

Altersrationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschaftsethisch vertretbarer Weg?¹

Research article

Bernd Noll*, Sascha Wolf**

Fakultät für Wirtschaft und Recht, Hochschule Pforzheim, Pforzheim

Received July 12 2018; Accepted November 2 2018

Zusammenfassung: Die im Alter exponentiell zunehmenden Krankheitskosten sind Anlass dafür, in alternden Gesellschaften mit medizinisch-technischem Fortschritt und steigenden Gesundheitswünschen der Bevölkerung neben anderen Rationierungsformen auch über altersabhängige Begrenzungen von Gesundheitsleistungen nachzudenken. Zuteilungsbeschränkungen sind generell moralsensible Entscheidungen, da Gesundheit unabhängig vom Alter der Person ein besonderes Gut ist, um persönliche Lebenspläne umsetzen zu können; sie weist neben privaten auch öffentliche und meritorische Gutseigenschaften auf. In der Debatte um Altersrationierungen werden utilitaristische, kontraktualistische und neoaristotelische Rechtfertigungsversuche vertreten. Alle Ansätze scheitern in einer wertpluralistischen Gesellschaft letztlich daran, dass sie ohne Rückgriff auf spezifische Wertprämissen nicht auskommen. Für altersmäßige Rationierungen bei aufwändigen, lebensverlängernden Therapien der Intensivmedizin sprechen allerdings pragmatische Vorzüge, zumal die Option privater Zusatzabsicherung bestehen würde.

Schlagwörter: Altersrationierung • Gesundheitswesen • ethische Theorien

JEL Classification: A13, D63, H51, I13

1. Einleitung: anhaltender Reformdruck im Gesundheitswesen

Als im Jahr 2003 der damalige Vorsitzende der Jungen Union Deutschlands, *Philipp Missfelder*, die Finanzierung künstlicher Hüftgelenke für 85-Jährige durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Frage stellte, löste er damit ein politisches und mediales Beben aus. Selbst Mitglieder aus der eigenen Partei

erkoren ihn zeitweise zum Feindbild. Doch was nach Ansicht vieler einem Zerrbild neoliberalen Gedankenguts entsprungen sein musste, wurde in den letzten Jahrzehnten von Medizinethikern wie Gesundheitsökonomern immer wieder in die wissenschaftliche Debatte eingebracht. Empirischer Hintergrund dafür ist nicht zuletzt das Faktum, dass die **Krankheitskosten exponentiell** mit dem **Alter** zunehmen und in allen frühindustrialisierten Gesellschaften eine **demografische Alterung** der Gesellschaft festzustellen ist.²

1 Das Manuskript wurde im Oktober 2018 abgeschlossen. Spätere Veröffentlichungen und Entwicklungen konnten nicht mehr berücksichtigt werden. Die Verfasser danken zwei anonymen Gutachtern für hilfreiche Kommentare zu diesem Aufsatz.

2 Die demografische Alterung resultiert aus zwei Entwicklungen: es gibt relativ mehr alte Menschen und es gibt immer ältere alte Menschen.

* E-mail: bernd.noll@hs-pforzheim.de

** E-mail: sascha.wolf@hs-pforzheim.de

Rationierung im Gesundheitswesen ist, aufgrund des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) wie der herausragenden Bedeutung der Gesundheit für das Wohlbefinden der Menschen, ein besonders **sensibles Thema**. Politisch wird diese Diskussion deshalb gerne mit dem Hinweis auf noch vorhandene Rationalisierungspotenziale oder die Möglichkeit einer Verbreiterung der Einnahmehasis umgangen. In diesen Kontext können auch die politischen Reformvorschläge der Gesundheitsprämie und der Bürgerversicherung eingeordnet werden. Doch diese versprechen allenfalls, wenn überhaupt, vorübergehende „finanzielle Atempausen“. Modellrechnungen zeigen, dass der Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung in den nächsten zwanzig oder dreißig Jahren erheblich steigen müsste – je nach den zugrundeliegenden Annahmen von heute ca. 15% auf 25% oder gar auf über 30% des Arbeitseinkommens³ – wenn die jeweils bestmögliche Gesundheitsversorgung aufrecht erhalten bleiben soll. Dies würde eine weitere dramatische Umverteilung von der erwerbstätigen Bevölkerung hin zu der Rentnergeneration bedeuten.⁴ Schon diese Überlegung lässt erwarten, dass die gesundheitspolitische Diskussion an dem Thema „Rationierung“ in den nächsten Jahren nicht vorbei kommen wird. (s. eingehend dazu Noll und Wolf 2017, S. 274; Deutscher Ethikrat 2011, S. 8)

Der vorliegende Beitrag fokussiert daher ganz bewusst auf das von *Gerard Gäfgen* (1990, S. 233) treffend beschriebene „tragische Dilemma der Wahl zwischen eigentlich als unverzichtbar angesehenen Werten“. Gesundheit scheint in doppelter Hinsicht „unbezahlbar“: Sie ist uns „unendlich wertvoll“ und „zu teuer“! (Breyer et al. 2013, S. 1) Unter der Annahme, dass als Folge des Zusammenspiels von demographischer Entwicklung, medizinisch-technologischem Fortschritt, steigenden Gesundheitswünschen der Versicherten und dem politischen Ziel der Beitragssatzstabilität Rationierung unausweichlich ist, soll die Option der Altersrationierung aus wirtschaftsethischer Sicht analysiert und bewertet werden.

Um diese Frage angemessen beurteilen zu können, soll in drei Schritten vorgegangen werden: Zunächst erfolgt eine positive Analyse auf Basis der Ökonomik.

Allerdings wäre es zu einfach, die Finanzierungsbedingungen der GKV nur auf den demografischen Wandel zurückführen zu wollen. Vgl. dazu auch Schweda (2013), S. 155.

³ Zu verschiedenen Modellrechnungen vgl. zuletzt Arentz und Ulrich (2017), S. 40 ff., 53 ff.; Fetzer et al. (2003), S. 10; dazu auch Breyer (2006), S. 149; Marckmann (2007), S. 97.

⁴ Damit stellt sich ein weiteres Gerechtigkeitsproblem, das Problem intergenerativer Gerechtigkeit bzw. der Gerechtigkeit zwischen den Generationen. Dazu Daniels (2003), S. 213 f.; Noll (2013), S. 257 f.

Hier werden die Besonderheiten von Gesundheitsgütern thematisiert, die in der Bundesrepublik Deutschland Anlass gaben, eine weitgehend solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens zu praktizieren. Zur positiven Analyse gehört auch die Klärung, welche Rationierungskriterien möglich und welche allokativen Muster mit ihnen verbunden wären. Gesundheitsökonominnen stellen darauf aufbauend im zweiten Schritt die normative Frage nach der ökonomisch sinnvollen Gestaltung des Gesundheitswesens. Dies verlangt nach einer ökonomisch effizienten Finanzierung des Gesundheitssystems wie nach der Lenkung der Gesundheitsleistungen in diejenigen Verwendungsweisen mit dem höchsten Nutzen. Ökonomen liefern mit diesem Effizienzpostulat zwar einen wichtigen, aber eben nur einen von mehreren möglichen Bewertungsgesichtspunkten. (s. Lübbe 2008, S. 3) Hier knüpft – und das wäre der dritte Schritt – die Wirtschafts- und Sozialethik an. Ihre Aufgabe ist es aufzuzeigen, wie es im Rahmen gesellschaftlich geteilter Werte möglich ist, die Ressourcenverteilung nach verallgemeinerbaren Normen zu rechtfertigen und in eine Rangfolge zu bringen. Diese Analyse trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass Verteilungsregeln nur dann Akzeptanz erfahren, wenn sie als gerecht angesehen werden können.

Bezogen auf das Thema Altersrationierung stellen sich mithin die drei zu unterscheidenden Fragen: Wie könnte eine Altersrationierung von Gesundheitsleistungen aussehen, um die konstatierten Allokationsprobleme zu überwinden? Mit welchen Vor- und Nachteilen wäre diese Form der Rationierung für die Betroffenen verbunden? Wie wäre solch eine Rationierungsregel aus Gerechtigkeitsgesichtspunkten zu rechtfertigen?

2. Gesundheitswesen und Staatseingriffe

2.1. Die Rollenteilung von Markt und Staat im Gesundheitswesen

- (1) Bereits der vielzitierte Aphorismus Arthur Schopenhauers, „die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, weist darauf hin, dass es sich bei Gesundheit für den Einzelnen um ein **konditionales Gut** und damit um eine Grundvoraussetzung für Verwirklichungschancen und die Umsetzung persönlicher Lebenspläne handelt. (Vgl. Groß 2007, S. 339) Gesundheit ist mithin insofern ein besonderes Gut für den Menschen, als dass sie Voraussetzung für die Inanspruchnahme vieler anderer Güter ist. (Vgl. Graf von der Schulenburg und Damm 2011, S. 416) Auf dieser

Überzeugung basiert auch der auf Amartya Sen und Martha Nussbaum zurückgehende „Capability Approach“, in dem der Gesundheit als „Basic Capability“ eine zentrale Bedeutung für das individuelle Wohlergehen zukommt. (Nussbaum 1999, S. 57 f.; ähnlich Daniels 2003, S. 220 f.) Es ist dieses Charakteristikum von Gesundheit, dass das Werturteil zum Common Sense werden lässt, die Versorgung mit Gesundheitsgütern solle nicht wie bei anderen privaten Gütern nach Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft erfolgen.

- (2) Vor diesem Hintergrund ist das Entstehen eines gesellschaftlichen Bedürfnisses nach kostenfreier, umfassender und allgemein zugänglicher Gesundheitsversorgung kaum erstaunlich. Je besser das Gesundheitssystem diesen Bedürfnissen Rechnung trägt, desto höher steigt das sich gegenseitig verstärkende Anspruchsdenken der Versicherten und desto mehr wird die kostenfreie Bereitstellung⁵ als selbstverständlicher Teil der Daseinsvorsorge angesehen.⁶ Die Wahrnehmung des Gesundheitswesens als vermeintlich öffentliches Gut ist somit nicht nur **Ursache**, sondern vor allem auch **Folge** staatlicher Allgemeinversorgung. Eine weitgehend kostenfreie Zurverfügungstellung von Gesundheitsleistungen ist in erster Linie das Ergebnis kollektiver Entscheidungen und weniger der Nachweis für deren kollektive Gutseigenschaften.
- (3) Aus ökonomischer Perspektive müssen sich **öffentliche Güter** an den Kriterien der Nicht-Rivalität und der Nicht-Ausschließbarkeit messen lassen.⁷ Das Vorhandensein dieser kollektiven Gutseigenschaften ist essentiell für die ökonomische Einschätzung darüber, inwieweit eine staatliche Zurverfügungstellung gerechtfertigt ist. Die Rollenaufteilung zwischen Markt und Staat im Gesundheitswesen jedoch allein auf die strikte Einhaltung der Kriterien öffentlicher Güter zu beschränken, erscheint als unverhältnismäßig und wird bereits seit den Anfängen der Gesundheitsökonomik von deren Vertretern in Frage gestellt. (Vgl. Metzger 1980, S. 183) Zweckdienlicher ist eine Reduktion des Charakteristikums der Nicht-Ausschließbarkeit auf das Vorhandensein **positiver externer Effekte**, d. h., dass der Konsum eines Gutes zu Nutzenverbesserungen anderer Gesellschaftsmitglieder führt.

5 „Kostenfrei“ wird hier im Sinne einer kollektiv finanzierten Leistung verstanden, die im individuellen Bedarfsfall weitgehend ohne Selbstbehalt oder Zuzahlung in Anspruch genommen werden kann.

6 Vgl. dazu auch die These der „expensive preferences“ bei Knoepfler und Daumann (2018), S. 14.

7 Die Theorie der öffentlichen Güter geht zurück auf Samuelson (1954). Hier: vgl. S. 387.

Eine öffentliche kostenlose Bereitstellung oder zumindest Subventionierung eines solchen **meritorischen Gutes** zur Erhöhung des Konsums lässt sich ökonomisch begründen.⁸

Eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Frage, inwieweit die Eigenschaften öffentlicher bzw. meritorischer Güter im Gesundheitswesen anzutreffen sind, muss zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen und Zielgruppen differenzieren. Hierzu bedarf es einer separaten Analyse von „Gesundheit“, d. h. dem **Gesundheitszustand** einer Person, auf der einen Seite und der von Anbietern des Gesundheitswesens erbrachten **„Gesundheitsleistungen“** auf der anderen.⁹

2.2. Gesundheit: ein privates, öffentliches und meritorisches Gut

- (1) **Gesundheit** hat zunächst einmal die Eigenschaften eines **privaten Gutes**. Gesundheit ist nicht etwas Gutes an sich, worauf die Philosophin *Weyma Lübbe* zu Recht hinweist, sondern immer etwas Gutes für eine konkrete Person, um deren Gesundheit es sich handelt. (Vgl. Lübbe 2008, S. 10; zustimmend Graf von der Schulenburg und Damm 2011, S. 421) Ausnahmen bilden jedoch beispielsweise Virusinfektionen. Andere Personen können sich gegen ihren Willen anstecken, was als besondere Ausprägung von Nichtausschließbarkeit und Nichtrivalität interpretiert werden kann. Folglich üben Impfungen, mit deren Hilfe die Gefahr der Ansteckung, also die Nicht-Ausschließbarkeit, gebannt werden kann, einen positiven externen Effekt aus, weswegen sie zu den **meritorischen Gütern** gezählt werden müssen. (Vgl. Breyer et al. 2013, S. 182)
- (2) Externe Effekte des Gesundheitszustandes lassen sich auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene identifizieren. So führen hohe Krankenstände zu Störungen betrieblicher Abläufe, Arbeits- und

8 Die Theorie der Meritorik geht zurück auf Musgrave (1959).

9 Eine einführende Diskussion öffentlicher Gutseigenschaften im Gesundheitswesen gehört zum Standardkanon gesundheitsökonomischer Lehrbücher. Vgl. z. B. Hajen et al. (2011), Kapitel 2.3.

