

Wirtschaft und Ethik in der Entwicklung des Gesundheitswesens in Italien

Adriano Bompiani

In dieser meiner Wortmeldung werde ich mich vornehmlich auf die italienische Erfahrung beziehen, die im übrigen unter vielen Aspekten ähnlich ist wie in anderen westlichen und vor allem europäischen Ländern, die von einer fortgeschrittenen Industrialisierung geprägt sind.

Auch in Italien haben die bemerkenswerten demographischen und epidemiologischen Veränderungen der letzten fünfzig Jahre dazu geführt, daß neue Entwürfe für die Organisation des Gesundheitswesens entwickelt wurden. Diese Veränderungen (z.B. die zunehmende Überalterung der Bevölkerung, die Abnahme der Fälle von ansteckenden Krankheiten, die Zunahme von Erkrankungen aufgrund von Degenerationserscheinungen) waren begleitet von bemerkenswerten gesellschaftlichen Phänomenen (z.B. von einer freiwilligen Einschränkung der Fruchtbarkeit, von einer immer stärkeren Zunahme außerhäuslicher Arbeit von Frauen usw.) und von der vermehrten Möglichkeit, akute Krankheiten zu behandeln, außerdem von einer unablässigen technischen Entwicklung und von der in wachsendem Maß erhobenen Forderung nach dem „Genuß seiner Gesundheit“ als eines Rechtes, auf das jeder einzelne einen Anspruch hat.

Im übrigen ist auch in Italien das seit den fünfziger Jahren geschaffene System der sozialen Sicherheit (nach dem Modell des Wohlfahrtsstaates) in eine Krise geraten. Sein Finanzbedarf ist viel schneller gewachsen als die Steigerungsrate des Bruttoertrags der Industrieproduktion und des Beitrags, den es aus dem Steueraufkommen beziehen kann.

Schließlich kann sich auch in Italien ebenso wie in anderen Ländern der europäischen Gemeinschaft nur mit Mühe die *Strategie der Gesundheitsförderung* behaupten, die sich gründet auf Elemente der *Vorbeugung*, also auf Früherkennung (und Neutralisierung) organischer, psychologischer und sozialer Faktoren, die geeignet sind, sich pathologisch auszuwirken. Dies ist eine Strategie, die sich nicht nur auf das Eingreifen von Experten gründet, sondern auch auf ein Handeln, an dem auch andere Akteure des Gemeinwesens beteiligt sind; und ebenso auf die Weiterentwicklung der Hilfe durch primäre Gesundheitsfürsorge.

Ungeachtet dieser Schwierigkeiten besteht kein Zweifel, daß die Entwicklung des Rechtes auf Gesundheitsfürsorge für die gesamte Bevölkerung, wie sie in Italien gesetzlich gesichert ist, und ein vermehrtes Empfinden für die sog. „sozia-

len Bürgerrechte“ dazu geführt haben, daß diesem Bereich ein besonderes ethisches Gewicht beigemessen wird, wobei sich vor allem der *Grundsatz der Gerechtigkeit* geltend macht, der in der Praxis in den Grundsatz der *Gleichheit aller* übersetzt wird.

Und in dieser Erörterung will ich mich dem Verhältnis zwischen ebendieser Gleichheit aller und der Gesundheitsökonomie befassen.

Der Gedanke des Solidarismus und das Konzept der Gleichheit aller in der Gesundheits- politik

Unser Land hat sich mit der Verfassung von 1948 und vor allem mit der Reform des Gesundheitswesens von 1978 darauf ausgerichtet, Standards einer Gesundheitsfürsorge zu erreichen, die allgemein garantiert sind, also unabhängig von der Macht vertragschließender Gesellschaftsgruppen oder vom Einkommen der betroffenen Personen.

1978 wurde der Grundsatz des gleichen Rechtes jedes italienischen Staatsbürgers auf Zugang zum Gesundheitsdienst gesetzlich festgelegt. Dies war die Bestätigung der sog. „*formalen Gleichheit*“. Man muß jedoch betonen, daß man noch weit entfernt ist vom Erreichen des Zieles einer *substantiellen Gleichheit* der Befriedigung der die Gesundheit betreffenden Bedürfnisse.

