

# Hohenheimer Working Papers Wirtschafts- & Unternehmensethik

---

**Lehrstuhl 560 D**

**No. 3 (2004)**

**'Alles hat seinen Preis'.  
Gerechtigkeit im Gesundheitssystem**

**Michael Schramm**

Jenseits von Eden leben wir in einer Welt der Knappheit: Unser Leben ist knapp (jede / jeder hat nur eines), unsere Zeit ist knapp, unsere Verstandeskapazitäten sind knapp, und nicht zuletzt sind auch die Ressourcen im Gesundheitswesen knapp. Dass jenseits von Eden alles knapp ist, ist der Theologie und ihrer Ethik eigentlich schon seit der Vertreibung aus dem Paradies wohlbekannt – wobei der Tatbestand hier meist unter dem Terminus ‚Endlichkeit‘ verhandelt wird –, und die Ökonomik hat die Knappheit zum Ausgangspunkt ihres Ansatzes gemacht. Da wir nun nicht (mehr) im Paradies leben, können wir an der Tatsache, dass alles knapp ist, grundsätzlich nichts ändern. Wir können aber damit einigermaßen vernünftig umgehen, und das heißt, sowohl die Effizienz als auch die Gerechtigkeit zu berücksichtigen.

*1. „Gute Medizin erzeugt immer noch mehr Kranke.“ Die empirische Entwicklung des Gesundheitssektors verstärkt die Gerechtigkeitsprobleme*

Der Gesundheitssektor ist ein vermintes Gelände. Während die einen die bisherigen Reformmaßnahmen nicht als einen Umbau des Gesundheitssystems, sondern bestenfalls als ein Möbelrücken betrachten, sehen andere schon das Ende der Solidarität gekommen. Welche Kochrezepte man aber auch immer im Hinterkopf haben mag, halbwegs einig dürften sich die Streitparteien zumindest über die empirisch zu diagnostizierende Lage des Gesundheitssystems sein.

*1.1. Zahlen*

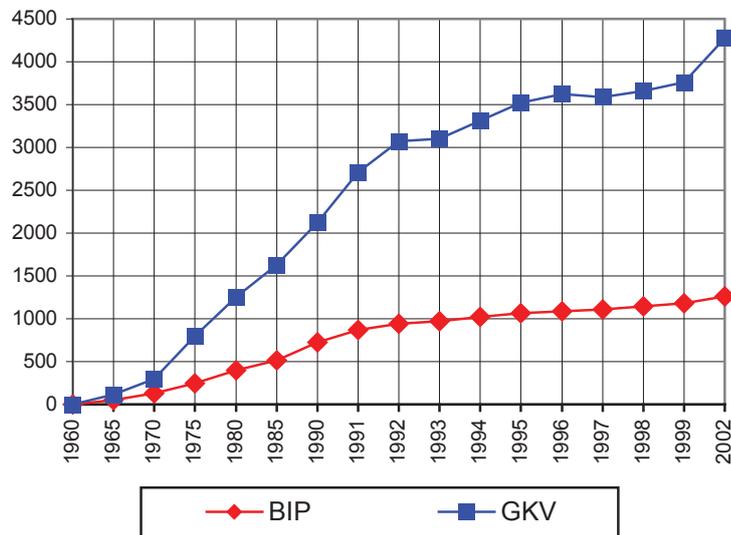
Das Gesundheitssystem ist ein Wachstumsmarkt von beträchtlichem Umfang<sup>1</sup>. Es erbringt jährlich Leistungen für insgesamt über 200 Mrd. € (davon in 2002: 142,61 Mrd. € GKV-Leistungsausgaben), fast jeder fünfte Erwerbstätige ist direkt oder indirekt in der Gesundheitsbranche beschäftigt (darunter 301.000 Ärzte). Etwa 90 % der Bevölkerung sind Mitglied in den knapp 600 Gesetzlichen Krankenversicherungen, die selbst ca. 150.000 Arbeitsplätze stellen.

Medizinische Qualität ist nicht zum Nulltarif zu haben. Und so offenbart man der geneigten Öffentlichkeit nicht gerade ein Geheimnis, wenn man darauf hinweist, dass unser Gesundheitssystem in finanzielle Turbulenzen geraten ist und auch noch weiter kommen wird: Von 1960 bis 2002 stieg das Bruttosozialprodukt nominal von (umgerechnet) 154,70 Mrd. € auf 2.108,20 Mrd. € an. Das ist

---

<sup>1</sup> P. OBERENDER / A. HEBBORN, Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Kosteninfarkts, Frankfurt a. M. 1994.

ein Anstieg um das 12,6-fache. Dagegen erhöhten sich die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung von (umgerechnet) 4,58 Mrd. € (1960) auf 142,61 Mrd. € (2002), was einem Anstieg um das 30,1-fache entspricht:



*Abbildung 1:*  
 Prozentuales Wachstum der GKV-Leistungsausgaben im Vergleich zu den Wachstumsraten des nominalen Bruttosozialprodukts 1960 bis 2002 (1960 = 0)  
 1960-1990: alte Bundesländer, ab 1991 Gesamtdeutschland<sup>2</sup>

Auch seit Anfang der neunziger Jahre stiegen die gesamten Gesundheitsausgaben weiter an, und zwar von 268 Mrd. DM (1991) auf 225,9 Mrd. € (2001). Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erhöhten sich die Ausgaben von 173,6 Mrd. DM (1991) auf 142,61 Mrd. € (2002), wobei allerdings in den letzten Jahren eine gewisse Stagnation festzustellen ist, weil man dem brodelnden Kessel einen gesundheitspolitischen Budgetierungsdeckel verpasst hat.

<sup>2</sup> Quelle: Bundesarbeitsministerium / eigene Berechnungen.

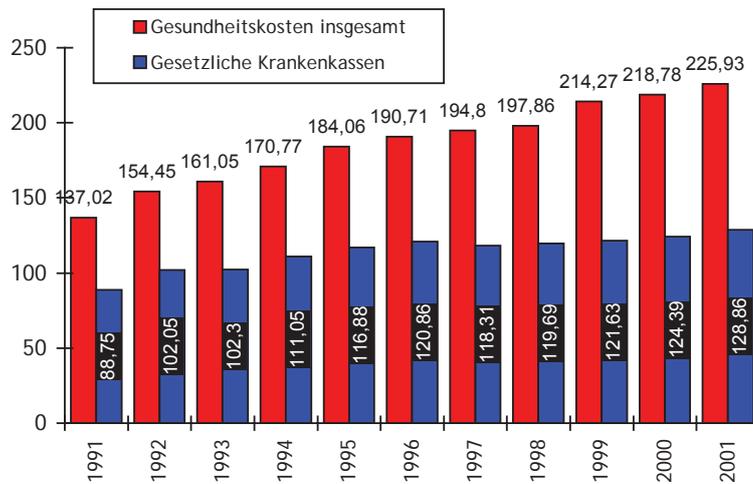


Abbildung 2:  
Gesundheitskosten in Deutschland, in Mrd. € (1991-2001)<sup>3</sup>

Mussten Arbeitnehmer und -geber 1970 nur 8,2 % der Bruttoverdienste an die GKV abgeben, so waren es 2000 (durchschnittlich) 13,5 % (plus 1,7 % Pflegeversicherung).

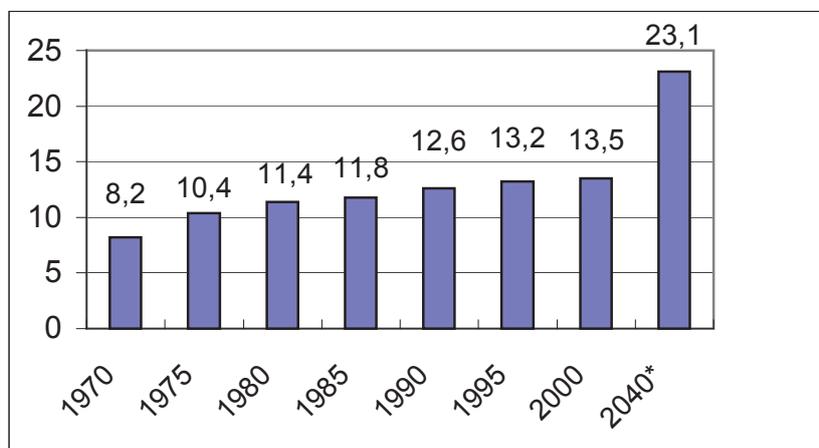


Abbildung 3:  
GKV-Beiträge nur Westdeutschland, in % der Bruttoverdienste  
(1970-2000, \* = Prognose 2040)<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland.

<sup>4</sup> Quelle: Bundesarbeitsministerium, \* nach F. BREYER / V. ULRICH, Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220 (2000), 1-17.

Wenn die Strukturen des Gesundheitswesens so bleiben wie heute, dann ist nach empirischen Untersuchungen von Friedrich Breyer und Volker Ulrich<sup>5</sup> für das Jahr 2040 ein Beitragssatz von 23,1 % (heute: durchschnittlich 13,5 %) zu prognostizieren.

