

Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem

Elke Mack

Rationing in health care – a problem of business ethics and social ethics

Abstract. *Definition of the problem:* This article starts with a conceptual and factual discussion on the economic background of rationing in health care. The author tries to explain what rationing in health care means and how this problem can be estimated ethically. Rationing is defined as: the allocation and distribution of scarce goods in health care and of medical and nursing services under the condition that demand is greater than supply. *Arguments and conclusion:* This definition gives the opportunity, to prove whether rationing meets ethical criteria of justice concerning the allocation and distribution of basic goods. In order to ensure a human supply of necessary medical and nursing services, the author promotes an ethical reflection in terms of a theory of justice.

Keywords: Rationing – Health care – Justice

Zusammenfassung. Es wird versucht, durch begriffliche und sachliche Klärung der ökonomischen Hintergründe deutlich zu machen, was Rationierung im Gesundheitswesen bedeutet und wie diese Problematik unter ethischer Rücksicht bewertet werden kann. Rationierung wird definiert als die Zuteilung bzw. die Verteilung von knappen und begrenzt vorhandenen Gesundheitsgütern ebenso wie pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen unter der Bedingung, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot. Diese Definition bietet die Möglichkeit, Rationierung daraufhin zu überprüfen, ob sie ethischen Gerechtigkeitskriterien für die Verteilung und Zuteilung von Grundgütern entspricht. Um eine menschenwürdige Versorgung mit notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen sicherzustellen, wird eine ethische Reflexion in gerechtigkeits-theoretischer Hinsicht angestellt.

Schlüsselwörter: Rationierung – Gesundheitswesen – Gerechtigkeit

Der eigentliche Anlass, über Rationierung im Gesundheitswesen zu diskutieren, ist die Annahme, dass die Knappheitssituation im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren dazu führen wird, dass Patienten notwendige Leistungen vor-enthalten werden müssen.¹ Angesichts der technologischen Innovation, der Personalkostensteigerungen und der demographischen Entwicklung werden weitere Kostensteigerungen im Gesundheitswesen prognostiziert. Da diese Problematik unweigerlich auf westliche Sozialstaaten² zukommt, gleichzeitig jedoch die Einnahmen im Gesundheitswesen nicht im selben Maß zunehmen, stellt sich damit unweigerlich die Frage der Rationierung von Gesundheitsgütern und -leistungen. Bevor erläutert werden soll, an welche Einsparungen und Rationierungsformen hier zu denken ist und mit welchen Kriterien Einsparungen vorgenommen werden können, soll einleitend die ethische Herangehensweise an das Problem der Rationierung erläutert werden. Danach werden eine Begriffsklärung zur Rationierung vorgenommen und ihre Formen erläutert. Anschließend sollen die gängigen Kriterien von Rationierungsentscheidungen erklärt und abschließend eine systematische Einordnung der Lösungsansätze vorgenommen werden.

Ihren Sitz im Leben hat die Rationierungsdebatte im deutschen System, aber auch in allen anderen westlichen sozialstaatlich organisierten Gesundheitssystemen. Diese Systeme kennzeichnet eine Gemeinsamkeit: Es entstanden Knappheiten von medizinischen Versorgungsleistungen in regulierten Märkten, in denen sich das Angebot dieser Leistungen nicht über einen freien Markt steigern lässt, sondern durch Regulierung innerhalb von Sozialversicherungssystemen festgelegt wird. Diese begrenzen das Angebot künstlich, indem die Nachfrage nach Versorgungsleistungen von der Seite der gesetzlichen Krankenkassen eingeschränkt wird.

Innerhalb der Sozialversicherungssysteme werden mittlerweile Gesundheitsleistungen nicht mehr unbegrenzt zur Verfügung gestellt, weil Rivalitäten mit anderen elementaren Grundgütern der sozialen Versorgung bzw. öffentlichen Gütern (Altersversorgung, Arbeitslosenversicherung, Pflegevorsorge) entstanden sind. Der Anteil der Arbeitgeberbeiträge in der Sozialversicherung würde sonst erheblich steigen oder der Anteil an den Krankenversicherungsausgaben zu Lasten anderer Versicherungsleistungen gehen. Durch die Koppelung der Krankenversicherung an das Arbeitseinkommen würden bei einer Steigerung der Versicherungsbeiträge negative externe Effekte für den Arbeitsmarkt und die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt entstehen. Dies erklärt, warum politische Entscheidungsträger mit einer großen Hartnäckigkeit Beitragssatzstabilität aufrechterhalten wollen. Darüber hinaus stehen durch die Auskoppelung der privaten Krankenversicherung aus dem Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung nur begrenzte ökonomische Ressourcen für alle Versicherten zur Verfügung. Es kommt verschärfend hinzu, dass die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht nach dem Prinzip eines Kapitaldeckungsverfahrens arbeitet und dies durch die demographische Entwicklung in der Zukunft zu zusätzlichen Engpässen und nur schwer lösbaren Knappheitsproblemen führen wird (vgl. [25]).

¹ „Die These lautet nicht: die Medizin soll rationiert werden, sondern die Medizin wird rationiert werden.“ ([23], S 7)

² Der Begriff des Wohlfahrtsstaates hat in der ökonomischen Debatte negative Konnotationen, weil er zumeist die für den marktwirtschaftlichen Erfolg notwendigen Anreize für unternehmerisches und selbständiges Handeln nivelliert und zu Anspruchsdenken auf Kosten anderer führt. Es wird deshalb der neutrale Begriff des Sozialstaates verwendet

Wenn wir das Problem unter einer ethischen Perspektive betrachten, geht es in der Debatte zur Rationierung darum, „wann und wie in der allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung Leistungsbegrenzungen aus Gründen der Gerechtigkeit erfolgen sollen“ ([35], S. 42) Damit stehen genuine „Probleme der Sozialethik“ [35] zur Lösung an, denn die Sozialethik hat sich die gerechte Gestaltung von sozialen Institutionen – und hierunter fällt in jedem Fall das Sozialsystem der Gesundheitsversorgung [21] - zur Aufgabe gemacht.

Beim Problem gegenwärtiger Rationierungszwänge in westlichen Sozialstaaten handelt es sich nicht um die herkömmliche Begleitung der Knappheitsbewältigung, wie sie normalerweise von der Ökonomie in freien Märkten durch die Regelung von Angebot und Nachfrage vorgenommen wird. Vielmehr ist zu befürchten, dass das Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage aus dem Lot gerät. Die in der Debatte prognostizierten Engpässe gehen weit über das hinaus, was durch den effizienten Umgang mit Ressourcen oder durch das Einsparen von Rationalisierungspotentialen bewältigt werden könnte.³ Deshalb wird von der Notwendigkeit der Rationierung der Ressourcen im Gesundheitswesen gesprochen, die kein Instrument der klassischen Ökonomie ist und nicht markt-konform eingesetzt werden kann.

Um diese verschärfte wirtschafts- sowie medizinethische Problematik zu beschreiben, ist der Begriff der „medizinischen Notwendigkeit“ zentral. Er stellt ein ethisches Kriterium dar, das eine menschenwürdige Versorgung sicherstellt.⁴ Medizinische Notwendigkeit besagt nämlich, dass Bedingungen erfüllt sein müssen, unter denen eine medizinisch indizierte Versorgung von Patienten mit dem Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit auf der Basis gegenwärtiger medizinischer Standards stattfinden kann. Dies impliziert auch, dass eine Therapie chronisch Kranker mit dem Ziel eines möglichst selbständigen und schmerzfreien Lebens stattfinden bzw. dass eine ausreichende palliativmedizinische Basisversorgung bei Sterbenden durchgeführt werden kann.

