

ETHISCHE FRAGEN BEI DER VERWENDUNG VON
KOSTENWIRKSAMKEITSANALYSEN FÜR DIE PRIORISIERUNG
VON GESUNDHEITSRESSOURCEN

Die Ressourcen zur Verbesserung der Gesundheit sind und waren schon immer knapp, da die Gesundheit mit anderen wünschenswerten sozialen Zielen wie Bildung und persönliche Sicherheit um Ressourcen konkurrieren muss. Es ist nicht möglich, alle Ressourcen für die Gesundheit, einschließlich der Gesundheitsfürsorge und der Gesundheitsforschung, bereitzustellen, die einen gewissen positiven Nutzen für die Gesundheit bringen könnten, ohne große und nicht hinnehmbare Opfer bei anderen wichtigen sozialen Gütern zu bringen. Dies sollte eine Selbstverständlichkeit sein, und in anderen Bereichen der Sozialausgaben wird die Ressourcenknappheit nicht geleugnet, aber in der Gesundheitsfürsorge leugnen viele Menschen fälschlicherweise immer noch diese Tatsache. Aus der Ressourcenknappheit folgt, dass eine gewisse Form der Rationierung im Gesundheitswesen unvermeidlich ist, wobei ich mit Rationierung irgendeine Art der Zuweisung von Ressourcen im Gesundheitswesen meine, die einigen Personen eine potenziell nützliche Gesundheitsversorgung vorenthält. Diese Rationierung kann viele Formen annehmen. In den meisten Ländern mit einem nationalen Gesundheitssystem erfolgt sie durch eine Art Globalbudgetierung der Gesundheitsversorgung. In den Vereinigten Staaten erfolgt ein Großteil der Rationierung nach der Zahlungsfähigkeit, aber sowohl in öffentlichen Programmen wie dem Oregon Medicaid-Programm als auch in vielen privaten Managed-Care-Plänen wurden systematischere Anstrengungen zur Priorisierung von Gesundheitsressourcen unternommen.

Für viele Analytiker der Gesundheitspolitik ist es eine unhinterfragte und daher im Allgemeinen unbestrittene Annahme, dass angesichts begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen diese Ressourcen so zugeteilt werden sollten, dass sie einen möglichst großen gesundheitlichen Nutzen erbringen, der entweder am gesamten Gesundheitszustand oder an der Krankheitslast einer Bevölkerung gemessen wird. Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse (CEA), die den gesamten Gesundheitsnutzen vergleicht, der durch einen bestimmten Ressourceneinsatz für alternative Gesundheitsmaßnahmen erzielt wird, ist das Standard-Analyseinstrument, um zu ermitteln, wie der Gesundheitsnutzen aus begrenzten Ressourcen maximiert werden kann. So natürlich, ja sogar selbstverständlich dieser Maximierungsstandard vielen gesundheitspolitischen Analysten und Ökonomen auch erscheinen mag, er geht von einem utilitaristischen oder konsequentialistischen moralischen Standard aus. Genauer gesagt geht er von einem utilitaristischen Standard der Verteilungsgerechtigkeit aus, der weithin und meiner Meinung nach zu Recht als das problematischste Merkmal des Utilitarismus angesehen wird.

Ich hoffe, in diesem Beitrag zeigen zu können, dass die

Zusammenführung der kritischen philosophischen Arbeit über den Utilitarismus mit den Fragen, die sich bei der Priorisierung von Ressourcen im Gesundheitswesen ergeben, wenn die Kosteneffektivitätsanalyse verwendet wird, sowohl für die moralische und politische Philosophie als auch für die Priorisierung von Ressourcen im Gesundheitswesen von Nutzen ist. Die kritische philosophische Arbeit an der utilitaristischen Darstellung der Verteilungsgerechtigkeit kann

353

G. Khu. hf(ed.), Hundhook of Bioethic's, 353-380.
© 2004 Kluwer Ac'ademie' Publishers. Gedruckt in den Niederlanden.

das Verständnis der Analytiker der Gesundheitspolitik für die ethischen Fragen und Streitigkeiten bei der Verwendung der Kosten-Wirksamkeits-Analyse für die Priorisierung von Ressourcen im Gesundheitswesen zu vertiefen. Moralphilosophen und politische Philosophen können davon profitieren, wenn sie die ganze Bandbreite der unterschiedlichen und präzisen Gerechtigkeitsfragen besser verstehen, die sich bei der Priorisierung von Gesundheitsressourcen stellen. Viele philosophische Arbeiten in der Moralphilosophie und der politischen Philosophie zum Thema Gerechtigkeit sind zu allgemein gehalten, als dass sie eindeutige Implikationen für viele der Gerechtigkeitsfragen liefern könnten, die sich bei der Priorisierung von Ressourcen im Gesundheitswesen (oder anderen Bereichen) stellen. Das Verständnis und die Auseinandersetzung mit diesen Fragen wird die philosophischen Theorien der Gerechtigkeit bereichern und vertiefen und dazu beitragen, dass sie in praktischen politischen Kontexten nützlicher werden.

Die Kosteneffektivitätsanalyse (CEA) vergleicht alternative Gesundheitsmaßnahmen anhand der qualitätsbereinigten Lebensjahre (QALYs), die mit einem bestimmten Ressourceneinsatz gewonnen werden, und stellt eine quantitative Methode zur Priorisierung verschiedener Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit dar. Es gibt viele ungelöste technische und methodische Fragen zu QALYs und CEA, mit denen ich mich hier nicht befassen werde. Ich werde mich stattdessen mit den ethischen Fragen bei der Erstellung und Verwendung von CEAs für die Priorisierung von Gesundheitsressourcen befassen. Die spezifischen Fragen, die ich im Folgenden kurz erörtern werde, stellen allesamt potenzielle ethische Kritikpunkte an der CEA als normativem Standard dar, insbesondere Kritikpunkte, die sich auf Gerechtigkeit oder Gleichheit beziehen, und so könnte man hoffen, dass Bedenken hinsichtlich der Gerechtigkeit oder Gleichheit in diese quantitativen Methoden integriert werden könnten. Es gibt jedoch mindestens zwei Gründe, die zumindest in naher Zukunft zur Vorsicht mahnen, wenn es um die Möglichkeit geht, einige dieser ethischen Bedenken in Kosteneffizienzmodelle und -analysen zu integrieren. Erstens: Obwohl in den Wirtschaftswissenschaften und in der Gesundheitspolitik viel Arbeit in die Entwicklung und Validierung von Messgrößen für den Gesundheitszustand und die Krankheitslast sowie von Methoden für die Kosteneffizienz geflossen ist, wurde weitaus weniger darüber nachgedacht, wie ethische und gerechte Belange in die Kosteneffizienz-Messungen integriert werden können, obwohl ich später auf eine Möglichkeit eingehen werde. Die theoretische und methodische Arbeit, die dazu notwendig ist, bleibt weitgehend unerledigt. Zweitens sind alle Fragen der Ethik und Gerechtigkeit, die ich im Folgenden aufgreife, nach wie vor umstritten. Da es keinen eindeutigen Konsens darüber gibt, wie jeder einzelne Punkt behandelt werden sollte, gibt es auch keinen Konsens darüber, welche Qualifikationen oder Einschränkungen das Kosteneffizienzziel der Gesundheitsmaximierung rechtfertigen könnten.

Diese zweite Schwierigkeit wird wahrscheinlich nicht nur eine kurzfristige Einschränkung sein, da weitere Arbeiten zu den ethischen Fragen, die ich aufzeigen werde, noch ausstehen. Vielmehr stellen die meisten dieser Fragen tiefe Gräben in der normativen ethischen Theorie und in den ethischen Überzeugungen gewöhnlicher Menschen dar; ich

glaube, sie sind wahrscheinlich eine dauerhafte Tatsache des ethischen Lebens. So wie ich diese ethischen Fragen verstehe und darstellen werde, gibt es in den meisten Fällen keine einzige plausible Antwort auf sie. Selbst vom Standpunkt einer bestimmten ethischen Theorie oder ethischen Auffassung aus betrachtet, bedeutet die Komplexität dieser Fragen, dass für eine bestimmte Frage in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Antworten angemessen sein können.

Kontexte, in denen CEAs eingesetzt werden. An dieser Stelle ist also eine klarere und präzisere Ausarbeitung der Art der auf dem Spiel stehenden Fragen, der alternativen plausiblen Positionen sowie der Argumente für und gegen diese Positionen erforderlich. Solange dies nicht geschehen ist, werden wir nicht wissen, wie tief die Konflikte reichen und inwieweit sie gelöst werden können.

Norman Daniels und James Sabin haben kürzlich argumentiert, dass wir, da ethische Theorien und Theorien der Gerechtigkeit in einigen dieser Fragen unbestimmt sind und/oder miteinander in Konflikt stehen, auf gerechte Verfahren zurückgreifen müssen, um zu praktischen Lösungen für die Gesundheitspolitik zu gelangen (Daniels und Sabin, 1997, S. 303-350). Als praktische politische Fragen, die jetzt gelöst werden müssen, sind sie zweifellos richtig, und ein einziges quantitatives Maß oder Modell für Gleichheit und Gerechtigkeit bei der Priorisierung von Gesundheitsressourcen ist heute sicherlich nicht möglich, wenn es überhaupt jemals möglich sein wird. Das soll aber nicht heißen, dass noch viel wichtige Arbeit zu den inhaltlichen Fragen der Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu leisten ist, und diese Arbeit sollte in die Überlegungen derjenigen einfließen, die an den fairen Verfahren teilnehmen, die wir brauchen werden, um praktische Lösungen und Kompromisse zu diesen Fragen in Echtzeit zu erreichen. Was sind nun einige der wichtigsten Gerechtigkeitsaspekte, die durch kosteneffiziente Ansätze zur Ressourcenallokation im Gesundheitswesen aufgeworfen werden?

I. ERSTE FRAGE: WIE SOLLTEN DER GESUNDHEITZUSTAND UND DIE BEHINDERUNG BEWERTET WERDEN?

Jede CEA im Gesundheitswesen erfordert eine zusammenfassende Messung des gesundheitlichen Nutzens von Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands und zur Verringerung der Krankheitslast einer bestimmten Bevölkerung. Frühe zusammenfassende Maße für den Gesundheitszustand von Bevölkerungen und den Nutzen von Gesundheitsinterventionen bewerteten oft nur eine einzige Variable, wie z. B. die Lebenserwartung oder die Säuglingssterblichkeit. Der Nutzen der Lebenserwartung oder der Säuglingssterblichkeitsrate ist jedoch sehr begrenzt, da sie uns nur Informationen über eines der Ziele von Gesundheitsmaßnahmen liefern, nämlich die Verlängerung des Lebens oder die Verhinderung des vorzeitigen Todes, und sie liefern nur begrenzte Informationen über dieses Ziel. Sie geben keinen Aufschluss über ein anderes, mindestens ebenso wichtiges Ziel von Gesundheitsmaßnahmen, nämlich die Verbesserung oder den Schutz der Lebensqualität durch die Behandlung oder Vermeidung von Leiden und Behinderungen.

Multi-Attribut-Messungen wie das Sickness Impact Profile (Bergner, Bobbitt, Carter und Gibson, 1981, 787-805) und der SF 36 (Ware und Sherborne, 1992, S. 473-483) unterscheiden verschiedene Aspekte der allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQL). Eine bestimmte Population kann anhand dieser verschiedenen Dimensionen bewertet werden, und eine Intervention kann hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf diese

verschiedenen Dimensionen der Gesundheit oder HRQL beurteilt werden. Diese Art von Multi-Attribut-Maßnahme unterscheidet jedoch lediglich zwischen verschiedenen Aspekten der HRQL, weist aber keine quantitative

ein Maß für den relativen Wert oder die Bedeutung der verschiedenen Aspekte oder Attribute der HRQL; folglich liefert es kein einziges zusammenfassendes Gesamtmaß der HRQL. Wenn also eine von zwei Populationen oder Gesundheitsinterventionen in einigen Aspekten besser, in anderen jedoch schlechter abschneidet, kann keine Schlussfolgerung darüber gezogen werden, ob die HRQL der einen Population oder einer Intervention insgesamt besser ist als die der anderen. Ein Großteil der quantitativ basierten Ressourcenpriorisierung erfordert eine Methodik, die die beiden breit gefächerten Arten von Vorteilen, die durch Gesundheitsinterventionen entstehen - Verlängerung der Lebenszeit und Verbesserung verschiedener Aspekte der HRQL - in einem einzigen Maß kombiniert (Brock, 1992).

