

Solidarität und Eigenverantwortung – oder Rationierung?

Ethische Überlegungen zur Strukturkrise
des deutschen Gesundheitswesens

von Werner Wertgen

Das deutsche Gesundheitswesen steckt in einer Strukturkrise, die auch Gerechtigkeitsprobleme impliziert und Reformen nötig macht. Diese müssen sowohl die ökonomischen Probleme lösen als auch Gerechtigkeitskriterien genügen. Darum sind die gesundheitsökonomischen Reformvorschläge, insbesondere jene, die Rationierungskonzepte ins Spiel bringen, mit ethischen Überlegungen zu konfrontieren.

Probleme des Gesundheitswesens

Knappeit ist geradezu ein integraler Bestandteil des Gesundheitswesens. Lediglich unter uneingeschränkten Marktbedingungen könnten sich ganz besonders Wohlhabende fast jede beliebige medizinische Leistung kaufen, im Zweifel sogar Spendeorgane. Doch aus guten Gründen ist der Gesundheitsmarkt – zumindest in den OECD-Ländern – staatlich reglementiert, entweder durch eine öffentlich organisierte und finanzierte Gesundheitsversorgung oder durch bestimmte Formen eines sozialen Versicherungswesens, oder auch durch Zwischenformen.

Angesichts der Tatsache, dass auch die Inanspruchnahme staatlich oder durch Versicherungen finanzierter Gesundheitsleistungen nicht kostenlos ist (sondern der Kostenfaktor lediglich mehr oder weniger verborgen bleibt), ausgehend von der Annahme, dass eine planende Regulierung von Marktsegmenten nicht nur zu Fehlplanungen, sondern auch zu Kostenaufblähungen führt, und bei partieller Infragestellung des Arguments eines „Marktversagens“ im Gesundheitssektor, wird von Gesundheitsökonomien ein Gesundheitsmarkt gegenüber einer staatlichen Organisation von Gesundheitsleistungen präferiert – allerdings mit einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht und mit dezenten gesetzlichen Lenkungen angesichts des Charakters eines öffentlichen Gutes, das die Gesundheitsversorgung in mancherlei Hinsicht besitzt (vgl. Breyer/Zweifel 1997). Damit ist das Gesundheitswesen dem *freien* Marktgeschehen entzogen. Wenn auch alle anderen Marktsegmente einem zumindest minimalen Reglement unterliegen – denn Märkte brauchen zu ihrer dauerhaften Existenz Regeln, die ihnen selbst nicht inhärent sind –, so stellt sich der Gesundheitsmarkt ihnen gegenüber als ein Markt *sui generis* dar. Dies liegt maßgeblich an der Eigenart des in ihm gehandelten Gutes, der Gesundheit. Wolfgang Kersting weist darauf hin, dass Gesundheit – wie das Leben – ein transzendentes (man könnte auch sagen: ein fundierendes, bedingendes) Gut darstellt, dessen Abwesenheit die Realisierung anderer Güter verunmöglicht (Kersting 2002).

Wenn der Sinn und Zweck eines organisierten Gemeinwesens darin besteht, die Menschenrechte zu garantieren (also das Gemeinwohl zu realisieren oder zumindest zu fördern), dann gehört es zu seiner zentralen Aufgabe, die transzendentalen Güter zu sichern. Aber: um welchen Preis? Darf man bei den transzendentalen Gütern nach dem Preis fragen, wo es doch um die Sicherstellung der sittlichen Subjekthaftigkeit der Personen geht, also um einen unbedingten Wert? Der sich in dieser Fragestellung verbergende Konflikt resultiert aus den Allokations- und Rationierungsproblemen, die mit einem meritorischen Gesundheitsmarkt (vgl. Wertgen 2002) und seinen Zugangs- wie Zuteilungsmodalitäten verbunden sind. Verschärft wird diese Problematik in einem umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem wie dem deutschen durch das demographische Phänomen des „doppelten Alterungsprozesses“ in Verbindung mit produktinnovativen Entwicklungen in der Medizintechnik.

Spezifische Probleme des deutschen Gesundheitssystems

Aufgrund einer geringen Fertilität und wegen einer steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung steigt das statistische Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung kontinuierlich. Dieser doppelte Alterungsprozess verändert das Zahlenverhältnis zwischen Rentnern und Erwerbstätigen („Altenquotient“), was einerseits einen negativen Finanzierungseffekt nach sich zieht (insofern die Einnahmen sinken und die Ausgaben steigen) und andererseits einen zusätzlichen Ausgabeneffekt erzeugt (insofern die durchschnittlichen personbezogenen Leistungsausgaben des mit dem Alter ansteigenden Ausgabenprofils zunehmen)¹. Mit einem Anteil von 10,7% am Bruttoinlandsprodukt (BIP) (im Jahr 2000) werden sich die Gesundheitsaufgaben demnach auf Dauer nicht finanzieren lassen. Geht man, was zu erwarten ist, bei einer Generationenbilanzierung (also der Gegenüberstellung von Zahlungen und abgerufenen Leistungen jeder Jahrgangskohorte) zusätzlich noch von der Einführung produktinnovativer add-on Technologien in der Medizin aus, die kostenintensiv sind und einen zusätzlichen Bedarf schaffen, dann ergibt sich eine deutliche Finanzierungs- bzw. Nachhaltigkeitslücke. Zur Aufrechterhaltung des Leistungsniveaus wäre mit einem Anstieg der Beitragssätze für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bis zum Jahr 2050 auf rund 25% des Bruttolohns zu rechnen. Zusammen mit den Beiträgen für die Pflegeversicherung wäre dann von Abgaben in Höhe von ca. 30% auszugehen (vgl. Fetzter/Raffelhüschen 2002)². Da auch die Zahlungen an die Renten- und Arbeitslosenversicherung steigen, würden die Sozialversicherungsausgaben insgesamt nahezu zwei Drittel des Bruttolohns verschlingen. Hinzu kämen die Steuern. Dies ist nicht nur ein Verstoß gegen das Prinzip der Generationengerechtigkeit³, sondern auch eine bedrohliche Perspektive für die dann älteren Menschen, weil die Gefahr besteht, dass diejenigen, die in dieser Weise belastet werden, das Solidarversicherungsprin-

¹ Die letzte Behauptung, die sogenannte Medikalisierungsthese, ist nicht unumstritten; vgl. Fetzter/Raffelhüschen 2002.

² Eine Zusammenstellung verschiedener Prognosen findet sich bei Beske 2003, 44f.

³ Bedenkenswert sind die Einwände gegen diese Auffassung, die Blüm 2004, 154, vorbringt.

zip aufkündigen werden. Diese Entwicklung lässt sich nur verhindern, wenn man entweder das Leistungsniveau der GKV senkt oder einen anderen Modus der Finanzierung von Gesundheitsleistungen wählt. An dieser Alternative entzündet sich eine Debatte, die zuweilen mit Rationierungsvorstellungen in Verbindung gebracht wird.