In der Literatur erfolgt die Marktversagensanalyse üblicherweise anhand einer Trennung von Versicherungsmärkten und Märkten für Gesundheitsgüter. Vgl. z. B. Breyer et al. (2013), S. 179–221. Pauly hingegen konzentriert sich allein auf medizinische Leistungen und unterscheidet anhand der Häufigkeit der Inanspruchnahme drei Arten von Gesundheitsgütern. Vgl. Pauly (1988), S. 227–229. Da bei der Frage der Altersrationierung sowohl das Humankapital als auch altruistische Präferenzen eine besondere Rolle spielen, bietet sich an dieser Stelle die separate Betrachtung des Gesundheitszustands an.

Erwerbsunfähigkeit haben einen Rückgang der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen zur Folge und wirken sich ungünstig auf die Produktivität und damit den Wohlstand einer Volkswirtschaft aus. Ein guter Gesundheitszustand trägt somit zum Humankapital einer Gesellschaft bei. Von der Verbesserung des individuellen Gesundheitszustands von Einzelpersonen profitiert demnach die Gesellschaft als Ganzes. Aus dieser Perspektive wird das für die Erwerbsfähigkeit notwendige Mindestmaß an Gesundheit zum **öffentlichen Gut**. Folgt man dieser Argumentation, dann muss zumindest dann, wenn die Maximierung der produktiven Leistung als gesamtgesellschaftliches Ziel angestrebt wird, eine **Priorisierung medizinischer Leistungen** gemäß dem Beitrag der Empfänger zum BIP erfolgen. (s. Kap. 5.1) Gleichwohl bleibt die Berechnung der Wirkungen von Sparmaßnahmen auf das Humankapital schwierig. So sind beispielsweise die Folgen einer Rationierung öffentlicher Leistungen in der Altenpflege keineswegs eindeutig: Zwar würde der private Pflegemarkt gestärkt. Gleichzeitig sinkt jedoch andererseits das Arbeitsangebot, da viele vormals arbeitende Menschen ihre Tätigkeit niederlegen oder reduzieren würden, um mehr Zeit für die Pflege von Angehörigen zu haben.

- (3) Aber auch die Bedeutung des Gesundheitszustands Älterer, die keinen oder nur einen geringen Anteil zum BIP leisten, stellt sich durchaus ambivalent dar. Denn das Wohlbefinden anderer Menschen jedweden Alters verursacht positive psychische externe Effekte. So spricht beispielsweise das hohe Spendenvolumen in Deutschland von jährlich über fünf Milliarden Euro dafür (vgl. Deutscher Spendenrat 2017), dass in der Bevölkerung **altruistische Präferenzen** weit verbreitet sind, d. h., dass die Menschen eigenen Nutzen aus dem Wohl anderer ziehen. Allerdings treten solche psychischen externen Effekte vor allem dann auf, wenn das Wohl eines anderen als „unerträglich“ niedrig empfunden wird. (Vgl. Breyer et al. 2013, S. 183; Kliemt 2006, S. 103) Inwieweit sich aber die erläuterten physischen und psychischen Effekte gegeneinander abwägen lassen und abgewogen werden sollten, sind normative Fragen, auf die noch einzugehen sein wird.

2.3. Gesundheitsleistungen: private, Vertrauens- und Optionsgüter

- (1) **Gesundheitsleistungen** sind durch **Rivalität im Konsum** geprägt. Diese Eigenschaft zeigt sich bereits anhand von Wartezeiten beim Arzt, kann

aber bei knappen Ressourcen wie z. B. menschlichen Spenderorganen oder Beatmungsgeräten auch dramatische Formen annehmen.¹⁰ Ebenso ist bei Gesundheitsleistungen die Möglichkeit des **Ausschlusses von Inanspruchnahme** gegeben. So obliegt die Entscheidung, ob Therapien und Verfahren in den Leistungskatalog der GKV neu aufgenommen oder herausgenommen werden, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, einem Beschlussgremium der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenkassen. Gesundheitsleistungen können somit als **private Güter** klassifiziert werden. Hier knüpft die Frage nach der Altersrationierung an, gewisse Therapien nur bis zu einem gewissen Lebensalter zu gewähren.

- (2) Diese Einschätzung ändert sich zumindest partiell, wenn der **gesellschaftliche Werterahmen** als Kriterium mit hinzugezogen wird. So muss davon ausgegangen werden, dass eine Verweigerung lebensnotwendiger medizinischer Maßnahmen in einer auch auf Hilfsbereitschaft und Solidarität beruhenden Gesellschaft auf Widerstand stoßen wird. Die Akzeptanz eines Ausschlusses von der medizinischen Versorgung sinkt mit der medizinischen Dringlichkeit der Behandlung. (Vgl. Karsten 1995, S. 136; Knoepfler und Daumann 2018, S. 32, 41) Ökonomisch ausgedrückt: Je **preisunelastischer** die Nachfrage, desto geringer ist die gesellschaftliche Akzeptanz eines Ausschlusses von der Inanspruchnahme. Eine Rationierungsrangfolge ließe sich somit aus utilitaristischer Perspektive anhand der Höhe der jeweiligen Preiselastizität der Nachfrage der Behandlungen ermitteln.
- (3) Viele Gesundheitsleistungen lassen sich in der Sprache der Informationsökonomie als **Vertrauensgüter** charakterisieren.¹¹ Bei der Bereitstellung und Nachfrage ist eine asymmetrische Information zwischen Arzt und Patienten typisch. Der Patient als Nachfrager kann weder vor noch nach Inanspruchnahme Notwendigkeit und Qualität der erbrachten Leistung zureichend einschätzen. Hinzu kommt, dass aufgrund des Sachleistungsprinzips für den Patienten als Nachfrager wenig Anreiz besteht, die Informationsasymmetrie bezüglich der aus den erbrachten Leistungen entstehenden Kosten abzubauen. (s. dazu Oberender et al. 2007, S. 27)

¹⁰ Einen legalen Markt für Spenderorgane kann es nicht geben, da hier ein absolutes Menschenrecht zur Disposition gestellt würde, über die der Einzelne nach deontologischen Vorstellungen nicht verfügen darf. Dazu grundsätzlich Sandel (2009), S. 168 ff.

¹¹ Zu einer differenzierten Analyse vgl. Pauly (1988), S. 228; dazu auch Noll und Wolf (2017), S. 277; (2017a), S. 11; Garg (2015), S. 158, spricht etwas überzogen von der „Ohnmacht des Patienten“.

Die Vertrauensgutproblematik gewinnt dadurch an Gewicht, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im Wesentlichen „**angebotsinduziert**“ ist. (Zur formalen Darstellung s. Breyer et al. 2013, S. 356 ff.; Oberender et al. 2007, S. 214) Der Arzt diagnostiziert nicht nur das Krankheitsbild, sondern legt auch die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen fest. Damit verschwindet – zumindest faktisch – die Unterscheidung zwischen Anbieter und Nachfrager. Institutionenökonomisch agiert der Arzt daher als „Doppelagent“, und zwar einerseits gegenüber seinen Patienten und andererseits gegenüber der Arztpraxis, dem Arbeitgeber Krankenkasse oder der bezahlenden Krankenversicherung.

Aus dieser Konstellation resultiert nicht nur die Gefahr der Übernachfrage nach medizinischen Leistungen (vgl. Pauly 1988, S. 229), sondern auch der hohe Stellenwert der **freien Arztwahl** für die Versicherten und die Integrität des Krankenhauses, in der die Behandlung gegebenenfalls erfolgen muss. (vgl. Wolf und Amelung 2015, S. 48) Zwar findet sich auf anderen Dienstleistungsmärkten (Reparaturwerkstätten technischer Geräte; Taxifahrten in fremden Städten) ein ähnlich asymmetrisches Informationsgefälle mit der Gefahr opportunistischen Verhaltens der Anbieter. Allerdings erfolgt medizinisches und pflegerisches Handeln häufig in einer psychisch und physisch diffizilen Lage des Patienten, ist daher also besonders moralensibel. Patienten müssen mithin in besonderer Weise darauf vertrauen können, dass die Anbieter medizinischer Leistungen fachkompetent und moralisch integer sind.

- (4) Einen Sonderfall der Gesundheitsleistungen stellt **die Vorhaltung von Reservekapazitäten** dar. So profitieren nicht nur Patienten, sondern auch Gesunde von einem flächendeckenden ambulanten Versorgungsnetz, einer ausreichenden Anzahl an Krankenhausbetten oder einem funktionierenden medizinischen Notfallsystem, da diese im Bedarfsfall zur Verfügung stehen. Dieser so genannte **Optionsgutcharakter** rechtfertigt unter Effizienzgesichtspunkten die Aufrechterhaltung von Mindestkapazitäten. Da diese zumeist oberhalb des betriebswirtschaftlich optimalen Niveaus liegen, erscheint aufgrund der Kollektivguteigenschaften eine öffentliche Bereitstellung oder zumindest Subventionierung gerechtfertigt. (Vgl. Breyer et al. 2013, S. 184 f.; Kubon-Gilke et al. 2018, S. 672)

2.4. Folgen für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen

- (1) Das Zwischenfazit lautet: (i) Der Gesundheitszustand der Bevölkerung übt **starke externe Effekte** aus. Physische externe Effekte beeinflussen das Humankapital der Gesellschaft, was Effizienz Aspekte berührt, die für eine Priorisierung Relevanz besitzen können. Psychische externe Effekte vermindern das Potenzial der Altersrationierung je nach Abhängigkeit des gesellschaftlichen Werterahmens. (ii) Gesundheitsleistungen sind, abgesehen von Ausnahmebereichen wie beispielsweise die Vorhaltung von Reservekapazitäten, zuvorderst **private Güter**. Eine Priorisierung einzelner Leistungen könnte anhand der Preiselastizität der Nachfrage erfolgen. Durch den **gesellschaftlichen Werterahmen** können Gesundheitsleistungen aber auch öffentliche Eigenschaften bekommen. Eine partielle solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung lässt sich dabei eher mit Verweis auf Gerechtigkeits- als Effizienzargumente rechtfertigen.¹²
- (2) Der „durch den von der modernen Medizin fulminant erweiterten Handlungsspielraum“ (Gethmann-Siefert 2011, S. 45; Callahan 1987, S. 15.) hervorgerufene Grundtatbestand der Ressourcenknappheit lässt sich nicht dadurch aufheben, dass man die Entscheidung von der individuellen auf eine kollektive Ebene transponiert. Wohl können durch Ressourcenzusammenlegung der Versicherten und durch Risikostreuung finanzielle Restriktionen abgemildert, jedoch nicht außer Kraft gesetzt werden. (Dazu Kliemt 2006, S. 92) Da die Preise als Allokations- und Rationierungsinstrument nach bisherigen Wertentscheidungen weitgehend ausfallen (grundlegend dazu Noll und Wolf 2017, S. 274), muss bei Knappheit der Ressourcen die Zuteilung von Sach- und Dienstleistungen über Anbieterentscheid und Budgetvorgaben erfolgen. Um Not und Unterversorgung zu verhindern, muss gemäß dem Suffizienzprinzip Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen bei existenzbedrohenden Risiken gewährleistet sein. Nicht Egalität, sondern Suffizienz ist der unhintergehbare normative Orientierungspunkt des Solidaritätspostulats. (Kersting 2000, S. 385 f.; anders Graf von der Schulenburg und Damm 2011, S. 420)

¹² Ob sie auch staatlich organisiert sein muss, soll an dieser Stelle nicht abschließend diskutiert werden.

- (3) Die vorgenannten Überlegungen markieren die Eckpunkte für die Finanzierung des Gesundheitswesens: So wie es gute Gründe dafür gibt, existenzbedrohende Krankheiten über eine solidarische Grundfinanzierung abzudecken, um für alle Gesellschaftsmitglieder ein angemessenes Maß an Teilhaberechten zu gewährleisten, gibt es andererseits gute Gründe im Sinne des Subsidiaritätsgedankens, die solidarische Finanzierung bei der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen mit geringem Nutzenzuwachs zu begrenzen.¹³ Eine solche Begrenzung ist zwangsläufig mit Diskriminierung verbunden. Nach welchen Regeln eine solche Diskriminierung erfolgen und wo die Grenze zwischen freiem Zugang und Rationierung liegen soll, ist eine normative Frage, bei der die Wissenschaft zwar in gewissem Maße Hilfestellung leisten kann, die aber letztlich nur politisch entschieden werden kann.