### *1.2. Rationalisierungsreserven*

Nun weisen Gesundheitsökonominnen und -ökonominnen nicht zu Unrecht darauf hin, dass im Gesundheitswesen noch nennenswerte Rationalisierungsreserven schlummern. Die Hauptursache hierfür wird darin gesehen, dass im Gesundheitswesen allerorten Fehlanreize zu diagnostizieren sind: auf der Nachfrageseite wegen des fehlenden Preisausschlussprinzips Anreize zu einem ‚Freibierverhalten‘<sup>6</sup>, auf der Angebotsseite Anreize zu einer ‚angebotsinduzierte Nachfrage‘<sup>7</sup>, was das Problem der Honorierungsform ärztlicher Leistungen aufwirft.

Sicherlich gibt es solche Rationalisierungsreserven. Diskutiert wird eine Vielzahl möglicher Reformen, von der Differenzierung in Regel- und Wahlleistungen über Beitragsrückerstattungen bis zur Zulassung *unterschiedlicher* Leistungsangebote in den gesetzlichen Kassen. Doch selbst dann, wenn es gelänge, sämtliche Rationalisierungspotenziale durch Einbau institutioneller Anreizstrukturen und durch Nutzung von ‚Managed-Care‘-Organisationen vollständig auszuschöpfen, wäre diese Kosteneinsparung doch nur eine einmalige Senkung auf ein bestimmtes Rationalisierungslevel, während die fortwährende Kostensteige-

---

<sup>5</sup> Zum Folgenden vgl. a. a. O. Dabei lässt sich der Anstieg der Gesundheitsausgaben (pro Kopf) allgemein auf die drei Faktoren medizinisches Können, Altersstruktur und Höhe des Sozialprodukts zurückführen.

<sup>6</sup> Da die individuelle Gesundheitsnachfrage in Deutschland – von gewissen Eigenbeiträgen abgesehen – aus sozial- und gesundheitspolitischen Gründen bewusst nicht durch ein Preisausschlussprinzip begrenzt wird, wird – so die Gesundheitsökonomik – die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen völlig preisunelastisch. Es entstehen angesichts hoher Versicherungsbeiträge Anreize, möglichst viel ‚kostenlos‘ aus dem System herauszuholen, um nicht andere faktisch subventionieren zu müssen (Vollkasko-, Nulltarif-, Trittbrettfahrer-, Freibierverhalten). Auch eine gewisse Nachlässigkeit im Gesundheitsbewußtsein (‘Die Versicherung zahlt ja sowieso’, Moral-hazard-Phänomen) wird vermutet. Im Endergebnis, so die hier diagnostizierte Modellogik, läuft das auf eine – u. U. sogar präventive – Ausbeutung aller durch alle, eine Ausbeutungsspirale hinaus (Rationalitätenfalle). Was ist hierzu zu sagen? Es ist m. E. richtig, daß es im Bereich der ‚Luxus‘-Gesundheitsleistungen (z. B. Kuren, Schönheitsoperationen) tatsächlich zu einem ‚Freibierverhalten‘ kommt. Dagegen glaube ich nicht, daß diese Vollkasko-Mentalität durchschlägt, wenn es um Leben oder Tod geht. Niemand legt sich freiwillig ins Krankenhaus, nur um die Krankenkassen auszuplündern.

<sup>7</sup> Ein Arzt hat Anreize, dem Patienten einen schlechteren als den wirklichen Gesundheitszustand zu signalisieren und durch dieses verzerrte Signalling zusätzliche Nachfrage zu induzieren. Vgl. D. SAUERLAND, Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen: Theorie und Praxis, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2 (2001), 211-227, hier 215.

rung der Gesamtheit des medizinisch Machbaren aufgrund des medizinischen Fortschritts nicht zum Stillstand kommen wird.

### *1.3. Rationierung*

Aufgrund der Explosion des medizinisch Machbaren werden wir um Rationierungen im Gesundheitsbereich nicht herum kommen. Nach einer Berechnung des britischen ‚Office of Health Economics‘ würde das Gesundheitssystem, stünde die Medizin technisch auf dem Stand vor hundert Jahren, nur etwa 1 % der gegenwärtigen Kosten erfordern<sup>8</sup>. Unausweichlich entstehen daher – morgen noch weit mehr als heute – ‚trade-offs‘: Entweder man verwendet einen ständig wachsenden Anteil am Bruttosozialprodukt für das Gesundheitswesen (genannt werden schon heute Steigerungsraten von 8 % pro Jahr) – was mit den ebenfalls steigenden Ansprüchen der Bildung oder der Alterssicherung kollidiert –, oder es wird unmöglich, allen Patientinnen /-en eine Versorgung nach dem letzten Stand der Forschung anzubieten. Wenn man vor hundert Jahren krank wurde, war man entweder bald tot oder bald wieder gesund. Wo früher Schicksal war, entstehen heute immer neue Behandlungsmöglichkeiten. Der Wirtschaftsstatistiker Walter Krämer bringt dieses Dilemma auf die Formel: „Gute Medizin erzeugt immer noch mehr Kranke. [...] Das ist der Fluch der modernen Medizin: Je besser sie wird, desto mehr Kranke muß sie versorgen und desto teurer wird sie.“<sup>9</sup> Kein Wunder, dass eine ‚schleichende‘ Rationierung insofern längst im Gange ist, als beispielsweise teure Behandlungen auf den nächsten Budgetzeitraum verschoben werden<sup>10</sup>.

Der medizinisch-technische Fortschritt will uns eigentlich „vom Fatum zum Faktum, vom Schicksal zum Machsals“<sup>11</sup> geleiten, paradoxerweise aber führt das zunehmende Machenkönnen in neue schicksalhaft erlebte Zwänge, nämlich in das Schicksal des Rationierenmüssens<sup>12</sup>. Um mit Bertrand Russell zu sprechen: „Fortschritt – das bedeutet, dass wir unsere alten Sorgen gegen neue eintau-

---

<sup>8</sup> So O. HÖFFE, Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen – eine Replik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 44 (2000), 89-102, hier 91 (allerdings ohne näheren Beleg).

<sup>9</sup> W. KRÄMER, „Medizin erzeugt Kranke“ (Interview), in: Der Spiegel 19 / 1998, 224-226, hier 225.

<sup>10</sup> Zur schleichenden Rationierung M. SIMON, Ökonomische Anreize und verdeckte Rationierung im Gesundheitswesen, in: Wege zum Menschen 52 (2000), 305-314.

<sup>11</sup> O. MARQUARD, Abschied vom Prinzipiellen, Stuttgart 1981, 67.

<sup>12</sup> Je erfolgreicher etwa die Transplantationsmedizin arbeitet, desto größer wird die Organknappheit.

schen.” Die empirische Entwicklung des Gesundheitssektors wird unausweichlich die Gerechtigkeitsprobleme verstärken.

## *2. Jenseits des unmittelbaren Durchgriffs. Zur gerechtigkeitstheoretischen Differenz von ethischer Begründung und empirischer Anwendung*

Die Lage ist also schwierig. Und angesichts der Kosten ist es kein Wunder, dass auf der einen Seite Ökonomen / -innen (oder ökonomisch denkende Sozialwissenschaftler / -innen allgemein) massive Einschnitte in das Gesundheitssystem diskutieren<sup>13</sup>, während sich auf der anderen Seite gegen eine solch ungerührte Ökonomisierung des Gesundheitssektors moralischer Protest regt. Zwei unterschiedliche Sichtweisen prallen aufeinander: Die einen regen sich über den kalten ‚Ökonomismus‘ der anderen Seite auf, die anderen sehen im Moralprotest nur illusionäre Sozialromantik. Auf welche Seite soll man sich also schlagen?

Ich bin von Hause aus weder Mediziner noch Ökonom, sondern Sozialethiker. Und ich möchte daher in diesem zweiten Abschnitt eine *ethische Unterscheidung* vorschlagen, die den widerstreitenden Sichtweisen Rechnung trägt und so möglicherweise zur Klärung der Sachlage zweckdienlich ist. Es geht um die gerechtigkeitstheoretisch wichtige Unterscheidung von Begründungs- und Anwendungsebene<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Beispielsweise erörtert der amerikanische Ethiker Paul T. Menzel ungerührt die “duty to die cheaply” (die “Pflicht, billig zu sterben”). Vgl. P. T. MENZEL, *Strong Medicine. The Ethical Rationing of Health Care*, New York / Oxford 1990.

