
DEONTOLOGISCHE UND TELEOLOGISCHE BEGRÜNDUNGS- FIGUREN AM BEISPIEL VON NUTZENBEWERTUNGEN VON GESUNDHEITSLAISTUNGEN

Markus Zimmermann-Acklin

Welche Bedeutung sollte der Kosteneffektivität gesundheitlicher Maßnahmen im Hinblick auf eine gerechte Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung zukommen? Ist es sinnvoll und ethisch vertretbar, ein überindividuelles, die Gesundheit der Bevölkerung betreffendes Kriterium der Nutzenmaximierung zu berücksichtigen? Angenommen, diese Frage wäre zu verneinen, bestünde dann ein Recht kranker Menschen auf medizinische Behandlung unabhängig von Überlegungen zu Kosten und Nutzen der Maßnahmen?

Gewöhnlich wird diesen Fragen mit dem Hinweis ausgewichen, Kosten-Nutzen-Aspekte seien zwar auf der Makroebene relevant und zu berücksichtigen, sollten hingegen auf der Mikroebene, in der Beziehung zwischen Arzt und Patient, keine Rolle spielen. Dagegen ist einzuwenden, dass gesundheitspolitische Entscheidungen, die auf der Basis von Kosten-Nutzen-Überlegungen getroffen werden, am Krankenbett sowohl praktisch umgesetzt als auch theoretisch begründet werden müssen. Es ist zumindest erklärungsbedürftig, einem Patienten zu sagen, er erhalte eine bestimmte Maßnahme nicht, weil sie nicht kosteneffektiv sei, gleichzeitig aber daran festzuhalten, es gebe ein Recht auf Behandlung. Angesichts der stetig steigenden Gesundheitskosten und der Einführung sehr teurer neuer Behandlungen, deren Wirksamkeit umstritten oder in einigen Fällen marginal ist, wird über diese Herausforderungen in allen Hochlohnländern der Welt im Rahmen der so genannten Rationierungsdebatten diskutiert. Praktisch geht es dabei um einen wichtigen Bereich der Sozialpolitik, um Institutionen der Gesundheitsversorgung und für die Betroffenen um eine gute Behandlung, theoretisch werden Fragen aufgeworfen, die in den Kern der normativen Begründungsdebatten hineinführen.

Letztgenannte werden im Folgenden aufgegriffen, indem im ersten Teil zunächst einige theoretische Begriffe geklärt, im zweiten Teil die Fragestellung im gegenwärtigen Kontext erläutert sowie die ethischen Grundpositionen formuliert und im dritten Teil die wesentlichen Argumente erörtert werden. Gezeigt werden soll, dass eine gemischt-deontologische, Folgenaspekte wie Kosteneffektivitätskriterien berücksichtigende und um tugendethische Aspekte erweiterte – insofern «hybride» – Ethiktheorie am ehesten dazu geeignet ist, angesichts der bestehenden Ressourcenknappheit Orientierung zu schaffen und zur Begründung gerechter Entscheidungen über Behandlungsbegrenzungen beizutragen.

1. Begriffe

Teleologische Ethiktheorien beurteilen das moralisch richtige Handeln in Abhängigkeit zu einem außermoralisch Guten und dessen Verwirklichung bzw. Maximierung. Beispielsweise wird eine Handlung dann als moralisch gut bewertet, wenn sie zur Steigerung der Gesundheit der Bevölkerung beiträgt. Deontologische Theorien bestreiten dagegen, zumindest gemäß der inzwischen klassischen Definition von William K. Frankena, dass sich das Pflichtgemäße oder das moralisch Gute ausschließlich aufgrund der Berücksichtigung eines außermoralischen Gutes oder der Gewichtung von guten gegenüber schlechten Folgen ergibt.¹ In deontologischen oder Pflichtenethiken wird vielmehr davon ausgegangen, dass verpflichtende moralische Werturteile bestehen, welche unabhängig von außermoralischen Gütern verbindlich sind. Dies können beispielsweise bestimmte Eigenschaften einer Handlung selbst sein, die abgesehen von den Werten, die durch sie hervorgebracht oder gefördert werden, entscheidend sind, z. B. dass ein Versprechen eingehalten, die Menschenwürde und Grundrechte geachtet oder alle Menschen gleich behandelt werden.²

Micha H. Werner hebt zu Recht hervor, dass ein starkes Argument zugunsten einer deontologischen Moraltheorie darin bestehe, dass folgenbezogene Überlegungen in deontologische Ethiken integriert werden können, jedoch umgekehrt die Integration deontologischer, stets akteurbezogener («agent-relative») Argumente in eine teleologische Position, in der Regel akteurindifferenter («agent-neutral») Ansätze prinzipiell unmöglich zu sein scheint.³ Aus Sicht der hier einschlägigen Bereichsethiken wie beispielsweise der Gesundheits- oder Public Health-Ethik ist das entscheidend, da in der Beurteilung konkreter Fragen der Gesundheitspolitik die Berücksichtigung von Folgen schlicht unabdingbar ist. Ein strikt deontologischer Ansatz, der ausschließlich Rechte und Pflichten, unabhängig von den durch Handlungen hervorgebrachten Folgen berücksichtigen würde, wäre kontraintuitiv und wird de facto auch äußerst selten vertreten. Ähnliches gilt für strikt teleo-

1 Vgl. W. F. FRANKENA, *Analytische Ethik. Eine Einführung*, München 1981, 33 f.; eine kurze und hilfreiche Übersicht bietet M. H. WERNER, *Deontologische Theorien*, in: J.-P. WILS/C. HÜBENTHAL (Hg.), *Lexikon der Ethik*, Paderborn 2006, 40–49.

2 Vgl. W. F. FRANKENA, *Analytische Ethik*, 34.

3 Vgl. M. H. WERNER, *Deontologische Theorien*, 47; vgl. auch J. NIDA-RÜMELIN, *Kritik des Konsequentialismus*, München 1993, 63–65, 86 f.: Der Autor unterscheidet zwischen deontologischen und teleologischen konsequentialistischen Theorien, wobei jede teleologische Theorie auch konsequentialistisch, aber nicht jede konsequentialistische auch teleologisch sei. Konsequentialistisch sei eine Theorie stets dann, wenn das Rechte das Gute maximiert. In diesem Sinne wird auch verständlich, warum die Einhaltung des Gerechtigkeitsprinzips bei einem Deontologen wie W. D. ROSS auch konsequentialistisch begründet werden kann, vgl. W. WOLBERT, *Zur Pointe einer deontologischen Theorie und einer deontologischen Gerechtigkeitskonzeption*, in: O. NEUMEIER/C. SEDMACK/M. ZICHY (Hg.), *Gerechtigkeit. Auf der Suche nach einem Gleichgewicht*, Frankfurt a. M./Lancaster 2005, 155–170, 165 f. Relativierend kommentiert er: Letztlich sei es jedem unbenommen, die Begriffe so zu definieren, wie er möchte, sofern er die Festlegung zu erkennen gebe (vgl. ebd. 158).

logische Ansätze, in der ausschließlich Kosteneffektivitätsüberlegungen berücksichtigt werden, welche in ihren Schlussfolgerungen ebenfalls zu kontraintuitiven Forderungen kommen und selbst in der Gesundheitsökonomie kaum in Reinform vertreten werden.

Ein zentrales Problem gemischt-deontologischer Ansätze besteht in der Bestimmung des Verhältnisses von außermoralischen Gütern wie der Gesundheit zu moralischen Pflichten, beispielsweise der Forderung der Gleichbehandlung aller Menschen, also zwischen evaluativ und deontologisch begründeten normativen Urteilen oder zwischen Werten und Gütern einerseits bzw. Rechten und Pflichten andererseits.⁴ Jürgen Habermas hebt zusätzlich zu den von ihm so genannten ethischen und moralischen Diskursen die Bedeutung pragmatischer Diskurse hervor, in welchen bei gegebenen Zielen und Präferenzen geeignete Mittel für die Realisierung der Ziele gesucht werden.⁵ In diesen pragmatischen Diskursen werde auch die Effizienz von Maßnahmen gewichtet, also das Verhältnis zwischen einem definierten Nutzen und dem Aufwand, der zu dessen Erreichung notwendig ist. Die Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme, wie sie durch das Schweizerische Krankenversicherungsgesetz für alle Leistungen in der Grundversorgung vorgeschrieben wird, ist beispielsweise ein solches Effizienzkriterium. Bei dessen Anwendung entsteht aus ethischer Sicht insbesondere dann ein Problem, wenn nicht mehr nur verschiedene Wege, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, miteinander verglichen werden, sondern Vergleiche unterschiedlichster Maßnahmen und von deren Kosten-Nutzen-Verhältnissen angestellt werden. Werden beispielsweise zwei therapeutische Maßnahmen zur Behandlung eines Nierenkarzinoms verglichen, um die Vorgehensweise mit dem günstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnis einzusetzen, ist das zunächst einmal ethisch unproblematisch bzw. mit Blick auf die Ressourcenknappheit sogar geboten.⁶ Werden hingegen unterschiedliche Maßnahmen hinsichtlich ihrer Kosteneffektivität miteinander verglichen, zum Beispiel die Bypass-Operation eines achtzigjährigen Patienten mit der Intensivbehandlung eines Neugeborenen, mit dem Ziel, den gesellschaftlichen Gesamtnutzen zu maximieren, resultieren daraus unter Umständen äußerst kontraintuitive Priorisierungsvorschläge.⁷

4 Unter normativen Urteilen werden Gebote, Verbote und Erlaubnisse verstanden.

5 Vgl. J. HABERMAS, *Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats*, Frankfurt a. M. 1993, 197–207; DERS., *Erläuterungen zur Diskursethik*, Frankfurt a. M. 1991, 100–118.