1985 hat die Weltgesundheitsorganisation selbst behauptet, daß die Ungleichheiten hinsichtlich des Gesundheitsstandes, wie sie in den europäischen Ländern noch weithin festzustellen sind, bis zum Ende des Jahrtausends wenigstens auf ein Maß von 25% abgebaut

werden müssen. Man muß vor allem bedenken, daß auch innerhalb ein und desselben Landes *Faktoren einer Ungleichheit* anzutreffen sind, die zu beseitigen nötig und möglich ist.

In Italien - wie auch in anderen europäischen Staaten - lassen die epidemiologischen Erhebungen erkennen, daß es einen Zusammenhang gibt zwischen einerseits niedrigem gesellschaftlich-wirtschaftlichem Niveau und andererseits Krankheitsanfälligkeit bzw. Sterblichkeit, wie er sich zeigt bei gewissen pathologischen Befunden (z.B. Tumoren) und in dem Maße, wie Menschen gewissen allgemein bekannten Risikofaktoren (wie Rauchen oder Alkoholgenuß) und überdies gewissen berufsbedingten Risiken ausgesetzt sind.

Wichtige Beziehungen sind festzustellen zwischen einerseits den sozialen Unterschieden - das Bildungsniveau eingeschlossen - und andererseits den folgenden Faktoren: Zugang zu den Programmen der Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind und ihre tatsächliche Inanspruchnahme, Früherkennung von Tumoren in der Gynäkologie, Rückgriff auf die Dienste von Fachärzten, ausgewogene Ernährung und Anfälligkeit für andere Risikofaktoren, die definiert werden als *solche, gegen die sich Vorsorgetreffen läßt* oder *die vermeidbar sind*. Die mögliche Vorsorge besteht entweder in der Beseitigung der bekannten Risikofaktoren (z.B. unangemessene Ernährung, ungesunde Wohnung, Arbeitsbedingungen, welche die Gefahr des Entstehens von Berufskrankheiten mit sich bringen u.ä.) oder in der Korrektur von Lebensstilen oder gefährlichen persönlichen Verhaltensweisen (Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) und - im Gegensatz dazu - in der Übernahme von

gesundheitsfördernden Lebensstilen: sportliche Betätigung in der Freizeit, Zahnpflege, Verhaltensweisen zugunsten der Verkehrssicherheit und der Unfallverhütung und schließlich regelmäßige Teilnahme an Röntgenuntersuchungen zur Früherkennung von Erkrankungen.

Diese allgemeinen und heute wohlbekannten Regeln dürfen nicht „steril“ und auf ein zum Selbstzweck gewordenenes Wissen beschränkt bleiben.

Auf epidemiologischem Gebiet wird es in den nächsten Jahren vertiefter Erhebungen über homogenere Bevölkerungsgruppen in enger begrenzten Gebieten und der Förderung von breit angelegten Erziehungskampagnen (und nicht nur Informationskampagnen) für die betroffenen Bevölkerungsgruppen bedürfen.

Außerdem wird es unerlässlich sein, dafür zu sorgen, daß zwischen sozial- und wirtschaftspolitischen Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen und gesundheitspolitischen Maßnahmen auf der Ebene der betroffenen einzelnen und Gruppen eine Wechselwirkung entsteht.

Man wird keinerlei wirklichen Fortschritt in der Gesundheitsfürsorge verzeichnen können, wenn es nicht ein größeres, auch wirtschaftliches Engagement seitens derjenigen geben wird, die die Sozialleistungen finanzieren. Diese Frage ist besonders dringlich im Bereich der Bevölkerungsgruppe alter Menschen.

Faktoren der Gleichberechtigung in der allgemeinen Organisation der Gesundheitsfürsorge

Es scheint mir angebracht, einige Aspekte des Begriffs „Gleichberechti-

gung“ zu unterscheiden, die von Bedeutung sind für ein Höchstmaß an Leistungsfähigkeit bei der Organisation des Gesundheitswesens in den kommenden Jahren.

Die Ziele, die mit der Anwendung des Begriffs der Gleichberechtigung im Gesundheitswesen erreicht werden sollen, leiten sich ab von den Theorien der sozialen Gerechtigkeit, die – dem Grundsatz nach – eine Zuteilung von Angebo-

Der Autor

Prof. Adriano Bompiani, Presidente Ospedale Pediatrico „Bambino Gesù“, Piazza S. Onofrio 4, I-00165 Roma, Italien.

ten vorsehen, die im richtigen Verhältnis zu den Bedürfnissen stehen. Dies schließt auch das Recht auf gleiche Behandlung für das gleiche Bedürfnis ein.

