

# „Just Health: Meeting Health Needs Fairly“<sup>1</sup>

Autorendiskussion mit Norman Daniels,  
 02./03. Oktober 2007  
 am Ethik-Zentrum der Universität Zürich

**N**orman Daniels, viel gelesener Autor der angewandten Philosophie und Professor an der *Harvard School for Public Health*, stellte sich im vergangenen Oktober der Diskussion um sein neues Buch *Just Health: Meeting Health Needs Fairly* in Zürich. Der Einladung des *Instituts für Biomedizinische Ethik* der Universität Zürich, das auf den *Universitären Forschungsschwerpunkt Ethik* derselben Universität als Sponsor rekurrieren konnte, folgten etwa 25 internationale Teilnehmer verschiedener Disziplinen. Geführt wurde der zweitägige Austausch von Argumenten für und wider das neue Werk, der namentlich durch Nikola Biller-Andorno und Annette Schulz-Baldes organisiert wurde, höchst kontrovers und gewinnbringend. Dies dürfte als Indiz dafür gelten, dass Daniels wieder einmal einen fundamentalen Text zu einem extrem relevanten wie aktuellen Problem geliefert hat.

Die Teilnehmer waren sich einig, dass *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, das mindestens eine Erweiterung, eher aber eine grundlegende Überarbeitung des früheren *Just Health Care* ist, eine der bisher besten Antworten auf die Probleme darstellt, die moderne Gesundheitssysteme zu schultern haben. Die von Daniels in seinem Buch entwickelte Hauptthese lässt sich wie folgt zusammenfassen: Denkt man über Gesundheit nach, ist es nicht ausreichend, sich um ein gerechtes und ef-

fizientes Gesundheitssystem an sich zu bemühen. Vielmehr muss es sich aus Gerechtigkeitsgründen um ein notwendigerweise ganzheitliches Projekt handeln, das Gesundheit in einen gesamtgesellschaftlichen Rahmen stellt. Die Gesundheit sowohl der einzelnen Menschen als auch die Gesundheit der Gesamtbevölkerung hängen entscheidend von Faktoren ab, wie z. B. materieller Verteilung, Zugang zu gesellschaftlichen Ämtern oder Bildung u. ä., die zugleich auch als Gradmesser für Gerechtigkeit angesehen werden. Oder kurz: Je gerechter eine Gesellschaft organisiert ist, desto gesünder ist sie im Allgemeinen.

Um die aus dieser These resultierenden Probleme ausreichend exakt zu beantworten, schlägt Daniels eine Gliederung in drei Hauptfragen vor [1, S. 11]:

1. Ist Gesundheit, und sind damit alle Faktoren, die sie zu einem bestimmten Maße beeinflussen, von besonderer moralischer Bedeutung?
2. Wann sind Ungleichheiten bezüglich der Gesundheit ungerecht?
3. Wie können wir Gesundheitsbedürfnissen unter Ressourcenmangel fair begegnen?

Zu 1.: Daniels kommt zum Schluss, dass Gesundheit eine besondere moralische Bedeutung hat, weil sie in großem Maße die Möglichkeiten (*opportunities*) beeinflusst, die ein Mensch zur Lebensgestaltung in einer Gesellschaft hat. Es bestehe eine moralische Pflicht, dieses Möglichkeitspek-

<sup>1</sup> Alle Angaben beziehen sich auf die Paperback-Ausgabe [1].

trum groß zu halten und somit ein besonderes Augenmerk auf die gesundheitsbestimmenden Faktoren zu lenken. Entscheidendes Kriterium für die Bestimmung der sicherzustellenden Möglichkeiten ist nach Daniels die „normale Spannweite an Möglichkeiten“ (*normal opportunity range; NOR*). Diese zeige an, welche Möglichkeiten im Leben – also Lebenspläne – Menschen „normalerweise“ offen stehen sollten. Sie orientiert sich bei dieser Bestimmung zum einen an sozioökonomischen Normen in einer Gesellschaft, zum anderen an der „normalen spezies-typischen Funktionsfähigkeit“ (*normal species functioning; NSF*). Daniels stellt darüber hinaus fest, dass diese Ansicht in den meisten westlichen Gesellschaften tatsächlich verbreitet ist. So seien z. B. Menschen, die sonst für einen völlig freien Markt und möglichst große individuelle Freiheit eintreten, dann bestürzt oder sogar empört, wenn Menschen, die krank sind und Hilfe benötigen, diese Hilfe nicht erhalten, weil sie sie nicht bezahlen können. Dieses Phänomen lasse sich sogar an ganzen Gesellschaften, wie z. B. an der US-amerikanischen, zeigen, die sonst kein Problem mit großen sozialen Ungleichheiten haben – selbst in diesen würde Gesundheit anders behandelt werden als andere Güter (vgl. [1, Kap. 2, Kurz: S. 17–21]).

