengruppen und Verfahren, die als nachrangig eingestuft werden. Daher wird hier davon ausgegangen, dass die *Priorisierung* im gleichen Maße Fragen der Ver-

---

<sup>157</sup> Vgl. auch: Zentrale Ethikkommission, 2000.

<sup>158</sup> Fuchs et al., 2009, S. A555-556.

teilungsgerechtigkeit aufwirft wie die Rationierung. Die Frage ist, nach welchen Kriterien Rationierungen oder auch Priorisierungen von Leistungen vorgenommen werden können. Zu den genannten Kriterien zählen beispielsweise die Notwendigkeit einer Behandlung auf Grund des Schweregrads der Erkrankung, die Eigenverantwortung, die Effektivität, die Anzahl der profitierenden Menschen, aber auch das Alter. Das moralische Ausgangsproblem bei einer Rationierung nach Alter ist, dass einer Gruppe von Menschen, die *prima facie* einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung haben, dieser Anspruch verwehrt werden soll. Für die Einschränkung dieses Anspruchs müssen moralisch relevante Gründe angeführt werden.

Als ein Beispiel für eine radikale Verwendung des Alters als Rationierungskriterium ist ein Vorschlag Friedrich Breyers zu nennen, die gesetzlichen Krankenversicherungen sollten ihre Mitglieder nur bis zu einem gewissen Alter versichern.<sup>159</sup> Eine mildere Variante dieses Vorschlags wäre die Forderung, bestimmte Leistungen ab einem definierten Alter nicht mehr zur Verfügung zu stellen, wie das viel zitierte Beispiel der Dialyse ab 65 Jahren oder der Hüftendoprothesen. Im Folgenden soll das Alterskriterium aus der Perspektive der drei vorgestellten Theorien, die eine öffentliche Gesundheitsversorgung befürworten – also aus Sicht des egalitären Liberalismus, Utilitarismus und Kommunitarismus – beleuchtet werden.

#### **4.1. Altersrationierung und der egalitäre Liberalismus**

Daniels setzt sich mit dem Kriterium des Alters auseinander und entwickelt das Argument *der klugen Lebensplanung* („prudential life-span account“), mit dem Fragen nach einer gerechten Ressourcenverteilung zwischen verschiedenen Altersgruppen entschieden werden sollen. Daniels meint, dass es Argumente dafür gibt, dass sich Menschen unter dem Gesichtspunkt einer klugen Lebensplanung für eine Altersrationierung entscheiden würden. In diesem Argument orientiert er sich nicht an dem Aspekt der Chancengleichheit, sondern greift unmittelbar auf die Rawls entlehnte Vertragskonstruktion zurück, mit der er auch die Gesundheitsversorgung als Sicherung der Chancengleichheit legitimiert hat. Während Daniels in seinen früheren Arbeiten den Grundsatz der Chancengleichheit noch für sehr tragfähig hielt, räumt er in späteren Arbeiten ausdrücklich ein, dass er zu unklar definiert sei, um mit seiner Hilfe konkrete Rationierungsfragen zu entscheiden. „Aus dem Grundsatz der Chancengleichheit können wir z.B. ableiten, dass wir denjenigen eine gewisse Priorität einräumen müssen, deren Chancen am stärksten

---

<sup>159</sup> Vgl. Breyer, 2005.

eingeschränkt sind, aber er liefert uns keine prinzipiengeleitete Klärung, wie viel Priorität wir ihnen einräumen müssen.“<sup>160</sup>

Zugleich versucht Daniels mit möglichst wenigen strittigen moralischen Grundannahmen auszukommen. „Diese Argumentation beruht nicht auf moralischen Vorannahmen, dass das Leben während einer bestimmten Altersstufe wertvoller ist als während einer anderen. Sie ist unabhängig von dem Urteil, dass es für die Gesellschaft wichtiger oder wertvoller wäre, eher die Jungen als die Alten zu schützen, oder dass dies der Gesellschaft mehr nutzen würde.“<sup>161</sup> Er wendet sich damit gegen den bekannten Ansatz von Daniel Callahan, der Altersrationierung mit dem Argument legitimiert, dass die Alten für die Jungen Opfer bringen müssten.