3. Diskriminierung – die explikative und normative Dimension

- (1) Das erste Dogma der Wirtschaftstheorie ist das Gesetz der **Knappheit**. Sie entsteht durch die Polarität prinzipiell grenzenloser Bedürfnisse der Menschen einerseits und begrenzt zur Verfügung stehender Ressourcen andererseits. Ohne Knappheit gäbe es weder Märkte noch Preise, denn der Wert eines Gutes ergibt sich aus seiner beschränkten Verfügbarkeit. Der Preis ist der Gradmesser seiner Knappheit. Ist ein Gut jederzeit und ohne jeglichen Aufwand verfügbar, so würde niemand für dieses bezahlen wollen.
- (2) **Rationierung** ist die unausweichliche Folge der Knappheit. Denn wenn wirtschaftliche Güter knapp sind, dann muss das folglich auch für das Einkommen bzw. die Kaufkraft der Haushalte gelten. Auf individueller Ebene bedeutet dies den Zwang zur Wahl zwischen Alternativen. Wenn das Individuum aufgrund der Knappheit sich nur manche seiner Wünsche erfüllen kann, so gilt das analog auf gesellschaftlicher Ebene. Deshalb ist für die Gesellschaft Knappheit immer mit der **Notwendigkeit zur Diskriminierung** im Sinne unterschiedlicher Behandlung verbunden. (Vgl. Weise et al.

2005, S. 19 ff.) Demokratisch, marktwirtschaftlich verfasste Gesellschaften kennen zahlreiche Formen der Diskriminierung. Neben dem Preismechanismus, der an der Zahlungswilligkeit und -fähigkeit anknüpft, werden viele weitere Diskriminierungsformen praktiziert wie beispielsweise der Bildungsabschluss bei der Berufswahl, die Nationalität beim Wahlrecht oder das Geschlecht beim Friseurbesuch. Auch im deutschen Gesundheitswesen wird durch etliche Rationierungen diskriminiert. (genauer dazu Noll und Wolf 2017, S. 274 ff.)

- (3) Die *Zentrale Ethikkommission* bei der *Bundesärztekammer* (ZEKO) definiert Rationierung im Gesundheitswesen als „systematisches Vorenthalten medizinisch notwendiger, wenigstens aber nützlicher und prinzipiell verfügbarer Leistungen aus Knappheitsgründen“. (ZEKO 2007, S. 3; vgl. auch Marckmann 2003, S. 8) Zwar ist der Preismechanismus aufgrund des Sachleistungsprinzips weitgehend ausgeschaltet, dafür lassen sich jedoch andere Formen der Leistungsvorenthaltung identifizieren.¹⁴ Zunächst muss hierbei zwischen „harter“ und „weicher“ Rationierung unterschieden werden. Bei „harter“ Rationierung kann die verweigerte Leistung auch privat nicht erworben werden, wie es in der Transplantationsmedizin der Fall ist. „Weiche“ Rationierung hingegen lässt sich durch Eigenfinanzierung umgehen. So sind nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel zwar aus der Erstattungsfähigkeit in der GKV ausgenommen, können aber in Apotheken gegen Entgelt gekauft werden. Die Herausnahme solcher Medikamente aus dem GKV-Leistungskatalog erfolgte 2004 mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Es handelt sich somit um eine offiziell von der Administration beschlossene, d. h. „explizite“ bzw. „offene“ Rationierung. Weitaus häufiger und vielfältiger sind jedoch „implizite“ bzw. „verdeckte“ Rationierungen vorzufinden, bei denen die Entscheidungsmacht faktisch an den zu behandelnden Arzt delegiert wird. So unterliegt jeder Arzt einem von ihm einzuhaltenden Praxisbudget.¹⁵ Verschiebt er nun eine Behandlung aus Budgetgründen in das nächste Quartal, so handelt es sich bei der für den Patienten entstehenden Wartezeit um eine Folge impliziter Rationierung. Hat das Krankenhaus eine

¹³ Dies entspricht dem Fairnesskonzept bestmöglicher medizinischer Versorgung im Sinne von Knoepfler und Daumann (2018), S. 39 ff. Dort finden sich auch weitere Begründungsfiguren für Gerechtigkeit im Gesundheitswesen wie das egalitäre Konzept, eine bedürfnisorientierte Sicht wie auch eine meritokratische Begründung.

¹⁴ Ausführlich zu Rationierung im Gesundheitswesen Offermanns (2011), S. 34–39; Deutscher Ethikrat (2011), S. 21 f.

¹⁵ Seit dem am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgt die ambulante Vergütung nicht auf Basis von Praxisbudgets, sondern von Regelleistungsvolumina und festen Eurowerten. Die Budgetwirkung bleibt jedoch, zumindest in abgeschwächter Form, erhalten.

zu geringe Zahl an Betten in der Intensivstation, muss Patienten trotz medizinischer Notwendigkeit eine solch intensive Pflege vorenthalten werden. Schließlich ist noch zwischen direkter und indirekter Rationierung zu differenzieren. Direkte Rationierung grenzt spezifische Personengruppen von der Behandlung bestimmter Indikationen aus. So werden beispielsweise nach § 52 SGB V Leistungen für Personen eingeschränkt, die sich durch Selbstverschulden eine Krankheit zugezogen haben (z. B. durch ästhetische Operationen oder Tätowierungen). Die indirekte Rationierung hingegen zielt auf keine spezifische Personengruppe oder Indikation. Hierunter fällt die von den Bundesländern verursachte Investitionslücke bei Krankenhäusern, wodurch der Umfang und die Qualität des allgemeinen flächendeckenden Versorgungsniveaus beeinträchtigt werden kann.

- (4) Festzuhalten gilt, dass der **Diskriminierungsbegriff** anders als im gesellschaftlichen Diskurs in zweifacher Weise gebraucht wird, in **explikativer** und in **normativer Weise**. Beide Bedeutungsvarianten sind schon in dem lateinischen Begriff „discriminatio“ enthalten, was wertfrei mit „Unterscheidung“ oder „Gegenüberstellung“ und wertend als Absonderung und damit als „Herabwürdigung“ oder als „ungerechtfertigte Benachteiligung“ übersetzt werden kann. (Weise et al. 2005, S. 20) In der öffentlichen Diskussion trägt die Diskriminierung zumeist den Makel der vermeintlichen Ungerechtigkeit, ist also normativ konnotiert. Die bisherigen Ausführungen sollten verdeutlichen, dass es nicht die Unterscheidung zwischen Personen und Fällen an sich ist, die ein Ungerechtigkeitsempfinden hervorruft, sondern die Wahl der hierzu praktizierten Unterscheidungskriterien. Um Diskriminierung (im normativen Sinne) von Einzelpersonen oder Gruppen zu vermeiden, muss daher ein allgemeines, jedermann und jederfrau gleichermaßen anhaftendes und nicht manipulierbares Kriterium Anwendung finden: Ein Maßstab, dem im Kontext der „Altersrationierung“ nur das kalendarische bzw. chronologische Alter gerecht werden könnte. Eine explizit intendierte Ungleichbehandlung durch die GKV, die an einer Altersgrenze anknüpft, kann nicht grundsätzlich als Diskriminierung (im normativen Sinne) angesehen werden, schließlich durchläuft jeder den Zyklus von Kindheit über Erwachsensein bis hin zum Altern.¹⁶

4. (Wie) Lässt sich Rationierung rechtfertigen? Zum Zusammenspiel von Solidar- und Subsidiaritätsprinzip in einer reichen Gesellschaft

- (1) Die deutsche Sozialversicherung in ihrer heutigen Form ist das Ergebnis eines jahrzehntelangen politischen Gestaltungsprozesses. Sie ist daher mehr Folge komplexer demokratischer Entscheidungsfindungen als Ausdruck ethischer Grundüberzeugungen. Mit dazu beigetragen hat die *Müller-Armacksche* Terminologie von der Sozialen Marktwirtschaft. Diese überwand zwar einerseits die falsche Dichotomie von Kapitalismus und Sozialismus, eröffnete aber andererseits weitreichenden Raum für Missinterpretationen und sozialpolitisch motivierten Interventionismus. (Vgl. Noll 2010, S. 268) Man kann es provozierend mit *Wolfgang Kersting* (2000, S. 1) formulieren: „Bis heute ermangelt der Sozialstaat einer verbindlichen normativen Hintergrundtheorie“. (ähnlich Kubon-Gilke et al. 2018, S. 32)
- (2) Der Sozialstaat ist durch zwei sozialetische Postulate charakterisiert, das **Solidarprinzip** und das **Subsidiaritätsprinzip**. Das Solidarprinzip, d. h. das Füreinander-Einstehen, entstand bereits in prähistorischer Zeit und lässt sich aus der Moral der kleinen Gruppe ableiten. (Clark und Lee 2015, S. 18 ff) In der Kleingruppe, der Gemeinschaft, decken sich die Ziele der Gruppenmitglieder weitgehend mit dem Gruppenziel des Überlebens der Gemeinschaft. Es existiert eine starke Gemeinschaftsbezogenheit, die von Hilfsbereitschaft und Nächstenliebe geprägt ist. Diese Form der Gruppensolidarität war die Voraussetzung dafür, dass der Mensch überhaupt überlebt hat. (s. hierzu Noll 2010, S. 41 ff.)
- (3) Mit der Schaffung der Sozialversicherungen hat der moderne Staat den Gedanken der Solidargemeinschaft auf große, anonyme Gruppen, die Gesellschaft, übertragen. Dieser Akt lässt sich damit rechtfertigen, dass der Mensch heutzutage nur in gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Kontexten seine Bestimmung erfahren kann. Die wachsende Gruppengröße verändert jedoch die sozialen Rahmenbedingungen grundlegend: die Intensität persönlicher Bindungen lässt nach, eine Interessenhomogenität ist nicht mehr gewährleistet und neben der intrinsisch motivierten Gemeinwohlorientierung gewinnt der Anreiz zur Eigennutzmaximierung an

¹⁶ Das Geburtsdatum wird man daher nicht als „kontingentes Faktum“ ansehen können, wie dies Schweda (2013), S. 160 tut.

Bedeutung bis hin zu Moral Hazard und Moralerosion. (Dazu Noll 2013, S. 279 ff.) Ohne die in der Schicksalsgemeinschaft „Kleingruppe“ vorhandene, eigennutzdisziplinierende soziale Kontrolle erwächst die Gefahr des ungezügelt wachsenden Sozialstaats. Einer substanzuell-universellen Solidarität müssen daher Grenzen gesetzt werden. (Vgl. Jochem 2018, S. 26)

- (4) Eine solche Begrenzung lässt sich aus dem zweiten sozialethischen Postulat, dem **Subsidiaritätsprinzip**, dem Grundsatz der ergänzenden Hilfeleistung, ableiten. (Vgl. Kerber 1998, S. 61; Sautter 2017, S. 313, 328; Knoepfler und Daumann 2018, S. 30) Dieses stellt das Individuum und die „kleinen Lebenskreise“ mit ihren Handlungsoptionen und ihrer **Verantwortung** in den Mittelpunkt und hat eine positive und eine negative Seite. Positiv bedeutet es, dass ein Gesellschaftsmitglied dann Anspruch auf Hilfe hat, wenn die eigenen Kräfte nicht ausreichen, negativ, dass dem Einzelnen oder seiner Familie nicht das abgenommen werden sollte, was es selbst erbringen kann. Das Subsidiaritätsprinzip ist in den verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung unterschiedlich stark ausgeprägt. Während beispielsweise im Arbeitslosengeld II die gesamte Bedarfsgemeinschaft zur vorrangigen Selbsthilfe verpflichtet ist (s. SGB II § 3, „Leistungsgrundsätze“, Abs. 3), wird in der Gesetzlichen Krankenversicherung der Solidarität zwar die Eigenverantwortung als zweites Leitprinzip explizit zur Seite gestellt (s. SGB V § 1, „Solidarität und Eigenverantwortung“), faktisch ist die Eigenverantwortlichkeit lange Zeit jedoch weitgehend verdrängt worden.¹⁷ Deutlich stärker als in der GKV ist das Subsidiaritätsprinzip in der Sozialen Pflegeversicherung verankert, die prinzipiell nur einen Pflegekostenzuschuss leistet, weswegen diese des Öfteren auch als „Teilkaskoversicherung“ bezeichnet wird. Zudem bekommt der Pflegebedürftige einen geringeren Finanztransfer, wenn seine Familie die Pflege teilweise oder vollständig übernimmt. Die Familie wird – je nach Sichtweise – von den einen als vorrangige Solidargemeinschaft interpretiert, von anderen wird dies gleichsam als eine Form von „Sippenhaft“ angesehen.
- (5) In der Gesetzlichen Krankenversicherung wird seit ihrer Gründung im Jahr 1883 über das Sachleistungsprinzip eine weitgehende Vollkostendeckung für ärztliche Behandlung praktiziert. Sozialethisch ließ sich dies ursprünglich dadurch

rechtfertigen, dass Krankheit für eine eher in bescheidenen Verhältnissen lebende Gesellschaft ein elementares Risiko darstellt.¹⁸ In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das jedoch grundlegend verändert. Die konstatierte Ressourcenknappheit hat entscheidend damit zu tun, dass mit zunehmender wirtschaftlicher Entwicklung die Potentiale der modernen Medizin im Hinblick auf Lebensverlängerung und Qualitätsverbesserung außerordentlich gesteigert werden konnten. (Vgl. Gethmann-Siefert 2011, S. 45) Bereits in den 1980er Jahren wurde unter dem Stichwort „**Grund- und Wahlleistungen**“ eine Diskussion um die Ausgrenzung von Leistungen aus dem gesetzlichen Leistungskatalog geführt. (Kern et al. 2004, S. 8.) Nachdem der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen das Thema in seinem Jahrgutachten 1994/95 erneut aufgriffen hatte, gelangte es verstärkt auch auf die politische Agenda.¹⁹