Die Anwendung dieses Begriffs „Gleichberechtigung“ im Gesundheitswesen hängt offenkundig von der Antwort auf die Frage ab, ob die nötigen Mittel vorhanden sind. Die Mechanismen, mit denen die Gleichberechtigung zum Kriterium gemacht wird, wenn es darum geht, auch dem Begriff *Solidarität* Ausdruck zu verleihen, müssen jedoch noch gründlicher untersucht werden.

Der „Kontraktualismus“, d.h. das „Vertragsdenken“, das heute in der gesamten Gesellschaft stark verwurzelt ist, führt dazu, die Rolle des Staates als desjenigen, der bloß eine Garantie leistet, aufzuwerten gegenüber der Rolle einer direkten „väterlichen Beschützerfunktion“ gegenüber den Bürgern, wie sie in den fünfziger Jahren vorherrschte. Dies war eine Rolle, die offenkundig in ihren Ergebnissen ungenügend und außerdem wegen des übermäßigen bürokratischen Aufwands, den sie zur Folge hatte, heute unpraktikabel geworden ist.

Es ist sodann von wesentlicher Bedeutung, daß der Staat die Garantien, deren sich die Staatsbürger erfreuen, konkret definiert (z.B. auf welche Leistungen Anspruch besteht), womit er über sterile, allgemeine und oft unpraktikable Grundsatzserklärungen hinausgeht.

Dies führt unvermeidlicherweise dazu, daß ein allen geschuldetes „Minimum“ festgesetzt wird; und dies muß Mißvergnügen, Angriffe auf die für politische Entscheidungen Zuständigen und - als Folge davon - Reaktionen des Zauderns auf deren Seite bewirken.

Den Wünschen des einzelnen und seinen Ansprüchen auf freie Wahl bezüglich des Angebotes von Diensten wird man gewiß entgegenkommen, aber auf eine Weise, die den allgemeinen Erfordernissen und dem Gleichgewicht zwischen Rechten und Pflichten der Staatsbürger Rechnung trägt; und dies ist etwas, dem das Konzept des „freien Marktes“ im Gesundheitswesen keinen Ausdruck verschaffen kann. Es gibt im Gesundheitswesen tatsächlich Erfordernisse der Herstellung eines neuen Gleichgewichtes zugunsten sozial schwacher Gruppen oder „armer“ Regionen in Italien, Erfordernisse, die einzuordnen sind in den Rahmen der Rechte des einzelnen auf gleiche Gesundheitsfürsorge.

Nachdem diese grundsätzlichen Vorüberlegungen ausgesprochen sind, erscheint es angebracht, im Licht der Grundsätze der Gleichberechtigung genauer die Probleme zu untersuchen, die sich ergeben bei der Beschaffung der für die Gesundheitsfürsorge erforderlichen Geldmittel, bei der Verteilung dieser Mittel und bei den nötigen Maßnahmen, um bei den Aufwendungen für das Gesundheitswesen die nötige Effizienz zu erreichen.

Die Aufbringung der Finanzmittel für die Gesundheit in den Ländern Europas und in Italien

Mehr allgemein genommen, wird in den westlichen Ländern das Problem der Gleichberechtigung bei der Mittelverteilung für die Gesundheit im größeren Zusammenhang des „Systems der Sozialversicherung“ insgesamt gesehen. Und dessen Bedarf nimmt offensichtlich beständig zu.

Ein noch nicht ganz gelöstes bioethisches Problem besteht darin, Parameter zu definieren, die dazu taugen, die Makrozuteilung der Finanzmittel an die verschiedenen Bereiche des nationalen Lebens verbindlich festzusetzen. Es ist jedoch gewiß, daß eine solche Entscheidung geschehen muß aufgrund eines objektiven und kontrollierten Systems der Bedarfsermittlung in den verschiedenen Bereichen, das so beschaffen sein muß, daß unangemessene Zuteilungen und Störungen des nationalen Wirtschaftslebens verhindert werden, daß dagegen die schrittweise geschehende und redliche Erreichung des sozialen Zieles einer substantiellen Gleichberechtigung gefördert wird.