Daniels verweist in seinen Überlegungen zur Altersrationierung auf rationale Überlegungen unparteiischer Entscheidungsträger. „Eine politische Regelung ist dann fair gegenüber verschiedenen Altersgruppen, wenn kluge Planer, die nicht wissen, wie alt sie sind, sie wählen würden, um auf diese Weise einen fairen Anteil an der lebenslangen Gesundheitsversorgung auf die verschiedenen Abschnitte des Lebens zu verteilen.“<sup>162</sup>

Hinter einem Schleier der Unwissenheit bezüglich des eigenen Alters würden die Vertragspartner folgende Klugheitsüberlegung anstellen: Wenn knappe Ressourcen gleichmäßig nach Bedarf an alle Altersgruppen verteilt werden, führe dies dazu, dass die erhöhte Chance, über eine normale Zeitspanne hinaus leben zu können, damit bezahlt werde, dass sich die Chancen auf Erreichen einer normalen Lebensspanne verringerten. Wenn im Gegensatz dazu Ressourcen bevorzugt jungen Menschen zur Verfügung gestellt werden, dann wäre die Chance, dass jeder zumindest die normale Lebensspanne erreicht, erhöht. Daher würden sich kluge Lebensplaner, die nicht wissen, wie alt sie sind und wann in ihrem Leben sie medizinische Hilfe benötigen, für eine Regelung entscheiden, die für alle die Chance auf das Erreichen einer normalen Lebensspanne erhöht.

Daniels spricht sich also für eine Altersrationierung unter bestimmten Bedingungen aus. „Mein Argument befürwortet Altersrationierung nur unter äußerst begrenzten Bedingungen und nur dann, wenn es keine klügere Alternative gibt. Alternative Strategien für die Allokation von Ressourcen, feiner abgestimmt auf die Verhältnisse der Patienten und die wahrscheinlichen Ergebnisse ihrer Behandlung, würden wahrscheinlich den Vorzug vor einer Rationierung nach Alter erhalten. [...] Nach meinem Verständnis hat

---

<sup>160</sup> Daniels, 2003c, S. 163/4.

<sup>161</sup> Ebd., S. 156.

<sup>162</sup> Ebd., S. 152.

Deutschland noch immer die höchsten Raten der Krankenhauseinweisungen und die längsten Verweildauern der Welt. Altersrationierung in Erwägung zu ziehen, ohne nach Wegen zur Verringerung der Krankenhausnutzung zu suchen, scheint aus der Perspektive meiner Argumentation unhaltbar zu sein.<sup>163</sup>

Daniels lässt damit letztlich offen, ob in einer konkreten Gesellschaft ein Kriterium der Altersrationierung zur Anwendung kommen sollte. Denn die Entscheidung, ob noch Raum für Rationalisierungsmaßnahmen ist, ist eine empirische und wird immer höchst strittig sein.

#### **4.2. Altersrationierung und der Kommunitarismus**

Aus kommunitaristischer Perspektive sind zwei Argumentationswege denkbar, für die es auch jeweils Beispiele gibt. Der Ausgangspunkt der Überlegungen ist immer der kommunitaristische Standpunkt, dass sich eine Entscheidung über Altersrationierung nur über den Rückgriff auf eine gehaltvolle Theorie des Guten lösen lässt. Während Daniel Callahan den Argumentationsweg wählt, Altersrationierung im Rahmen einer solchen Theorie des Guten zu rechtfertigen, schlägt Emanuel die deliberative Entscheidungsfindung in den an unterschiedlichen Werten ausgerichteten Gesundheitssystemen vor.<sup>164</sup>

Daniel Callahans Position wird meist dem Kommunitarismus zugeordnet, da er die Verpflichtung des Einzelnen gegenüber der Gemeinschaft betont. Verkürzt dargestellt ist seine Position die folgende: Nach ihm besteht zwischen Alten und Jungen eine wechselseitige Verpflichtung, die sich an den unterschiedlichen Lebensphasen orientiert. Wenn man jung ist, erlerne man Fähigkeiten und werde durch die Eltern unterstützt. Im Alter kehre sich dieses Verhältnis um. Die Alten müssten die Jungen unterstützen und dürften ihnen keine Ressourcen nehmen. Daher sei Rationierung nach Alter legitim.