<sup>14</sup> Schon bei M. WEBER, *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*, Tübingen <sup>5</sup>1980, 181 gibt es die Unterscheidung zwischen dem ‚ideellen Geltensollen‘ und der ‚empirischen Geltung‘ einer Norm. Meines Wissens wurde die Differenz zwischen Begründungs- und Anwendungsdiskursen aber erstmals *systematisch* entwickelt von K. GÜNTHER, *Der Sinn für Angemessenheit. Anwendungsdiskurse in Moral und Recht*, Frankfurt a. M. 1988. Aufgegriffen wurde sie sodann von J. HABERMAS, *Erläuterungen zur Diskursethik*, Frankfurt a. M. 1991; J. HABERMAS, *Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats*, Frankfurt a. M. 1992; J. HABERMAS, *Die Einbeziehung des Anderen. Studien zur politischen Theorie*, Frankfurt a. M. <sup>2</sup>1997. Die Anwendungsfrage wurde in etwas anderem Aufriss thematisiert bei K.-O. APEL / M. KETTNER, *Zur Anwendung der Diskursethik in Politik und Wissenschaft*, Frankfurt a. M. 1992. Vgl. auch J.-P. HARPES / W. KUHLMANN (Hg.), *Zur Relevanz der Diskursethik. Anwendungsprobleme der Diskursethik in Wirtschaft und Politik (Ethik und Wirtschaft im Dialog 9)*, Münster 1997. Im Bereich der Ökonomik wurde die Differenz grundlegend aufgegriffen im systematischen Ansatz von J. WIELAND, *Die Ethik der Wirtschaft als Problem lokaler und konstitutioneller Gerechtigkeit*, in: J. WIELAND (Hg.), *Wirtschaftsethik und Theorie der Gesellschaft*, Frankfurt a. M. 1993, 7-31; J. WIELAND, *Ökonomische Organisation, Allokation und Status (Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften 92)*, Tübingen 1996; J. WIELAND, ‚Option für die Armen?‘ *Grenzgänge der Sozialethik*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 40 (1996), 57-66; J. WIELAND, *Die Ethik der Governance (Insti-*

### 2.1. „Eine Würde und keinen Preis“? Zur Möglichkeit, begründete Gerechtigkeitsprinzipien lokal nicht anwenden zu können

Beginnen wir zur Illustration mit einem Alltagsbeispiel<sup>15</sup>: Fragt man eine Mutter, ob ihr ihr erstes oder ihr zweites Kind mehr wert wäre, so wird sie im allgemeinen antworten: „Ich kann das nicht sagen – beide gleich!“ Dieses ‚beide gleich‘ ist nun jedoch *nicht quantitativ* gemeint (etwa in dem Sinn: „Beide sind mir gleichermaßen genau 17.379 € Euro wert – nicht mehr und nicht weniger.“), vielmehr ist das ‚gleich‘ *qualitativ* gemeint: Beide Kinder sind gleichermaßen einzigartig und können durch nichts anderes aufgewogen werden<sup>16</sup>. Die gemeinte ‚Gleichheit‘ ist die ‚Unvergleichlichkeit‘. Diese Qualität nennt man ‚Würde‘. Genau darum geht einem berühmten Wort des wohl bedeutendsten Moralbegründers der Moderne, Immanuel Kant: „Im Reich der Zwecke hat alles entweder einen Preis oder eine Würde. Was aber einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes als Äquivalent gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.“<sup>17</sup> Dem entspricht die beobachtbare Tatsache, dass Eltern im Fall einer Entführung ihres Kindes oder im Fall einer schweren Erkrankung ihres Kindes bereit sind, jedweden Geldbetrag, über den sie verfügen, zur Rettung ihres Kindes auszugeben. Das mit diesem Beispiel illustrierte moralische Prinzip von der *einzigartigen ‚Würde‘* oder der *unverrechenbaren Gleichwertigkeit* aller Menschen ist zunächst einmal ein Grunddatum unserer Moralkultur, ein Grunddatum, das sich sowohl theologisch als auch philosophisch gut *begründen* lässt<sup>18</sup>. Mit dieser ganz grundsätzlichen Sichtweise befinden wir uns also auf der *ethischen Begründungsebene*, also derjenigen Ebene, auf der die ‚Gültigkeit‘ moralischer

---

tutionelle und Evolutorische Ökonomik 9), Marburg 1999. Im Bereich der Theologie ist mir lediglich der Aufsatz von A. HECK, Zum Anwendungsbezug theologischer Ethik, in: K.-W. DAHM (Hg.), Sozialethische Kristallisationen. Studien zur verantwortlichen Gesellschaft (Entwürfe. Schriften des Instituts für Christliche Gesellschaftswissenschaften der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster 4), Münster 1996, 89-132 bekannt.

<sup>15</sup> Ich folge hier G. SCHURZ, Der Wert des menschlichen Lebens, in: Ethica 4 (1996), 23-45, hier 32-34.

<sup>16</sup> Formaler ausgedrückt: Es existiert kein funktionales Äquivalent.

<sup>17</sup> I. KANT, Grundlegung der Metaphysik der Sitten, in: I. KANT, Werkausgabe, Bd. 7, Frankfurt a. M. 1974, 7-102, hier 68.

<sup>18</sup> Theologisch kann auf die Gleichheit aller Menschen vor Gott oder auf die biblische Aussage, dass uns in jedem Menschen – insbesondere den ‚Geringsten‘ – Christus (also: Gott) entgegenkomme (Mt 25) zurückgegriffen werden. Philosophisch besitzt hier etwa die transzendentalpragmatische Letztbegründung Karl-Otto Apels einschlägige Relevanz.

Sätze ethisch begründet werden soll<sup>19</sup>. Den vorhin zitierten ethischen Einlassungen gegen eine Ökonomisierung des Gesundheitssektors geht es genau um das Einklagen der im ethischen Begründungsdiskurs zu begründenden ‚Gültigkeit‘ fundamentaler Moralprinzipien (wie der der Würde oder der Gleichwertigkeit aller Menschen).

Nun geraten aber diese ‚gültigen‘ Moralprinzipien aus dem ethischen Begründungsdiskurs (wie etwa das Prinzip von der Gleichwertigkeit aller Menschen) in Turbulenzen, wenn man sie in spezifischen Anwendungsbereichen zur ‚Geltung‘ bringen möchte. Ziehen wir als Beispiel aus dem Gesundheitsbereich das Problem der Nierentransplantation heran:

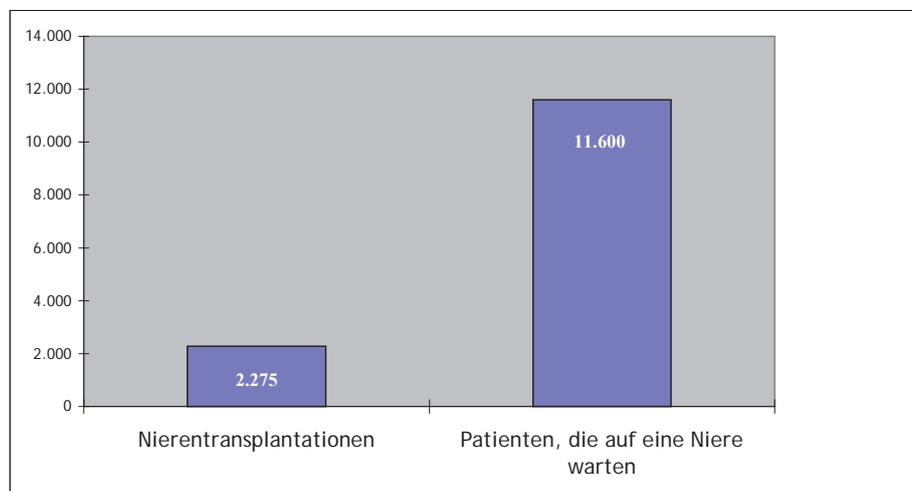


Abbildung 4:

Nierentransplantationen und Transplantationsanwärter / -innen (Deutschland 1999)<sup>20</sup>

Im Jahr 1999 konnten 2.275 Dialysepatienten /-innen in Deutschland transplantiert werden (1998: 2.340), aber die Zahl der Patienten /-innen, die im selben Jahr auf eine Niere warteten (Warteliste), belief sich auf ca. 11.600 Menschen. In dieser Situation sind wir gezwungen, uns für bestimmte Verteilungsregeln zu entscheiden, die sich quer legen zu dem moralischen Prinzip der Gleichwertigkeit. Es muss nämlich – nach bestimmten Kriterien natürlich – eine Auswahl

<sup>19</sup> Wenn hier von Begründungsebene die Rede ist, soll damit nicht behauptet werden, es sei möglich, mit solchen Begründungen Gewissheiten zu produzieren. Poppers kritischer Rationalismus hat hinreichend gezeigt, dass die Produktion von Gewissheiten wissenschaftstheoretisch eine Unmöglichkeit ist.

<sup>20</sup> Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation, 1999.

getroffen werden, wer es *wert* ist, eine Niere zu bekommen – und wer nicht. Auch wenn die ethische Begründungsebene es gerade als unmöglich erweist, unterschiedliche Werte menschlicher Leben anzusetzen, so sind wir im Transplantationsbereich doch gezwungen, so zu tun, *als ob* dies möglich sei. Auf der Anwendungsebene muss die Geltung des universalen Gleichwertigkeitsprinzips lokal eingeschränkt und genau das getan werden, was das Prinzip eigentlich untersagt<sup>21</sup>. Denn in dieser Anwendungssituation könnte die Gleichwertigkeit nur dadurch zur Geltung gebracht werden, dass überhaupt *niemand* ein Organ transplantiert bekommt. Daher dürfte sich der Gedanke nach einer lokalen Einschränkung des Gleichwertigkeitsprinzips doch nahelegen<sup>22</sup>.