- (6) Neben dem politischen Ziel der Kostendämpfung wurden in dieser Rationierungsdiskussion auch ökonomische Argumente angeführt. So lässt die deutliche Korrelation zwischen wachsendem Wohlstand und steigenden Gesundheitsausgaben darauf schließen, dass es sich bei Gesundheit um ein **superiores Gut** handelt. (Vgl. Hemel 2011, S. 374) Diese Vermutung wurde erstmals im Rahmen des RAND Health Insurance Experiments mit der Feststellung, dass die Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern größer als eins ist, empirisch untermauert. (Newhouse 1977)²⁰ Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern hängt somit nicht allein vom medizinischen Bedarf ab, sondern auch vom allgemeinen Wohlstandsniveau in der Gesellschaft. Zum gleichen Ergebnis kommen Hall und Jones (2007, S. 46). Ihr Erklärungsansatz bezieht sich auf den Verlauf des Grenznutzens; während dieser bei ‚normalen‘ Konsumgütern in aller Regel abnimmt, bleibt er bei Gesundheitsgütern, die eine Verlängerung der Lebensdauer

18 Ausführlich zur Entstehung der GKV Stolleis (2013), Kapitel 3.4.

19 Die Diskussion mündete insbesondere in das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004, mit welchem zahlreiche Leistungen wie Brillen, Fahrtkosten bei ambulanten Behandlungen, Entbindungsgeld oder nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel aus dem Leistungskatalog herausgenommen und Zuzahlungen erhöht worden sind. Die wohl einschneidendste Veränderung, die Ausnahme des Zahnersatzes, wurde wenige Monate nach Einführung des GMG durch die neue Mehrheit im Deutschen Bundestag wieder rückgängig gemacht.

20 Die Elastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern wurde in der Literatur seit dem Health Insurance Experiment wiederholt diskutiert. Für Näheres siehe z. B. Gerdtham und Jönsson (2000), Henderson (2012) und Aron-Dine et al. (2013).

17 Inzwischen gibt es gegenläufige Entwicklung wie bei Finanzierung des Zahnersatzes durch die GKV.

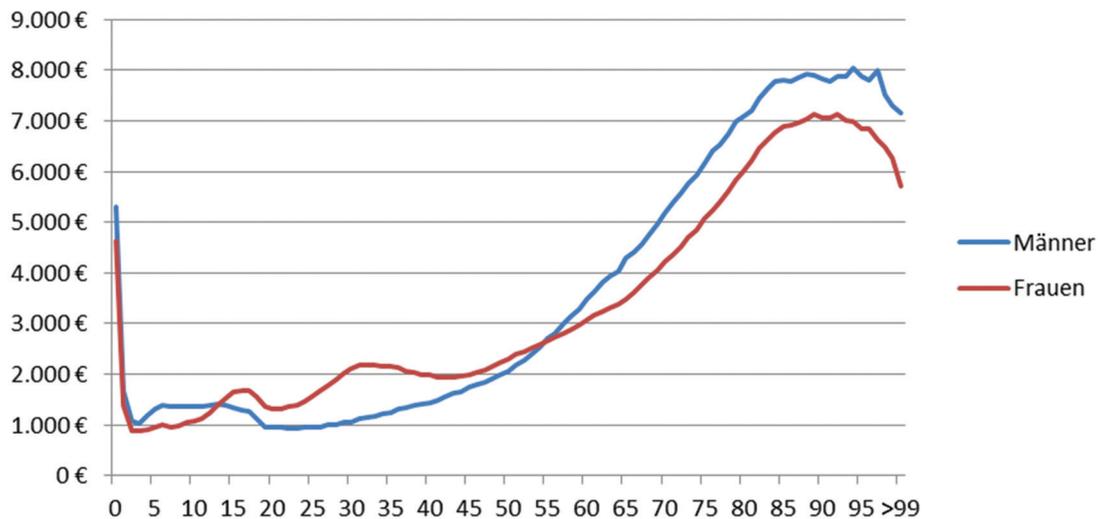


Abbildung 1. Durchschnittliche Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Geschlecht im Jahr 2016 (ohne Krankengeld).

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten des Bundesversicherungsamts (2017).

versprechen, konstant. Damit verschiebt sich mit zunehmendem Lebensalter das Ausgabeverhalten immer mehr in Richtung von Gesundheitsgütern.

- (7) Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei Gesundheitsgütern deutlich unterschieden werden muss. Die kollektive Absicherung existenzieller Risiken – und hier ist der Transfer von der kleinen, durch persönliche Bande geprägten Gemeinschaft auf die große heterogene Versichertengruppe geboten – lässt sich als Ausdruck des Solidarprinzips ansehen und sollte über den Sozialstaat abgesichert werden. Die solidarische Finanzierung von **superioren Gütern**, deren Nachfrage sich zunehmend unabhängig vom medizinisch Notwendigen bildet, widerspricht hingegen der negativen Seite des Subsidiaritätsprinzips. Dies fungiert in diesem Sinne als Abwehrrecht gegenüber einem bevormundenden Staat, der den Verantwortungsbereich des Einzelnen durch Pflichtbeiträge nicht beliebig beschneiden darf. Hierauf aufbauend könnte – wie oben bereits angesprochen – eine generelle Rationierung im Sinne einer Aufteilung in Grund- und Wahlversorgung für die gesamte Bevölkerung in Erwägung gezogen werden.²¹ Zur Diskussion stellen ließe sich aber auch eine Altersrationierung, da das skizzierte Problemdesign v. a. für im Alter nachgefragte Gesundheitsleistungen besondere

Relevanz besitzt. Der veränderte Altersaufbau wird sich daher in keinem anderen Lebensbereich so deutlich bemerkbar machen wie im Gesundheitswesen. Das indizieren schon die mit dem Lebensalter und/oder der Nähe zum Tod exponentiell ansteigenden Gesundheitskosten.²² Damit steht zugleich die Frage der **Generationengerechtigkeit** zur Diskussion, da die spezifischen Konstruktionselemente der Sozialversicherung (Stichwort: Drei-Generationen-Vertrag) bei demografischer Alterung der Gesellschaft eine beachtliche, ethisch kaum pauschal rechtfertigbare Umverteilung von Jung zu Alt bedingen.

5. Zur ethischen Rechtfertigung altersabhängiger Begrenzungen von Gesundheitsleistungen

Die Debatte um eine altersabhängige Begrenzung von Gesundheitsleistungen wird von verschiedenen ethischen Grundpositionen aus bestritten. Im Mittelpunkt stehen utilitaristische und kontraktualistische Rechtfertigungsversuche. (Vgl. auch Marckmann 2003, S. 5 f., 9 ff.) Daneben gewinnt die neoaristotelische Position im Gewand des Kommunitarismus mit der Konzeption des

²¹ Eine entsprechende Abgrenzung wird im Einzelfall schwierig sein, doch ist dies noch kein legitimer Grund für Nichthandeln. So auch Hemel (2011), S. 378.

²² Auf die Kontroverse, ob sich die Altersausgabenprofile eher gemäß der auf Fries (1980) zurückgehenden Kompressionsthese oder der von Gruenberg (1977) begründeten Medikalisationsthese verändern, soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Für Näheres siehe z. B. Zweifel et al. (1999) oder Kroll und Ziese (2009).

guten Lebens gerade bei medizinethischen Fragestellungen an Bedeutung. Welche Relevanz kann diesen ethischen Ansätzen zukommen?

5.1. Die utilitaristische Perspektive: Optimale Allokation der Ressourcen

- (1) Ökonomen verstehen sich als Experten für die Entwicklung rationaler Handlungsempfehlungen zur optimalen Allokation der Ressourcen in Knappheitssituationen. Daher suchen sie im Gesundheitswesen nach solchen Lösungen, die den größten Nutzen stiften. Nicht immer deutlich wird bei dieser Vorgehensweise allerdings der normativ-ethische Anspruch dieses Vorgehens. (Zu Recht kritisch Lübke 2008, S. 1 ff.) Ökonomen verfechten damit einen Utilitarismus, der als wirkmächtigste Variante teleologischer Ethiken verstanden werden kann. **Teleologische Ansätze** orientieren sich an den **Handlungseffekten**, die Moralität des Handelns wird an den erwartbaren Folgen gemessen. Anliegen dieses Ethikverständnisses ist es also, die **positiven** und **schlechten Folgen gegeneinander abzuwägen**, um danach eine Empfehlung für diejenige Handlung auszusprechen, die ein größeres Übergewicht von guten gegenüber schlechten Folgen hervorbringt als jede andere Handlungsoption. Der Utilitarist möchte den größtmöglichen Nutzen für alle von einer Handlung Betroffenen realisiert wissen. Eine teleologische Theorie behauptet, dass das grundlegende Kriterium dafür, was moralisch richtig oder falsch, gut oder böse, der außermoralische Wert ist, der geschaffen wird.²³
- (2) Ob eine Gesundheitspolitik ohne auf utilitaristischem Abwägen basierende Werturteile auskommt,²⁴ kann hier nicht abschließend erörtert werden. Fakt ist jedoch, dass ein solches Vorgehen im Alltagsgeschäft der Medizin ständig praktiziert wird. (dazu auch Marckmann 2003, S. 9) Verschiedene Varianten sind unterscheidbar:

- Mediziner sehen sich veranlasst zu **interdimensionärer Aggregation** von Nutzenaspekten bei der Bestimmung optimaler Therapien. So sorgt die Chemotherapie bei Krebspatienten für zusätzliche Lebenszeit, erkaufte wird dies mit einem Weniger an Lebensqualität des Patienten. (Vgl. Graf von der Schulenburg und Damm 2011, S. 423)

- Auch die **intertemporale Aggregation** von Nutzen und Kosten ist selbstverständlicher Bestandteil des Gesundheitswesens. Aufwendige, schmerzhaft und teilweise auch gesundheitsbeeinträchtigende Vorsorgeuntersuchungen wie Blasen- oder Darmspiegelungen lassen Patienten über sich ergehen, um künftigen Nutzen durch ein gesundes Leben zu generieren. (Vgl. Graf von der Schulenburg und Damm 2011, S. 423)
 - Auch **interpersonelle Aggregationen** von Nutzen und Kosten werden praktiziert. So beruht die Zulassung von Arzneimitteln auf einem utilitaristischen Werturteil. (Vgl. Graf von der Schulenburg und Damm 2011, S. 419; Huster 2013, S. 218). Der Nutzen für potentielle Patienten wird höher als die Risiken eingeschätzt, auch wenn manches Medikament gravierende Nebenwirkungen hat und bei einigen Patienten primär negative Wirkungen, Befindlichkeitsstörungen oder Krankheiten hervorruft.²⁵
- (3) Eine neue Qualität erlangt der utilitaristische Abwägungsprozess allerdings dann, wenn es um einen **interpersonellen Nutzenvergleich** im Zusammenhang mit der **Rationierung** medizinischer Leistungen geht. Dann geht es um die Rechtfertigung, Patienten nützliche Gesundheitsleistungen vorzuenthalten, weil Leistungen für andere Patienten als wichtiger bzw. dringlicher angesehen werden. Die interindividuelle Nutzenmaximierung wird zum Ziel des Patientenkollektivs. (Vgl. Deutscher Ethikrat 2011, S. 62) Die ZEKO hat „medizinnahe“ Priorisierungskriterien vorgestellt (Zentrale Ethikkommission 2007, S. 7; s. auch oben Kap. 3, Abs. (3)), wobei insbesondere das Kriterium **Kosteneffektivität** von utilitaristischem Denken zeugt. Es zielt darauf ab, mit den begrenzt verfügbaren Ressourcen einen möglichst **großen gesundheitlichen Effekt**, gemessen am Zugewinn an Lebenszeit und Lebensqualität, erzielen zu wollen. Würden Maßnahmen mit sehr ungünstigen Kosten-Nutzen-Profil unterbleiben, so das Argument, können die freiwerdenden Ressourcen anderen Patienten mit einem größeren zu erwartenden Nutzen zugutekommen. In der Gesundheitsökonomik wurden diese Überlegungen durch das Konzept der „qualitätsbereinigten Lebensjahre“ (Quality Adjusted Life Years,

23 Grundlegend dazu Frankena (1994), S. 32 ff.; zusammenfassend Noll (2013), S. 65 ff. und Sautter (2017), S. 113 ff.

24 Das verneint z. B. Graf von der Schulenburg und Damm (2011), S. 419; vgl. auch Huster (2013), S. 218.

25 Instruktiv dazu der Fall Lipobay. Das cholesterinsenkende Präparat wurde vom Pharmakonzern Bayer aus dem Markt genommen, nachdem schwerwiegende Muskelerkrankungen bei einzelnen Patienten auftraten, die bei bestimmungsgemäßen Gebrauch allerdings vermeidbar gewesen wären. Dazu Noll (2013), S. 175.

