

Wortprotokoll

der Geschäftsstelle des Deutschen Ethikrates

Niederschrift über den öffentlichen Teil der

Plenarsitzung des Deutschen Ethikrates

am 25. September 2008

in Berlin

Tagesordnung

10.30 Uhr – 12.30 Uhr

Prof. Dr. Weyma Lübbe:

„Aus ökonomischer Sicht ...“: Was ist der normative Anspruch gesundheitsökonomischer Evaluationen? – Referat mit anschließender Diskussion

(Beginn: 10.30 Uhr)

Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig (Vorsitzender des Deutschen Ethikrates):

Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie herzlich.

Ich möchte im öffentlichen Teil – alles andere wird ja dann im nicht öffentlichen Teil nach der Mittagspause ab 13.30 Uhr stattfinden – zunächst eine Vorbemerkung, mich persönlich betreffend, machen und anschließend die Tagesordnung festlegen.

Ich bitte um Verständnis – das sind alles Verpflichtungen, die ich noch vor dem Engagement im Vorstand des Deutschen Ethikrates eingegangen bin –, dass ich wieder einmal – aber das ist das letzte Mal – zur Mittagspause weg muss, um einen Vortragstermin wahrnehmen zu können, der in einer Ecke der Republik stattfindet, nämlich in Schleswig, die verkehrlich ziemlich abgehängt ist; sonst komme ich nicht rechtzeitig dorthin. Ich bitte vielmals um Verständnis dafür.

Alles, was im nicht öffentlichen Teil nachher zu machen ist, wird dann Frau Woopen übernehmen, der ich herzlich dafür danke, dass sie wieder einmal die Last auf ihre Schultern nimmt, den nicht öffentlichen Teil größtenteils zu bestreiten. Herr Dr. Vetter wird dann zu den technischen Dingen beitragen können; denn er hat Etliches von dem, was der Vorstand gemacht hat, unmittelbar begleitet und vorbereitet. Das als Vorbemerkung.

Ich bitte Sie jetzt um Genehmigung der Tagesordnung bzw., korrekt ausgedrückt, des Tagesordnungsentwurfs, der Ihnen zugegangen ist. Vorgesehen sind im öffentlichen Teil die Genehmigung der Tagesordnung und die Behandlung des Sachthemas und im nicht öffentlichen Teil unter Einbeziehung des Punktes „Sonstiges“ sieben Tagesordnungspunkte. Gibt es Ergänzungswünsche? Es kann unter dem Punkt „Sonstiges“ ja noch das eine oder andere eingebracht werden. – Es gibt keine Wünsche zur Ergänzung der Tagesordnung. Herzlichen Dank. Dann ist die Tagesordnung so, wie vorgeschlagen, beschlossen.

Dann kommen wir zu Tagesordnungspunkt 2 und zu Ihrem Referat, liebe Frau Lübbe, für das wir Ihnen herzlich danken, zum Thema: „Aus ökonomischer Sicht ...“: Was ist der normative Anspruch gesundheitsökonomischer Evaluationen?

Wir haben uns mit dem Thema insgesamt ja schon einmal stichwortartig unter dem Aspekt der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen beschäftigt. Da das, wenn nicht alle Merkmale täuschen, ein Kernthema künftiger mindestens Gesundheitspolitik, aber, ich glaube, auch Ethik sein dürfte, ist das hier ein sehr wichtiger und maßgeblicher Part, den Sie uns vermitteln wollen, Frau Lübbe. Wir wollen Ihnen keine zeitlichen Vorgaben machen. Im Anschluss an den Vortrag jedenfalls ist das Wort für die Diskussion freigegeben. Frau Lübbe, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Vielen Dank, Herr Schmidt-Jortzig. Ich denke, ich brauche ungefähr 45 Minuten für das Referat; dann können wir diskutieren.

(Folie 1)

Wenn man als Außenstehender versucht, sich anhand einschlägiger Publikationen über den normativen Anspruch von gesundheitsökonomischen Bewertungen medizinischer Maßnahmen zu informieren, dann verbleiben Unsicherheiten. Das liegt nicht daran, dass es unterschiedliche gesundheitsökonomische Evaluationsziele und -verfahren gibt: vergleichend, nicht vergleichend, indikationsintern vergleichend, indikationsübergreifend vergleichend, die Konsequenzen in Geldeinheiten bewertend oder in Gesundheitseffekten, die wiederum auf diese oder auf jene Weise gemessen werden, und so weiter. Insoweit kann man ja nach Verfahren differenzierte Auskünfte einholen.

Zum Teil liegt die erwähnte Unsicherheit daran, dass, wie in jedem anderen Fachgebiet auch, Meinungsdivergenzen zu Tage treten, sobald man breiter zu lesen beginnt.

(Folie 2)

Die entscheidende Schwierigkeit ist aber, dass Ökonomen ihre Werturteile („rationale Mittelverteilung“, „optimale Ressourcenallokation“, „bestes Ergebnis“ usw.) häufig mit dem Zusatz „aus ökonomischer Sicht“ oder mit vergleichbaren Zusätzen versehen. Sie sprechen von „ökonomischer“ Bewertung oder teilen mit, dass „der Ökonom“ etwas auf diese Weise bewerten werde – anstatt es einfach zu bewerten. Die Unsicherheit betrifft die Frage, was genau der Hinweis anzeigt. Insbesondere möchte man wissen, ob die Klausel eine Rücknahme oder eine Einschränkung des Geltungsanspruchs indiziert, der mit Werturteilen dieser Art im alltäglichen Verständnis verbunden ist.

Zusätze solcher Form sind nicht selten auch in anderen Zusammenhängen anzutreffen:

(Folie 3)

„Aus der Sicht meines Mandanten liegt die Alleinschuld für den Verkehrsunfall bei der Gegenseite.“

„Aus Sicht des Leiters der Presseabteilung sollte eine Erklärung abgegeben werden, damit dem Unternehmen aus dem Vorfall kein Schaden entsteht.“

Hier indiziert der Zusatz das Bewusstsein, dass das eigene Urteil umstritten ist oder angezweifelt werden könnte, insbesondere auch von Personen, die in der fraglichen Angelegenheit entscheidungsbefugt sind. Ein Sprecher wird damit oft auch die Bereitschaft signalisieren, das eigene Urteil zur Sache zur Diskussion zu stellen und es auf Nachfragen hin zu erläutern und zu begründen. Eine Rücknahme oder Einschränkung des mit dem Urteil ver-

bundenen Geltungsanspruchs ist damit in den exemplifizierten Fällen aber nicht verbunden.

Weshalb also verbleiben Zweifel, ob Ökonomen meinen, was sie im gewöhnlichen Verständnis solcher Werturteile sagen, wenn sie bestimmte Formen der Ressourcenallokation als „rational“ und die zu erwartenden Ergebnisse als „optimal“ bezeichnen?

Die Zweifel rühren daher, dass es zahlreiche Zitatstellen gibt, die belegen, dass auch Ökonomen der Auffassung sind, die Mittelverteilung im Gesundheitswesen müsse gewisse ethische und rechtliche Standards berücksichtigen, und zwar auch dann, wenn das aus ökonomischer Sicht zu suboptimalen Ergebnissen führt. Ein typisches Zitat mit diesem Tenor ist etwa das folgende:

(Folie 4)

„Gesundheitsökonomische Evaluationen generieren Aussagen zur Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen. Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit ist jedoch nur eines von mehreren Entscheidungskriterien, die eine Ressourcenallokation steuern. In demokratischen und pluralen Gesellschaften bedarf es eines gesellschaftlichen Entscheidungsprozesses über den Stellenwert des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu anderen Kriterien wie beispielsweise der Wirksamkeit sowie Grundsätzen der Ethik und der Verteilungsgerechtigkeit.“

Im Lichte dieses Zitats gelesen, signalisiert der Zusatz, dass Ökonomen sich bewusst sind, in ihrer Urteilsbildung nur einen von mehreren entscheidungsrelevanten Bewertungsgesichtspunkten in den Blick genommen zu haben. Auch in diesem Sinne kommen solche Zusätze gelegentlich in anderen Kontexten vor – etwa in der Formulierung:

(Folie 5)

„Aus ökologischer Sicht wäre eine am Nordhang verlaufende Trassenführung die beste Lösung.“

Damit will man ja normalerweise auch nicht sagen, dass Auswirkungen von Bauvorhaben auf Biotope das Einzige sind, was man beim Bauen beachten sollte. Analog dazu könnte man sagen, dass auch Ökonomen nur Experten für bestimmte Auswirkungen gesundheitspolitischer Entscheidungen sind. Ein unmittelbar normativer Anspruch – also ein Anspruch, beurteilen zu können, wie entschieden werden soll – wäre mit gesundheitsökonomischen Evaluationen dann ebenso wenig verbunden wie mit Evaluationen von Bauvorhaben aus der Sicht des Naturschutzes.

Mit dieser, wie man meinen könnte, Selbstverständlichkeit im Hinterkopf bleibt es gleichwohl irritierend, wenn man ein verbreitetes Überblickswerk aufschlägt:

(Folie 6)

„Oliver Schöffski/J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg (2007), *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, 3. Aufl., Springer“

und sich in der folgenden Weise in die Materie eingeführt findet. Der Autor des Einführungskapitels berichtet zunächst, 1988 sei die Beitragssatzstabilität für die gesetzliche Krankenversicherung im Sozialgesetzbuch festgeschrieben worden; wenn man diese Entscheidung der Politik als Datum nehme – ich zitiere –,

(Folie 7)

„[...] kann es jetzt nur darum gehen, die zur Verfügung stehenden knappen Mittel dort im Gesundheitswesen einzusetzen, wo das beste Ergebnis zu erwarten ist. [...] Hier ist das Betätigungsfeld von Wirtschaftswissenschaftlern. Sie beschäftigen sich ausschließlich mit Fragen der Knappheit und wie die negativen Auswirkungen der Knappheit möglichst gering gehalten werden. Jede Geldeinheit, die für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, muss in dem Bereich verwendet werden, wo sie den größten Nutzen stiftet. [...] Daher wird es im Folgenden nur darum gehen, die exogen dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellten Mittel innerhalb des Gesundheitswesens rational zu verteilen, d. h. eine optimale Ressourcenallokation sicherzustellen. Zu diesem Zweck werden gesundheitsökonomische Evaluationen durchgeführt.“

Das klingt nicht so, als sei mit dem besten Ergebnis, von dem im ersten Satz die Rede ist, nur das aus ökonomischer Sicht beste Ergebnis gemeint. Im Gegenteil klingt es so, als seien Ökonomen Experten für die Frage, wie man unter Bedingungen der Knappheit optimale Ergebnisse erzielt. Die Sache verhielte sich dann ganz anders als im Falle der Ökologen. Ökonomen wären dann nicht Experten für die Auswirkungen von Entscheidungen auf einen bestimmten Wirklichkeitsbereich – auf ökonomisch Wertvolles sozusagen, so wie Ökologen Experten für die Auswirkungen von Entscheidungen auf ökologisch Wertvolles sind. Ökonomen wären vielmehr Experten für die Frage, wie man entscheiden soll, wenn man negative Auswirkungen auf zumindest einiges Wertvolle nicht vermeiden kann. Sie wären Experten für rationales Entscheiden unter Knappheit. So verstanden, würde sich mit gesundheitsökonomischen Evaluationen durchaus ein unmittelbarer normativer Anspruch verbinden.

Zugleich, wie gesagt, finden sich aber immer wieder Passagen von der zuerst zitierten, sozusagen bescheideneren Art. In dem gerade zitierten Überblickswerk finden sie sich unter anderem im Anschluss an die Beobachtung, „sowohl der Entscheidungsträger als auch die Gesellschaft als Ganzes“ hätten „den Wunsch, auch andere Kriterien bei der Entscheidung über die Ressourcenallokation einfließen zu lassen“. Insbesondere wird das Thema Gerechtigkeit angesprochen und der Autor kommentiert:

(Folie 8)

„Je mehr Gerechtigkeitsaspekte bei der Prioritätensetzung beachtet werden, desto ineffizienter wird das Allokationsergebnis. Daher muss eine sinnvolle Balance gefunden werden.“

Wie soll man das mit den aus der Einführung zitierten Sätzen zusammenbringen? Wie verhält sich die Bewertung einer Entscheidung als „sinnvoll“ zur Bewertung einer Entscheidung als „rational“? Soll man annehmen, dass Ökonomen, quasi als gute Demokraten, bereit sind, grundsätzlich beliebige verbreitet für wichtig gehaltene Kriterien als berücksichtigungspflichtig anzuerkennen – aber für rational halten sie sie nicht?

Ich hoffe, ich habe so weit zumindest im Ansatz deutlich gemacht, was ich meine, wenn ich sage, dass die Klausel „aus ökonomischer Sicht“ in der Frage des normativen Anspruchs gesundheitsökonomischer Evaluationen Unsicherheit erzeugt. Auf mich macht sie gelegentlich den Eindruck einer weißen Fahne, die man vor sich herträgt, um Land gewinnen zu können, ohne sich gegnerischem Feuer auszusetzen. Hinter dem zuvor zitierten Satz:

(Folie 9)

„Jede Geldeinheit, die für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, muss in dem Bereich verwendet werden, wo sie den größten Nutzen stiftet.“

würde man ja normalerweise die Feder eines Utilitaristen vermuten. Hier handelt es sich auch unmittelbar um einen Normsatz, also um eine Aussage darüber, wie entschieden werden soll. Die Kommentarlosigkeit eines solchen Satzes in der Einführung eines Lehrbuchs, das im Gesundheitswesen engagiertes Personal im Umgang mit ökonomischen Evaluationen schulen soll, ist für Ethiker verblüffend. Wenn ein Gesundheitsökonom ausdrücklich mitteilen würde, dass die Evaluationsmethoden, die er verwendet, auf der Prämisse beruhen, dass der Utilitarismus die richtige Moraltheorie ist, dann würde er die Aufforderung ernen, er möge sich in die Ethikliteratur einarbeiten und sich mit den dort diskutierten Einwänden auseinandersetzen. Aber unter diesem Etikett, dem Etikett einer hoch umstrittenen Moraltheorie, treten Ökonomen nicht an. Ihr Credo heißt Rationalität, nicht Utilitarismus. Ich komme darauf zurück.