Das heißt: Einerseits wollen wir ‚*eigentlich*‘ – *Begründungsebene* – in einer Welt leben, in der die Gleichwertigkeit aller Menschen zur Geltung gebracht wird. Nur dann werden wir den Menschen als Menschen umfassend gerecht. Andererseits aber kommen wir nicht umhin, zu realisieren, dass wir in der postparadiesischen Welt der Knappheit – *Anwendungsebene* – doch gezwungen sind, abstufende Bewertungen vorzunehmen und von den idealen Gerechtigkeitsforderungen Abstriche zu machen. Es scheint somit unmöglich zu sein, eine ethische Gerechtigkeitstheorie zu entwickeln, die den *begründeten* Moralessentials (Gleichwertigkeit, gleiche Würde aller) Rechnung trägt und zugleich lokal *anwendbar* ist. Das, was – in den Worten Immanuel Kants – auf der Ebene der universalen Moralbegründung ‚über allen Preis erhaben ist‘, weil es eine ‚Würde‘ hat, muss auf der Ebene der lokalen Anwendung doch verglichen, abgewogen und das heißt nichts anderes als mit einem ‚Preis‘ versehen werden. Auf der

---

<sup>21</sup> “Wenn man vorgeben kann, daß der physische Zustand des Hauptkommissars einen langfristigen Transplantationserfolg wahrscheinlicher macht als der physische Zustand des Serientäters, dann kann man den unbehaglichen Gedanken verdrängen, daß man bei einer moralisch rationalen Entscheidung um [...] moralische Gewichtungen nicht herumkommt. Unbehaglich ist dieser Gedanke, weil er dem abstrakten Prinzip der *moralischen Gleichwertigkeit menschlichen Lebens* widerspricht. Aber diesseits der Abstraktionsidyllen der Theorie, unter normalen Lebensbedingungen, wo entschieden werden muß, weil Knappheit an Gütern und an Zeit herrscht, kommen wir mit dem *dürren menschenrechtlichen Egalitarismus* nicht weit.” (W. KERSTING, Gerechtigkeit und Medizin, in: W. KERSTING, Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend, Frankfurt a. M. 1997, 170-212, hier 174, Hervorhebungen M. S.)

<sup>22</sup> Ausnahmefälle der ‚regulativen Idee‘ Gleichwertigkeit sind allerdings – mögen sie nun selten vorkommen oder aber geradezu der ‚Regel‘-Fall sein – rechtfertigungsbedürftig. Mein Vorschlag wäre der, dass Ausnahmen dann gerechtfertigt sind, wenn sie im *unparteilichen Interesse der lokal Betroffenen* liegen. G. SCHURZ, Der Wert des menschlichen Lebens, in: Ethica 4 (1996), 23-45, hier 42 sieht die Dinge ähnlich; allerdings bindet er die Ausnahmen an eine ‚Unausweichlichkeit‘: “Ausnahmen vom Prinzip der Unantastbarkeit menschlichen Lebens sind in dieser Sichtweise nur dort legitim, wo sie *unausweichlich* sind.” Ich kann dem durchaus zustimmen, meine allerdings, dass diese Kondition erstens zu eng gefasst ist (es ist nicht ‚unausweichlich‘, dass die Nieren transplantiert werden) und dass zweitens offen bleibt, wann eine Ausnahme ‚unausweichlich‘ ist.

Anwendungsebene hat dann eben doch ‚alles seinen Preis‘. Nun lässt sich dieses ethische Dilemma zwar nicht auflösen, aber doch wenigstens einordnen, wenn man Begründungs- und Anwendungsebene *unterscheidet*, aber stets *gleichzeitig präsent* hält: Aus der Tatsache, dass das Prinzip von der Gleichwertigkeit ethisch begründbar ist, ergibt sich noch nicht, dass man es auch eins zu eins anwenden kann, und umgekehrt ergibt sich aus der Tatsache, dass das Gleichwertigkeitsprinzip lokal unter Umständen nicht eins zu eins anwendbar ist, noch nicht, dass es auch seinen ethischen Status als begründet verlieren würde<sup>23</sup>. Wir müssen gerechtigkeitstheoretisch also auf zwei Ebenen denken: Als – ‚regulative Idee‘ hat die (Sozial)Ethik einerseits – *Begründungsebene* – durchaus die Zielvorstellung vollkommener Gerechtigkeit präsent zu halten (die biblische Theologie tut dies im Begriff des Reiches Gottes und seiner Gerechtigkeit, vgl. Mt 6,33), andererseits aber – *Anwendungsebene* – sollte sie wohl wissen, dass angesichts der Endlichkeiten der Wirklichkeit jenseits von Eden vollkommene Gerechtigkeit nicht realisierungsfähig ist und auf pragmatische Kompromisse heruntergebrochen werden muss: Nicht *die* Gerechtigkeit, sondern lediglich vergleichsweise *gerechtere* Problemlösungen lassen sich zur Geltung bringen. Ich denke, dass diese gerechtigkeitstheoretische Differenzierung von Begründungs- und Anwendungsdiskurs dazu beiträgt, das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten - weder das ökonomische Kind mit dem ethischen Bad, noch das ethische Kind mit dem ökonomischen Bad.

## 2.2. „Ethik mit anderen Mitteln“. Zur Möglichkeit, begründete Gerechtigkeitsprinzipien nur über ökonomische Rekonstruktionen anwenden zu können

Neben der eben geschilderten Möglichkeit, begründete Moralprinzipien lokal nicht anwenden zu können, gibt es noch einen zweiten Tatbestand, der ein unmittelbares Durchgreifen von der ethischen Begründungsebene auf die empirische Anwendungsebene nicht zulässt: nämlich die Möglichkeit, begründete Moralprinzipien nur über den Weg ökonomischer Rekonstruktionen anwenden zu können. Dies betrifft im Grunde den gesamten Bereich der institutionellen Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems. Ob wir – *solidarisch* – eine betragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen und eine einkommensabhängige, e-

---

<sup>23</sup> Beispiel: Wenn etwa in Zukunft medizinische Leistungen einerseits rationiert werden müssen (weil man das, was man machen könnte, nicht mehr allgemein bezahlen kann), andererseits aber ein privater Zukauf von Gesundheitsleistungen gesetzlich nicht ausgeschlossen sein wird („weiche“ Rationierung), dann zeigt dies, dass in diesem Anwendungskontext die Ökonomik die Geltung des von der Ethik begründeten Gleichwertigkeitsprinzips lokal einschränkt. Gleichwohl: „Lokal nicht anwendbare moralische Sätze behalten definitionsgemäß ihren Status als [ethisch, M. S.] begründet.“ (J. WIELAND, Die Ethik der Governance [Institutionelle und Evolutorische Ökonomik 9], Marburg 1999, 24)

ben nicht rein risikoäquivalente Beitragsberechnung installieren oder ob wir – *marktökonomisch* – Beitragsrückerstattungen und selektive Vertragsabschlüsse zwischen einzelnen Praxen und Kassen vorsehen<sup>24</sup> – in *all* diesen Fällen muss eine ökonomische Mittelanalyse vorgeschaltet werden. Auch wenn diese ökonomische Anreizeanalyse dann ergibt, dass ein bestimmter Zweck besser durch ein solidarisches als durch ein marktökonomisches Instrument erreicht werden kann, so ist es doch niemals das Moralprinzip der ethischen Begründungsebene, das gewissermaßen eins zu eins auf die Ebene der Anwendung bestimmter institutioneller Mittel durchschlagen würde. Vielmehr sind auch solidarisch organisierte Instrumente ökonomisch berechnet, so dass es sich auf der Anwendungsebene in jedem Fall um eine ‚Ethik mit anderen, nämlich ökonomischen Mitteln‘ handelt. Was auf der realen Anwendungsebene als die vergleichsweise *gerechtere* Problemlösung gelten kann, kann erst nach dem Durchgang durch die ökonomische Kosten-Nutzen-Analyse beurteilt werden<sup>25</sup>.

*2.3. Systematische Differenzierung des gerechtigkeits-theoretischen Blickwinkels*  
Es gibt verschiedene ethische Sichtweisen (wie z. B. den Utilitarismus oder das Überbieten der Gerechtigkeit durch barmherzige Nächstenliebe)<sup>26</sup>. Für den ge-

---

<sup>24</sup> Es sollte zur Kassenwahlfreiheit auch eine selektive Vertragsfreiheit der einzelnen (!) Kassen mit einzelnen Leistungsanbietern treten. Dass die Verhandlungen mit den Leistungserbringer-Vereinigungen von allen Kassen *gemeinsam* geführt werden müssen, läuft funktional auf eine Einheitskasse hinaus, was den Wettbewerb gerade verhindert. Die Einführung solcher Verträge scheiterte bisher am massiven Widerstand der organisierten Ärzteschaft. Vgl. D. SAUERLAND, Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen: Theorie und Praxis, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2 (2001), 211-227, hier 224.

