Volkswirtschaftliche Schriften

Heft 524

Gesundheit – Ethik – Ökonomik

Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens

Herausgegeben von

Detlef Aufderheide und Martin Dabrowski

In Verbindung mit

Karl Homann · Christian Kirchner
Michael Schramm · Jochen Schumann
Viktor Vanberg · Josef Wieland

Duncker & Humblot · Berlin

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DETLEF AUFDERHEIDE / MARTIN DABROWSKI (Hrsg.)

Gesundheit – Ethik – Ökonomik

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Volkswirtschaftliche Schriften

Begründet von Prof. Dr. Dr. h. c. J. Broermann †

Heft 524

Anschriften der Herausgeber:

Priv.-Doz. Dr. Detlef Aufderheide
Lehrstuhl für Volkswirtschaftstheorie
Universität Münster
Universitätsst. 14 - 16
D-48143 Münster

Dr. Martin Dabrowski
Akademie Franz Hitze Haus
Kardinal-von-Galen-Ring 50
D-48149 Münster

Die Tagungsreihe „Wirtschaftsethik und Moralökonomik. Normen, soziale Ordnung und der Beitrag der Ökonomik“ wird in Kooperation zwischen der katholisch-sozialen Akademie FRANZ HITZE HAUS und dem Lehrstuhl für Volkswirtschaftstheorie der Universität Münster durchgeführt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Gesundheit – Ethik – Ökonomik

Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens

Herausgegeben von

Detlef Aufderheide und Martin Dabrowski

In Verbindung mit

Karl Homann · Christian Kirchner
Michael Schramm · Jochen Schumann
Viktor Vanberg · Josef Wieland

Duncker & Humblot · Berlin

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Gesundheit – Ethik – Ökonomik : Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens / Hrsg.: Detlef Aufderheide ; Martin Dabrowski. – Berlin : Duncker und Humblot, 2002
(Volkswirtschaftliche Schriften ; H. 524)
ISBN 3-428-10477-3

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten
© 2002 Duncker & Humblot GmbH, Berlin
Druck: Berliner Buchdruckerei Union GmbH, Berlin
Printed in Germany

ISSN 0505-9372
ISBN 978-3-428-10477-2

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ♾

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Vorwort

Der Fortschritt im Bereich medizinischer und medizintechnischer Leistungen hat zu einer nachhaltig gesteigerten durchschnittlichen Lebenserwartung sowie, in vielen Fällen, zu einer gesteigerten Lebensqualität geführt, und es spricht vieles dafür, dass sich diese erfreuliche Entwicklung in Zukunft fortsetzen wird.

Allerdings waren und sind diese Errungenschaften des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts nicht kostenlos zu haben. Erstens steigen die Ausgaben pro Patient unmittelbar durch den vermehrten Einsatz der neu zur Verfügung stehenden Leistungen. Zweitens ergibt sich ein mittelbarer Anstieg durch den induzierten Anstieg der Lebenserwartung; dieser Aspekt ist allerdings nach derzeit vorliegenden Prognosen noch nicht einmal der bedeutendste demographische Faktor für die finanzielle Schieflage im Gesundheitswesen, da, drittens, über Jahrzehnte die Geburtenraten so stark gesunken sind, dass mittel- und langfristig – Krankheit ist typischerweise ein Altersphänomen – einer deutlich kleiner werdenden Zahl von Erwerbstätigen eine ebenso deutlich größer werdende Zahl von älteren Menschen gegenüberstehen wird.

Anders als „gewöhnlichen" Wirtschaftsgütern und Dienstleistungen wie etwa Automobilen oder Leistungen eines Friseurs kommt nun der medizinischen Versorgung für viele Betroffene buchstäblich existenzielle Bedeutung zu, und unsere Gesellschaft hat sich mit guten Gründen dafür entschieden, dieses Problem nicht als Privatangelegenheit der Betroffenen zu behandeln. Die Begründung für eine solche Einschätzung mag „aus ökonomischer Sicht" anders ausfallen als beispielsweise „aus theologischer Sicht" – über die Folgen dürfte Einigkeit herrschen: Das Gesundheitswesen ist alles in allem enormen finanziellen Anforderungen ausgesetzt, die in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit noch deutlich zunehmen werden.