Gelegentlich wird die Aufforderung, sich mit der Ethikliteratur auseinanderzusetzen, tatsächlich an Gesundheitsökonomien gerichtet – zum Beispiel im Kontext des im vergangenen Jahr entbrannten Streits um das IQWiG. Dieses Kürzel steht für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Es ist seit April 2007 gesetzlich mit der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln beauftragt. Der Streit betraf die Frage, wie das Institut seinen Auftrag umzusetzen habe. Einem zu dieser Frage erstellten Gutachten eines Gesundheitsökonomien wurde in einem Beitrag in der Zeitschrift *Der Kassenarzt*

vorgehalten, es zeichne sich durch einen „überaus selektiven Umgang mit dem einschlägigen Schrifttum“ aus:

(Folie 10)

„[...] führende Vertreter neuerer Ansätze wie auch in Fragen der Rationierung medizinischer Leistungen ausgewiesene Philosophen wie Norman Daniels oder John Harris werden im Gutachten schlicht ignoriert.“

Die am gleichen Ort abgedruckte Antwort des angesprochenen Ökonomen lautete:

(Folie 11)

„[Die] im Gutachten vermissten Philosophieprofessoren Daniels und Harris [...] haben sich nie mit gesundheitsökonomischen Evaluationen beschäftigt, da sie sich primär mit Gerechtigkeitsfragen beschäftigen und gar nicht den Anspruch erheben, Gesundheitsökonomien zu sein.“

Die Strenge, mit der hier das Nachdenken über die Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung und das Nachdenken über Gerechtigkeit verschiedenen Disziplinen zugewiesen werden, ist zunächst ebenfalls verblüffend. Im Zeitalter der Interdisziplinarität sollte es doch egal sein, ob Argumente für oder gegen eine Methode der Erarbeitung von Politikempfehlungen ökonomische Argumente oder philosophische Argumente sind – Hauptsache, es handelt sich um gute Argumente.

Im Blick auf den Kontext der Auseinandersetzung ist das Pochen des Ökonomen auf die Grenzen der eigenen Disziplin allerdings verständlich. Die Basis dafür hat der Gesetzgeber selbst geliefert. Der gesetzliche Auftrag an das IQWiG lautet nämlich, es habe über die Methoden und Kriterien für die Erarbeitung von Bewertungen des Nutzens und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Arzneimitteln

(Folie 12)

„[...] auf der Grundlage der in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie [...]“

zu bestimmen. Bei dem kritisierten Gutachten ging es und durfte es dann eben auch um die fachintern anerkannten Standards der Gesundheitsökonomie gehen. Davon, dass die entsprechenden Fachkreise sich bei der Erarbeitung ihrer Standards mit Kollegen aus anderen Fächern zu beraten hätten, steht ja nichts im Gesetz. Deutsche Gesundheitsökonomien haben daher in Gutachten und in kritischen Stellungnahmen zu im Institut erarbeiteten Methodenpapieren wiederholt darauf bestanden, dass die internationalen Standards ihres Fachs vom IQWiG nun auch eingehalten werden.

Das IQWiG, wohlgemerkt, ist nicht beauftragt, irgendwelchen Arzneimitteln wegen mangelnder Kosteneffektivität die Erstattungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen

Krankenversicherung abzusprechen bzw. dafür Erstattungshöchstbeträge festzusetzen. Solche Entscheidungen fällt der Gemeinsame Bundesausschuss, dem das IQWiG als unabhängige Institution zuarbeitet. Das Sozialgesetzbuch bestimmt allerdings, dass die Kosten-Nutzen-Bewertungen dem Gemeinsamen Bundesausschuss „als Empfehlungen zur Beschlussfassung“ zugeleitet werden. Die Arbeit des IQWiG soll also ausdrücklich in Entscheidungsempfehlungen münden. Zudem bestimmt das Gesetz, dass

(Folie 13)

„[...] bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft, angemessen berücksichtigt werden. [...]“

Bei der wirtschaftlichen Bewertung, nicht nach oder zusätzlich zur wirtschaftlichen Bewertung. Angemessenheit und Zumutbarkeit sind keine fachökonomischen Termini. Es stellt sich also die Frage, an welcher Stelle des Prozedere die Einarbeitung derjenigen Gesichtspunkte vorgesehen ist, deren Beachtung Gesundheitsökonominnen qua für sich in Anspruch genommener fachlicher Unzuständigkeit vermissen lassen.

Juristen freilich werden immer gehört. Die Berichte, die das IQWiG dem Gemeinsamen Bundesausschuss zuleitet, sind zwar als solche keine Verwaltungsakte, keine hoheitlichen Akte. Aber um pure Mitteilungen wissenschaftlicher Fakten, die schon aus diesem Grunde nicht mit Normen in Konflikt geraten könnten, handelt es sich dabei nicht. Daher werden die gesundheitsökonomischen Fachkreise sich mit ihren internen Standards nicht ohne externe Prüfung durchsetzen können. Die Trockenheit, mit der deutsche Fachbeamte auf entsprechende Versuche reagieren, sei an einem Beispiel vorgeführt, einem Beispiel, auf dessen ethischen Kern ich im dritten Abschnitt zurückkomme.

Einer der Streitpunkte, die in der Debatte um die IQWiG-Methoden eine Rolle spielten, war die Frage nach der sogenannten Perspektive, aus der die Kosten-Nutzen-Bewertung zu erfolgen habe. Kosten und Nutzen sind ja immer jemandes Kosten und Nutzen, die des Patienten etwa, die der gesetzlichen Krankenversicherung – oder man nimmt die in der Debatte so genannte gesellschaftliche Perspektive ein, die Ökonomen auch als volkswirtschaftliche Betrachtungsweise bezeichnen. Aus dieser Perspektive sind, anders als es das IQWiG in seinen eigenen Methodenpapieren vorsieht, alle Kosten und Nutzen zu erfassen, unabhängig davon, bei welchen Personen oder Institutionen innerhalb der Gesellschaft sie anfallen. Als Beispiel werden hier stets die Kosten genannt, die der Gesellschaft aus dem Produktivitätsausfall krankheits- oder therapieaufwandsbedingt arbeitsunfähiger Arbeitnehmer entstehen.

Das bereits erwähnte gesundheitsökonomische Gutachten formuliert zu diesem Punkt:

(Folie 14)

„Gleichzeitig folgt aus § 35 b SGB V, dass der Gesetzgeber bei der Ermittlung und Bewertung der Kosten grundsätzlich die international etablierte gesellschaftliche Perspektive als Maßstab der Kostenbewertung ansieht.“

Der Gutachter folgert dies aus dem Umstand, dass der Gesetzgeber dem IQWiG die Beachtung der international anerkannten Fachstandards zur Pflicht gemacht hat – und über diese kann der Gutachter als seinerseits anerkannter Gesundheitsökonom die Auskunft ja selber geben.

Das Bundesgesundheitsministerium, das im Rahmen seiner Aufsichtsbefugnisse auf die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben hinzuwirken hat, beurteilt die Angelegenheit freilich anders. Zum Streit um die Wahl der Perspektive bemerkt es in einer Stellungnahme lakonisch und ganz ohne Rückversicherung bei internationalen Fachkreisen:

(Folie 15)

„Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung [...] ist die Bereitstellung medizinischer Leistungen für ihre Versicherten und nicht die Finanzierung von gesamtwirtschaftlichem Nutzen (§ 1 SGB V).“

Nun muss man sich um die Frage, wer sich hier am Ende durchsetzen wird, keine Gedanken machen. Dem Gesetzgeber ist aber offenbar nicht vorab präsent gewesen, dass sein Versuch, das IQWiG bei seiner schwierigen Arbeit durch Hinweis auf Fachstandards zu entlasten, gerade das Gegenteil einer Entlastung bewirken werde. Gesundheitsökonomische Methoden und die ökonomischen Theorien, die ihren Hintergrund bilden, sind werturteilshaltig – und bei einigen dieser Werturteile handelt es sich nicht um moralischen *Common Sense*. Als Beispiel dafür, dass Ökonomen dies auch wissen und es gelegentlich selbst zum Ausdruck bringen, mag das folgende Zitat dienen; es stammt aus einem verbreiteten Lehrbuch der Gesundheitsökonomik:

(Folie 16)

„Die Grenzen der Kosten-Effektivitäts-Analyse sind offensichtlich: [...] Ihre Anwendung setzt voraus, dass es ethisch nicht von Bedeutung ist, bei welchen Personen die Lebensverlängerung eintritt und wie sich die Gesamtzahl von gewonnenen Lebensjahren auf Individuen verteilt. Dieser Kritikpunkt trifft allerdings auf alle hier und im Folgenden dargestellten Evaluierungsverfahren zu.“

Die Anwendung dieser Verfahren setzt also ein solches Werturteil voraus? Dass die Verteilungsfrage ethisch unerheblich ist? Wer würde denn ein solches Werturteil unterschreiben? Das tun die Gesundheitsökonominnen, wie wir anhand von Zitaten gesehen haben, ja selber nicht. Fragen wir also: Wie kommen Ökonomen denn überhaupt zu der Auffassung, dass diejenige Ressourcenallokation,

die das Maximum an Nutzen erzeugt, die optimale Allokation ist?

Es gibt Personen, die diese Frage nicht wirklich verstehen. Wenn Nutzen, insbesondere auch Gesundheitsnutzen, etwas Gutes ist, dann ist mehr Nutzen besser als weniger Nutzen, und das Maximum ist am besten. Wo ist das Problem? Das Problem ist dieses: Gesundheit, wie anderer Nutzen auch, ist nicht einfach etwas Gutes. Sie ist etwas Gutes *für Personen* – gegebenenfalls auch für andere Personen (dazu gleich), vor allem aber für die Personen, um deren Gesundheit es sich handelt. Herr Meiers Gesundheit ist gut für Herrn Meier, Frau Schmidts Gesundheit ist gut für Frau Schmidt. Und mehr Gesundheit für Herrn Meier ist besser für Herrn Meier, zweifellos – analog für Frau Schmidt. Für wen aber ist es besser, wenn die gesetzliche Krankenversicherung, falls dies einmal knappheitshalber konkurriert, die Therapie des Gesundheitsproblems von Herrn Meier finanziert und nicht die kostenineffizientere Therapie des Gesundheitsproblems von Frau Schmidt?

Für wen ist das besser? Für die Gesellschaft? Also aus der gesellschaftlichen Perspektive, die der ökonomische Gutachter empfahl? Wie wir gesehen haben, hängt das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer medizinischen Intervention aus der gesellschaftlichen Perspektive unter anderem davon ab, wie die zu erwartenden Produktivitätsausfälle zu bewerten sind. Das bereits zitierte Überblickswerk ist da ganz offen:

(Folie 17)

„Bei strenger Anwendung der Maßstäbe für eine effiziente Allokation müssen arbeitende Personen umso mehr bevorzugt werden, je höher ihr Einkommen ist.“

Das Arbeitseinkommen wird nämlich (irgendwie muss man die nötigen Daten ja generieren) als Maß für die volkswirtschaftliche Nützlichkeit von Personen herangezogen – auch wenn das bekanntlich ein zweifelhaftes Maß ist, nicht nur im Hinblick auf einige unbezahlte Arbeiten, die überwiegend von Frauen erledigt werden. Aber darüber lohnt es sich gar nicht zu streiten. Der entscheidende Punkt ist natürlich, dass es grundsätzlich nicht angeht, die Versorgung von Kassenpatienten davon abhängig zu machen, wie nützlich sie für die Gesellschaft sind. Zwar sind auch Menschen, wie Waren, *de facto* in unterschiedlichem Ausmaß geeignet, die Bedürfnisse ihrer Mitmenschen zu erfüllen. Und tatsächlich divergieren auch ihre Lebenswege und Lebenschancen infolge solcher Unterschiede, nämlich in Abhängigkeit von der Summe der Wahlhandlungen Privater, die im Rahmen der Rechtsordnung – oft auch jenseits dieses Rahmens – überwiegend der Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse nachgehen. Aber wer möchte denn eine so begründete Differenzierung der Lebenschancen (die es gibt und immer geben wird) zu einem Verteilungsprinzip der öffentlichen Gesundheitsversorgung machen?

Tatsächlich befürwortet auch der zitierte Autor eine strenge Anwendung der gesundheitsökonomischen Maßstäbe an dieser Stelle nicht. Das sei nämlich

(Folie 18)

„[...] kaum mit dem in der Gesundheitspolitik postulierten Grundsatz des für jeden Bürger gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen zu vereinbaren.“

In der Praxis gesundheitsökonomischer Evaluationen wird gewöhnlich ohnehin mit Durchschnittseinkommen kalkuliert. Insoweit richtet die Theorie dann keinen Schaden an. Aber wäre die Unvereinbarkeit der theoretischen Maßstäbe mit einem so elementaren Grundsatz der Gesundheitspolitik nicht Anlass, über die Tauglichkeit dieser Bewertungsstandards einmal grundsätzlicher nachzudenken? Es handelt sich ja nicht darum, dass die Standards missbräuchlich angewendet würden, wenn jemand die Bevorzugung der nutzenproduktiveren Patienten empfiehlt. Man hat die Idee der effizienten Allokation schon richtig verstanden, wenn man sagt, dass man andernfalls suboptimale Ergebnisse erzeugt.

Prima facie scheint das ethische Skandalon, das mit solchen Überlegungen verbunden ist, daran zu hängen, dass neben dem *Nutzen für Frau Schmidt* auch die *Nützlichkeit von Frau Schmidt* in die Bewertung einbezogen wird. Dann wäre die Sache mit dem Hinweis des Gesundheitsministeriums, dass es nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist, die volkswirtschaftliche Produktivität zu maximieren, erledigt.

Tatsächlich liegt das Problem aber tiefer. Wenn gesundheitsökonomische Evaluationen anstelle der gesellschaftlichen Perspektive die Perspektive der Versicherungsgemeinschaft einnehmen, dann fragt sich ja erneut: Für wen ist es besser, wenn die gesetzliche Krankenversicherung die medizinische Versorgung von Herrn Meier finanziert und nicht die ineffizientere Versorgung von Frau Schmidt? Ist das besser für die Versicherungsgemeinschaft? Nein. So etwas ist besser für diejenigen Teile der Versicherungsgemeinschaft, deren Gesundheitsprobleme eine im Verhältnis zum erreichbaren Nutzen kostengünstige Therapie zulassen. Für die anderen ist es schlechter. Wie kommt man von dieser divergierenden Bewertung zu der Behauptung, es sei *besser, Punkt?*

Der Übergang von Urteilen über das Bessere für Meier oder Schmidt zu Urteilen über das Bessere schlechthin heißt im Fachjargon der Ökonomen „Konstruktion einer gesellschaftlichen Wohlfahrtsfunktion auf der Basis von individuellen Präferenzordnungen“. Dass man für diese Übung zusätzliche Werturteile braucht, ist den Theoretikern bewusst, seit sich die Wohlfahrtsökonomie vom naiv addierenden Kalkül des klassischen Utilitarismus entfernt hat. In der nachutilitaristischen Phase der Dogmengeschichte waren die Wohlfahrtsökonomien überwiegend der Meinung, dass man den politischen Entscheidern auf rationaler Basis, ohne Hineinmischen umstrittener Werturteile, nicht mehr empfehlen könne, als Verbesserungen herbeizuführen, die für überhaupt niemanden nachteilig

sind. Verbesserungen, die für überhaupt niemanden nachteilig sind, heißen im Fachjargon Pareto-Verbesserungen. Nicht dass es im Blick auf das Gesundheitswesen von dieser Art überhaupt nichts zu empfehlen gäbe; aber das Spektrum der Ratschläge bleibt dann doch begrenzt.