6 Ethisch zu diskutieren und mit zunehmendem Finanzdruck relevanter bleiben aber auch dann noch Situationen, in welchen eine Maßnahme A zwar einen marginal kleineren Nutzen (oder einige wenige Nebenwirkungen mehr) als eine Maßnahme B hat, dafür aber sehr viel weniger kostet.

7 Vgl. die in diesem Zusammenhang immer wieder zitierten Erfahrungen aus Oregon: G. MARCKMANN/U. SIEBER, *Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem «Oregon Health Plan» lernen?*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 127 (2002), 1601–1604; V. ALAKESON, *Why Oregon Went Wrong*, in: *British Medical Journal* 337 (2008), 900 f.

Umstritten ist, wie sich in dieser Systematik tugendethische Ansätze einordnen lassen: Gehören sie zu den teleologischen Ethiken, da es im Zentrum um Werturteile (Werte wie Freundschaft oder Großzügigkeit) geht? Oder sind sie deontologische Ethiken, weil *moralische*, nicht außermoralische Werturteile wie Klugheit, Bescheidenheit, Gerechtigkeit oder Einfühlungsvermögen Gegenstand der Beurteilung sind? Gemäß Julian Nida-Rümelin gibt es normative Ethiken, die weder deontologisch noch teleologisch sind, sich also nicht in diesem Zweierschema zuordnen lassen, was seines Erachtens namentlich für Tugend- oder Motivationsethiken zutrefte.⁸ Ähnliches ließe sich vermutlich auch für einige kommunitaristische Ansätze behaupten, die sich zwar gegen strikt deontologische Ansätze und deren Vorrang des Rechten vor dem Guten wenden und insofern «anti-deontologisch»⁹ sind, jedoch in der Bestimmung des Guten wesentlich auf kulturell verankerte Werthaltungen rekurrieren, somit also moralische Güter, nicht außermoralische Güter, ins Zentrum ihrer Begründung stellen. Werden hingegen essentialistische Annahmen über das gelungene Menschsein zugrunde gelegt, wie es beispielsweise im sozialetisch genannten Ansatz einer gerechten Gesundheitsversorgung bei Madison Powers und Ruth Faden der Fall ist, sind diese einer teleologischen Ethik zuzuordnen.¹⁰

Aus Sicht einer gemischt oder gemäßigt-deontologischen Ethik, die hier in Anknüpfung an typische Traditionen der katholischen Moraltheologie¹¹ und der christlichen Sozialethik im Folgenden vertreten wird, steht grundsätzlich zur Debatte, inwieweit und unter welchen Bedingungen bei der Bestimmung des sittlich richtigen Handelns Folgen- und auch Maximierungsüberlegungen mit einbezogen werden sollen und dürfen, die außermoralische Güter betreffen, namentlich den allgemeinen Nutzen von Handlungen, beispielsweise die Gesundheitsförderung, aber auch die Effektivität von Maßnahmen sowie die dadurch verursachten Kosten.

8 Vgl. J. NIDA-RÜMELIN, *Kritik des Konsequentialismus*, 64 und 87.

9 M. H. WERNER, *Deontologische Theorien*, 45.

10 Vgl. M. POWERS/R. FADEN, *Social justice. The moral foundations of public health and health policy*, New York 2006, 16–29: Ihres Erachtens sind die wesentlichen Dimensionen gelungenen menschlichen Lebens durch sechs Merkmale bestimmt, nämlich Gesundheit, persönliche Sicherheit, (praktische) Vernunft, Respekt, Beziehungsfähigkeit und Selbstbestimmung.

11 Vgl. die Bemerkung bei M. H. WERNER, *Deontologische Theorien*, 46, die darauf aufmerksam macht, dass hier bereits vor der «deontologischen Wende» bei Immanuel Kant entsprechende Denkansätze wirkmächtig waren: «In der Moraltheologie sind bis heute sowohl deontologische als auch teleologische Motive wirksam. In dieser Spannung wirkt der scholastische Dualismus zwischen der aristotelisch-thomistischen, teleologisch-tugendethischen Naturrechtstradition und der paulinisch-augustinischen, im spätmittelalterlichen Nominalismus kulminierenden voluntaristischen Gegenposition fort.»

2. Kontexte und Positionen

Die stete Zunahme der Kosten für die Gesundheitsversorgung, in den Hochlohnländern der Welt in erster Linie angetrieben durch den wachsenden Wohlstand und die Einführung teilweise sehr teurer medizinischer Verfahren und Behandlungen, führt zunehmend zur Wahrnehmung und dem Eingeständnis einer grundsätzlich vorgegebenen Situation der Ressourcenknappheit: Angesichts der steten Ausweitung medizinischer Handlungsmöglichkeiten ist es schlicht unmöglich, allen Patienten jede denkbare und potentiell nützliche Behandlung zur Verfügung zu stellen und diese sozial zu finanzieren.¹² Trifft diese Diagnose zu, stellt sich die Frage nach einer angemessenen und gerechten Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung, wie sie seit einigen Jahren unter dem umstrittenen Rationierungsbegriff diskutiert wird. Aufgrund des in den letzten Jahren markant zunehmenden finanziellen Drucks werden diese Auseinandersetzungen in den Hochlohnländern der Welt¹³ inzwischen nüchterner, ernsthafter und auch pragmatischer als in den vergangenen zwei Jahrzehnten geführt.¹⁴

Ein umstrittenes Kriterium dabei besteht in der Berücksichtigung der Kosteneffektivität von Behandlungen. Darf bei Zugangsbeschränkungen zu Ressourcen der Gesundheitsversorgung gewichtet werden, wie viel eine Maßnahme in Relation zu dem durch sie hervorgebrachten Nutzen kostet?¹⁵ Was aus gesundheitsökonomischer Sicht trivial, weil selbstverständlich klingt, wird aus ethischer Sicht zu Recht problematisiert. Im Kern geht es um die Frage, ob akteurindifferente Maximierungsstrategien und damit die utilitaristisch begründete Norm, die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu möglichst geringen Kosten sei grundsätzlich anzustreben, theoretisch vereinbar sind mit deontologischen Forderungen nach Gleichbehandlung aller Menschen und der Achtung von Grundrechten.

In der Schweiz wurde die gesellschaftliche und politische Relevanz dieser zunächst abstrakten Frage aufgrund eines umstrittenen Bundesgerichtsurteils deut-

12 Vgl. dazu die umfassende Monographie mit einer Überfülle konkreter Beispiele von L. M. FLECK, *Just Caring. Health Care Rationing and Democratic Deliberation*, New York 2009.

13 Nicht überraschend ist die Tatsache, dass auch in den finanziell weniger privilegierten und armen Ländern der Welt Rationierungsdebatten geführt werden, allerdings auf der Basis völlig anderer Ausgangssituationen, vgl. beispielsweise den Vorschlag, aufgrund der Ärzteknappeit in vielen Ländern Afrikas auch Nicht-Ärzte in der Anleitung zum richtigen Einsatz von AIDS-Medikamenten auszubilden, um den Zugang zu den zusehends öfter zur Verfügung stehenden Mitteln gewährleisten zu können: J. PRICE/A. BINAGWAHO, *From medical rationing to rationalizing the use of human resources for AIDS care and treatment in Africa: a case for task shifting*, in: *Developing World Bioethics* 10 (2010), 99–103.

14 Vgl. M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Die Rationierungsdiskussion in der Schweiz. Beobachtungen aus ethischer Perspektive*, in: V. WILD/E. PFISTER/N. BILLER-ANDORNO (Hg.), *DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen*, Basel 2011, 127–139.

15 Vgl. dazu grundlegend G. MARCKMANN, *Kosteneffektivität als Allokationskriterium aus gesundheitsethischer Sicht*, in: M. ZIMMERMANN-ACKLIN/H. HALTER (Hg.), *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, Basel 2007, 213–224.

lich.¹⁶ Mit Hinweis auf die nicht nachgewiesene Kosteneffektivität des sehr teuren Medikaments «Myozyme» zur Behandlung von Morbus Pompe-Patienten hat das oberste Schweizer Gericht die Finanzierung des Medikaments durch die Krankenkassen untersagt. Inhaltlich wurde das Urteil zu Recht massiv kritisiert, da Morbus Pompe eine extrem seltene Erkrankung (eine «orphan disease») ist, wodurch sowohl der evidenzbasierte Nachweis des Nutzens von Medikamenten erschwert wird als auch davon ausgegangen werden muss, dass vorhandene Medikamente aufgrund der seltenen Anwendungsmöglichkeiten sehr teuer sind. Kritisiert wurde darüber hinaus der Einbezug gesundheitsökonomischer Instrumente und Methoden, die im Urteil zu undifferenziert vorgestellt, aber dennoch zur Begründung herangezogen wurden. Schließlich wurde zu Recht die Festlegung eines finanziellen Schwellenwertes kritisch kommentiert, der in der Medienberichterstattung über das Urteil im Zentrum stand und besagt, die Behandlung zur Erreichung eines zusätzlichen Lebensjahres dürfe maximal 100'000 Franken kosten. Hier ist zu bemängeln, dass eine solche Angabe ohne Hinweis auf die mit einer teuren Behandlung verbundene Lebensqualität und Dringlichkeit in der Praxis unvermeidbare Folgen hätte; beispielsweise ist die Behandlung einer Hämophilie durch Gabe von Blutgerinnungsfaktoren oder des autosomal-rezessiv vererbten Gaucher-Syndroms durch Verabreichung des Enzyms Glucocerebrosidase in der Regel viel teurer als 100'000 Franken pro Jahr, gleichzeitig aber lebensnotwendig für die betroffenen Menschen. Darüber hinaus ist an dieser Angabe eines Schwellenwertes politisch und ethisch zu bemängeln, dass eine solche Festlegung, falls sie überhaupt möglich oder sinnvoll ist, grundsätzlich einer politischen und ethischen Legitimierung bedarf und nicht durch die Jurisdiktion vorgegeben werden kann.