Zu 2.: Die zweite Frage lässt sich nach Daniels mit der Formel „Gerechtigkeit als Fairness ist gut für unsere Gesundheit“ [1, S. 23] beantworten. Aus dieser ergebe sich, dass Gesundheit in einer Gesellschaft gerecht verteilt sein sollte und dass sich dies am besten mit einer sozial gerechten Verteilung bewerkstelligen ließe. „Gerechtigkeit als Fairness“ verweist dabei auf die Rawls’schen Wurzeln dieses Ansatzes. Demnach sind nur solche Unterschiede in den sozialen Grundgütern (*primary social goods*) zu rechtfertigen, die die Schlechtestgestellten besser stellen. Neu an Daniels’ Ansatz gegenüber Rawls ist aber, dass Gesundheit als wichtige Voraussetzung für die sozialen Grundgüter, wenn auch nicht selbst als ein solches, aufgefasst wird. Rawls dagegen the-

matisiert Gesundheit in seinem Hauptwerk [2] selbst gar nicht (vgl. [1, Kap. 3]).

Zu 3: Unter Knappheitsbedingungen ist der Frage nach einer gerechten Gesundheitsfürsorge laut Daniels nur mit großen Schwierigkeiten Herr zu werden. Antworten, wie sie der Art nach auf die ersten beiden Fragen, also nach Rawls’schem Muster, gegeben wurden, seien unter Mangelbedingungen für viele Menschen nicht akzeptabel, da sie zu allgemein und zu unbestimmt seien. Vielmehr sind nach Daniels unter Ressourcenknappheit prozedurale Mechanismen von Nöten, die der jeweiligen Gemeinschaft von Betroffenen (*stakeholder*) faire und akzeptable Ergebnisse liefern können. An diese Mechanismen müssen verschiedene Anforderungen gestellt werden, damit sie als legitim und fair gelten können. Daniels fasst diese Kriterien für prozedurale Gerechtigkeit unter dem Begriff „Verantwortung für Vernünftigkeit“ (*accountability for reasonableness; AFR*) zusammen. Hier nennt er vor allem vier Bedingungen, die seiner Meinung nach erfüllt sein müssen: i) Öffentlichkeit (*publicity condition*), ii) Relevanz (*relevance condition*), iii) die Revidierbarkeit und Einspruchsverfahren (*revision and appeals condition*) und iv) Umsetzung (*regulative condition*) (vgl. [1, Kap. 4]).

Zu i): Mit dieser Bedingung wird gefordert, dass Entscheidungen öffentlich gemacht werden, d. h. von allen Betroffenen nachvollzogen werden können. Dadurch würde eine Art „Fall-Recht“ (*case law*) realisiert, in dem ähnliche Fälle auch ähnlich gehandhabt würden – eine wichtige Voraussetzung für Fairness. Außerdem sei die Öffentlichkeitsbedingung Grundlage für die Legitimität jeder Rationierungsmaßnahme, denn erst durch die Betroffenen kann eine Legitimierung erfolgen (vgl. [1, S. 119–123]).

Zu ii): Es gibt nach Daniels zahlreiche verschiedene Arten und Unterarten von relevanten Entscheidungen, die in den öffentlichen Meinungsfindungsprozess gehören. Ganz grob lässt sich sagen, dass dies alles Entscheidungen sind, die in irgend-

einer Weise die Möglichkeiten der Lebensgestaltung der Betroffenen signifikant betreffen (vgl. [1, S. 123–131]).

Zu iii): Die Revidierbarkeits- und Einspruchsbedingung diene der Offenhaltung des Meinungsfindungsprozesses und schließe den Kreis zwischen Entscheidenden und Betroffenen. Sollte sich herausstellen, dass eine Entscheidung nicht dem allgemeinen Wohl der Betroffenen zuträglich ist, dann müsse es nach dieser Bedingung möglich sein, die Entscheidung zu überdenken und ggf. zu verändern [1, S. 131 f.].