Es waren vor allem zwei dogmengeschichtliche Entwicklungen, die die Wohlfahrtsökonomien in ihrer Eigenschaft als Politikberater wieder haben offensiver werden lassen. Die eine Entwicklung basierte auf der Annahme, dass die Schwierigkeiten, auf wissenschaftlicher Basis über das Pareto-Kriterium hinauszugelangen, letztlich mit messtheoretischen Problemen, mit Problemen der Nutzenmessung zu tun haben. Die Addition ist eine mathematische Operation; man wendet sie auf Zahlen an. Also muss man irgendwie Zahlen generieren, von denen man begründet behaupten kann, dass ihre Eigenschaften in nicht willkürlicher Weise Eigenschaften der Präferenzordnungen der Individuen repräsentieren. Hierzu kam um die Mitte des letzten Jahrhunderts die These auf, dass man diese messtheoretischen Probleme mithilfe der Axiome der unterdessen entwickelten sogenannten Erwartungsnutzentheorie lösen könne. Dann lasse sich die Forderung der additiven Nutzenaggregation auf der Basis von trivialen Wertprämissen mathematisch beweisen. Für diese These, den sogenannten axiomatischen Utilitarismus, steht insbesondere der Name des Nobelpreisträgers John Harsanyi.

Von einigen Ökonomen, gerade auch von solchen, die sich an moraltheoretischen Diskussionen durchaus beteiligen, ist dieses Begründungsmuster mit großem Interesse aufgenommen und weiterentwickelt worden. Hier ein einschlägiges Zitat; es stammt von dem Ökonomen und Philosophen John Broome, der zu Allokationsfragen in den letzten Jahren auch die Weltgesundheitsorganisation beraten hat:

(Folie 19)

„The literature of economics contains elements of a new argument for utilitarianism; it [...] shows remarkable power in how much it can derive from innocuous assumptions.“

Ob man mit formalwissenschaftlichen Mitteln tatsächlich aus harmlosen Annahmen etwas so wenig Harmloses wie die oben diskutierten Empfehlungen herleiten kann, dazu mag jeder, Formalwissenschaftler oder nicht, seine eigenen Vermutungen haben. Ich selber glaube nicht, dass das möglich ist. Die These als solche will ich hier aber nicht diskutieren. Ich will nur sagen, dass Begründungsmuster für additives, also im Ergebnis utilitaristisches Aggregieren in der ökonomischen Grundlagenliteratur weiterhin im Umlauf sind. Es ist nicht ausgeschlossen, dass es solche Thesen sind, die auch dem einen oder anderen Gesundheitsökonom die Forderung nach effizienter Allokation rational erscheinen lassen. Zugleich ermöglichen hochformale Begründungsmuster es unter Umständen einer Fachkommunität, sich einen Reim darauf zu machen, warum die gewöhnliche Bevölkerung –

einschließlich Ministerialbeamte – die Sache nicht ebenso beurteilt. Sie können eben diese Beweise nicht lesen.

Unterstellen wir nun aber, dass einige oder meinetwegen auch alle Gesundheitsökonomien überzeugt sind, die Frage nach der Gerechtigkeit der medizinischen Ressourcenallokation sei ein wichtiges und berechtigtes Anliegen, das man nicht automatisch mitgelöst hat, indem man jedermanns Nutzen im maximierenden Kalkül „gleich zählt“. Wenn solche Gesundheitsökonomien gleichwohl für die Einhaltung ihrer Fachstandards plädieren, dann sind sie offenbar der Auffassung, dass Effizienz und Gerechtigkeit separable Bewertungsaspekte sind, deren Beurteilung man sinnvoll verschiedenen Disziplinen oder auch Institutionen überlassen kann.

Dogmengeschichtlich verbindet sich diese Position – das ist die zweite dogmengeschichtliche Entwicklung – vor allem mit den Namen Kaldor und Hicks. Sie optierten dafür, die Frage der Produktion und die Frage der Distribution zu trennen. Bei dem ersten Aspekt, Produktion, geht es darum, wie man den Kuchen möglichst groß macht. Darauf solle sich die Ökonomie als rationale Wissenschaft beschränken. Beim zweiten Aspekt geht es darum, wie man ihn gerecht verteilt. Dafür brauche man Werturteile, und das sei Sache der Politik. Wer maximal große Kuchen produziert, hat aber jedenfalls mehr zu verteilen. Das macht es vernünftig, rational, der Politik anzuraten, für effiziente Allokation zu sorgen.

Offensichtlich setzt diese These voraus, dass Produktion und Distribution verschiedene Akte sind, auch zeitlich. Man bäckt ja zuerst den Kuchen, und dann verteilt man ihn. Wie hat man sich das nun im Falle der Ressourcenallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzustellen? Zuerst erzeugt man mit dem gegebenen Budget mithilfe gesundheitsökonomischer Evaluationen den maximalen Nutzen – und dann?

Dass man Gesundheit als solche nicht nachträglich umverteilen kann, ist auch den Gesundheitsökonomien klar. Man könnte allenfalls die Effizienzverlierer durch Transferzahlungen seitens der Effizienzgewinner kompensieren; unter Umständen können sie sich dann die ausgeschlossenen Leistungen privat zukaufen. Dieser Kompensationsgedanke war die ursprüngliche Idee des Kaldor-Hicks-Kriteriums, das freilich nicht im Hinblick auf gesundheitsökonomische Anwendungen konzipiert worden ist. Wer private Kompensationszahlungen unter Kassenpatienten tatsächlich für eine passende Möglichkeit hält, das Problem der Gerechtigkeit der Ressourcenallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung separat zu lösen, der möge das offen vortragen. In den Stellungnahmen, die ich bislang gelesen habe, sind mir solche Vorschläge nirgends begegnet. Das wäre auch eine sehr eigenartige Konstruktion.

Was einem stattdessen immer wieder begegnet, sind Formulierungen, die zeigen, dass Effizienz und Gerechtigkeit für separate Werte gehalten werden – Werte, die man irgendwie miteinander abwägen müsse. Wenn das richtig wäre, dann würde es sich auch unabhängig davon, wie man am Ende das Gerechtigkeitsproblem in den Griff

bekommt, lohnen, das System effizienter zu machen. Damit täten Ökonomen dann ja in jedem Falle schon einmal etwas Wertvolles, wenn Effizienz ein separater Wert ist.

Vielleicht ist aber Effizienz gar kein separater Wert. Diesen Punkt kann ich hier lediglich noch an einer Analogie erläutern. Man stelle sich zwei Personen vor, die zusammen Tee trinken wollen, dafür aber nur ein Gefäß zur Verfügung haben. Frau Schmidt trinkt ihren Tee normalerweise gesüßt, Herr Meier zieht ihn ungesüßt vor. Nun argumentiert Herr Meier: „Über die Zuckerfrage müssen wir einmal gründlich separat debattieren. Aber an Tee sind wir schließlich beide interessiert. Also lassen Sie uns doch schon einmal Tee trinken.“

Wer so argumentiert, setzt voraus, dass der Genusswert, den das Trinken gesüßten Tees hat, sich aus zwei separaten Teilen zusammensetzt, dem Genusswert des Tees und dem Genusswert des Zuckers. Was aber, wenn jemand bloßen Tee ungenießbar findet? Ähnlich könnte es sich mit den angeblich separaten Werten Effizienz und Gerechtigkeit verhalten. Vielleicht ist die Beachtung der Forderungen der Gerechtigkeit – wie auch immer sie im Einzelnen aussehen mögen; dazu Konkretes zu sagen, war nicht die Absicht dieses Beitrags – vielleicht ist das eine Zutat, die gesundheitsökonomische Empfehlungen erst wertvoll macht. In reiner Form, ohne diese Zutat, führen sie vielleicht zu nichts Gutem.

Ich fasse zusammen. Politikberatung zur Frage der medizinischen Ressourcenallokation ist ein interdisziplinäres Geschäft. Falls sich zeigt, dass die Empfehlungen der Experten systematisch nach ihren disziplinären Zugehörigkeiten divergieren, kann der Gesetzgeber nicht damit rechnen, sich die Arbeit zu erleichtern, indem er sich auf den Rat von Fachexperten stützt. Im Gegenteil, damit holt er sich den Expertenstreit auf die politische oder politiknahe Ebene.

Soweit es sich bei den zugrunde liegenden Divergenzen um solche handelt, die mit Argumenten nicht auszuräumen sind – weltanschauliche, wie Max Weber sie nannte –, so weit ist das meines Erachtens auch genau die richtige Entwicklung. Gegen solche Divergenzen hilft kein Expertenrat und es ist dann wichtig, dass das auch offensichtlich wird. Die weltanschauliche Natur mancher Kontroversen offensichtlich zu machen, ist nach meinem Verständnis eine der Funktionen nationaler Ethikräte – weshalb ich auch nichts davon halte, solche Divergenzen in Außerdarstellungen abzuschwächen oder hinter Kompromissformeln zu verstecken. Im Gegenteil, man sollte sie ruhig scharf hervortreten lassen.

So weit sind wir aber beim Thema Ressourcenallokation noch lange nicht. Nach meiner Wahrnehmung der Diskussionslage beruhen die divergierenden Expertenurteile zu erheblichen Anteilen auf Positionen, die keineswegs ausdiskutiert sind. Das ist auch kein Wunder. Die beteiligten Fachdisziplinen haben sich so weit voneinander entfernt, dass sie einander kaum noch kritisch kommentie-

ren können, weil man dazu erst einmal eine neue Sprache lernen müsste. Dieses hier zum Beispiel:

(Folie 20)

“SE*: For every $a^0, a^1, b^0, b^1 \in E^N$, $a^0 \hat{R} b^0$ if, and only if, $a^1 \hat{R} b^1$ whenever there exists a partition of N in two subsets M and H , such that, $\forall i \in M, a_i^0 = a_i^1, b_i^0 = b_i^1$, and $\forall h \in H, a_h^0 = b_h^0$ and $a_h^1 = b_h^1$.”

Das lese ich nicht vor. Das ist ein Ausschnitt aus einem Text, der axiomatische Grundlagen der Wohlfahrtsökonomie diskutiert. In solchen Texten wird der Utilitarismus bewiesen. Dieses hier dagegen:

(Folie 21)

„Alle unechten Unterlassungsdelikte mit einer Garantenpflicht kraft institutioneller Zuständigkeit [...] sind Pflichtdelikte [...]“

– das ist Juristensprache. Hier gibt es Garanten, Zuständigkeiten (daher auch Unzuständigkeiten) und Pflichten – Pflichten, die keine Funktion der gesamtwirtschaftlichen Effekte sind, die ein Entscheider erzeugt.

Wenn die Divergenzen lediglich terminologischer Art wären, könnte man sie auf sich beruhen lassen. Tatsächlich sind einige aber werturteilshaltig und präjudizieren die resultierenden Politikempfehlungen. In fachwissenschaftlichen Stellungnahmen enthaltene Werturteile transparent und damit diskutierbar zu machen, scheint mir ebenfalls eine Aufgabe von Ethikräten zu sein – auch wenn das bei dem Grad der Differenzierung, den unser Wissenschaftssystem erreicht hat, ein schwieriges Geschäft ist. Experten können der Politik die Arbeit aber nicht leichter machen, wenn sie sich zu ein und demselben Problemfeld schon untereinander nicht verständigen.

Was das Problemfeld der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen angeht, so haben wir es mit einer Debatte zu tun, die schon auf der alleroberflächlichsten Ebene von Missverständnissen durchsetzt ist. Ein Beispiel zum Abschluss: Jeder, von den Gesundheitsökonomien selbst über das Sozialgesetzbuch (§ 12 SGB V) bis hin zur gesundheitspolitischen Stellungnahme der Deutschen Bischofskonferenz, stimmt in das Lob der „Wirtschaftlichkeit“ ein, ebenso in den Slogan „Rationalisierung statt Rationierung“. Wenn man nachfragt, was denn mit den Begriffen „Wirtschaftlichkeit“ und „Rationalisierung“ gemeint ist, bekommt man aber ganz unterschiedliche Antworten. Nichtökonomien meinen damit gewöhnlich den Abbau von Überflüssigem, etwa durch bessere Vernetzung der Leistungserbringer, durch Wahl der bei indikationsintern vergleichbarem Nutzen kostengünstigeren Therapiealternative oder auch durch verstärkte Eigenverantwortung der Patienten. Ökonomen dagegen meinen damit stets auch und vor allem die Umschichtung knapper Ressourcen an den Ort ihrer nutzenproduktivsten Verwendung, und das selbstverständlich auch indikationsübergreifend – nach Möglichkeit, wie wir gesehen haben, sogar ressortübergreifend. Denn die gesetzlichen Krankenkas-

sen – um noch einmal den ökonomischen Gutachter zu zitieren – seien ja

(Folie 22)

„[...] als Körperschaften des öffentlichen Rechts dem öffentlichen Auftrag und dem öffentlichen, d. h. gesamtgesellschaftlichen Interesse verpflichtet [...].“

Auch über solche Formeln kann man sich oberflächlich einigen. Aber wenn aus dem Hut solcher Einigkeit utilitaristische Kaninchen hervorgezogen werden und das gar nicht breiter auffällt, weil es im Schutz der Berufung auf Fachkompetenz geschieht, dann haben die Experten (jedenfalls in unserem Land; im Ausland sieht das zum Teil anders aus) noch nicht einmal angefangen, die normativen Fragen, die in diesem Problemfeld stecken, wirklich ernsthaft interdisziplinär zu diskutieren.

(Folie 23)

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig (Vorsitzender des Deutschen Ethikrates):

Vielen Dank, Frau Lübbe. Sie haben uns für unser großes Thema der Ressourcenallokation im Gesundheits- und Sozialwesen die Methodendiskussion vorgestellt, die wichtig ist, um da zu einer Verständigung – wenn nicht zu einem Verständnis, so jedenfalls zu einer Verständigung – zu kommen. Wenn ich es richtig verstanden habe, haben Sie ein – wenn auch etwas verstecktes – Plädoyer dafür gehalten, dass die ökonomischen Aspekte nicht nur auf reiner Rechnerei basieren dürfen, sondern auch gewisse ethische Gesichtspunkte – Sie haben den Gesichtspunkt der Gerechtigkeit genannt – berücksichtigen müssen.