Trotz aller Kritik bleibt die Grundaussage der Richter, bei Allokationsentscheidungen sei die Kosteneffektivität von Maßnahmen grundsätzlich zu berücksichtigen, bestehen und ist wohl in erster Linie als ein Appell an die Politik zu interpretieren, die dazu nötigen Voraussetzungen zu schaffen. Aus ethischer Sicht ist wesentlich, dass das Medikament «Myozyme» mit dem Wirkstoff Alglucosidase alfa etwa ein Jahr nach dem Gerichtsurteil auf die so genannte Spezialitätenliste aufgenommen wurde, so dass es nunmehr allen Morbus Pompe-Erkrankten in der Schweiz unter Einhaltung klar definierter Bedingungen wieder zur Verfügung steht. Bei politischen Verhandlungen mit der Herstellerfirma «Genzyme» konnte erreicht werden, dass das Medikament zu einem günstigeren Preis als vor dem Gerichtsurteil abgegeben wird.

Aufgrund dieser Vorgänge haben Initiativen zur Etablierung von Health Technology Assessments in der Schweiz einen starken Auftrieb erhalten.¹⁷ Health

16 Vgl. BG 9C_334/2010 vom 23.11.2010; eine ausführlichere ethische Debatte zum Urteil findet sich in *Bioethica Forum* 4 (2011), Nr. 3.

17 Zwei Initiativen sind gegenwärtig wesentlich daran beteiligt, zum einen das inzwischen auf nationaler Ebene tätige und von Verwaltung, Leistungserbringern und Industrie unabhängige

Technology Assessments (HTAs) oder «Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen im Gesundheitswesen»¹⁸ werden durchgeführt, um die medizinischen, sozialen, ökonomischen, rechtlichen und ethischen Implikationen des Einsatzes medizinischer Verfahren und Produkte systematisch, transparent und verlässlich zu evaluieren.¹⁹ Wesentliche Merkmale sind ein multidisziplinärer Ansatz, zu dem in Anknüpfung an die Werte-Ökonomik stets auch der Einbezug normativ-ethischer Aspekte gehört, und der systematisch evaluierte Nutzen von Maßnahmen. In den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts hatten zunächst Schweden und Spanien, ein Jahrzehnt später Deutschland und Großbritannien, gegenwärtig neben der Schweiz auch zentral- und osteuropäische Länder damit begonnen, staatliche HTA-Institutionen zu gründen und Wirtschaftlichkeitsstudien systematisch durchzuführen.²⁰ Die Einrichtungen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer Größe und Bekanntheit, sondern auch maßgeblich darin, ob sie, wie das deutsche «Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen» (IQWiG) oder die französische «Haute Autorité de Santé» (HAS), lediglich beratende Tätigkeit ausüben, oder ob ihnen wie dem bekannten englischen «National Institute for Health and Clinical Excellence» (NICE) oder dem schwedischen «Dental and Pharmaceutical Benefits Board» (TLV) politische Entscheidungsbefugnis zukommt.²¹

Drohende Mittelknappheit, aber auch der Unwille, das Rationierungsthema in der öffentlichen und politischen Diskussion ernsthaft aufzunehmen, haben den Deutschen Ethikrat im Jahr 2011 dazu bewogen, Überlegungen zu Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen in einer ausführlichen Stellungnahme zu kommentieren.²² Im eigentlichen Ethik-Kapitel wird dabei ausdrücklich auf das Verhältnis von Werten und Rechten eingegangen und betont, dass die Gesellschaft sich entscheiden müsse, ob sie einem wertemaximierenden (teleologischen) oder einem rechtebezogenen (deontologischen) Ansatz den Vorzug geben wolle, denn beide seien nicht miteinander vereinbar: «Die Gesellschaft wird sich entscheiden müssen, welches von Beidem das ethische Fundament des öffentlichen Gesundheitswesen

«Swiss Medical Board», das zunächst ausschließlich im Kanton Zürich tätig war (www.medical-board.ch), zum andern die aus Interessenvertretern zusammengesetzte «SwissHTA» (www.swishta.ch), die 2011 mit einem Konsenspapier zur Weiterentwicklung der HTA in der Schweiz an die Öffentlichkeit getreten ist, vgl. M. SCHLANDER/C. AFFOLTER/H. SANDMEIER U. A., *Schweizer HTA-Konsensus-Projekt: Eckpunkte für die Weiterentwicklung in der Schweiz*, Basel u. a. 2011.

18 O. SCHÖFFSKI, Einführung, in: DERS./J.-M. GRAF VON DER SCHULENBURG (Hg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, Berlin/Heidelberg 2008, 3–12, 6.

19 Vgl. M. SCHLANDER U. A., *Schweizer HTA-Konsensus-Projekt*, 4.

20 Zur Entwicklung und Etablierung von HTA in Deutschland, Großbritannien, Schweden und Frankreich vgl. C. SORENSON/K. CHALKIDOU, *Reflection on the evolution of health technology assessment in Europe*, in: *Health Economics, Policy and Law* 7 (2012), 25–45.

21 Vgl. ebd. 28.

22 Vgl. DEUTSCHER ETHIKRAT, *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme*, Berlin 2011, 8.

bilden soll und welches allenfalls nachrangig zu berücksichtigen ist.»²³ Obgleich dieser Abschnitt offensichtlich die Handschrift des Ratsmitglieds Weyma Lübke trägt, ergänzt die Philosophin die Gesamtstellungnahme um ein über zwanzigseitiges und allein von ihr unterzeichnetes Sondervotum, in welchem sie mit Hinweis auf Inkonsistenzen zwischen dem ethischen und verfassungsrechtlichen Teil der Stellungnahme erläutert, warum die genannten Ansätze einander kategorisch ausschließen und entscheidende Argumente zugunsten einer deontologischen Grundlage sprächen.²⁴ Dasselbe Anliegen machte Weyma Lübke zum Thema eines internationalen Symposiums, das sie 2011 an der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften unter dem vielsagenden Titel «The Value of Health and the Rights of the Patients. Cost-Effectiveness and the Right to be treated as an Equal in a Public Health System» durchführte. An der Tagung wurde deutlich, dass in der Auseinandersetzung um einen vertretbaren ethischen Ansatz subkutan auch ein Wettstreit zwischen Gesundheitsökonomie und Ethik um den Primat in den gesundheitspolitischen Debatten ausgetragen wird, wie er auch aus anderen wirtschaftsethischen Debatten bekannt ist.²⁵

In dieser bundesdeutschen Debatte wird auf den Punkt gebracht, worum es in der aktuellen gesundheitsethischen Debatte geht. Auf der einen Seite werden die Grundrechte und die Menschenwürde der Patienten, zudem die Idee der Gleichbehandlung beispielsweise im Sinne der Chancengleichheit aller betont, auf der anderen Seite Strategien zur Nutzenmaximierung gewichtet, die auf der utilitaristischen Idee der Maximierung von Werten, namentlich der Gesundheit, beruhen.

Genau besehen werden in den Diskursen drei ethische Grundpositionen vertreten, auf die im Folgenden näher eingegangen wird: Erstens ein *strikt deontologischer* Ansatz, in welchem bei der Bestimmung eines gerechten Zugangs zu den Mitteln der Gesundheitsversorgung ausschließlich Patientenrechte gewichtet werden. Zweitens ein *strikt utilitaristischer* Ansatz, bei welchem das Basiskriterium zur Bestimmung einer gerechten Ausgestaltung der Versorgung in der Maximierung von Gesundheit möglichst vieler Menschen besteht; für möglichst wenig Geld

23 Ebd. 71.

24 Vgl. ebd. 98–124.

25 Vgl. E. GÖBEL, *Unternehmensethik. Grundlagen und praktischen Umsetzung*, Stuttgart 2010, 68–84; Die Autorin, Professorin für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Trier, votiert selbst zugunsten eines Primats der Ethik gegenüber der Ökonomik, auch wenn sie am Modell einer integrativen Wirtschaftsethik, wie es von Peter Ulrich vorgelegt wurde, als Ideal und Richtschnur festhalten möchte. Es wäre aber geradezu unverantwortlich, so die Autorin, angesichts des ökonomischen Prinzips der individuellen Nutzenmaximierung vom Idealzustand einer Integration von Ethik und Ökonomik auszugehen: «Auch aus einer rein ökonomischen Orientierung können sich vernünftige und lebensdienliche Lösungen von Knappheitsproblemen ergeben. Dass der Marktautomatismus jede eigennützige wirtschaftliche Entscheidung in eine Erhöhung des Gemeinwohls transformiert, ist aber ein Mythos. Hier und heute muss sich daher die Ethik kanalisierend, korrigierend, begrenzend und wegweisend mit den möglichen unerwünschten Folgen ökonomischer Rationalität auseinandersetzen, und zwar als angewandte Ethik» (83 f.).