QALY) präzisiert und operationalisierbar gemacht. (Dazu Noll und Wolf 2017, S. 275; Schweda 2013, S. 153 f.)

- (4) In dem hier skizzierten Theoriedesign schneiden **alte Patienten** aufgrund struktureller Nachteile schlecht ab. Sie haben im Vergleich zu jungen Menschen eine geringere Lebenserwartung wie auch ihre durchschnittliche Lebensqualität durch Multimorbidität häufig niedriger und durch medizinische Maßnahmen meist nur begrenzt besserbar ist. Hinzu kommt, dass gleiche Behandlungsmaßnahmen bei älteren Patienten häufig mit mehr Aufwand verbunden sind als bei jüngeren. Eine Therapie für einen jungen Menschen verspricht daher häufig mehr Kosteneffizienz als eine vergleichbare Therapie für einen alten Menschen. Mit der moralphilosophischen Position des Utilitarismus ließe sich mithin für eine altersabhängige Leistungsbeschränkung, eine Altersrationierung plädieren, wenn Leistungsbegrenzungen als notwendig erachtet werden.²⁶ Strikte kalendarische Altersgrenzen lassen sich daraus allerdings kaum ableiten. (Esslinger 2009, S. 141; Marckmann 2003, S. 12; 2006, S. 166)²⁷ Eher würden sich Rationierungsmaßnahmen rechtfertigen lassen, die am biologischen Alter anknüpfen, also auf die physische und psychische Gesamtverfassung eines Patienten abstellen. Führt man den utilitaristischen Gedanken konsequent weiter und bezieht zusätzlich indirekte Nutzen- und Kosteneffekte mit ein, käme noch hinzu, dass durch die Rationierung bei nicht mehr erwerbstätigen anders als bei jungen Menschen keine Produktivitätseinbußen in der offiziellen Wohlstandsmessung für die Volkswirtschaft (= BIP) zu erwarten wären. (Vgl. Greiner und Damm 2012, S. 33) Allerdings bleibt das beachtliche zivilgesellschaftliche Engagement Älterer, das häufig weder Markt noch Staat anbieten können, dabei unberücksichtigt.²⁸

Auch bei Formen der expliziten, harten Rationierung, bei der die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht ausdehnbar sind wie bei der Organtransplantation (Vgl.

Noll und Wolf 2017, S. 275), spielt das **Alter** eine Rolle. Das Transplantationsgesetz gibt hier zwei Kriterien vor, welche für die gerechte Verteilung der Organe relevant sind. Zum einen ist dies die „**Dringlichkeit**“ und zum anderen die „**Erfolgsaussicht**“ der Organspende. (Vgl. Marckmann 2013, S. 16) Diese beiden Kriterien stehen allerdings oftmals im Konflikt zueinander. Bevorzugt das Kriterium „Dringlichkeit“ diejenigen mit dem höchsten Sterberisiko, werden bei dem Kriterium „Erfolgsaussichten“ diejenigen Patienten begünstigt, die am längsten mit dem Spenderorgan überleben können. Insbesondere das zweite Kriterium zieht zumindest indirekt eine Form der Altersrationierung nach sich.

- (5) Im utilitaristischen Denken steckt ein überzeugender ethischer Kern. So könnte man bspw. mit *Peter Singer präferenzutilitaristisch* mit dem Prinzip der gleichen Interessenabwägung argumentieren. Menschen haben danach Interessen wie z. B. die Vermeidung von Schmerz oder die Entfaltung von Fähigkeiten. Das Prinzip der gleichen Interessenabwägung erfordert nicht zwingend Gleichbehandlung, sondern hilft dabei, aus Knappheit resultierende Dilemmasituationen aufzulösen. So argumentiert *Singer* (1994, S. 39 ff.), dass nach einem Erdbeben die letzte verfügbare Opiumspritze an denjenigen verabreicht werden sollte, der die stärksten Schmerzen hat. Ganz analog könnte man schlussfolgern, dass es gerechter wäre, von zwei unterschiedlich alten Menschen den Jüngeren zu retten, weil diese Person bislang weniger Optionen hatte, ihre Fähigkeiten zu entfalten und Lebenschancen zu realisieren.
- (6) Dennoch gilt kritisch festzuhalten: Verbreitung des utilitaristischen Denkens und legitimatorische Tragfähigkeit stehen in einem unübersehbaren Widerspruch. Es gibt gravierende Einwände, die in der gesundheitsethischen Debatte nicht ignoriert werden dürfen:

- Der Utilitarismus verfiert letztlich eine **kollektivistische Ethik**.²⁹ Er muss gleichsam die Bedürfnisse und Leiden verschiedener Menschen gegeneinander abwägen und verrechnen, um nach einem Optimum an Nutzen oder Glück fragen zu können. Er tut dies im Sinne eines unparteiischen Beobachters, der gleichsam alle Menschen zu einem zusammenfasst. Doch Menschen sind verschieden; ihre Bedürfnisse, ihr Lebenswille, ihre Leidensfähigkeit wie ihre Fähigkeit und Neigung, Freude

²⁶ Die Entscheidung des „Ob“ und „Wie“ von Altersrationierungen setzt wiederum ein utilitaristisches Abwägen voraus, wie viele öffentliche Ressourcen in das Gesundheitswesen und in andere öffentlich finanzierte Bereiche wie das Bildungswesen fließen sollen.

²⁷ Die US-Umweltbehörde EPA differenzierte bspw. bei ihren utilitaristischen Bewertungen zunächst zwischen unter und über 70-jährigen, indem sie für die durch saubere Luft geretteten Leben bei unter 70-jährigen höhere Werte ansetzte als bei Senioren, weil diese eine geringere Lebenserwartung haben. Vgl. dazu Sandel (2009), S. 65 f.

²⁸ Grundlegend zur Bedeutung einer dreigliedrigen Sozialpolitik über zivilgesellschaftliches Engagement, Markt und Staat vgl. Kubon-Gilke et al. (2018), S. 704 ff.

²⁹ Dazu schon Kelsen (2000/1953), S. 13 f.; Williams (1997), S. 118; Sautter (2017), S. 118.

zu empfinden oder Interessen zu artikulieren unterscheiden sich. „Der Utilitarismus nimmt die Verschiedenheit der einzelnen Menschen nicht ernst“,³⁰ betont daher *John Rawls* (1994, S. 45) zurecht. Nutzenmaximierung ist in einer liberalen Gesellschaft, in der die Würde des Individuums letzter normativer Orientierungspunkt ist, kein zureichender oder auch nur plausibler Wertmaßstab, denn es fehlen dem Nutzenprinzip verbindliche Mindeststandards zum Schutz des Einzelnen. (Vgl. Ebert 2010, S. 189)

- Der Utilitarismus orientiert sich an den **Ergebnissen** von Entscheidungsprozessen, er reflektiert bzw. rechtfertigt hingegen nicht das **Entscheidungsverfahren** selbst. Doch Verfahren sind nicht „unschuldig“, denn sie „präjudizieren die Art und Weise, in der materiale Fragen behandelt werden...“. (Schmidt 1993, S. 80) Ob also der Verteilungsmodus von der Bevölkerung gewünscht wird oder als gerecht empfunden wird, wird nicht thematisiert. (s. Deutscher Ethikrat 2011, S. 63) Empirische Befunde zeigen jedoch, dass die Akzeptanz der Rationierungsergebnisse sich primär danach entscheidet, ob die angewandten Verfahrensweisen als fair empfunden werden oder nicht. (Vgl. Liebig 2002, S. 154; Schmidt 1993, S. 89) Das gibt Anlass dazu, nach der normativen Qualität der Entscheidungsprozedur zu fragen. Im Umkehrschluss bedeutet dies: Verfahren zur Realisierung des Nutzenmaximums bzw. des Gemeinwohls wohnt aus Sicht der Betroffenen keine besondere Überzeugungskraft inne. Dies hat *John Rawls* (1921–2002) mit besonderer Klarheit herausgearbeitet, als er darauf hinwies, dass die utilitaristische Ethik das Gute unabhängig vom Rechten definiert bzw. unterstellt, das Rechte sei die Maximierung des Guten. (Rawls 1994, S. 48) Diese beiden normativen Ansprüche – das Gute und das Rechte – sind nicht aufeinander rückführbar oder auch nur miteinander kompatibel.
- Vom Utilitarismus geprägte ökonomische Ansätze gehen zumeist davon aus, dass das Ziel der **effizienten Allokation** und der **gerechten Verteilung** in zwei Teilakten erreichbar ist. (Vgl. Graf von der Schulenburg und Damm 2011, S. 417) Zunächst gilt es, die Produktion zu maximieren, um dann im zweiten Schritt Verlierer durch Umverteilung zu

kompensieren, um soziale Gerechtigkeit zu erlangen. (Vgl. Graf von der Schulenburg und Damm 2011, S. 421) Was für die Erwirtschaftung und Aufteilung des Sozialprodukts nachvollziehbar erscheint, lässt sich für die in der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitstehenden Ressourcen indes kaum realisieren. Allokation und Distribution können im Gesundheitswesen nicht als getrennte Akte interpretiert werden, denn Produktion und Verteilung von Gesundheitsleistungen sind untrennbar mit der Person des Patienten verknüpft. Sie sind nicht voneinander separierbar.³¹

5.2. Prozedurale Gerechtigkeit im Sinne des institutionenethischen Ansatzes

- (1) Die Schwierigkeiten bei der Suche nach konsensfähigen Maßstäben der Ergebnis- bzw. Verteilungsgerechtigkeit hat der prozeduralen Gerechtigkeit in der wissenschaftlichen Debatte eine Vorrangstellung beschert.³² Hier steht die **Fairness** von **Verteilungsverfahren** im Mittelpunkt. Dahinter steht der Grundgedanke, wenn man schon nicht allen Anliegen und Interessen in gleicher Weise gerecht werden kann, dann sollten jedoch die Entscheidungen von Verteilungskonflikten aufgrund der praktizierten Prozeduren von allen Betroffenen als verbindlich akzeptiert werden können, weil sie das Zustandekommen der Ergebnisse als fair erachten. Legitimation ergibt sich qua Verfahren (*Niklas Luhmann*).
- (2) Die Anknüpfung der Gerechtigkeit am Verteilungsverfahren führt zum **vertragstheoretischen Denken (=Kontraktualismus)** und damit zur tatsächlichen oder hypothetischen Zustimmung der betroffenen Individuen zu gesellschaftlichen Regeln. Es gelten solche Regeln oder Institutionen als gerecht, die die Zustimmung aller Gesellschaftsmitglieder finden bzw. finden könnten.³³ Die freiwillige Zustimmung ist entscheidendes normatives Kriterium dieser Denkansätze, da es den Einzelnen in seiner Zweckbestimmung ernst nimmt. Das Konsens- oder Einstimmigkeitsprinzip macht weitere normative Vorgaben oder ethische Rasonnements überflüssig, denn indem Personen freiwillig eine Vereinbarung treffen, signalisieren sie ihren Willen

30 Dazu auch Sandel (2009), S. 55.

31 Vgl. dazu auch Lübke (2008), S. 13 f.; dies gilt im Übrigen für viele Verteilungsprobleme; dazu Schmidt (1993), S. 85.

32 Zum ideengeschichtlichen Zusammenhang der Rechtfertigung von Leistungsbegrenzungen vgl. Marckmann (2003), S. 5 f.

33 Zum Kriterium der Zustimmung Noll (2013), S. 262; (2010), S. 250 f., S. 265.

zur Vorgehensweise und damit zu den dadurch realisierten Verteilungsergebnissen.