Rationierung im Gesundheitswesen

Will man die Probleme, die sich aus der Rationierungsproblematik ergeben, nicht zufälligen und verdeckten Entscheidungen anheim stellen (wie das in der Transplantationsmedizin geradezu üblich ist, vgl. Schmidt/Hartmann 1997), dann tut man gut daran, die Fragen offen anzusprechen und nach rechtfertigbaren Lösungen zu suchen. Dass es gegenwärtig eine Rationierungsproblematik gibt (und zwar nicht nur in der Transplantationsmedizin), lässt sich nicht sinnvoll bestreiten (vgl. Hermes 2002, 6). Dabei sei hier Rationierung in einem umfassenden Sinn verstanden: als Begrenzung der Mittel und als Zuteilungsverfahren unter den Bedingungen begrenzter Mittel⁴.

Nach diesem Verständnis ist bereits die Begrenzung der Beiträge zur GKV eine Rationierungsmaßnahme. Die Gesundheitsversorgung ist „strukturell unersättlich“ (Fuchs 1993); das heißt, es gibt so gut wie keine Grenzen medizinisch sinnvoller Maßnahmen. Selbst wenn man das gesamte BIP für medizinische Zwecke ausgäbe, blieben medizinisch sinnvolle Desiderate unerfüllt. Die 10,7% des BIP, die in Deutschland für das Gesundheitswesen verwendet werden, resultieren aus einem wohlfahrtsökonomischen Kompromiss bei der Befriedigung der konkurrierenden Ansprüche der verschiedenen öffentlichen Güter. Hierbei haben wir es mit einer Allokations- bzw. Rationierungsentscheidung auf der oberen Makroebene⁵ zu tun. Auf der unteren Makroebene wird dieser Anteil auf die Teilbereiche des Gesundheitswesens aufgeteilt (kurative Medizin, Notfallmedizin, Prävention etc.). Auf der oberen Mikroebene wird die Aufteilung der Leistungen auf Personen- bzw. Patientengruppen resp. auf Krankheitsgruppen und die für die spezifische Behandlung nötige Ausstattung vorgenommen. Auf der unteren Mikroebene entscheidet der Arzt durch seine Maßnahmen über die Mittelverteilung an konkrete Einzelpatienten.

Eine rationierende Allokation ist also unumgänglich, wenn man das Gesundheitswesen nicht den Mechanismen des freien Marktes ausliefern will. Allerdings ergeben sich daraus unweigerlich Gerechtigkeitsprobleme, die alle vier Allokations- bzw. Rationierungsebenen betreffen, denn die unumgängliche Begrenzung der Ressourcen auf der oberen Makroebene schlägt auf alle nachgeordneten Ebenen als Allokations- bzw. Rationierungs- und damit Gerechtigkeitsproblem durch. Diese Einsicht öffnet die Augen dafür, dass Lösungsvorschläge, die einzig die Mikroebene betreffen, eine Engführung darstellen. Allerdings wird man an einem Einbezug der Mikroebene in die Allokationsdiskussion auch nicht vorbei kommen. Dabei dürften größere Mittelzuflüsse auf der oberen Makroebene die Distributionsproblematik auf der Mikroebene nicht notwendigerweise lösen, wie ein Blick in die USA zeigt, wo ca. 15% des BIP für die Gesundheitsversorgung auf-

⁴ Differenzierteres dazu bei Rothgang 1999; Mack 2001; Breyer/Schultheiss 2002; Schmidt/Gutmann 2002.

⁵ Die Beschreibung der Ebenen folgt Engelhardt 1988. Es gibt davon abweichende Ebenenbeschreibungen.

gewendet, auf der Mikroebene jedoch sehr ungleichmäßig eingesetzt werden (vgl. Schmidt/Gutmann 2002).

Das heißt: jede Ebene besitzt – unbeschadet der Tatsache, dass die jeweils niedrigeren von den jeweils höheren Ebenen massiv beeinflusst werden – ihre eigene Allokations-, Rationierungs- und damit Gerechtigkeitsproblematik. Innerhalb des solidarisch angelegten Gesundheitssystems kulminieren diese Problematiken letztendlich in der Frage, aufgrund welcher Allokation welchen Patienten welche medizinische Maßnahme aus der Kasse der Sozialversicherung finanziert wird. Wenn man diese Verteilung nicht der Willkür oder zumindest impliziter Rationierung überlassen will – was nicht nur gerechtigkeitsrechtlich bedenklich ist, sondern auch das medizinische Personal mit Distributionsentscheidungen allein lässt, die oftmals anders als medizinisch begründet sind und deshalb nicht in deren fachliche Kompetenz fallen (vgl. Breyer 2002; Breyer/Schultheiss 2002; Kaatsch 2000) –, dann muss man die Allokations- und Rationierungsproblematik explizit machen.

Methodische Ansätze der Rationierung

In der Gesundheitsökonomik werden zur Lösung dieser Problematik verschiedene Instrumente vorgeschlagen. So etwa der QALYs-Index (*quality-adjusted life years*), der im Rahmen einer Kosten-Nutzwert-Analyse die relative Effektivität und Effizienz medizinischer Anwendungen mit dem Maßstab des „Zuwachses qualitätsbereinigter Lebensjahre“ bemessen soll. Oder eine Kosten-Nutzen-Analyse, die (unter Einbeziehung von QALYs) Lebenszeit und Lebensqualität monetarisiert und den Anspruch erhebt, diese mit anderen Gütern (dem „Konsum“) auf monetärer Ebene vergleichbar zu machen (vgl. Breyer/Zweifel 1997, Kap. 2). Dadurch glaubt man wohlfahrtsökonomische Entscheidungen gerecht, ausgewogen und angemessen gestalten zu können; etwa, wenn die Zahlungsbereitschaft für den Gewinn von Lebensjahren, die Minimierung von Lebensrisiken oder die Verbesserung von Lebensqualität ermittelt wird (vgl. Breyer/Zweifel 1997, Kap. 2).

Zur finanzierungs- bzw. versicherungstechnischen Umsetzung wird immer wieder auf Ansätze wie den des „*prudential life-span account of intergenerational equity*“ von Norman Daniels zurückgegriffen (Daniels 1996), wonach – vereinfacht – jedem eine bestimmte Summe bzw. Menge an Gesundheitsleistungen zur Verfügung steht, über deren Allokation im Rahmen der lebenszeitlichen Spanne jeder selbst zu entscheiden hat. Klüger ist es dann, so die Kalkulation, in jüngeren Jahren Gesundheitsausgaben zu tätigen, um ein hohes Lebensalter zu erreichen, als seine Mittel aufzusparen für eventuelle Ausgaben im Alter, das man aber vielleicht nicht erreichen wird, wenn man aus Gründen falscher zeitlicher Allokation in jungen Jahren an der Gesundheitsversorgung spart. Faktisch führt dieser Ansatz zum Vorschlag einer Altersrationierung im Gesundheitswesen. Wer dies ablehnt, so wird geantwortet, müsse – angesichts der begrenzten Mittel – alternative Rationierungsvorschläge machen, die dem Kriterium distributiver Gerechtigkeit standhal-

ten⁶. Konzepte in Anlehnung an den Ansatz des *prudential life-span account*, so wird argumentiert, könnten ein unsoziales *moral-hazard*-Verhalten ausschließen, das im konventionellen Krankenversicherungswesen geradezu rational sei, systemisch begünstigt werde und das Knappheitsproblem weiter verschärfe (vgl. Kersting 2002).