Gegen diese Position kann zu Recht eingewendet werden, dass sie mit ihren Annahmen über Gemeinschaft und Generationenverpflichtung eben nur eine Vorstellung des Guten vertritt, die von vielen Menschen nicht geteilt wird. Emanuel entgeht mit seinem Ansatz dieser Kritik, da er für keine spezifische Vorstellung des Guten argumentiert. Nach Emanuel wird die Altersrationierung in einigen Gesundheitssystemen im deliberativen Entscheidungsprozess durchaus gewählt werden, in anderen hingegen nicht.

---

<sup>163</sup> Daniels, 2003c, S. 158 und S. 161.

<sup>164</sup> Vgl. Callahan, 1987, und Emanuel, 2003b.

Die praktische Tauglichkeit von Emanuels Antwort hängt unmittelbar von der Umsetzbarkeit seines Vorschlags ab, Gesundheitssysteme nach Wertgemeinschaften zu organisieren. Einige Bedenken gegen diesen Vorschlag sind bereits im dritten Kapitel angeführt worden. Gegen Emanuel wird auch eingewendet, dass es in dünner besiedelten Regionen nicht realistisch sei, dass jeder eine passende Wertgemeinschaft finde und dass den Einzelnen der nötige Sachverstand für Finanzierungsfragen im medizinischen Bereich fehle.<sup>165</sup> Unabhängig davon, ob man diese Bedenken gegen die deliberativen Verfahren teilt oder nicht, kann festgehalten werden, dass Emanuel keine Antwort auf die Frage gibt, ob Rationierung nach Alter legitim ist, sondern nur auf die deliberativen Verfahren verweist.

### **4.3. Altersrationierung und der Utilitarismus**

Der Utilitarismus kann als eine egalitäre Theorie bezeichnet werden, insofern das Wohlergehen jedes Menschen im Utilitarismus zunächst einmal gleiche Berücksichtigung erfährt. Allerdings ist aufgezeigt worden, dass es durch das Prinzip der Nutzenmaximierung zu einer unterschiedlichen Gewichtung der Interessen verschiedener Menschen kommen kann, je nachdem welche Verteilung die höchste Summe an Nutzeneinheiten hervorbringt. Eine Rationierung nach Alter könnte durchaus dazu beitragen, den Gesamtnutzen zu erhöhen und ist somit aus utilitaristischer Perspektive zu fordern. Dan Brock diskutiert vier Gründe, warum das Prinzip der Nutzenmaximierung eine Altersrationierung verlangt.<sup>166</sup> In die Beurteilung des Nutzens fließen verschiedene Größen ein, in denen sich in der Regel Alte und Junge systematisch unterscheiden: Erstens die Lebenserwartung, zweitens die Lebensqualität, drittens die Effektivität einer Therapie und viertens der indirekte Nutzen einer Behandlung.

Die Anzahl der Lebensjahre, die nach einer erfolgreichen Therapie verbleibt, ist bei jüngeren Menschen in der Regel höher als bei alten Menschen. Mit der Behandlung Junger kann ein höherer Nutzen erzielt werden, da die Quantität des Wohlergehens mit der Anzahl der Lebensjahre steigt. Insofern bringt eine Rationierung nach Alter größeren Nutzen als eine willkürliche Rationierung hervor.

Ähnlich verhält es sich mit der Lebensqualität. Wenn man die Lebensqualität, die durch medizinische Maßnahmen verbessert wird, objektiv bestimmt, dann wird diese bei Jüngeren systematisch höher bewertet werden. Brock nennt als Bewertungskriterien bei-

---

<sup>165</sup> Vgl. Schramm, 2003, S. 225.

<sup>166</sup> Vgl. Brock, 2003.

spielsweise die Sinneswahrnehmung, die Mobilität und die Fertilität, in denen Jüngere stets besser abschneiden. Legt man dem Nutzenkalkül eine derart bestimmte Lebensqualität zugrunde, dann ist unter diesem Aspekt eine Rationierung nach Alter sinnvoll.