- (3) *Norman Daniels* (2003) liefert die interessantesten Überlegungen zur Altersrationierung. Sein Argument der „klugen Lebensplanung“ (S. 218) baut auf der heuristischen Idee des „Schleiers des Nichtwissens“ (S. 223 ff.) von *John Rawls* auf, knüpft also an einer hypothetischen Zustimmung an. (Dazu auch Huster 2013, S. 219; Kliemt 2006, S. 93) Er fragt danach, wie eine vernünftige Einzelperson, die ihr Alter und ihren Gesundheitszustand nicht kennt, bei einem begrenzten Gesundheitsbudget ihre verfügbaren Ressourcen auf verschiedene Abschnitte ihrer gesamten Lebenszeit aufteilen würde.³⁴ *Daniels* meint, mit einem **Ansatz kluger Lebensplanung** würde eine **altersbedingt ungleiche Verteilung** vorgenommen. Die Gesundheitsressourcen würden v. a. auf die ersten Lebensjahrzehnte konzentriert werden, da sie für die Wahrnehmung der grundlegenden privaten und beruflichen Optionen von besonderer Bedeutung sind. Hingegen würde es durchaus als klug erscheinen, teure lebensverlängernde Maßnahmen im Alter mit begrenzten Effekten zu rationieren. Anderenfalls müsste der Zugriff für den jungen Menschen auf die Gesundheitsressourcen begrenzt oder erschwert werden. Der Fokus der Gesundheitsversorgung im Alter sollte daher eher auf komfortstabilisierenden Hilfen liegen, wie es z. B. für Schmerztherapien der Fall ist. (Zusammenfassend Marckmann 2006, S. 172 f.; Schöne-Seifert 1992, S. 35)
- (4) Der große Vorzug dieses Ansatzes ist es, dass der Autor bei seinen Überlegungen nicht auf interpersonelle Gerechtigkeitskriterien zurückgreifen muss. Er argumentiert ausschließlich mit **intrapersonellen Klugheitserwägungen**. (s. *Daniels* 2003, S. 216; Marckmann 2006, S. 172; Huster 2013, S. 219 ff.) Wenn aber die altersabhängige Begrenzung aus Sicht des Einzelnen unter dem „Schleier des Nichtwissens“ rational ist, wird man dem Gedanken auch bei Ausgestaltung eines kollektiven Sicherungssystems nicht widersprechen können. Schließlich gilt die ungleiche Ressourcenverteilung über die einzelnen Altersabschnitte für alle Menschen gleichermaßen, die das jeweilige Alter erreichen. Damit begibt *Daniels* sich nicht in das „sumpfige Gelände“ des Abwägens und Vergleichens inkommensurabler Kategorien und Größen, wie es für den Utilitarismus notwendig ist, sondern nimmt Bezug auf

34 Analog lässt sich auch die Rentenversicherung interpretieren, da der Bedarf an Einkommen sich in verschiedenen Altersabschnitten verändert. So ist es klug, in der Erwerbsphase etwas abzuzweigen, um es in die Altersphase zu transferieren. *Daniels* (2003), S. 216.

die individuelle Autonomie und die Präferenzen der Bürger.

- (5) So schlüssig der Weg zur Ableitung der kontrakttheoretischen Legitimation ist, so kommt auch dieser Ansatz letztlich nicht ohne zusätzliche **inhaltliche Kriterien** aus, um die Altersrationierung grundsätzlich zu rechtfertigen oder gar praktikable Lösungsvorschläge machen zu können.³⁵ Damit überzeugt auch dieser Legitimationsversuch letztlich nicht. Die Vorannahmen liegen auf positiver wie normativer Ebene, wobei die normative Prämisse größeres Gewicht für kritische Einwände abgeben dürfte:
- Die Argumentation enthält implizit eine wichtige **empirische Prämisse** hinsichtlich der Einstellung des klugen Lebensplaners gegenüber Risiken. Man könnte es als risikoavers bezeichnen. Sein Alter Ego mit höherer Risikobereitschaft könnte darauf verweisen, dass die Krankheitsrisiken in den ersten Lebensjahren gering sind. Dann wäre es rational, den Einsatz der knappen Gesundheitsressourcen stärker auf das Alter zu konzentrieren, in dem empirisch gesehen Vielzahl und Gewicht der Gesundheitsrisiken zunehmen.
 - Entscheidungen können zudem nicht ohne Rückgriff auf gewisse **Wertprämissen** getroffen werden. Das wird deutlich daran, dass *Daniels* um die Gewichtung der verschiedenen Lebensphasen nicht herumkommt. So postuliert er aus der Klugheitsüberlegung heraus das „Prinzip der Erhaltung des Lebensstandards“ (*Daniels* 2003, S. 219), wonach die verfügbaren Ressourcen so zu verteilen wären, dass ein gleicher Lebensstandard über die gesamte Lebensspanne erhalten werden könne.³⁶ Das mag für viele intuitiv plausibel klingen, zwingend ist dies jedoch nicht. Über materielle Werte lassen sich in einer hypothetischen wie in einer faktischen Entscheidungssituation in einer offenen, pluralistischen Gesellschaft keine verbindliche Einigung erzielen.

35 Ein weiteres diskussionswürdiges Problem der kontrakttheoretischen Argumentation ist, ob eine hypothetische Zustimmung zu Verteilungskriterien auch im realen Leben soziale Akzeptanz erfahren würde. Anders gefragt: Was motiviert Menschen, sich gemäß der imaginären Wahl im Sinne von *Daniels* kluger Lebensplanung im realen Leben zu verhalten, wenn es bspw. den eigenen Vorstellungen vom Guten widerspricht? Vgl. zum Motivationsproblem des Kontraktualismus *Rosa* (2002), S. 220.

36 Es ist nicht schlüssig, dass *Daniels* dann aber auf S. 226 betont, dass seine Argumentation nicht auf „moralischen Vorannahmen“ beruhe. Eine unbeantwortete Frage ist auch, ob für verschiedene Indikationen unterschiedliche Altersgrenzen festgelegt werden müssten, um den Lebensstandard zu erhalten.

Insofern gilt festzuhalten, „dass jede empirische Gerechtigkeitstheorie ein unauflösliches Moment an normativer Kontingenz enthält“ (Schmidt 1993, S. 89).

5.3. Altersbilder und das gute Leben

- (1) Die vertragstheoretischen Ansätze zur Lösung ethischer Dilemmata sind nicht unwidersprochen geblieben. Dabei steht insbesondere die schon angesprochene Frage nach dem Verhältnis des **Rechten** und des **Guten** in einer Gemeinschaft im Mittelpunkt. Die aufklärerische Moralphilosophie sah sich vorrangig durch die Suche nach Normen des gerechten Handelns herausgefordert, fußend auf der Einsicht, dass man sich in einer säkularen, pluralistischen Gesellschaft auf das „Gute“, das gelingende Leben nicht mehr einigen kann. (Vgl. Noll 2010, S. 172) Insbesondere von Vertretern des Kommunitarismus ist dem entgegnet worden, dass die Fragen nach dem Gerechten nicht ohne eine bestimmte partikuläre Konzeption vom guten Leben bestimmt werden könnten. Anders formuliert: Die Vorstellungen vom Rechten werden immer aus einer vorgängigen Vorstellung vom Guten abgeleitet.³⁷ Mit diesem grundlegenden Einwand wird der teleologische Ansatz von Aristoteles über die Voraussetzungen vom guten Leben wiederbelebt, der von den Vertretern der utilitaristischen und kontrakttheoretischen Moralphilosophie als überwunden galt. (Dazu Sandel 2009, S. 255 ff.; Rapp 2002, S. 79 f.; Rosa 2002, S. 221, 226) In diesem Sinne lassen sich v. a. die Auffassungen von *Daniel Callahan* und *John Harris* verorten, die in der Debatte um die Altersrationierung eine wesentliche Rolle spielen.³⁸
- (2) *Daniel Callahan* entwickelt ein normatives Bild vom menschlichen Leben, das auf einer naturalistischen Begründung fußt: Er spricht von einer „**natürlichen**“ **Lebensspanne**, die 75 oder 80 Jahre währt. (Callahan 1987, S. 64 ff.) Eine solche Lebensspanne ist ihm zufolge angemessen und ausreichend, um ein gelingendes und erfüllendes Leben zu führen. Darunter versteht er, dass in diesem Zeitraum die zentralen Lebensprojekte wie Ausbildung und Beruf, Gründung einer Familie, Beziehungen zu anderen und die Verfolgung von geistigen

Interessen realisiert werden können. Es ist diese Erkenntnis, die von den Menschen als integraler Bestandteil ihrer Existenz akzeptiert werden sollte. Damit tritt er der Vorstellung der modernen Medizin entgegen, eine wesentliche Funktion des Gesundheitssystems sei es, dem Alterungsprozess entgegenzutreten, um mit allen Mitteln das Leben zu verlängern. Dementsprechend spricht er sich für eine Beschränkung von lebensverlängernden Maßnahmen nach Ablauf der natürlichen Lebensspanne aus und plädiert für eine auf Schmerzbehandlung und pflegerische Maßnahmen begrenzte Medizin. (Vgl. Callahan 1987, S. 118; zusammenfassend Schöne-Seifert 1992, S. 41; Marckmann 2003, S. 20; 2006, S. 170)

- (3) *John Harris* nähert sich der hier zur Debatte stehenden Frage, indem er fragt, was eine Person ausmacht. Der Personenstatus liegt in deren Fähigkeit, sich nicht nur als Subjekt wahrzunehmen, sondern das eigene Leben wertzuschätzen. Die tatsächliche Wertschätzung macht den „Wert des Lebens“ aus. (Vgl. Harris 1995 S. 48; Braun 2000, S. 125 f.) *Harris* meint, dass eine gewisse Anzahl von Jahren notwendig ist, die für ein „wertvolles“ Leben erforderlich ist. Das ist nach ihm die „**faire Lebenszeit**“ (= **Fair-Innings-Prinzip**). Das impliziert die normative Vorstellung, dass Menschen, die sehr früh der Tod ereilt, um Lebenszeit „betrogen“ werden, während andererseits diejenigen, die ein hohes Alter erreichen, gleichsa ein Leben mit „geborgter Zeit“ erfahren dürfen. (Williams 1997, S. 119; Schweda 2013, S. 160) Hieraus ergibt sich für ihn die Überlegung, dass es moralisch akzeptabel sei, bei der Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen das Alter als Kriterium heranzuziehen. (Vgl. Harris 1995, S. 34, 164) Danach sind junge Menschen, die ihr Leben noch vor sich haben, bei einer Knappheitssituation vor denjenigen mit medizinischen Leistungen zu versorgen, die ein hohes Alter erreicht haben. Er rechtfertigt also die Leistungseinschränkungen im Alter damit, dass Ältere mehr Chancen im Leben gehabt haben, ihre Lebenspläne zu realisieren als Jüngere, die ihre „faire Lebenszeit“ noch nicht durchschreiten konnten. (Vgl. Harris 1995, S. 143)
- (4) Die Konzeption von *Harris* ähnelt im Ergebnis, nicht im Begründungsmodus der präferenzutilitaristischen Position *Peter Singers*. (s. Kap. 5.1) Auch mit der Anwendung von *Singers* Prinzip der gleichen Interessenabwägung gelangt man zu der Schlussfolgerung, dass jedem das Interesse an der Entfaltung seiner Fähigkeiten zukommt. Dieses Interesse wird man bei jungen stärker als bei alten Menschen

37 Vgl. dazu auch die Systematisierung der dominierenden Positionen im moralphilosophischen Diskurs. Rosa (2002), S. 219.

38 Ob *Daniel Callahan* inhaltlich dem Kommunitarismus zugeordnet werden sollte, wird von Marckmann (2003), S. 20 f. bezweifelt. Auch er behandelt die Position Callahans dann aber – nicht ganz konsequent – unter der Vorstellung der kommunitaristischen Ethik. Vgl. auch Marckmann (2006), S. 170.

gewichten müssen. (Vgl. die Ausführungen bei Singer 1994, S. 42, 79) Andererseits betont *Singer*, im Gegensatz zum Kommunitarismus, dass es in einer modernen säkularen Gesellschaft und dem damit verbundenen Wertepluralismus keine verbindliche Verständigung auf das gute Leben geben kann. (s. auch Braun 2000) S. 119)

- (5) Damit stellt sich die Frage nach der Legitimationskraft der kommunitaristischen Positionen. Hier sind ein **genereller** und mehrere **spezielle Einwände** anzusprechen. Der grundlegende Einwand bezieht sich auf die teleologische Argumentation. Es ist dem Kommunitarismus zuzugestehen, dass Menschen das Gerechte immer aus ihrer partikularen Perspektive des Guten betrachten. Aber daraus ergibt sich kein notwendiger Vorrang des Guten vor dem Rechten – jedenfalls nicht auf gesellschaftlicher Ebene. Das Gute wird damit nicht privatisiert, denn zwischen Individuum und Staat stehen viele zivilgesellschaftlichen Gruppen, in denen Wertfundamente für ein florierendes soziales Zusammenleben gelegt und ausgebildet werden können. Wenn jeder Mensch Anspruch auf seinen individuellen Lebensentwurf hat, dann sind die daraus resultierende Diversität und Konflikte ernst zu nehmen. In einer offenen, liberalen Gesellschaft gilt es primär, die verschiedenen Zielsetzungen, und Bedürfnisse auf möglichst herrschaftsfreie Weise miteinander verträglich zu machen. Das prägt die Suche nach ethisch rechtfertigbaren Institutionen in entscheidender Weise mit.

Daher ist es aus liberaler Perspektive nicht zielführend, über das Telos sozialer Institutionen nachzudenken, um daraus auf die Art der Verteilung von Ressourcen zu schließen. Welchen verbindlichen Zweck soll eine Sozialversicherung zur Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen in wertpluralistischen Gesellschaften erfüllen? Sollen künstliche Befruchtung, Abtreibung, Verletzungen nach Risikosportarten, durch Auslandsreisen bedingte Krankheiten, Sterbehilfe oder künstliche Hüftgelenke für 85-Jährige von der Solidargemeinschaft finanziert werden? Diese Fragen werden von Individuen und gesellschaftliche Gruppen, die mit Lebensmustern, Krankheiten, Siechtum und Sterben unterschiedlich umgehen, kaum im Konsens beantwortet. Und daher unterscheiden sich ihre normativen Vorstellungen über die Funktion des Gesundheitswesens nicht nur marginal, sondern grundsätzlich.