Ethische Aspekte

Diese knappen Ausführungen mögen verdeutlichen, warum die Zusage, jedem werde auf Dauer die beste medizinische Versorgung zuteil, mit den bisherigen Einnahmeverolumina der Krankenkassen nicht einlösbar ist. Immer kostspieliger werdende Therapien verlangen nach einer Antwort auf die Frage, wer was bekommen kann, wenn der Mitteleinsatz bereits auf der oberen Makroebene begrenzt ist. Die praktizierte verdeckte Rationierung wird in der Regel nicht als eine solche wahrgenommen, weil sie (1) auf keine konkret zu identifizierenden Personen oder Personengruppen zielt (sondern auf „statistische“ Personen), (2) als Grenze des Machbaren erlebt oder dargestellt wird und (3) oftmals medizinisch getarnt wird bzw. werden kann⁷. Doch mit dem Ausblenden dieser Problematik aus dem Wahrnehmungsfeld ist das Problem nicht nur nicht gelöst, sondern der Beliebigkeit anheim gegeben, die in der Regel ohne ethische Reflexion auskommt.

Da die Rationierungsproblematik auf allen vier Ebenen – in je spezifischer Ausprägung – eine Rolle spielt und weil die Mittelausstattung auf der oberen Makroebene die Allokationsproblematik auf den ihr nachgeordneten Ebenen determiniert, sind die Allokations- und Rationierungsentscheidungen auf allen vier Ebenen unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten zu beleuchten. Das heißt, die Frage nach der Organisationsform des Gemeinwesens ist genauso zu stellen wie beispielsweise die Frage nach Rationierungskriterien auf den unteren Ebenen.

Um über einen Maßstab zu verfügen, der eine tragfähige ethische Reflexion erlaubt, ist es zuallererst nötig, sich für eine Normierungstheorie zu entscheiden, die man der ethischen Reflexion zugrunde legt. Geschieht dies nicht, ist die Gefahr gegeben, dass bei den verschiedenen Problemlagen auf unterschiedliche – vielleicht teilweise inkommensurable – Normierungstheorien zurückgegriffen wird, was die ethische Bewertung beliebig macht. Geschieht dies nicht ausdrücklich, erzeugt es den Anschein der Beliebigkeit und macht die ethische Reflexion undurchschaubar. Diese Entscheidung ist freilich mit allen Problemen behaftet, die sich aus den Schwächen der Normierungstheorien ergeben. Wer sich beispielsweise für einen utilitaristischen Ansatz entscheidet – wie dies in der Wohlfahrtsökonomik überwiegend der Fall ist –, hat etwa mit den Problemen der Nutzensummenrechnung und der Untergewichtung individueller, unverrechenbarer Rechte zu kämpfen. Wer einen eher deontologischen Ansatz der Gerechtigkeit wählt, wird Schwierigkeiten bei der Lösung von Rationalisierungsherausforderungen bekommen, die keine

⁶ Dabei werden – im Rahmen eines Konzepts „weicher“ Rationierung – private Zusatzversicherungen (etwa für das Alter) – in der Regel durchaus erlaubt.

⁷ So weisen Ärzte in Großbritannien, wo es erheblich weniger Dialyseplätze gibt als in Deutschland, viel häufiger Patienten als dialyseungeeignet zurück als hierzulande; vgl. Krämer 1997, 58.

gleichmäßige Distribution zulassen. (Etwa: Wer bekommt die Niere, Patient A oder Patient B?)

Am tragfähigsten dürften kontraktualistische oder diskursive Normierungsansätze⁸ sein, weil sich in ihnen das konsequentialistische Anliegen der Folgenberücksichtigung mit dem deontologischen Anliegen der unbedingten Werthaftigkeit des sittlichen Subjekts in einer Weise verbindet, die den Modi politischer Entscheidungsfindung und Verständigung am ehesten entspricht und so einen Einfluss ethischer Reflexion auf das politische Handeln am ehesten zu garantieren vermag⁹. „Libertarianistische“¹⁰ Ansätze dürften, einmal abgesehen von ihren begründungstheoretischen Schwächen (namentlich der dezisionistischen Priorisierung des Eigentumsrechts), in unserer „alteuropäischen“ Sozialtradition nicht durchsetzbar sein; und streng egalitaristische Konzeptionen scheitern in der praktischen Anwendung an der Festlegung von Gleichheitskriterien. Kommunitaristische Entwürfe schließlich bieten für unseren Problembestand keine Lösungswege¹¹. Eine kontraktualistische oder eine diskursive Normfindungsprozedur ist nur marginal auf eine vorgängige Entscheidung der Akteure für einen *moral point of view* angewiesen¹², weil jeder „soziale Hilfeleistungen“ als allgemeines Prinzip aus eigeninteressierten Gründen schon immer will (vgl. Hossenfelder 2000). Damit dürfte sie begründungstheoretisch einem „intellektualistischen Fehlschluss“ (Iltting 1982) ebenso wenig erliegen wie einem naturalistischen Fehlschluss.

In einem solchen Verfahren dürfte dem Schutz des Lebens und der Gesundheit als transzendente oder konditionale Güter eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden. Daraus ergibt sich hinsichtlich der Systemfrage eine Entscheidung zugunsten einer wohlfahrtsstaatlichen Organisierung, die angesichts der Gefahren eines systemrationalen, aber kontraproduktiven *moral hazard* mit nicht unerheblichen marktwirtschaftlichen Elementen ausgestattet sein muss (vgl. Breyer/Zweifel 1997; Kersting 2000)¹³. Der Freiburger Ökonom Bernd Raffelhüschen hat mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Reform des deutschen Gesundheitswesens vorgeschlagen, die zumindest mittelfristig eine Beitragsstabilität und damit Generationengerechtigkeit sicherstellen soll (Fetzer/Raffelhüschen 2002). Diese „Freiburger Agenda“, die „unter Akzeptanz der ‚gesellschaftlichen Nichtakzeptanz‘ des ökonomisch Sinnvollen“, nämlich einer „privatwirtschaftlichen Versicherungslösung mit sozialpolitischer Flankierung“, als „politökonomische Second-Best“ Lösung begriffen wird, sieht (1) die Ausgliederung von Zahn-

⁸ Hier werden, unbeschadet ihrer deutlichen Unterschiede, kontraktualistische und diskursive Normierungsansätze als funktionsähnlich zu einer Normierungsrichtung gehörig angewendet.