Ich will mit meiner ersten Frage, wenn es vielleicht auch etwas unfair ist, einmal umgekehrt an die Sache herangehen. Stimmt es eigentlich – das sieht man jedenfalls als Nichtfachwissenschaftler in den verschiedensten Beiträgen, die einem so unterkommen –, dass die ethischen Perspektiven in unserer Zeit zunehmend durch ökonomische Gesichtspunkte verändert und aufgefüllt werden? Jedenfalls ist das in jüngeren Tagungen eine These gewesen, der nicht ernsthaft widersprochen worden ist. Lässt sich das aus Ihrer Sicht als Gesundheitsökonomin mit ethischem Einschlag irgendwie bestätigen? Sind also von der anderen Seite des Spektrums her im Grunde die gleichen Methodenfragen zu stellen?

Meine Damen und Herren Kollegen, das war nur die unfaire Ausnutzung des ersten Wortes. Natürlich ist die Diskussion eröffnet. Die erste Antwort von Frau Lübbe gibt den anderen Zeit, sich zu einer Frage zu Wort zu melden. Herzlichen Dank. – Frau Lübbe.

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Das Wichtigste vorweg: Ich bin keine Gesundheitsökonomin mit ethischem Einschlag. Ich bin Philosophin, Ethike-

rin mit Schwerpunkt Rechtsphilosophie. Ich habe mich in diese Dinge eingelesen, weil ich dachte, über solche Werturteile muss man miteinander reden.

Zu der Frage, ob es das Problem gibt, dass ethische Fragen mehr und mehr von ökonomischen Gesichtspunkten verdrängt werden. Das Wichtigste, was man hierzu anmerken muss, ist, dass diese Alternative falsch ist. Wenn die Gesichtspunkte, die Ökonomen vorbringen, relevante, berechnete, sinnvolle, gute Argumente enthalten, dann sind das auch moralisch gute Argumente und dann ist das moralisch zu berücksichtigen. Ich würde lieber generell fragen, ob etwas ein gutes oder ein schlechtes Argument ist und nicht, ob es ein ethisches oder ein ökonomisches Argument ist. Die Disziplinengrenzen haben hier wenig sachliche Funktion. Sie haben in der Art der Wissenschaftsorganisation eine rein pragmatische Funktion.

Manchmal läuft in der Entwicklung der Disziplinengrenzen aber auch etwas schief. Das heißt, Gebiete werden zu eng oder unzweckmäßig geschnitten. Meine Vermutung ist, dass das im Verhältnis der Disziplinen, die hier im Spiel sind, partiell der Fall ist. Das heißt, der spezielle Ausschnitt, den die Gesundheitsökonominnen sich in dem Bemühen, werturteilsfreie, wissenschaftliche Urteile abzugeben, gewählt haben, ist in sich kein sinnvoller Bereich mehr. Der muss angereichert werden, indem man die Frage, um welche Werte es hier geht, von vornherein – nicht nachträglich – intensiver berücksichtigt.

Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig (Vorsitzender des Deutschen Ethikrates):

Vielen Dank. Auch bei dem guten Argument, das an die Stelle treten soll, frage ich natürlich: Nach welchem Wertverständnis entscheidet man das Gute oder Böse? Aber ich will das nicht ausweiten, sondern als Nächstes Herrn Bauer das Wort geben.

Prof. Dr. Axel W. Bauer (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Zunächst, Frau Lübbe, ganz herzlichen Dank für diesen methodisch wichtigen Vortrag und dafür, dass wir uns heute zum ersten Mal mit normativen Fragen im engeren Sinne aus philosophischer Sicht beschäftigen.

Sie haben sehr schön dargestellt, dass Formulierungen wie: „aus ökonomischer Sicht“ oder „aus ... Sicht“ einerseits eine Relativierung des Standpunktes der jeweiligen Disziplin suggerieren können, dass sie aber andererseits häufig die Verabsolutierung des Geltungsanspruchs eben dieser Disziplin verhüllen.

Nun könnte man eine Diskussion anschließen, die wir vielleicht noch bekommen werden, gerade über die Bedeutung utilitaristischer Theorien in Ökonomie und Ethik. Ich will im Moment aber auf einen anderen Punkt hinaus. Sie haben die interdisziplinären Verständigungsschwierigkeiten angesprochen. Ich denke, darüber hinaus muss man allerdings auch die intradisziplinären Verständigungsschwierigkeiten mit in den Blick nehmen; denn wenn jemand „aus ökonomischer Sicht“ sagt oder – nehmen wir

einmal ein drastischeres Beispiel, das uns selbst betrifft – wenn Sie, liebe Frau Lübbe, oder wir anderen Ethiker im engeren Sinne „aus ethischer Sicht“ sagen, dann ist dahinter natürlich ebenfalls ein individueller Standpunkt verborgen, der keineswegs die ethische Sicht schlechthin meint, sondern die Sicht einer bestimmten Person oder einer bestimmten Denkrichtung. Auch bei den Ökonomen gibt es unterschiedliche Schulen. Daher muss man das Problem der intradisziplinären Divergenzen sicherlich mindestens ebenso einbeziehen wie das Problem der interdisziplinären Verständigungsschwierigkeiten, also denen zwischen Juristen und Ökonomen. Ich schließe damit gerade an die letzte Bemerkung des Vorsitzenden an, nämlich: Was heißt es denn, dass etwas gut ist, und zwar nicht nur aus welcher Fachperspektive, sondern auch aus welcher Standpunktperspektive heraus? Wie sehen Sie also diese intradisziplinären Verständigungsprobleme?

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Wenn man ein solches Gutachten liest wie das von Graf von der Schulenburg, aus dem ich zitiert habe, merkt man sofort, dass sich aufgrund der bloßen Tatsache, dass die „international anerkannten ökonomischen Fachstandards“ jetzt ein Rechtsbegriff geworden sind, indem sie in § 35 b SGB V eine Rolle spielen, sofort Interessen einstellen, diese Standards in gewisser Weise zu definieren. Natürlich gibt es intern in der Ökonomie darüber Streit. Partiiell – manche haben dem Gutachter vorgeworfen, dass er das zu wenig gemacht habe – wird das in dem Gutachten auch dargestellt. Die international anerkannten Standards sind immer nur die *dominant* anerkannten oder sogenannten herrschenden Standards. Diese Worte sagen ja schon, dass das auch immer etwas mit Macht zu tun hat.

Diejenigen, die sich mit Medizinethik beschäftigen, wissen ohnehin, dass das Nutzenmaß der QALYs, das auch als international anerkannter Standard präsentiert wird, eine unübersehbare Zahl von kritischen Stellungnahmen hervorgerufen hat, sei es innerhalb der Ökonomie, sei es innerhalb der Philosophie. Man muss schon die Fachstandards sehr eng definieren, um sagen zu können, dass das anerkannt ist. Im Ausland finde ich insgesamt, so weit ich mit dem Lesen komme, mehr kritische Stellungnahmen von Gesundheitsökonomen selbst, „mehr Äußerungen dazu, dass es dringend nötig ist, in irgendeiner Weise zu versuchen, die Gerechtigkeitsaspekte bereits in die ökonomische Arbeit selbst einzubeziehen.“

Ich selbst, Herr Bauer, benutze den Ausdruck "aus ethischer Sicht" nicht und solche Vortragstitel lehne ich nach Möglichkeit ab. Ich sage, was mir richtig scheint, und das vertrete ich dann; das vertrete ich nicht aus einer bestimmten Sicht.

Damit komme ich zu der Frage der guten Argumente, Herr Schmidt-Jortzig. Das zeigt sich dann im Diskurs. Es nützt nichts, sich auf Disziplinargrenzen zu berufen. Es zeigt sich im Diskurs, mit welchem Argument man durchkommt und mit welchem nicht. Dass wir im Rahmen von ethischen Debatten und auch innerhalb anderer Fächer letzt-

lich auf Argumente oder Wertungen kommen, die weltanschauliche Hintergründe haben, gebe ich sofort zu. Ich bin in dieser Hinsicht ein Anhänger von Max Weber, der gesagt hat: Wir müssen diese Wertediskussionen führen, um herauszufinden, wie weit wir mit Argumenten kommen. Bei dem, was dann übrig bleibt, ist klar, dass man damit leben muss, dass es verschiedene Ansichten darüber gibt: Was ist ein gutes Leben? Was ist ein Gesundheitssystem, in dem wir leben wollen? Was ist eine Gesellschaft, in der wir leben wollen? Mir kommt es nur darauf an, auch in diesem Gremium so weit zu kommen, dass klar wird: An der Stelle geht es mit Argumenten nicht weiter.

Ein Punkt, den wir, wenn wir uns mit der Ressourcenallokation länger befassen wollen, sicherlich gründlicher in diesem Gremium behandeln werden müssen, ist: Wie stehen wir zum Utilitarismus? Hier herrscht eine unklare Gemengelage. Es gibt kaum noch reine Utilitaristen. Was aber sehr häufig vorkommt, sind Personen, die sagen: Ja, ein bisschen Utilitarismus ist in Ordnung, und das ergänzen wir dann mit gerechtigkeitstheoretischen Zutaten. – Dazu muss man darauf hinweisen, dass sich der klassische Utilitarismus selbst als Gerechtigkeitsstheorie verstanden hat. Da ist nichts zu ergänzen zum Thema Gerechtigkeit, sondern das ist selbst eine Gerechtigkeitsstheorie. Das Argument der klassischen Utilitaristen dafür, jede Nutzeneinheit gleich zu zählen, war: Das heißt eben „gleich berücksichtigen“. Man behandelt Leute gerecht, indem man ihren Nutzen gleich zählt. Wenn dieses Argument dafür, jede Nutzeneinheit gleich zu zählen, wegfällt, wenn man also sagt, Gerechtigkeit nehmen wir jetzt noch nachträglich dazu, dann stellt sich die Frage: Was ist überhaupt die Grundlage für das utilitaristische Aggregieren? Das ist dann völlig unklar.

Wenn man also versucht, den Utilitarismus nachträglich mit Gerechtigkeitsmomenten zu kombinieren – das ist die vor allem im angelsächsischen Sprachraum dominante Position, auch in den angewandten Debatten über Allokationsethik –, dann bekommt man, so meine These, Inkonsistenzen hinein. Man bekommt keine in sich stabile Grundlage und muss dann ständig *ad hoc* sozusagen die Prinzipien wechseln. Wenn wir stattdessen sagen, den Utilitarismus lehnen wir konsequent ab, dann müssen wir einige Dinge grundsätzlich anders konstruieren.

Dr. Dr. Anton Losinger (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Vielen Dank für diese Darstellung, die durchaus die Verpflichtung ins Bewusstsein ruft, in diesem verwirrenden Feld eine interdisziplinäre, gemeinsam verständliche Sprache wiederherzustellen, die aber zugleich – wie Sie sich selbst geoutet haben – auch eine Zuspitzung war.

Ich würde gern bei einem eher lebenspraktischen Aspekt der Ökonomie ansetzen, der auf das Warum der Notwendigkeit der Allokationsdebatte Antwort geben möchte. Das äußerste Warum der Notwendigkeit von Allokation heißt Knappheit. Knappheit ist ein Lebenszustand, den die Ökonomie auch so beschreibt. Knappheit ist deswegen da, weil die Welt, in der wir leben, begrenzt

ist. Innerhalb dieser Grenzen des Wachstums müssen wir immer sehen, wie wir mit knappen Ressourcen umgehen. Das hat auch in der Gesundheitsökonomie seine Folge. Dort nimmt unsere Frage ihren Anfang.

Was die Frage der Allokation knapper Ressourcen im Gesundheitswesen angeht, so sind wir in einer sich zuspitzenden Situation, die einerseits in unserem Land spezifisch durch die demografische Wende verschärft wird und andererseits durch den medizinischen Fortschritt noch verstärkt wird. Es werden heute Krankheiten geheilt, die man gestern noch nicht kannte, und dieser Prozess wird finanziert.

Was ergibt sich daraus für die Frage der Allokation? Die Ökonomen selbst sind sich in der Frage der Bewertung dieser Debatte nicht einig. Wenn man sich einmal generell die Ansätze der Begründung von Wirtschaftsethik ansieht, so stellt man fest: Auf der einen Seite gibt es die spieltheoretischen Ansätze – Homann –, die sehr stark in eine utilitaristische Richtung gehen, und auf der anderen Seite – etwa St. Gallen, Peter Ulrich – eine lebensdienliche Ökonomie, integrative Wirtschaftsethik. Hier herrscht bereits intern große Uneinigkeit.

Wenn man sich jetzt noch der Frage zuwendet, wo solche Allokation, sprich Rationierung oder Priorisierung stattfindet, dann müsste man in der Ökonomie noch einmal zwischen einer Makro-, Meso- und Mikroebene unterscheiden. Auf der Mikroebene besteht Einverständnis darüber, dass optimale Allokation im Sinne von Effizienzsteigerung stattfinden darf, damit die Mittel, die zur Verfügung stehen, möglichst vielen Menschen einen möglichst großen Nutzen bringen. Auf der Makroebene wird das Ganze schon schwieriger. Wenn sich eine Gesellschaft entscheiden muss, wo die begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel hingegeben werden sollen, ob in Bildung, in Medizin, in Soziales, in Familien – was auch immer man sich politisch denken kann –, so handelt es sich hierbei um eine Wertentscheidung von ganz substanzieller Art.

Auf der Mesoebene schließlich, also dort, wo der Medizinsektor selbst zur Debatte steht, was die Priorisierung angeht, geht es um lebensentscheidende Fragen, nämlich: Was bedeutet eigentlich medizinische Anwendung für die Heilung eines Menschen von Krankheit? Für einen krebserkrankten Menschen etwa rechtfertigt der individuelle Anspruch, geheilt zu werden und überleben zu können, eigentlich beinahe einen unbegrenzten Aufwand. Für die Gesellschaft wäre es eine Katastrophe, wenn wir das für jeden täten.

Extrapolieren wir das Ganze auf die internationale Situation, extrapolieren wir etwa einen Gesundheitsstandard, den wir bei uns auch in der Hinsicht eines Menschenrechtsanspruchs für richtig halten, auf Afrika, entsteht noch einmal eine völlig neue Situation, in der sich sowohl die Frage des Utilitarismus als auch die Frage von Gerechtigkeit noch einmal neu stellt.