Bezüglich der Rationierung ist dann die eigentlich ethisch relevante Frage, ob es sich um das *Vorenthalten bzw. die bewusst regulierte Nichtverfügbarkeit von notwendigen Leistungen* handelt oder ob Rationierung nur die *Einschränkung von über das notwendige Maß hinausgehenden Leistungen* umfasst. Je nach Beantwortung dieser Frage wird die ethische Stellungnahme zu Rationierungsregeln und Rationierungshandlungen anders ausfallen müssen.

Gesetzt den Fall, dass durch mangelnden Ausgleich von Angebot und Nachfrage der Gesundheitsleistungen tatsächlich Rationierungszwänge auftreten, die eine durch medizinische Indikation begründete notwendige Behandlung nicht mehr möglich machen, dann geht es bei diesem Thema um eine andere und neue „Qualität“ der ethischen Problematik, die nicht nur die Mittelebene, sondern auch die Ebene existentieller Zwecke betrifft. Wir diskutieren in der Rationierungsdebatte dann den Fall, dass eine mangelnde Verfügbarkeit medizinisch not-

³ Rationalisierung beinhaltet im Gegensatz zur Rationierung nur die Verbesserung der Effizienz der Leistungserstellung, das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitspotentialen und den effizienten Einsatz von Mitteln

⁴ Es wird an dieser Stelle bewusst als Materialobjekt der Ethik die Würde der menschlichen Person zum Ausgangspunkt genommen und nicht auf schwierig zu fassende Gesundheitsbedürfnisse zurückgegriffen. Wenn die medizinische Ethik weitere operationalisierbare Parameter benötigt, dann eignen sich universalisierbare und vernünftig begründbare Rechte der menschlichen Person bzw. Menschenrechte, zumal die moderne Ethik zu ihrem überwiegenden Teil eine „right based theory“ ist (vgl. [20])

wendiger Leistungen vorliegt und eine hinreichende Versorgung mit Gesundheitsgütern in einem stark regulierten Markt und in einem staatlich reglementierten Versicherungssystem bereits gescheitert ist. Es handelt sich folglich ethisch gesehen um die Abwägung des geringeren Übels und um die Frage, welche Grundgüter Menschen angesichts eines Menschenrechts auf Gesundheit auf keinen Fall vorenthalten werden dürfen und deshalb zur Verfügung stehen müssen.⁵

Der Vorwurf an diejenigen, die sich gegenwärtig mit der Frage der Rationierung beschäftigen, sie würden den politisch Verantwortlichen und den Health Professionals durch ein ethisches Knappheitsmanagement erst die ethischen Kriterien und damit den Freibrief für die Vorenthaltung notwendiger medizinischer Leistungen liefern, erscheint mir unangemessen. Eine frühzeitige Antizipation unumgänglicher ethischer Dilemmata ermöglicht es allen Beteiligten, die zu erwartende Krise des Gesundheitswesens zu vermeiden und strukturelle Veränderungen vorzunehmen. Sie leistet zudem den unverzichtbaren Beitrag, in der Öffentlichkeit von wissenschaftlicher Seite auf das Problem schwer zu bewältigender Knappheiten im Gesundheitswesen hinzuweisen und deutlich zu machen, dass die sozialetische Lösung dieser Probleme jetzt in Angriff genommen werden muss und dass diese begleitenden gesellschaftlichen und politischen Diskurse längst geführt werden sollten, um für eine demokratische Gesellschaft konsensfähige Lösungsmodelle zu finden.

1. Begriffsklärungen zur Rationierung

In der Debatte werden sehr unterschiedliche Definitionsversuche vorgebracht:

- 1.1 In der gängigsten Definition der Debatte wird unter Rationierung das Vorenthalten medizinischer Leistungen verstanden. Diese äußert sich darin, eine „Verweigerung von bzw. die Erschwerung des Zugangs zu medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, die einen unbestrittenen Nutzen haben“ ([13], S. 161) aus ökonomischen Gründen vorzunehmen.
- 1.2 Eine weitere Definition ist die Reduktionsdefinition. Hier wird unter Rationierung eine Leistungsbegrenzung der gesundheitlichen Versorgung und eine „Drosselung in der Zufuhr elementarer Grundgüter“ ([35], S. 42) verstanden; dies betrifft zum Teil überlebensnotwendige Güter. Diese Leistungsbegrenzung wird durch ein entsprechend zuvor festgelegtes Finanzierungspotential (Budget) begründet und entsprechend festgelegter materialer Prioritäten bzw. formaler Kriterien durchgeführt.
- 1.3 Wesentlich seltener wird Rationierung mit der Zuteilung von Ressourcen gleichgesetzt und damit als normativ neutraler Begriff verwendet. Ein Beispiel hierfür ist die Gleichsetzung von Rationierung mit der „öffentlich-rechtliche[n] Bereitstellung von Ressourcen oder Leistungen zu typischerweise privater Verwendung“ ([18], S. 24).
- 1.4 Rationierung wird in der Debatte häufig auch mit legitimer Rationierung gleichgesetzt, nämlich mit dem Verzicht auf überflüssige Leistungen. Rationierung bedeutet in einem solchen Verständnis, das Leistungsspektrum medizinischer Versorgung einzuschränken und all das auszuzugrenzen, auf das

⁵ Die Gesundheit wird als Grund- und Basisgut des Menschen angesehen. In einer völkerrechtlichen Debatte wird deshalb vom Menschenrecht auf Gesundheit gesprochen; vgl. [26]

grundsätzlich ohne gesundheitliche Nachteile verzichtet werden kann ([39], S. 437). Rationierung wird in einem ähnlichen Sinn mit gleichrangiger Zuteilung gleichgesetzt. Sie wäre dann der Versuch, knappe Ressourcen gerecht zuzuteilen ([6], S. 3).

Bezüglich der genannten Definitionsversuche ist anzumerken, dass Rationierung zum Teil als normativer Begriff und zum Teil als deskriptiver Begriff gefasst wird. Beim normativen Begriff der Rationierung fällt auf, dass er von einem Teil der Autoren mit negativen Konnotationen angereichert ist und zugleich das Vorenthalten von Leistungen impliziert (1.1; 1.2), dass er aber von anderen Autoren positiv bewertet wird und nur die legitime Rationierung oder die Rationalisierung von nicht notwendigen Leistungen impliziert (1.3; 1.4). Um in diesem Begriffswirrwarr Klarheit zu gewinnen, hilft es, die eigentliche Herkunft des Begriffes zu reflektieren und auf die eigentliche ökonomische Funktion der Rationierung zurückzugreifen, die unabhängig vom Gesundheitsmarkt rein deskriptiver Natur ist. Je nach Ausübung und Anwendung in konkreten Situationen und in bezug auf die Folgewirkungen für die betroffenen Personen kann sie dann erst ethisch bewertet werden.

Nach Sichtung der Debatte und hinsichtlich der Möglichkeit ethischer Argumentation wird deshalb folgende Definition als Standardbegriff der Rationierung vorgeschlagen:

Rationierung im Gesundheitswesen ist die Zuteilung bzw. die Verteilung von knappen und begrenzt vorhandenen Gesundheitsgütern ebenso wie pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen unter der Bedingung, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot.