soll möglichst viel gesundheitlicher Nutzen für die größtmögliche Anzahl Betroffener erzeugt werden. Drittens ein *gemäßigter oder gemischt-deontologischer* Ansatz, in welchem primär Rechte, sekundär oder zusätzlich auch Effizienzüberlegungen berücksichtigt werden, wobei das Verhältnis beider Kriterien zueinander unterschiedlich interpretiert wird. Ausgehend von der deontologischen Tradition, wie sie der christlichen Sozialethik mit dem Personalprinzip²⁶ als oberster Richtschnur zugrunde liegt, wird im Folgenden zugunsten der These argumentiert, dass eine gemäßigt deontologische Position mit einem klaren Rechteprimat und dem Prinzip der Chancengleichheit im Sinne einer regulativen Idee einer strikt deontologischen Position und erst Recht einem strikt teleologischen Ansatz vorzuziehen ist. Obgleich die Begründungen je nach gewähltem Theorieansatz sehr unterschiedlich sind, wie Weyma Lübke zu Recht immer wieder betont,²⁷ ist angesichts der Ressourcenknappheit klar, dass ein gewisser Handlungsdruck besteht: Auf der einen Seite können konkrete Vorschläge wie der erwähnte Bundesgerichtsentscheid unter Umständen massive Konsequenzen für einzelne Patientengruppen nach sich ziehen, auf der anderen Seite kann das Beharren auf einer Position, die mit Hinweis auf ein Recht auf Behandlung transparente Grenzziehungen erschwert, zur Verstärkung der impliziten Rationierung am Krankenbett beitragen. Letztere hätte zur Folge, dass diejenigen benachteiligt würden, die sich am wenigsten zu wehren wissen. Mit leicht ironischem Unterton, jedoch völlig zu Recht hat Michael Schramm dieses Dilemma als unsere Befindlichkeit «Jenseits von Eden» beschrieben:

Jenseits von Eden leben wir in einer Welt der Knappheit: Unser Leben ist knapp (jede/jeder hat nur eines), unsere Zeit ist knapp, unsere Verstandeskapazitäten sind knapp, und nicht zuletzt sind auch die Ressourcen im Gesundheitswesen knapp. [...] Da wir nun nicht (mehr) im Paradies leben, können wir an der Tatsache, dass alles knapp ist, grundsätzlich nichts ändern. Wir können aber damit einigermaßen vernünftig umgehen [...].²⁸

3. Positionen und Argumente

Wie mit Hinweis auf den hintergründig ausgetragenen Streit zwischen Ethik und Ökonomik bereits angedeutet wurde, werden die Dispute auf unterschiedlichen Ebenen ausgetragen. Vergleichbar mit anderen bereichsethischen Debatten lassen sich auch hier drei Ebenen identifizieren, die sich wechselseitig beeinflussen:²⁹

26 Vgl. G. WILHELMS, *Christliche Sozialethik*, Paderborn 2010, 103: «Als normative Disziplin fragt die Sozialethik nach Maßstäben für die Gestaltung der Gesellschaft. Letzter Maßstab ist der Mensch, und zwar der Einzelne in seiner Unverfügbarkeit und Würde.»

27 Vgl. grundlegend und mit der Aufforderung zum «analytischen Tieferbohren» W. LÜBBE, *Einführung*, in: DIES. (Hg.), *Tödliche Entscheidungen. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen*, Paderborn 2004, 7–26, 9.

28 M. SCHRAMM, «Alles hat seinen Preis». *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, Stuttgart-Hohenheim 2004, 1.

29 Vgl. M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Be-*

Während im Zentrum Dispute um eine angemessene Moralthorie mitsamt Begründungsstrukturen stehen, geht es im Hintergrund um kulturelle Bezüge, Sinn- und Identitätsfragen, beispielsweise um anthropologische Grundfragen und, damit verbunden, um den Primat der Disziplinen. Wird auf dem Hintergrund eines an der individuellen Nutzenmaximierung orientierten «homo oeconomicus»-Modells diskutiert, wird fraglos der Ökonomie der Primat zugewiesen und einer teleologischen, meist einer präferenzutilitaristischen Moralthorie der Vorzug gegeben.³⁰ Vordergründig sind konkrete Umsetzungsfragen zu verhandeln, im Falle der Berücksichtigung des Kosteneffektivitätskriteriums namentlich die Frage nach der Bestimmung von Lebensqualitätsmaßstäben sowie von Schwellenwerten zur Berechnung von Finanzierungsgrenzen, in strikt deontologischen Ansätzen beispielsweise die Ausführung tugendethischer Aspekte wie Klugheit, Bescheidenheit und das Maßhalten. Im Folgenden werden die drei erwähnten ethischen Grundpositionen kurz charakterisiert und deren Vor- und Nachteile erwogen.

3.1 GRUNDRECHT AUF GLEICHBEHANDLUNG

«Wir möchten, dass Patienten versorgt werden, weil es gut für ihre Gesundheit ist, nicht, weil ihre Gesundheit gut für die Gesellschaft ist.»³¹ Diese Aussage aus dem Sondervotum von Weyma Lübke in der erwähnten Stellungnahme des Deutschen Ethikrats bringt das Anliegen auf den Punkt, um welches es in einer strikt deontologischen Position positiv und negativ geht: Positives Kriterium bei der Bestimmung von Behandlungsgrenzen ist das Wohl des einzelnen Patienten und dessen Recht auf Behandlung, negativ die Ablehnung jeder Bezugnahme auf Aspekte, die über das individuelle Leben bzw. die Rechte und Pflichten eines Behandlungsbedürftigen hinausgehen.

reiche, Freiburg i. Br./Freiburg i. Ue. 2010, 26–35. Eine vierte, den anderen drei übergeordnete Ebene wäre zu ergänzen, auf welcher eine ideologiekritische Auseinandersetzung mit den Vorgängen in der Gesundheitspolitik und -ethik betrieben wird, wie es beispielsweise unter dem Slogan «Ökonomisierung der Medizin» geschieht. Im Rahmen diskursanalytischer Studien kann dies über eine Kapitalismuskritik hinausgehen und eine Rückweisung des Humanismus und der Idee von individuellen Grundrechten beinhalten, beispielsweise bei R. BRAIDOTTI, *Zur Transposition des Lebens im Zeitalter des genetischen Biokapitalismus*, in: M. G. WEISS (Hg.), *Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*, Frankfurt a. M. 2009, 108–135.

30 Beispielhaft dafür sind Beiträge des Gesundheitsökonom Peter Zweifel, der zugunsten einer Deregulierung des Gesundheitsmarktes plädiert, ohne dabei ausreichend zu berücksichtigen, dass es sich bei der Gesundheit um ein besonderes (transzendentes) Gut handelt und die Ausgangsbedingungen der Marktteilnehmer sehr verschieden sind. In seinen auf einem Modell der individuellen Leistungsfähigkeit basierenden Vorschlägen, die beispielsweise die Möglichkeit vorsehen, individuelle Krankenversicherungsverträge auszuhandeln und Bonus-Regeln für diejenigen einzuführen, die wenig gesundheitliche Leistungen beziehen, sind Rationierungen markthinderlich und darum möglichst zu vermeiden, vgl. P. ZWEIFEL, *Rationierung im Gesundheitswesen aus ökonomischer Sicht*, in: M. ZIMMERMANN-ACKLIN/H. HALTER (Hg.), *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, Basel 2007, 95–109.

31 W. LÜBBE, *Sondervotum*, in: DEUTSCHER ETHIKRAT, *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung*, Stellungnahme Berlin 2011, 98–124, 109.

Was zunächst die positive Bestimmung betrifft, den einzelnen Menschen als Person, in seiner Würde und mit seinen Grundrechten, welche ein Recht auf Hilfe in Notlagen mit einschließt, zu achten, ist diese unbestritten plausibel und auch ganz im Sinne des traditionellen Personalprinzips der christlichen Sozialethik. Ein individuelles Recht auf Hilfe und Behandlung zu behaupten schließt allerdings noch keine Aussage über den Umfang möglicher Interventionen mit ein. Sowohl ein strikter Egalitarismus als auch das Prinzip der Chancengleichheit lassen sich erst in Abhängigkeit zu de facto vorhandenen Ressourcen konkretisieren. Klar ist, dass mit zunehmender Knappheit auch unter Annahme des Grundrechts auf Behandlung Grenzen gezogen werden, notfalls, wie im Bereich der Allokation knapper Organe, durch Losentscheid. Sobald aber eine bestimmte Ressource nicht absolut, sondern nur relativ knapp ist, wird die Grenzziehung schwieriger und wäre ein Angemessenheitskriterium nötig, wie es beispielsweise in der Debatte um die Sinnlosigkeit von weiteren Behandlungen am Lebensende von Patienten, der so genannten «Futility-Debatte», diskutiert wird. Offen bleibt, wie sich ein solches Kriterium ohne Bezugnahme auf außermoralische Güter bestimmen lässt.³²

Hinsichtlich der negativen Abgrenzung besteht das wichtigste Argument darin, dass die Unterscheidung zwischen der Beurteilung einer bestimmten Behandlung als nicht kosteneffektiv und der Beurteilung einer bestimmten kranken Person letztlich nicht möglich sei, da eine Behandlung stets von den Eigenschaften eines zu behandelnden Patienten abhängt.³³ Im Sondervotum kommentiert W. Lübke Urteile, welche den gesellschaftlichen Nutzen einer Behandlung berücksichtigen, darum folgendermaßen:

Nach hier vertretener Auffassung sind solche Urteile nicht vertretbar. Unvertretbar ist daran nicht, dass am Ende nicht allen alles erstattet wird. Unvertretbar ist die Art der Begründung. Sie unterstellt, Entscheidungen öffentlicher Instanzen über den Ausschluss bestimmter Leistungen seien dadurch begründbar, dass bestimmte (nützliche) Leistungen es «nicht wert sind», finanziert zu werden. Für die Betroffenen mag das, wie man weiß, ganz anders aussehen. Aus der Sicht eines Krebspatienten, der den Kampf gegen die Krankheit noch nicht aufgegeben hat, kann sich die Alternative von Erstattung und Nichterstattung wie die Alternative von Sein oder Nichtsein anfühlen. [...] Das Urteil ist auch für Nichtbetroffene irritierend. Denn es lässt im Unklaren, für wen das Medikament von geringem Wert sein soll. Dass ein Krebsmedikament für Personen, die (oder deren Angehörige) nicht erkrankt sind, keinen Wert hat, versteht sich ja von selbst. Einen Wert hat es für die Erkrankten (und ihre Angehörigen). Wenn nun amtlich festgestellt wird, das Medikament habe keinen hinreichenden Wert, dann bleibt gar nichts übrig, als dies so zu hören, dass die Gesellschaft keinen hinreichenden Wert mehr auf das weitere Überleben der Betroffenen legt.³⁴

32 W. Lübke fordert, die Gebote der Gerechtigkeit müssten so konkretisiert werden, dass sie unabhängig von der je gegebenen Ressourcenlage erfüllbar seien. Wie das realisiert werden kann, lässt sie aber unbeantwortet: Die Konkretisierung allgemeiner Gerechtigkeitsforderungen ohne Bezug zu den real vorhandenen Mitteln scheint mir ein hölzernes Eisen zu sein, vgl. ebd. 123.

33 Vgl. ebd. 114 f.

34 Ebd. 115 f.

Die entscheidende Aussage steht am Schluss dieses Zitats: Ist es tatsächlich so, dass den Betroffenen «gar nichts übrig bleibt», als die Beurteilung einer Behandlung gleichzeitig als eine Beurteilung ihrer Person zu verstehen, oder besteht die Möglichkeit, diese Verknüpfung als ein behebbares Missverständnis zu deuten? Auch W. Lübke kommt, der strikt deontologischen Ethik folgend, zu ganz ähnlichen Schlüssen wie Ethiker, die einem teleologischen Ansatz folgen, nur ihre Begründung sei eine andere. Ihres Erachtens sind die kaum zu vermeidenden Missverständnisse Grund genug, den Diskurs anders zu führen, und zwar ausschließlich über Rechte und legitime Ansprüche der Einzelnen: «Man muss vielmehr plausibel machen, dass es angesichts der knappen Mittel *ungerecht* wäre, den Versicherten einen Anspruch auf diese Leistung [eine bestimmte Leistung, die begrenzt werden soll, d. V.] zuzugestehen.»³⁵ Denn niemand müsse sich aus der Gesellschaft ausgeschlossen, von ihr im Stich gelassen fühlen, wenn er eine bestimmte Behandlung nicht erstattet bekommt, weil der Einsatz der Mittel *ungerecht* wäre, schreibt die Autorin. Offen bleibt, wie sie diese Ungerechtigkeit begründen möchte. Es wäre naheliegend, diese mit der Verhältnismäßigkeit zu begründen, welche allerdings eine teleologische Denkfigur wäre und damit im Rahmen eines strikt deontologischen Ansatzes abgelehnt würde.

Die strikte Abgrenzung von Rechten und Nutzenüberlegungen wäre zudem mit dem in der christlichen Sozialethik verankerten Prinzip des Gemeinwohls zu konfrontieren, also der Verfasstheit einer Gesellschaft im Hinblick auf das Wohl aller.³⁶ In Frage steht, ob unter Wahrung der Würde und der Grundrechte jedes Einzelnen nicht auch Kriterien zu berücksichtigen sind, welche das Wohl der Gesamtheit zum Ziel haben. Allerdings setzt die traditionelle Rede vom Gemeinwohl die naturrechtliche Idee eines Gemeinguts und eines entsprechend ausgerichteten Gemeinssinns voraus und liegt auch damit bereits jenseits einer strikt deontologischen Ethikkonzeption.³⁷

3.2 KOSTENEFFEKTIVE WERTEMAXIMIERUNG

Ein strikt utilitaristischer Ansatz richtet sich an der Maximierung des Gesamtnutzens aus und misst diesen beispielsweise anhand von Kosteneffektivitätskriterien. Die vorhandenen Mittel sollten so eingesetzt werden, dass sie einen möglichst großen gesundheitlichen Nutzen für die größtmögliche Anzahl Betroffener her-

35 Ebd. 116 f.

36 Vgl. W. VEITH, *Gemeinwohl*, in: M. HEIMBACH-STEINS (Hg.), *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch. Band 1, Grundlagen*, Regensburg 2004, 270–282.

37 Vgl. W. KERBER, *Sozialethik. Grundkurs Philosophie 13*, Stuttgart/Berlin/Köln 1998, 46–50, bes. 47: Das Gemeingutprinzip ist eng mit dem Personalprinzip verknüpft; so geht es nicht um die Herstellung einer größtmöglichen Güterfülle als Ziel einer Volkswirtschaft, sondern um die größtmögliche Befriedigung menschlicher Bedürfnisse. Hier würde eine essentialistische Theorie, beispielsweise der Befähigungsansatz im Sinne Martha Nussbaums, unmittelbar anknüpfen können.

vorbringen. In gesundheitsökonomischen Handbüchern wird diese Position häufig implizit vertreten, in der Regel jedoch mit Hinweis auf kontraintuitive Ergebnisse über die Berücksichtigung zusätzlich angenommener, meist mit Verweis auf die Intuition begründeter Gerechtigkeitskriterien («equity weights») nachträglich korrigiert.³⁸

Ein solcher Ansatz provoziert eine Reihe von Anfragen. Besonders problematisch ist das Fehlen von Grundrechten. So wird alles verrechenbar, unabhängig von den Folgen, die diese Berechnungen für einzelne Menschen nach sich ziehen können. Eine nachträgliche Korrektur besonders kontraintuitiv erscheinender Ergebnisse wirkt dagegen willkürlich und kann eine Basis wie die Achtung der Menschenwürde und grundlegender Individualrechte keinesfalls ersetzen. Aus Sicht einer christlichen Sozialethik ist ein solcher Ansatz darum nicht akzeptabel. Kurt Seelmann hat die Grundsatzkritik einmal anhand drastischer Beispiele auf den Punkt gebracht:

Der Wert macht die Würde schutzlos. Wo alles zur Verrechnung steht, an seiner Nützlichkeit gemessen wird, schützt man nichts mehr um seiner selbst willen. Es ist das ökonomische Erbe des Werts, dass er verrechenbar ist. Wertphilosophisch gesehen lassen sich schwerlich Gründe dagegen finden, jemanden zur Lebensrettung eines anderen als lebendes Blutdepot zu verwenden, an Sterbenden ohne ihren Willen der Medizin nützliche Experimente anzustellen oder entführte Flugzeuge mit unschuldigen Passagieren abzuschießen. Ja auch die Präventions-Folter, wenn sie durch Abpressen eines Geisels-Verstecks Leben zu retten verspricht, lässt sich auf dem Weg über die Verrechnung von Werten begründen.³⁹

Werden kontraintuitive Resultate, verursacht beispielsweise durch die im QALY-Ansatz systematisch angelegte Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen, im Rahmen eines ökonomischen Ansatzes nachträglich mit Verweis auf Rechte gleichsam «von Hand» korrigiert, bleibt zu klären, in welchem Verhältnis diese rechtstheoretischen zu den nutzentheoretischen Überlegungen stehen und insbesondere, auf welche Weise die rechtstheoretischen Aspekte begründet werden.⁴⁰ Der alleinige Hinweis auf eine verbreitete Intuition, wie er beispielsweise bei der Berücksichtigung der «rule of rescue» und der damit verbundenen bevorzugten Behandlung von Patienten am Lebensende vom englischen NICE gemacht wird, ist wenig überzeugend.

38 Vgl. die gute Übersicht über verschiedene Korrekturvorschläge bei A. KLONTSCHINSKI/W. LÜBBE, *QALYs und Gerechtigkeit: Ansätze und Probleme einer gesundheitsökonomischen Lösung der Fairnessproblematik*, in: *Das Gesundheitswesen* 73 (2011), 688–695. Beispielsweise Erik Nord kommt mit seinem «Equal Value of Life Approach» aus ökonomischer Sicht deontologischen Ansätzen sehr weit entgegen, vgl. E. NORD, *Cost Value Analysis in Health Care. Making Sense out of QALYs*, Cambridge 1999.

39 K. SEELMANN, *Werte – zu Ursprung und Verwendung eines in der Ethik beliebten Begriffs*, in: M. FISCHER/DERS. (Hg.), *Ethik im transdisziplinären Sprachgebrauch*, Frankfurt a. M. 2008, 111–117, 115.