Als Letztes möchte ich auf das Kunstwort QALY eingehen. Es geht um die Frage, was eigentlich bei der Verteilung knapper Ressourcen als Anspruch für den gesund-

heitlichen Heilungsprozess eines einzelnen Menschen angesetzt werden muss. Können wir sagen, der, der alt ist, kriegt nichts oder weniger oder kein Hüftgelenk, und der, der jung ist und noch länger leben kann, bekommt es? Oder der, der dumm ist, nützt der Gesellschaft weniger, also bekommt er nichts, und der, der clever ist, bekommt mehr? Sie hatten vorhin das Stichwort Einkommen genannt. Bei dem Kunstwort QALY – um das hier in der Runde zu sagen – geht es um die Frage nach qualitätsadjustierten Lebensjahren. Da wird mit einem Punktesystem in etwa festgelegt, wie in der speziellen Einzelsituation eines Menschen jedes weitere durch eine medizinische Anwendung erzielte Lebensjahr als lebenswert bewertet wird. Hier öffnet sich in der Tat die Büchse der Pandora. Hier sind nicht nur Werturteile, wie Sie es angemahnt haben, für jeden offensichtlich vorhanden, hier tritt auch die Frage bezüglich des SGB V wirklich offen zutage. Hier wird auch, um es in der Marcuse'schen Sprache auszudrücken, die Eindimensionalität von Wirtschaftswissenschaft offensichtlich, die nicht zureichend für die Klärung dieser Lebensfrage ist.

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Das war im Wesentlichen eine Ergänzung. Vielen Dank.

Vielleicht zu einem Punkt, bei dem ich möglicherweise nicht ganz einverstanden bin. Die sehr starke Trennung von Makroebene, Mesoebene und Mikroebene in der Hinsicht, dass man sagt, auf der Makroebene ist Effizienzorientierung unproblematisch, würde ich jedenfalls mit einer Kautele versehen. Dass die Auffassung vertreten wird, dass man umso stärker effizienzorientiert agieren darf, je abstrakter oder politisch höher die Ebene ist, ist meines Erachtens darin begründet, dass die Anonymität der Verlierer und der Gewinner effizienter Verteilung dort in höherem Grade gegeben ist. Sobald – das kommt vor – das auch auf der Makroebene nicht gesichert ist, hört es auch dort mit der Selbstverständlichkeit der Effizienzorientierung auf. Das heißt, es müsste dann auch dort in irgendeiner Weise einen Schutz von Individuen geben, von denen man wüsste, sie wären die Verlierer. Es ist nicht strikt so, dass man sagen kann: Solange man auf der Ebene der GKV entscheidet, was finanziert wird und was nicht, weiß man *ex ante* nicht, wer die Verlierer und wer die Gewinner sind. In einigen Hinsichten wüsste man das sehr wohl. Deshalb tritt das Gerechtigkeitsproblem bereits auf dieser Ebene auf und nicht erst bei Entscheidungen am Krankenbett.

Meines Erachtens ist das die Hauptlinie, die man verfolgen muss, wenn man zweifellos vorhandene Effizienzinteressen rekonstruieren möchte, ohne partiell wieder auf den Utilitarismus zurückzugreifen – der einem dann alle möglichen anderen Folgerungen wieder hineinbringt, die man nicht haben möchte. Wie kann man Effizienz nichtutilitaristisch begründen? Meines Erachtens muss die Grundform einer solchen Begründung für Effizienz sein: Anonymität *ex ante*. Das heißt, wir wissen zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht, wer die Verlierer und wer die Gewinner sein werden; dann sind wir alle an effizienten Verhältnis-

sen interessiert, weil dann für jeden von uns die Chance steigt oder größer ist, zu den Begünstigten zu gehören. Das ist der Grundgedanke einer – wie man das in der Philosophie nennt – vertragstheoretischen Begründung von Effizienz, statt einer utilitaristischen. Das hat aber die empirische Voraussetzung, dass eine solche Anonymität wirklich vorhanden ist. Man muss sehr genau schauen, bei welchen Entscheidungen es so ist und bei welchen nicht.

Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig (Vorsitzender des Deutschen Ethikrates):

Es stehen jetzt noch 50 Minuten für sieben Wortmeldungen plus Antworten zur Verfügung. Ich bitte, das im Auge zu behalten, und rufe Herrn Emmrich auf.

Prof. Dr. Frank Emmrich (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Liebe Frau Lübbe, ich habe mich gedanklich an einem der Zitate, die Sie anführten, festgehakt. Da wurde als Bezugsgröße die international etablierte gesellschaftliche Perspektive genannt. Meine Frage ist: Gibt es die überhaupt? Gibt es die etablierte im Sinne einer allumfassenden in den entwickelten Industrieländern der EU überhaupt? Von den britischen Krankenkassen werden sehr strikt bestimmte Gesundheitsleistungen – Hüftgelenksendoprothesen, Transplantationen – ab einer bestimmten Altersgrenze – –

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Entschuldigung, das Letzte habe ich akustisch nicht verstanden.

Prof. Dr. Frank Emmrich (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Es geht um das britische Gesundheitssystem, in dem die Krankenkassen bestimmte Gesundheitsleistungen ab einer bestimmten Altersgrenze – Hüftgelenksendoprothesen, Transplantationen – nicht mehr finanzieren. Wenn man mit den dortigen Kollegen spricht, erfährt man, dass die Herleitung diejenige ist, dass sie sagen: Das, was an Geld im Kassensystem vorhanden ist, ist begrenzt. Nach dem Gleichheitsgrundsatz steht jedem ein bestimmter Anteil an diesem Topf zu – den kann man auch ausrechnen –, aber auf das ganze Leben eines Menschen, das durchschnittliche individuelle Leben bezogen. Wenn ein alter oder sehr alter Mensch schon einen großen Teil davon aufgebraucht hat, dann kann er eben keine große Leistung mehr beziehen. – Diese Interpretation war für mich verblüffend einfach. Aber bei uns wird das ja nicht so gesehen. Insofern kann ich diese international etablierte gesellschaftliche Perspektive nicht erkennen. Das ist jetzt eine konkrete Auswirkung. Aber dem muss ein Grundkonsens zugrunde liegen, der in diesen beiden Ländern, die ja gar nicht so weit voneinander entfernt sind, offenbar anders ist.

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Mit „gesellschaftlicher Perspektive“ war im Vortrag gemeint, dass alle Kosten und Nutzen berücksichtigt werden sollen. Das ist der Fachausdruck.

Prof. Dr. Frank Emmrich (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Nein, die Formulierung war: eine international etablierte gesellschaftliche Perspektive. Und die kann ich nirgendwo erkennen. Wo ist die denn? Wer hat die denn etabliert?

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Das bezieht sich hier (Folie) nur auf die international etablierten Standards der Gesundheitsökonomie; das ist das Zitat, das Sie meinen. Einer dieser Standards, der tatsächlich international etabliert ist – jedenfalls nach dem, was der zitierte Gutachter in seinem Gutachten berichtet –, ist, dass bei der Berechnung der Kosten und Nutzen (in diesem Fall muss man genauer sagen: der Kosten) tatsächlich die „gesellschaftliche Perspektive“ eingenommen wird. Das heißt, es werden sogenannte indirekte Kosten – das sind vorwiegend die Produktivitätsausfälle – einbezogen.

Dominant machen das die Gesundheitsökonominnen offenbar so. Der Gutachter hat auch noch etwas differenziert zwischen dem, was innerhalb der Wissenschaft Standard ist, und dem, was tatsächlich bei Institutionen, die in solchen Bereichen schon politiknah tätig werden, Standard ist. Das NICE in England zum Beispiel berücksichtigt diese Perspektive. In manchen anderen Ländern, auch in skandinavischen, ist das seltener der Fall. Es gibt da – wie Sie richtig sagen – durchaus Differenzierungen.

Schwierig ist es natürlich, wenn der Gesetzgeber verlangt, man solle es nach den international anerkannten Standards machen. Es hat auf diesen Passus die Reaktion gegeben, diesen Standard gebe es gar nicht. Wenn es ihn nicht gibt, müssen wir uns selbst irgendwie zusammenreimen, wie wir das machen. Genau das hat das IQWiG am Ende gemacht.

Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff (stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrates):

Das Problem jeder utilitaristischen Ethik liegt darin, dass man keinen gemeinsam vereinbarten Maßstab für das, was als Nutzen errechnet wird, annehmen kann. Man zieht sich oft auf quantitative Werte zurück, weil sie scheinbar neutral sind. Das ist aber unzureichend, weil man zum Beispiel die Gesamtsumme des Glücks oder den Gesamtnutzen nicht nur rein quantitativ bemessen kann, sondern weil das, was als nützlich und sinnvoll erlebt wird, individuell sehr verschieden ist. Das ist ohnehin schon ein Problem in der utilitaristischen Ethik.

Aber das verschärft sich noch, wenn man das auf die Frage von Gesundheit und Heilung, also auf den medizinischen Sektor, anwendet; denn hier kommt noch ein spezifisches Problem hinzu: Das ist die Nichtprognostizierbarkeit der tatsächlich erreichbaren Effizienz ärztlichen Han-

delns oder medizinischer Leistungen. Das ist etwas ganz Unterschiedliches. Das Paradigma der ökonomischen Effizienz ist die Güterproduktion. Hier kann man sagen, ein Produzent garantiert die Qualität seiner Ware. Aber das kann der Arzt gerade nicht. Der Arzt kann immer nur für die sorgfältige Durchführung einer Behandlung einstehen. Aber er kann nicht ihren Erfolg garantieren. Der Erfolg ist auch nur in Grenzen exakt prognostizierbar. Das gilt für jede individuelle Behandlung, deren Verlauf ja nicht klar ist. Da kann man immer nur statistische Durchschnittswerte ansetzen. Aber die können im Einzelfall gerade nicht zutreffen.

Selbst wenn man sagen könnte, dass eine Behandlung exakt eine bestimmte Zahl von hinzugewonnenen Lebensjahren bringt, meinetwegen im Durchschnitt zehn neu gewonnene Lebensjahre, so ist die individuelle Verteilung auf den einzelnen Patienten noch völlig ungewiss. Man kann zwar statistisch gesehen annehmen, dass ein 70-Jähriger eine geringere Chance hat, zehn weitere hinzugewonnene Lebensjahre auch voll auszunutzen; aber im Blick auf den individuellen Patienten kann das umgekehrt sein. Ein 40-Jähriger kann drei Tage später einen Verkehrsunfall haben – dann war die medizinische Maßnahme sehr ineffizient –, und ein 70-Jähriger kann noch 15 oder 20 Jahre leben. Insofern gibt es grundsätzliche Grenzen der Prognostizierbarkeit des medizinischen Behandlungserfolges.

Deshalb ist die Frage: Welches Kriterium kann man an die Stelle des prognostizierten Nutzens einer Behandlung oder einer medizinischen Leistung stellen? Ich denke, das ist zunächst die Notwendigkeit im individuellen Fall. Früher hat man gesagt: für jeden die bestmögliche Behandlung. Das war wohl früher auch schon nicht wirklich realistisch leistbar; denn das hängt von sehr vielen Dingen ab: in welchem Krankenhaus jemand ist, bei welchem Arzt, bei welchem Team, welche Erfahrung dieses Team hat. Die bestmögliche Behandlung für jeden Patienten, das war also schon immer zu hoch gegriffen. Aber man kann eigentlich erwarten – das ergibt sich aus dem Anspruch des Einzelnen auf gute medizinische Versorgung, letztlich aus der Menschenwürde –, dass jeder das für sein Krankheitsbild Unerlässliche und Notwendige bekommt, also nicht im Sinne einer Maximaltherapie – was können wir sonst noch alles Gutes für den Patienten tun? –, sondern: Worauf dürfen wir nicht verzichten, ohne ihm zu schaden? Das ist das ethisch unerlässliche Maß.

Dann eine weitere Überlegung. Wir sagen immer – diese Überlegung haben wir auch angestellt –: Das, was von außen in das Gesundheitssystem hineinkommt, darf nicht diskutiert, nicht infrage gestellt werden. Das bleibt gleich, und Gerechtigkeitsüberlegungen stellen sich nur innerhalb des Systems, sozusagen als endogene Verteilung. Im Bildungswesen ist das ganz anders. Da haben wir uns seit Jahren daran gewöhnt zu sagen: Das Hochschulwesen ist unterfinanziert. – Da ist es sozusagen ein Gerechtigkeitspostulat, dass die Gesellschaft in diesen Bereich mehr hineinbringt. Ich denke, es kann durchaus auch im Gesundheitswesen so sein, dass man sagt: Einzelne Bereiche sind in einer Weise unterfinanziert, die unter

Gerechtigkeitsaspekten nicht akzeptabel ist. Wenn Ärzte heute das in einem Krankenhaus für einen Patienten Unerlässliche tun, zum Beispiel über die ursprüngliche Kostenpauschale hinaus weiter untersuchen, dann produzieren sie Kosten, auf denen ihr Träger anschließend sitzen bleibt, und das ist eigentlich nicht möglich. Das ist im System vielleicht ökonomisch sinnvoll, weil es dämpfend wirkt. Aber wenn man sagt, das Ziel des Gesundheitssystems ist ja nicht einfach nur, ökonomisch sinnvoll zu sein, sondern es hat ein darüber hinausgehendes Ziel und das Ziel muss erreichbar sein – das ist der ganze Sinn einer ökonomischen Debatte innerhalb des Gesundheitssystems –, dann gibt es hier Dinge, bei denen man nachsteuern muss und bei denen man vielleicht auch in Einzelbereiche – nicht in das Ganze, in Einzelbereiche – von außen mehr Geld einspeisen muss.

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ich will das gar nicht alles im Einzelnen diskutieren. Nur zwei Punkte. Ich glaube, der eine Punkt ist sehr wichtig, und zwar, dass Sie sagen: In bestimmten Disziplinen, insbesondere der Ökonomie, ist man bei dem, was man methodisch gelernt hat und auch methodisch anwenden will, gezwungen, mit Zahlen zu arbeiten. Das heißt, man muss alles das, worauf es ankommt, irgendwie in Daten fassen können. Es gibt viel Pragmatik, wie man das letztlich macht. Ich hatte darauf hingewiesen, dass man sehr in Zweifel ziehen kann – das tun die Ökonomen natürlich auch selbst –, ob das Arbeitseinkommen ein geeignetes Maß für die soziale Nützlichkeit von Menschen ist. Das wissen die Ökonomen selbst. Aber sie fragen: Welches Maß wollt ihr denn stattdessen vorschlagen? Das sind pragmatische Vorgehensweisen nach dem Motto: Wir machen es einmal so, weil wir nichts Besseres haben. – Effekte dieser Art gibt es vielfach, weil man sagt: Wir müssen, wenn wir diese Methoden überhaupt irgendwie anwenden wollen, zählen und rechnen. Wir müssen irgendwie Daten generieren.