Die vorgeschlagene Standarddefinition wurde gewählt, weil sie bewusst noch nicht impliziert, dass es sich um die Rationierung von für die Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen Grundgütern handelt, die einer bestimmten Person vorenthalten werden. Bei einer solchen normativen Definition müsste die ethische und auch die juristische Bewertung der Rationierung eindeutig negativ ausfallen, weil das Menschenrecht auf Gesundheit verletzt und selbst das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches nicht eingehalten würden.⁶ Wir dürften unter ethischer Rücksicht in diesem Fall gar keine weitere systemimmanente Rationierungsdebatte führen. Vielmehr müsste sich die ethische Forschungstätigkeit darauf erstrecken, Strukturveränderungen im Gesundheitssystem zu begründen, die Rationierung von vorne herein ausschließen würden. Hierzu bedarf es dann grundsätzlicher Erwägungen, die das ganze Gesundheitssystem in seinen wesentlichen Elementen in Frage stellen: z.B. ökonomische Strukturänderungen durch Deregulierung, Angebotssteigerung, Nachfragedrosselung, Einführung von Anreizsystemen, die sparsames Handeln und hohe Produktivität herbeiführen, Rationalisierungsmaßnahmen und alternative ökonomische und sozialversicherungstechnische Systementwürfe.

Wenn Rationierung als deskriptiver Begriff rein dem Ziel dient, „die Verteilung von Ressourcen zu regeln, wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt“ ([28], S. 1) ist sie bewertungsoffen und je nach Rationierungsform, Rationierungsausübung, Rationierungskriterien und deren Folgewirkungen für die Be-

⁶ Patienten haben nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche ärztliche Versorgung, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf (vgl. [38]§12; S. 121)

troffenen ethisch diskutierbar. Es geht bei einer Betrachtung der Rationierungsproblematik innerhalb des bestehenden sozialpolitischen Systems dann darum, Gerechtigkeitskriterien für die Verteilung und Zuteilung von Grundgütern zu entwickeln, die – trotz des aus gesamtwirtschaftlichen und versicherungstechnischen Gründen begrenzten Budgets für Gesundheitsleistungen – eine menschenrechtliche und menschenwürdige Versorgung mit notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen sicherstellen sollen.

Unter funktionierenden ökonomischen Bedingungen ist auf freien Märkten von einem Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage auszugehen, wie beispielsweise bei Grundgütern der Ernährung. Hier bewegen sich die Preise in einem Rahmen, der es fast allen Nachfragern erlaubt, ihren Bedarf nach Grundgütern zu stillen. Das Angebot hat sich der Nachfrage angepasst. Es wird also keine Rationierung bezüglich ihrer Verteilung notwendig, außer in Kriegszeiten oder unter der Bedingung einer sozialistischen Planwirtschaft.⁷ Erst im Fall eines Marktversagens⁸, wenn also beispielsweise die Nachfrage nach diesen Grundgütern bzw. nach öffentlichen Gütern größer ist als das vorhandene Angebot, wird es notwendig, die Rahmenbedingungen des Marktes zu ändern.

Außen vor bleibt beim gängigen Rationierungsbegriff, wie er diskutiert wird, fast immer eine ethisch gewichtige ökonomische Gesetzmäßigkeit, die eine Reflexion des gesamten Gesundheitssystems erfordern würde. Die Tatsache, dass auf freien, deregulierten Gesundheitsmärkten das Angebot an Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgütern zu einem hohen Maß steigerbar wäre und auch deutlich über das durch wohlfahrtsstaatlich organisierte Sozialversicherungen nachgefragte Maß steigen würde, wird verkannt oder nicht bedacht.⁹ Zurecht wird von Seiten der Ökonomie die entscheidende Vermutung angestellt: „Vielleicht ist die Tatsache, daß das Gesundheitswesen in den mitteleuropäischen Ländern starken regulatoriven Korsetten unterworfen ist, mit ein Grund dafür, dass eine effiziente Ressourcenallokation nur ungenügend erfolgt.“¹⁰

Im Hintergrund dieser Frage steht die Erfahrung von Ökonomen, dass sich auf einem freien Gesundheitsmarkt ein Ausgleich von Angebot und Nachfrage einstellen würde, der Rationierung überflüssig macht. Es wäre aus ökonomischen Gründen wahrscheinlich, dass ein geringeres Maß an Marktversagen im Gesundheitssystem auftritt, wenn die Kunden, repräsentiert durch die im Wettbewerb konkurrierenden Versicherungen, den Health Professionals und ihren Einrichtungen gegenüberstünden und selbst die Möglichkeit hätten, „über das richtige Maß an Gesundheitsleistungen zu entscheiden“ ([29], S. 18) Dies setzt voraus, dass die Gesellschaft sich, das heißt allen potentiellen Kunden, für Gesundheitsleistungen eine Anreizstruktur gibt, die den Versicherten Anlass zum

⁷ Die Einführung von Lebensmittelmarken ist der Prototyp einer gängigen Rationierungsform

⁸ Marktversagen kann bei öffentlichen Gütern auftreten, es kann aber auch einfach auftreten, weil ein bestimmter Markt zu starken Regulierungen unterliegt. Beispielsweise wäre eine Anhebung des Angebotes mit Gesundheitsversorgungsleistungen ohne weiteres möglich, wenn nicht die Beitragssätze der Krankenversicherung aus politischen Gründen begrenzt würden. Marktversagen trifft bei öffentlichen Gütern in aller Regel diejenigen mit der geringsten Kaufkraft oder der schlechtesten Versicherungsleistung

⁹ Vgl. die natürliche Tendenz zum Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage im neoklassischen Modell

¹⁰ Bahro, M./ Kämpf, Chr./ Strnad, J., Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen. Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftsethischer Sicht, Bern, 1999 (unveröffentlichtes Manuskript)

Sparen und keinerlei Anreize zum Trittbrettfahren¹¹, also zum Ausnutzen des Gesundheitssystems geben würde. Letzteres wäre entweder durch einen gewissen Prozentsatz der Eigenbeteiligung oder durch eine flexible Erhöhung des individuellen Versicherungssatzes zu erreichen, wenn die Versicherung über ein gewisses Maß hinaus in Anspruch genommen wird. In einem solchen System, das eine darüber hinaus gehende Solidarversicherung ein- und nicht etwa ausschließt, könnten Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen als wirtschaftlich messbare personale Dienstleistungen aufgefasst werden. Im Fall ihrer Nichtverfügbarkeit für bestimmte Patienten oder Patientengruppen würde der Staat oder die Versichertengemeinschaft eine Ausfallbürgschaft leisten¹², wobei dann allerdings in gesellschaftlichen Diskursprozessen zu klären ist, ob dies in Form einer Grund- und Basisversorgung erfolgen oder ob das Niveau – wie traditionell in Deutschland – deutlich darüber liegen sollte.