In den Staaten, in denen die Politik einer allgemeinen Wohlfahrt Fortschritte gemacht hat, werden alle Staatsbürger beitragen müssen zur Begleichung der Kosten der Gesundheitsfürsorge, und zwar entsprechend ihren eigenen Mitteln und nach dem allgemeinen Grundsatz der Solidarität (wonach die Gesundheitsfürsorge von den Gesunden und nicht von den Kranken gezahlt wird).

Diese Forderung, die in allen Ländern Europas erhoben wird, konkretisiert

Die interregionale Verteilung der Finanzmittel in Italien und der Vorschlag des sog. „Fiskal- föderalismus“ im Gesund- heitswesen

sich in drei möglichen Verfahrensweisen der Finanzierung des Gesundheitswesens: a) Einkommensteuern; b) Pflichtbeiträge für die Krankenkasse; c) „Tickets“¹ für einzelne Leistungen. Die Privatversicherung ist - in Europa - im wesentlichen eine ergänzende Maßnahme. Die europäischen Länder sind diesbezüglich gekennzeichnet durch eine Mischung dieser Verfahrensweisen, die von Land zu Land sehr verschieden ist. Das - derzeit geltende - italienische „System“ sieht vor, daß ca. 42% der Kosten aus den Mitteln des Fiskus aufgebracht werden, 38% aus den Mitteln der Sozialversicherung und 20% aus „Tickets“ (die in Portugal sogar einen Anteil von mehr als 30% ausmachen).

Dieses „Mischsystem“ - das die Frucht der Bemühung um ein mit Hilfe langwieriger Erkundungen ermitteltes Gleichgewicht ist und das Gegenstand heftiger politischer Kämpfe gewesen ist - schien bisher das auch für die italienischen Verhältnisse geeignetste zu sein. Es stimmt allerdings, daß einige Staaten auf ein stärkeres Maß von Verstaatlichung gesetzt haben (z.B. Schweden, Großbritannien und Dänemark), während andere (z.B. Frankreich) das Prinzip höherer Entnahmen aus dem Aufkommen der Sozialbeiträge verteidigen. „Tickets“ zu einem Preis von nicht weniger als 10% der Kosten gibt es immer noch in verschiedenen europäischen Ländern, und ungeachtet vieler Vorbehalte werden sie aufrecht erhalten wegen ihrer abschreckenden Wirkung hinsichtlich des verschwenderischen Umgangs mit Arzneimitteln.

Wir müssen nun ein anderes Problem ansprechen, das sich heute - wenigstens in Italien - heftig bemerkbar macht: den Anspruch verschiedener regionaler Bevölkerungsgruppen, selbst über die Erhebung von Abgaben und die für das Gesundheitswesen bestimmten Anteile der Mittel zu bestimmen.

Derzeit wird darüber diskutiert, ob dem Gesamthaushalt des nationalen Gesundheitswesens ein weiterer Regionalisierungsschub in Gestalt der Einführung eines *föderalistischen Gesundheitssystems* dienlich wäre, *das sich auf die sog. „Fiskalföderation“ gründete.*

Die Einrichtung des Interregionalen Gesundheitsfonds (*Fondo Sanitario Interregionale*), der den Bedarf auf der Basis einer einheitlichen „Kopfquote“ pro Einwohner in jeder Region mißt - durch welche der direkte Mitteltransfer von seiten des die Abgaben eintreibenden Staates gesichert wird -, hat zumindest auf theoretischer Ebene für alle Staatsbürgerinnen und Staatsbürger eine Chancengleichheit hinsichtlich der medizinischen Versorgung geschaffen.

Es ist jedoch offenkundig geworden, daß es auf diese Weise zu einem bemerkenswerten Transfer von Finanzmitteln aus einigen der Regionen des Nordens in die Regionen des Südens kommt, die auf 8.300 Milliarden Lire geschätzt werden. Tatsächlich betragen die für den Nationalen Gesundheitsdienst auf regionaler

Ebene eintreibbaren Anteile in Kampagnen und Kalabrien 58% gegenüber 121% in der Lombardei und 113% im Piemont. Das hat in den nördlichen Regionen Ressentiments geweckt, die sich auch auf politischer Ebene deutlich bemerkbar machen.