Typische zusammenfassende Maße für den Nutzen von Gesundheitsmaßnahmen im Laufe der Zeit, die diese beiden Arten von Nutzen kombinieren und ihnen einen relativen Wert zuweisen, sind QALYs und behinderungsangepasste Lebensjahre (DALYs); so ergibt beispielsweise eine Gesundheitsmaßnahme, die das Leben eines Patienten um 10 Jahre verlängert, aber bei einer weniger als vollständigen Lebensqualität von 0,75 auf einer Skala von 0 bis 1 gemessen wird, einen Nutzen von 7,5 QALYs. QALYs und DALYs erfordern eine Messung des Gesundheitszustands von Einzelpersonen und damit von Bevölkerungsgruppen zu verschiedenen Zeitpunkten. Typische Messgrößen sind der Health Utilities Index (HUI) (Torrance et al., 1996) und die Quality of Well-Being Scale (QWB) (Kaplan und Anderson, 1988, S. 203-235), um den gesundheitlichen Nutzen in Form von Veränderungen der HRQL und der Lebenslänge durch verschiedene Gesundheitsinterventionen messen zu können; der HUI ist in Tabellenland 2 für Leser wiedergegeben, die mit dieser Art von Messgrößen nicht vertraut sind. Die Konstruktion eines Maßes wie des HUI erfordert einen zweistufigen Prozess: Zunächst werden verschiedene Behinderungs Zustände oder Bedingungen, die die HRQL einschränken, beschrieben (Tabelle 1; Torrance, et al., 1996, S. 706); anschließend werden diesen verschiedenen Bedingungen verschiedene relative Werte oder Nutzen zugewiesen (Tabelle 2; Torrance, et al., 1996, S. 711).

TABELLE 1. Gesundheitsnutzenindex Mark 2 Multiattribut-System für den Gesundheitszustand

Attribut	Ebene	Beschreibung"
Sensation	1	Sie können normal sehen, hören und sprechen, je nach Alter.
	2	Benötigt Geräte zum Sehen, Hören oder Sprechen.
	3	Sie sehen, hören oder sprechen auch mit Hilfe von Hilfsmitteln nur eingeschränkt.
	4	Blind, taub oder stumm
Mobilität	1	In der Lage, normal zu gehen, sich zu bücken, zu heben, zu springen und zu laufen.

	2	Geht, bückt sich, hebt, springt oder läuft mit einigen Einschränkungen, benötigt aber keine Hilfe.
	3	Benötigt mechanische Hilfsmittel (z. B. Stöcke, Krücken, Stützen oder einen Rollstuhl), um selbständig gehen oder sich fortbewegen zu können.
	4	Benötigt die Hilfe einer anderen Person, um zu gehen oder sich fortzubewegen, und benötigt auch mechanische Hilfsmittel.
	5	Unfähig, Arme oder Beine zu kontrollieren oder zu benutzen.
Emotionen	1	Im Allgemeinen glücklich und frei von Sorgen.
	2	Gelegentlich unruhig, wütend, reizbar, ängstlich, depressiv oder mit "Nachtangst".
	3	Sie sind oft unruhig, wütend, reizbar, ängstlich, depressiv oder leiden unter "Nachtangst".
	4	Fast immer mürrisch, wütend, reizbar, ängstlich, depressiv.
	5	Extrem unruhig, wütend, reizbar, ängstlich oder depressiv, die in der Regel eine Einweisung in ein Krankenhaus oder eine psychiatrische Einrichtung erfordern.
Kognition	1	Lernt und erinnert sich an altersgemäße Schularbeiten.
	2	Lernt und merkt sich Schularbeiten langsamer als seine Klassenkameraden und wird von Eltern und/oder Lehrern beurteilt.
	3	Lernt und erinnert sich sehr langsam und benötigt in der Regel besondere pädagogische Unterstützung.
	4	Unfähig, zu lernen und sich zu erinnern.
Selbstfürsorge	1	Isst, badet, zieht sich an und benutzt die Toilette normal für sein Alter.
	2	Er isst, badet, zieht sich an oder benutzt die Toilette mit Schwierigkeiten.
	3	Benötigt mechanische Hilfsmittel, um selbstständig zu essen, zu baden, sich anzuziehen oder die Toilette zu benutzen.
	4	Benötigt die Hilfe einer anderen Person, um zu essen, zu baden, sich anzuziehen oder die Toilette zu benutzen.
Schmerz	1	Frei von Schmerzen und Unannehmlichkeiten.
	2	Gelegentlicher Schmerz. Die Beschwerden lassen sich durch nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder selbst kontrollierte Aktivitäten ohne Unterbrechung der normalen Aktivitäten lindern.
	3	Häufige Schmerzen. Beschwerden, die durch orale Medikamente gelindert werden, mit gelegentlicher Unterbrechung der normalen Aktivitäten.

Fruchtbarkeit	4	Häufige Schmerzen, häufige Unterbrechung der normalen Aktivitäten. Die Beschwerden erfordern verschreibungspflichtige Narkotika zur Linderung.
	5	Starke Schmerzen. Schmerzen, die nicht durch Medikamente gelindert werden können und die normalen Aktivitäten ständig stören.
	1	In der Lage sein, mit einer fruchtbaren Ehefrau Kinder zu bekommen.
	2	Schwierigkeiten beim Kinderkriegen mit einer fruchtbaren Ehefrau.
	3	Unfähig, mit einer fruchtbaren Ehefrau Kinder zu bekommen.

Die Beschreibungen der Ebenen sind hier genau so formuliert, wie sie den Befragten in der HU1:2-Präferenzenerhebung vorgelegt wurden.

TABELLE 2. Messwerte für Ebenen innerhalb von Attributen

Attribut	Ebene	VAS (n=203)	
		Mittelwert - USD'	95% Konfidenzintervalle
Sensation	1	1.00	
	2	0.59	0.25, 0.56, 0.62
	3	0.36	0.21, 0.33, 0.39
	4	0.00	
Mobilität'	1	1.00	
	2	0.68	0.22, 0.65, 0.71
	3	0.34	0.22, 0.31, 0.37
	4	0.17	0.19, 0.14, 0.20
	5	0.00	
Emotionen	1	1.00	
	2	0.58	0.24, 0.55, 0.61
	3	0.33	0.19, 0.30, 0.36
	4	0.18	0.15, 0.16, 0.20
	5	0.00	
Kognition	1	1.00	
	2	0.58	0.22, 0.55, 0.61
	3	0.38	0.22, 0.35, 0.41
	4	0.00	
Selbstfürsorge	1	1.00	
	2	0.56	0.24, 0.53, 0.59
	3	0.29	0.21, 0.26, 0.32
	4	0.00	

Schmerz	1	1.00	
	2	0.72	0.21 0.69,0.75
	3	0.45	0.21 0.42,0.48
	4	0.21	0.17 0.19,0.23
	5	0.00	
Fruchtbarkeit	1	1.00	
	2	0.45	0.24 0.42,0.48
	3	0.00	

VAS, visuelle Analogskala; SD, Standardabweichung
 Die Mobilitätsergebnisse wurden um die Beeinflussung durch die Selbstversorgung korrigiert. Den Extremwerten der einzelnen Attribute wurden die Werte 0 und 1 zugeordnet.

Die Bestimmung der verschiedenen gesundheitsbezogenen Zustände einer Person oder einer Gruppe im Hinblick auf die verschiedenen Funktionsbereiche des HUI vor und nach einer bestimmten Gesundheitsintervention ist eine empirische Frage, die durch Rückgriff auf relevante Daten über die Belastung durch eine bestimmte Krankheit und die Verringerung dieser Belastung, die von einer bestimmten Gesundheitsintervention erwartet werden kann, beantwortet werden sollte. Natürlich sind die entsprechenden Daten oft sehr unvollkommen, aber das ist ein Problem, das vor allem durch die Generierung besserer Daten und nicht durch ethische Analysen gelöst werden sollte.

Der zweite Schritt der Zuweisung unterschiedlicher relativer Werte oder Nutzen für die verschiedenen Bereiche und Funktionsniveaus, die durch ein Maß wie den HUI beschrieben werden, erfolgt in der Regel durch die Abfrage der Präferenzen der Menschen für das Leben mit den verschiedenen Funktionseinschränkungen. Dies wirft die grundsätzliche Frage auf, wessen Präferenzen zur Bestimmung des relativen Wertes des Lebens mit verschiedenen Funktionseinschränkungen herangezogen werden sollten und wie diese ermittelt werden sollten. Die Entwickler des DALY haben die Präferenzen von Fachleuten des Gesundheitswesens herangezogen, zum Teil aus dem praktischen Grund, dass sie mehr über die Art der verschiedenen Gesundheitszustände wissen, aber das Ausmaß, in dem verschiedene Zustände die HRQL insgesamt einschränken, ist keine Frage, die sich durch Fachwissen klären lässt. Darüber hinaus können Angehörige der Gesundheitsberufe systematische Voreingenommenheiten haben, die ihre Werturteile über die Lebensqualität von denen normaler Menschen abweichen lassen. Andere Maßstäbe wie der HUI verwenden die Werturteile einer zufällig ausgewählten Gruppe von Normalbürgern, um verschiedene Behinderungszustände oder Funktionseinschränkungen zu bewerten. Die auf diese Weise ermittelten Nutzwerte für verschiedene funktionale Attribute und ihre Niveaus im HUI sind in Tabelle 2 dargestellt.

Ein zentrales Problem bei der Frage, wessen Bewertungen der verschiedenen Behinderungszustände oder Funktionseinschränkungen herangezogen werden sollten, ergibt sich aus den typischen Reaktionen des Einzelnen auf seine Behinderung: Anpassung, d. h. Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit durch Lernen und Entwicklung von

Fähigkeiten; Bewältigung, d. h. Veränderung der

die eigenen Leistungserwartungen, um die selbst empfundene Diskrepanz zwischen ihnen und der tatsächlichen Leistung zu verringern, und die Anpassung, d. h. die Änderung der Lebenspläne, um Aktivitäten, bei denen die Leistung nicht durch die Behinderung beeinträchtigt wird, größere Bedeutung beizumessen (Murray, 1996). Das Ergebnis ist, dass Menschen mit Behinderungen, die diese Prozesse durchlaufen haben, häufig über geringere Belastungen und Einschränkungen ihrer Möglichkeiten und eine höhere Lebensqualität im Zusammenhang mit ihrer Behinderung berichten als Nichtbehinderte, die den gleichen Zustand bewerten. Wenn die Bewertungen der Behinderungszustände durch Nichtbehinderte für die Einstufung verschiedener Gesundheits- und Behinderungszustände herangezogen werden, dann werden Behinderungen als schwerwiegendere Gesundheitsbedürfnisse eingestuft, aber diese Einstufungen sind anfällig für den Vorwurf, dass sie durch die Unkenntnis der Bewerter darüber, wie es ist, mit den fraglichen Zuständen zu leben, verzerrt sind. Außerdem wird bei diesen Bewertungen der Verlängerung des Lebens von Menschen mit Behinderungen weniger Wert beigemessen. Werden jedoch die Bewertungen der behinderten Menschen selbst herangezogen, so kann man ihnen vorwerfen, dass sie eine andere Verzerrung widerspiegeln, indem sie die Belastung durch die Behinderung aufgrund des Anpassungs-, Bewältigungs- und Umstellungsprozesses, den der behinderte Mensch durchlaufen hat, ungerechtfertigt unterschätzen. Darüber hinaus werden sie der Prävention oder Rehabilitation von Behinderungen aufgrund der Ergebnisse dieses Prozesses einen geringeren Wert beimessen. Das Problem besteht hier darin, einen geeigneten Bewertungsstandpunkt für die Einstufung der Bedeutung verschiedener Behinderungen zu bestimmen, der diese potenziellen Verzerrungen vermeidet (Brock, 1995, S. 159-184).

Da es sich bei den Präferenzen für verschiedene Behinderungszustände oder HRQL, die zur Bestimmung ihrer relativen Werte herangezogen werden, um informierte Präferenzen handeln sollte, liegt der Gedanke nahe, dass die Präferenzen derjenigen herangezogen werden sollten, die diese Behinderungen tatsächlich erleben. Da sie ein besseres Verständnis dafür haben sollten, wie es ist, mit der jeweiligen Behinderung zu leben, können wir hoffen, uninformierte Bewertungen zu vermeiden. Damit würde man jedoch den tieferen Kern des Problems übersehen, das durch Anpassung, Bewältigung und Anpassung an Behinderungen verursacht wird.