Die ethische Begründung einer anderen, alternativen ökonomischen Organisation des gängigen Gesundheitswesens stellt jedoch ein Forschungsdesiderat in der Rationierungsdebatte dar. Die meisten Autoren sehen diese kurz skizzierte neue Organisationsmöglichkeit des Gesundheitssystems aus mangelnder Rezeption ökonomischer Theoreme oder aus einem Ethikverständnis, das sich „gegen“ den Markt definiert, als nicht realisierbar an.¹³ So argumentiert beispielsweise Kersting, dass es auf einer isolierten Insel zu Marktversagen bezüglich eines begrenzt vorhandenen Impfstoffes käme, weil das Angebot an Impfstoff nicht erhöht werden kann. Dies belegt für Kersting, dass Gesundheitsmärkte generell nur in regulierter Form funktionieren könnten ([17], S. 27). Dies trifft jedoch in realiter nicht zu. Denn alle westlichen Sozialstaaten besitzen funktionierende Märkte, in denen sich Anbieter von Gesundheitsleistungen niederlassen können. Wir befinden uns also nicht auf einer Insel mit begrenzten Ressourcen, sondern sind Bewohner von Ländern mit potentiell freien und funktionierenden Gesundheitsmärkten. Gehen wir davon aus, dass diese Gesundheitsmärkte auch wirklich von Regulierungen befreit würden, dann könnte von konkurrierenden Anbietern so viel an Impfstoff zum Grenzkostenpreis produziert werden, dass zwar Kaufkräftige sich deutlich mehr damit versorgen könnten, der durch die hohe Nachfrage billiger werdende Impfstoff rein quantitativ aber auch für die Armen ausreichen würde. Dies gilt um so mehr, wenn diese mit einer entsprechenden Krankenversicherung versorgt wären. Dies würde in der langfristigen Wirkung trotz einer in Kauf genommenen Ungleichverteilung zu einer Besserstellung der am meisten Benachteiligten führen. Damit bestünde eine Alternative zur Rationierung. Dies würde allerdings radikale strukturelle Veränderungen auf den überregulierten Gesundheitsmärkten in westlichen Sozialstaaten und einen Abschied von manchen Besitzständen erfordern. Dies ist, wirtschaftsethisch betrachtet, geboten, weil damit Rationierungsmaßnahmen vermieden werden könnten.

Da jedoch die meisten Autoren in der Debatte eine derartig radikale Änderung des Gesundheitssystems nicht in Erwägung ziehen, soll auch an dieser Stelle zunächst über die gängigen Formen der Rationierung unter Beibehaltung der gegenwärtigen Gesundheitssysteme diskutiert werden.

¹¹ Vgl. Debatte über das Trittbrettfahren in der Ökonomik

¹² Im Sinne der sozialen Hilfeleistungspflicht müssten Ausnahmeregelungen für chronisch Kranke eingeräumt werden

¹³ Vgl. ([6], S. 3); wie viele andere Autoren hält Callahan die Rationierung der gesundheitlichen Ressourcen für den einzigen Weg, Gesundheitssysteme effizienter zu gestalten

2. Formen der Rationierung

Die viel diskutierten Formen der Rationierung sollen im Folgenden benannt werden und zugleich einer ethischen Bewertung unter gerechtigkeits-theoretischer Rücksicht unterzogen werden.

Grundsätzlich müssen wir – wie bereits erwähnt – unterscheiden, ob Rationierung durch eine Vorenthaltung notwendiger medizinische Leistungen direkte gewichtige Folgen für die Gesundheit (vgl. [1]) und für die Wiederherstellung der Gesundheit¹⁴ der betroffenen Personen hat oder ob sie „nur“ mit einer Verlängerung bzw. Vergrößerung des Leidens für die Betroffenen durch billigere alternative oder verspätete Behandlungsmethoden verbunden ist. Hinsichtlich dieser Unterscheidung lässt sich grundsätzlich, jedoch noch nicht hinreichend, ethisch beurteilen, ob Rationierungskriterien als gerecht bezeichnet werden können. Wir führen also nur eine erste ethische Bewertung durch.

2.1 Direkte versus indirekte Rationierung

| Direkte /(scharfe) Rationierung | Indirekte/(weiche) Rationierung |
|--|---|
| <p>Es werden direkte Leistungsausschlüsse für bestimmte Patientengruppen oder bestimmte Therapien vorgenommen. Diesbezüglich ist kein Verkauf, aber auch kein privater Zuerwerb von Gesundheitsleistungen möglich. Es geht also um eine klare Ausgrenzung von Patienten, wie z.B. bei der Altersrationierung [12].</p> | <p>Es handelt sich zumeist um eine Nichtausweitung des Leistungskatalogs oder dessen Einschränkung. Privater Zuerwerb ist jedoch möglich. Übergeordnete Kriterien der Leistungseinschränkung greifen, die auf der Angebotsseite ressourcenorientiert sind. Die Folge ist eine statistisch messbare Erhöhung der Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeit aller Kassenversicherten und eine Verlagerung der Debatte auf die Kriterien für die Rationierung.</p> |

Indirekte Rationierung stellt, ethisch gesehen, ein geringeres Problem dar als direkte Rationierung, weil alle diejenigen betroffen sind, die sich trotz vorheriger Information nicht rechtzeitig gegen bestimmte Risiken privat zusätzlich versichert haben. Allerdings muss in diesen Fällen geprüft werden, inwieweit diese Risiken privat finanzierbar sind und auch von den am meisten Benachteiligten in einer Gesellschaft finanziert werden können. Sollte dies für letztere nicht der Fall sein, lässt sich Chancengerechtigkeit nur auf der Basis von Solidarität, also beispielsweise durch soziale Ausfallbürgschaften der Gesellschaft, herstellen.

Ethisch betrachtet verstößt eine direkte Rationierung eindeutig gegen den Würdeschutz jeder menschlichen Person, der über ein ganzes menschliches Leben gelten muss und nicht zu bestimmten Zeiten ausgesetzt werden kann. Sie widerspricht zudem der Einsicht, dass in modernen Gesellschaften Gerechtig-

¹⁴ Im Fall, dass die Gesundheit nicht wiederherstellbar ist, muss differenziert werden, ob Maßnahmen Gesundheitsbedürfnisse erfüllen oder nicht (vgl. [8], S. 177)

keit nur auf der Basis wechselseitiger Interaktion, diskursiver Übereinkunft und mittels Konsensfindung aller Betroffenen erfolgen kann.

Autoren, die eine Rationierung unter bestimmten Kriterien – insbesondere bei alten Patienten – in Erwägung ziehen, bringen wissenschaftliche Argumente vor, dass es vertragstheoretisch begründbar sei, dass sich alle potentiell Betroffenen – sozusagen durch eine reflektierte neugeordnete intrapersonelle Verteilungsentscheidung – für eine verstärkte Behandlung im mittleren Lebensalter und gegen eine maximale Behandlung im Alter entschieden. Diese Argumentation führt aus folgenden zwei Gründen in Aporien.

Erstens gehen alle Befürworter der Altersrationierung davon aus, dass das Gesundheitsbudget über eine Lebensspanne und im Augenblick der intergenerationalen Messung quantitativ begrenzt ist. Ökonomisch gesehen arbeiten diese Autoren mit statischen Modellen, die ein Nullsummenspiel auf dem Gesundheitsmarkt voraussetzen. Die Wissenschaft der Ökonomie kann vielfältig belegen, dass es generell auf Märkten keine Nullsummenspiele gibt – so auch nicht auf dem Gesundheitsmarkt –, sondern alle Märkte, die keine natürliche Begrenzung von Ressourcen beinhalten, dynamisch sind. Es ist deshalb nicht so, dass, wenn ich in jungen Jahren Gesundheitsleistungen in Anspruch nehme, diese, wenn ich älter bin, weniger zur Verfügung stünden. Auch wird es auf freien Märkten nicht vorkommen, dass ich als alter Mensch, der Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, Jüngeren diese Ressourcen wegnehme. Vielmehr würden sich mit steigender Nachfrage auch die Angebote an Gesundheitsleistungen vergrößern. Dies wäre auch dann der Fall, wenn die maximale Versorgung im Alter über private Zusatzversorgungen geregelt würde, was dann einem Fall indirekter Rationierung gleich käme.