⁹ Damit dürfte die Dichotomie von Moral als folgenloser „Wunschvorstellung“ oder „Heuristik“ (Karl Hohmann) einerseits und einer quasi normativen Ökonomie andererseits, die Schramm 2002, 140, beklagt, überwindbar sein.

¹⁰ So bezeichnet Niesen 2002 die Konzeptionen von Nozick und von Hayek. Auch der „politökonomische“ (Behne 2002) Ansatz von James Buchanan lässt sich darunter einordnen.

¹¹ Damit sind längst nicht alle Ansätze angesprochen. Es geht hier lediglich um eine *ex-negativo*-Unterstützung der Entscheidung für ein kontraktualistisches oder diskursives Verfahren.

¹² Allerdings auf eine Begründung dafür, warum konsensuale Verfahren normativ sein sollen; vgl. dazu Bayertz (Hg.) 1996.

¹³ Das dürfte auch der Forderung in *Centesimus annus*, Art. 34, entsprechen; vgl. auch Die deutschen Bischöfe 2003.

arzt- und Zahnersatzleistungen, (2) einen absoluten Selbstbehalt für ambulante Leistungen und Medikamente mit bedürftigkeitsgeprüften Ausgleichszahlungen und (3) eine über wettbewerbs- und ordnungspolitische Regeln stattfindende Reduzierung des Kostendrucks im stationären Sektor vor. Dieser Vorschlag hört sich sehr vernünftig an, dürfte aber keine wirksame Lösung zur Verhinderung (impliziter) Rationierungen sein¹⁴.

Neben den zur Zeit vornehmlich diskutierten Konzepten wie dem der Bürgerversicherung oder dem Kopfpauschalenmodell gibt es auch den Vorschlag, verschiedene Tarifklassen mit unterschiedlichen Leistungsangeboten zu schaffen – ein Standardtarif als Pflichttarif und zusätzliche Wahltarife –, wobei die Beitragssätze auch der Wahltarife in Relation zur ökonomischen Potenz¹⁵ der Beitragszahler bemessen werden müssten, damit keine wirtschaftlich induzierten Diskriminierungen entstehen¹⁶. Das wird dazu führen, dass ein Tarif, der bestimmte kostspielige Therapien (etwa solche im Alter) abdeckt, von Geringverdienern geringere Prämien abverlangt als von Spitzenverdienern, so dass die relative Prämienlast egalitär bleibt¹⁷. Damit könnte jede Form der Altersrationierung (und bei entsprechender Ausgestaltung auch der Diskriminierung chronisch Kranker) aus ökonomischen Gründen vermieden werden, weil ein solcher Wahltarif für alle (in Relation zur ökonomischen Potenz) gleichermaßen teuer wie erschwinglich (und damit zumutbar) wäre. Die Vermögensrelativität der Prämien lässt sich vertragstheoretisch aus dem Rawls'schen Differenzprinzip herleiten und entspricht dem Solidaritätsprinzip, insofern dieses sich am Personwohl orientiert. Sie dürfte als am wenigsten sozial anstößig empfunden werden und erfüllte damit auch das diskursethische Kriterium der zwangsfreien Zustimmungsfähigkeit¹⁸. Ein solches Krankenversicherungssystem mit einem allgemeinen Pflichttarif und einer Reihe unter Wahrung der Chancengleichheit wählbarer Zusatztarife erlaubte individuelle *intrapersonelle* Allokationsentscheidungen¹⁹ und liefe nicht auf eine *interpersonelle* Verteilungsentscheidung hinaus. Dieser Ansatz ist durchaus im Sinne der Prinzipien der Subsidiarität und der Beteiligungsgerechtigkeit, weil mit ihm die Selbstbestimmung geachtet und die Beteiligung an allen Stufen der Vorsorge ermöglicht

¹⁴ Daneben gibt es eine Reihe weiterer Vorschläge, z.B. Beske 2003; Schulenburg 2004.

¹⁵ Es muss mehr als nur das Einkommen aus Erwerbsarbeit berücksichtigt werden. Die ausschließliche Berücksichtigung der Erwerbseinkommen belastet nicht nur den Faktor Arbeit, sondern kann angesichts extrem ungleicher Vermögensverhältnisse in Deutschland (vgl. Quaißer/Welter 2004) auch als distributiv ungerecht empfunden werden.

¹⁶ So kann das liberale Anliegen der Selbstverantwortung mit dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit in Einklang gebracht werden.

¹⁷ Dies dürfte sich auch aus dem Gedanken des gleichen Grundrechts auf Leben und Gesundheit nahe legen und mit dem Gerechtigkeitsempfinden von 80% der Bundesbürger/innen entsprechen. Zu letzterem vgl. Riesberg/Weinbrenner/Busse 2003, 30.

¹⁸ Untersuchungen zur Akzeptanz der GKV haben ergeben, dass sowohl das Bedarfsprinzip (in seinem Kern) als auch das der einkommensproportionalen Beitragsbemessung als unerlässlich für die Gerechtigkeit dieser Versicherung angesehen werden; vgl. Ullrich 2004, 78-83. Eine Beitragsbemessung am Vermögen dürfte als noch gerechter empfunden werden.

¹⁹ Diese erfordern – gerade hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge – ein hohes Maß an Informiertheit und somit an Entscheidungskompetenz, die zu fördern unter den gegenwärtigen Sozialversicherungsbedingungen nicht nötig war und deshalb auch vernachlässigt wurde; vgl. Meyer 2002. Informiertheit ist eine Grundvoraussetzung für Beteiligungsgerechtigkeit.

wird. Damit wird von niemandem ein *utilitarian sacrifice* zugunsten eines größeren aggregierten Nutzens abverlangt.

Freilich bedarf die Festlegung des Leistungsumfangs beim Standardtarif größter Sorgfalt, damit Fehlentscheidungen bei der Tarifwahl in jüngeren Lebensjahren nicht zu Tragödien im Alter führen²⁰. Dies dürfte nämlich die Schwäche sowohl im QALYs-System als auch im Ansatz des *prudential life-span account* von Daniels sein. Sowohl die hypothetische Bewertung der Qualität von Lebensjahren als auch die Klugheitsberechnungen von Daniels verlangen vom Individuum projektive Fähigkeiten, über die es allein kaum verfügen dürfte. Darum müsste die diskursiv-kontraktualistische Entscheidung über den Zuschnitt der Tarifleistungen unter maßgeblichem Einbezug statistischer Daten und der Erkenntnis getroffen werden, dass Menschen im Alter – unabhängig von früheren Einschätzungen – faktisch an ihrem Leben (trivialer Weise dem einzigen, das sie haben und das für sie das absolut bedingende Gut darstellt) und an ihrer Gesundheit hängen und im Ernstfall keineswegs zu einer Mangelversorgung bereit sind. Das ist auch nicht verwunderlich. Wer – im Sinne Daniels' – Entscheidungen für seine eigene Zukunft fällt, präjudiziert damit ein Schicksal, das – etwas überspitzt formuliert – nicht das eigene ist, denn der Unterschied zwischen Jetzt und Nicht-Jetzt („Sein“ und „Nichts“) und somit gewissermaßen zwischen Realität und Nicht-Realität steht dazwischen.