Etwas skeptisch gegenüber dem, was Sie sagen, bin ich hinsichtlich Ihrer praktischen Folgerungen aus dem Umstand, dass man nicht alles sicher prognostizieren kann. Das ist im Handeln und im Leben immer so, und man muss natürlich irgendwie mit Wahrscheinlichkeiten arbeiten, wenn man keine anderen Auskünfte hat. Auch zu der Frage, was im Einzelfall „notwendig“ ist – worauf Sie sich dann bezogen haben –, kann man schwerlich etwas Sinnvolles sagen, wenn man nicht irgendwelche Anhaltspunkte dafür hat, welche medizinische Behandlung in welcher Weise wirkt. Solche Anhaltspunkte hat man meist nur, indem man schaut, wie es bei anderen Patienten war. Dass da in irgendeiner Weise mit statistischen Einschätzungen gearbeitet werden muss, scheint mir unvermeidlich zu sein, obwohl es natürlich das Problem gibt: Sobald wir Informationen darüber bekommen, dass die Sache im Einzelfall anders ist, das heißt, dass wir einen Einzelfall vor uns haben, bei dem die Wahrscheinlichkeiten vermutlich ganz anders liegen, muss man diese Informationen einbeziehen. Aber solange man sie nicht hat, muss man

selbstverständlich mit solchen aggregierten Daten arbeiten. Da bleibt uns *ex ante* gar nichts anderes übrig.

Prof. Dr. Alfons Bora (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ich möchte fragen, ob Sie aus ethischer Sicht eine Möglichkeit sehen, das Kriterium der gesellschaftlichen Perspektive mit Gehalt und Sinn zu füllen. Sie haben für mich sehr nachvollziehbar und plausibel dargelegt, dass das in der derzeitigen Fachdebatte offensichtlich sehr eng gefasst wird, nämlich im Sinne einer volkswirtschaftlichen Perspektive, dass also der Gesellschaftsbegriff, der dahintersteckt, auf ein gesellschaftliches Funktionssystem reduziert wird. Sie haben verschiedentlich angedeutet, dass Sie vor dem Hintergrund einer umfassenden Argumentation darauf bauen, dass – wenn man so will – die Rationalitäten dieser unterschiedlichen Funktionssysteme irgendwie überbrückt werden könnten. Ich wäre dankbar, wenn Sie in diesem Kontext noch ein bisschen mehr andeuten könnten, wieso Sie sicher sind, dass das geht.

Die Alternative wäre, sehr stark darauf hinzuwirken, beispielsweise ein solches Kriterium einfach aus der Debatte herauszunehmen, weil es – wie man sieht – sozusagen mit einem ganz bestimmten Deutungsmuster besetzt ist und damit nicht ohne Effekte bleibt.

Dann habe ich noch eine kleine neugierige Frage. Spielen in der derzeitigen Debatte, mit der ich nicht so gut vertraut bin, prozedurale Ethiken überhaupt noch eine Rolle, oder sind die völlig aus der Mode gekommen?

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Das sind zwei wichtige Fragen, vielen Dank. Zur ersten Frage: Wie kann man die gesellschaftliche Perspektive, wenn es nicht einfach die der Nutzenmaximierung ist, sonst konkretisieren? Das ist die große alte Frage: Was bedeutet der Begriff „Gemeinwohl“, oder „gesamtgemeinschaftliches Interesse“ und dergleichen? Übrigens hat der berühmte Werturteilsstreit sich an diesem Thema entzündet, und zwar – ich habe nachgesehen – übermorgen vor 99 Jahren, nämlich bei den Debattenreden des Vereins für Socialpolitik in Wien 1909. Da hat ein Ökonom eine Rede über „die Produktivität der Volkswirtschaft“ gehalten; das war Eugen von Philippovich. Einer der Debattenredner, der sowohl eine breite interdisziplinäre Bildung als auch ein feines Gespür für versteckte Werturteile hatte, war ein gewisser Max Weber ... Das war damals der Start der Werturteilsdebatte. Ich habe in diesen Band noch einmal hineingeschaut. Man hat einerseits ein *Déjà-vu*-Erlebnis. Andererseits ist man etwas traurig, weil man denkt: Seit 99 Jahren werden Debatten über diese Dinge geführt, und es hat sich gar nichts geändert. Die versteckten Werturteile speziell auch in dieser Wissenschaft sind nach wie vor vorhanden.

Max Weber hat – deswegen komme ich darauf – darauf hingewiesen, dass der Gemeinwohlbegriff einer der allerheikelsten und unklarsten ist. Was man zunächst daraus folgern muss, ist, dass man konkrete Entscheidungen

– über relativ konkrete Entscheidungen reden wir ja doch, wenn es darum geht, wie man die Mittelverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung regeln soll – nicht unmittelbar an einem so vagen (ein „Kriterium“ ist es gar nicht) Begriff wie dem Gemeinwohl messen kann. Daraus lässt sich unmittelbar nichts ableiten.

Ich habe noch einen Artikel mitgebracht, der auch zumindest an die Mitglieder der AG Ressourcenallokation verschickt wurde. Der wurde vor einigen Tagen im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht und stammt von einem Ökonomen, der den Streit um das IQWiG noch einmal angesprochen hat. Ich lese ein Zitat daraus vor, damit Sie sehen, wie unbewusst in dieser Hinsicht offenbar mit der Idee des Gemeinwohls umgegangen wird. Der Autor schreibt:

„Aus ökonomischer Sicht sollte der Kosten-Nutzen-Relation von medizinischen Maßnahmen ein wichtiger Stellenwert zukommen. Der Grund ist klar: Werden die begrenzten Mittel vorwiegend für solche Verfahren eingesetzt, bei denen mit vergleichsweise wenig Aufwand viel Gesundheit erzielt wird, kann der Gesundheitszustand der Bevölkerung stärker verbessert werden als ...“

– und so weiter. Man muss doch einmal darauf hinweisen, dass „die Bevölkerung“ keinen Gesundheitszustand hat. Es geht im Gesundheitswesen nicht um die Verbesserung des Gesundheitszustands „der Bevölkerung“. Einzelne Personen haben eine Gesundheit. Dass das so ist, hat Folgen. Das heißt, der Bezugspunkt ist multipel, und die Rechtsträger sind einzelne Personen. Deswegen steht in der Musterberufsordnung für die Ärzte (in etwa): Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Patienten und der Bevölkerung. Es steht darin nicht: Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Patienten nach Maßgabe dessen, was die Bevölkerungsgesundheit maximiert. Das ist ja doch ein Unterschied.

Das Grundproblem ist, dass in der ökonomischen Wissenschaft – und in der konsequentialistischen Ethik generell – die Aufgabe der Politik und der Moral letztlich als Maximierungsaufgabe verstanden wird. Ich glaube – und das bedeutet einen sehr drastischen Schritt, das bedeutet Abschied vom Konsequentialismus –, dass bereits darin der Fehler steckt. Bei der Aufgabe der Moral, der Aufgabe der Einrichtung eines sinnvollen Gesundheitswesens und auch der Aufgabe, die Idee des Gemeinwohls zu konkretisieren, handelt es sich nicht um eine Maximierungsaufgabe.

Dr. Christiane Woopen (stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrates):

Eine unserer Aufgaben als Ethikrat besteht nach meinem Verständnis darin, gerade in diesem sehr vielschichtigen Bereich die Fragen überhaupt erst einmal richtig zu stellen. Sie haben in Ihrem Referat viele Ansatzpunkte dafür aufgezeigt. Eine Frage, die bei mir beispielsweise bei der Lektüre des IQWiG-Berichts, also der Vorstellung des Methodenpapiers entstanden ist, ist die nach dem Effi-

zianzbegriff. Bei dem Effizienzbegriff handelt es sich ja schon um eine Verhältnisbestimmung zwischen Kosten und Nutzen. Jetzt wird der Effizienzbegriff aber so bestimmt, dass eine Stellgröße bei dieser Verhältnisbestimmung komparativ gemeint ist. Es wird hier ausgeführt, eine Intervention ist effizient, wenn sie bei gleichen Kosten einen höheren Nutzen aufweist. Da stellt sich mir unmittelbar die Frage nach dem Vergleichsmaßstab. Womit wird denn da verglichen?

Das weist direkt auf eine andere Problematik hin, die den Auftrag betrifft, den das IQWiG hat. Dabei geht es im Grunde gar nicht um eine Kosten-Nutzen-Bestimmung, sondern es geht darum, vor der Normalnulleinstellung der Festbetragsregelungen und der etablierten Therapieverfahren neue Therapieverfahren im Hinblick auf die Festlegung von Höchstwerten zu bewerten. Das ist ungeheuer voraussetzungsreich mit sehr vielen Normalsetzungen, die man ja gar nicht akzeptieren muss.

Dann kommt eine Gerechtigkeitsdefinition, die sich dann plötzlich auf die interkulturelle Ebene bezieht. Das ist mir auch wieder in den Sinn gekommen, als Sie über die Trennung von Effizienz und Gerechtigkeit, Separabilität, gesprochen haben. Was eine Gesellschaft als gerecht ansieht – so steht da –, hängt nicht nur vom kulturellen und geschichtlichen Hintergrund ab, der die Werte der Bevölkerung mitprägt, sondern auch von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. – Das halte ich für sehr problematisch. Das heißt, wir sind, glaube ich, bei diesen Begrifflichkeiten und diesen Verhältnisbestimmungen gefragt, um Transparenz in die Debatte hineinzubringen, auf welchen Ebenen man die Fragen wie überhaupt richtig stellt. Dies zu erreichen, wäre meiner Meinung nach schon ein außerordentlich großer Fortschritt.

Prof. Dr. Weyma Lübke (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Und es ist eine außerordentlich große Aufgabe. Das heißt, man fängt bei ganz trivialen Sachen an zu fragen: Was genau bedeutet denn dieser Begriff? Was den Effizienzbegriff angeht, so gibt es verschiedene Anwendungen. Man kann sagen, man will einen bestimmten Zweck erreichen, und man fragt sich, wie man das mit minimalen Kosten erreichen kann. Das ist das ethisch Unproblematischste, das Kostenminimierungsprinzip.

Die Anwendung als Maximierungsprinzip wäre: Man hat ein begrenztes Budget – das kann ja vorkommen – und fragt sich, wie man damit den meisten Nutzen erzeugt. Dann spielt es ethisch eine große Rolle, ob sich das auf eine bestimmte Person bezieht – dann ist es auch unproblematisch – oder ob die Frage eine Rolle spielt, wer nachher den Nutzen hat. Da taucht dann die Verteilungsfrage auf.

Dann gibt es die Anwendung als Optimierungsprinzip. Dabei geht es darum, das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu optimieren. Das hat natürlich nur Sinn, wenn man nicht mit einem festen Budget rechnet und Mittel eventuell in andere Gesundheitsbereiche oder in andere Ressorts verlagern kann. Das ist das, was letztlich den Ökonomen am liebs-

ten wäre, und zwar möglichst übergreifend. Das heißt, jede Maßnahme müsste im Grunde in diesem Sinne optimiert sein. Wenn die sogenannten Opportunitätskosten zu hoch sind, das heißt, wenn man woanders mit dem Geld mehr erzeugen könnte, ist das nicht effizient, und das letztlich über alle Bereiche hinweg.

Das IQWiG hat es ganz anders verstanden und hat sich vorerst nicht auf indikationsübergreifende Vergleiche eingelassen. Sie sagen auch richtig, dass es sich um eine Marginalanalyse handeln muss. Nehmen wir den Fall, dass ein neues Medikament hereinkommt. Meistens gibt es für das Gesundheitsproblem bereits eine Medikamentierung. Das neue Medikament ist mit viel höheren Kosten verbunden, hat aber vielleicht nur den Vorteil, dass es angenehmer einzunehmen ist oder dass es zu ganz kleinen Prozentsätzen weniger Schwindel erzeugt. Da stellt sich die Frage: Soll dafür dieser höhere Mehraufwand gerechtfertigt sein? Das sind die Fragen, bei denen die Gesundheitspolitik gemerkt hat, dass hier ein Riegel vorgeschoben werden muss. Das ist der erste kleine Ansatz, dass die Frage der Kostenbewertung hineingekommen ist. Die Ökonomen haben natürlich sofort gemerkt: Jetzt geht es los mit dem, was sie können. Und sie rechnen damit, es wird sich ausweiten.

Sie sagten, bezüglich des Gerechtigkeitsbegriffs sei ebenfalls vieles unklar. Die Gerechtigkeit – so stehe in dem Papier – hänge ab von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dass das so ist, würde ich nicht bestreiten. Selbstverständlich ist, was man konkret zuteilen kann und was nicht, von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängig; denn die Gerechtigkeit ist eine Norm, und bei einer Norm muss immer gelten, dass das, was da gefordert wird, auch möglich sein muss. Wenn kein Geld mehr da ist, dann gibt es auch nichts mehr zu fordern. Insofern muss selbstverständlich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit in die Frage einbezogen werden: Was teilen wir konkret zu?

Dr. Michael Wunder (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ich stimme der Methode, mit der Sie vorgegangen sind, also dem kritischen Hinterfragen, welche impliziten Werturteile in der Gesundheitsökonomie und – man kann das ergänzen – in der Gesundheitsethik vorhanden sind, voll zu. Ich glaube, das ist nicht nur ein sehr guter Einstieg, sondern auch eine gute Methode für die weitere Beschäftigung des Ethikrates mit diesem Thema.

Gerade vor dem Hintergrund möchte ich Sie noch einmal zu dem Bundesverfassungsurteil von 2005, dem sogenannten Nikolausurteil, befragen. Ich finde, darin ist so etwas wie ein Umschlagen. Dabei ging es um einen an Duchenne'scher Muskeldystrophie Erkrankten, bei dem die Finanzierung einer besonderen alternativen Therapie durch sämtliche Sozialgerichtsinstanzen abgelehnt worden ist, und zwar mit Bezug auf Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte der Krankenkassen und Effizienzkriterien oder vermutete Ineffizienz der zu finanzierenden Therapie. Da hat das Bundesverfassungsgericht gesagt: Das ist Unsinn; zurück zum Sozialgericht. Es besteht ein individueller

Anspruch dieses Patienten, und es besteht gerade im Falle – so habe ich es jedenfalls verstanden – von Zweifeln an der Effizienz sozusagen das umgekehrte Werturteil der Justiz. Also, angesichts der Zweifel und vielleicht auch besonders vor dem Hintergrund der Tödlichkeit dieser Erkrankung oder der Aussichtslosigkeit, die bei einer solchen Erkrankung besteht, gibt es eine Zuerkennung der Ressourcen. Bei Zweifeln an der Effizienz wird gesagt: trotzdem Finanzierung.

Die Frage, die sich vor dem Hintergrund dessen, was Sie gesagt haben, stellt, ist: Ist das jetzt nur eine Korrektur gesundheitsökonomischer Herangehensweisen, die ansonsten der Mainstream bleiben, dass einfach das Effizienzkriterium mit diesem Urteil etwas anders gewichtet wird oder der Individualanspruch eben auch noch zu bedenken ist, oder ist es nicht sogar ein Punkt des Umschlagens, der Anlass für die Allokationsethik ist, insgesamt noch einmal eine andere Gewichtung vorzunehmen? Denn ich finde, dass sich dieses Urteil durchaus auf andere Patienten und andere Bereiche extrapolieren lassen müsste.