<sup>25</sup> Beispielsweise ist die Kategorie der ‚Solidarität‘ zunächst einmal als ethischer Begriff eine Kategorie des *ethischen Begründungsdiskurses*. Man kann diese ethische Begründungskategorie nun zwar als anwendungsorientiert bezeichnen, Solidarität ist aber sozialetisch niemals direkt, sondern immer nur indirekt anwendungsorientiert und kann daher nicht eins zu eins auf die Anwendungsebene durchgreifen. Das *Zur-Geltung-bringen* von Solidarität auf der Anwendungsebene muss stets über ökonomische Rekonstruktionen erfolgen. Dagegen ist der *ökonomische Begründungsdiskurs* *direkt* anwendungsorientiert (wenn auch realiter nicht immer lokal anwendbar). Er kann aber m. E. nicht auf die Gültigkeit der ethischen Begründung durchgreifen, weil dies die Autonomie der Diskursarten auf der Begründungsebene verletzen würde. Der *Wettbewerb* dagegen ist ein Organisationsprinzip auf der Anwendungsebene, das sowohl von der Ökonomik auf seine Vor- und Nachteile (Kostenperspektive) als auch (vermutlich erst danach) von der Ethik auf seine unparteiliche Konsensfähigkeit hin befragt werden kann (Gerechtigkeitsperspektive).

<sup>26</sup> Ich folge hier O. HÖFFE, Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen - eine Replik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 44 (2000), 89-102, hier 94-96. Er unterscheidet Utilitarismus, Gerechtigkeit und das Überbieten von Gerechtigkeit (Mitleid, Großzügigkeit, Wohltätigkeit). Im Unterschied zum Utilitarismus geht eine liberale Gerechtigkeitstheorie von einem individuellen Vetorecht aus (vgl. J. RAWLS, Eine Theorie der Gerechtigkeit,

rechtigkeitstheoretischen Blickwinkel, den ich von meinem Fach Sozialethik her vertrete, ist der Rückgriff auf die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls nützlich. Bekanntlich benutzt Rawls als zweckdienliches Instrument, um die Gerechtigkeit institutioneller Regeln zu testen, einen ‚Schleier des Nichtwissens‘ (*veil of ignorance*) im Rahmen eines Gedankenexperiments, das er ‚Urzustand‘ (*original position*) nennt<sup>27</sup>. Man kann diesen Rawls’schen Gerechtigkeitstest nun sowohl für Begründungs- als auch Anwendungsebene nutzen. Der ‚Urzustand‘ lässt sich zunächst dazu verwenden, um sich der idealen Gerechtigkeitsziele (im Sinne ‚regulativer Ideen‘) zu vergewissern. Wenn wir etwa das vorhin genannte Beispiel der Nierentransplantationen heranziehen, dann wird man im ‚Urzustand‘ hinter dem ‚Schleier des Nichtwissens‘ vermutlich zunächst einmal für das Prinzip der moralischen Gleichwertigkeit aller Menschen votieren. Nur dieses Prinzip entspricht der regulativen Idee idealer Gerechtigkeit. Hier befinden wir uns auf der Ebene des ethischen *Begründungs*diskurses. Aber schon im ‚Urzustand‘ müssen sich die beratenden Parteien darüber im klaren sein, dass universale Knappheit eine unausweichliche Anwendungsbedingung begründeter Gerechtigkeitsvorstellungen ist bzw. sein wird. Die Parteien im ‚Urzustand‘ sehen sich daher mit der unangenehmen Konsequenz konfrontiert, dass es postparadiesisch unmöglich ist, jedem Menschen vollständig (z. B. durch eine maximale Gesundheitsversorgung) gerecht zu werden. Umfassende Gerechtigkeit gibt es auf Erden nicht<sup>28</sup>. Es müssen also Kompromisslösungen gefunden werden, die für alle Betroffenen von einem unparteilichen Standpunkt aus (‚Schleier des Nichtwissens‘) annehmbar sind. Beispielsweise scheint mir im Transplantationsbereich dann eine Regel vergleichsweise gerecht, die vorsieht, dass vorrangig diejenigen

---

Frankfurt a. M. 1975, 175), im Unterschied zum Überbieten der Gerechtigkeit beschränkt sich die Gerechtigkeitstheorie auf gesellschaftlich (institutionell) festgeklopfte Rechte und Pflichten.

<sup>27</sup> Nebenbei: Ein solcher Schleier des Nichtwissens dürfte erstmals 1953 von dem amerikanischen Ökonom und Nobelpreisträger John C. Harsanyi erfunden worden sein: Vgl. J. C. HARSANYI, Cardinal Utility in Welfare Economics and in the Theory of Risk-Taking, in: *Journal of Political Economy* 61 (1953), 434f.; J. C. HARSANYI, Cardinal Welfare, Individualistic Ethics and Interpersonal Comparisons of Utility, in: *Journal of Political Economy* 63 (1955), 309-321. Rawls hat seine Variante (*veil of ignorance*) erst 1957 publiziert: J. RAWLS, Justice as Fairness, in: *Journal of Philosophy* 54 (1957), 653-662.

<sup>28</sup> Rawls liefert ein heuristisches Instrument, mit dem man das Gerechtigkeitsproblem bearbeiten, nicht aber in dem Sinn (auf)lösen kann, dass danach jedem Betroffenen vollständige Gerechtigkeit zuteil würde. Die formale Gerechtigkeitsvorstellung (‚Urzustand‘) besteht darin, dass alle Betroffenen zustimmen müssen, in materialen Gerechtigkeitsfragen aber wird dieser Konsens aufgrund der ‚burdens of reason‘ unwahrscheinlich.

Leute ein Transplantationsorgan erhalten, die zuvor in unbedürftigem Zustand die eigene Spendenbereitschaft erklärt haben<sup>29</sup>.

So weit meine Anmerkungen zur grundsätzlichen gerechtigkeitstheoretischen Differenz von ethischer Begründung und empirischer Anwendung. Wie wirkt sich diese Differenz nun konkreter aus?

### *3. Jenseits von Eden. Knappheit als Anwendungsbedingung begründeter Gerechtigkeitseinstellungen*

Im Rahmen dieses Kontrastes zwischen Begründungs- und Anwendungsebene möchte ich nun vier gerechtigkeitstheoretische Thesen zum Gesundheitssystem vorschlagen<sup>30</sup>:

#### *3.1. Kein unregulierter Markt!*

Überprüft man mit dem Gerechtigkeitstest einer *unparteilichen* Zustimmung aller Betroffenen die Frage, ob wir unser Gesundheitssystem einem unregulierten Markt überlassen sollten (wie es in den USA bis zu einem gewissen Grade der Fall ist) oder aber besser Regelungen wählen sollten, die auch solidarische Instrumente vorsehen, dann ergibt sich eine Option für die zweite Variante<sup>31</sup>. Wir alle sind zumindest potentielle Kranke, und wenn ich mich von einem unparteilichen Standpunkt aus frage, wie die Dinge aus der Sicht eines finanziell Mittellosen aussehen, dann dürfte klar sein, dass die Befriedigung meines fundamentalen Gesundheitsbedürfnisses nicht von der Höhe meiner finanziellen Mittel abhängen sollte. Der Gerechtigkeitstest plausibilisiert grundsätzlich vielmehr das sozialethische Kriterium der *Befähigungsgerechtigkeit*: “[...] ein *decent minimum* konditionaler Güter muss so beschaffen sein, dass es in einer jeweiligen Gesellschaft Befähigungen (*capabilities*) zu einer eigenverantwortlichen

---

<sup>29</sup> So H. KLIEMT, Reziprozität und Versicherungssouveränität als Leitvorstellungen einer Neuordnung des Gesundheitswesens, in: P. OBERENDER (Hg.), Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland, Baden-Baden 1993, 9-31.

<sup>30</sup> Eine Anwendung des Rawls'schen Ansatzes auf das Feld des Gesundheitssystems liefert: N. DANIELS, *Just Health Care*, Cambridge 1985; N. DANIELS, *Am I my Parents' Keeper?*, Oxford 1988. Er votiert – wie Kersting – für eine egalitaristische Verteilung von Gesundheitsleistungen, sieht aber etwa auch Rationierungskriterien wie das Lebensalter vor.

<sup>31</sup> In diesem Sinn auch W. KERSTING, Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung, in: O. SCHÖFFSKI / P. GLASER / J.-M. GRAF VON DER SCHULENBURG (Hg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen. Grundlagen und Standortbestimmung*, Berlin u. a. 1998, 25-38, hier 28.