Das Problem, einen Standardtarif, der von niemandem abgewählt werden darf, auszugestalten, ist spätestens seit dem „Oregon Health Plan“ bekannt (vgl. Marckmann/Siebert 2002). Deshalb wird man in dieser Sache aus einem dauernden diskursiven Prozess, der jeweils nur vorläufige und regelmäßig zu überprüfende Ergebnisse zeitigt, nicht herauskommen. Dieser Prozess wird sich auch der grundlegenden Frage zu stellen haben, was überhaupt als Krankheit zu verstehen ist, da es sich hierbei um ein in hohem Maße interpretatives und kulturrelatives Phänomen handelt. Damit müsste dem Trend, dass Medizingeräte und Arzneien sich ihre Krankheiten erst schaffen, der Eingang in den Standardtarif verwehrt sein.

Zugleich wird deutlich, dass die Entscheidung für Marktelemente in der Gesundheitsversorgung, die zuallererst die Anbieterseite trifft, aber – zur Verhinderung des *moral hazard* – auch die Versicherten, mit Rationalisierungseffekten verbunden ist, die zu nicht unerheblichen Einsparungen führen dürften. Inwieweit in diesem Zusammenhang auch Ausschlusskriterien bei riskanten Verhaltensweisen gehören, muss – nicht nur wegen der Praktikabilitätsproblematik, sondern gerade unter Gerechtigkeits- und Chancengleichheitsgesichtspunkten – eigens diskutiert werden (vgl. Kersting 2002; Leist 2002; Pöltner 2002, 302f.; Kirchhof 2004). Auch die Korruptionsproblematik (vgl. Krämer 1997; de Ridder 2003) dürfte unter (eingeschränkten) Marktbedingungen zurückgehen oder zumindest besser beherrschbar sein.

Dieser Ansatz bedeutet für die Organisationsform des Gesundheitswesens (also für die Ausgestaltung der oberen Makroebene) eine stärkere Marktöffnung. Für die untere Makroebene und die obere Mikroebene folgen daraus Rationalisierungseffekte („Rationalisierung vor Rationierung“, Kersting 2000, 502). Die Rationierungsproblematik auf der unteren

²⁰ Ein Zusatztarif muss jederzeit wählbar sein. Wer sich allerdings erst spät zusätzlich versichert, muss mit entsprechend höheren Beitragssätzen rechnen.

ren Mikroebene bleibt nur in bestimmten Fällen erhalten (namentlich in der Transplantationsmedizin). Eine Rationierung nach dem Kriterium der ökonomischen Potenz der Nachfragenden scheidet unter kontraktualistischen und diskursethischen Bedingungen aus. Immer wieder ins Spiel gebracht wird der Gedanke der Altersrationierung, die deshalb nicht ungerecht sei, weil sie jeden gleichermaßen bedrohe (z.B. Breyer/Schultheiss 2002). Anders als Kersting und andere (z.B. Kersting 2002; Breyer/Schultheiss 2002) glaube ich nicht, dass diese vertragstheoretisch oder diskursiv akzeptierbar wäre. Einige Argumente dazu wurden bereits genannt. Ein ökonomischer Einwand lässt sich aus der „Kompressionsthese“ gewinnen²¹, nach der die Gesundheitsausgaben erst kurz vor dem Tod deutlich ansteigen, gleichgültig, „ob dieser mit 60 oder 90 Jahren eintritt“ (Hoffritz 2003, 4). Künstliche Hüftgelenke und andere eher in höherem Alter notwendig werdende medizinische Hilfen fallen demnach nicht erheblich ins Gewicht. Teuer, so kann man fast zynisch sagen, ist das (intensiv-) medizinisch betreute Sterben – gleich, in welchem Alter. Diese These legt es nahe, über Ziel und Zweck intensivmedizinischer Behandlungen am Lebensende nachzudenken. Nicht, um Einsparungen zu erreichen, sondern um die Sinnhaftigkeit marginaler Lebensspannenverlängerungen zu reflektieren, die im Grunde nur Leidensverlängerungen sind. Eine solche Diskussion muss gesellschaftlich geführt und niemandem darf eine Position aufgedrängt werden. Es ist die Diskussion, die bislang zur Einführung sogenannter Patientenverfügungen führte.

Aber selbst wenn man von der Medikalisierungsthese ausgeht, Nutzenaspekte ins Feld führt und zugleich – um einem gravierenden Schwachpunkt des Utilitarismus zu entgehen, von einem aggregierten Nutzenkalkül Abstand nehmend – die Selbstwertigkeit (bzw. menschenrechtliche Subjekthaftigkeit) eines jeden Menschen zu jedem Zeitpunkt seiner Existenz zugrunde legt, wird man hinter dem Schleier des Nichtwissens keine Zustimmung zu einer Regelung finden, die die eigene Person im realen Leben (sofern man sich dort als alter Mensch wiederfindet) benachteiligt. Da hilft auch der Einwand nicht, alle Menschen würden einmal alt (wenn sie nicht vorher stürben). So, wie man seine Grundrechte nicht abtreten kann, kann man seinen Anspruch auf Gleichbehandlung nicht abtreten. Dieser Anspruch ist kein begrenztes Gut, das man während seiner Lebenszeit in unterschiedlicher Stärke nutzen könnte, ggf. auch so, dass man in frühen Jahren viel davon konsumiert und deshalb in späteren Jahren sein Kapital aufgezehrt hat. Auch im Alter sind Leben und Gesundheit transzendente bzw. konditionale Güter, und gerade der medizinische Fortschritt fügt es, dass alte Menschen eben nicht nur bettlägerig auf den Tod warten, sondern noch Wünsche und Pläne haben und umsetzen können. Eine utilitaristische Bemessung des Quantum der Pläne, das mit steigendem Alter kleiner werde und sich angesichts des enger werdenden Lebenszeitfensters geradezu marginalisiere, ist eine Deutung, die die Eigenwertigkeit und das subjektive Erleben dieser Lebensphase verkennt²². Und selbst für den Bettlägerigen ist das Leben noch wertvoll²³. Empfindet er es

²¹ Vgl. Fetzer/Raffelhüschchen 2002, 8; Hoffritz 2003, 4. Demgegenüber behauptet die Medikalisierungsthese, dass die Morbidität mit dem Alter kontinuierlich ansteige. „In der Literatur“, so Fetzer/Raffelhüschchen, „findet sich keine ausreichende Evidenz für die eine oder andere These.“

²² Dass Menschen in aller Regel ihre Lebensqualität im Alter nicht schwinden sehen – anders als der rationale Lebenszeitplaner in verschiedenen gesundheitsökonomischen Kalkülen (z.B. Breyer/Schultheiss 2002) – zeigt

anders, wird er auf eine therapeutische Lebensverlängerung verzichten. Doch dazu bedarf es keiner Klugheits-Lebensplanung nach Daniels; bzw. diese Entscheidung entzieht sich einer solchen projektiven Diskontierung.