Auch unter dem Aspekt der Effektivität der Behandlung unterscheiden sich Junge und Alte. Ältere Menschen haben häufig einen schlechteren Allgemeinzustand und sind multimorbide, wodurch die Behandlung aufwändiger ist. Dieselbe Erkrankung, beispielsweise eine Lungenentzündung, die bei Jüngeren nur eine ambulante Therapie erfordert, könnte daher bei Älteren eher zu einer stationären Therapie mit eventuell intensivmedizinischen Maßnahmen führen. Die Behandlung jüngerer Patienten ist daher kosteneffektiver. Mit gleichen Mitteln kann ein größerer Nutzen erzielt werden. Auch unter dem Aspekt der Kosteneffektivität ist daher eine Altersrationierung zu fordern.

Der Aspekt der Berücksichtigung des indirekten Nutzens ist bereits im dritten Kapitel angesprochen worden. Der direkte Nutzen einer Behandlung ist die Heilung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes. Der indirekte Nutzen ergibt sich aus den Auswirkungen, die eine Heilung nicht nur auf den Patienten, sondern auch auf seine Umwelt haben. Ein geheilter Patient kann beispielsweise wieder arbeiten und seine Kinder erziehen. Häufig wird dieser indirekte Nutzen bei Älteren geringer sein, da sie eben beispielsweise bereits auf dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Daher ist auch in Hinblick auf den indirekten Nutzen eine Rationierung nach Alter sinnvoll.

Aus utilitaristischer Perspektive lässt sich also eine Antwort auf die Frage nach der Legitimität der Altersrationierung geben. Der Utilitarismus ist mit seinem Kriterium der Nutzenmaximierung somit am ehesten geeignet, konkrete Verteilungsfragen zu lösen. Allerdings sind eine Reihe von Einwänden gegen das utilitaristische Kalkül im dritten Kapitel bereits angeführt worden. Insbesondere der deontologische Einwand, dass der Utilitarismus den Einzelnen nicht als Selbstzweck achte, kann erneut betont werden. Ob das Utilitätskriterium und die Ergebnisse, die mit diesem erzielt werden, moralisch überzeugen, kann hier aber letztlich nicht entschieden werden.

#### **4.4. Fazit**

Die Rationierung nach Alter stellt eine Möglichkeit dar, Leistungsbegrenzungen in der Medizin vorzunehmen. Aus ethischer Perspektive ist zu fragen, ob sich das Vorenthalten von Leistungen gegenüber Älteren rechtfertigen lässt. Die Antworten, die sich aus der Perspektive der drei Theorien ergeben, sind unterschiedlich. Während man mit dem Utilitarismus eine Altersrationierung begründen kann, hält Daniels selbst das Kriterium der Chancengleichheit für zu weit definiert, um so konkrete Verteilungsfragen lösen zu können. Sein Vorschlag, rationale Überlegungen aus unparteilicher Perspektive anzustellen, liefert aber Gründe für eine Altersrationierung. Emanuel überlässt die Entscheidung den Wertegemeinschaften. Festzuhalten ist, dass keine der drei Theorien eine Rationierung nach Alter ausschließt.

Die Entscheidung zugunsten einer der Theorien kann hier nicht getroffen werden. Die utilitaristische Theorie, die mit der Gesamtnutzenmaximierung eine klare Entscheidungsregel für Allokationsprobleme vorgibt, ist mit einer Vielzahl grundlegender Einwände konfrontiert. Daniels und Emanuel geben keine Allokationskriterien vor, sondern verweisen nur auf demokratische Verfahren. Der Anteil der philosophischen Gerechtigkeitstheorien an der Lösung von Allokationsproblemen in der Medizin kann daher nicht darin gesehen werden, konkrete Allokationsentscheidungen zu begründen. Vielmehr liefern die Theorien wichtige Argumente und Gegenargumente, die in einer öffentlichen Diskussion über Allokationsentscheidungen eine Rolle spielen sollten. Die Theorien zeigen das Spektrum möglicher moralischer Überlegungen auf, die bei Verteilungsfragen berücksichtigt werden müssen: Klugheitserwägungen aus unparteiischer Perspektive, Wertvorstellungen wie die über Gemeinschaft, die Pflicht des Einzelnen und den Sinn verschiedener Lebensabschnitte, sowie Effektivitätsüberlegungen und die Idee der Nutzenmaximierung. Darin liegt ihr hauptsächlicher Beitrag.