Lebensführung (*functioning*) ermöglicht.“<sup>32</sup> Zunächst einmal sollten wir das Gesundheitssystem also nicht einem unregulierten Markt überlassen. Zudem kann man noch darauf hinweisen, dass sich im Gesundheitsbereich ein mehr oder weniger ausschließliches Marktmodell nicht nur ethisch (Gerechtigkeitstheoretisch), sondern auch ökonomisch als suboptimal erweist, da in den USA der Gesundheitsbereich nicht nur 10,9 % (2001) des Bruttoinlandsprodukts wie bei uns verschlingt, sondern 13 %. Konkret sollte m. E. der solidarische Finanzierungsmodus der Gesetzlichen Krankenversicherung für die medizinische Regelversorgung erhalten bleiben. Darüber hinaus wäre mit den liberalen Gesundheitsökonom Oberender und Hebborn eine Entgrenzung der Pflichtmitgliedschaft, also eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze (nicht: der Beitragsbemessungsgrenze) zu diskutieren: “Die Pflichtmitgliedschaft wird über die bereits in der GKV versicherten Personen auf *alle* Bürger ausgeweitet. Damit können sich bestimmte Bevölkerungskreise nicht mehr ihrer Pflicht zur Solidarität im Krankheitsfall entziehen.“<sup>33</sup>

### 3.2. *Gezielt Marktelemente einbauen!*

Gleichwohl bestehen, wie uns die Gesundheitsökonomik ebenfalls belehrt, im solidarisch ausgestalteten System der Gesetzlichen Krankenversicherung unübersehbare Mängel, die zu einer – u. U. sogar präventiven – Ausbeutung aller durch alle, zu einer Ausbeutungsspirale oder Rationalitätenfalle führen. Konkret wird man um eine Differenzierung des bisherigen Leistungskatalogs in Regel- und Wahlleistungen nicht herumkommen: Der Regelleistungsbereich wird von der (erweiterten) Solidargemeinschaft der GKV finanziert, während im Wahlleistungsbereich sowohl gesetzliche als auch private Anbieter um die Nachfrager konkurrieren<sup>34</sup>. Dabei sollte zur Kassenwahlfreiheit auch eine selektive Ver-

---

<sup>32</sup> P. DABROCK, Capability-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 46 (2001), 202-215, hier 205.

<sup>33</sup> P. OBERENDER / A. HEBBORN, Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Kosteninfarkts, Frankfurt a. M. 1994, 144.

<sup>34</sup> Es handelt sich also um ein ‚Zwiebelmodell‘ (eine Abbildung bei P. OBERENDER / A. HEBBORN, Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Kosteninfarkts, Frankfurt a. M. 1994, 146). Nun hat eine Zwiebel u. a. zwei Eigenschaften: “Zum einen kann man eine Zwiebel Schale für Schale auseinanderlegen und am Schluß schließlich völlig zerlegen, ohne daß sich ein klar definierbarer Kern findet. Ähnlich verhält es sich auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch dort kann man Schale für Schale, d. h. Leistungsbündel für Leistungsbündel herausnehmen oder dazunehmen, ohne klare Anweisung zu haben, wann man auf ein sogenanntes Grundleistungspaket kommt oder nicht.” (G. NEUBAUER, Wie krank ist das Gesundheitswesen?, in: A. RAUSCHER [Hg.], Probleme der sozialen Sicherungssysteme [Mönchengladbacher Gespräche 154], Köln 1993, 111-128, hier 124f.) Man muss also umsichtig agieren, um nicht zu viele Schalen aus dem Regelleistungsbereich wegzuschälen; als

tragsfreiheit der einzelnen (!) Kassen mit einzelnen Leistungsanbietern treten. Auch Beitragsrückerstattungen, die wie eine Aufkündigung der Solidarität aussehen mögen, können durchaus ein ökonomisches Instrument der Solidarität sein<sup>35</sup>. Dagegen dürften Ansinnen wie dasjenige, eine spezielle Abgabe für Raucher als ‚Sünden‘-Beitrag zu erheben, als Eigentor enden. ‚Sünden‘ interessieren einen *theologischen* Ethiker natürlich schon vom Begriff her, da Sünde und Schuld theologisch wichtige Kategorien sind. Ich nehme zunächst einmal an, dass in einem gerechtigkeithethischen *Begründungsdiskurs* zunächst einmal nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten festgelegt würden<sup>36</sup>. Aus der Sicht eines konstitutionenethischen Ansatzes (John Rawls) ist es grundsätzlich zunächst einmal plausibel, von potentiellen ‚Sündern‘ einen Solidaritätsbeitrag, also einen ‚Sünden‘-Beitrag zu verlangen<sup>37</sup>. Allerdings dürfte sich dann in einem gerechtigkeithethischen *Anwendungsdiskurs* herausstellen, dass es doch nicht zweckmäßig ist, spezielle ‚Sünden‘-Abgaben für Raucher in der Krankenversicherung einzuführen, da Raucher die Kassen per saldo vermutlich gar nicht belasten. Aufgrund des zehnfach erhöhten Lungenkrebsrisikos sterben sie durchschnittlich etwa sieben Jahre früher als Nichtraucher und da Lungenkrebs eine der kostengünstigsten Varianten ist, sich von dieser Erde zu verabschieden, müsste man ihnen logischerweise eher einen Bonus ausbezahlen.

---

mögliche Kriterien wären u. a. (a) die Höhe der finanziellen Belastung (Bagatelleistungen), (b) krankheitsfremde Leistungen (z.B. Sterbegeld, Mutterschaftshilfe), die steuerfinanziert werden sollten, (c) den Grad der individuellen Vorhersehbarkeit (z. B. Zahnersatz, Seh- und Hörhilfen), (d) den Grad der Abwendung von Lebensgefahr (z. B. Kuren, Schönheitsoperationen), (e) den Zugewinn an Lebensqualität und (f) die Beeinflussbarkeit durch den Patienten selbst zu nennen. Zum anderen: „Beim Schälen fließen Tränen.“ (a. a. O., 125) D. h.: Ganz ohne Reduzierungen im Regelleistungsbereich (Kuren, Schönheitsoperationen usw.) und individuelle Kostenbelastungen im Wahlleistungsbereich wird es nicht gehen. Aber wie man ja auch eine Zwiebel nicht zum Spaß, sondern zu einem lohnenden Zweck schält, so können sich auch im Gesundheitsbereich die entsprechenden Beitragsreduzierungen u. a. deswegen für alle lohnen, weil sie zu einer arbeitsplatzfördernden Senkung der Lohnzusatzkosten führen.

<sup>35</sup> Eine nur gutwillige Solidarität, die Anreizprobleme und Folgewirkungen überspringt, hat unsozialistische Effekte. Diskussionswürdig wären in diesem Zusammenhang Elemente des Sicherungssystems in Singapur: Hier können etwa Teile der Rentenversicherung zum Erwerb einer Wohnung verwendet oder nicht-ausgeschöpfte Krankenversicherungsbeiträge vererbt werden.

<sup>36</sup> Ähnlich J. WIEMEYER, Die Ordnung des Arbeitsmarktes aus wirtschaftsethischer Sicht. Eine Problemskizze, in: W. GAERTNER (Hg.), *Wirtschaftsethische Perspektiven V: Methodische Ansätze, Probleme der Steuer- und Verteilungsgerechtigkeit, Ordnungsfragen* (Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften N.F. 228, V), Berlin 2000, 61-91, hier 72.

<sup>37</sup> Aus konstitutionenökonomischer Perspektive mag das anders aussehen. Hier sind pflichtenlose ‚Risikoprämien‘ plausibel. Vgl. K. HOMANN / I. PIES, Sozialpolitik für den Markt: Theoretische Perspektiven konstitutioneller Ökonomik, in: I. PIES, / M. LESCHKE (Hg.), *James Buchanans konstitutionelle Ökonomik* (Konzepte der Gesellschaftstheorie 2), Tübingen 1996, 203-239.