Ja, selbst wenn man von differenzierteren präferenzutilitaristischen Ansätzen ausgeht, dürfte das Lebensalter gerade kein Ausschlusskriterium sein, denn die Präferenz zu leben und gesund zu sein, ergibt sich lebensalterunabhängig. Wenn gilt, „dass wir die Interessen einfach als Interessen abwägen, nicht als meine Interessen oder die Interessen der Australier oder die Interessen der Weißen“, dann spielt nach dem „Prinzip der gleichen Erwägung von Interessen“ (Singer 1984, 32) auch das Lebensalter der Personen als solches keine Rolle und Altersrationierung wäre auch präferenzutilitaristisch nicht begründbar.

Das von Breyer und Schultheiss (Breyer/Schultheiss 2002) ins Feld geführte von Daniel Callahan übernommene Argument einer „natürlichen Lebensspanne“ von ca. 80 Jahren ist zu beliebig, um darauf eine Altersrationierung gründen zu können. Wenn die beiden Autoren zudem von „gerechtigkeitsorientierten Gründen“ ausgehen, aber den Einwand, eine verbrauchsorientierte Rationierung sei gerechter als eine altersorientierte, mit dem Argument abwehren, jene verunmögliche eine individuelle Planungssicherheit, dann wenden sie sich zwar gegen einen Vorschlag, der die soziale Gerechtigkeit²⁴ missachtet, weil er chronisch Kranke nicht ausreichend berücksichtigt, tauschen ihren gerechtigkeitsorientierten Ansatz²⁵ damit jedoch selbst gegen einen utilitaristisch-pragmatischen²⁶.

Ob das Lebensalter unter keinen Umständen entscheidungsrelevant sein darf, ist damit noch nicht ausgemacht. Man denke etwa an den unmittelbaren Konkurrenzfall eines jungen mit einem sehr alten Menschen, von denen – *ceteris paribus!* – beide gleichermaßen dringend des vorliegenden und für beide gleichermaßen geeigneten Spendeorgans bedürfen. (Verändert man die hypothetische Entscheidungssituation dergestalt, dass man von einer jungen Mutter minderjähriger Kinder und einem alleinstehenden alten Mann ausgeht – wie dies zuweilen geschieht –, dann hat man das *ceteris-paribus*-Verhältnis aufgehoben und das Beispiel für die Ausgangsfrage unbrauchbar gemacht.)

Ausgeschlossen ist jedoch, dass das reine Lebensalter als generelles Ausschlusskriterium fungiert, was durch die Öffnung für marktwirtschaftliche Elemente und die Einführung verschiedener, für alle erschwinglicher (weil einkommensabhängig bemessener) Ta-

sich u.a. auch darin, dass Menschen in der Regel ihr Vermögen nicht in einer altersdiskontierenden Weise verbrauchen.

²³ Selbst wenn das nicht der Fall wäre, dürfte dies nach dem in der deutschen Verfassungstradition geläufigen Grundsatz der „Lebenswertindifferenz“ der Rechtsgüter Leben und Gesundheit kein Diskriminierungsgrund sein; vgl. Gutmann 2002.

²⁴ Unter sozialer Gerechtigkeit sei hier die Rahmenbedingung für die Anwendung von distributiver und kommutativer Gerechtigkeit verstanden, die sozialpolitisch zum Ausgleich auch nicht-anthropogener existentieller Chancenungleichheiten verpflichtet.

²⁵ Die Definition von Gerechtigkeit als Unparteilichkeit bei Breyer/Schultheiss 2002 ist äußerst unterbestimmt und somit wenig operationalisierbar. Sie ist offen für die Ausblendung individueller Rechte.

²⁶ Während eine „harte“ Altersrationierung beliebige Grenzen setzt (warum bekommt der 74-jährige eine Leistung, die dem 75-jährigen vorenthalten wird?) und deshalb ungerecht ist, führt eine „weiche“ Altersrationierung, die Zusatzversicherungen erlaubt, ohne deren Prämien vermögensrelativ zu bemessen, zu einer ökonomischen Diskriminierung (Arme sterben jenseits der Altersgrenze früher) und ist deshalb ungerecht.

rife vermeidbar ist. Eine solche gestaffelte Tarifstruktur mit jeweils spezifischen Leistungspaketen kann einen generationsgerechten demographischen Faktor wie auch das individuelle Gesundheitsverhalten berücksichtigen. Zusammen mit dem Steuerungselement des Selbstbehalts (und anderer Maßnahmen, wie z.B. der Kostentransparenz) stärkt ein solches System die Eigenverantwortung und die Beteiligungsgerechtigkeit.

Systemveränderungen müssen selbstverständlich sozial verträglich umgesetzt werden und dem Prinzip des Vertrauensschutzes Rechnung tragen. Würden beispielsweise bestimmte Operationen oder Prothesen in einem eigenen Wahltarif versichert werden müssen, dann wären die Beitragssätze der *zum Zeitpunkt ihrer Einführung* bereits älteren Menschen so zu kalkulieren, als hätten diese sich schon in jungen Jahren für diesen Tarif entschieden.

Gegen einen solchen Vorschlag der Einführung eines verpflichtenden Standardtarifs und verschiedener Wahltarife werden diverse Einwände vorgebracht (z.B. Beske 2003, 56), die ernst genommen werden müssen. Aber selbst wenn sich dieser Vorschlag als wenig praktikabel erweisen sollte, so müssen doch alle Alternativvorschläge den ethischen Kriterien genügen, die hier erläutert wurden. Das ist die zentrale Aussageabsicht dieser Ausführungen.

Drei Bemerkungen zum Schluss. Erstens: Das Thema „Generationengerechtigkeit“ ausschließlich auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis in der Renten- und in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beziehen, dürfte zu kurz greifen. In einer Generationenbilanzierung müssen alle Beiträge und Nutzungen das Sozialsystem betreffend saldiert werden – und das, auch intragenerationell, möglichst differenziert. Dabei könnte sich herausstellen, dass mancher junge Akademiker und Bafög-Empfänger in seinen jungen Jahren durch sein für ihn (noch) kostenfreies Studium und den Bafögbezug mehr an gesellschaftlich erbrachter ökonomischer Zuwendung erfahren hat als mehrere Nicht-Akademiker im Rentenalter während ihrer ganzen Lebenszeit zusammen. Auch ist eine vorhandene Infrastruktur, die man selbstverständlich nutzt, die aber erst aufgebaut werden musste, kein Vorteil einer natürlichen Verteilung, der in einem Gerechtigkeitskalkül unberücksichtigt bleiben könnte; auch nicht in einem libertitären. Dies gilt unbeschadet der ökonomischen Herausforderungen, denen sich die sozialen Sicherungssysteme gegenübersehen.