Vor diesem Hintergrund wird immer wieder der fatale Fehlschluss gezogen, aus den auf Grund seiner existenziellen Bedeutung unbestrittenen Besonderheiten des Gutes medizinische Versorgung ergebe sich zugleich, dass diese den vermeintlich ethisch defizitären Mechanismen marktwirtschaftlichen Wettbewerbs möglichst weitgehend entzogen werden müsse.

Es lässt sich, ganz im Gegenteil, zeigen, dass auch und gerade im Interesse der Kranken ein weit reichender Einsatz marktwirtschaftlichen Wettbewerbs hilfreich wäre. Ein Beitrag von Ökonomen zur Bewältigung der anstehenden

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Fragen kann hier in der Aufdeckung von Ineffizienzen liegen, die im Gesundheitswesen zahlreich vorhanden sind und deren Beseitigung ohne Erhöhung der eingesetzten Mittel zu einer erheblich größeren und zugleich besseren medizinischen Versorgung führen kann. Aber auch die Ziele des Gesundheitswesen sind einer rationalen Diskussion zugänglich: Zahlreichen ethisch motivierten Forderungen ist entgegenzuhalten, dass in guter Absicht durchgesetzte Maßnahmen im Gesundheitswesen desaströse Nebenwirkungen aufweisen, zu deren Aufdeckung gerade die ökonomische Analyse in erheblichem Maße beitragen kann.

Ein Umstand hat allerdings die Stimme der Ökonomik in der gesellschaftlichen Diskussion nach unserer Überzeugung nicht unerheblich geschwächt: Von Ökonomen wird gelegentlich übersehen, dass sie sich trotz einer inzwischen selbstverständlichen Beschäftigung mit sogenannten nichtmonetären Aspekten gleichwohl auf Grund ihrer fachspezifischen, eben „typisch ökonomischen" Methodik nicht unbedingt als Spezialisten im Aufspüren von Problemen der Schwächeren und Schwächsten einer Gesellschaft erwiesen haben, zu denen kranke Menschen nun einmal regelmäßig zählen. So gehen von anreizverbessernden Maßnahmen regelmäßig Nebenwirkungen aus, die sich als normativ relevant und schließlich als hochgradig unerwünscht oder gar unerträglich erweisen können.

All dies war für uns Grund genug für jenen Disziplinen übergreifenden und, wie wir hoffen, höchst fruchtbaren Dialog zwischen Ökonomen, Medizinern, Juristen, Soziologen, Theologen und Philosophen, der in dem vorliegenden Sammelband zum Ausdruck kommt. Dieser dokumentiert die überarbeiteten Beiträge einer Tagung, die im Dezember 2000 in der katholisch-sozialen Akademie Franz Hitze Haus in Münster stattfand. Der Band ist zugleich der Dritte einer kleinen Reihe, die unter dem Rubrum „Normen, soziale Ordnung und der Beitrag der Ökonomik" im Jahre 1996 begann und im zweijährlichen Rhythmus fortgesetzt wird. Die beiden vorangegangenen Sammelbände mit den Titeln „Wirtschaftsethik und Moralökonomik" und „Internationaler Wettbewerb – nationale Sozialpolitik?" sind in den „Volkswirtschaftlichen Schriften" als Nr. 478 und Nr. 500 im selben Verlag erschienen.