Augenscheinlich ist, dass keine ethische Theorie hier verbindliche Kriterien liefern kann, so dass

der Fokus auf faire politische Entscheidungsverfahren zu lenken ist. Angesichts der Pluralisierungs- und Partikularisierungsprozesse kann es nur darum gehen, sich auf prozedurale Regeln und nicht auf materielle Vorstellungen vom guten Leben bei Ausgestaltung des Leistungsspektrums der Gesetzlichen Krankenkassen zu setzen.

- (6) Dieser grundsätzliche Einwand gegenüber den Vorstellungen vom „guten Leben“ und vom „Altern“ in modernen Gesellschaften lässt sich auf die Konzeptionen von *Callahan* und *Harris* herunterbrechen: Beiden Positionen ist gemeinsam, dass sie **implizit Altersbilder** formulieren und **normative Konzeptionen über Lebensverläufe** entwickeln. Damit reproduzieren sie überkommene Vorstellungen hinsichtlich Lebensentwürfen, Lebenserwartung, Gesundheitszustand und Lebensqualität im Alter. (Vgl. Schweda 2013, S. 164 f.) Doch dies wird den sich wandelnden und vielfältigen Lebensentwürfen heute kaum mehr gerecht. Insbesondere vermögen sie keine überzeugenden Antworten auf die Frage nach der Dauer der „natürlichen Lebensspanne“ oder „fairen Lebenszeit“ zu geben.
- (7) Schließlich ergeben sich spezifische Vorbehalte. *Callahans* Entwurf ist entgegenzuhalten, dass er auf einer naturalistischen Begründung beruht. Er entwirft das Modell einer natürlichen Lebensspanne für den Menschen. Doch aus dieser Konzeption ergeben sich keine normativen Schlussfolgerungen, denn warum sollten alte Menschen, die das Leben als erfüllend erfahren, nicht nach lebensverlängernden Maßnahmen streben, wenn die Medizin dafür Möglichkeiten eröffnet (vgl. Marckmann 2006, S. 170) *Harris'* Überlegungen kranken einmal daran, dass nicht klar ist, woran sich eine faire Lebenszeit bemessen sollte. Hinzu kommt noch die kritische Anfrage, ob sich aus seinen Überlegungen eine generelle Bevorzugung der Jüngeren gegenüber Älteren ergeben sollte, wenn man davon ausgeht, dass man mit zunehmendem Alter der fairen Lebenszeit näherkommt bzw. diese zunehmend überschreitet.

6. Explizite Altersrationierung: pragmatische Vorzüge – moralempirische Dilemmata

- (1) Altersrationierung versucht einen angesichts zunehmender Mittelknappheit der Gesetzlichen Krankenkassen unausweichlichen Interessenkonflikt zu lösen: Älteren Patienten werden gewisse medizinisch wirksame Maßnahmen vorenthalten,

die anderen Gruppen gewährt werden. Rechtfertigungsstrategien werden dafür – wie gezeigt – auf Basis utilitaristischer, kontrakttheoretischer und kommunitaristischer Ethik formuliert. Unabhängig von ihren methodischen und inhaltlichen Schwächen ist in einem zuteilungstechnischen Sinne auch der kritische Vorbehalt zutreffend, dass jedes verteilungspolitische Arrangement Verlierer produziert. (Vgl. Schmidt 1993, S. 89) Allerdings sollten Art und Gewicht dieser Verluste etwas genauer vermessen und beurteilt werden.

- (2) Altersabhängige Leistungsbeschränkungen könnten z. B. für gewisse aufwändige lebensverlängernde Therapien der Intensivmedizin vorgesehen werden, nicht für die Notfallversorgung oder Palliativmedizin. Dies wäre bei Anknüpfung an das kalendarische Alter dann eine **explizite Rationierung** auf Basis **allgemeiner, objektivierbarer Kriterien**. Sie entspräche dem Transparenzgebot, weil die Leistungseinschränkungen allen Versicherten im Voraus bekannt wären.³⁹ Mit solchen Regeln könnten diskretionäre und rechtsstaatlich bedenkliche Entscheidungsspielräume reduziert werden, die den Anbietern medizinischer Leistungen im geltenden Regulierungsregime schon heute nolens volens zukommen oder besser gesagt: angesichts finanzieller Restriktionen aufgebürdet werden. Die praktizierten Formen impliziter Rationierung, die aufgrund von Ressourcenknappheit und fester Budgetvorgaben notwendig sind, könnten damit zumindest zurückgedrängt werden. Es ist zu vermuten, dass mit diesen impliziten Rationierungspraktiken heute bereits faktisch eine verdeckte Altersrationierung stattfindet. (s. Deutscher Ethikrat 2016, S. 79 f.; Schweda 2013, S. 153; Huster 2013, S. 217; Breyer 2006, S. 154, 157) Transparenz und Vertrauen in das Gesundheitswesen würden daher gerade bei älteren Patienten eher gestärkt.
- (3) Hierin ist – aus normativer Perspektive – **keine** Form der **Altersdiskriminierung** zu sehen. Alle Menschen durchlaufen einen Lebenszyklus, in dem ihnen durch politischen Entscheid jeweils unterschiedliche Rechte und Pflichten, Vorteile und Lasten seitens der Gesellschaft zugewiesen werden. So z. B. wurde jungen Männern mit der Wehrpflicht bis vor kurzem ein weitgehend unentgeltlicher Militärdienst abverlangt (=leiturgische Bedarfsdeckung). Von allen abhängig Beschäftigten wird

ein Teil ihres Arbeitseinkommens über Zwangsbeiträge eingezogen, der direkt der alten Generation als Renten zufließt. Ganz analog würde bei einer Altersrationierung im Gesundheitswesen gegenüber allen Menschen, die eine fixierte Altersgrenze überschreiten, ein weniger umfassendes Leistungsversprechen abgegeben als gegenüber jüngeren Menschen. Diese ungleiche Behandlung betrifft mithin jeden, der diese Altersgrenze erreicht. Die Rationierung von Gesundheitsleistungen ab einem gewissen Alter wäre daher gerade eine Gleichbehandlung von Alterskohorten im Zeitablauf. Von einer ungerechtfertigten Diskriminierung könnte man nur dann sprechen, wenn sich die Ungleichbehandlung auf unabänderliche Merkmale wie das Geschlecht oder die Hautfarbe einer Person beziehen würde. (Vgl. Daniels 2003, S. 215; Breyer 2006, S. 158; Schöne-Seifert 1992, S. 43; Friedrich und Schöne-Seifert 2013, S. 225)

- (4) Jedes Regulierungssystem wirft Umsetzungsprobleme auf. Auch bei diesem Vorschlag verbleiben gravierende **offene Fragen**: Die Festlegung von Altersgrenzen für die Rationierung ist schon deshalb kein triviales Problem, weil die Lebenserwartung nicht konstant ist, sondern von Jahrgang zu Jahrgang weiterhin ansteigt. Wie soll damit umgegangen werden? Weiterhin ist unklar, ob sich eine Altersgrenze auf alle relevanten Krankheitsbilder beziehen oder ob verschiedene Altersbeschränkungen formuliert werden sollten. Auch müsste eine klare Abgrenzung zwischen lebensverlängernden, ggfs. privat abzusichernden Maßnahmen einerseits und von der Sozialversicherung zu finanzierenden leidensmindernden Maßnahmen möglich sein. In der Praxis dürften aber viele Gesundheitsmaßnahmen lebensverlängernd wirken und die Lebensqualität befördern. Relativierend gilt allerdings zu beachten, dass Patienten am Lebensende selbst häufig keine lebensverlängernden Behandlungen mehr wünschen, wenn sie keine Aussicht auf Besserung ihres Gesundheitszustands erwarten. (Vgl. Friedrich und Schöne-Seifert 2013, S. 227; Marckmann 2006, S. 174 ff.)
- (5) Nicht zu verkennen ist freilich, dass eine Altersrationierung manchen Patienten Leistungen vorenthalten würden, die noch einen erheblichen Nutzen aus der Behandlung ziehen könnten. Dem ist freilich entgegenzuhalten, dass es hier um eine **weiche und keine harte Rationierung** geht. Eine weiche Rationierung wäre es insofern, weil jeder Sozialversicherte vor die Entscheidung gestellt wird, ob er für gewisse sehr teure Operationen oder

³⁹ So gab es in Großbritannien wohl bereits Anfang der 1990er-Jahre eine Altersrationierung bei Dialysepatienten; dazu Schöne-Seifert (1992), S. 35; Daniels (2003), S. 223.

Therapien im hohen Alter eine private Zusatzabsicherung abschließen will oder ob er dies für unnötig hält, weil er es als ausreichend empfindet, ab einem gewissen Alter primär komfortstabilisierende medizinische Leistungen zu erhalten, die weiterhin über die Sozialversicherung garantiert werden. Die Einführung einer solchen Entscheidungsoption würde es allerdings erforderlich machen, die in Rede stehende Regelung erst nach einer Übergangsfrist einzuführen, um die Möglichkeit zum Abschluss privater Krankenversicherungen zu eröffnen. (Vgl. Breyer 2006, S. 158; Marckmann 2006, S. 174; Huster 2013, S. 221)

- (6) Der verteilungspolitisch motivierte Einwand, man verfüge im Alter über ein geringeres Einkommen, so dass v. a. einkommensschwächere Personen zusätzliche Lasten tragen müssten, überzeugt allenfalls begrenzt:
- Betroffen wären Menschen, die über ein langes Leben hinweg die Möglichkeit haben, Vermögen aufzubauen oder bereits frühzeitig Vorsorge durch Abschluss einer privaten Zusatzversicherung zu treffen. Dann wären auch die Prämien moderat. Für Menschen, die sich erst im fortgeschrittenen Alter für die Absicherung entschließen, weil der Wert von Gesundheit an Bedeutung erlangt, steigt auch die Bereitschaft, höhere Prämien in Kauf zu nehmen.
 - Doch es wird auch Menschen mit hoher Zeitpräferenz geben, die in jungen Jahren eine geringe Neigung zum Abschluss einer solchen Versicherung verspüren, im Alter dann erkennen, dass eine solche Absicherung für sie wünschenswert wäre, nun aber ihre finanziellen Spielräume erheblich berühren würde, Menschen also, die sich die private Krankenversicherung zur rechten Zeit hätten leisten können, aus freier Entscheidung heraus und bewusst sich aber nicht leisten wollten. Zudem mag es Menschen geben, deren verfügbare Ressourcen über das gesamte Leben so gering sind, dass eine solche Zusatzversicherung eine große Last darstellen würde.
- (7) Eine **gesetzliche Pflicht** zur Absicherung wäre keine schlüssige Lösung, denn dies würde von der Bevölkerung zu Recht als eine Erhöhung der Zwangsbeiträge zur GKV interpretiert.⁴⁰ Dies entspräche auch nicht den Präferenzen derjenigen Menschen, die ganz bewusst ab einem gewissen

Alter keine lebensverlängernden medizinischen Leistungen mehr in Anspruch nehmen wollen. Insbesondere ältere Menschen mit multimorbidem Krankheitsbild werden sich die existenzielle Frage stellen, ob das medizinisch Machbare für sie auch das Wünschenswerte ist. Doch wäre die Vorenthaltung gewisser Maßnahmen auch dann ethisch legitim, wenn dies eine erhebliche gesundheitliche Einschränkung mit ggfs. vorzeitigem Tod bedeuten würde? Nach dem Konzept der expliziten Altersrationierung wäre dies ohne entsprechende private Absicherung der Patienten zwingend. Ob dies allerdings ein relevantes medizinethisches Problem darstellt, kann nur die Praxis zeigen. Vielfach werden soziale Härten durch eine Basisabsicherung durch die GKV zumindest abgemildert werden können.

- (8) Dennoch ist diese Konfliktlage vermutlich für viele Menschen in einer Gesellschaft, für die Mitgefühl, Anteilnahme und Wohlwollen hohe Werte darstellen, eine emotional schwer erträgliche Konsequenz. Hier werden die am tiefsten verankerten, in allen Kleingruppen ausgebildeten moralischen Werte einer „Helfermoral“ aktiviert, die für das Überleben der Spezies Mensch unabdingbar waren. Im öffentlichen Diskurs verfangen dann die Hinweise kaum, dass die Leistungsverweigerung nach der vertraglich vereinbarten Differenzierung zwischen Pflicht- und Wahlleistungen gerecht ist. Die Moral der Fairness ist für das Funktionieren in großen Gruppen unverzichtbar. Doch diese Argumente entspringen der Ratio und diese sind „schwächer“ als die moralischen Gefühle.⁴¹ So ist zu befürchten, dass sich im öffentlichen Diskurs die „helle“, „barmherzige“ Kleingruppenmoral der „kalten“, „herzlosen“ Großgruppenmoral gegenüber stehen – mit schlechten Chancen für die Vernunft.⁴² Daher ist vermutlich auch der von *Stefan Huster* ins Spiel gebrachte „moralempirische Vorteil“ für die Altersrationierung kein wirklicher Vorteil: Er versteht darunter, dass die bereits praktizierte implizite Altersdiskriminierung den Weg für eine explizite Rationierung öffnen könnte. (Huster 2013, S. 217) Politiker werden in einer alternden Gesellschaft kaum davon ausgehen, dass sich mit dem Vorschlag einer expliziten Altersrationierung Wahlen gewinnen lassen. Zudem spricht viel für das Argument, dass sich Ärzte wie Patienten mit der impliziten Rationierung bereits

40 Bei letztgenannter Gruppe ließe sich allerdings die Frage stellen, ob man sie durch solidarische Zwangsbeiträge absichern sollte.