Grundlegend für das Verständnis der Schwierigkeit, die die Anpassung, Bewältigung und Anpassung an Behinderungen für die Präferenzbewertung der HRQL bei verschiedenen Behinderungen darstellt, ist, dass weder die Nichtbehinderten noch die Behinderten bei ihren unterschiedlichen Bewertungen der Lebensqualität mit dieser Behinderung einen Fehler gemacht haben müssen. Sie kommen zu unterschiedlichen Bewertungen der Lebensqualität mit dieser Behinderung, weil sie infolge der Anpassung, Bewältigung und Anpassung der behinderten Person unterschiedliche Bewertungsstandpunkte verwenden. Behinderte Menschen, die diesen Prozess durchlaufen haben, können zurückblicken und feststellen, dass sie vor ihrer Behinderung die Lebensqualität mit dieser Behinderung genauso bewertet hätten wie nichtbehinderte Menschen heute. Dies bietet jedoch keine Grundlage für die Schlussfolgerung, dass ihre Bewertung der Lebensqualität

mit der Behinderung vor der Behinderung falsch war, und somit auch keine Grundlage dafür, sie als falsch abzulehnen oder zu verwerfen. Das Problem, das ich als Perspektivenproblem bezeichne, besteht darin, dass die Nichtbehinderten und die Behinderten die Lebensqualität mit der Behinderung aus zwei unterschiedlichen Bewertungsperspektiven beurteilen, von denen keine

was ein Irrtum ist. Es mag verlockend erscheinen, die Präferenzen der Nichtbehinderten für die Bewertung der Bedeutung von Präventions- oder Rehabilitationsprogrammen und die Präferenzen der Behinderten für die Bewertung der Bedeutung lebenserhaltender Behandlungen für Behinderte heranzuziehen, aber dies ignoriert die Notwendigkeit einer einheitlichen Perspektive, um den relativen Nutzen der verschiedenen Gesundheitsinterventionen zu vergleichen und Prioritäten zu setzen.

Welches Gewicht den Ergebnissen der Bewältigung des eigenen Zustands beizumessen ist, kann zudem von den Ursachen dieses Zustands abhängen, z. B. von Krankheiten oder Verletzungen, die niemand verschuldet hat, im Gegensatz zu ungerechten sozialen Bedingungen. Die meisten HRQL-Messungen beinhalten ein gewisses Maß an subjektiver Zufriedenheit oder Belastung, ein Faktor, der in hohem Maße von den Erwartungen der Menschen beeinflusst wird. In einer Gesellschaft, in der Frauen seit langem systematisch diskriminiert werden, sind Frauen beispielsweise möglicherweise nicht unzufrieden mit ihrer ungerechtfertigten Benachteiligung, einschließlich der gesundheitlichen Unterschiede, die sich aus dieser Diskriminierung ergeben. Die Tatsache, dass die Opfer so stark unterdrückt werden, dass sie eine Ungerechtigkeit als natürlich akzeptieren und damit umgehen, indem sie ihre Erwartungen reduzieren und ihre Lebenspläne anpassen, sollte nicht dazu führen, dass die Auswirkungen weniger schwerwiegend sind, wie es Messungen der HRQL mit einer subjektiven Zufriedenheits- oder Leidenskomponente implizieren würden.

Wenn Messgrößen wie der HUI oder der QWB auf verschiedene wirtschaftliche, ethnische, kulturelle und soziale Gruppen angewandt werden, können die bedeutsamen Gesundheitszustände und Behinderungen und ihre Bedeutung in den verschiedenen Gruppen sehr unterschiedlich sein; zum Beispiel werden in einem Umfeld, in dem die meisten Arbeiten manuelle Tätigkeiten sind, Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit eine größere Bedeutung haben als in einem Umfeld, in dem die meisten Personen in nicht-körperlichen, wissensbasierten Berufen tätig sind, in denen bestimmte kognitive Behinderungen von größerer Bedeutung sind. Unterschiedliche Bewertungen von Gesundheitszuständen und Behinderungen scheinen für Gruppen mit signifikant unterschiedlichen relativen Bedürfnissen für verschiedene funktionale Fähigkeiten notwendig zu sein, aber dann sind gruppenübergreifende Vergleiche von Gesundheit und Behinderung und des relativen Werts von Gesundheitsinterventionen in diesen verschiedenen Gruppen nicht möglich. Der Nutzen des Gesundheitsprogramms wird auf zwei unterschiedlichen und offensichtlich nicht vergleichbaren Bewertungsskalen gemessen. Diese Unterschiede werden noch größer, wenn zusammenfassende Maße für die Gesundheit der Bevölkerung für internationale Vergleiche zwischen sehr unterschiedlichen Ländern verwendet werden.

Ein Teil dieser unterschiedlichen Sichtweisen kann vermieden werden, wenn man sich auf die Bewertung von Behinderung anstelle von Handicap konzentriert, wie es traditionell unterschieden wird, z. B. in der Internationalen Klassifikation der Beeinträchtigungen, Behinderungen und Behinderungen (ICIDH) von 1980. Die ICIDH versteht unter Behinderung "jede Einschränkung oder jeden Mangel (als Folge einer Beeinträchtigung) der Fähigkeit, eine Tätigkeit in der Weise oder innerhalb des Bereichs auszuführen, die

für einen Menschen als normal angesehen werden", während Behinderung "ein Nachteil für eine bestimmte Person ist, der sich aus einer Beeinträchtigung oder Behinderung ergibt und der die Erfüllung einer normalen Rolle einschränkt oder verhindert".

(abhängig von Alter, Geschlecht sowie sozialen und kulturellen Faktoren) für die betreffende Person". Bei der relativen Bedeutung von Behinderungen wird es zwischen Einzelpersonen, Gruppen und Kulturen größere Unterschiede geben als bei Behinderungen, da Behinderungen Unterschiede in der Rolle des Einzelnen und den sozialen Bedingungen berücksichtigen, was bei Behinderungen nicht der Fall ist. Es ist jedoch problematisch, ob diese Unterschiede bei der Priorisierung von Gesundheitsressourcen für Einzelpersonen, Gruppen und Gesellschaften ignoriert werden sollten, d. h. ob Behinderungen oder Benachteiligungen der richtige Schwerpunkt für die Bewertung sind.

II. ZWEITE FRAGE: Zählen alle QALYs gleich viel?

Bei den QALYs wird standardmäßig davon ausgegangen, dass ein zusätzliches Lebensjahr unabhängig vom Alter der Person, die es erhält, den gleichen Wert hat, wobei davon ausgegangen wird, dass die verschiedenen Lebensjahre von vergleichbarer Qualität sind. Ein Jahr Lebensverlängerung für einen Säugling, einen Vierzigjährigen und einen Achtzigjährigen haben alle den gleichen Wert in Form von produzierten QALYs, was wiederum in einer Kostenwirksamkeitsanalyse, die QALYs verwendet, zu der Annahme führt, dass es keinen Unterschied in der Qualität des Lebensverlängerungsjahres gibt. Dies ist natürlich mit der Verwendung altersabhängiger Qualitätsanpassungen für Interventionen, die Gruppen von Patienten unterschiedlichen Alters betreffen, vereinbar, um Unterschiede in der durchschnittlichen Lebensqualität dieser verschiedenen Gruppen widerzuspiegeln; wenn beispielsweise die durchschnittliche Lebensqualität in einer Gruppe von Patienten mit einem Durchschnittsalter von 85 Jahren geringer ist als die von Patienten mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren, hätte ein Jahr Lebensverlängerung für den 25-Jährigen einen größeren Wert in QALYs als ein Jahr Lebensverlängerung für den 85-Jährigen.

In der Weltbankstudie "*World Development Report 1993; Investing in Health*" (Weltbank, 1993) wurde das alternative DALY-Maß entwickelt, um die Belastung durch Krankheiten zu messen, die die Lebenserwartung und die Lebensqualität verringern. Der wahrscheinlich wichtigste ethische Unterschied zwischen QALYs und DALYs besteht darin, dass DALYs einem Jahr Lebensverlängerung gleicher Qualität einen unterschiedlichen Wert beimessen, je nachdem, in welchem Alter eine Person diese erhält; insbesondere wird einer Lebensverlängerung für Personen in ihren produktiven Arbeitsjahren als Erwachsene ein höherer Wert beigemessen als einer ähnlichen Lebensverlängerung für Säuglinge und Kleinkinder oder ältere Menschen. Die Hauptbegründung für dieses Merkmal der DALYs war die unterschiedliche soziale Rolle, die der Einzelne typischerweise in verschiedenen Altersstufen einnimmt, und die typische emotionale, körperliche und finanzielle Abhängigkeit der sehr jungen und älteren Menschen von Personen in ihren produktiven Arbeitsjahren (Murray, 1994).

Mit dieser Rechtfertigung altersbedingter Unterschiede im Wert der Lebensverlängerung wird implizit eine ethisch problematische soziale Perspektive auf den Wert von lebensverlängernden oder funktionserhaltenden bzw. -wiederherstellenden Gesundheitsmaßnahmen eingenommen, d. h. eine

Bewertung des Nutzens, den eine Lebensverlängerung oder Funktionserhaltung bzw. -wiederherstellung für *andere hat*, zusätzlich zu dem Nutzen, den diese Maßnahmen für den Einzelnen haben. Diese soziale Perspektive steht im Widerspruch zum üblichen Fokus

in der klinischen Entscheidungsfindung und Behandlung nur auf den Nutzen für die Personen abstellen, die die betreffenden Gesundheitsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Die übliche Praxis in der Gesundheitspolitik und im öffentlichen Gesundheitswesen ist in diesem Punkt zweideutiger, da bei der Bewertung und Rechtfertigung von Gesundheitsprogrammen manchmal auch der Nutzen für andere als den unmittelbaren Empfänger der Maßnahme berücksichtigt wird. Diese soziale Perspektive ist ethisch problematisch, weil sie den Unterschieden zwischen den Individuen in ihrem sozialen und wirtschaftlichen Wert für andere Gewicht verleiht; dabei werden Personen mit weniger Abhängigkeiten und sozialen Bindungen diskriminiert, was bei der Zuteilung von Gesundheitsressourcen ethisch wohl nicht relevant ist. Die soziale Perspektive, die das DALY-Maß rechtfertigt, ist daher in einer Weise ethisch problematisch, wie es das alternative QALY-Maß nicht ist, wenn sich der Wert des gesundheitlichen Nutzens für den Einzelnen auf den Wert des gesundheitlichen Nutzens für die behandelten Personen konzentrieren sollte, nicht auf den sozialen Wert der Behandlung dieser Personen für andere. Die ethische Schwierigkeit in diesem Zusammenhang wird im folgenden Abschnitt über die Frage, welche Kosten und Nutzen in einer CEA berücksichtigt werden sollten, kurz erörtert.

Der Lebensverlängerung in verschiedenen Altersstufen einen unterschiedlichen Wert beizumessen, kann jedoch ethisch gerechtfertigt sein, wenn dies aus unterschiedlichen Gründen geschieht. Norman Daniels hat zum Beispiel argumentiert, dass, weil jeder Mensch erwarten kann, die verschiedenen Phasen der Lebensspanne zu durchlaufen, ein Jahr Lebensverlängerung in den verschiedenen Phasen der Lebensspanne unterschiedlich bewertet werden muss, ohne dass dies zu einer ungerechten Diskriminierung von Individuen führt, so wie eine unterschiedliche Gewichtung der Lebensverlängerung für Angehörige verschiedener Rassen, Ethnien oder Geschlechter eine ungerechte Diskriminierung darstellen würde (Daniels, 1988). Jedes Individuum kann davon ausgehen, dass es alle Lebensphasen durchläuft, in denen der Lebensverlängerung ein unterschiedlicher Wert beigemessen wird, ist aber nur Mitglied einer Rasse, einer ethnischen Gruppe und eines Geschlechts. Somit werden alle Personen in vergleichbaren Lebensabschnitten hinsichtlich des Wertes einer Lebensverlängerung gleich behandelt, und daher würde die Verwendung von DALYs keine ungerechte Altersdiskriminierung darstellen, die mit einer Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, der ethnischen Zugehörigkeit oder der Rasse vergleichbar wäre.

Darüber hinaus könnten sich der Einzelne und damit auch die Gesellschaft dafür entscheiden, einem Jahr der Lebensverlängerung über die normale Lebensspanne hinaus weniger Gewicht beizumessen als einem Jahr der Lebensverlängerung, bevor man die normale Lebensspanne erreicht hat, und zwar auf der Grundlage einer Vorstellung davon, was Chancengleichheit erfordert, oder auf der Grundlage dessen, was Alan Williams das "Fair Innings Argument" nennt (Williams, 1997, S. 117-132). Die Lebenspläne und zentralen langfristigen Projekte der Menschen sind in der Regel so angelegt, dass sie in die normale Lebensspanne passen, so dass die Verwirklichung dieser zentralen Projekte in der Regel das Erreichen der normalen Lebensspanne, aber nicht das Leben darüber hinaus erfordert (Daniels, 1988; Brock 1989).

III. DRITTENS: WELCHE KOSTEN UND NUTZEN SOLLTEN BEI DER ANALYSE DER KOSTENWIRKSAMKEIT VON GESUNDHEITSPROGRAMMEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN?

Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass Kostenwirksamkeitsanalysen im Gesundheitswesen den direkten gesundheitlichen Nutzen der medizinischen Behandlung für den Einzelnen, z. B. die Verbesserung der Nierenfunktion oder die Verringerung von Gelenkschwellungen, und der öffentlichen Gesundheitsprogramme, z. B. die Verringerung der Inzidenz von Infektionskrankheiten durch Impfprogramme, widerspiegeln sollten. Die direkten Kosten der medizinischen Behandlung und der öffentlichen Gesundheitsprogramme, wie z. B. die Kosten für die Zeit des Gesundheitspersonals sowie für medizinische Geräte und Verbrauchsmaterialien, sollten ebenfalls berücksichtigt werden. Medizinische und gesundheitspolitische Maßnahmen haben jedoch in der Regel auch indirekte, nicht gesundheitsbezogene Vorteile und Kosten. Einige Krankheiten betreffen beispielsweise hauptsächlich Erwachsene während ihres Arbeitslebens und verursachen dadurch erhebliche wirtschaftliche Kosten in Form von verlorenen Arbeitstagen im Zusammenhang mit der Krankheit, während andere Krankheiten hauptsächlich Kleinkinder (z. B. einige Infektionskrankheiten) oder ältere Menschen (z. B. Alzheimer-Demenz) betreffen, die in jedem Fall in der Regel nicht erwerbstätig sind und daher keine Lohneinbußen oder krankheitsbedingten Arbeitsausfälle erleiden. Sollte eine solche indirekte wirtschaftliche Krankheitslast in einer Kostenwirksamkeitsanalyse berücksichtigt werden, um Prioritäten zwischen verschiedenen Gesundheitsinterventionen zu setzen?

Sowohl aus wirtschaftlicher Sicht als auch aus einer weit gefassten utilitaristischen Moralperspektive sind indirekte, nicht gesundheitsbezogene Nutzen und Kosten reale Nutzen und Kosten von Krankheiten und von Bemühungen, sie zu behandeln oder zu verhüten, auch wenn es sich nicht um direkte gesundheitliche Nutzen und direkte Behandlungskosten handelt; sie sollten in der Gesamtrechnung der Kosteneffizienz berücksichtigt werden, wenn es darum geht, wie knappe Gesundheitsressourcen eingesetzt werden, um den maximalen Gesamtnutzen zu erzielen. Ein mögliches moralisches Argument für die Nichtberücksichtigung dieser indirekten, nicht gesundheitsbezogenen Kosten und Vorteile bei der Priorisierung von Gesundheitsressourcen beruht auf einer Vorstellung von der moralischen Gleichheit der Menschen. Wenn man der Behandlung einer Patientengruppe Vorrang vor einer anderen einräumt, weil die Behandlung der ersten Gruppe indirekte nicht-gesundheitliche Vorteile für andere mit sich bringt (z. B. für andere Familienmitglieder, die von diesen Patienten abhängig sind) oder indirekte wirtschaftliche Kosten für andere reduziert (z. B. für die Arbeitgeber dieser Patienten, die weniger Arbeitsausfälle haben), könnte man argumentieren, dass man es versäumt, jede Patientengruppe mit der gleichen moralischen Besorgnis und dem gleichen Respekt zu behandeln, den alle Menschen verdienen; insbesondere würde man es versäumen, den Gesundheitsbedürfnissen jeder Person die gleiche moralische Besorgnis und das gleiche Gewicht zu geben. Stattdessen würde man der zweiten Gruppe von Patienten eine geringere Priorität einräumen, nur weil sie kein Mittel für die

indirekten nicht-gesundheitlichen Vorteile oder Kosteneinsparungen sind, die durch die Behandlung der ersten Gruppe von Patienten entstehen, und man würde der zweiten Gruppe von Patienten und ihren Bedürfnissen bei der Gesundheitsversorgung eine geringere Priorität einräumen, nur weil sie kein Mittel für diese indirekten nicht-gesundheitlichen Vorteile oder Kosteneinsparungen für andere sind. Dies würde gegen das kantische Moralgebot verstoßen, Menschen nur als Mittel zum Nutzen anderer zu behandeln.

In der öffentlichen Politik wird häufig der Begriff der "getrennten Sphären" verwendet, der in diesem Fall dazu dienen könnte, zu argumentieren, dass der Zweck des Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheit die Gesundheit und die Verringerung von Krankheiten ist und daher nur diese Ziele und Auswirkungen die Programme für das Gesundheitswesen und die öffentliche Gesundheit leiten sollten (Kamm, 1993; Walzer, 1983). Es gibt offensichtliche praktische Gründe für die Sichtweise der getrennten Sphären, die mit der Schwierigkeit zusammenhängen, indirekte Vorteile und Kosten vollständig zu bestimmen und zu berechnen. Das moralische Argument von Kant könnte jedoch als prinzipielle moralische Grundlage für die Nichtberücksichtigung von indirektem Nutzen und indirekten Kosten in einer Kosteneffektivitätsanalyse dienen, die zur Priorisierung von Gesundheitsressourcen und -maßnahmen für verschiedene Personen oder Gruppen verwendet wird.

IV. VIERTE FRAGE: SOLLTEN ABZINSUNGSSÄTZE AUF GESUNDHEITSLAISTUNGEN ANGEWANDT WERDEN?

Es ist sowohl Standard als auch empfohlene Praxis bei Kostenwirksamkeitsanalysen im Gesundheitswesen und anderswo, eine Zeitpräferenz anzunehmen, indem ein Diskontsatz sowohl auf den Nutzen als auch auf die Kosten der verschiedenen zu bewertenden Programme angewandt wird, obwohl die Gründe dafür und der richtige Diskontsatz umstritten sind (Gold, 1996, Kap. 7). Es ist wichtig, die ethische Frage, ob Gesundheitsleistungen abgezinst werden sollten, klar von anderen ökonomischen Überlegungen zur Diskontierung zu trennen und sich darüber klar zu werden, warum diese Frage für die Gesundheitspolitik wichtig ist. Es ist ethisch unumstritten, dass ein Abzinsungssatz auf wirtschaftliche Kosten und wirtschaftlichen Nutzen angewandt werden sollte; ein heute erhaltener Dollar ist mehr wert als ein in 10 Jahren erhaltener Dollar, weil wir ihn in diesen 10 Jahren nutzen können, und es besteht ein ähnlicher wirtschaftlicher Vorteil darin, das Entstehen wirtschaftlicher Kosten hinauszuzögern. Die ethische Frage ist, ob ein Abzinsungssatz direkt auf Veränderungen der Lebensverlängerung und des Wohlbefindens oder der Gesundheit angewendet werden sollte. Ist eine Verbesserung des Wohlbefindens, wie z. B. eine bestimmte Lebensverlängerung, eine Verringerung des Leidens oder eine Verbesserung der Funktion, die sich z. B. über ein Jahr erstreckt, von wesentlich geringerem Wert, wenn sie in zwanzig Jahren eintritt, als wenn sie im nächsten Jahr eintritt?

Zukünftige Leistungen werden angemessen abgezinst, wenn sie unsicherer sind als unmittelbare Leistungen. Unmittelbarer Nutzen, wie die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit einer Person, ist ebenfalls wertvoller als entfernter Nutzen, wenn er einen längeren Zeitraum und damit einen größeren Nutzen ermöglicht, indem er früher eintritt. Aber keine dieser Überlegungen die Verwendung eines Abzinsungssatzes erfordern sie werden berücksichtigt bei der Messung des erwarteten Nutzens alternativer Interventionen. Die ethische Frage ist, ob eine Verbesserung des Wohlbefindens einer Person von geringerem Wert ist, wenn sie in der fernen Zukunft eintritt, als wenn

sie in der unmittelbaren Zukunft eintritt, einfach und nur, weil sie zeitlich später eintritt. Diese Frage ist in der Literatur zur sozialen Diskontierung umstritten, und ich bin der Meinung, dass es keine angemessene ethische Rechtfertigung für die direkte Anwendung eines Diskontierungssatzes auf Veränderungen in

Gesundheit und Wohlbefinden, obwohl ich die von den Befürwortern der Abzinsung vorgebrachten Begründungen hier nicht weiter verfolgen kann. Die Vermeidung von Paradoxien, die entstehen, wenn kein Abzinsungssatz angewandt wird oder wenn unterschiedliche Abzinsungssätze auf Kosten und Nutzen angewandt werden, hat viele Ökonomen dazu veranlasst, die Verwendung desselben Abzinsungssatzes für Kosten und Nutzen zu befürworten (Keeler und Cretin, 1983, S. 300-306), aber ich bin der Meinung, dass diese Probleme nicht durch Abzinsung gelöst werden können, sondern eher durch die direkte Behandlung der ethischen Fragen, die sie aufwerfen, in der Regel die Gerechtigkeit zwischen verschiedenen Generationen.

Die politische Bedeutung dieses Themas ist bei der Festlegung von Prioritäten für Maßnahmen im Gesundheitswesen relativ einfach zu erkennen. Viele Programme im Bereich der Gesundheitsversorgung und des öffentlichen Gesundheitswesens brauchen sehr unterschiedlich lange, um ihren Nutzen zu entfalten. Die Anwendung eines Abzinsungssatzes auf diesen Nutzen führt zu einer ungerechtfertigten Bevorzugung von Programmen, die einen schnelleren Nutzen bringen. Dies führt dazu, dass einem Programm, das erst in zwanzig Jahren einen Nutzen für die Gesundheit und das Wohlbefinden bringt, eine geringere Priorität eingeräumt wird als einem alternativen Gesundheitsprogramm, das zwar eine wesentlich geringere Gesamtverbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens bewirkt, diese Verbesserung aber viel früher erreicht. Viele Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Vorbeugung, z. B. Impfprogramme und die Änderung ungesunder Verhaltensweisen, entfalten ihren gesundheitlichen Nutzen erst Jahre später. Wenn diese Vorteile ungerechtfertigt abgewertet werden, wird ihnen eine geringere Priorität eingeräumt als alternativen Programmen, die insgesamt weniger Nutzen bringen. Das Ergebnis ist eine Gesundheitspolitik, die im Laufe der Zeit einen geringeren Gesamtnutzen für die Gesundheit erbringt, als dies mit den gleichen Mitteln möglich gewesen wäre.

V. FÜNFTE FRAGE: WELCHE
LEBENSERWARTUNGEN SOLLTEN BEI DER
BERECHNUNG DER LEISTUNGEN ZUGRUNDE
GELEGT WERDEN?
VON LEBENSRETTENDEN MASSNAHMEN?

Bei der Berechnung der QALYs werden üblicherweise die Unterschiede im Durchschnittsalter und damit in der Lebenserwartung der Patienten berücksichtigt, die von verschiedenen Gesundheitsprogrammen versorgt werden; so würde beispielsweise eine Behandlung für eine lebensbedrohliche Kinderkrankheit mehr QALYs hervorbringen als eine vergleichbare Behandlung für eine lebensbedrohliche Krankheit, die vor allem ältere Menschen betrifft. So würde beispielsweise eine Intervention, die die Lebensqualität von Patienten mit Mukoviszidose verbessert, deren Lebenserwartung aufgrund ihrer Krankheit weit unter dem Durchschnitt liegt, weniger QALYs erbringen als eine Intervention, die die Lebensqualität von Patienten mit durchschnittlicher, nicht durch die Krankheit beeinträchtigter Lebenserwartung in vergleichbarer Weise verbessert. Der letztgenannte Fall wirft schwierige Fragen zur Diskriminierung von Menschen

mit Behinderungen auf, die

Darauf gehe ich später ein. Es gibt jedoch noch weitere Unterschiede in der Lebenserwartung verschiedener Gruppen, die eine genaue Schätzung der QALYs, die durch Gesundheitsmaßnahmen für diese Gruppen erzielt werden, berücksichtigen müsste. So gibt es beispielsweise in den meisten Ländern erhebliche Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen verschiedenen Geschlechtern, Rassen und ethnischen Gruppen sowie sozioökonomischen Gruppen. Auf internationaler Ebene sind die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen verschiedenen Ländern oft noch viel größer. Sollten sich diese Unterschiede auf die Berechnungen der QALYs auswirken, die durch lebensverlängernde oder lebensqualitätsverbessernde Maßnahmen des Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheit gewonnen werden? Eine genaue Schätzung der zusätzlichen Lebensjahre, die durch diese Maßnahmen tatsächlich gewonnen werden, sollte die Unterschiede in der Lebenserwartung, die durch die Gesundheitsmaßnahmen nicht beeinflusst werden, nicht außer Acht lassen, aber das Ergebnis wird sein, dass es weniger wert ist, das Leben einer armen Person in einem unterentwickelten Land zu retten als das einer reichen Person in einem entwickelten Land.

Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen verschiedenen rassischen, ethnischen und sozioökonomischen Gruppen innerhalb eines Landes sowie die sehr großen Unterschiede zwischen der Lebenserwartung in wirtschaftlich entwickelten und armen Ländern sind oft hauptsächlich das Ergebnis ungerechter Bedingungen und Entbehungen, unter denen die Menschen mit einer geringeren Lebenserwartung leiden. Es scheint diese Ungerechtigkeiten nur noch zu verstärken, wenn Maßnahmen, die Leben retten oder die Lebensqualität von Gruppen mit einer niedrigeren Lebenserwartung verbessern, aufgrund der ungerechten Bedingungen und Entbehungen, unter denen sie leiden, weniger Wert beigemessen wird. Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern sind hingegen zu einem erheblichen Teil auf biologische Unterschiede zurückzuführen und nicht auf ungerechte soziale Bedingungen. Ob die biologisch begründete Komponente der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung in Messgrößen wie QALYs oder DALYs zum Ausdruck kommen sollte, ist eher umstritten. Einerseits resultiert die geringere Lebenserwartung von Männern nicht aus einer unabhängigen Ungerechtigkeit, andererseits ist es in den Vereinigten Staaten ausdrückliche öffentliche Politik und gesetzlich vorgeschrieben, diesen geschlechtsspezifischen Unterschied bei den meisten Berechnungen von Rentenleistungen und -kosten zu ignorieren, um eine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts zu vermeiden. Die Entwickler des DALY haben sich ausdrücklich dafür entschieden, ein einziges einheitliches Maß für die Lebenserwartung (mit Ausnahme der biologischen Komponente des geschlechtsspezifischen Unterschieds) zu verwenden, nämlich das in Japan beobachtete, das die höchste nationale Lebenserwartung hat, um die Gewinne aus lebensrettenden Maßnahmen zu messen. Sie begründeten ihre Wahl ausdrücklich mit dem ethischen Grundsatz "Gleiches mit Gleichem zu vergelten", obwohl die Argumentation nicht näher ausgeführt wurde (Murray, 1994, S. 7). Die Art und Weise, wie diese Frage behandelt wird, kann sich erheblich auf die Prioritäten auswirken, die sich aus der Kosteneffizienzanalyse ergeben, insbesondere auf internationaler

Ebene, wo die Unterschiede zwischen den Ländern oft größer sind als die Unterschiede zwischen den Gruppen innerhalb bestimmter Länder.

Jede der fünf oben genannten ethischen Fragen kann als Frage der *Aufbau* einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse in der Gesundheitsversorgung. Die anderen Themen, die ich

können als Probleme bei der *Verwendung* der Kosteneffektivitätsanalyse für die Priorisierung von Gesundheitsressourcen betrachtet werden. Es handelt sich dabei jeweils um Fragen der Verteilungsgerechtigkeit, die dadurch aufgeworfen werden, dass eine Kosteneffektivitätsanalyse die Verteilung des Gesundheitsnutzens und der Kosten für dessen Erbringung nicht berücksichtigt. Die Überzeugungen der Menschen über Gleichheit und Gerechtigkeit wirken sich jedoch direkt auf die relative Priorität aus, die sie verschiedenen Gesundheitsmaßnahmen zuweisen. Eine Standardantwort auf diesen Punkt ist, dass eine CEA nur ein Hilfsmittel für die politische Entscheidungsfindung im Allgemeinen und für die Prioritätensetzung bei den Gesundheitsressourcen im Besonderen sein kann und dass die politischen Entscheidungsträger bei ihren endgültigen politischen Entscheidungen und Entscheidungen Überlegungen zur Gerechtigkeit berücksichtigen müssen. Aber wie bei den ethischen Fragen bei der Erstellung von CEAs bleibt noch viel zu tun, um alternative Positionen zu diesen Fragen der Gerechtigkeit zu klären und zu bewerten, damit die politischen Entscheidungen zumindest besser informiert werden können, auch wenn sie umstritten bleiben. Hier ist nur Platz, um vier der wichtigsten Gerechtigkeitsfragen bei der Verwendung von CEAs und einige der wichtigsten ethischen Erwägungen zu nennen, die die verschiedenen Positionen zu diesen Fragen unterstützen (Daniels, 1993, S. 224-233). Danach werde ich eine alternative quantitative Methodik erwähnen, die im Gegensatz zur CEA Überlegungen zur Gerechtigkeit in die quantitative Analyse einbezieht.

VI. SECHSTE FRAGE: WELCHEN VORRANG SOLLTEN DIE KRÄNKSTEN ODER AM SCHLECHTESTEN GESTELLTEN PERSONEN ERHALTEN?

Es ist ein Gemeinplatz, dass die meisten Theorien der Verteilungsgerechtigkeit eine besondere Rücksichtnahme auf die am schlechtesten Gestellten oder Benachteiligten voraussetzen; so wird zum Beispiel oft gesagt, dass die Gerechtigkeit einer Gesellschaft daran gemessen werden kann, wie sie ihre am wenigsten wohlhabenden Mitglieder behandelt. Im Zusammenhang mit der Zuteilung von Gesundheitsleistungen und der Festlegung von Prioritäten für Gesundheitsmaßnahmen kann man davon ausgehen, dass die kränksten Patienten die am schlechtesten gestellten sind, was den Bedarf an dem zu verteilenden Gut angeht. In vielen Fällen werden die kränksten Patienten in einer CEA bevorzugt behandelt, wenn man sie mit weniger kranken Patienten vergleicht; die kränksten Patienten haben ein größeres Verbesserungspotenzial beim HRQL, weil sie von einem niedrigeren HRQL ausgehen, so dass z. B. bei einem Vergleich vollständig wirksamer Behandlungen diejenigen für die kränksten Patienten den größeren Nutzen bringen werden. Aber in anderen Fällen erfordert die Bevorzugung der Kranken ein Opfer beim Gesamtnutzen für die Gesundheit. Ein abstraktes Beispiel verdeutlicht den Sachverhalt am deutlichsten. Nehmen wir an, Patienten der Gruppe A haben eine sehr schwere Krankheit, die ihnen einen anhand des HUI gemessenen Gesundheitsnutzen von 0,25 beschert, der sich mit der besten verfügbaren Behandlung nur auf 0,45 steigern ließe, weil keine

Behandlung für ihre Krankheit sehr wirksam ist; dies gilt z. B. für Patienten mit schwerer chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung oder mit schwerer chronischer Schizophrenie, die weitgehend resistent gegen pharmakologische Standardbehandlungen ist. Eine ähnliche Anzahl von Patienten der Gruppe B hat ein Gesundheitsnutzenniveau von .60, weil sie eine wesentlich weniger schwerwiegende Krankheit haben, aber da die Behandlung von

So zum Beispiel Patienten mit Asthma oder mit mildereren Formen von Lungenkrankheiten oder Schizophrenie, die ohne Behandlung weniger behindert sind und besser auf eine Behandlung ansprechen. Sollten wir der Behandlung der Gruppe B den Vorzug geben, weil dies bei gleichen Kosten einen um 50 % höheren Gesamtnutzen für die Gesundheit mit sich bringen würde, wie es der CEA-Standard impliziert, oder sollten wir die Gruppe A behandeln, die am kränksten ist? In einigen empirischen Studien ziehen es sowohl normale Menschen als auch Angehörige der Gesundheitsberufe vor, einen gewissen Gesamtnutzen für die Gesundheit zu opfern, um die kränksten Patienten zu behandeln, obwohl das Ausmaß des Opfers, das sie zu bringen bereit sind, variiert und statistisch nicht zuverlässig ist (Nord, 1993, S. 227-238).

Eine Schwierigkeit, die sich aus dieser Frage ergibt, ist die Frage, welches Gewicht diesem besonderen Aspekt der Gerechtigkeit - der Sorge um die am schlechtesten Gestellten - beizumessen ist. Praktisch niemand würde es vorziehen, die Kranken zu behandeln, egal wie kostspielig ihre Behandlung ist und wie gering der Nutzen für sie ist, und egal wie vorteilhaft und kostengünstig die Behandlung der weniger Kranken sein könnte. Es scheint jedoch keine objektive, prinzipielle Grundlage zu geben, um zu bestimmen, wie viel Vorrang den Kranken eingeräumt werden soll, d. h. wie viel Gesamtnutzen für die Gesundheit geopfert werden sollte, um die Kranken zu behandeln oder ihnen Vorrang zu geben. Stattdessen kann man höchstens sagen, dass die meisten Menschen und viele Theorien der Verteilungsgerechtigkeit sowohl die Maximierung des Gesamtnutzens mit knappen Gesundheitsressourcen als auch die Hilfe für die am schlechtesten gestellten oder kränksten Menschen im Auge haben, aber es gibt eine große Bandbreite an Unbestimmtheit in Bezug auf die richtige Abwägung zwischen diesen beiden Anliegen, wenn sie in Konflikt miteinander stehen.

Eine Frage beim Verständnis dieser Sorge um die am schlechtesten Gestellten, die für die Prioritäten in der Gesundheitsfürsorge wichtig ist, ist, ob man sich darauf konzentrieren sollte, wer zu einem bestimmten Zeitpunkt am schlechtesten gestellt ist, oder stattdessen über einen längeren Zeitraum, z. B. ein Leben lang. Bei der Wahl zwischen Patienten, die eine knappe Ressource erhalten sollen, wie z. B. bei der Organtransplantation, ist es oft plausibel, sich auf das lebenslange Wohlbefinden zu konzentrieren, da wir sonst möglicherweise dem Patienten den Vorrang geben, der zum Zeitpunkt der Verteilungsentscheidung am schlechtesten dran ist, dessen lebenslanges Wohlbefinden aber weitaus höher ist als das des anderen Patienten. Frances Kamm hat in diesem Zusammenhang einen Begriff der Bedürftigkeit verteidigt, demzufolge der bedürftigste Patient derjenige ist, dessen Leben sich am schlechtesten entwickelt, wenn er oder sie die knappe Ressource, z. B. eine Organtransplantation, nicht erhält (Kamm, 1993, Kap. 8). Einige Begründungen für die Bevorzugung der am schlechtesten gestellten Patienten können jedoch dafür sprechen, sich hier und jetzt auf die kränksten Patienten zu konzentrieren.

Welche ethischen Rechtfertigungen gibt es für die Bevorzugung der Ärmsten? Ich kann hier nur zwei Möglichkeiten nennen. Die eine ist, dass wir den am schlechtesten Gestellten Vorrang einräumen müssen, um zu vermeiden, dass die bereits ungerechtfertigte Benachteiligung oder Ungleichheit, die sie im

Vergleich zu den besser Gestellten erleiden, noch verstärkt wird. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Sorge um die Ärmsten nicht immer gleichbedeutend ist mit der Sorge um die Gleichheit der Ergebnisse. Im obigen Beispiel der Gruppen A und B könnte Gleichheit durch das erreicht werden, was Derek Parfit als "leveling down" bezeichnet hat, d. h. durch die Angleichung des Gesundheitsnutzens von B

auf das Niveau von A zu senken, anstatt das Niveau von A auf das von B anzuheben (Parfit, 1991). Wenn Gleichheit hier gleichbedeutend ist mit Ergebnisgleichheit, dann würde es, wenn es nicht möglich wäre, das Niveau von A durch eine Behandlung über 0,40 zu heben, für die Gleichheit sprechen, Gruppe B nicht zu behandeln und ihren Zustand so lange verschlechtern zu lassen, bis er das niedrigere Niveau von Gruppe A erreicht. Eine andere Rechtfertigung für den Vorrang der Behandlung der Kranken, die von einigen Teilnehmern an Nords Untersuchung vorgebracht wurde, besteht darin, dass es für die Kranken subjektiv wichtiger wäre, eine Behandlung zu erhalten, selbst wenn der gesundheitliche Nutzen, den sie aus der Behandlung ziehen, geringer ist als derjenige, der den weniger Kranken zugute käme; diese Rechtfertigung könnte dafür sprechen, sich darauf zu konzentrieren, wer zu dem Zeitpunkt, zu dem die Entscheidung über die zu behandelnde Person getroffen wird, am schlechtesten dran ist, und nicht darauf, wessen Wohlbefinden auf Lebenszeit am geringsten sein wird (Nord, 1993, 227-238).

Ein weiterer Punkt, der die Priorität für die Ärmsten betrifft, sollte erwähnt werden. Im Zusammenhang mit der Priorisierung von Gesundheitsressourcen in der Gesundheitspolitik liegt es nahe, die am schlechtesten Gestellten als die Kranken zu verstehen. Dies ist jedoch nicht immer richtig. Auf der grundlegendsten ethischen Ebene unserer allgemeinen Theorien der Gleichheit und Verteilungsgerechtigkeit sollte unsere Sorge denjenigen gelten, die insgesamt oder alles in allem am schlechtesten dran sind, und das werden nicht immer die Kranken sein. Man könnte argumentieren, dass die Bevorzugung der am schlechtesten Gestellten bei der Priorisierung von Gesundheitsressourcen manchmal erfordert, denjenigen mit dem geringsten Gesamtwohlbefinden den Vorrang zu geben, selbst auf Kosten der insgesamt erbrachten Gesundheitsleistungen *und* auf Kosten der Nichtbehandlung kranker Personen, deren Gesamtwohlbefinden viel höher ist. Eine Bevorzugung von Gesundheitsmaßnahmen, die das Wohlbefinden derjenigen steigern, die in Bezug auf das Gesamtwohlbefinden am schlechtesten dastehen, anstatt den Kranken Vorrang einzuräumen, könnte gerechtfertigt sein, um die ungerechtfertigte Benachteiligung derjenigen mit dem niedrigsten Gesamtwohlbefinden nicht zu verstärken. Wenn stattdessen bei der Priorisierung von Gesundheitsressourcen der Vorrang für die am schlechtesten Gestellten nur auf den Gesundheitszustand und damit auf die Krankesten konzentriert werden soll, ist eine Rechtfertigung für diesen eingeschränkten Fokus erforderlich.