## 5. Zusammenfassung

Ressourcenknappheit und zunehmende Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherungen werfen das Problem einer gerechten Verteilung medizinischer Leistungen auf, das den Ausgangspunkt dieser Arbeit gebildet hat. Im Rahmen dieser Arbeit sind vier verschiedene philosophische Gerechtigkeitstheorien daraufhin untersucht worden, ob sich mit ihnen Fragen nach einer gerechten Verteilung medizinischer Leistungen beantworten lassen. Dabei ist die Frage, ob sich ein Anspruch auf medizinische Versorgung als eine Forderung der Gerechtigkeit rechtfertigen lässt, als das moralische Grundproblem identifiziert worden, das zunächst gelöst sein muss, bevor konkrete Fragen nach Priorisierung und Rationierung von Leistungen entschieden werden können. Aus der Perspektive des egalitären Liberalismus, Utilitarismus, Kommunitarismus und Libertarismus haben sich unterschiedliche Argumente für und gegen einen Anspruch auf medizinische Versorgung herleiten lassen. Die Position des egalitären Liberalismus, wie sie von Norman Daniels vertreten wird, hat sich als am besten begründet erwiesen. Norman Daniels hält einen Anspruch auf medizinische Versorgung für gerechtfertigt, insofern diese das arttypische Funktionieren sichert oder wiederherstellt und somit zur Chancengleichheit beiträgt. Der Vorteil von Daniels' Position wird darin gesehen, dass er mit relativ wenigen moralischen Grundannahmen auskommt, indem er zum einen statt eines normativen einen deskriptiven Krankheitsbegriff verwendet und zum anderen mit seinem Prinzip der Chancengleichheit keine bestimmte Lebensform bevorzugt. Bei konkreten Verteilungsproblemen stößt sein Ansatz jedoch an Grenzen.

Die leitende Fragestellung dieser Arbeit, ob sich ein Anspruch auf medizinische Versorgung rechtfertigen lässt, kann nun folgendermaßen beantwortet werden: Es gibt gute Argumente für einen Anspruch auf medizinische Versorgung, während gegen die liberale Kritik an einem solchen Anspruch eine Reihe überzeugender Einwände vorgebracht werden konnten, so dass die Frage als positiv beantwortet angesehen werden kann. Die Frage nach der angemessenen Umsetzung dieses Anspruchs, also nach dem Umfang der garantierten medizinischen Versorgung, ist mit Hilfe der Gerechtigkeitstheorien jedoch schwierig zu beantworten. Die Aufgabe der Gerechtigkeitstheorien in Bezug auf konkrete Allokationsprobleme wird daher darin gesehen, einen Rahmen wichtiger Argumente und Gegenargumente für eine öffentliche Diskussion abzustecken.

## Literaturverzeichnis:

### MONOGRAPHIEN:

Alexy, Robert (1996): Theorie der Grundrechte. 3. Aufl. Frankfurt/Main.

Callahan, Daniel (1987): Setting limits: medical goals in an aging society. New York.

Daniels, Norman (1985): Just Health Care. Cambridge.

Dworkin, Ronald (1990): Bürgerrechte ernstgenommen. Aus dem Englischen von Ursula Wolf. Frankfurt/Main.

Emanuel, Ezekiel J. (1994): The Ends of Human Life: Medical Ethics in a Liberal Polity. 2. Aufl., Harvard.

Engelhardt, Tristram H. (1996): The Foundations of Bioethics. 2. Aufl., New York.

Gesang, Bernward (2003): Eine Verteidigung des Utilitarismus. Stuttgart.

Glover, Jonathan (1977): Causing Death and Saving Lives: The Moral Problems of Abortion, Infanticide, Suicide, Euthanasia, Capital Punishment, War and Other Life-or-death Choices. Harmondsworth/Middlesex.

Harris, John (1995): Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik. Aus dem Englischen von Dunja Jaber. Berlin.

Hinsch, Wilfried (2002): Gerechtfertigte Ungleichheiten. Grundsätze sozialer Gerechtigkeit. Berlin/ New York.

Kersting, Wolfgang (1993): John Rawls zur Einführung. Hamburg.

Kersting, Wolfgang (1997): Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend. Abhandlungen zur praktischen Philosophie der Gegenwart. Frankfurt/Main.

Kersting, Wolfgang (2000a): Theorien der sozialen Gerechtigkeit. Stuttgart/Weimar.