Zweitens: Renten- und Gesundheitswesen sind nicht die einzigen Felder enormer gesellschaftlicher Umverteilung. Unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten stößt Anton Leist (Leist 2002) die Frage an, ob beispielsweise Opernhäuser öffentlich subventioniert werden sollen. Dabei geht es ihm nicht um Kulturignoranz. Er weist vielmehr darauf hin, dass durch diese Subventionen in der Regel Besserverdienende (die den Großteil der Besucher stellen) mit Steuergeldern bei der Ausübung ihres Hobbys unterstützt werden. Dabei stammen diese Steuergelder zum Teil von denen, die – als geringer Verdienende – von Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen betroffen werden. Leists Frage lässt sich auf viele direkte wie indirekte Subventionierungsfälle anwenden (etwa auf kostenfreie Polizeieinsätze bei Fußballspielen, wodurch mittelbar die Millionengehälter von Fußballprofis gesponsert werden), die vor einer Rationierung im Gesundheitswesen zu überprüfen sind.

Drittens: Die moderne Medizin ist – gottlob – zu erstaunlichen Leistungen fähig. Sie schafft damit aber auch eine Reihe der Probleme, denen sich unser Sozialstaat gegenüber sieht. Diese Probleme können nicht allein durch organisatorische Umgestaltungen gelöst werden. Früher oder später wird sich die Gesellschaft auf einen Diskurs über das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und über Ziel und Zweck des Gesundheitswesens, damit auch über die Grenzen sinnvoller medizinischer Interventionen sowie über die Verantwortung für die eigene Gesundheit und ein entsprechendes individuelles Gesundheitsverhalten einlassen müssen.

Altersrationierung ist ethisch nicht verträglich, verfassungsrechtlich nicht möglich und ökonomisch auch nicht nötig. Karl Lauterbach, Mitglied im Sachverständigenrat des Bundesgesundheitsministeriums, hat mehrfach darauf hingewiesen²⁷, dass es im Gesundheitswesen noch erhebliche Rationalisierungspotentiale gibt, die selbstverständlich prioritär ausgeschöpft werden müssen. Ebenso sind von den Leistungserbringern Beiträge einzufordern, die u.a. durch stärkere marktwirtschaftliche Elemente erreicht werden können²⁸. Vielfach wird von einer stärkeren Eigenverantwortlichkeit ein Wirtschaftlichkeitseffekt erhofft (vgl. Kirchhof 2004; Musil 2003). Dabei ist allerdings zu beachten, dass sich Beteiligungsgerechtigkeit nicht in finanziellen Selbstbeteiligungen der Patientinnen und Patienten erschöpfen darf und zu einem Tarnwort für die Umgestaltung des deutschen Gesundheitswesens nach US-amerikanischem Vorbild wird (vgl. Gabriel/Große Kracht 2004; Reich 2004). Häufig wird auf strukturelle Veränderungen gedrängt, von denen man sich Rationalisierungseffekte erhofft, etwa bessere Vernetzung und Kooperation, mehr Transparenz²⁹, die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen, die Verbesserung kostensenkender Prävention und die Überprüfung der Organisationsstrukturen und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen (vgl. Musil 2003, 86; Beske 2003, 58; Schönhöfer 2002). Diesen Vorschlägen ist offensiv nachzugehen. Systemunzulänglichkeiten dürfen nicht durch Rationierungsansätze kompensiert werden. Ein nicht unerheblicher Kostenfaktor dürfte in der Verordnung falscher oder wirkungsloser Therapien oder Medikamente zu suchen sein (vgl. Deppe 2002). Auch die Korruption verschlingt – wenn man der Darstellung von *Transparency International* folgt – drei bis zehn Prozent des Gesundheitsbudgets, jährlich also zwischen sechs und 20 Milliarden Euro³⁰. Hier ist zuerst zu sparen, bevor zu Rationierungen gegriffen werden darf. Die Zahl der sinnvollen Vorschläge ist groß. Schwierig ist ihre Umsetzung gegen viele lobbyistische Interessen.

Alle spezifisch gesundheitsökonomischen Überlegungen müssen schließlich durch gesellschaftstheoretische und sozialwissenschaftliche ergänzt werden. Es gehört mittlerweile zum Bestand gesicherter Erkenntnis, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur hinsichtlich ihrer Definition gesellschaftliche Phänomene darstellen, sondern auch hinsichtlich der Bedingungen, die sie begünstigen und unter denen sie entstehen³¹. Auch hier tun sich Gerechtigkeitsfragen auf.

²⁷ Z.B. in einem Deutschlandfunk-Interview am 24.2.2003 und im ZDF-Morgenmagazin am 8.8.2002. Vgl. auch Marckmann 2001.

²⁸ Vgl. dazu das Deutschlandfunk-Interview mit Karl Lauterbach am 24.2.2003.

²⁹ Zur Transparenz gehört auch der Abbau von Informationsasymmetrien; vgl. Musil 2003, 5.

³⁰ Vgl. Frankfurter Rundschau vom 13. November 2004, 11.

³¹ Vgl. Müller/Braun 2000.

Literatur

- Aufderheide, D.; M. Dabrowski (Hg.) (2002): *Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens*, Berlin.
- Bayertz, K. (Hg.) (1996): *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*, Frankfurt a.M.
- Behnke, J. (2002): Die politische Theorie der Politökonomie: James M. Buchanan, in: A. Brodacz; G.S. Schaal (Hg.), *Politische Theorien der Gegenwart I*, Opladen, 119-155.
- Beske, F. (2003): *Das Gesundheitswesen zukunftsfähig machen. Kieler Alternative*, Kiel.
- Blüm, N. (2004): Katholische Soziallehre quo vadis? Anmerkungen zum bischöflichen Impulstext „Das Soziale neu denken“, in: *Stimmen der Zeit* 129, Heft 3, 147-156.
- Breyer, F.; C. Schultheiss (2002): „Alter“ als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse, in: Th. Gutmann; V.H. Schmidt (Hg.) 2002, 121-153.
- Breyer, F.: *P. Zweifel* (1997): *Gesundheitsökonomie*, 2. Aufl., Berlin u.a.
- Breyer, F. (2002): Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten, in: D. Aufderheide; M. Dabrowski (Hg.) 2002, 11-27.
- Daniels, N. (1996): *Justice and Justification. Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, Cambridge.
- de Ridder, M. (2003): Stoppt die Kurpfuscher, in: *Die Zeit*, Nr. 27 vom 26.6.2003.
- Deppe, H.-U. (2002): Kommerzialisierung oder Solidarität? Zur grundlegenden Orientierung von Gesundheitspolitik, in: Ders.; W. Burkhardt (Hg.), *Solidarische Gesundheitspolitik*, Hamburg, 10-23.
- Die deutschen Bischöfe* (2003): *Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*. Hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn.
- Engelhardt, H.T. (1988): Zielkonflikte in nationalen Gesundheitssystemen, in: H.-M. Sass (Hg.), *Ethik und öffentliches Gesundheitswesen*, Berlin, 35-44
- Fetzer, St.; B. Raffelhüschchen (2002): *Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda (Diskussionsbeiträge Nr. 103 des Instituts für Finanzwirtschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau)*, Freiburg i.Br.
- Fleischhauer, K. (1999): Alterdiskriminierung bei der Allokation medizinischer Leistungen. Kritischer Bericht zu einer Diskussion, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 4, 195-252.
- Fuchs, Chr. (1993): Allokationsprobleme bei knappen Ressourcen, in: E. Nagel; Chr. Fuchs (Hg.), *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin*, Berlin, 6-15.
- Gabriel, K.; H.J. Große Kracht (2004): Abschied vom deutschen Sozialmodell? Zum Stellenwert von Solidarität und Eigenverantwortung in aktuellen Texten kirchlicher Soziallehre, in: *Stimmen der Zeit* 129, Heft 4, 227-243.
- Gutmann, Th.; V.H. Schmidt (Hg.) (2002): *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Weilerswist.
- Gutmann, Th. (2002): Gleichheit vor der Rationierung. Rechtsphilosophische Überlegungen, in: Ders.; V.H. Schmidt (Hg.) 2002, 179-210.
- Hermes, H. (2002): *Ökonomisierung des Gesundheitswesens*, Diss. Univ. Osnabrück.
- Hoffritz, J. (2003): *Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 33-34/2003, 3-6.
- Hossenfelder, M. (2000): *Der Wille zum Recht und das Streben nach Glück. Grundlegung einer Ethik des Wollens*, München.