VII. SIEBTE FRAGE: WANN SOLLTEN KLEINE VORTEILE FÜR EINE GROSSE ANZAHL VON PERSONEN VORRANG VOR GROSSEN HABEN?

VORTEILE FÜR EINE KLEINE ANZAHL VON PERSONEN?

Kosteneffizienz und utilitaristische Standards erfordern die Minimierung der Gesamtbelastung durch Krankheit und die Maximierung der Gesamtgesundheit einer Bevölkerung ohne Rücksicht auf die daraus resultierende Verteilung von Krankheit und Gesundheit oder darauf, *wer* welchen Nutzen hat. Die Frage nach der Priorität für die am schlechtesten

Gestellten konzentriert sich darauf, wer die Vorteile erhält. Eine andere Frage ist, *welche* Vorteile die einzelnen Personen erhalten. Einige

würden argumentieren, dass der Nutzen für die Gesundheit oft qualitativ unterschiedlich ist und daher nicht alle auf einer einzigen Skala wie dem HUI oder wiederum mit einem einzigen Maß wie QALYs verglichen werden können, aber das ist jetzt nicht das Thema, um das es geht. In seiner allgemeinsten Form geht es bei der Frage der Aggregation darum, ob und welche ethischen Grenzen für die Aggregation unterschiedlich großer Nutzen für verschiedene Personen beim Vergleich und der Priorisierung verschiedener Gesundheitsinterventionen bestehen. Es gibt viele Formen, in denen diese Frage auftauchen kann, die hier nicht weiter verfolgt werden können (Kamm, 1993, Teil II), aber die Version, die die meiste Aufmerksamkeit erhalten hat und die Daniels das Aggregationsproblem genannt hat, ist die Frage, wann, wenn überhaupt, ein großer Nutzen für einige wenige Personen Vorrang vor einem größeren Gesamtnutzen für eine andere und viel größere Gruppe von Personen haben sollte, von denen jede nur einen kleinen Nutzen erhält. Diese Frage stellt sich, wenn eine für die Betroffenen sehr schwerwiegende Krankheit oder ein schwerwiegender Zustand, dessen Vorbeugung oder Behandlung sehr kostspielig ist, mit einer viel häufiger auftretenden Krankheit oder einem weit verbreiteten Zustand verglichen wird, die bzw. der für jeden einzelnen Betroffenen nur sehr geringe Auswirkungen hat und deren Behandlung oder Vorbeugung für jeden Einzelnen sehr kostengünstig ist. Bei Anwendung von Kosteneffizienz- oder Nützlichkeitsmaßstäben wird die Vorbeugung oder Behandlung der sehr verbreiteten, aber wenig wirksamen Krankheit oder des Zustands bei gegebenen Kosten eine höhere Priorität erhalten, wenn dadurch ein größerer Gesamtnutzen erzielt wird, als wenn die gleichen Mittel für die Behandlung oder Vorbeugung der Krankheit oder des Zustands verwendet werden, der sehr große Auswirkungen auf jeden einzelnen Betroffenen hat. Das Beispiel, das in den Vereinigten Staaten große Aufmerksamkeit erregt hat, entstand im Rahmen des Medicaid-Priorisierungsprozesses in Oregon, wo die Überkappung von Zähnen bei freiliegendem Zahnmark knapp vor einer Blinddarmoperation bei akuter Blinddarmentzündung, einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung, eingestuft wurde. Da eine Blinddarmoperation etwa 150 Mal so teuer ist wie die Überkappung eines Zahns bei freiliegendem Zahnmark, wurde der Gesamtnutzen der Überkappung eines Zahns für 150 Patienten als größer eingeschätzt als der Nutzen einer Blinddarmoperation für einen Patienten. Da die Entscheidungen über die Kostenübernahme durch Medicaid auf der Grundlage der Liste der nach ihrer relativen Kosteneffizienz geordneten Behandlungs-/Krankheitspaare zu treffen waren, hätte es je nach der Gesamthöhe der dem Medicaid-Programm zur Verfügung stehenden Mittel dazu kommen können, dass die Überkappung von Zähnen übernommen worden wäre, Blinddarmoperationen jedoch nicht.

Dieses Ergebnis und andere weniger extreme Fälle wie dieses waren für die meisten Menschen höchst kontraintuitiv und inakzeptabel, da ihre intuitive Einstufung der relativen Wichtigkeit oder Priorität von Gesundheitsmaßnahmen auf Eins-zu-Eins-Vergleichen beruht, z. B. ein überkappter Zahn im Gegensatz zu einer durchgeführten Blinddarmoperation. Angesichts dieser Ergebnisse änderte Oregon seine Priorisierungsmethodik grundlegend und gab den Standard der Kosteneffektivität zugunsten eines Standards auf, der die Kostenunterschiede nicht berücksichtigt. Dabei handelte es sich nicht um ein geringfügiges Problem, das ein

Herumbasteln an den Rändern des CEA-Standards erforderte, sondern um eine grundsätzliche Infragestellung des Standards, die eine grundlegende Überarbeitung desselben erforderlich machte.

Es ist jedoch keineswegs klar, dass eine solche Zusammenlegung ethisch nicht gerechtfertigt werden kann. In dem Fall, der den Anstoß für die Überarbeitung des Medicaid-Programms von Oregon gab, ging es um einen 12-jährigen Jungen, der eine Knochenmarktransplantation als einzige Chance zur Rettung seines Lebens benötigte. Oregon verweigerte die Kostenübernahme im Rahmen seines Medicaid-Programms mit der Begründung, dass es mit seinen begrenzten Mitteln einen größeren Nutzen erzielen könnte, wenn es die pränatale Versorgung schwangerer Frauen verbessern würde, wobei in diesem Fall ein kleiner Nutzen für viele Vorrang vor einem potenziell viel größeren Nutzen für einige wenige hatte. Darüber hinaus scheinen viele politische Entscheidungen kleinen Vorteilen für viele Vorrang vor lebensrettenden Vorteilen für einige wenige zu geben; beispielsweise unterstützen die Regierungen in den Vereinigten Staaten öffentliche Parks, die von Zehn- oder Hunderttausenden von Menschen genutzt werden, während sie die Mittel für öffentliche Krankenhäuser kürzen, was zu einem recht vorhersehbaren Verlust von Menschenleben führt.

Der Kosteneffizienz- oder Nützlichkeitsstandard, der eine unbegrenzte Aggregation der Vorteile zulässt, könnte verteidigt werden, indem zwischen dem klinischen Kontext, in dem Ärzte einzelne Patienten behandeln, und dem Kontext der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitspolitik unterschieden wird, in dem Entscheidungen über die Zuteilung von Gesundheitsressourcen getroffen werden, die verschiedene Gruppen der Bevölkerung betreffen. Im klinischen Kontext werden Ärzte, die gezwungen sind, zwischen einzelnen Patienten Prioritäten zu setzen, in der Regel zuerst den Patienten behandeln, der ohne Behandlung die schwerwiegenderen Folgen erleidet oder der am meisten von einer Behandlung profitiert, selbst wenn dadurch die Behandlung einer größeren Anzahl weniger schwer kranker Patienten verhindert wird. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit oder der Gesundheitspolitik könnte man jedoch argumentieren, dass die potenziellen Gesamt- oder Aggregatwirkungen alternativer Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung die angemessene Perspektive ist. Die Erfahrungen in Oregon machen jedoch deutlich, dass es selbst bei der Zuweisung öffentlicher Mittel für Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung ethisch umstritten ist, ob es gerechtfertigt ist, immer dem größtmöglichen Gesamtnutzen den Vorrang zu geben, selbst wenn dies dadurch geschieht, dass vielen Menschen ein geringer Nutzen auf Kosten des Verzichts auf einen großen Nutzen für einige wenige gewährt wird.

Wie bei der Frage, welche Priorität den am schlechtesten Gestellten eingeräumt werden soll, besteht ein Teil der Komplexität des Aggregationsproblems darin, dass für die meisten Menschen einige, aber nicht alle Fälle der Aggregation ethisch akzeptabel und gerecht sind. Das theoretische Problem besteht also darin, eine prinzipielle Erklärung dafür zu entwickeln, wann und aus welchen Gründen die verschiedenen Formen der Aggregation den Anforderungen der Gerechtigkeit genügen und wann nicht (Kamm, 1993). In dieser Frage gibt es weder unter normalen Menschen noch in der gesundheitspolitischen, ethischen und politisch-philosophischen Literatur einen Konsens. Wie bei dem Problem des Vorrangs für die am schlechtesten Gestellten wurde die Komplexität dieser Frage in der Bioethik und der moralischen und politischen Philosophie relativ wenig beachtet, und es gibt noch viel schwierige, aber wichtige Arbeit zu tun.

VIII. DAS ACHTE THEMA: DER KONFLIKT ZWISCHEN FAIREN CHANCEN UND BESTEN ERGEBNISSEN.

Das dritte ethische Problem bei der Verwendung von CEA für die Nutzung von Gesundheitsressourcen, das ich hier erwähnen möchte, wurde als Konflikt zwischen fairen Chancen und besten Ergebnissen charakterisiert (Daniels, 1993, S. 224-233). Dieser Konflikt ist am dringlichsten, wenn die Gesundheitsintervention lebensrettend ist und nicht alle Menschen, deren Leben bedroht ist, gerettet werden können, aber er tritt auch dann auf, wenn nur die Gesundheit und das Wohlbefinden des Einzelnen bedroht sind. Im Kontext der Gesundheitsfürsorge wurde dieses Problem zum ersten Mal bei Organtransplantationen beachtet, wo es einen Mangel an lebensrettenden Organen wie Herzen und Lungen gibt, was jedes Jahr zum Tod von Tausenden von Patienten führt, die auf der Warteliste für ein Transplantationsorgan stehen; ein abstraktes Beispiel aus dem Bereich der Transplantation kann das Problem am deutlichsten und prägnantesten illustrieren (Brock, 1988).

Angenommen, zwei Patienten benötigen jeweils eine Herztransplantation, um den drohenden Tod zu verhindern, aber es steht nur ein Herz für die Transplantation zur Verfügung. Patient A hat eine Lebenserwartung mit einer Transplantation von zehn Jahren und Patient B eine Lebenserwartung mit einer Transplantation von neun Jahren (genaue Schätzungen dieser Art sind natürlich nicht möglich, aber der Punkt ist, dass es einen kleinen Unterschied im erwarteten Nutzen gibt, je nachdem, welcher Patient das knappe Organ erhält), ohne dass es einen Unterschied in der erwarteten Lebensqualität gibt. Die Maximierung des gesundheitlichen Nutzens oder der QALYs, wie es die CEA-Norm verlangt, spricht dafür, Patient A das Organ zu geben, aber Patientin B könnte argumentieren, dass es unfair ist, ihr keine Chance zu geben, das knappe Herz zu erhalten. Genauso wie A braucht sie das Herztransplantat für ihr Leben und wird alles, d. h. ihr Leben, verlieren, wenn sie es nicht erhält. B könnte argumentieren, dass es ungerecht ist, A das Organ zu geben, weil der recht geringe Zuwachs an erwartetem Nutzen zu gering ist, um gerecht zu entscheiden, wer lebt und wer stirbt. Stattdessen, so argumentiert sie, sollte jeder von ihnen eine faire Chance erhalten, das Organ zu bekommen und seine gesundheitlichen Bedürfnisse zu befriedigen; in diesem Fall könnte dies dadurch geschehen, dass jeder von ihnen die gleiche Chance erhält, das Transplantat zu bekommen, und zwar durch eine Art Zufallsauswahl zwischen ihnen, oder durch eine gewichtete Lotterie, die dem Patienten, der mehr davon profitieren würde, eine größere Wahrscheinlichkeit gibt, das Organ zu bekommen, aber dem Patienten, der weniger davon profitieren würde, immer noch eine signifikante Chance gibt, es stattdessen zu bekommen (Broome, 1984, S. 38-55; Kamm, 1993, Teil III; Brock, 1988).