Zu iv): Die Umsetzungsbedingung dient sozusagen als Metabedingung; sie soll die Erfüllung der anderen drei Bedingungen absichern [1, S. 133].

Bevor Daniels sich in den späteren Abschnitten seines Buches der Erörterung praktischer Implikationen seiner Theorie, wie etwa dem globalen Altern oder dem medizinischen Professionalismus zuwendet, greift er zuvor noch die grundsätzliche Frage auf, die seines Erachtens das Basisanliegen seines Buches und damit auch der anderen drei Fragen ist: Vor dem Hintergrund der Überlegungen zur moralischen Besonderheit gesundheitlicher Bedürfnisse, zum Krankheitsbegriff und zu prozeduralen Kriterien – Was sind wir uns denn eigentlich gegenseitig schuldig? (*What do we owe each other?*) Die Antworten, die er gibt, ergeben sich zunächst aus seinen Vorüberlegungen: Zuerst einmal müssten die Gesundheitsbedürfnisse aller Bürger ernst genommen und nach Möglichkeit erfüllt werden. Da es aber unmöglich sei, alle Bedürfnisse tatsächlich zu befriedigen, sei dort, wo rationiert werden muss, ein fairer Verteilungsprozess zu etablieren, in dem zumutbare Entscheidungen getroffen werden. Gesundheit erfordere aber mehr als nur ein gerechtes Gesundheitswesen, da viele andere sozioökonomische Faktoren dieses hohe Gut direkt oder indirekt beeinflussten. Daher erfordere Gerechtigkeit, dass allen auch die Prävention von Krankheit ermöglicht werde. Prävention sei dabei als sehr umfassender Begriff zu verstehen, unter den in allen Bereichen des Lebens die Vermin-

derung von Krankheitsrisiken fällt. Umgekehrt dürften Menschen, deren Horizont durch äußere soziale Faktoren wie Armut oder mangelnde Bildung beschränkt ist, nicht noch zusätzlich bestraft werden, in dem man ihnen Gesundheitsförderung und -leistung vorenthält. Zum Beispiel dürften Raucher, die meist in unteren Einkommensschichten lebten, nicht von Gesundheitsleistungen mit dem Verweis auf Selbstverantwortung ausgeschlossen werden, weil sie ihr Verhalten vielleicht nur zum Teil selbst verschuldeten (vgl. [1, Kap. 5]).

In Zürich stellte sich Norman Daniels einer prüfenden und konstruktiven Kritik. Acht Teilnehmer bekamen die Chance, auf ihn mittels kurzer Thesenpapiere, die vor dem Treffen bereits verschickt wurden, und kurzer Vorträge im Plenum zu antworten. Dann wurden ihre Ideen mit dem Autor während des Workshops diskutiert. Dabei ließen sich zwei Hauptrichtungen der Kritik ausmachen: Die eine bezog sich stärker auf die theoretischen Aspekte, die andere auf die praktischen Implikationen von „Just Health“.

So monierten die ersten beiden Redner, dass es Probleme mit der Erweiterung der Rawls'schen Theorie auf Gesundheit als Grundvoraussetzung für einen Bürgerstatus gäbe. Der Philosoph Neil Roughley von der Universität Münster zielte darauf, dass in Daniels Buch Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für das Rawls'sche Kriterium der „fairen Chancengleichheit“ (*fair equality of opportunity; FEO*) sei und daher ihr besonderes Gewicht erhalte. Wie solle das aber innerhalb der Rawls'schen Theorie gezeigt werden, die Gesundheit selbst nicht thematisiere, sondern vielmehr auf die politische Konzeption von „Person“ abziele? Eine Erweiterung der FEO auf „fundamentale Funktionen“ (die von Gesundheit abhängen) würde neue Gründe zur Rechtfertigung benötigen, die sich in Rawls' Arbeit so nicht fänden. Auch die Begründung, dass die erweiterte Fassung von FEO dem normativen Rawls'schen Konzept der Person gerecht würde, das nebenher auch noch kulturabhängig

sei, scheint nach Roughley für die besondere Bedeutung von Gesundheit nicht auszureichen.