Zweitens arbeiten die Befürworter der Altersrationierung mit dem Modell einer vorgängigen faktischen Abstimmung, in der sich Junge gegen eine spätere Versorgung im Alter entscheiden, um in jungen Jahren eine höhere Lebensqualität zu genießen. Bei diesem angenommenen Konsens ließen sich in einer Gruppe, die übereinstimmt, selbst Menschenopfer ohne weiteres rechtfertigen. Genau genommen handelt es sich um nichts anderes hier. Man ließe Menschen sterben, obwohl man die Möglichkeit hätte, sie zu retten, selbst auf die Gefahr hin, dass sie sich nachträglich nicht gegen, sondern für ihre eigene Rettung entscheiden würden. Hier stößt ein Modell des faktischen Konsenses an seine Grenzen und verstößt in jedem Fall gegen menschenrechtliche Standards, die in modernen Gesellschaften nicht mehr hintergebar sind.

Es wird überhaupt wissenschaftlich bestritten werden müssen, dass Menschen sich in einem faktischen Konsens auf Altersrationierung einlassen. Erstens stimmen, wie bereits gezeigt wurde, die ökonomischen Annahmen nicht, die dieser These zugrundegelegt werden. Und zweitens würden diese Menschen ihren eigenen transzendentalen Interessen widersprechen, nämlich der generellen Einhaltung von Menschenrechten – auch sich selbst gegenüber. Es ist davon auszugehen, dass diese Menschen den Gesellschaftsvertrag, der jedem demokratischen System zugrunde liegt, nur mittragen, wenn ihnen zu jeder Zeit ihres Lebens konstitutive Grundgüter gewährleistet werden. Die Gerechtigkeitstheorie Rawlsscher Provenienz erläutert dies dadurch, dass die Personen, in einer Situation, in der sie ihre spätere Lage nicht kennen, eine klare Präferenz für gewisse lebensnotwendige Primär- bzw. Grundgüter besitzen (vgl. [32], S. 181f). Sie würden sich für Gerechtigkeitsprinzipien entscheiden, in denen jeder Bürger ein freies und gleiches Zugangsrecht zu einem System sozialer Leistungen erhalten würde. Ich will diesbezüglich nur die Frage stellen, ob unter diesen Kriterien

der gerechten Regelfindung ein System zustande kommen würde, in dem älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern eine eingeschränkte Behandlung im Alter zukommt. Die Antwort dürfte auf der Hand liegen. Es sprechen also ökonomische und ethische Gründe gegen die Möglichkeit einer direkten Rationierung.

2.2 *Harte versus weiche Rationierung*

| Harte Rationierung | Weiche Rationierung |
|--|--|
| <p>Die Menge der begrenzten Ressourcen ist – zumeist aufgrund vorgängiger politischer Entscheidungen – nicht ausdehnbar. Angesichts eines begrenzten Budgets entscheiden Health Professionals dann im Einzelfall, welche und wie viele Ressourcen sie verteilen (vgl. [13], S. 161).</p> | <p>Es wird ein bestimmtes Maß an Ressourcen festgelegt, das im Umfang jedoch veränderbar ist. Methoden der weichen Rationierung sind das Vorhalten bestimmter Kapazitäten, die Budgetierung oder das Preisausschlussverfahren auf der Basis von Kosten-Nutzen-Analysen. Praktisch umgesetzt wird weiche Rationierung dadurch, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen erschwert, aber nicht grundsätzlich ausgeschlossen wird, z.B. durch Wartelisten oder durch Zuzahlungen von Patienten.</p> |

Im Falle der harten und weichen Rationierung ist die ethische Bewertung einfach zu liefern.

Harte Rationierung ist in jedem Fall zu vermeiden, weil sie gegen die Hilfeleistungspflicht der Ärzte verstößt und das ärztliche Ethos in diesem Fall zerstören würde. Sie würde zudem den einzelnen Ärzten eine Verantwortung auflasten, die sie zu moralischem Übel zwingt (vgl. [24]). Es würde sich also um eine Reglementierung handeln, die dem gerechten Maß einer notwendigen gesundheitlichen Versorgung im Einzelfall häufig nicht entsprechen kann.

Zudem ist aus den bereits genannten ökonomischen Gründen nicht einsehbar, warum Ressourcen im Gesundheitswesen nicht steigerbar sein sollen. In marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaften mit höchsten Wohlfahrtsstandards ist die Steigerung der Ressourcen in aller Regel kein Problem. Selbst bei natürlichen Knappheiten wie in der Organtransplantation wäre die Verfügbarkeit von Spendeorganen durch gesetzliche Regelungen, wie beispielsweise eine freie Entscheidungspflicht aller Bürgerinnen und Bürger beim Gesundheitsamt und dementsprechende positive Anreize zur Organspende, deutlich ausweitbar.

Wenn wir dennoch realistisch davon ausgehen, dass zukünftig Ärzte in Budgetverantwortung stehen, dann muss zumindest die notwendige Versorgung jedes einzelnen Patienten – gegebenenfalls durch Rücksprache mit den Versicherungen im Einzelfall – gewährleistet werden, soll nicht gegen das Menschenrecht auf Gesundheit verstoßen werden oder gegen gesetzlich garantierte Versorgungsansprüche von Patienten.

Anders als die harte Rationierung kann die weiche Rationierung nicht grundsätzlich negativ bewertet werden. Sie ist jedoch mit ethischen Problemen

behaftet. Nur, wenn weiche Rationierung Ausnahmen hinsichtlich einer *dringlich notwendigen Versorgung* von Patienten zulässt, kann sie, ethisch gesehen, unter Knappheitsbedingungen zu rechtfertigen sein. Denn alle Rationierungsentscheidungen, die auf einer höheren Ebene als der der Mikroallokation, also der des direkten Arzt-Patient-Verhältnisses, getroffen werden, können zu Ergebnissen führen, die – wenn auch mit einer geringen statistischen Wahrscheinlichkeit – für den einzelnen Menschen tödliche Folgen haben. Jede übergeordnete Rationierungsentscheidung bedarf also nach Maßgabe einer an der menschlichen Person orientierten medizinischen Ethik (vgl. [2]) der Korrektur im Einzelfall und der verantwortlichen Entscheidungsfreiheit des Arztes und der Pflege. Diejenigen, die Verantwortung gegenüber kranken Patienten tragen, müssen angesichts der jeweiligen Situation die moralische Freiheit besitzen, eine übergeordnete Rationierungsmaßgabe unter den genannten Umständen zu durchbrechen.¹⁵ Nur unter der Maßgabe der Korrektur im Einzelfall kann weiche Rationierung ethisch gerechtfertigt werden.