40 Vgl. A. KLONTSCHINSKI/W. LÜBBE, *QALYs und Gerechtigkeit*.

Über diese grundsätzlichen Anfragen hinaus ergeben sich im Rahmen eines strikt teleologischen Ansatzes auch theorieinterne Probleme, namentlich bei der inhaltlichen Bestimmung des Nutzens und der Lebensqualität sowie bei der Bewertung von Lebenszuständen, wie sie beispielsweise als Grundlage im QALY-Konzept dienen.⁴¹ Einschlägig bekannt ist, dass Gesundheitszustände je nach Befindlichkeit eines Befragten sehr unterschiedlich bewertet werden: Die Tatsache einer Querschnittslähmung kann von einer Person, die ohne diese Einschränkung lebt, völlig anders bewertet werden als von einem Menschen, der seit Jahren mit einer Paraplegie lebt. Auch die Folgen einer Prostataoperation wie Inkontinenz oder Impotenz können von Männern je nach ihrer Lebenssituation sehr unterschiedlich eingeschätzt werden. Ein gravierendes theorieinternes Problem besteht darüber hinaus in einer möglichen Einschränkung persönlicher und auch sozialer Präferenzen. Eine utilitaristisch grundgelegte Option zugunsten einer QALY-Maximierung kann grundlegenden individuellen, aber auch sozialen Werthaltungen widersprechen, wie im Konsenspapier der SwissHTA zu Recht betont wird.⁴² Dort wird vielmehr von einem rechtebasierten Konzept von Personalität, Integrität und Autonomie des Individuums als primärem normativem Postulat ausgegangen und auf den in der Schweizer Rechtstradition verankerten Solidaritätsgedanken, aber auch Kriterien wie Dringlichkeit und Fairness verwiesen.⁴³

3.3 RECHT AUF GLEICHBEHANDLUNG UND ANGEMESSENHEITSÜBERLEGUNGEN

Ein gemischt-deontologischer Ansatz, wie er aus unterschiedlichen disziplinären Perspektiven beispielsweise von Michael Schramm, Georg Marckmann, Leonard M. Fleck oder Stefan Huster⁴⁴ vertreten wird, basiert auf der Grundlage der

41 Vgl. die Übersicht zu Grenzen und Herausforderungen von HTA bei A. OLIVER/C. SORENSON, *The limits and challenges to the economic evaluation of health technologies*, in: J. COSTA-FONT/C. COURBAGE/A. MCGUIRE (Hg.), *The Economics of New Health Technologies. Incentives, Organizations, and Financing*, New York 2009, 205–216; aus ethischer Sicht beschäftigt sich Dan Brock seit vielen Jahren mit diesen Grenzen, vgl. z. B. D. BROCK, *Ethical issues in the use of cost effectiveness analysis for the prioritization of health resources*, in: G. KUSHF (Hg.), *Handbook of bioethics. Taking stock of the field from a philosophical perspective*, Boston/Dordrecht/London 2004, 353–380.

42 Vgl. M. SCHLÄNDER U. A., *Schweizer HTA-Konsensus-Projekt*, 11 und 24.

43 Vgl. ebd. 11 und 23; Soziale Präferenzen der Versicherten sollten empirisch erhoben werden, entsprechender Forschungsbedarf wird hinsichtlich der Validierung der hier angenommenen Postulate (genannt werden Vorrang bei Dringlichkeit und hohem Schweregrad, Bevorzugung junger Menschen, faire Chancen für Menschen mit seltenen Krankheiten, Nachrangigkeit von Bagatellen, Förderung von Innovationen) und von deren Rangfolge bzw. Gewichtung angemeldet. Hier wird ein gemischt-deontologischer Ansatz zugrunde gelegt, wobei die Pflichten rekonstruktiv über empirisch zu erhebende Wertpräferenzen in der Gesellschaft bestimmt werden sollen. Insbesondere das Kriterium der bevorzugten Behandlung jüngerer Menschen dürfte in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft wie der Schweiz allerdings unterschiedlich eingeschätzt werden.

44 Vgl. M. SCHRAMM, *«Alles hat seinen Preis»*; G. MARCKMANN, *Kosteneffektivität*; L. M. FLECK, *Just Caring*; S. HUSTER, *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?*, Berlin 2011. Dagegen argumentiert W. Lübke in kritischer Auseinandersetzung mit einer Stellungnahme der Zen-

zu achtenden Menschenwürde und der Grundrechte aller Menschen, integriert jedoch im Unterschied zu einer strikt deontologischen Position ebenfalls Überlegungen zur Angemessenheit medizinischer Leistungen und damit ein teleologisches Element. Der wesentliche Grund für diese Ergänzung liegt in der Anerkennung der Begrenztheit allen Lebens. M. Schramm bringt es folgendermaßen auf den Punkt: «Da wir nun nicht (mehr) im Paradies leben, können wir an der Tatsache, dass alles knapp ist, grundsätzlich nichts ändern. Wir können aber damit einigermäßen vernünftig umgehen, und das heißt, sowohl die Effizienz als auch die Gerechtigkeit zu berücksichtigen.»⁴⁵

Um Effizienzüberlegungen integrieren, gleichzeitig aber an der Gleichbehandlung aller Menschen festhalten zu können, unterscheidet er zwischen einer begründungstheoretischen Ebene und einer Anwendungsebene.⁴⁶ Angesichts der real bestehenden Knappheit ließen sich allgemeine Moralprinzipien von der Begründungsebene nur über den Weg einer ökonomischen Rekonstruktion anwenden. Was auf der Anwendungsebene genau als die vergleichsweise gerechtere Lösung gelten kann, könne erst nach dem Durchgang durch die ökonomische Kosten-Nutzen-Analyse beurteilt werden.⁴⁷ Die Gleichbehandlung aller bleibt ein Anspruch, der auf der Anwendungsebene im Sinne einer regulativen Idee verstanden werden sollte. Zu deren Umsetzung nennt er vier gerechtigkeits-theoretische Forderungen: Das Gesundheitssystem dürfe nicht einem unregulierten Markt überlassen bleiben (Pflicht zur Solidarität), es sollten Marktelemente eingebaut werden (Eigenverantwortung), es gebe kein Recht auf eine Maximalversorgung (Anerkennung der Endlichkeit) und es seien Maßnahmen expliziter Rationierung vorzusehen (Gleichbehandlung aller).⁴⁸

Der entscheidende Grund, warum Effizienzüberlegungen in das ethische Kalkül mit einbezogen werden sollten, liegt darin, dass Menschen immer schon in einem System mit Einschränkungen leben und de facto – bewusst oder unbewusst – darüber entscheiden, welche Art von Nutzen sie hervorbringen möchten, auch benannt als das Problem der Opportunitätskosten. Die Alternative, nämlich strikt deontologisch auf einem Recht auf Behandlung zu beharren, ist aufgrund der damit verbundenen impliziten Rationierung abzulehnen. Tatsächlich würde sonst die Situation der unregulierten Rationierung am Krankenbett gefördert, die sich vor allem in Form einer Ausdünnung («rationing by dilution»⁴⁹) der zur Verfügung stehenden Ressourcen vollzieht, was in Einzelfällen zu extremer Ungleichbehand-

tralen Ethikkommission der Bundesärztekammer zum Thema von 2007, vgl. W. LÜBBE, *Sonder-votum*, in: DEUTSCHER ETHIKRAT, *Nutzen und Kosten*, 118–122.

45 M. SCHRAMM, *«Alles hat seinen Preis»*, 1 (Hervorhebungen eingefügt, d. V.).

46 Vgl. ebd. 6 und 10.

47 Vgl. ebd. 11.

48 Vgl. ebd. 13–21.

49 R. KLEIN, *Rationing in the fiscal ice age. Guest Editorial*, in: *Health Economics, Policy and Law* 5 (2010), 389–396, 389.

lung führen kann. L. M. Fleck weist zu Recht darauf hin, in Wirklichkeit sei es diese implizite oder unsichtbare Form von Rationierung, die der Achtung der Menschenwürde widerspreche: «That practice does violate the moral rights of individuals because it involves treating them as mere things to be used for achieving someone else's cost-containing purposes.»⁵⁰

Eine Aussage über die Angemessenheit einer Maßnahme bedingt den Einbezug von Kosteneffektivitätsberechnungen, auch wenn diese Kriterien beinhalten, welche ganze Patientengruppen und letztlich die gesamte Gesellschaft betreffen. Nur unter Einbezug dieser Kriterien ist es überhaupt möglich, gerechte Allokationsentscheidungen zu treffen. Es liegt nahe, in diesem Zusammenhang an die traditionelle Unterscheidung zwischen außergewöhnlichen und gewöhnlichen Maßnahmen («extra-ordinary and ordinary means») im Zusammenhang mit Lebensende-Entscheidungen in der katholischen Moraltradition zu denken. Angenommen wird, dass ein Arzt lediglich dazu verpflichtet werden könne, verhältnismäßige Maßnahmen zu ergreifen.⁵¹ In der Bestimmung dieser Größe haben Kosten und Lebensqualitätskriterien stets eine Rolle gespielt. Thomas Bole geht in einer Auseinandersetzung mit der Behandlung von Menschen im irreversiblen vegetativen Zustand davon aus, dass die Anerkennung des Lebens als Gottes Gabe die Anerkennung der Endlichkeit und auch den Respekt vor dem letzten Ziel beinhalte; diese letzte Bestimmung des Menschen bestehe nicht in der Erhaltung seines biologischen Lebens, sondern im spirituellen Heil. Entsprechend hat auch die Glaubenskongregation in ihrer Stellungnahme zur Euthanasie von 1980 betont, es sei stets erlaubt, sich mit Mitteln zu begnügen, welche die Medizin allgemein zur Verfügung stelle:

Es ist immer erlaubt, sich mit den Mitteln zu begnügen, welche die Medizin allgemein zur Verfügung stellt. Niemand kann daher verpflichtet werden, eine Therapie anzuwenden, die zwar schon im Gebrauch, aber noch mit Risiken versehen oder zu aufwendig ist. Ein Verzicht darauf darf nicht mit Selbstmord gleichgesetzt werden: *es handelt sich vielmehr um ein schlichtes Hinnehmen menschlicher Gegebenheiten*; oder man möchte einen aufwendigen Einsatz medizinischer Technik vermeiden, dem kein entsprechender zu erhoffender Nutzen gegenübersteht; oder man wünscht, *der Familie beziehungsweise der Gemeinschaft keine allzu große Belastung aufzuerlegen.*⁵²

Zwar geht es hier um die Beurteilung der Angemessenheit von Maßnahmen am Lebensende eines Patienten und nur indirekt um Rationierung, jedoch fällt auf, dass in der Begründung der Unangemessenheit medizinischer Maßnahmen finanzielle und damit personenübergreifende Aspekte einbezogen wurden. In dieser Denk-

50 L. M. FLECK, *Just Caring*, 77.

51 Vgl. T. J. BOLE III., *Why almost any cost to others to preserve the life of the irreversibly comatose constitutes an extraordinary burden*, in: K. W. WILDES (Hg.), *Birth, Suffering, and Death. Catholic perspectives at the edges of life*, Dordrecht/Boston/London 1992, 171–182.

52 KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE, *Erklärung zur Euthanasie*, Bonn 1980, 12 (Hervorhebungen eingefügt, d. V.).

tradition ist wohl von entscheidender Bedeutung, dass davon ausgegangen wird, jeder Mensch sei von Gott angenommen und darum unabhängig von seiner Befindlichkeit unendlich wertvoll. Der von W. Lübke befürchtete Kurzschluss, von der Unangemessenheit einer Behandlung könnte auf den mangelnden Wert eines menschlichen Lebens geschlossen werden, ist auf der Basis einer solchen Hintergrundtheorie nicht möglich.

4. Fazit

Die Überlegungen zu den drei ethischen Positionen, die im Hinblick auf den Einbezug von Nutzenbewertungen bei der Ausgestaltung einer gerechten und guten Gesundheitsversorgung vertreten werden, legen ein Plädoyer zugunsten einer gemäßigt deontologischen Position nahe. Gemeint ist eine pflichtenethische Begründungstheorie, die angesichts der real bestehenden Knappheit bei ihrer Konkretisierung um teleologische Elemente ergänzt wird. Grundlegend dabei ist eine rechthebasierte, deontologische Moraltheorie mit der zentralen Forderung nach der Achtung der Menschenwürde. Darauf gründen deontologische Prinzipien wie die Chancengleichheit, das Diskriminierungsverbot, das Solidaritätsprinzip oder die bevorzugte Beachtung von besonders vulnerablen menschlichem Leben. In der Umsetzung und Konkretisierung dieser grundlegenden Prinzipien ist jedoch der Einbezug des Wirtschaftlichkeitskriteriums inklusive der Kosten-Nutzen-Überlegungen als teleologische Denkfigur unabdingbar. Ohne diese Ergänzung wäre die Achtung der menschlichen Würde aufgrund der impliziten Rationierung am Krankenbett gefährdet: So lautet die deontologische Begründung zugunsten des Einbezugs einer teleologischen Ergänzung, auch wenn dadurch Kompromisse und manchmal nur zweitbeste Lösungen akzeptiert werden müssen. Wesentlich dabei ist, dass eine deontologisch begründete Idealforderung aufgrund von Angemessenheitsüberlegungen eingeschränkt wird, um auf diese Weise eine diskriminierende und ungerechte Praxis in der realen Welt zu verhindern.⁵³ Da es im Kern der Problematik um die Anerkennung von Knappheit und letztlich der Endlichkeit des Lebens geht, sind komplementär zu den genannten Überlegungen sicherlich auch tugendethische Aspekte von Bedeutung.

Eine theologische Ethik ist zwar nicht in der Lage, spezifisch theologische Zusatzargumente in die Debatten um geeignete Normierungstheorien einzubringen. Sie sollte aber auf eschatologische Aspekte hinweisen: Angesichts der letzten Dinge

53 Vgl. dazu den Kommentar von L. M. FLECK, *Just Caring*, 119 f.: «The alternative to moral heroism is an ineffective pseudo-heroism – better known as pious posturing – maintaining clean hands and a clean conscience by failing to engage in the difficult moral struggles and moral compromises required by the problem of our complex social life and a complex health care system.» Nachdem er sich seit Jahrzehnten mit den Verteilungsfragen im Gesundheitswesen auseinandergesetzt hat, unterscheidet er in seinem gemischt deontologischen Ansatz zwischen idealer Gerechtigkeit und nicht-idealer, aber ausreichender Gerechtigkeit (102), wobei realistischer Weise eine nicht-ideale Gerechtigkeit einer ungerechten Situation grundsätzlich vorzuziehen sei.

wird einerseits die Begrenztheit, das Fragmentarische und damit die Erlösungsbedürftigkeit menschlichen Lebens deutlich, andererseits aber auch die Heilszusage wichtig: «Wer durstig ist, den werde ich umsonst aus der Quelle trinken lassen, aus der das Wasser des Lebens strömt» (Offb. 21,6b).

Literatur

- ALAKESON, VIDHYA, *Why Oregon Went Wrong*, in: *British Medical Journal* 337 (2008), 900 f. BG 9C_334/2010 vom 23.11.2010.
- BOLE III., THOMAS J., *Why almost any cost to others to preserve the life of the irreversibly comatose constitutes an extraordinary burden*, in: K. W. WILDES, (Hg.), *Birth, Suffering, and Death. Catholic perspectives at the edges of life*, Dordrecht/Boston/London 1992, 171–182.
- BRADOTTI, ROSI, *Zur Transposition des Lebens im Zeitalter des genetischen Biokapitalismus*, in: M. G. WEISS, (Hg.), *Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*, Frankfurt a. M. 2009, 108–135.
- BROCK, DAN, *Ethical issues in the use of cost effectiveness analysis for the prioritization of health resources*, in: G. KUSHF (Hg.), *Handbook of bioethics. Taking stock of the field from a philosophical perspective*, Boston/Dordrecht/London 2004, 353–380.
- DEUTSCHER ETHIKRAT, *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme*, Berlin 2011.
- FLECK, LEONARD M., *Just Caring. Health Care Rationing and Democratic Deliberation*, New York 2009.
- FRANKENA, WILLIAM F., *Analytische Ethik. Eine Einführung*, München 1981.
- GÖBEL, ELISABETH, *Unternehmensethik. Grundlagen und praktische Umsetzung*, Stuttgart 2010.
- HABERMAS, JÜRGEN, *Erläuterungen zur Diskursethik*, Frankfurt a. M. 1991.
- HABERMAS, JÜRGEN, *Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats*, Frankfurt a. M. 1993.
- HUSTER, STEFAN, *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?*, Berlin 2011.
- KERBER, WALTER, *Sozialethik. Grundkurs Philosophie* 13, Stuttgart/Berlin/Köln 1998.
- KLEIN, RUDOLF, *Rationing in the fiscal ice age*, Guest Editorial, in: *Health Economics, Policy and Law* 5 (2010), 389–396.
- KLONTSCHINSKI, ANDREA/LÜBBE, WEYMA, *QALYs und Gerechtigkeit: Ansätze und Probleme einer gesundheitsökonomischen Lösung der Fairnessproblematik*, in: *Das Gesundheitswesen* 73 (2011), 688–695.
- KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE, *Erklärung zur Euthanasie*, Bonn 1980.
- LÜBBE, WEYMA, *Einleitung*, in: DIES. (Hg.), *Tödliche Entscheidungen. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen*, Paderborn 2004, 7–26.
- LÜBBE, WEYMA, *Sondervotum*, in: DEUTSCHER ETHIKRAT, *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme*, Berlin 2011, 98–124.
- MARCKMANN, GEORG, *Kosteneffektivität als Allokationskriterium aus gesundheitsethischer Sicht*, in: M. ZIMMERMANN-ACKLIN/H. HALTER (Hg.), *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, Basel 2007, 213–224.
- MARCKMANN, GEORG/SIEBER, UWE, *Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem «Oregon Health Plan» lernen?*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 127 (2002), 1601–1604.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, *Social Value Judgements. Principles for the development of NICE guidance*, 2008, www.nice.org.uk (15.2.2012).
- NIDA-RÜMELIN, JULIAN, *Kritik des Konsequentialismus*, München 1993.
- NORD, ERIK, *Cost Value Analysis in Health Care. Making Sense out of QALYs*, Cambridge 1999.