Der zweite Redner, der Philosoph James Wilson von der Keele Universität, kritisierte, dass diese breite Lesart der FEO, die Gesundheit als wichtige Voraussetzung für die Primärgüter annimmt, gar nicht im Rawls'schen Sinne sei. Nach diesem seien wohl nur die Funktionen von Gesundheit zu sichern, die direkt für den Status als Bürger notwendig sind, was wieder am Konzept von „Person“ liege. Ein allgemein gelingendes Leben verlange aber eindeutig mehr. Daher, so Wilson weiter, sei eine Erweiterung außerhalb der Rawls'schen Theorie notwendig, etwa wie sie bei Sen oder Nussbaum zu finden sei, auch wenn Daniels dies nicht beabsichtigt habe.

Ivo Wallimann, Philosoph der Universität Zürich, wandte sich dann der *normal opportunity range* (NOR) zu und fragte nach dem Zusammenhang dieser mit der „normalen spezialtypischen Funktionsfähigkeit“ (*normal species functioning*; NSF). NOR und NSF scheinen durch Talente und Fähigkeiten verbunden zu sein. Diese seien aber nur zum Teil durch gesellschaftliche Faktoren bestimmt, so Wallimann, und es müsse gefragt werden, ob die FEO dann unabhängig von den sozioökonomischen Strukturen mit der NOR verbunden werden solle. Dies schaffe allerdings Klarheit mit Blick auf nationale Strukturen, da nur Gesellschaften, die zu einem gewissen Grad liberal sind, die von Daniels geforderten Ideen umsetzen könnten. Nur hier seien Bürger als frei und gleich nebeneinander gestellt, so dass die Voraussetzungen aus *Just Health* auch umsetzbar werden.

Gegen das hohe Gewicht, das Daniels der NOR in seinem Werk zuschreibt, argumentierte der letzte Redner des ersten Tages, der Philosoph Thomas Schramme von der Universität Swansea. Warum solle man überhaupt immer in erster Instanz um die Normalität besorgt sein, wenn doch nicht jedes Merkmal dieser für jeden Menschen gleich wichtig sei? So wäre doch der ‚fleischallergische‘ Vegetarier nicht unbe-

dingt um sein Abweichen von der Norm besorgt, noch würde er besonders leiden. Daniels könne darauf zwar antworten, dass Menschen immer die größte Menge an Möglichkeiten haben wollen, damit sie keinen Nachteil für ihre Wettbewerbsfähigkeit erleiden, doch warum, so fragt Schramme weiter, sollten Menschen besorgt über einen komparativen Nachteil sein, wenn sie nicht auch nicht-komparativ verletzt sind? Es gäbe zahlreiche Ungleichheiten in Wettbewerbssituationen, die wir normalerweise hinnähmen, ohne darin ein Problem zu sehen – wie z. B. ein versteifter Knöchel für einen alten Akademiker meist keine große Schwierigkeit darstellen dürfte.

Den zweiten Tag läutete die Medizinerin Annette Schulz-Baldes von der Universität Zürich mit der Frage ein, ob der Rahmen der *„accountability for reasonableness; AFR“* wirklich ein faires Begrenzen von Ressourcen in der Medizin gewährleiste. Dabei zielte Schulz-Baldes auf die dafür notwendige Klarheit der (substantiellen) Relevanzbedingung, die ihr zufolge nicht gegeben sei. Vielmehr gebe es verschiedene Varianten von zirkulären oder nicht hilfreichen Definitionsversuchen „relevanter“ Gründe für Rationierungsentscheide, die für Unklarheit sorgten. Daniels führe die AFR ja überhaupt ein, weil FEO zu unbestimmt und allgemein sei, um reale Knappheitsprobleme in *real-time* zu lösen – AFR sei aber selbst unterbestimmt. Das ursprüngliche Ziel der Einschränkung auf eine handhabbare Zahl von Gründen, die in einen deliberativen Prozess einfließen, werde damit verfehlt. Darüber hinaus bemängelte Schulz-Baldes die gleichfalls vorherrschende Unterbestimmung der prozeduralen Bedingungen der AFR. Zum Beispiel sähe AFR bei persistenter Uneinigkeit vor, dass Rationierungsentscheide per Abstimmung getroffen werden können. Das Abstimmungsverfahren sei aber genauso offen wie die Frage, ob Abstimmungsergebnisse ohne Beteiligung der Betroffenen fair und legitim seien.