Kersting, Wolfgang (2001): John Rawls zur Einführung. Neufassung, Hamburg.

Lanzerath, Dirk (2000): Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik. Freiburg.

Maclean, Anne (1993): The Elimination of Morality. Reflections on Utilitarianism and Bioethics. London/New York.

Nozick, Robert (1979): Anarchie, Staat, Utopia. Aus dem Amerikanischen von Hermann Vetter. München.

Rawls, John (1998): Eine Theorie der Gerechtigkeit. Aus dem Englischen von Hermann Vetter. 10. Aufl., Frankfurt/Main.

- Sandel, Michael J. (1982): *Liberalism and the Limits of Justice*. Cambridge.
- Sen, Amartya (1992): *Inequality reexamined*. Oxford/New York.
- Shue, Henry (1980): *Basic Rights. Subsistence, Affluence, and U.S. Foreign Policy*. Princeton.
- Steinvorth, Ulrich (1999): *Gleiche Freiheit. Politische Philosophie und Verteilungsgerechtigkeit*. Berlin.
- Thielmann, Lars (2001): *Ethische Grundlagen einer Prioritätensetzung im Gesundheitswesen*. Bayreuth.
- Van Parijs, Philippe (1995): *Real Freedom for All. What (if Anything) can Justify Capitalism?* Oxford.

#### BEITRÄGE AUS SAMMELBÄNDEN:

- Birnbacher, Dieter (2002): *Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen. Eine utilitaristische Perspektive*. In: Gutmann, Thomas; Schmidt, Volker H. (Hrsg.): *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Weilerswist: S. 91-109.
- Birnbacher, Dieter (2006): *Utilitarismus*. In: Düwell, Marcus u.a. (Hrsg.): *Handbuch Ethik*. 2. Aufl., Stuttgart, S. 95-107.
- Brock, Dan W. (2003): *Ethik und Altersrationierung in der Medizin: ein konsequentialistischer Standpunkt*. In: Marckmann, Georg (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang*. Stuttgart/New York, S. 89-115.
- Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (1999): *Menschenrechte. Dokumente und Deklarationen*. 3. Aufl., Bonn.
- Cunliffe, John (2000): *Introduction: Left-Libertarianism – Historical Origins*. In: Vallentyne, Peter; Steiner, Hillel (Hrsg.): *The Origins of Left-Libertarianism. An Anthology of Historical Writings*. Basingstoke, S. 1-20.
- Daniels, Norman (2003a): *Gerechtigkeit, faire Verfahren und die Ziele der Medizin. Aus dem Englischen von Matthias Katzer*. In: Marckmann, Georg; Liening, Paul; Wiesing, Urban (Hrsg.): *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Stuttgart, S. 47-51.
- Daniels, Norman (2003b): *Bedarf an medizinischer Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit. Aus dem Englischen von Jon Cramer und Micha H. Werner*. In: Marckmann, Georg; Liening, Paul; Wiesing, Urban (Hrsg.): *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Stuttgart, S. 15-46.
- Daniels, Norman (2003c): *Das Argument der Altersrationierung im Ansatz der klugen Lebensplanung. Aus dem Englischen von Jon Cramer*. In: Marckmann, Georg (Hrsg.):

Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Stuttgart/ New York, S. 151-168.

Düwell, Marcus (2003): Utilitarismus und Bioethik: Das Beispiel von Peter Singers Praktischer Ethik. In: Düwell, Marcus; Steigleder, Klaus (Hrsg.): Bioethik. Frankfurt am Main, S. 57-71.

Emanuel, Ezekiel J. (2003a): Gerechte Gesundheitsversorgung aus liberal-kommunitaristischer Perspektive. Aus dem Englischen von Christian Schomers und Susan Nurmi-Schomers. In: Marckmann, Georg; Lienen, Paul; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gerechte Gesundheitsversorgung Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Stuttgart, S. 128-168.

Emanuel, Ezekiel J. (2003b): Gesundheitsversorgung im Alter. Die Perspektive eines liberalen Kommunitarismus. In: Marckmann, Georg (Hrsg.): Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Stuttgart/ New York, S. 203-218.

Engelhardt, Tristram H. (2003): Das Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Gerechtigkeit und Fairness bei der Verteilung medizinischer Leistungen: Frustrationen im Angesicht der Endlichkeit. Aus dem Englischen von Jon Cramer u.a.. In: Marckmann, Georg; Lienen, Paul; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gerechte Gesundheitsversorgung Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Stuttgart, S. 54-95.