Die meisten Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen ergeben sich nicht aus der physischen Knappheit der benötigten Gesundheitsressource, wie bei der Organtransplantation, sondern aus wirtschaftlicher Knappheit, d. h. aus der Begrenzung des Geldes, das die Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung aufwendet. Stellt sich die Frage der Gerechtigkeit bei Entscheidungen über die Priorisierung und Zuteilung von Gesundheitsressourcen, die durch wirtschaftliche Knappheit erzwungen

werden? Zwei Überlegungen werden die Wucht des ethischen Konflikts zwischen fairen Chancen und bestmöglichen Ergebnissen oft abmildern. Erstens ist die Zuteilung von Ressourcen in der Gesundheitsversorgung in der Regel keine Alles-oder-Nichts-Entscheidung, wie im Fall der Auswahl von Empfängern für knappe Organe, sondern eine Frage der relativen

Priorität für die Finanzierung verschiedener Gesundheitsprogramme oder Interventionen. Die Tatsache, dass ein Gesundheitsprogramm A gegenüber einem konkurrierenden Programm B einen geringeren Gesamtnutzen für die Gesundheit verspricht, muss nicht bedeuten, dass A vollständig finanziert wird und B keine Mittel erhält, sondern nur, dass A eine höhere Priorität bei der Finanzierung oder ein höheres Finanzierungsniveau als B erhalten sollte. Personen mit der Krankheit oder dem Leiden, die bzw. das von A behandelt wird, haben eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, erfolgreich behandelt zu werden, als diejenigen, die die Krankheit oder das Leiden haben, die bzw. das von B behandelt wird; im Falle der Prävention haben diejenigen, die von A gefährdet sind, eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Prävention als diejenigen, die von B gefährdet sind. Bei signifikanter Ressourcenknappheit bedeutet dies einen gewissen Verzicht auf den gesamten Gesundheitsnutzen, der durch die Bevorzugung der kostengünstigeren Alternative hätte erzielt werden können. Dies bedeutet jedoch, dass Personen, die von B versorgt werden, sich nicht darüber beschweren können, dass der geringe Unterschied im erwarteten Nutzen zwischen den Programmen A und B sie in unfairer Weise daran hindert, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse zu befriedigen. Stattdessen muss der geringe Unterschied im erwarteten Nutzen zwischen den Programmen A und B nur zu einem vergleichsweise geringen Unterschied in den für A und B bereitgestellten Ressourcen führen; es ist nicht offensichtlich, dass dies gegenüber den von B versorgten Patienten ungerecht ist, deren Bedürfnisse aufgrund der geringeren Priorität und der geringeren Finanzierung von B etwas weniger gut erfüllt werden als die der Patienten in Programm A.

Die zweite Überlegung, die den durch wirtschaftliche Knappheit erzwungenen Konflikt zwischen fairen Chancen und besten Ergebnissen bei Priorisierung von Gesundheitsressourcen etwas entschärfen kann, ist die Tatsache, dass die zu behandelnden oder zu verhindernden Krankheiten und Gesundheitsprobleme oft, wahrscheinlich sogar meistens, nicht direkt lebensbedrohlich sind, sondern sich nur auf die Lebensqualität des Einzelnen auswirken, und dies oft nur für einen begrenzten Zeitraum. In diesen Fällen ist der Unterschied im gesundheitlichen Nutzen zwischen Personen, die eine notwendige Gesundheitsmaßnahme erhalten, die eine höhere Priorität hat, und Personen, die keine notwendige Gesundheitsmaßnahme erhalten, weil ihr Zustand eine niedrigere Priorität hat, viel geringer, so dass die Ungerechtigkeit wohl weniger zwingend ist.

Diese beiden Überlegungen können den Konflikt zwischen fairen Chancen und besten Ergebnissen bei Priorisierungsentscheidungen über Gesundheitsmaßnahmen, die durch wirtschaftliche Knappheit erzwungen werden, zwar abmildern, aber nicht vollständig vermeiden. Wenn ein kosteneffektiveres Gesundheitsprogramm für eine Bevölkerungsgruppe anstelle eines anderen, weniger kosteneffektiven Gesundheitsprogramms für eine andere Bevölkerungsgruppe entwickelt wird, werden sich Personen, denen das zweite Programm geholfen hätte, darüber beschweren, dass sie keine faire Chance hatten, ihre Bedürfnisse zu befriedigen, nur weil das erste Programm einen geringen Nutzen bringt. Der Konflikt zwischen fairen Chancen und bestem Ergebnis wird bei der Priorisierung von Gesundheitsmaßnahmen in der Gesundheitspolitik auftreten; wie dieser Konflikt gerecht gelöst werden kann, ist komplex, umstritten und unklar.

IX. NEUNTE FRAGE: DISKRIMINIERT DER CEA BEI DER FESTLEGUNG VON PRIORITÄTEN FÜR DIE GESUNDHEITSPFLEGE BEHINDERTE MENSCHEN ZU UNRECHT?

In verschiedenen Kontexten führt die Anwendung der CEA zur Festlegung von Prioritäten in der Gesundheitsversorgung dazu, dass sowohl lebensverlängernde als auch lebensqualitätsverbessernde Behandlungen für behinderte Menschen eine geringere Priorität erhalten als für nicht behinderte Menschen mit demselben Gesundheitsversorgungsbedarf (Brock, 1995, S. 159-184; 2000, S. 223-235). Hier sind fünf solcher Zusammenhänge. Erstens: Da bereits behinderte Personen aufgrund ihrer Behinderung einen niedrigeren HRQL haben als nicht behinderte Personen, führt eine Behandlung, die ihr Leben um eine bestimmte Anzahl von Jahren verlängert, zu weniger QALYs als die gleiche Behandlung, die das Leben einer nicht behinderten Person um die gleiche Anzahl von Jahren verlängert. Zweitens, wenn zwei Gruppen von Patienten mit demselben HRQL denselben Bedarf an einer lebenserhaltenden oder die Lebensqualität verbessernden Behandlung haben, aber eine von ihnen ihre normale Funktion wiedererlangt und die andere mit einer daraus resultierenden Behinderung zurückbleibt, werden mehr QALYs durch die Behandlung der ersten Gruppe erzielt. Drittens haben Menschen mit Behinderungen aufgrund ihrer Behinderung oft eine geringere Lebenserwartung als vergleichbare nicht behinderte Menschen. Infolgedessen werden Behandlungen, die den Verlust des Lebens verhindern oder die Lebensqualität verbessern, weniger QALYs erzeugen, wenn sie behinderten Menschen verabreicht werden als nicht behinderten Menschen mit demselben Gesundheitsversorgungsbedarf. Viertens wirken Behinderungen häufig als Begleiterkrankungen, so dass eine Behandlung für Behinderte weniger QALYs erbringt als für Nichtbehinderte mit demselben Gesundheitsversorgungsbedarf. Fünftens kann das Vorhandensein einer Behinderung die Behandlung von behinderten Menschen schwieriger und damit kostspieliger machen als die Behandlung von nicht behinderten Menschen mit denselben Gesundheitsbedürfnissen; das Ergebnis ist ein niedrigeres Kosten-Nutzen-Verhältnis für die Behandlung von behinderten Menschen.

In jedem der fünf oben genannten Fälle haben behinderte Menschen den gleichen Bedarf an medizinischer Versorgung und Gesundheitsfürsorge wie nicht behinderte Menschen und somit den gleichen Anspruch auf eine Behandlung auf der Grundlage ihrer Bedürfnisse. Die Behandlung einer behinderten Person führt jedoch aufgrund ihrer *Behinderung* zu einem geringeren Nutzen, d. h. zu weniger QALYs, als die Behandlung einer nicht behinderten Person. Ihre Behinderung ist also der Grund dafür, dass sie bei der Behandlung eine geringere Priorität erhalten. Damit wird den Gesundheitsbedürfnissen behinderter Menschen zumindest nicht die gleiche moralische Bedeutung beigemessen und sie werden aufgrund ihrer Behinderung ungerechtfertigt diskriminiert. Tatsächlich lehnte der Minister für Gesundheit und menschliche Dienste der Vereinigten Staaten, Louis Sullivan, den ursprünglichen Antrag Oregons auf eine Ausnahmegenehmigung von den Bundesvorschriften für die vorgeschlagenen Überarbeitungen seines Medicaid-Plans mit der Begründung ab, dass Oregons Methode der Priorisierung von Leistungen gegen das Gesetz für Menschen mit

Behinderungen (Americans with Disabilities Act - ADA) verstoße.² Sullivan zitierte einige der fünf Arten von Fällen, die ich oben erwähnt habe, um diesen Standpunkt zu untermauern, und Oregon nahm seinerseits im Wesentlichen Ad-hoc-Änderungen in seiner Rangfolge vor, um die vermeintliche Verletzung des ADA zu vermeiden.

Behinderte Menschen machen geltend, dass in Fällen wie dem ersten, den ich oben zitiert habe und in dem es um eine lebensrettende Behandlung geht, die Anwendung von CEA zur Priorisierung der Gesundheitsversorgung bedeutet, dass die Rettung ihres Lebens und damit ihr Leben selbst weniger Wert hat als

das Leben nicht behinderter Menschen. Sie empfinden diese Implikation von CEA ganz offensichtlich als bedrohlich und ungerecht. Es gibt Mittel und Wege, diese Probleme der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden, aber sie erfordern die Aufgabe grundlegender Merkmale von CEAs. Eine Antwort auf den ersten oben zitierten Fall wäre zum Beispiel, ein Jahr Lebensverlängerung gleichwertig zu behandeln, unabhängig von der Qualität dieses Lebens, solange es für die Person akzeptabel ist, deren Leben es ist (Kamm, 1993, Teil I). Aber auch das hat problematische Implikationen, da zum Beispiel ein kleiner Prozentsatz von Personen in Umfragen angibt, dass sie ihr Leben erhalten wollen, selbst wenn sie sich in einem anhaltenden vegetativen Zustand befinden. Ich kann diese Fragen hier nicht weiter verfolgen, aber ich glaube, dass das Problem, ob CEA Behinderte ungerechtfertigt diskriminiert, eine tiefgreifende und ungelöste Schwierigkeit für die Verwendung von CEA und QALYs zur Priorisierung der Gesundheitsversorgung darstellt.

Die oben genannten sechsten, siebten und achten Punkte werfen alle mögliche Kritik am Maximierungsstandard der CEA auf; in jedem Fall wird behauptet, dass Gerechtigkeit die Beachtung der Verteilung von Gesundheitsnutzen und -kosten auf verschiedene Personen erfordert. Unbeirrbar Utilitaristen oder Konsequentialisten werden die Kritik zurückweisen und an der Maximierungsnorm festhalten. Die meisten Menschen werden jedoch eine gewisse Abweichung vom Maximierungsstandard der CEA akzeptieren; es gibt zwei allgemeine Strategien, wie man dies tun kann. Die erste und wahrscheinlich gebräuchlichste Strategie besteht darin, die CEA als Hilfsmittel für politische Entscheidungsträger vorzuschlagen, die Prioritäten setzen und Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen treffen müssen, diese politischen Entscheidungsträger dann aber daran zu erinnern, dass sie bei ihrer Entscheidungsfindung auch diese Gerechtigkeitsüberlegungen berücksichtigen müssen; dies kann, wird aber in der Regel nicht von einigen Hinweisen auf alternative inhaltliche Positionen und Begründungen zu den Gerechtigkeitsfragen begleitet. Darüber hinaus werden bei der Verwendung von CEA in der Gesundheitspolitik und bei der Bewertung von Gesundheitsprogrammen die drei letztgenannten Gerechtigkeitsaspekte nicht angesprochen, z. B. bei der CEA von alternativen Behandlungen, die für eine Gruppe von Patienten mit einer bestimmten Erkrankung gleichartige, aber unterschiedliche Vorteile haben. Und außerhalb einer CEA können entweder QALYs oder DALYs für die Bewertung alternativer Interventionen oder für die Beobachtung von Veränderungen des Gesundheitszustands oder der Krankheitslast in einer bestimmten Gruppe oder Population im Zeitverlauf verwendet werden.

Die zweite Strategie, mit der auf Gerechtigkeitsbedenken reagiert werden soll, besteht darin, ein quantitatives Instrument zu entwickeln, mit dem das spezifische Gewicht gemessen werden kann, das die Menschen den verschiedenen Gerechtigkeitsbedenken beim Vergleich von Maßnahmen beimessen, die Fragen der Verteilungsgerechtigkeit aufwerfen, weil sie verschiedenen Personen dienen oder Personen unterschiedlich zugute kommen. Das bekannteste und vielversprechendste Beispiel ist der "Person Trade-off"-Ansatz, bei dem die Menschen ausdrücklich gefragt werden, wie viele Ergebnisse einer Art sie im Hinblick auf den sozialen Wert als gleichwertig mit X Ergebnissen einer anderen Art ansehen, wobei die

Ergebnisse für verschiedene Gruppen von Individuen gelten (Nord, 1999). So können die Menschen, wie in unserem früheren Beispiel, gebeten werden, die Behandlung A für sehr schwer kranke Patienten, die ohne Behandlung einen Wert von 0,25 auf dem HUI haben und mit Behandlung nur auf 0,45 angehoben werden können, mit der Behandlung B für weniger schwer kranke Patienten zu vergleichen

die einen Wert von 0,60 haben und mit einer Behandlung auf 0,90 gebracht werden können; detaillierte Beispiele machen die Vergleiche verständlicher. Die Befragten werden dann gefragt, wie viele Patienten, die mit A behandelt werden, vom sozialen Wert her gleichwertig wären mit der Behandlung von 100 Patienten mit B. Die Antworten auf Fragen dieser Art sagen uns in quantitativer Hinsicht, welche Bedeutung die Menschen der Behandlung der kränksten Patienten beimessen, wenn dies mit der Maximierung des gesamten Gesundheitsnutzens in Konflikt steht.