### 3.3. *Kein Recht auf maximale Versorgung!*

Auf der empirischen *Anwendungsebene* konfrontiert uns die Realität mit der unangenehmen Tatsache, dass es oftmals nicht möglich ist, den Bedürfnissen eines jeden Menschen vollständig gerecht zu werden. Ein Beispiel hierfür ist das Problem einer maximalen Gesundheitsversorgung. Selbstverständlich wäre es möglich, das gesamte Sozialprodukt für medizinisch sinnvolle Gesundheitsleistungen auszugeben – wenn auch mit marginalem Nutzen bei extrem hohen Kosten. Ein Recht auf maximale Versorgung liefe also darauf hinaus, dass gegebenenfalls (und bei zunehmenden technischen Möglichkeiten immer öfter) alle zur Verfügung stehenden (finanziellen) Mittel für die Gesundheitsversorgung eingesetzt werden müssten. Alle übrigen Lebensbereiche würden finanziell lahmgelegt. Wozu aber Gesundheit, wenn man sie dann nicht z. B. für Bildung nutzen kann (weil für Bildung kein Geld mehr da ist). Gesundheit ist ein sog. ‚transzendentes Gut‘<sup>38</sup>: Ohne sie ist alles nichts (oder alles schlechter), aber sie ist ‚nicht alles‘, und deswegen wäre es nicht angemessen, alles für sie auszugeben. „Gesundheit ist nicht alles. [...] Der Sicherheitsfanatiker besitzt ebenso wie der Gesundheitsfanatiker pathologische Züge; die Vielfältigkeit des menschlichen Lebens schnurrt hier zu einem eindimensionalen Wahnprogramm zusammen.“<sup>39</sup> Alles für eine optimale Gesundheit auszugeben, brächte uns in eine paradoxe Lage: Der Nutzen der Gesundheit ginge gegen Null. Wir wären gesünder, doch wozu? Und diese Frage würde uns krank machen. Es ist also *nicht* so, dass für unsere Gesundheit nichts zu teuer wäre. Leben zu erhalten, ist sicher ein moralisches Ziel. Aber „in einer moralisch imperfekten Welt gibt es moralische Opportunitätskosten“<sup>40</sup>, weil es noch andere Ziele gibt, die moralisch unterstützenswert sind und auf deren Kosten wir das fundamentale Gut Gesundheit verwirklichen müssten. Daher gilt in einer postparadiesischen Welt, in der Knappheit eine Anwendungsbedingung von Gerechtigkeit ist: Kein Recht auf maximale Versorgung!

### 3.4. *Explizite, weiche Rationierung! oder: Sollten wir vor dem Sensenmann alle gleich sein?*

---

<sup>38</sup> „Von derartigen Gütern gilt allgemein, daß sie nicht alles sind, alles aber ohne sie nichts ist. Sie besitzen einen Ermöglichungscharakter.“ (W. KERSTING, Gerechtigkeit und Medizin, in: W. Kersting, Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend, Frankfurt a. M. 170-212, hier 185)

<sup>39</sup> A. a. O., 197.

<sup>40</sup> F. BREYER / H. KLIEMT, Lebensverlängernde medizinische Leistungen als Clubgüter?, in: K. HOMANN (Hg.), Wirtschaftsethische Perspektiven I, Berlin 1994, 131-158, hier 134.

Wenn aber eine maximale Gesundheitsversorgung nicht zweckmäßig ist, dann stehen wir unweigerlich vor dem Problem der Rationierung<sup>41</sup>. Zur Klärung der Rationierungsmöglichkeiten mag folgendes Schaubild nützlich sein:

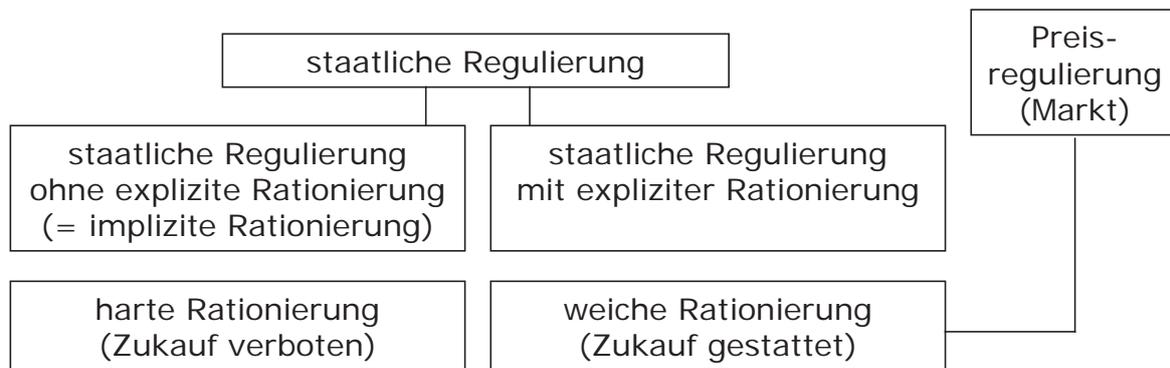


Abbildung 5:  
Rationierungsoptionen im Gesundheitssystem<sup>42</sup>

1. Man könnte zunächst die Rationierung von Gesundheitsleistungen dem *Marktpreis* und damit der individuellen Kaufkraft (für Gesundheitsleistungen direkt oder für Versicherungen bestimmter Gesundheitsleistungen) überlassen. Wenn ich vorhin aber aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive schon gesagt habe, dass die Befriedigung fundamentaler Gesundheitsbedürfnisses zunächst nicht von der Höhe meiner finanziellen Mittel abhängen sollte, dann wird man *staatlichen Regulierungen* den Vorzug geben.
2. Hier gibt es wiederum zwei Möglichkeiten: Wenn die Gesellschaft lediglich den allgemeinen Finanzierungsrahmen über den Einzug von Krankenversicherungsbeiträgen regelt, es im übrigen aber den einzelnen Ärzten überlässt, über die Zuteilung oder Nichtzuteilung zu entscheiden, dann liegt *implizite Rationierung* vor. Das ist im wesentlichen der Status Quo in der Bundesrepublik. Auch die Wartelisten im Transplantationsbereich gehören in diese Sparte impliziter Rationierung, da der Versicherungsschutz keinen Anspruch auf

<sup>41</sup> Im Folgenden greife ich zurück auf F. BREYER / H. KLIEMT, Lebensverlängernde medizinische Leistungen als Clubgüter?, in: K. HOMANN (Hg.), Wirtschaftsethische Perspektiven I, Berlin 1994, 131-158.

<sup>42</sup> Quelle: Modifiziert nach F. BREYER / H. KLIEMT, Lebensverlängernde medizinische Leistungen als Clubgüter?, in: K. HOMANN (Hg.), Wirtschaftsethische Perspektiven I, Berlin 1994, 131-158; F. BREYER / V. ULRICH, Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220 (2000), 1-17.

Transplantate begründet. Wenn dagegen Richtlinien festgelegt würden, unter welchen Voraussetzungen welche Personen Anspruch auf welche Gesundheitsleistungen haben, wäre von *expliziter Rationierung* zu sprechen.

Für eine *implizite* Rationierung spricht, dass sie den Ärzten vor Ort die Möglichkeit gibt, im Einzelfall zu entscheiden, was medizinisch zweckmäßig ist und was vergleichsweise (!) nicht („Einzelfallgerechtigkeit“). Mit scheint es dennoch angemessener, die *explizite* Rationierung zu wählen, weil medizinische Kriterien, für die die Ärzte genuine Kompetenz besitzen, nicht die einzigen Kriterien sind, die für unumgängliche Rationierungen relevant sein können. Solche anderweitigen Kriterien (z. B. ethische, ökonomische, juristische Kriterien) können aber von den Ärzten vor Ort nicht im Alleingang festgelegt, sondern müssen von der Gesellschaft insgesamt, also von allen Betroffenen öffentlich diskutiert werden. Zudem hat diese Marschrichtung den Vorteil, dass die unangenehmen Rationierungsentscheidungen auf einer möglichst hochangesetzten Ebene erfolgen<sup>43</sup>. Nach welchen Kriterien zweckmäßigerweise rationiert werden sollte, will ich hier offen lassen. Sie haben allesamt etwas Ungerechtes an sich, aber sich davor zu drücken, ethisch und ökonomisch verantwortbare Kriterien zu entwickeln, würde ganz unannehmbare Konsequenzen nach sich ziehen.

Um ein Beispiel zu nennen: Es wird gerechtigkeitstheoretisch diskutiert, bei der expliziten Rationierung auch das *Alterskriterium* zu berücksichtigen und etwa jenseits eines Alters von – sagen wir – 80 Jahren nur noch leidenslindernde (palliative), nicht aber mehr lebensverlängernde Maßnahmen im anspruchsbegründenden Regelleistungsbereich vorzusehen. Eine entsprechende gerechtigkeitstheoretische Argumentation hat etwa Hartmut Kliemt<sup>44</sup> vorgebracht: Man stelle sich vor, vor Lebensbeginn eine unparteiliche Entscheidung hinsichtlich dieser Frage fällen zu müssen. Wenn man nun nur ein begrenztes Gesamtbudget für Gesundheitsleistungen zur Verfügung hat, wird man sich vermutlich dafür entscheiden, die Auszahlung dieser Mittel im Zweifelsfall eher für die früheren als für die späteren Lebensjahre vorzusehen – schon allein deswegen, weil das Überleben in jüngeren Jahren Bedingung für ein Leben in höherem Alter ist. So weit dieses Argument.

Meines Erachtens ist jedoch eine *echte* Altersrationierung aus gerechtigkeitstheoretischen Gründen nicht konsensfähig und daher ethisch inakzeptabel:

---

<sup>43</sup> So auch W. KRÄMER, „Medizin erzeugt Kranke“ (Interview), in: Der Spiegel 19 / 1998, 224-226, hier 225.

<sup>44</sup> Vgl. H. KLIEMT, Callahan's Limits, in: P. OBERENDER (Hg.), Alter und Gesundheit, Baden-Baden 1996, 93-101.