Ausgangspunkt und Basis dieser Reihe ist eine Kooperation zwischen der Akademie Franz Hitze Haus und dem Lehrstuhl für Volkswirtschaftstheorie der Universität Münster. Deren vorrangiges Ziel liegt darin, dem neu begonnenen Diskurs zwischen Ethik und Ökonomik, zwischen Ökonomen und Theologen bzw. Moralphilosophen sowie Vertretern anderer Disziplinen ein Forum zu bieten. Das Franz Hitze Haus in Münster liefert geradezu ideale Voraussetzungen für dieses ehrgeizige Vorhaben, und wir sind dem Leiter des Hauses, Herrn Prof. DDr. Thomas Sternberg, für die außerordentlich harmonische Zusammenarbeit und die großzügige Unterstützung der Tagung sehr dankbar. Dem

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Lehrstuhlinhaber, Herrn Professor Dr. Wolfgang Ströbele, danken wir ebenso herzlich für die uneingeschränkte Unterstützung und stets sehr wohlwollende Begleitung des Projekts.

Auch bei diesem Vorhaben konnten wir inhaltlich in der Vor- und Nachbereitung auf guten Rat aus dem Disziplinen übergreifend besetzten Beraterkreis zurückgreifen: Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Jochen Schumann danken wir an dieser Stelle ebenso herzlich wie den Herren Prof. Dr. Dr. Karl Homann, Prof. Dr. Dr. Christian Kirchner, LLM., Prof. Dr. Michael Schramm, Prof. Dr. Viktor Vanberg und Prof. Dr. Josef Wieland.

Die Autoren dieses Bandes haben in äußerst kooperativer und effizienter Weise ihre überarbeiteten Beiträge beigesteuert. Ihnen sei an dieser Stelle besonders gedankt.

Die Vorbereitung dieses Bandes für den Druck übernahmen Ulla Kneilmann und Jörg Reckow. Ulla koordinierte völlig eigenverantwortlich die Erfassung und Umsetzung der Vorlagen und brachte sie mit großer Sorgfalt in die vorliegende Form mit einheitlichem Layout; sie ließ sich auch durch erheblich revisionsbedürftige Zeitpläne nicht aus der Ruhe bringen. Jörg besorgte mit der ihm eigenen Verbindung von Geschicklichkeit und Gelassenheit die Anpassung und bei Bedarf (was nicht selten der Fall war) die perfekte, an das Buchlayout angepasste Neuerstellung aller Abbildungen und Tabellen. Herta Rödl wirkte bei der organisatorischen Vorbereitung mit und sorgte für eine reibungslose Durchführung der Tagung. Allen gilt unser herzlicher Dank.

Detlef Aufderheide
und Martin Dabrowski

Münster, im April 2002

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Inhaltsverzeichnis

Friedrich Breyer
Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status Quo und Lösungsmöglichkeiten 11

Eric Christian Meyer
Zur Zustimmungsfähigkeit von Gesundheitssystemen (Korreferat) 29

Peter Schallenberg
Ethik und Rationierung: Theologisch-ethische Probleme im ökonomisch organisierten Gesundheitswesen (Korreferat) 39

Ulrich H. J. Körtner
Gesundheit nicht um jeden Preis: Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht 51

Anne van Aaken
Zieldefinitionen im Gesundheitswesen (Korreferat) 77

Martin Leschke
Ziele und Kosten der Gesundheitspolitik (Korreferat) 89

Thomas Bohrmann
Solidarität und Wettbewerb: Ethische Ordnungsprinzipien im Gesundheitswesen 95

Chistoph Lütge
Was heißt Entsolidarisierung? (Korreferat) 125

Michael Schramm
Begründung oder Anwendung: Methodische Anmerkungen zur Differenz zweier Diskursebenen (Korreferat) 131

Ulrike Kostka
Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen – eine sozialethische Analyse 145

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Joachim Wiemeyer
Dimensionen und Perspektiven der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen (Korreferat) 169

Volker H. Schmidt
Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin: Anmerkungen zum sozialethischen Ansatz (Korreferat) 181

Wolfgang Greiner, Konrad Obermann und J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg
Mehr Rationalität im Gesundheitswesen durch Evaluation von Gesundheitsgütern? Das Beispiel der Transplantationsmedizin 189

Ingo Pies
Wirtschaftlichkeitsrechnungen sind nicht der wichtigste Beitrag der Ökonomik zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen (Korreferat) 215