Der Personenkompromiss-Ansatz soll es den Menschen ermöglichen, die Belange der Gleichheit oder Verteilungsgerechtigkeit in ihr Urteil über den sozialen Wert alternativer Gesundheitsprogramme einzubeziehen. Im Vergleich zu den zahlreichen methodischen Arbeiten und Studien zu aggregierten QALYs und CEAs wurde diese Methodik bei der Bewertung des Gesundheitswesens bisher relativ wenig erforscht und eingesetzt, zum Teil deshalb, weil viele Analytiker der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomien davon ausgehen, dass der soziale Wert von Gesundheitsprogrammen die Summe der durch das Programm erzeugten individuellen Nutzen ist, und dies oft mit wenig oder gar keinem Argument. Wie ich in der Einleitung des Papiers erwähnt habe, ist das frühe Stadium, in dem wir uns bei der Entwicklung und Anwendung des Personen-Trade-off-Ansatzes befinden, ein Grund für die derzeitige Vorsicht bei der Verwendung dieses Ansatzes zur Klärung von Fragen der Gerechtigkeit bei der Priorisierung von Gesundheitsressourcen. Während die utilitaristische Annahme in der CEA in den meisten philosophischen Arbeiten über Verteilungsgerechtigkeit sowie in den Präferenzen, die die meisten normalen Menschen für verschiedene Gesundheitsergebnisse und -programme zum Ausdruck bringen, abgelehnt wird, habe ich in der Einleitung auch einen zweiten, wichtigeren Grund für die Vorsicht bei der Einbringung von Überlegungen zur Gerechtigkeit in die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung durch eine quantitative Methodik wie die Person-Trade-off-Methode angemerkt: Die Fragen der Verteilungsgerechtigkeit, die durch eine gerechte Priorisierung von Gesundheitsressourcen angegangen werden müssen, stellen tiefe und seit langem bestehende Spaltungen in der moralischen und politischen Philosophie dar, über die es derzeit keinen annähernden Konsens gibt und vielleicht auch nie geben wird. Es gibt gute Argumente dafür, auch wenn ich sie hier nicht weiter ausführen kann, dass wichtige Wertkonflikte über Gerechtigkeit dieser Art in öffentlichen, demokratischen politischen Prozessen oder in fairen, partizipatorischen und rechenschaftspflichtigen Verfahren innerhalb privater Institutionen wie Managed-Care-Organisationen behandelt werden sollten (Daniels und Sabin, 1997, S. 303-350). Die Person-Trade-off-Methode kann ein nützliches Hilfsmittel für diese deliberativen Entscheidungsfindungsprozesse sein, indem sie den Ansichten verschiedener Menschen über die Gerechtigkeit bei der Priorisierung von Gesundheitsressourcen und bei Trade-offs mehr Struktur und Präzision verleiht, aber sie ist kein Ersatz für diese Deliberation. Trotz dieser kurz angemerkten Vorbehalte möchte ich betonen, dass für die Zwecke der Ressourcenpriorisierung und -allokation der Personen-Trade-off-Ansatz im Vergleich zur CEA die richtige Perspektive ist, weil er korrekt widerspiegelt, dass es bei den Entscheidungen typischerweise darum geht, wie Gesundheitsleistungen und -kosten auf verschiedene

Individuen verteilt werden.

X. SCHLUSSFOLGERUNG

Ich habe oben neun verschiedene Fragen zu Gerechtigkeit und Gleichheit unterschieden, die sich bei der Erstellung und Verwendung von Kostenwirksamkeitsanalysen zur Minimierung der Krankheitslast und zur Maximierung der Gesundheitsergebnisse stellen. In jedem Fall ist die Sorge um die Gerechtigkeit meiner Meinung nach berechtigt und rechtfertigt einige Einschränkungen für das Ziel einer uneingeschränkten Maximierung der Gesundheitsergebnisse. Es war hier nicht genug Platz, um alle diese neun Fragen zur Gleichheit und Gerechtigkeit ausführlich zu erörtern, denn jede ist komplex, umstritten und wichtig. In jedem Fall habe ich darauf hingewiesen, dass bei der Entwicklung und Anwendung der Messgrößen wichtige ethische und wertebezogene Entscheidungen zu treffen sind, und zwar nicht nur technische, empirische oder wirtschaftliche, sondern auch moralische und wertebezogene Entscheidungen. Jede dieser Entscheidungen muss von den Entscheidungsträgern in der Gesundheitspolitik, die CEA verwenden, ausdrücklich berücksichtigt werden. In einigen wenigen Fällen habe ich meine eigene Auffassung darüber dargelegt, wie der potenzielle Konflikt zwischen Gerechtigkeit und Nutzenmaximierung gelöst werden könnte, aber in anderen Fällen habe ich einfach kurz einige Argumente dafür zusammengefasst, dem besonderen Anliegen der Gerechtigkeit ein gewisses Gewicht zu geben, wenn es mit der Nutzenmaximierung in Konflikt steht. Bei einigen dieser Fragen befinden sich die Literatur und die Forschung noch in einem relativ frühen Stadium, und man kann nicht sicher sein, wie die Fragen gelöst werden sollten oder auch nur, wie viele plausible Positionen und Begründungen es dazu gibt. Dies ist jedoch kein Grund, die Fragen zu ignorieren, sondern sich mit ihnen zu befassen und dafür zu sorgen, dass sie bei Entscheidungen über die Priorisierung und Zuweisung von Gesundheitsressourcen ausdrücklich berücksichtigt und erwogen werden.

*Fachbereich Philosophie
Brown University
Providence, RI 02912, U.S.A.*

ANMERKUNGEN

1. Dieses Papier stützt sich stark auf meine "Considerations of Equity in Relation to Prioritization and Allocation of Health Care Resources", in *Ethics, Equity and Health for All*, eds Z. Bankowski, J.H. Bryant and J. Gallagher (Genf: CIOMS, 1997) und "Ethical Issues in the Development of Summary Measures of Population Health States" in *Summ'irizing Population Health. Directions for the Development and Application of Population Metrics* (Washington DC: National Academy Press, 1998).
2. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit sollten weit gefasst werden und gehen insbesondere weit über die Gesundheitsversorgung hinaus. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass andere Faktoren wie verbesserte sanitäre Einrichtungen und wirtschaftliche Bedingungen mehr zu den Gesundheitsgewinnen des letzten Jahrhunderts beigetragen haben als die Gesundheitsversorgung. In diesem Papier werde ich mich jedoch weitgehend auf Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung beschränken.
3. Unveröffentlichtes Schreiben des Gesundheitsministers Louis Sullivan an die Gouverneurin von Oregon, Barbara Roberts, 3. August 1992.

REFERENZEN

- Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B., und Gibson, B.S.: 1981, 'The Sickness Impact Profile Development and Final Revision of a Health,' *Medical Care* 19, 787-805.
- Brock, D.W.: 1988, 'Ethical issues in recipient selection for organ transplantation,' in *Organ Substitution Technology. Ethical, Legal, and Public Policy Issues* (Hrsg.), D. Mathieu, Westview Press, Boulder and London,
- Brock, D.W.: 1989, 'Justice, Health Care, and the Elderly,' *Philosophy & Public Affairs* 18(3), 297-312.
- Brock, D.W.: 1992, 'Quality of Life Measures in Health Care and Medical Ethics', in A. Sen und M. Nussbaum (Hrsg.), *The Quality of Life*, Oxford University Press, Oxford.
- Brock, D.W.: 1995, 'Justice and ADA: Diskriminiert die Priorisierung und Rationierung der Gesundheitsversorgung Behinderte?', *Gesellschaftstheorie und Politik* 12, 159-84.
- Brock, D.W.: 2000, 'Health Care Resource Prioritization and Discrimination Against Persons With Disabilities,' in L. Francis and A. Silvers (eds.) *Americans with Disabilities*, Routledge, New
- Brock, D.W.: 2002, 'Priority to the Worst Off in Health Care Resource Prioritization,' in M. Battin, R. Rhodes und A. Silvers (Hrsg.), *Medicine and Social Justice*, Oxford University Press, New York.
- Broome, J.: 1984, "Die zufällige Auswahl von Menschen", *Ethik* 95, 38-55.
- Daniels, N.: 1988, *Am I My Parents' Keeper An Essay on Justice Between the Young and the Old*, Oxford University Press, New York.
- Daniels, N.: 1993, 'Rationing Fairly: Programmatische Überlegungen', *Bioethic.s.*, 7/2-3, 224-233.
- Daniels, N. und Sabin, J.: 1997, 'Limits to Health Care: Faire Verfahren, demokratische Deliberation, und das Legitimationsproblem der Versicherer', *Philosophie und öffentliche Angelegenheiten* 26(4), 303-50
- Gold, M.R. et. al: 1996, *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*, Oxford University Press, New York.
- Internationale Klassifikation der Beeinträchtigungen, Behinderungen und Benachteiligungen:* 1980, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- Kamm, F.M.: 1993, *Moral/Mortality. Volume One. Death and Whom to Save From It*, Oxford University Press, Oxford.
- Kaplan, R.M. und Anderson, I.P.: 1988, 'A General Health Policy Model: Update und Anwendungen,' *Health Services Research*, Juni 23, 203-35.
- Keeler, E.B. und Cretin, S.: 1983, 'Discounting of Life-Saving and Other Nonmonetary Effects,' *Management Science* 29, 300-306.
- Murray, C.J.L.: 1994, 'Quantifying the Burden of Disease: the Technical Basis for Disability-Adjusted life years,' in *Global Comparative. Assessments in the Health Sector". Disease Burden, Expenditures and Intervention Packages*, eds. C.J.L. Murray und A.D. Lopez, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- Murray, C.J.M.:1996, 'Rethinking DALYs, in *The Global Burden of Disease, A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- Nord, E.: 1999, *Cost-Value Analysis in Health Care. Making Sense of QALYs*, Cambridge University Press, New York.
- Nord, E.: 1993 'The trade-off between severity of illness and treatment effect in cost-value analysis of health care', *Health Policy* 24, 227-38.
- Parfit, D.: 1991, "Gleichheit oder Priorität", The Lindley Lecture. Copyright: Fachbereich Philosophie, Universität von Kansas.
- Torrance, G.W. et al: 1996 'Multi attribute preference functions for a comprehensive health status classification system.' *Medizinische Versorgung* 34:7, 702-722.
Nachdruck mit Genehmigung von Lippincott Williams & Wilkins.

- Walzer, M.: 1983, *Spheres of Justice*, Basic Books, New York
- Ware, J.E. und Sherbourne, D.C.: 1992, "The MOS 36-item short form health survey," *Medical Care* 30, 473-83.
- Williams, A.: 1997, 'Intergenerational Equity: An Exploration of the 'Fair Innings' Argument,' *Health Economics* 6(2), 117-32.
- Weltbank: 1993, *Weltentwicklungsbericht 1993. Investing in Health*, Oxford University Press, Oxford.

HANDBUCH DER BIOETHIK:

EINE BESTANDSAUFNAHME DES
BEREICHES AUS PHILOSOPHISCHER
SICHT

Bearbeitet von

GEORGE KHUSHF

*Zentrum für Bioethik und medizinische
Geisteswissenschaften und Abteilung für
Philosophie,*

Universität von South Carolina, Columbia, SC, U.S.A.

KLUWER AKADEMISCHE VERLAGE
NEW YORK, BOSTON, DORDRECHT, LONDON, MOSKAU

eBook ISBN: 1-4020-2127-5
Drucken ISBN: 1-4020-1870-3

02004 Kluwer Academic Publishers
New York, Boston, Dordrecht, London, Moskau

Druck c2004 Kluwer Academic Publishers
Dordrecht

Alle Rechte vorbehalten

Kein Teil dieses eBooks darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlags in irgendeiner Form oder mit irgendwelchen Mitteln, sei es elektronisch, mechanisch, durch Aufzeichnung oder auf andere Weise, reproduziert oder übertragen werden.

Erstellt in den Vereinigten Staaten von Amerika

Besuchen Sie Kluwer
Online unter:
und im Kluwer eBookstore
unter:

<http://kluweronline.com> <http://ebooks.kluweronline.com>