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Das Extrapolieren dürfte nicht ganz so einfach sein, weil auch Formulierungen darin stehen, die zeigen, dass es zum Beispiel erheblich für dieses Urteil ist, dass es sich um eine tödliche Krankheit handelt, dass keine andere Therapie vorhanden war usw. Es sind schon Kautelen darin, die verhindern, dass man beliebig sagt, wann immer jemand vermutet, eine bestimmte Therapie könnte ihm helfen, muss er diese bekommen.

Sie hatten die Formulierung gewählt, dass im Falle von Zweifeln an der Effizienz (ich nehme an Sie meinen hier die Wirksamkeit), also wenn man nichts über die Wirksamkeit weiß, finanziert werden muss. Auch das ist glaube ich nicht richtig. Nach meiner Erinnerung gibt es in dem Urteil Passagen, in denen ausgeführt wird, dass mindestens begründete Verdachtsmomente dafür vorhanden sein müssen, dass die Maßnahme helfen könnte. Es müssen also schon irgendwelche Anhaltspunkte, die dafür sprechen, vorhanden sein.

Dr. Michael Wunder (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Es heißt dort, dass die Vermutung vorhanden sein muss, dass der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst wird. Das ist ja sehr offen lassend.

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ja, das ist ein sehr weiches, aber immerhin ein Kriterium. Im Urteil wird nicht einfach nur gesagt: Im Zweifel probieren wir es einmal.

Man muss auch sagen, es hat viel Stöhnen über dieses Urteil gegeben. Ich meine auch, es ist noch nicht ausgestanden, dass das die Linie des Bundesverfassungsgerichts bleiben wird. Es gibt genügend Leute, die

sagen, wir lassen uns durch die Tatsache, dass das Bundesverfassungsgericht in diesem Fall so geurteilt hat,, nicht davon abhalten, darüber nachzudenken, ob es im Interesse der Reduzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht gestattet sein müsste zu sagen, dass bestimmte Dinge nicht mehr finanziert werden. Wir müssen schon weiter darüber nachdenken dürfen, ob man nicht wirklich auch zu Behandlungsausschlüssen kommt. Wenn es von vornherein klar wäre, dass die Gerichte Behandlungsausschlüsse stets ablehnen werden,, dann wäre das in der Tat eine Weichenstellung für die Allokationsethik. Dann bräuchte man sie nämlich nicht mehr zu betreiben.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ich möchte zwei Anmerkungen zu dem Vortrag machen. Erste Anmerkung. Durch die Zuspitzung im Vortrag – weniger dann in der Diskussion – könnte man, glaube ich, den falschen Eindruck bekommen, dass unter dem Etikett der Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem durch Gesundheitsökonomien sozusagen zweierlei getan wird, nämlich in dem einen Bereich ein ganz kleiner Teil der Arbeit, in dem pareto-optimal Effizienz gesteigert wird, indem zwei nutzenidentische, und zwar für jeden sichtbar, Therapieoptionen, A und B, miteinander verglichen werden, nur unter der Maßgabe, welche die preiswertere ist, und die muss dann natürlich genommen werden. Dahinter steht eine ziemlich unschuldige Wertannahme, nämlich dass es vernünftig ist, keine Ressourcen zu verschwenden. Es ist trotzdem eine Wertannahme, aber eine relativ unschuldige und konsensfähige.

Dann sah es so aus, als wäre alles andere, was in der Gesundheitsökonomie unter Leistungssteigerung gemacht wird, sozusagen mit diesen verdächtigen, meistens gar nicht explizierten, sondern vertuschten, vielleicht auch selbstbetrügerisch vertuschten Werturteilen versetzt und würde sozusagen immer schon gleich das Problem der interpersonellen Nutzensummenberücksichtigung – es muss ja nicht gleich Maximierung sein –, Aggregationismus eben, einbeziehen.

Dabei übersieht man dann aber leicht – das ist das, was Frau Lübbe in der Diskussion gesagt hat –, dass es diesen ganz großen Bereich gibt, in dem horizontal verglichen wird: für eine bestimmte Patientengruppe, für eine Indikation zwei verschiedene Behandlungsformen, von denen die eine etwas länger dauert, dafür viel teurer ist, oder etwas weniger wirksam, dafür aber viel teurer ist usw. Diese Form von Nutzenvergleich ist auch nicht unschuldig. Hier kommen sozusagen Wertannahmen über das, was an Nutzen wie verrechnet werden soll, mit hinein. Aber mit interpersonellen Vergleichen hat es noch nichts zu tun.

Hierzu muss man einmal anmerken, dass die Versorgungsforschung und die Gesundheitsökonomie – ich erinnere an die Tagung von vor zwei Wochen, auf der ich zusammen mit Frau Lübbe war – an der Stelle ganz viel nachlegen und sagen: Wir haben nicht mehr die alten QALYs, sondern wir haben längst schon eine Nutzenbe-

rechnung in dem horizontalen Bereich, bei der wir uns zwei verschiedene Therapieformen für dieselben zu versorgenden Patienten ansehen. Da schauen wir nicht mehr nur nach Überleben und Lebensqualität, sondern wir schauen auch nach Nichtmedizinischem: Vertrauenswürdigkeit der Institution. Wie lange muss der Patient irgendwo liegen? Ist es für ihn unangenehm, wenn er hin- und hergefahren wird? – Also, da gibt es doch mehr Bewegung und Transparenz, als man jetzt meinen könnte.

Erst dann kommt dieser dritte Bereich, in dem über Personengrenzen hinweg vertikal eine Gruppe mit einer seltenen Krankheit sozusagen zugunsten einer Volkskrankheit nicht behandelt wird, weil es sich nicht lohnt. Das ist die nächste Steigerung der implizierten Werturteile. Das wäre der erste Kommentar.

Als Zweites möchte ich davor warnen, diese Diskussion der Berücksichtigung der interpersonellen Nutzensummen zu nahe an den Utilitarismus heranzuführen. Ich finde, es ist wirklich ein Problem, dass sozusagen das Feindbild Utilitarismus gleich mit ins Spiel kommt. Es ist – anders als im angloamerikanischen Bereich – in unseren Philosophie- und vor allem Nichtphilosophiedebatten eher ein Schimpfwort. Der Utilitarismus klassischer Art, den praktisch niemand mehr vertreten würde, besteht aus sehr vielen, jedenfalls aus drei Elementen, die nicht notwendigerweise miteinander verknüpft sein müssen. Hier kommen wir tatsächlich dann in innerphilosophische Kontroversen hinein. Aber da der Utilitarismusbegriff inzwischen eine unscharfe Familie bezeichnet und es sehr viele andere Ansätze gibt, die versteckt oder ausdrücklich begründet interpersonelle Nutzensummenberücksichtigungen betreiben, würde ich das als solches diskutieren und nicht immer im Schatten des Utilitarismus.

Wenn man nämlich – das ist mein letzter Punkt dazu – die Berücksichtigung der interpersonellen Nutzensummen völlig herausließe, käme man nicht nur im Gesundheitssystem, sondern überall sonst, wo wir Dinge regeln, zu jedenfalls für uns sehr bemerkenswert ungewöhnlichen Verhältnissen. Man würde bei der Frage, wo man Schulen hinsetzt, wie man Kindergärten verteilt, wie man Entwicklungshilfe verteilt, überhaupt nicht mehr auf Zahlen schauen. Dann müsste das eine ostdeutsche Dorf, in dem nur noch ein Kind vorhanden ist, genau mit demselben Recht eine Schule bekommen usw., es sei denn, man hätte ganz andere Begründungen. Die müssen nicht unbedingt utilitaristischer Natur sein; das hat Frau Lübbe schon angedeutet. Also, es so zu betrachten, als gäbe es einmal die tumben Utilitaristen, dann diejenigen, die wirklich Utilitaristen sind und es auch selbst sagen, und dann die Non-Aggregationisten, und dazwischen ist nur noch Inkonsistenz, finde ich etwas sehr einseitig.

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Vielen Dank erst einmal für die Differenzierungen. Wenn man mir für meinen Vortrag zweimal eine Dreiviertelstunde gegeben hätte, hätte ich eine ganze Menge weiterer Differenzierungen einführen können. Ich meine, ich muss ja eine gewisse Botschaft herüberbringen – und damit nie-

mand sagen kann, ich hätte hier einen Strohmann aufgebaut, habe ich fleißig zitiert. Es gibt zwar alle möglichen sehr sinnvollen und hoch wichtigen gesundheitsökonomischen Betätigungen, die uns helfen, bestimmte Dinge rationaler zu gestalten. Aber ich habe einige Zitate angeführt, die zeigen, dass in den Grundlagen der ökonomischen Theorie die Logik hin zur Ausdehnung auf den interpersonellen Bereich drin ist. Deswegen wird man – wie ich an den Zitaten gezeigt habe und wie man es auch im Einzelnen anhand der Stellungnahmen im IQWiG-Streit verfolgen kann –, wenn man nicht grundsätzlich etwas dagegen sagt, immer wieder mit Gesundheitsökonomien oder auch sonstigen Ökonomen zu tun haben, die sagen: Moment mal, wenn ihr das, was ihr auf der und der Ebene schon akzeptiert habt, einmal konsequent machen würdet, dann ergibt sich doch das und das – und das wollt ihr plötzlich nicht. Da muss man dann immer wieder sozusagen den ökonomischen Rationalitätsansprüchen *ad hoc* entgegentreten und dagegeghalten, indem man sagt, das scheint uns jetzt unethisch zu sein, anstatt einmal in die Grundlagen dieser Theorien zu schauen und sich zu fragen, ob vielleicht dort schon etwas schief ist.

Und meine Vermutung ist tatsächlich: Es stimmt etwas grundsätzlich im Konsequentialismus nicht. Der Konsequentialismus ist sozusagen der umfassende Ausdruck für diese breitere Theoriefamilie, wo nicht nur der klassische Utilitarismus, sondern allerlei Verfeinerungen mit enthalten sind. Ich glaube, dass man tatsächlich auf diese Ebene gehen muss, um eine konsistente Position zu bekommen. Das müssen wir in der Tat einmal im Detail diskutieren – jedenfalls diejenigen, die daran Interesse haben.

Wolf-Michael Catenhusen (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ich möchte versuchen, zwischen zwei Dingen zu unterscheiden. Das eine ist die interessante internationale wissenschaftliche Debatte über die Begrenzungen von Gesundheitsökonomie; das andere sind die realen Ressourcenallokationsfragen, die sich in unserem Gesundheitssystem stellen. Das muss ja nicht identisch sein. Ich hatte bei Ihrem Beitrag etwas den Eindruck, in manchen Dingen fangen wir an, uns für die Debatten in der Wissenschaft warmzulaufen, aber noch nicht konkret bezogen auf Strukturen von Prioritätenentscheidungen; vielmehr wird uns klar, dass da etwas auf uns zukommt. Wir importieren sozusagen eine Debatte und reiben uns an den angelsächsischen Mainstreams in Sachen Utilitarismus. Da stellt sich mir die praktische Frage, wie relevant das für die innerdeutsche Diskussion ist. Ich möchte hier ungern die Weltdebatte führen. Das ist immer etwas schwierig. Die Dinge sind ja auch von Land zu Land, nicht nur im Gesundheitssystem, sondern auch in anderen Sachen unterschiedlich geprägt.

Der konkrete Anhaltspunkt sind nun die Entwicklung des IQWiG und die Frage, wie wir im Bereich der Entscheidungen des Bundesausschusses für die Zulassung von Therapien und Arzneimitteln in Zukunft vielleicht mit einer vertieften Begründung in diese Ressourcenprioritäten hineingehen. Die sind zum Teil recht trivial. Für mich

stellt sich einfach die Frage: Ist das, was Sie an Debatte aufnehmen, eigentlich relevant für diese realen Entscheidungsfragen, die sich zurzeit aufgrund von Knappheitsfragen im Gesundheitssystem an dieser Stelle stellen? Das wäre ein Anhaltspunkt für den Ethikrat zu sagen: Gut, es gibt neue Strukturen für Ressourcenallokationen. In unserem Gesundheitssystem läuft das eigentlich in den Abwägungsfragen richtig. Wenn es aber eine Debatte ist, die uns für die nächsten und übernächsten Schritte sensibilisieren soll, wenn neue Strukturentscheidungen getroffen werden, die weit über diese Frage hinausgehen, dann ist das wieder etwas anderes; dann würde ich auch die Relevanz der Diskussion etwas abschieben – anders, als wenn ich wüsste, es geht um Bewertungsfragen, Kosten-Nutzen-Analysen. Klammer auf: Es gibt keinen gesellschaftlichen Bereich, in dem diese Diskussion zurzeit nicht geführt wird. So einzigartig und neu ist das nämlich nicht. Kosten-Nutzen-Analysen gibt es bei allen Entscheidungssystemen im Moment sozusagen als Legitimationsdruck – auch in der Politik –, weil überall angesichts knapper Ressourcen ein zusätzlicher Legitimationsbedarf für Entscheidungsprozesse entsteht. Die Frage ist nur: Kann man dem gerecht werden?

Es stellt sich auch die Frage: Haben wir noch andere Entscheidungsprozesse, die wir auch benennen können, bei denen Allokationsfragen im Gesundheitssystem nach einem vereinbarten Verfahren behandelt werden und nicht nur dann, wenn sich die Gesundheitsminister der Länder treffen und mit dem Bund eine Vereinbarung treffen; das ist wieder eine ganz andere Frage von Prioritätenentscheidungen.

Für mich ist bei dem Thema ein bisschen die Frage: Wer ist eigentlich der Adressat dieser Diskussion? Ich möchte mich nicht nur gern an der Debatte darüber beteiligen, was in der Diskussion von Gesundheitsökonomien mit Philosophen und Ethikern angemessen und richtig ist, sondern ich würde gern auch wissen, wo sich diese Entscheidungsstrukturen im Gesundheitssystem befinden, wo diese Fragen schon jetzt in bestimmten Strukturen oder in der Vorbereitung bestimmter Strukturen relevant werden können.

Prof. Dr. Weyma Lübke (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Herr Catenhusen, es ist meines Erachtens in der Tat eine Aufgabe des Ethikrates, diese Dinge vorausschauend zu behandeln. Das heißt – das ist ganz klar –, dass bei uns die Bereitschaft der Politik, in dieser Debatte ernsthaft Entscheidungen zu fällen, erst zaghafte beginnt, vorhanden zu sein. Wenn wir ins Ausland schauen, dann stellen wir fest, dass diese Debatte dort immer mit ausführlicher Begleitung durch die relevanten wissenschaftlichen Disziplinen geführt worden ist. Auch in den praxisnahen Bereichen – deswegen habe ich in meinem Vortrag absichtlich an den Bereich angeschlossen, wo es bei uns mit der politiknahen Vorbereitung von Allokationsentscheidungen wirklich beginnt, nämlich im IQWiG – sitzen überall Fachleute, Wissenschaftler. Internationale Debatten, die Sie jetzt etwas beiseite schieben und bei denen Sie sich fra-

gen: „Warum muss ich mir das anhören?“, werden dort überall mit geführt. Auch die Praktiker wissen, dass man sich mit diesen Fragen auch auf dieser Ebene auseinandersetzen muss.