Wolfram Stierle
Grenzen der Gerechtigkeit in der Transplantationsökonomik: Ansätze einer speziellen Relativitätstheorie in Anknüpfung an Amartya Sen (Korreferat) 221

Jens Holst
Lernen von anderen Ländern? Anreizsysteme für Krankenversicherer und PatientInnen in Chile 231

Stefan Goertz
Kulturelle Differenzen von Gesundheitssystemen (Korreferat) 263

Klaus Liebig
Von Chile lernen heißt reformieren lernen? (Korreferat) 273

Autorenverzeichnis 281

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten

Von Friedrich Breyer

A. Einleitung[1]

Wenn unter Medizinern und Ethikern über Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen und die Frage der Notwendigkeit der „Rationierung" von Gesundheitsleistungen debattiert wird, so wird diese zumeist damit begründet, dass die beschränkten medizinischen Ressourcen nicht ausreichten, um alle potenziell sinnvollen, d. h. lebensverlängernden oder leidensmindernden Leistungen zu erbringen.[2] Rationierung stellt sich dann primär als ein Verteilungsproblem dar, dessen Lösungen nach Kriterien der Gerechtigkeit verglichen werden können.[3] Medizinische Ethik läuft demzufolge auf eine Ethik der Verteilung knapper Güter hinaus, möglicherweise noch verbunden mit einer Ethik der Verschleierung, da der Betroffene einen schicksalhaften Tod eher akzeptiert als einen Tod infolge einer von Ärzten bewusst getroffenen Allokationsentscheidung.

Diese Problematik der Aufteilung von nicht-vermehrbaren Ressourcen unter alternativen Verwendungen kann allenfalls kurzfristig relevant sein. Langfristig sind fast alle medizinischen Ressourcen vermehrbar, mit Ausnahme vielleicht der Spenderorgane in der Transplantationsmedizin, aber auch hier hängt das Aufkommen von gesellschaftlich beeinflussbaren Rahmenbedingungen ab.[4] Langfristig geht es also vielmehr um die Frage, wie viele ihrer knappen Res-

---

[1] Der Autor dankt den Teilnehmern der Tagung Gesundheit – Ethik – Ökonomik, vor allem Eric Meyer, Christoph Lütge und Ingo Pies, für zahlreiche wertvolle Hinweise und der Deutschen Forschungsgemeinschaft für finanzielle Unterstützung unter Br. 740/13-1.

[2] So z. B. *Battin* (1987).

[3] So etwa bei *Engelhardt* (1986), *Fleischhauer* (1999).

[4] Vgl. etwa *Breyer/Kliemt* (1995).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

sourcen (Arbeit, Boden und Kapital) eine Gesellschaft der Produktion von Gesundheitsleistungen widmen will.

Und auch diese Frage stellt sich nur in einer Gesellschaft, die irgendeine Form eines kollektiv finanzierten Gesundheitswesens unterhält. Wo es weder einen steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst noch eine Pflichtversicherung gegen Krankheitskosten gibt, braucht sich kein Politiker um die Zuteilung von Ressourcen für das Gesundheitswesen zu sorgen, da jeder einzelne Bürger für sich entscheidet, welche medizinischen Leistungen er – direkt oder durch Abschluss eines Versicherungsvertrags – nachfragt.

Das ist allerdings nicht die Welt, in der wir leben. Tatsächlich unterhalten alle Industriestaaten Westeuropas kollektiv finanzierte Gesundheitssysteme, und daher stellt sich in unseren Ländern die Frage nach der ethisch und ökonomisch akzeptablen Ressourcenzuweisung für diese Systeme. Präzise lautet sie:

Wird das gegenwärtige Leistungs- und Finanzierungssystem des Gesundheitswesens die Herausforderungen durch den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt in den kommenden Jahrzehnten verkraften? Oder wird sich die Schere zwischen dem Machbaren und dem Finanzierbaren unausweichlich noch weiter öffnen?