Forst, Rainer (1995): Kommunitarismus und Liberalismus. Stationen einer Debatte. In: Honneth, Axel (Hrsg.): Kommunitarismus. Eine Debatte über die moralischen Grundlagen moderner Gesellschaften. 3. Aufl., Frankfurt/Main, S. 181-212.

Gosepath, Stefan (1999): Zu Begründungen sozialer Menschenrechte, in: Gosepath, Stefan; Lohmann, Georg (Hrsg.): Philosophie der Menschenrechte. 2. Aufl., Frankfurt/Main, S. 146-187.

Höffe, Otfried (1992): Einleitung. In: Höffe, Otfried (Hrsg.): Einführung in die utilitaristische Ethik. Klassische und zeitgenössische Texte. 2. Aufl., Tübingen, S. 7-51.

Honneth, Axel (1995): Einleitung. In: Honneth, Axel (Hrsg.): Kommunitarismus. Eine Debatte über die moralischen Grundlagen moderner Gesellschaften. 3. Aufl., Frankfurt/Main, S. 7-18.

Kersting, Wolfgang (2000b): Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung. In: Kersting, Wolfgang (Hrsg.): Politische Philosophie des Sozialstaats. Weilerswist, S. 467-507.

Koller, Peter (1990): Die neuen Vertragstheorien. In: Ballestrem, Karl Graf; Ottmann, Henning (Hrsg.): Politische Philosophie des 20. Jahrhunderts. München, S. 281-306.

Kymlicka, Will (1992a): Introduction. In: Kymlicka, Will (Hrsg.): Justice in Political Philosophy. Volume I. Mainstream Theories of Justice. Cambridge, S. xi-xxiii.

Kymlicka, Will (1992b): Introduction. In: Kymlicka, Will (Hrsg.): Justice in Political Philosophy. Volume II. Critiques and Alternatives. Cambridge, S. xi-xxiv.

- Liening, Paul; Marckmann, Georg; Wiesing, Urban (2003): Einführung. In: Marckmann, Georg; Liening, Paul; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Stuttgart, S. 1-8.
- Marckmann, Georg (2003): Ezekiel J. Emanuel. Einführung. In: Marckmann, Georg; Liening, Paul; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Stuttgart, S. 123-128.
- Marckmann, Georg (2004): Zur Funktion des Krankheitsbegriffs bei prospektiven und retrospektiven Vergütungsformen. In: Mazouz, Nadia; Werner, Micha; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gesundheitsbegriff und Mittelverteilung. Baden-Baden, S. 57-70.
- Rosa, Hartmut (2006): Kommunitarismus. In: Düwell, Marcus u.a. (Hrsg.): Handbuch Ethik. Stuttgart, 2. Auflage, S. 218-230.
- Schramm, Axel (2003): Kommentar zum Beitrag von Ezekiel J. Emanuel. In: Marckmann, Georg (Hrsg.): Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Stuttgart/ New York, S. 224-2226.
- Schramme, Thomas (2004): Zur Funktion des Krankheitsbegriffs für ein gerechtes Gesundheitssystem. In: Mazouz, Nadia; Werner, Mich; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gesundheitsbegriff und Mittelverteilung. Baden-Baden, S. 71-84.
- Steigleder, Klaus (1991): Die Abenteuer der Bioethik. Ein kritischer Vergleich der Ethikkonzeptionen H. Tristram Engelhardts und Peter Singers. In: Wils, Jean-Pierre; Mieth, Dietmar (Hrsg.): Ethik ohne Chance?: Erkundungen im technologischen Zeitalter. Tübingen, 2. Auflage, S. 225-246.
- Steigleder, Klaus (2003): Bioethik als Singular und Plural. Die Theorien von H. Tristram Engelhardt. In: Düwell, Marcus; Steigleder, Klaus (Hrsg.): Bioethik. Frankfurt/Main, S. 72-87.
- Thielmann, Lars (2003): Norman Daniels' Health Care Ethics. In: Düwell, Marcus; Steigleder, Klaus (Hrsg.): Bioethik. Frankfurt/Main, S. 105-119.
- Wieland, Wolfgang (2004): Grundlegende Aspekte des Krankheitsbegriffs. In: Mazouz, Nadia; Werner, Mich; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gesundheitsbegriff und Mittelverteilung. Baden-Baden, S. 15-30.
- Wiesing, Urban (2004): Kritische Anmerkungen zu einer Krankheitsdefinition anhand objektiver Kriterien. In: Mazouz, Nadia; Werner, Mich; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gesundheitsbegriff und Mittelverteilung. Baden-Baden, S. 47-56.
- Zink, Joachim (2004): Statement aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen. In: Mazouz, Nadia; Werner, Mich; Wiesing, Urban (Hrsg.): Gesundheitsbegriff und Mittelverteilung. Baden-Baden, S. 193-198.