Wie die Integration zwischen *justice as fairness* und einem deliberativen Konzept zu verbessern sei, dies stellte der Medizi-

ner und Philosoph Georg Marckmann von der Universität Tübingen dar, der ebenfalls den anscheinenden Widerspruch zwischen Rawls'scher und prozeduraler Ethik thematisierte. Im Mittelpunkt seiner Analyse stand der Zusammenhang zwischen den drei Daniels'schen Fragen. Marckmann kam dabei zu dem Schluss, dass die Antworten auf die ersten beiden Fragen, die noch in der Rawls'schen Konzeption ruhen, schon die Beantwortung der dritten Frage, die ganz in den deliberativen Raum gelegt wird, größten Teils mit abdecken sollten. So könne schon die erste Antwort die sozialen Eckpunkte und substanziellen Kriterien von Gesundheit mit einschließen, die in einen fairen Entscheidungsprozess einfließen, wie er in der dritten Antwort gezeichnet werde. Damit werde das Gewicht deliberativer Ansätze wieder auf ein Maß begrenzt, das das Rawls'sche Fundament nutze, statt es zu gefährden.

Den eher praktischen Implikationen der Daniels'schen Arbeit wandten sich die beiden letzten Rednerinnen des Workshops zu. So hinterfragte die Philosophin Susanne Brauer von der Universität Zürich das sechste Kapitel von „Just Health“ zu Altersrationierung und „umsichtiger Lebenszeitplanung“ (*prudential lifespan account*). Brauer fragte, ob Alter überhaupt ein gültiges Kriterium zur Rationierung sei oder ob damit nicht doch wieder einer unfairen Diskriminierung Vorschub geleistet werde. Dieses Problem ließe sich unter Umständen mit dem Perspektivenwechsel, den Daniels vorschläge, beheben. Nach diesem werde nicht mehr eine interpersonelle sondern eine intrapersonelle Transferleistung von knappen Gütern favorisiert, die sich an verschiedenen Lebensaltern einer Person orientiere. Könnte damit, so fragte Brauer weiter, aber nicht ein Pluralismus bezüglich des *prudential lifespan account* zum Problem für die Theorie werden? Überhaupt: Führe Knappheit wirklich notwendigerweise zu Altersrationierung? Hier widersprach Brauer Daniels.

Eine provokative Frage warf am Ende Samia Hurst, Ärztin und Medizinethikern

an der Medizinischen Hochschule der Universität Genf, auf. Sollten Ärzte kraft ihrer besonderen Stellung nicht, um der Gleichheit willen, den Menschen mit sozial niedrigem Status Priorität in der Behandlung einräumen? Dieser Ansatz würde zwar dem aus Gerechtigkeitsgründen sozioökonomisch blind zu haltenden von Daniels widersprechen und zudem den Ärzten eine höhere Verantwortung für ihre Entscheidungen auferlegen, sei aber praktisch gleichgewichtig zum theoretisch konträr konzipierten Ansatz von Daniels. Zudem habe der Gesundheitssektor auf alle Menschen einen großen Einfluss und sei damit ausgezeichnet geeignet Ungerechtigkeiten auszugleichen. Gegenargumente gegen diese Idee ließen sich meist entkräften, wie Hurst an verschiedenen Beispielen aufzuzeigen versuchte. Wie auch immer, letztendlich ließen sich all diese Fragen erst dann beantworten, wenn wir sicher wüssten, was wir eigentlich als grundsätzliches Ziel wollten: *just health* oder soziale Gerechtigkeit (*social justice*) oder beides.

Während der gelungenen Veranstaltung nutzte Norman Daniels die Gelegenheit und antwortete auf jeden Beitrag ausführlich. Zudem diskutierte er mit dem Plenum sich entwickelnde Fragen. Interessierten Lesern sei seine Monographie und eine Aufsatzsammlung mit den Ergebnissen des Workshops (erscheint 2008 im *Journal of Medical Ethics*) empfohlen.

### **Anschrift**

**Daniel R. Friedrich, MA**

Institut für Ethik, Geschichte  
und Theorie der Medizin

Von-Esmarch-Str. 62

48149 Münster

E-Mail: daniel.friedrich@ukmuenster.de

### **Literatur**

1. Daniels N (2008) *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press, Cambridge
2. Rawls J (1971) *A Theory of Justice*. Belknap Press, Cambridge