Und falls man die erste Frage verneint und die zweite bejaht, schließt sich unmittelbar eine weitere an:

Wie kann die Auswahl der Gesundheitsleistungen, die auch in Zukunft solidarisch finanziert werden, auf verantwortliche Weise getroffen werden, m.a.W. welche Form der Rationierung soll die Gesellschaft wählen?

Mit beiden Fragenkomplexen will ich mich im Folgenden befassen. Zunächst werde ich die Ergebnisse einer empirischen Studie vorstellen, in der Volker Ulrich (Universität Greifswald) und ich versucht haben, das Steigerungspotenzial der Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland in den kommenden 40 Jahren zu berechnen. Im zweiten Schritt werde ich dann die Optionen auflisten, die der Gesellschaft zur Verfügung stehen, um dieser Entwicklung zu begegnen. Es wird sich um unterschiedliche Optionen der Rationierung von Gesundheitsleistungen handeln.

Der komparative Vorteil der Ökonomik gegenüber anderen Disziplinen, vor allem der Ethik ist nicht die Bewertung, sondern eher die Analyse der Realisierbarkeit von (staatlichen) Handlungsoptionen, die als Voraussetzung für einen fruchtbaren ethischen Diskurs dienen kann. Dies wird von manchen Ethikern noch nicht richtig erkannt. So sieht *Kersting* (1997, S. 173) „einen Konfliktbereich zwischen dem moralisch Notwendigen und dem ökonomisch Vertretbaren". Dem ist entgegenzuhalten, dass eine Handlungsweise, die nicht vertretbar ist (gemeint ist vermutlich: nicht realisierbar), erst recht nicht not-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

wendig sein kann. Die Kategorie des „moralisch Notwendigen" erscheint ohne eine Prüfung, ob die betreffende Handlung überhaupt möglich und damit wählbar ist, als eine leere Hülse.

Anschließend werde ich einige vorsichtige Spekulationen darüber anstellen, welche Argumente im ethischen Diskurs für bzw. gegen die einzelnen Optionen vorgebracht werden könnten. Richtschnur wird dabei in erster Linie sein, ob die jeweilige Option von einem aufgeklärten Bürger, der sich die Konsequenzen aller Optionen klar gemacht hat, akzeptiert werden wird.[5] Eine solche Zustimmungsfähigkeit kann leichter eingeschätzt werden, wenn man die Kompatibilität der jeweiligen Option mit einer Reihe anerkannter ethischer bzw. verfassungsrechtlicher Grundsätze geprüft hat, die jedoch lediglich die Rolle von Heuristiken spielen sollen. In Frage kommen hierfür folgende Prinzipien:

1. die Effizienz der Ressourcenallokation,
2. das grundgesetzlich verankerte Sozialstaatsprinzip bzw. das Solidarprinzip,
3. die ebenfalls grundgesetzlich verankerte allgemeine Handlungsfreiheit,
4. das Rechtsstaatsprinzip.

B. Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: der empirische Zusammenhang

Will man die zukünftige Entwicklung einer Größe (hier: der Gesundheitsausgaben, absolut oder als Anteil am Sozialprodukt) abschätzen, so ist es eine übliche Methode, dazu

1. zu untersuchen, von welchen Einflussfaktoren diese Größe abhängt, und
2. die zukünftige Entwicklung dieser Einflussfaktoren abzuschätzen.

Wenn es um die Gesundheitsausgaben geht, sind die wichtigsten Einflussfaktoren

- der Stand des medizinischen Könnens,
- die Altersstruktur der Bevölkerung, und
- die Höhe des Sozialprodukts.

Alle drei Faktoren können als Determinanten der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen interpretiert werden, wobei der Erste die Produktqualität, der

[5] Damit folgen wir dem Konzept der Moralbegründung aus dem Eigeninteresse der Betroffenen, wie sie von *Homann/Pies* (2000) vertreten wird.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Zweite den „objektiven" Bedarf und der Dritte die Zahlungsfähigkeit ausdrückt.