Das hat zu dem Vorschlag geführt, jede einzelne Region solle sich selbst die Mittel verschaffen, die sie für das Gesundheitswesen auszugeben gedenke.

Diese Frage ist unter dem Aspekt der Gerechtigkeit und der Gleichberechtigung umstritten. In jedem Fall, und zwar auch dann, wenn die derzeitige Norm für die Bildung des Fonds in Kraft bliebe, muß man festhalten, daß die Mittelverteilung nach einer einheitlichen Kopfquote nicht den Grundsätzen einer substantiellen Gleichberechtigung entspricht, wofern man die unterschiedlichen demographischen Verhältnisse in den Regionen bedenkt.

Man wird die Mittelzuteilung korrigieren müssen entsprechend dem Kriterium von ausgewogenen besonderen Quoten gemäß den besonderen Verhältnissen der jeweiligen Einwohnerschaft.

Die Verwendung der Finanzmittel für das Gesundheitswesen und eine wirtschaftlich vernünftige Ausgabenpolitik

Vor allem die Frage nach denjenigen, welche die Ausgaben zahlen sollen, ist es, worauf die weitverbreitete Polemik insistiert und worüber im Blick auf die Zukunft des Gesundheitswesens in den verschiedenen Ländern Europas diskutiert wird.

Da die Ausgaben überall als allzu hoch beurteilt werden, sind in den letzten Jah-

ren nicht nur Maßnahmen zu einer bloßen Einschränkung der Zuteilungen getroffen worden, sondern auch mehr oder weniger gelungene Versuche einer Verminderung der Ausgaben und einer differenzierten Bewertung dieser Ausgaben auf der Ebene der einzelnen medizinischen Leistungen.

Es muß jedenfalls betont werden, daß Italien sich in der Liste der Ausgaben der europäischen Länder für das Gesundheitswesen im Mittelfeld befindet (ca. 8,5% des Bruttoinlandsproduktes). Weitere Kürzungen bei der Mittelverteilung in der Sparte Gesundheit sind m.E. undenkbar; dagegen gilt, daß alle Anstrengungen zur Verbesserung des Ergebnisses der Mittelverwendung gemacht werden müssen. Mit anderen Worten: Wir müssen „besser ausgeben“! Dies ist eine Überzeugung, die weit verbreitet ist, sowohl bei Wirtschaftsfachleuten als auch bei den besonneneren Ärzten und in der öffentlichen Meinung!

Und dies führt uns dazu, kurz zwei Kriterien zu betrachten, die erforderlich sind, um einen besseren Einsatz der Finanzmittel zu sichern: das Begriffspaar Markt/Planung und die Umwandlung der größeren Einrichtungen des Gesundheitswesens in funktionierende Wirtschaftsbetriebe.

Einige Präzisierungen zum Doppelbegriff Markt/Planung

Wie schon in anderen Ländern, so ist bekanntlich auch in Italien mit dem 1. Januar 1995 ein Abrechnungssystem in Kraft gesetzt worden, das die Einführung des sog. „programmierten Binnenmarktes“ ermöglicht - im Sinne

eines Angebotes von Therapiemaßnahmen seitens verschiedener Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber zu Preisen (Vergütungen), die vom Staat festgesetzt sind, und zwar nach dem Kriterium der Zuordnung zu einer bestimmten „*Diagnosis Related Group*“ (DRG), italienisch „*Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi*“ (ROD) genannt.²

Dieses Kriterium entspricht nicht dem, was die Wirtschaftswissenschaftler im technischen Sinn als „Markt“ definieren, weil dabei die erste unentbehrliche Voraussetzung fehlt, damit es eine Situation wirklicher Konkurrenz gibt, nämlich eine Pluralität von Produzenten und Käufern, da ja die Klinikgesellschaften in ihrer übergroßen Mehrheit (als Anbieter von Dienstleistungen) Einrichtungen derselben Unternehmen sind, die als Käufer dieser Dienstleistungen auftreten, nämlich der „*Unità Sanitarie Locali*“ [USL], der „Örtlichen Gesundheitsverwaltungen“³.