#### ZEITSCHRIFTENARTIKEL:

Boorse, Christopher (1975): On the distinction between disease and illness. In: *Philosophy and Public Affairs* 5, S. 49-68.

Brandt, Richard B. (1983): The Concept of a Moral Right and its Function. In: *The Journal of Philosophy* 80, S. 29-45.

Breyer, F. (2005): Rationierung von GKV-Leistungen nach dem Alter? - Pro. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (130)7, S. 349-350.

Daniels, Norman (2009): Just health: replies and further thoughts. In: *Journal of Medical Ethics*. 35(1), S. 36-41.

Engelhardt, Tristram (1974): The disease of masturbation: values and the concept of disease. In: *Bulletin of the History of Medicine* 48, S. 234-248.

Harris, John (1975): The Survival Lottery. In: *Philosophy* 50, S. 81-87.

Hoffmann, Martin (2006): Gibt es eine klare Abgrenzung von Therapie und Enhancement? In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 11, S. 201-221.

Fuchs, Christoph; Nagel, Eckhard; Raspe, Heiner (2009): Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? In: *Deutsches Ärzteblatt*, 106(12), S. A 554-7.

Nussbaum, Martha (1992): Human Functioning and Social Justice. In: *Political Theory*. 20(2), S. 202-246.

Rauprich, Oliver (2008): Utilitarismus oder Kommunitarismus als Grundlage einer Public-Health-Ethik? In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 51(2), S. 137-150.

Schramme, Thomas (2009): On Norman Daniels' interpretation of the moral significance of healthcare. In: *Journal of Medical Ethics*. 35(1), S. 17-20.

Steiner, Hillel (1981): Liberty and Equality. In: *Political Studies* 29, S. 555-69.

Steinvorth, Ulrich (1992): Menschenrechte und Sozialstaat, In: *Rechtsphilosophische Hefte I*, S. 9-21.

Stern, Lawrence (1983): Opportunity and health care: criticism and suggestions. In: *Journal of Medicine and Philosophy*, Bd. 8, S. 339-361.

## BEITRÄGE AUS DEM INTERNET:

Emanuel, Ezekiel J; Fuchs, Victor R. (2005): Solved! In: Washington monthly 2005.  
[Online im Internet.] URL:  
<http://www.washingtonmonthly.com/features/2005/0506.emanuel.html>  
[Stand: 10.01.2010]

Narveson, Jan (2004): Libertarianismus. Eine Einführung. In: Aufklärung und Kritik 2/2004. S. 5-37 im PDF-Dokument.  
[Online im Internet.] URL:  
[http://www.gkpn.de/narveson\\_3.pdf](http://www.gkpn.de/narveson_3.pdf) [Stand: 22.02.2010].

Zentrale Ethikkommission (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.  
[Online im Internet.] URL:  
<http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.24> [Stand: 15.04.2010]

## **Danksagung**

Ich bedanke mich bei Prof. Dr. Regine Kollek, Leiterin der Forschungsgruppe Technologiefolgenabschätzung der modernen Biotechnologie in Medizin und Neurowissenschaften am BIOGUM, für Ihre Offenheit gegenüber meinem Vorhaben, die die Realisierung dieser Arbeit möglich gemacht hat.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater PD Dr. Günter Feuerstein für die kompetente Unterstützung und unkomplizierte Betreuung. Die ungewöhnlich zügige Beantwortung meiner Anfragen und die freundliche Atmosphäre waren eine große Hilfe.

### **Eidesstattliche Versicherung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: .....