In Breyer/Ulrich (2000) haben wir versucht, im Rahmen einer statistischen Analyse die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (genauer: die Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung) im Zeitraum von 1970 bis 1995 auf die drei oben genannten Einflussfaktoren zurückzuführen. Dabei haben wir die Altersstruktur durch den Anteil der über 65-jährigen Mitglieder gemessen und den Stand des medizinischen Könnens – den man ja nicht direkt beobachten kann – durch das Kalenderjahr, d. h. wir haben einen exponentiellen medizinischen Fortschritt unterstellt.

Mit der Schätzung konnten mehr als 99 Prozent des tatsächlichen Wachstums der Pro-Kopf-Ausgaben auf die drei genannten Faktoren zurückgeführt werden. Im Einzelnen ergab sich, dass eine Zunahme des Sozialprodukts pro Kopf um 10 % für sich genommen die Gesundheitsausgaben pro Kopf um 4 % erhöht. Steigt der Anteil der über 65-jährigen um einen Prozentpunkt, so nehmen die Ausgaben um 8 % zu, und der Zeittrend lässt die Ausgaben – wenn Wohlstand und Altersstruktur konstant bleiben – pro Jahr um 1 % steigen.

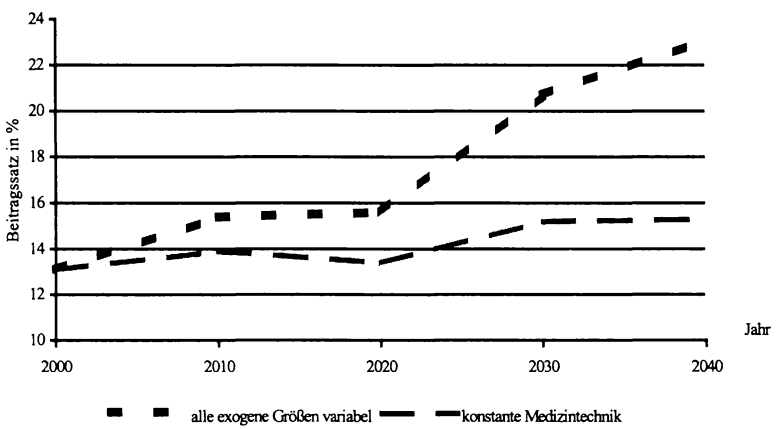

Abbildung 1: Prognostizierte Entwicklung des Beitragssatzes[6]

Setzt man nun die für Deutschland prognostizierte Entwicklung des Sozialprodukts und des Anteils über 65-jähriger in unser Schätzmodell ein und be-

[6] Quelle: *Breyer/Ulrich* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

rücksichtigt man auch den ermittelten Zeittrend, so erhält man für das Jahr 2040 in Deutschland einen Beitragssatz von 23 Prozent, d. h. statt (wie heute) 13,5 % müssen die Arbeitnehmer in 40 Jahren 23 % ihres Arbeitseinkommens für die Krankenversicherung zahlen, wenn die Strukturen des Gesundheitswesens so bleiben wie heute und wenn sie am medizinischen Fortschritt wie bisher teilhaben wollen (vgl. Abbildung 1).

Berücksichtigt man, dass auch die Pflegeversicherung und die Rentenversicherung wegen der zunehmenden Alterung der Bevölkerung deutlich höhere Beitragssätze verlangen werden als heute, so sieht man, dass es bei diesen Abgabensätzen leicht zu einer Überforderung der nächsten Generation (derjenigen, die dann im Erwerbsleben stehen wird) kommen kann, wogegen sich diese mit allen Mitteln zur Wehr setzen wird. Wenn sie mit dem Stimmzettel keinen Erfolg hat, wird sie verstärkt zu Schwarzarbeit und schlimmstenfalls zur Auswanderung greifen.