Das Experiment ist nun im Gang, aber der Verlauf des ersten Jahres zeigt, daß die festgesetzten Tarife nicht immer die wirklichen Ausgaben decken; und dies bestraft besonders die Polikliniken der Universitäten und die wissenschaftlichen Forschungs- und Therapiezentren und einige besondere Bereiche der Gesundheitsfürsorge (z.B. die Pädiatrie) mit ihren jeweiligen Leistungen, die sich von den örtlichen Krankenhäusern der USL unterscheiden. Hier bedarf es dringend drastischer Korrekturmaßnahmen. Hier muß präzisiert werden: Auch der Prozeß der Umwandlung der Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser von größerer Bedeutung, Polikliniken der Universitäten und wissenschaftliche Forschungs- und Therapieinstitute sowie die „Örtlichen Gesund-

heitsverwaltungen“ [USL]) in funktionierende Wirtschaftsbetriebe muß fortgesetzt werden, darf aber nicht zum Wundermittel stilisiert werden, dem man unmittelbare und außergewöhnliche Wirkungen zuschreibt.

Das Prinzip der Umwandlung in gut funktionierende Wirtschaftsbetriebe ist kein leicht zu verstehender Prozeß, und dieser muß auch reifen können - nicht nur im Bewußtsein der medizinisch Mitwirkenden (besonders der Ärzte und des Pflegepersonals), sondern auch der Verwaltungsstäbe.

Die bioethischen Fragen und die wirtschaftlichen Aspekte der einzelnen Maßnahmen der Gesund- heitsfürsorge und Therapie

Wir haben bis hierher Probleme untersucht, die definiert werden können von der Makrozuteilung der Finanzmittel her, sei es in bezug auf eine „Bilanz des Gesundheitszustands“ oder sei es im Vergleich der unterschiedlichen Anteile, welche die großen Territorialeinheiten (Regionen) an den Finanzmitteln haben. Man muß aber auch die Fragen bedenken, die - auf wirtschaftlicher Ebene - jenseits dieser Dimension aufbrechen, da ja wohlbekannt ist, daß die Ausgaben für das Gesundheitswesen von unzähligen wirtschaftlich mehr oder minder relevanten Handlungen, die in der Ebene der Beziehung zwischen Arzt und Patient getätigt werden, bestimmt werden. Deswegen muß man auch die Prozesse der Mikrozuteilung der Finanzmittel auf der Ebene klinischer Entscheidungen analysieren, und dies führt dazu, die Frage zu debattieren, wer von den verschiedenen Patienten das Anrecht hat,

Hilfe und spezifische Behandlungen zu erhalten, und in welchem Maße das geschehen muß.

Dieser Ansatz verursacht selbstverständlich Diskriminierungen, die, wenn sie ein gewisses Maß überschreiten, *nicht* mehr auf den Grundsatz der Gleichberechtigung zurückgeführt werden können, weil sie *ungerecht* werden.

Auf der Ebene der Lehre wird dieses Problem, das die derzeitige bioethische Reflexion beherrscht, auf unterschiedliche Weise diskutiert, je nach dem, ob man sich von einer utilitaristischen, einer individualistisch-libertären oder schließlich einer personalistischen Orientierung leiten läßt.

Der soziale Utilitarismus schlägt als ethisches Kriterium für die Zuweisung der Finanzmittel eine Kosten-Nutzen-Berechnung vor, deren Ziel der Nutzen der Gemeinschaft ist. Mit anderen Worten: Die Kosten, welche die Gesellschaft im Gesundheitswesen trägt, müßten gemessen werden an den realisierbaren Nutzeffekten, die der Gesellschaft als ganzer und nicht dem einzelnen aus einer Maßnahme erwachsen. Ziel ist die Maximierung des Wohlergehens der größtmöglichen Zahl von einzelnen.

Es ist offenkundig, daß der Utilitarismus in seinen extremsten Ausdrucksformen Gefahr läuft, das Wohl einzelner Menschen zu opfern, indem er auf den sozialen Nutzen schaut, und andererseits in der Bewertung der Lebensqualität die Produktivität zu betonen und so dahin zu kommen, sich für die Streichung von Investitionen in die Pflege „unproduktiver“ und als Arbeitskräfte nicht wiederherstellbarer und daher unnützer Patienten auszusprechen (man denke z.B. an Krebskranke in der Endphase, Hirngeschädigte usw.).