41 Zu den Quellen moralischer Werte vgl. Noll (2013), S. 55 ff.; Clark und Lee (2015), S. 32 ff.; Tomasello (2016), S. 11 ff.

42 Hier wäre vermutlich auch die verfassungsrechtliche Frage nach dem soziokulturellen Existenzminimum im Gesundheitsbereich von Relevanz; vgl. dazu Deutscher Ethikrat (2011), S. 78 ff.

abgefunden haben und die damit verbundene Intransparenz wohl eher als Entlastung („barmherzigen Lüge“), denn als Belastung empfinden. (Vgl. Friedrich und Schöne-Seifert 2013, S. 225) Ob dies

im Sinne einer fairen, transparenten und effizienten Regulierung auf der Ordnungsebene ist, steht freilich auf einem anderen Blatt. (Vgl. Noll und Wolf 2017, S. 274)

Literatur

- Arentz, Christine und Volker Ulrich (2017), Entwicklung des GKV-Beitragsatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060). URL: http://www.fwiw.uni-bayreuth.de/de/download/WP_04-17.pdf (03.04.2018).
- Aron-Dine, Aviva, Liran Einav und Amy Finkelstein (2013), The RAND Health Insurance Experiment. Three Decades Later. *Journal of Economic Perspectives* 27(1), S. 197–222.
- Braun, Kathrin (2000), Menschenwürde und Biomedizin. Zum philosophischen Diskurs der Bioethik. Frankfurt.
- Breyer, Friedrich (2006), Das Lebensalter als Abgrenzungskriterium für Grund- und Wahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Bettina Schöne-Seifert et al. (Hg.), *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn, S. 149–161.
- Breyer, Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann (2013), *Gesundheitsökonomik*. 6. Aufl., Berlin/Heidelberg.
- Bundesversicherungsamt (2017), GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996–2016 (Stand: 19.12.2017). URL: <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen.html> (15.06.2018).
- Callahan, Daniel (1987), *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*. New York u. a.
- Clark, Jeff R. und Dwight R. Lee (2015), Markt und Moral. In: Ingo Pies (Hg.), *Der Markt und seine moralischen Grundlagen*. Freiburg/München, S. 13–77.
- Daniels, Norman (2003), Die kluge Lebensplanung als Modell der Gerechtigkeit zwischen den Generationen. In: Georg Marckmann et al. (Hg.), *Gerechte Gesundheitsversorgung: Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Stuttgart, S. 212–235.
- Deutscher Ethikrat (2011), *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung*. Berlin.
- Deutscher Ethikrat (2016), *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*. URL: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (10.03.2017).
- Deutscher Spendenrat (2017), *Spendenjahr 2017 – Trends und Prognosen*. Berliner Pressekonferenz vom 23. November 2017. URL: http://www.spendenrat.de/wp-content/uploads/2017/11/Spendenjahr_2017_Trends_und_Prognosen.pdf (05.01.2018).
- Ebert, Thomas (2010), *Soziale Gerechtigkeit. Ideen – Geschichte – Kontroversen*. Bonn.
- Esslinger, Adelheid S. (2009), *Neues Denken in der Gesundheitsversorgung Hochbetagter*. Wiesbaden.
- Fetzer, Stefan, Stefan Moog und Bernd Raffelhüschen (2003), *Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie*. Diskussionsbeitrag 106/03, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Frankena, William K. (1994), *Analytische Ethik. Eine Einführung*. 5. Aufl., München.
- Friedrich, Daniel R. und Bettina Schöne-Seifert (2013), Das Alterskriterium aus Sicht der Ethik. In: Björn Schulz-Luhn (Hg.), *Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog*. Berlin, S. 225–229.
- Fries, James (1980), Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine* 329, S. 110–116.
- Gäfgen, Gérard (1990), *Gesundheitsökonomie – Grundlagen und Anwendungen*. Baden-Baden.
- Garg, Heiner (2015), Wettbewerb und Transparenz im Gesundheitssystem – Chancen für den Patienten auf einem wettbewerblichen Gesundheitsmarkt. In: Torsten Körber (Hg.), *Wettbewerbsbeschränkungen auf staatlich gelenkten Märkten*. Baden-Baden, S. 153–166.
- Gerdtham, Ulf-G. und Bengt Jönsson (2000), *International Comparisons of Health Expenditure*. In: Anthony J. Culyer und Joseph P. Newhouse (Hg.), *Handbook of Health Economics*. Vol. 1A, Amsterdam u. a., S. 11–54.
- Gethmann-Siefert, Annemarie (2011), Überlegungen zur Vereinbarkeit von Ökonomie und Medizinethik. In: Matthias Kettner und Peter Koslowski (Hg.),

- Wirtschaftsethik in der Medizin. München, S. 37–57.
- Greiner, Wolfgang und Oliver Damm (2012), Die Berechnung von Kosten und Nutzen. In: Oliver Schöffski und J.-Matthias Graf von der Schulenburg (Hg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen. 4. Aufl., Heidelberg u. a., S. 23–42.
- Groß, Dominik (2007), Rationierung im Gesundheitswesen aus der Sicht der medizinischen Ethik. In: Volker Schumpelick und Bernhard Vogel (Hg.), Was ist uns die Gesundheit wert? Freiburg im Breisgau, S. 335–353.
- Gruenberg, Ernest (1977), The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society* 55(1), S. 3–24.
- Hajen, Leonhard, Holger Paetow und Harald Schumacher (2011), Gesundheitsökonomie. 6. Aufl., Stuttgart.
- Hall, Robert und Charles Jones Charles (2007), The Value of Life and the Rise in Health Spending. *The Quarterly Journal of Economics* 122(1), S. 39–72.
- Harris, John (1995), Der Wert des Lebens: eine Einführung in die medizinische Ethik, Berlin.
- Hemel, Ulrich (2011), Basisversicherung mit Zusatzmodulen – Eine philosophische Betrachtung zur Reform des Gesundheitswesens. In: Georg Rüter et al. (Hg.), Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik. Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender. Stuttgart, S. 374–384.
- Henderson, James W. (2012), *Health Economics and Policy*. 5. Aufl., Mason.
- Huster, Stefan (2013), Alter als Priorisierungskriterium. In: Björn Schulz-Luhn (Hg.), *Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog*. Berlin, S. 215–223.
- Jochem, Sven (2018), Solidarität im deutschen Sozialversicherungsstaat. *Sozialer Fortschritt* 67(1), S. 25–44.
- Karsten, Siegfried (1995), Health Care: Private Good vs. Public Good. *The American Journal of Economics and Sociology* 54(2), S. 129–144.
- Kelsen, Hans (2000/1953), Was ist Gerechtigkeit? Stuttgart.
- Kerber, Walter (1998), *Sozialethik*. Stuttgart.
- Kern, Axel O., Ernst Kistler, Florian Mamberer, Ric R. Unteutsch, Bianka Martolock und Daniela Wörner (2004), Die Bestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bd. 1, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Kersting, Wolfgang (2000), *Theorien der sozialen Gerechtigkeit*. Stuttgart/Weimar.
- Kliemt, Hartmut (2006), Budgetierung, Standardisierung, Priorisierung. In: Bettina Schöne Seifert et al. (Hg.), *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn, S. 91–106.
- Knoepfler, Nikolaus und Frank Daumann (2018), *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. 2. Aufl., Freiburg/München.
- Kroll, Lars E. und Thomas Ziese (2009), Kompression oder Expansion in der Morbidität? In: Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer und Thomas Ziese (Hg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut Berlin, S. 105–112.
- Kubon-Gilke, Gisela et al. (2018), *Gestalten der Sozialpolitik*. Marburg.
- Liebig, Stefan (2002), Gerechtigkeit in Organisationen. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 42*, S. 151–187.
- Lübbe, Weyma (2008), „Aus ökonomischer Sicht...“ Was ist der normative Anspruch gesundheitsökonomischer Evaluationen? Vortragsmanuskript 25.09.2008; URL: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/DER_Referat_Luebbe_Allokation_080925.pdf (20.02.2018).
- Marckmann, Georg (2003), Gesundheitsversorgung im Alter zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang: zur Einführung. In: Dan W. Brock (Hg.), *Gesundheitsversorgung im Alter: zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang*. Stuttgart, S. 3–32.
- Marckmann, Georg (2006), Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung. In: Bettina Schöne-Seifert et al. (Hg.), *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn, S. 163–181.
- Marckmann, Georg (2007), Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 12(2), S. 96–100.
- Marckmann, Georg (2013), Transplantationsmedizin und Organspende. Organe organisieren? Transplantation und Organspende im Strudel schwindenden Vertrauens. Vortragstranskript, URL: <http://docplayer.org/21592552-Transplantationsmedizin-und-organspende.html> (07.04.2018).
- Metze, Ingolf (1980), Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst* 60. Jg., S. 182–187.
- Musgrave, Richard (1959), *The Theory of Public Finance*. New York/Toronto/London.
- Newhouse, Joseph P. (1977), Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey. *The Journal of Human Resources* 12(1), S. 115–125.

- Noll, Bernd (2010), *Grundriss der Wirtschaftsethik. Von der Stammesmoral zur Ethik der Globalisierung*. Stuttgart.
- Noll, Bernd (2013), *Wirtschafts- und Unternehmensethik in der Marktwirtschaft*. Stuttgart.
- Noll, Bernd und Sascha Wolf (2017), Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. In: *Wirtschaftsdienst* 97. Jg., S. 272–278.
- Noll, Bernd und Sascha Wolf (2017a), Hält die Krankenhaus-Regulierung ethischen Kriterien stand. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2, S. 9–15.
- Nussbaum, Martha (1999), *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Frankfurt.
- Oberender, Peter, Ansgar Hebborn und Jürgen Zerthn (2007), *Wachstumsmarkt Gesundheit*. 2. Aufl., Stuttgart.
- Offermanns, Guido (2011), *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem*. Berlin/Heidelberg.
- Pauly, Mark V. (1988), Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13(2), S. 227–237.
- Rapp, Christoph (2002), Aristoteles. In: Marcus Düwell, Christoph Hübenthal und Micha Werner (Hg.), *Handbuch Ethik*. Stuttgart/Weimar, S. 69–81.
- Rawls, John (1994), *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. 8. Aufl., Frankfurt.
- Rosa, Hartmut (2002), Kommunitarismus. In: Marcus Düwell, Christoph Hübenthal und Micha Werner (Hg.), *Handbuch Ethik*. Stuttgart/Weimar, S. 218–230.
- Samuelson, Paul A. (1954), The Pure Theory of Public Expenditure. *Review of Economics and Statistics* 36(4), S. 387–389.
- Sandel, Michael J. (2009), *Gerechtigkeit. Wie wir das Richtige tun*. Berlin.
- Sautter, Hermann (2017), *Verantwortlich wirtschaften. Die Ethik gesamtwirtschaftlicher Regelwerke und des unternehmerischen Handelns*. Marburg.
- Schmidt, Volker H. (1993), Zum Verhältnis prozeduraler und distributiver Gerechtigkeit – Am Beispiel „lokaler“ Verteilungsprobleme. *Zeitschrift für Rechtssoziologie* Bd. 14, S. 80–96.
- Schöne-Seifert, Bettina (1992), Was sind „gerechte“ Verteilungskriterien. In: Jürgen Mohr und Christoph Schubert (Hg.), *Ethik der Gesundheitsökonomie*. Heidelberg u. a., S. 34–44.
- Schulenburg, Graf von, J. Mathias und Kathrin Damm (2011), *Ökonomisches Handeln ist ethisches Handeln: Werturteile als Rahmen gesundheitsökonomischer Forschung*. In: Georg Rüter et al. (Hg.), *Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik. Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender*. Stuttgart, S. 416–430.
- Schweda, Mark (2013), Zu alt für die Hüftprothese, zu jung zum Sterben? Die Rolle von Altersbildern in der ethisch-politischen Debatte um eine altersabhängige Begrenzung medizinischer Leistungen. In: Gunnar Duttge und Markus Zimmermann-Acklin (Hg.), *Gerecht Sorgen. Verständigungsprozesse über einen gerechten Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende*. Göttingen, S. 149–167.
- Singer, Peter (1994), *Praktische Ethik*. 2. Aufl., Stuttgart.
- Stolleis, Michael (2013), *Origins of the German Welfare State*. Berlin/Heidelberg.
- Tomasello, Michael (2016), *Eine Naturgeschichte der menschlichen Moral*. Berlin.
- Weise, Peter, Wolfgang Brandes, Thomas Eger und Manfred Kraft (2005), *Neue Mikroökonomie*. 5. Aufl., Heidelberg.
- Williams, Alan (1997), Intergenerational Equity: An Exploration of the 'Fair Innings' Argument. In: *Health Economics* 6(2), S. 117–131.
- Wolf, Sascha und Volker Amelung (2015), Wie viel Wettbewerb braucht Managed Care? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 3–4, S. 43–49.
- Zentrale Ethikkommission (2007), *Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer. Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*. URL: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53> (30.12.2016).
- Zweifel, Peter, Stefan Felder und Markus Meiers (1999), Aging of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics* 8(6), S. 485–496.