Nun wird gegen solche „Horrorszenarien" eingewendet, im Gesundheitswesen gebe es noch ein großes Rationalisierungspotenzial, und wenn man dies nur entschlossen genug ausschöpfe, dann komme es erst gar nicht zu Ausgabenniveaus wie in den oben angestellten Berechnungen. Auf diese Einwände gibt es drei Antworten:

1. Auch die der Schätzung zu Grunde liegende Entwicklung der vergangenen drei Jahrzehnte war durch zahlreiche Eingriffe des Gesetzgebers gekennzeichnet, die die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens erhöhen und die Ausgaben bremsen sollten. Eine Fortsetzung dieser „Kostendämpfungspolitik" ist in der Prognose also schon enthalten.
2. Es ist zu bezweifeln, ob der politische Prozess jemals zu einem System der Organisation und Vergütung von Gesundheitsleistungen gelangen wird, in dem jegliche Unwirtschaftlichkeit beseitigt ist; dies ist vielmehr eine Schimäre.
3. Selbst dann, wenn es gelänge, jegliche Ineffizienz zu eliminieren, bleibt die dadurch erzielbare Kosteneinsparung immer eine einmalige, während die Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt vermutlich niemals zum Stillstand kommen wird.

Die Gesellschaft kommt also nicht umhin, sich zu überlegen, wie sie sich dem Phänomen der „Explosion des Machbaren in der Medizin"[7] stellen will. Und noch eins will ich aufzeigen: Sie tut gut daran, die dazu erforderlichen Weichenstellungen bald vorzunehmen, weil sie andernfalls einige der heute noch verfügbaren Handlungsoptionen einbüßen wird.

---

[7] *W. Krämer* (1989).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

C. Optionen der Rationierung von Gesundheitsleistungen

Die Gesellschaft hat nun eine Reihe unterschiedlicher Handlungsstrategien zur Verfügung, mit denen sie der skizzierten Entwicklung begegnen kann. Eine zentrale Stellung nimmt dabei der Begriff der „Rationierung" ein. Um diesen Begriff zu definieren, ist es m.E. notwendig, einen kleinen Umweg zu machen und zunächst den Begriff der „staatlichen Zuteilung" zu definieren:

- „Staatliche Zuteilung" liegt vor, wenn der Staat ein Gut kostenlos oder zu einem festgelegten Preis unterhalb des markträumenden Preises abgibt und die zur Finanzierung nötigen Mittel durch Steuern oder Sozialbeiträge erhebt.
- „Staatliche Zuteilung ohne Rationierung" liegt vor, wenn zu diesem Preis jeder eine unbegrenzte Menge vom Staat beziehen kann.
- „Staatliche Zuteilung mit Rationierung" liegt vor, wenn zu diesem Preis vom Staat geringere Mengen abgegeben werden, als die Empfänger zu beziehen wünschen.
- Rationierung heißt „hart", wenn ein privater Zukauf auf einem Markt gesetzlich ausgeschlossen ist, und „weich", wenn ein solcher Zukauf erlaubt ist.[8]

Die verfügbaren Optionen im Rahmen eines kollektiv finanzierten Gesundheitswesen, das wir „Sozialversicherung" nennen wollen, sind dann (vgl. Abbildung 2):

- Option A) Nach Klärung des Begriffs „medizinische Leistung" wird festgelegt, dass alle Bürger des Staates alle von ihnen gewünschten bzw. von einem zugelassenen Arzt verordneten medizinischen Leistungen auf Kosten der Sozialversicherung erhalten. Diese Lösung können wir im Einklang mit der obigen Definition als „Abwesenheit von Rationierung" bezeichnen. Welcher Anteil am Sozialprodukt unter diesem Regime vom Gesundheitswesen beansprucht wird, hängt im Wesentlichen davon ab, welche Entwicklung das Wissen in der Medizin nimmt; politisch steuerbar ist er innerhalb des Regimes nicht mehr.
- Option B) Die Gesellschaft legt den Anteil am Sozialprodukt fest, der von der Sozialversicherung über Zwangsbeiträge eingesammelt wird, und überlässt es im Wesentlichen den einzelnen Ärzten, die Zuteilung der Leistungen im Falle konkurrierender Verwendungen vorzunehmen. Diese Lösung, die in