Die individualistisch-libertäre Theorie, wie sie von Nozick vertreten wird, setzt den Akzent auf die Gerechtigkeit, interpretiert diese aber im Sinn der Anerkennung der Freiheitsrechte des einzelnen. In der Verteilung der Finanzmittel für das Gesundheitswesen wenden die Vertreter dieser Sicht die Regel des freien Marktes an: Man unterstreicht die „Zahlungsfähigkeit“ statt des gesellschaftlichen Nutzens und des öffentlichen Interesses. Die Rolle des Staates in diesem Zusammenhang ist minimalistisch: Der Staat beschränkt sich darauf, die Rechte und Freiheiten des einzelnen zu garantieren.

Es ist offenkundig, daß der Individualismus, indem er die Autonomie des einzelnen überschwänglich betont, Gefahr läuft, das Gemeinwohl und die Rolle des Staates aus den Augen zu verlieren.

Die egalitaristische Theorie tritt dafür ein, daß die Zuteilung von Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge für alle gleich sein muß. Jede Abweichung von der absoluten Gleichheit bei der Zuteilung ist ungerecht, und die Knappheit der Mittel rechtfertigt keine Unterschiede in der Mittelzuteilung.

Der Egalitarismus mit seiner Absicht, allen ein Minimum an Versorgung, an quantitativem und qualitativem Lebenswert zu garantieren, bedenkt nicht die besonderen Ansprüche der Personen in ihrem sozialen Kontext, wenn Leistungen erforderlich sind, die über dem garantierten Minimum liegen.

Die personalistische Bioethik schließlich, welche den vorrangigen Wert der Person in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellt, schlägt eine Koordination der Mittel und eine Planung im Gesundheitswesen vor, deren Grundlage das Prinzip der Sozialbindung und der Sub-

sidiarität sind. In diesem Fall sind die bei der Bestimmung des Vorrangs der einen Patienten vor den anderen anzuwendenden Kriterien die Dringlichkeit, die Verhältnismäßigkeit der Behandlung und die „random selection“, die „Zufallsauswahl“.

Die medizinische Dringlichkeit ist das erste grundlegende Kriterium, das bei der medizinisch-chirurgischen Behandlung zu beachten ist.

Das zweite Kriterium ist die „therapeutische Verhältnismäßigkeit“, in deren Beurteilung das sakrosankte Prinzip der Anwendung von Behandlungsmethoden eingeht, die nach allgemeinen „Leitlinien“ oder der Aussage von Praxisprotokollen von der Erfahrung als wirksam erwiesen sind.

Der Maßstab des Vorrangs auf der Warteliste (oder der „random selection“) muß beachtet werden, wenn bei verschiedenen Patienten die gleiche Dringlichkeit vorliegt.

Ich bin überzeugt davon, daß die Linie der „personalistischen Bioethik“ diejenige ist, welche der traditionellen medizinischen Ethik mehr Unterstützung bietet, wenn sie auch von Fall zu Fall eine Arbeit der Interpretation der „wirtschaftlichen Parameter“ und eine große Verantwortlichkeit jedes im Gesundheitsdienst Tätigen für die Verwaltung der gemeinsamen Mittel erfordert.

Die Entwicklung des Begriffs der „therapeutischen Verhältnismäßigkeit“, die ei-

nerseits exzessive medizinische Maßnahmen und andererseits Unterlassung von Hilfe vermeidet, ist das Feld, auf dem in den nächsten Jahren ein starkes erzieherisches Engagement entfaltet werden muß, sei es von seiten der im Gesundheitswesen Tätigen oder sei es von seiten der Patienten.

Schlußüberlegungen

Die hier entwickelten Überlegungen bilden gewiß keine erschöpfende Analyse der komplizierten Beziehungen zwischen dem Recht auf Gesundheitsschutz und der substantiellen Gleichberechtigung zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste. Die Notwendigkeit, diese Gedanken zu vertiefen, ist offenkundig, und tatsächlich wird dieses Thema in allen industrialisierten Ländern leidenschaftlich diskutiert.

Es ist dies ein Kapitel jener „Sozialethik“, die in jüngster Zeit mit aller Kraft auf den Plan getreten ist. Die Debatte, die (aufgrund ihrer Bedeutung für die Auswirkungen auf die Gesundheit) vornehmlich das Gebiet der „Bioethik“ betrifft, ist schon jetzt eine Gelegenheit (und wird dies in Italien in allernächster Zukunft noch mehr als bisher sein), den wirklichen Reifegrad des Bewußtseins und des Gewissens des Volkes hinsichtlich des Grundsatzes der Solidarität zu beweisen, die eine der Grundlagen sowohl unserer Verfassung als auch vieler anderer europäischer Verfassungen ist.