- Illing, K.-H.* (1982): Der Geltungsgrund moralischer Normen, in: W. Kuhlmann; D. Böhler (Hg.), Kommunikation und Reflexion, Frankfurt a.M., 612-648.
- Johannes Paul II.* (1991): Enzyklika Centesimus Annus. Hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn.
- Kaatsch, H.-J.* (2000): Gerechtigkeit bei der Organverteilung nach der Organentnahme bei Verstorbenen, in: H. Krefß; H.-J. Kaatsch (Hg.), Menschenwürde, Medizin und Bioethik. Heutige Fragen medizinischer und ökologischer Ethik, Münster u.a., 114-127.
- Kersting, W.* (2000): Gerechtigkeitsprobleme staatlicher Gesundheitsversorgung, in: Ders. (Hg.), Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist, 467-507.
- Kersting, W.* (2002): Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung, in: Th. Gutmann; V.H. Schmidt (Hg.) 2002, 41-89.
- Kirchhof, P.* (2004): Das Recht auf Gesundheit, in: Stimmen der Zeit 129, Heft 1, 3-14.
- Krämer, W.* (1997): Wir kurieren uns zu Tode. Rationierung und die Zukunft der modernen Medizin, Berlin
- Leist, A.* (2002): Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung, in: Th. Gutmann; V.H. Schmidt, (Hg.) 2002, 155-177.
- Liebig, St. u.a. (Hg.) (2004): Verteilungsprobleme und Gerechtigkeit in modernen Gesellschaften, Frankfurt a.M.
- Mack, E.* (2001): Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem, in: Ethik in der Medizin 13, 17-32.
- Marckmann, G.; U. Siebert* (2002): Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 127, 1601-1604.
- Marckmann, G.* (2001): Prioritäten im Gesundheitswesen, in: Ethik in der Medizin 13, 204-207.
- Meyer, E.Chr.* (2002): Zur Zustimmungsfähigkeit von Gesundheitssystemen, in: D. Aufderheide, M. Dabrowski (Hg.) 2002, 29-38.
- Müller, R.; B. Braun* (2000): Widersprüche zwischen gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen und politischer Spardiskussion, in: W. Krämer u.a. (Hg.), Neoliberalismus als Leitbild für kirchliche Innovationsprozesse?, Münster, 112-148.
- Musil, A.* (2003): Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine agency-theoretische Betrachtung, Wiesbaden.
- Niesen, P.* (2002): Die politische Philosophie des Libertarianismus: Robert Nozick und Friedrich A. von Hayek, in: A. Brodacz; G.S. Schaal (Hg.), Politische Theorien der Gegenwart I, Opladen, 77-117.
- Pöltner, G.* (2002): Grundkurs Medizin-Ethik, Wien.
- Quaißer, G.; R. Welter* (2004): Ein kurzer Blick auf eine (ökonomisch) gerechte Verteilung, in: Wissenschaftliche Arbeitsstelle des Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hg.), Gerechtigkeit für Anfänger, Münster, 27-38.
- Reich, W.T.* (2004): Wer verdient Fürsorge? Gesundheitsreform und die Werte, die unsere Gesundheitssysteme formen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 50, 247-261.
- Riesberg, A.; S. Weinbrenner; R. Busse* (2003): Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich. Was kann Deutschland lernen?, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 33-34/2003, 29-38.
- Rothgang, H.* (1999): Rationierung im Gesundheitswesen: Fakt oder Fiktion – notwendig oder ethisch verwerflich?, in: Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 6, 134-136.
- Schmidt, V.H.; Th. Gutmann* (2002): Einleitung, in: Th. Gutmann; V.H. Schmidt (Hg.) 2002, 7-40.
- Schmidt, V.H.; B.K. Hartmann* (1997): Lokale Gerechtigkeit in Deutschland. Studien zur Verteilung von Bildungs-, Arbeits- und Gesundheitsgütern, Opladen.
- Schönhöfer, P.* (2002): Missbrauch, Betrug und Verschwendung. Der Wildwuchs im Gesundheitswesen spottet jeder Kontrolle, in: H.-U. Deppe; W. Burkhardt (Hg.), Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg, 116-123.

- Schramm, M.* (2002): Begründung oder Anwendung: Methodische Anmerkungen zur Differenz zweier Diskursebenen, in: D. Aufderheide; M. Dabrowski (Hg.) 2002, 131-144.
- Schulenburg, J.-M. Graf von der* (2004): Herausforderungen der Gegenwart und der Zukunft im Gesundheitswesen: Wo stehen die Leuchttürme?, in: H. Hesse; J.-M. Graf von der Schulenburg (Hg.), Knappheit der Gesundheit aus Knappheit der Mittel im Gesundheitswesen, Mainz – Stuttgart, 9-33.
- Singer, P.* (1984): Praktische Ethik, Stuttgart.
- Ullrich, C.G.* (2004): Sozialpolitische Gerechtigkeitsprinzipien, empirische Gerechtigkeitsüberzeugungen und die Akzeptanz sozialer Sicherungssysteme, in: St. Liebig u.a. (Hg.) 2004, 69-96.
- Wertgen, W.* (2002): Patienten- und Mitarbeiterorientierung bei knappen Ressourcen. Anmerkungen aus ethischer Sicht, in: Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (Hg.), Jahrbuch 2002, Münster u.a., 212-230.

The German health system is passing through a structural crisis that implies problems with justice and is evidently in need of reforms. Such reforms should, on the one hand, solve the economical problems and, on the other hand, meet the criteria of justice. Therefore the economical proposals in this area, especially those suggesting concepts of rationalisation, must be confronted with ethical reflection.