2.3 Explizite versus implizite Rationierung

| Explizite Rationierung | Implizite Rationierung |
|--|--|
| Öffentlich bekannte Kriterienfestsetzung für Rationierung, die Transparenz voraussetzt. Die Entscheidung erfolgt durch ersichtlich Verantwortliche im Gesundheitssystem. | Es findet eine dem Patienten nicht bewusste, also verborgene Rationierung statt. Die Entscheidung erfolgt entweder auf der politischen Ebene oder wird den Health Professionals allein überlassen. |

Obwohl in einigen westlichen Sozialstaaten – wie beispielsweise in Deutschland – implizite Rationierung bereits nachweisbar ist, kann unter ethischer Rücksicht, wenn überhaupt, nur eine explizite Rationierung den Standards moderner Ethik genügen. Denn die Sozialethik der Moderne geht übereinstimmend davon aus, dass intersubjektive normative Entscheidungen öffentlich und in einem Diskurs mit allen potentiell Betroffenen abgestimmt werden müssen.¹⁶ Dieses sogenannte Konsensparadigma, das gesellschaftliche Normen erst zu gerechten Normen macht, würde im Fall der impliziten Rationierung grundsätzlich ignoriert. Von einer ethischen Qualität der Rationierungsentscheidung kann in diesen Fällen also überhaupt nicht gesprochen werden; von einer juristischen im übrigen auch nicht, denn gegen eine implizite Rationierung spricht bereits der privatrechtliche Vertragsanspruch des Patienten auf explizite Darstellung der zu erwartenden Leistungen.¹⁷

¹⁵ Darüber hinaus ist die Möglichkeit der Zuzahlung durch diejenigen Patienten denkbar, die eine über das notwendige Maß hinausgehende Behandlung bezahlen können

¹⁶ Vgl. Jürgen Habermas [14]; die Forderung der Zustimmungsfähigkeit von Normen ist jedoch nicht auf die Diskursethik Habermasscher Provenienz beschränkt, sie wird in praktisch allen Ansätzen der modernen politischen Ethik als Standard vorausgesetzt; vgl. [27]

¹⁷ Vgl. Bahro, M/ Kämpf, Chr./ Strnad, J., Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen. Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftsethischer Sicht, Bern, 1999 (unveröffentlichtes Manuskript)

3. Systematische Einordnung der Lösungsansätze

3.1 Ökonomische Evaluationsverfahren

Angesichts der problematischen realen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, die im Grundsatz nur sehr schwer veränderbar sind, ist neben einer strukturellen Reflexion die systeminterne Rationalisierungsdebatte um so wichtiger. Gesundheitsökonomische Evaluationsverfahren helfen in derartigen Situationen weiter, um Rationalisierungspotentiale auf den einzelnen Allokationsebenen zu erschließen. In ihnen werden Kriterien entwickelt, die rein ökonomischer Natur sind.

Als Beispiele für gesundheitsökonomische Evaluationsverfahren (vgl. [34]) werden in der Debatte folgende wichtigste Methoden angeführt:

- *Kosten-Minimierungs-Analyse*: Angebotsvergleiche und Einsparungspotentiale bei Material- und Personalkosten werden geprüft.
- *Kosten-Effektivitäts-Analyse*: Die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen wird errechnet. Eine Gegenüberstellung von monetären Kosten und Wirksamkeit hinsichtlich bestimmter physischer Einheit findet statt.
- *Kosten-Nutzen-Analyse*: Verschiedene Maßnahmen werden in ihrem Nutzen verglichen. Nutzenindikatoren sind die eingesparten Kosten, die Wirkungsdauer und die Effizienzprüfung der einzelnen Leistungen. Alle ärztlichen Leistungen werden auf ihre Effektivität hin überprüft.
- *Kosten-Benefit-Analyse* (vgl. [37], S. 28): Der Nettobenefit für die Gesellschaft sowie das Wohlfahrtsoptimum, das ein gesamtwirtschaftliches Kriterium darstellt, wird errechnet.
- *Nutzenwertstudien und Lebensqualitätsstudien*: Aufwendige empirische Untersuchungen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Stabilität oder Sensitivität (vgl. [10], S. 178) werden durchgeführt. Das Konzept der “quality adjusted life years” (vgl. [4]) oder die “accounts of a prudential life span”, also Kriterien der normalen Lebensführungskompetenz finden Anwendung.

Alle diese Verfahren besitzen auf der Mittelebene bzw. in der positiven Ökonomik eine hohe wissenschaftliche Leistungsfähigkeit und können deshalb in der Gesundheitsökonomie von Nutzen sein. Sie helfen, die Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung zu steigern. Sie helfen damit auch, Rationalisierungspotentiale zu erkennen und unnötiger Rationierung vorzubeugen.

Ethisch problematisch wird es jedoch, wenn gesundheitsökonomische Evaluationsverfahren auf der Ebene ethischer Zwecke eingesetzt werden und damit die Mittelloptimierung zum Verteilungskriterium für gesundheitliche Ressourcen in der Gesellschaft wird. Hinsichtlich der Evaluationsverfahren muss deshalb ein Grundsatz der Wirtschaftsethik berücksichtigt werden, der die Unterscheidung von Mitteln und Zwecken in Erinnerung ruft. Nutzen-Kalkulationen können keine ethischen Zwecke oder Ziele bestimmen, die in einem Sozialsystem verwirklicht werden sollen, sondern können lediglich die Gesellschaft bei der Suche nach den richtigen Mitteln und Wegen des unter ökonomischer Rücksicht optimalen Einsatzes von Ressourcen unterstützen (vgl. [29], S. 17). Sie können darüber hinaus deutlich machen, wie geeignete Anreiz- und Bedingungssysteme aussehen sollten, um ethische Zwecke zu erreichen. Hierin sind sie unüberbietbar, weil sie ökonomische Effizienz garantieren, aber nicht mehr.

Ein Versuch, ökonomische Methoden in den Dienst ethischer Zwecke im Gesundheitswesen zu stellen, ist dem deutschen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion zum Gesundheitswesen 1994 gelungen (vgl. [33]). Hier wird begründet, inwieweit die Soziale Marktwirtschaft auch als Ordnungsrahmen für den Gesundheitsmarkt taugen kann und dass hierzu die sozialetischen Prinzipien der Solidarität und Subsidiarität strukturprägend sein sollten. Dadurch wird allerdings deutlich, dass gesundheitsökonomische Evaluationen nie exklusiv Kriterien zur Lösung sozialer Probleme liefern können. Sie sind auf der Ebene der Mittelkalkulation von Relevanz und auf der Ebene der sinnvollen Gestaltung von ökonomischen Rahmenbedingungen. Die Bestimmung ethischer Zwecke und Prinzipien wird jedoch hiervon nur hinsichtlich ihrer optimalen Implementation berührt, nicht hinsichtlich ihrer grundsätzlichen Begründung.

3.2 Gerechtigkeitstheoretische Ansätze

Alle gängigen Gerechtigkeitstheorien sind als „medizinische Rationierungstheorien unterbestimmt“ ([35], S. 50). Das kommt bereits daher, weil ihre primären Begründungsleistungen sich auf gerechte Regeln, Strukturen und Rahmenbedingungen richten, die in erster Linie auf eine Verbesserung des gesamten gesellschaftlichen Systems und nicht primär auf die Bewirtschaftung eines Mangelzustandes ausgerichtet sind. Zudem ist die Problematik der Rationierung – einmal abgesehen von dem traditionsreichen Problem der Triage – neu. Denn es handelt sich nicht um eine extern verursachte Krisensituation, in der das Angebot an Gesundheitsgütern zu knapp ist und die Disponenten der Leistungserbringung nicht ausreichend zur Verfügung stehen, sondern um eine gesellschaftlich festgelegte Knappheitssituation, die auf Kosten anderer öffentlicher Güter oder auf Kosten der individuellen Freiheit einzelner sehr wohl veränderbar wäre.