Natürlich gibt es auch andere Bereiche, die schon lange von den Wissenschaftlern begleitet worden sind. Ich nenne als Beispiel die Organverteilungsdebatte. Auch bei anderen Fragen, die akut einmal hochkommen, so etwa die Frage, in welcher Art und Weise wir Katastrophenvorsorge betreiben müssen, sei es für Situationen nach terroristischen Anschlägen, sei es für die Vogelgrippe – das sind Fragen, die auch in den Medien eine Rolle spielen –, dazu gab es immer begleitende wissenschaftliche Reflexionen.

Wenn man sich den konkreten politischen Prozess, der um das IQWiG stattgefunden hat, anschaut, dann stellt man fest, dass man automatisch in der wissenschaftlichen Debatte ist; denn da melden sich auch die Wissenschaftler zu Wort. Das ist auch vom Gesetzgeber gewollt. Er hat nämlich dem IQWiG vorgeschrieben, alle Schritte – die Entwicklung der Methoden usw. – transparent zu machen und Gelegenheit zu geben, dass hier eine öffentliche und wissenschaftliche Debatte stattfinden kann.

Prof. Dr. Jens Reich (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ich möchte eine Bemerkung zu dem Begriff der Knappheit machen, der bei diesen Diskussionen elementar ist, Knappheit definiert als eine Nachfrage, die nicht oder nicht leicht zu befriedigen ist.

Ich glaube, dass Knappheit als Zentralbegriff in diesen Diskussionen doppelköpfig ist, also nicht nur etwas Schlechtes, sondern im bestimmten Sinne auch etwas Gutes ist. Als ich 15 Jahre alt war und in der DDR lebte, wäre zum Beispiel eine Ferienreise nach Frankreich ein fulminantes Erlebnis gewesen. Mein Enkelsohn, der jetzt 15 ist, überlegt sich sehr genau, ob er nicht lieber zu Hause bleibt oder etwas anderes macht, wenn ihm das angeboten wird. So ist es auch in der Medizin. Die Auflösung der Knappheit von gewissen Maßnahmen erzeugt einen Dämpfungseffekt auf die Effizienz des Ganzen. Wenn man also, anstatt seine Lebensweise und Ernährung zu verbessern, Statin, einen Cholesterinsenker, frei verschrieben bekommen kann, dann ist die Frage, ob man seine Lebensweise ändert. So ähnlich ist es mit Rauchen und vielen anderen Dingen. Die Knappheit einer medizinischen Maßnahme hat nicht unbedingt nur etwas Schlechtes, weil etwas notgedrungen nicht befriedigt werden kann. Ich denke, das gehört auch in den Zusammenhang der medizinischen und psychologischen Behandlung des Problems, mit dem wir uns herumschlagen.

Prof. Dr. Weyma Lübke (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Das lasse ich gerne so stehen.

Prof. Dr. Volker Gerhardt (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Das war ein außerordentlich hilfreicher, informativer und – wie die Debatte zeigt – die Diskussion eröffnender Beitrag, für den ich sehr herzlich danke. Ihre Empfehlung, die Wissenschaftler an dieser Debatte ausführlich zu beteiligen – das haben Sie gerade auch noch einmal gegenüber Herrn Catenhusen betont – ist bei Ihnen verbunden mit der Empfehlung, auf kritische Distanz gegenüber den Argumenten zu gehen. Ich glaube, das ist zunächst die wichtigste Empfehlung Ihres Vortrags. Wir können, wenn wir über diese Fragen beraten, nicht einfach Argumente aus verschiedenen – auch wenn sie noch so gut ausgewiesen scheinen – Gebieten übernehmen, sondern müssen sie prüfen.

Was ich bei allen möglichen Differenzierungen, die ich auch aus Sicht der Philosophie vornehmen könnte, wobei ich den Utilitarismus in diesem Punkt durchaus positiver bewerte – denn er ist in der öffentlichen Debatte, denke ich, zunächst nötig; wir können sonst nicht vergleichen und können bestimmte Entscheidungen gar nicht fällen –, hervorheben möchte, ist folgender Effekt. Sie sagen, der Deutsche Ethikrat muss gar keine ethische Perspektive einnehmen, sondern er erfüllt seine Aufgabe dadurch, dass er überhaupt erst einmal kritisch prüft und sich nicht von vornherein auf die Position einer bestimmten Disziplin einlässt, und er kann dann, indem er die von Ihnen empfohlene Strategie des guten Arguments entwickelt, schon eine ganz bestimmte umfassendere Einsicht entwickeln, von der man dann auch sagen kann, man stößt auf diese Weise letztlich auf Wertpositionen oder auch auf ethische Positionen im engeren Sinne. Das halte ich für eine gute Empfehlung. Wir brauchen dann, denke ich, nicht von vornherein nach ganz bestimmten ethischen Positionen zu suchen, von denen aus wir etwas beurteilen, sondern wir prüfen zunächst einmal im Hinblick auf ganz bestimmte Probleme, wie weit wir kommen, was es möglicherweise an Vorteilen bringt, und sehen dann schon an den am Ende noch offenen Fragen, welche Wertungen da noch eine Rolle spielen.

Die Frage ist allerdings, was sich dann bei unserer Arbeit im Ergebnis ergibt. Das ist die Frage, die gerade gestellt worden ist. Wir würden jetzt erst einmal analysieren, wir würden prüfen, wir würden kritische Bewertungen vornehmen, würden aber vielleicht gar nicht in der Perspektive arbeiten, eine Vorlage für einen möglichen Gesetzestext zu machen oder eine Empfehlung für eine ganz bestimmte Änderung eines Gesetzes abzugeben; vielmehr würden wir zunächst einmal in einer grundsätzlichen Weise etwas prüfen. Ich bin gespannt darauf, ob das die Erwartungen unter uns hier wirklich befriedigt. Wir werden ja sehen, ob wir dann nicht doch weiterreichende juristische und auch politische Erwartungen haben, denen wir uns dann vielleicht auch gern stellen. Aber zunächst halte ich dies für eine sehr gute Empfehlung.

Zweiter Punkt. Fast 99 Jahre nach dem Beginn des Werturteilsstreits – das ist wirklich ein schön gewähltes Datum. Schade, dass wir nicht am Sonntag tagen; dann wären es genau 99 Jahre gewesen. Ich finde es gut, dass

man eine solche Strategie erst einmal sieht, um dann am Ende die Bewertungen auftreten zu sehen, die vielleicht unentdeckt in der Debatte eine Rolle gespielt haben. Ich möchte aber doch eines sagen: Es ist, denke ich, nicht völlig ohne Grund, dass dieser Streit in manchen Punkten nicht mehr ganz so weitergeführt worden ist. Ich denke dabei nicht an jene Diskussionen, die in der Soziologie vor dem Hintergrund von Klassenwertungen und ganz bestimmten Wertungen, die in der Gesellschaft sind und die das Ganze dann selbst als Streit entwertet haben, geführt worden sind, sondern mir scheint, dass in der Gegenüberstellung, die Max Weber vorgenommen hat, selbst wiederum sehr enge Voraussetzungen der Philosophie des 19. Jahrhunderts, insbesondere der Lebens- und der Wertphilosophie, liegen und dass wir möglicherweise gerade in dem, was Sie empfehlen, schon Wertungen sehen, die den Werturteilsstreit möglicherweise nicht mehr so scharf auftreten lassen, also: überhaupt die Bewertung von Rationalität. Die stellen Sie selbst nicht in Zweifel. Die Tatsache, dass Sie Individualität in einer ganz bestimmten Weise annehmen müssen, bevor wir überhaupt diese Prüfung von Argumenten vornehmen, dass wir die Selbständigkeit dieser Individuen natürlich schätzen – das sind ganz bestimmte Wertungen, die bereits die Rationalität tragen und die uns deswegen vielleicht nicht so viel Hoffnungen auf eine Wiederbelebung oder eine Bewusstmachung dieses Werturteilsstreits setzen lassen müssen.

Ein letzter Punkt. Ich habe 1983 das Glück gehabt, den ersten Humboldt-Stipendiaten aus Ungarn in Münster zu haben. Nach dem ersten Gespräch habe ich ihn gefragt, was ihm denn jetzt auffalle; er war zum ersten Mal im Westen. Er hat mir gesagt: dass die alten Leute hier alle noch Zähne haben. Ich glaube, das war ein Urteil über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Sie haben ja völlig recht, wenn Sie sagen, Gesundheit ist ein Zustand des Individuums. Aber wir können gleichwohl mit dem gleichen Argument, das Sie vorhin zur Wahrscheinlichkeit gebracht haben, sagen, dass wir das in einer gewissen Weise durchaus generalisieren können. Es gibt einen besseren oder einen schlechteren Trainingszustand einer Mannschaft, und es gibt natürlich auch einen besseren oder schlechteren Zustand der Bevölkerung im Hinblick auf bestimmte Parameter, die wir natürlich ausweisen müssen. Wenn wir in die Staaten kommen und sehen, wie viele übergewichtige Menschen – selbst im Vergleich zu uns – dort zu finden sind, haben wir auch den Eindruck, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht so gut ist. Deswegen würde ich schon glauben, dass wir die Bezugsgrößen angeben müssen. Das halte ich für einen ganz wichtigen Punkt, weil wir doch bestimmte Maßgaben im Hinblick auf unsere Gesellschaft annehmen müssen. Internationalisierung ist wichtig im Diskurs. Aber wir müssen natürlich bestimmte Leistungen auch im Hinblick auf Wirtschaftskraft, Konvention, Entwicklung und Tradition in unseren Bereichen mit sehen und können das nicht unmittelbar mit Rumänien oder mit dem Zustand in Afrika vergleichen. Ich glaube schon, dass wir diese Kriterien ebenfalls nennen müssen, wenn wir die Aufgabe des Deutschen Ethikrates wirklich wahrnehmen wollen.

Prof. Dr. Weyma Lübbe (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Vielen Dank. Es waren viele Bemerkungen, die ich so stehen lassen möchte. Vielleicht zwei kleine Punkte noch - zunächst zum Thema Werturteilsstreit. Es ist ja zweifellos, da wir fast 100 Jahre weiter sind, dass er bei uns eine andere Form und andere Schwerpunkte hätte, als er vor 99 Jahren hatte, als man sich in einer anderen Situation befand.

Gleichwohl bleibt meines Erachtens eines gleich – das hat sich auch beim Nationalen Ethikrat schon gezeigt –: Wann immer man die Aufgabe dieses Gremiums so begreift, dass es Konsensbildung geben soll, klappt das aller Erfahrung nach am Ende nicht, wenn man eine Stellungnahme oder Empfehlung für eine bestimmte Gesetzesvorlage an die Politik gibt, weil es unterschiedliche Werthaltungen zu bestimmten Fragen gibt. Dann gibt es Sondervoten. Natürlich muss man so lange wie möglich miteinander reden. Aber wenn es am Ende Sondervoten gibt, hat, finde ich, der Ethikrat in keiner Weise seine Aufgabe verfehlt, weil er hier nicht konsensbildend wirken konnte. Es gibt Dinge, bei denen es keinen Konsens gibt, sondern bei denen die Leute aus nachvollziehbaren Gründen verschiedener Meinung sind. Das ist dann eine Wertdiskussion von der Art, wie Max Weber sie sich gedacht hatte, mit Inhalten, über die wir uns einig werden, und anderen Dingen, über die wir uns nicht einig werden.

Der andere Punkt betrifft den „Gesundheitszustand der Bevölkerung“. Sie sagen, in gewisser Weise kann man hier schon generalisieren. Vielleicht – solange man nicht propagiert, das Ziel der Medizin sei die Maximierung des Gesundheitszustands der Bevölkerung. Das geben Sie mir ja zu. Der Ungar konnte zwar sehen, wer im Alter noch Zähne hat und wer nicht. Er konnte aber zum Beispiel nicht sehen, ob Leute, die dialysepflichtig sind, versorgt werden oder nicht. Obwohl die Zahl der Dialysepatienten viel geringer ist, muss berücksichtigt werden, dass es sich um Individuen handelt, die leiden und auf deren Anliegen geachtet werden muss. Ich glaube, wir sind uns darin einig, dass es nicht reicht zu fragen, ob es „der Bevölkerung“ gut geht.

Es ist bekannt, dass Länder, die insgesamt auf Effizienz und ein liberales Wirtschaftssystem setzen, durchweg einen sehr viel höheren Standard des Gesundheitssystems und damit auch eine bessere Gesundheitsversorgung haben als die Länder, bei denen das nicht der Fall ist. Das muss man zur Kenntnis nehmen. Auch das sind Lehren. Zum Zweck des Gesundheitswesens, der Gesundheitspolitik, des Wohlfahrtsstaats insgesamt gehört es aber gerade auch, die Effizienz *verlierer* aufzufangen. Das, meine ich, ist ein Sinn der Sozialgesetze. Dass man nun hergeht und im Sozialsystem seinerseits wieder die Effizienz herrschen lassen will, passt dann nicht. Die soziale Sicherung ist individuenbezogen, nicht bevölkerungsbezogen.

Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig (Vorsitzender des Deutschen Ethikrates):

Vielen Dank, Frau Lübbe. Sie haben mit Ihrem Vortrag die Methodenfrage nicht nur vor die Klammer der Diskussion über die Ressourcenallokation gezogen und deutlich dargestellt, sondern – das ist auch in dem Beitrag von Herrn Gerhardt deutlich geworden – vor unsere gesamte Arbeit. Wenn ich es richtig sehe – insofern würde ich es noch etwas anders zuspitzen als Herr Gerhardt –, war Ihre Mahnung: In dem unvermeidlichen Pluralismus der Ausgangspunkte – um nicht zu sagen: der Werte –, von denen aus wir jeweils argumentieren, ist eines jedenfalls wichtig, nämlich dass wir versuchen, so deutlich wie möglich immer wieder klarzumachen, von wo aus wir argumentieren und wie wir argumentieren. Insofern habe ich Ihnen wirklich nachhaltig zu danken. Sie haben einen wichtigen Beitrag für unsere Arbeit insgesamt geleistet. Herzlichen Dank.

Damit entlasse ich uns in die Mittagspause, die wir zielgenau beginnen. Um 13.30 Uhr treffen wir uns bitte wieder hier.

(Schluss des öffentlichen Teils der
Sitzung: 12.30 Uhr)