¹ Für gewisse Leistungen werden in Italien vom Staatsbürger Selbstbeteiligungsbeträge erhoben, und zwar mittels Einzugs von „Tickets“, die von Fall zu Fall zu erwerben sind. Dies hat den Zweck, die Nachfrage zu rationalisieren und von Verschwendung abzuhalten. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich vor allem auf die ambulante Behandlung und auf die Verschreibung von Medikamenten, die für nicht unbedingt nötig gehalten werden.

² Seit Januar 1995 hat der „Servizio Sanitario Nazionale“ ein System der Vergütung für medizinische Leistungen eingeführt, das sich auf das System der Klassifizierung nach „Diagnosis Related Groups“

(DRGs) gründet. Dieses teilt die aus Krankenhäusern für Akutfälle entlassenen Patienten bestimmten Gruppen zu, und zwar entsprechend der gesamten während des Klinikaufenthaltes empfangenen Hilfe. In Italien hat dieses System den Namen „*Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi*“ (ROD) erhalten. Dazu wird für jeden Klinikaufenthalt eine Karteikarte („*Scheda di Dimissione Ospedaliera*“ [SDO]) verfaßt, auf der außer den Personalien des Patienten die (hauptsächlichen oder ggf. auch die zusätzlichen) Diagnosen und die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren verzeichnet sind. Aufgrund der auf dieser Karteikarte angegebenen Diagnosen und Prozeduren wird jeder Klinikaufenthalt einem ROD zugeordnet. Dementsprechend wird dem Krankenhaus von seiten der zuständigen USL (vgl. Anm. 3!) seine Vergütung ausbezahlt.

³ Für „*Unità Sanitaria Locale*“ (USL) sagt man heute besser „*Azienda Sanitaria Locale*“ (ASL), in etwa = „Gesundheitsverwaltung“. Das gesamte Staatsgebiet wurde in 228 Bezirke aufgeteilt, für deren jeden eine *Azienda* zuständig ist. Diesen *Aziende* sind 81 große Kliniken zugeordnet, die als autonome Unternehmen klassifiziert sind. Jeder ASL ist eine bestimmte Zahl von Staatsbürgern zur medizinischen Versorgung in örtlichen Praxen und Kliniken zugewiesen. Die Gelder, die der Staat aus den Einkünften des Fiskus und der Versicherungen einnimmt und dann an die Institutionen des Gesundheitswesens weitergibt, werden über die verschiedenen „*Aziende Sanitarie Locali*“ entsprechend bestimmten Kopfquoten (in Höhe von ca. 1.500.000 Lire) verteilt. Jede ASL verwaltet ihre Mittel unter der Aufsicht der Regionalbehörden. Diese Mittel werden zum großen Teil vom Sektor Kliniken (1995: 990 staatliche Einrichtungen und 656 Häuser mit Vertragsstatus) verbraucht. An den staatlichen Sektor gehen 70% der Mittel; die restlichen 30% gehen an den privaten Sektor.

Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. Ansgar Ahlbrecht

Gerechtigkeit, Geschlecht und der Markt

Lisa Sowle Cahill

Da der Aufbau marktorientierter Wirtschaftsbeziehungen sowohl gerechte wie auch ungerechte Folgen haben kann, hat der Markt in der römisch-katholischen Soziallehre bedingt Zustimmung, aber auch heftige Kritik erfahren.¹ Ganz ähnlich hat der moderne Markt für die Lebensbedingungen von Frauen eine ambivalente Bedeutung, und er gestaltet sich weltweit ganz unterschiedlich.

Der Markt kann die Marginalität von Gruppen mit niedrigem Status verschärfen und dominierenden Gruppen neue Möglichkeiten der Selbstbehauptung bieten. Der globale Kapitaltransfer durch transnationale Konzerne, den Internationalen Währungsfonds und die Weltbank dient in erster Linie den Interessen der Länder der „Ersten Welt“. Die Schuldnerländer der „Dritten Welt“