(1.) Zunächst einmal ist festzuhalten, dass ungeachtet aller Anwendungsprobleme auf der Ebene des ethischen *Begründungsdiskurses* dem Prinzip der Gleichwertigkeit aller Menschen (egal, ob jung oder alt) grundsätzliche Gültigkeit zukommt. (2.) Um angesichts der Finanzierungsprobleme auf der *Anwendungsebene* eine angemessene Entscheidung fällen zu können, ist es ratsam, sich zunächst einmal die quantitative Dimension des Problems zu vergegenwärtigen. Abb. 6 zeigt, dass zwar die Behandlungskosten pro Kopf mit dem Alter ansteigen (von 300 € im ersten Lebensjahr auf 3.800 € bei 90jährigen), dass aber die Behandlungskosten im letzten Lebensjahr pro Kopf im Alter *sinken*: für einen 90jährigen zahlt die GKV im letzten Lebensjahr durchschnittlich gut 6.000 €, für einen 55jährigen jedoch gut 16.000 €.

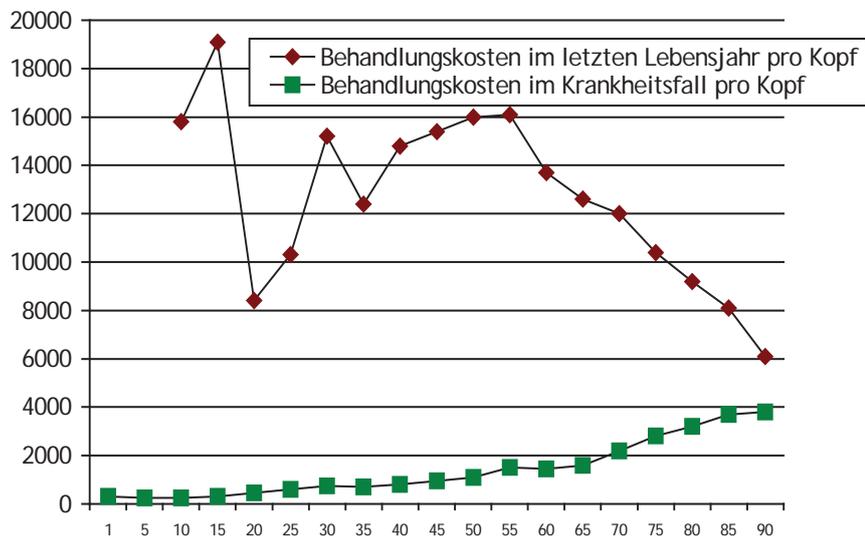


Abbildung 6:  
Behandlungskosten (Stand: 2003)<sup>45</sup>

Weiter entfiel auf die über 75jährigen 1995 ein Ausgabenanteil von 15,1% des gesamten Ausgabentopfs der GKV (34,8 Mrd. DM von insgesamt 229 Mrd. DM). Das ist zwar nicht nichts, aber dieser Anteil ist doch weit weniger dramatisch als der Anteil der chronisch Kranken, die etwa 25 % aller GKV-Patienten / -innen bilden, aber ca. 80 % der gesamten Leistungen benötigen. (3.) Aus *gerechtigkeitstheoretischer* Sicht ist nun zur Frage der Altersrationie-

<sup>45</sup> Quelle: Gmündner Ersatzkasse

rung zu sagen, dass eine Entscheidung hierüber grundsätzlich nur von den Betroffenen *selbst* gefällt werden darf, genauer: Sie muss jedem einzelnen für sich selbst überlassen bleiben. Und da ist es kaum wahrscheinlich, dass sich jemand sehenden Auges für eine Streichung lebensnotwendiger Maßnahmen im Alter entscheiden wird. Kliemts Argument ist zwar bei einem *fixen* Gesamtbudget nachvollziehbar, aber realiter ist das Gesamtbudget für Gesundheitsleistungen eben *nicht vorgegeben*, und es steht jedem frei, einen größeren Anteil des Einkommens für Gesundheitsleistungen zu reservieren. Falls es nun doch aus versicherungstechnischen Gründen oder aus Gründen der Generationengerechtigkeit<sup>46</sup> zweckmäßig sein sollte, bestimmte Maßnahmen für Ältere aus dem Leistungskatalog der GKV herauszunehmen, dann muss gewährleistet sein, dass jeder Versicherte die *reale* (finanzielle) Möglichkeit hat, sich die entsprechenden Leistungen durch eine private Zusatzversicherung zu sichern.

3. Eine dritte Entscheidung betrifft die Optionen ‚harte‘ oder ‚weiche‘ Rationierung. ‚Harte‘ Rationierung liegt vor, wenn private Zukäufe oder private Zusatzversicherungen auf einem Gesundheitsmarkt gesetzlich verboten sind. Eine ‚weiche‘ Rationierung gestattet dagegen derlei private Zukäufe oder Zusatzversicherungen.

Der entscheidende Beweggrund für eine *harte* Rationierung gründet in unserer alltäglichen Gerechtigkeitsintuition, dass wir alle wenigstens ‚vor dem Sensenmann gleich‘ sein sollten: „Ich fände es unerträglich, wenn knappe Gesundheitsgüter von denen monopolisiert werden, die sich das leisten können. Geld darf für das Schicksal des individuellen Patienten keine Rolle spielen.“<sup>47</sup>

Abgesehen davon, dass eine harte Rationierung realiter nicht durchzuhalten sein wird, weil es z. B. nicht zu verhindern sein wird, dass sich Reichere Gesundheitsleistungen im Ausland hinzukaufen, und auch abgesehen davon,

---

<sup>46</sup> Im Rahmen der derzeitigen Regelung profitieren die Älteren von den Segnungen eines sich immer weiter entwickelnden und immer teureren medizinischen Fortschritts, *ohne* dass sie in den Jahren ihrer Berufstätigkeit, als die Medizin noch weniger fortgeschritten und die Kassenbeiträge entsprechend niedriger waren, dem heutigen Niveau angemessene Beiträge entrichtet hätten.

<sup>47</sup> W. KRÄMER, „Medizin erzeugt Kranke“ (Interview), in: Der Spiegel 19 / 1998, 224-226, hier 226. Er fügt allerdings hinzu: „... - es sei denn, er hat sich vorher in gesunden Zeiten freiwillig selbst zu einer Minimaltherapie entschieden. [...] Es könnte freiwillig zu wählende Tarife geben, die nur die Hälfte kosten, aber gewisse Leistungen ab dem 75. Lebensjahr ausschließen. Zum Beispiel: Wenn du 75 bist, kriegst du keine Herzverpflanzung mehr. Solche Optionen könnten viel Geld einsparen, denn die letzten Lebensjahre sind ja bekanntlich die teuersten.“ (ebd.) Nun dürften diese Abwahl aber wohl nur die Ärmeren (aus finanziellen Gründen) vornehmen, während höhere Beiträge die Reicheren gar nicht ‚jucken‘. Auch das liefe auf eine Zwei-Klassen-Medizin hinaus, die sich von der Option eines möglichen Zukaufs über private Versicherungen eigentlich nicht mehr unterschiede.

dass man dem egalitaristischen Werturteil, dass vor dem Sensesmann alle gleich sein sollten ebenso gut auch das liberale Werturteil entgegenhalten könnte, dass es freien Bürgern nicht verwehrt sein sollte, sich zusätzlich zu versorgen, wenn die Mehrkosten verursachungsgerecht getragen werden, müsste man, wenn man die Option *weicher* Rationierungen ablehnt, folgende Konsequenz ziehen (und das ist ein des öfteren bemühtes, dennoch aber *logisches* Argument): Weil die Wahrscheinlichkeit, in einem billigen Kleinwagen zu Tode zu kommen, um ein Vielfaches höher ist als in einem Mercedes oder in einem BMW, wäre eigentlich ein Mercedes auf Krankenschein einzufordern, weil sich derzeit nur die Reicheren ein längeres Leben per Mercedes oder BMW kaufen können. (Nebenbemerkung: Nur theologisch kann man hier insofern noch auf eine ausgleichende Gerechtigkeit hoffen, als es in Mt 6,2 heißt: “Amen dico vobis, receperunt mercedem suam.”) Obwohl für mich als Ethiker mit der weichen Rationierung immer auch Ungerechtigkeiten verbunden sind und mir alle Varianten ‚eigentlich‘ zuwider sind, weil ich ‚eigentlich‘, d. h. auf der ethischen Begründungsebene, vom Gleichwertigkeitsprinzip ausgehe, muss ich gleichwohl einräumen, dass das begründete Gleichwertigkeitsprinzip auf der postparadiesischen Anwendungsebene nicht durchzuhalten ist, weil es ganz unannehmbare Konsequenzen nach sich zöge. In jedem Fall bleibt die Therapie unseres Gesundheitswesens eine Sisyphos-Arbeit. Aber vielleicht ist uns Albert Camus hier ein Trost: “Wir müssen uns *Sisyphos* als einen glücklichen Menschen vorstellen”<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> A. CAMUS, Der Mythos von Sisyphos. Ein Versuch über das Absurde, Hamburg 1982, 102.