Dennoch taugen gerechtigkeitstheoretische Ansätze, die in der Rationierungsdebatte weit verbreitet sind, noch am ehesten, um die Knappheitsprobleme, die hier zur Lösung anstehen, zu bewältigen. Die Alternativen, normative Rationierungsprobleme des Gesundheitswesens über tugendethische Ansätze oder individuelle ethische Medizinethik zu lösen, versagen zumeist, weil strukturelle Defizite struktureller Lösungen bedürfen und nicht durch gewissenhafte Handlungen einzelner kompensiert werden können.

Ein gerechtigkeitstheoretischer Grundsatz, der die ethische Rationierungsdebatte bestimmt, ist angesichts dessen, was über ökonomische Evaluationsverfahren gesagt wurde, zentral: Gerechte Verteilung von Grundgütern kann nie rein ressourcenorientiert stattfinden, sondern muss personenorientiert sein. Die menschliche Person, als das eigentliche Prinzip der Ethik, wird auch in noch so prozeduralen, nonkognitivistischen oder formalen Ethiken und normativen Theorien nicht außer Acht gelassen werden dürfen (vgl. [31]). Die Verrechnung von einzelnen gegenüber konkurrierenden Gruppen oder anderen einzelnen, die jünger oder gesünder sind, lässt sich damit grundsätzlich ausschließen. Diese Orientierung an der menschlichen Person drückt sich im Gesundheitswesen ganz besonders in der Begründung für ein Menschenrecht auf Gesundheit aus.

Diesbezüglich wird angesichts der kaum zu überwindenden Knappheiten eine wichtige Unterscheidung in der Gerechtigkeitstheorie eingeführt (vgl. [17], S. 25 und 32–33) Einerseits ist die notwendige Basisversorgung und Grundversorgung, also das, was bereits als „*notwendige medizinische Maßnahme*“ be-

zeichnet wurde, unverzichtbar, und andererseits geht es um die darüber hinausgehende *zusätzliche Versorgung*, die aufwendiger, intensiver, schmerzfreier oder auch nur hochwertiger ist. Im Fall der notwendigen Versorgung wird in der Gerechtigkeitstheorie aufgrund menschenrechtlicher Verpflichtungen des Gesundheitswesens eine klare und strikte Rationierungsimmunität und ein Recht auf Egalitarismus gefordert (vgl. [17]).

Nur innerhalb der Zusatzversorgung, die nicht zur Grundversorgung gehört, kann es aus Knappheitsgründen, aber auch aus Gründen ökonomischer Effizienz und Anreizkompatibilität rechtfertigbare Ungleichheit in bestimmten Versorgungssektionen und bei manchen Einzelleistungen geben. Im diesem Fall kann auch unter gerechtigkeitstheoretischer Rücksicht eine Rationierung unter bestimmten Kriterien stattfinden. Allerdings müssten diese Kriterien in einem gerechten Verfahren zuvor festgelegt werden und hätten den gleichrangigen Zugang zur Grundversorgung zur Voraussetzung. Beispielsweise könnte man dann mit der Übertragung des Rawlsschen Differenzprinzip (vgl. [33], S. 6) auf das Gesundheitswesen ein Gerechtigkeitskriterium finden. Dieses besagt, dass soziale und ökonomische Ungleichheiten zwei Bedingungen erfüllen müssen: Sie müssen an Positionen und Ämter gebunden sein, die für alle offen sind – unter der Bedingung der Chancengleichheit. Und diese Ungleichheiten müssen zum größten Vorteil der am meisten benachteiligten Mitglieder der Gesellschaft sein. Dies würde Unterschiede in der Zusatzversorgung dann erlauben, wenn den am wenigsten Begünstigten in der Gesellschaft durch die Etablierung von höchstwertiger privat finanzierter medizinischer Technologie kein Nachteil, sondern durch langfristige Partizipation daran letztendlich Vorteile entstehen. Es wäre diesbezüglich beispielsweise eine kriteriologisch begründete Einschränkung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung bezüglich sachfremder und nicht notwendiger Leistungen (vgl. [39], S. 431) oder auch der Ausschluss versicherungsfremder Leistungen denkbar.

Was Politik und Gesellschaft in dieser Hinsicht leisten müssen, ist eine gesellschaftlichen und ethischen Kriterien standhaltende Festlegung dessen, was als gerechtes Maß einer gesundheitlichen Versorgung gelten kann, und insbesondere, was als notwendige medizinische Versorgung gelten muss. Feststellbar ist diese medizinische Notwendigkeit am besten, wenn es standardisierte und verallgemeinerbare Aussagen über bestimmte Therapie- und Diagnoseverfahren gibt, die in Regeln oder in regulativen Handlungs- und Entscheidungskorridoren festgehalten werden können, wie beispielsweise durch medizinische Leitlinien.

Das medizinisch Notwendige lässt sich jedoch nicht allein anhand des medizinischen Wissensstandes feststellen. Denn die Konsequenzen ärztlichen Handelns sowie auch Regeln für ärztliches Handeln müssen danach bemessen werden, welche Folgen und Auswirkungen sie auf die Qualität menschlichen Lebens besitzen, was beispielsweise die Debatte über Sinn und Zweck intensivmedizinischer Behandlung zeigt. In der Gerechtigkeitsmoral wird auf die Grundbedingungen menschlichen Lebens im Rahmen einer Theorie des guten Lebens zurückgegriffen. Maßgaben, Regeln und soziale Institutionen müssen grundsätzlich dahingehend überprüft werden, ob sie nicht nur ein gesundes, sondern ein gutes und gelungenes Leben für alle einzelnen Betroffenen ermöglichen (vgl. [30], S. 13). Der Begriff der Lebensqualität besitzt hier eine anthropologische und transzendente Dimension, die in modernen Theorien des guten Lebens mit grundsätzlichen Fähigkeiten und Funktionen eines selbständigen Lebens korrespondieren (vgl.[36]). Deshalb darf dieser Begriff an dieser Stelle nicht ver-

wechselt werden mit dem ökonomischen Begriff der “quality adjusted life years” oder anderen empirischen Evaluationsverfahren der Lebensqualitätsmessung. Die besondere Interdependenz von Gerechtigkeitsmoral und der anthropologischen Qualität menschlichen Lebens bleibt auch in diesem Zusammenhang eine wichtige Einsicht, aber auch ein wesentliches Erfordernis der Sozialethik.

Rationierung sollte nach Maßgabe dessen, was ein gutes menschliches Leben ausmacht, wo immer es möglich ist, vermieden werden. Man kann rechtsethisch sogar von einer Pflicht der Vermeidung von Rationierung gesundheitlich notwendiger Leistungen sprechen, weil der Mensch einen Anspruch gegenüber der Gemeinschaft hat, adäquat versorgt zu werden. Dies impliziert die Forderung der Gerechtigkeit, nicht nur im Einzelfall diesen Anspruch zu realisieren, sondern in demokratischen Rechts- und Sozialstaaten auch strukturell für dessen gerechte Einlösung durch entsprechende gesellschaftliche Institutionen zu sorgen. Hier lässt sich dann zurückkommen auf die zu Beginn ausgeführte ethische Forderung, das Gesundheitssystem rechtzeitig institutionell so zu reformieren, dass Rationierung überflüssig wird und Rationalisierung sowie der effiziente Einsatz von ausreichenden Mitteln zur sozialpolitischen Regel wird.