- OLIVER, ADAM/SORENSEN, CORINNA, *The limits and challenges to the economic evaluation of health technologies*, in: J. COSTA-FONT/CH. COURBAGE/A. MCGUIRE (Hg.), *The Economics of New Health Technologies. Incentives, Organizations, and Financing*, New York 2009, 205–216.
- POWERS, MADISON/FADEN, RUTH, *Social justice. The moral foundations of public health and health policy*, New York 2006.
- PRICE, JESSICA/BINAGWAHO, AGNES, *From medical rationing to rationalizing the use of human resources for AIDS care and treatment in Africa: a case for task shifting*, in: *Developing World Bioethics* 10 (2010), 99–103.
- SCHLANDER, MICHAEL U. A., *Schweizer HTA-Konsensus-Projekt: Eckpunkte für die Weiterentwicklung in der Schweiz*, Basel u. a. 2011.
- SCHÖFFSKI, OLIVER, *Einführung*, in: DERS./J.-M. GRAF VON DER SCHULENBURG (Hg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, Berlin/Heidelberg 2008, 3–12.
- SCHRAMM, MICHAEL, *«Alles hat seinen Preis». Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, Hohenheimer Working-Papers zur Wirtschafts- und Unternehmensethik 3, Stuttgart-Hohenheim 2004.
- SEELMANN, KURT, *Werte – zu Ursprung und Verwendung eines in der Ethik beliebten Begriffs*, in: M. FISCHER/DERS. (Hg.), *Ethik im transdisziplinären Sprachgebrauch*, Frankfurt a. M. 2008, 111–117.
- SORENSEN, CORINNA/CHALKIDOU, KALIPSO, *Reflection on the evolution of health technology assessment in Europe*, in: *Health Economics, Policy and Law* 7 (2012), 25–45.
- VEITH, WERNER, *Gemeinwohl*, in: M. HEIMBACH-STEINS (Hg.), *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch*, Band 1, Grundlagen, Regensburg 2004, 270–282.
- WERNER MICHAEL, *Deontologische Theorien*, in: J.-P. WILS/CH. HÜBENTHAL (Hg.), *Lexikon der Ethik*, Paderborn 2006, 40–49.
- WILHELMS, GÜNTER, *Christliche Sozialethik*, Paderborn 2010.
- WOLBERT, WERNER, *Zur Pointe einer deontologischen Theorie und einer deontologischen Gerechtigkeitskonzeption*, in: O. NEUMEIER/C. SEDMACK/M. ZICHY (Hg.), *Gerechtigkeit. Auf der Suche nach einem Gleichgewicht*, Frankfurt a. M./Lancaster 2005, 155–170.
- ZIMMERMANN-ACKLIN, MARKUS, *Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche*, Freiburg i. Br./Freiburg i. Ue. 2010.
- ZIMMERMANN-ACKLIN, MARKUS, *Die Rationierungsdiskussion in der Schweiz. Beobachtungen aus ethischer Perspektive*, in: V. WILD/E. PFISTER/N. BILLER-ANDORNO (Hg.), *DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen*, Basel 2011, 127–139.
- ZWEIFEL, PETER, *Rationierung im Gesundheitswesen aus ökonomischer Sicht*, in: M. ZIMMERMANN-ACKLIN/H. HALTER (Hg.), *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*, Basel 2007, 95–109.

ADRIAN HOLDEREGGER/WERNER WOLBERT (HG.)

Deontologie – Teleologie

Normtheoretische Grundlagen in der Diskussion

STUDIEN ZUR THEOLOGISCHEN ETHIK 135

*Academic Press Fribourg, Freiburg Schweiz
Verlag Herder, Freiburg–Wien*

Bibliografische Information der deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Veröffentlicht mit Unterstützung des Hochschulrates Freiburg Schweiz

Die Druckvorlagen der Textseiten wurden vom Lehrstuhl für Moraltheologie und Ethik als pdf-Datei zur Verfügung gestellt.

Gestaltungskonzept: Stellwerkost

© 2012 Academic Press Fribourg / Paulusverlag Freiburg Schweiz

ISBN 978-3-7278-1721-2 (Academic Press Fribourg)

ISBN 978-3-451-34169-4 (Verlag Herder)

ISSN 0379-2366 (Studien zur theologischen Ethik)

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung		7
TEIL I: TERMINI UND DISTINKTIONEN		
Andreas Michael Weiß	Deontologie und Teleologie. Einige Definitionen und Klärungen	15
Werner Wolbert	Trümpfe oder Unsinn auf Stelzen? Zur Rede von Rechten im Rahmen einer teleologischen Ethik	45
TEIL II: DISKUSSIONSSTAND IN DER THEOLOGISCHEN ETHIK		
Klaus Demmer	Deontologie oder Teleologie – Eine zu Recht oder Unrecht vergessene Debatte?	77
Reiner Anselm	Die Debatte um Deontologie und Teleologie in der evangelischen Ethik – ein Sachstandsbericht	95
Eberhard Schockenhoff	Naturrecht, moralisches Gesetz und deontologische Begründungen in der Ethik	113
Stephan Ernst	Waren die Scholastiker Deontologen? Eine Rekonstruktion im Lichte der heutigen Fragestellung	137
Lars Reuter	Ethik als Quelle der Religion? Zum Entwurf Hastings Rashdalls und seiner Bedeutung heute	161
TEIL III: PHILOSOPHISCHE POSITIONEN		
Hubert Schnüriger	Deontologie vs. Teleologie: Fallstricke einer moraltheoretischen Grundsatzdebatte	181
Franz-Josef Bormann	Verabschiedung der Deontologie in der Gerechtigkeitsbegründung? Einige Rückfragen zu A. Sens Reaktion auf J. Rawls	205

Dieter Witschen	Warum gilt Kant als Erzdeontologe? Ein Spektrum von Gründen	227
TEIL IV: ANWENDUNGSBEREICHE		
Dieter Birnbacher	Bioethik – teleologisch oder anders?	251
Markus Zimmermann- Acklin	Deontologische und teleologische Begründungs- figuren am Beispiel von Nutzenbewertungen von Gesundheitsleistungen	269
Walter Lesch	Versuch einer Typologie der vielen Gesichter des Pazifismus	289
Werner Wolbert	Gezieltes und ungezieltes Töten	305
Gregory M. Reichberg	Thomas von Aquin zur Tötung aus Notwehr: Ein Fall von Doppelwirkung?	319
Jean-Claude Wolf	Utilitarismus und Folter	345
Joachim Hagel	Überlegungen zur amerikanischen Tea-Party- Bewegung	363
Autorenverzeichnis		383
Studien zur theologischen Ethik		385

EINLEITUNG

Deontologische und teleologische moraltheoretische Konzepte sind – neben den tugendethischen Ansätzen – zwei der wichtigsten Theorietypen der normativen Ethik. Sie wurden in den 1970er Jahren, etwa durch B. Schüller, sehr erfolgreich in die Theologische Ethik eingeführt.¹ Damit ist es innerhalb der Moralthologie nicht bloß gelungen, den Bestand an moraltheologischen Urteilsbildungen verständlicher und auf Unstimmigkeiten hin durchsichtig zu machen, sondern es wurde auch möglich – soweit sich die Moralthologie dieses vorwiegend analytischen Instrumentariums bediente² –, kohärenter am fächerübergreifenden Diskurs konkreter, moralischer Urteilsbildung teilzunehmen. So ist innerhalb der Theologischen Ethik kaum ein Anwendungsbereich denkbar, der nicht von diesen Ergebnissen und Profilierungen hätte profitieren können. Wenn auch innerhalb der Theologischen Ethik bemerkenswerterweise dieser normtheoretische Diskurs etwas stagniert – es findet sich kaum mehr eine fachspezifische Literatur hierzu –, so ist in der Nachbardisziplin der praktischen Philosophie in den letzten Jahren eine vertiefte und weiter differenzierende Diskussion festzustellen.³ In vielerlei Hinsicht hat u. a. der als Deontologe klassifizierte J. Rawls den Anstoß dazu gegeben.

In diesem Band geht es zunächst um eine Bestandesaufnahme der normtheoretischen Diskussion im moraltheologischen und philosophischen Bereich, aber auch um die Frage, wieweit die theologische Ethik davon profitieren kann. Gerade die anwendungsbasierten Ethikbereiche (z. B. die Bioethik) haben unter teleologischer Perspektive ergänzend neue Norm- und Handlungsbegründungstypen entwickelt.

Eine Diskussion über deontologische oder teleologische Normenbegründung setzt zunächst voraus, dass man sich verständigt, worüber man redet. Diese Feststellung ist trivial und dennoch nicht selbstverständlich. Wie die Beiträge dieses Bandes deutlich machen, werden die Termini nicht immer in demselben Sinne verstanden. Das ist auch insofern nicht verwunderlich, als Definitionen immer auch kontextbezogen und damit auf dem Hintergrund der Fragen und Probleme zu verstehen sind, die den jeweiligen Autor/die jeweilige Autorin bewegen. Deshalb behandelt der erste Teil Termini und Distinktionen.

1 Vgl. den Beitrag von A. Weiß in diesem Band.

2 So hat sich die französischsprachige moraltheologische Diskussion an dieser Diskussion kaum beteiligt, sondern sich vielmehr im Umkreis hermeneutischer historischer Methode bewegt. Typisch hierfür ist: S. PINCKAERS, *Les sources de la moral chrétienne*, Fribourg/Paris 2012.

3 Einen ersten Überblick geben M. DÜWELL/C. HÜBENTHAL/M. H. WERNER (Hg.), *Handbuch Ethik*, Stuttgart 2011, vgl. bes. die Kap. teleologische/deontologische Ansätze, 61 ff; R. Ogien/C. Tappolet, *Les concepts de l'éthique. Faut-il être conséquentialiste?*, Paris 2009; E. CARLSON, *Consequentialism reconsidered*, Dordrecht 2011; P. HURLEY, *Beyond consequentialism*, Oxford 2009.