Literatur

1. Abholz HH (1991) Rationale Leistungssteuerung und Rationierung der Medizin. Einige ordnende Gedanken. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Rationierung in der Medizin, Bd. 17, Argument, Hamburg, Berlin
2. Baumgartner HM, Honnefelder L, Wickler W, Wildfeuer A (1998) Menschenwürde und Lebensschutz. Philosophische Aspekte. In: Rager G (Hrsg) Beginn, Personalität und Würde des Menschen. Alber, Freiburg, München, S 161–242
3. Beauchamp T, Childress JF (1979) Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford
4. Breyer F, Zweifel P (1997) Gesundheitsökonomie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
5. Callahan D (1988) Aging and the End of Medicine. In: Callahan D, Dunstan GR (ed) Biomedical Ethics: An Anglo-American Dialogue. Annals of the New York Academy of Science, S 125–132
6. Callahan D (1992) Symbols, Rationality, and Justice. Rationing Health Care. American Journal of Law and Medicine 18: 1–13
7. Callahan D (1996) Aging and the Allocation of Resources. In: Oberender P (Hrsg) Alter und Gesundheit. Nomos, Baden-Baden, S 83–92
8. Daniels N (1981) Health-Care Needs and Distributive Justice. Philosophy and Public Affairs 10: 146–179
9. Dworkin R (1981) What is Equality. Part 2: Equality of Resources. Philosophy and Public Affairs 10: 283–345
10. Feuerstein G (1998) Zwischen Rationalisierung und Rationierung. In: Feuerstein G, Kuhlmann E (Hrsg) Rationierung im Gesundheitswesen. Ullstein Mosby, Wiesbaden, S 157–191
11. Feuerstein G, Kuhlmann E (1998) Der Rationierungsdiskurs. In: Feuerstein G, Kuhlmann E (Hrsg) Rationierung im Gesundheitswesen. Ullstein Mosby, Wiesbaden, S 1–9
12. Fleischhauer K (1999) Altersdiskriminierung bei der Allokation medizinischer Leistungen. Kritischer Bericht zu einer Diskussion. In: Honnefelder L, Streffer C (Hrsg) Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Band 4, de Gruyter, Berlin, New York, S 195–252
13. Güntert BJ (1998) Zwischen Rationalisierung und Rationierung. Ökonomische oder politische Strategien zur rationalen Allokation von Gesundheitsgütern. In: Feuerstein G, Kuhlmann E (Hrsg) Rationierung im Gesundheitswesen. Ullstein Mosby, Wiesbaden, S 157–192
14. Habermas J (1997) Die Einbeziehung des Anderen. Suhrkamp, Frankfurt am Main
15. Höffe O (1996) Vernunft und Recht. Bausteine zu einem interkulturellen Rechtsdiskurs. Suhrkamp, Frankfurt am Main

16. Kersting W (1997) Gerechtigkeit und Medizin. In: Kersting W (Hrsg) Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend. Suhrkamp, Frankfurt am Main
17. Kersting W (1998) Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung. In: Schöffski O, Glaser P, Graf von der Schulenburg JM (Hrsg) Gesundheitsökonomische Evaluationen. Grundlagen und Standortbestimmung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 25–38
18. Kliemt H (1996) Rationierung im Gesundheitswesen als rechts-ethisches Problem. In: Oberender P (Hrsg) Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen. SM Verlagsgesellschaft, Gräfelfing, S 23–30
19. Kliemt H (1997) Wie soll man rationieren, wenn man rationieren muss? In: Kirch W, Kliemt H (Hrsg) Rationierung im Gesundheitswesen. S. Roderer, Regensburg, S 20–41
20. Koller M (1997) Die Struktur von Rechten. In: Meggle G (Hrsg) Analytomen 2, Proceedings of the 2nd Conference “Perspectives in Analytical Philosophy, Bd. III, Philosophy of mind, Practical Philosophy Miscellanea”, de Gruyter, Berlin, New York, S 251–262
21. Korff W (1998) Sozialethik. In: Korff W, Beck L, Mikat P (Hrsg) Lexikon der Bioethik, Band 1, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 377–388
22. Krämer W (1996) Medizin muss rationiert werden. *MedizinRecht* 1: 1–5
23. Krämer W (1997) Hippokrates und Sisyphus – die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolges. In: Kirch W, Kliemt H (Hrsg) Rationierung im Gesundheitswesen. S. Roderer, Regensburg, S 7–19
24. Kuhlmann E (1998) Zwischen zwei Mahlsteinen. In: Feuerstein G, Kuhlmann E (Hrsg) Rationierung im Gesundheitswesen. Ullstein Mosby, Wiesbaden, S 11–80
25. Mack E (1998) Ethik des Gesundheitswesens. In: Honnefelder L, Streffer C (Hrsg) Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Band 4, de Gruyter, Berlin, New York, S 173–189
26. Mack E (2000) Das Menschenrecht auf Gesundheit. In: Knoepffler N, Haniel A (Hrsg) Menschenwürde und medizinische Konfliktfälle. Hirzel, München, S 183–202.
27. Mack E (2001) Gerechtigkeit und gutes Leben. Christliche Ethik im politischen Diskurs, Paderborn, (in Vorbereitung).
28. Mielck A, John J (1996) Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Rationierung – Was spricht dafür und was dagegen? *Gesundheitswesen* 58: 1–9
29. Nussbaum MC, Sen A (1993) *The Quality of Life*. Clarendon Press, Oxford
30. Oberender P (1996) Medizin zwischen Rationierung und Rationalisierung. In: Oberender P (Hrsg) Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen. SM Verlagsgesellschaft, Gräfelfing, S 9–22
31. Pogge T (1999) *Justice in Health Care. Reflections on the Foundations of Health Equity*. Working Paper Series, Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health 99.02: 1–20
32. Rager G (1998) *Beginn, Personalität und Würde des Menschen*. Alber, Freiburg, München
33. Rawls J (1996) *Political Liberalism*. Columbia University Press, New York
34. Sachverständigenrat (1994) für die Konzertierte Aktion um Gesundheitswesen, Sachstandsbericht, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Baden-Baden
35. Schöffski O, Glaser P, Graf von der Schulenburg JM (Hrsg) (1998) *Gesundheitsökonomische Evaluationen. Grundlagen und Standortbestimmung*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York,
36. Schöne-Seifert B (1997) Fairness und Rationierung im Gesundheitswesen? In: Kirch W, Kliemt H (Hrsg) Rationierung im Gesundheitswesen. S. Roderer, Regensburg, S 42–55
37. Shenkin HA (1996) *Current Dilemmas in Medical-Care Rationing*. University Press of America, Lanham, New York, London
38. Sozialgesetzbuch V (1995) *Gesetzliche Krankenversicherung*. Deutscher Taschenbuchverlag, München
39. Uhlenbruck W (1995) Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin. *Medizin Recht* 11: 427–437