[8] Zu den Begriffen der „harten" und „weichen" Rationierung vgl. *Breyer/Kliemt* (1994).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

etwa dem geltenden System in Deutschland entspricht, sei als „implizite Rationierung" bezeichnet.[9]

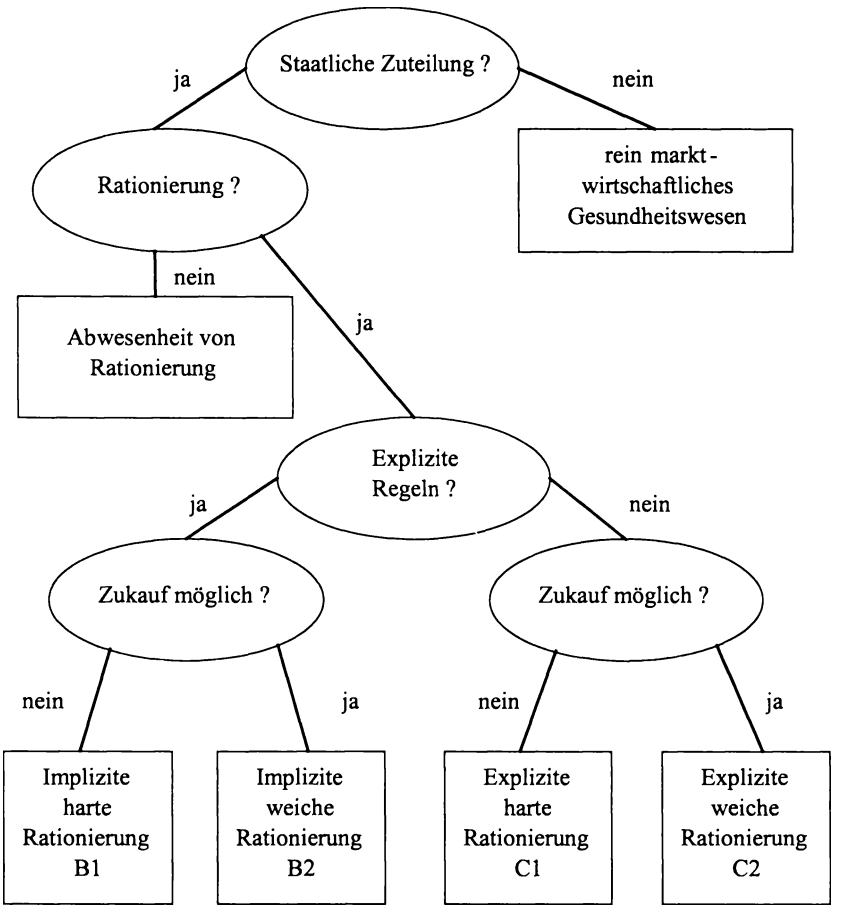

Abbildung 2: Optionen der Rationalisierung von Gesundheitsleistungen

- Option C) Die Gesellschaft legt genaue und transparente Richtlinien fest, welche Personen unter welchen Voraussetzungen welche medizinischen Leistungen von der Sozialversicherung beanspruchen können. Alle Leistungen,

[9] Im Fachjargon der gesetzlichen Krankenversicherung heißt dies „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik", die Lösung c) hingegen „ausgabenorientierte Einnahmenpolitik".

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

die beansprucht werden, werden von dieser auch finanziert, so dass die Beitragssätze kein Steuerungsparameter sind. Diese Lösung sei als „explizite Rationierung" bezeichnet.

Weder bei der impliziten noch bei der expliziten Rationierung müssen die demokratischen Gremien des Staates den Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt insgesamt festlegen. Es geht bei den Optionen B und C zunächst nur um den kollektiv finanzierten Teil der Gesundheitsausgaben. Allerdings lässt sich in beiden Fällen eine Variante ohne Zukaufsmöglichkeit (B1 bzw. C1) definieren, in der damit bereits die Gesamtausgaben für Gesundheit festgelegt sind, während im umgekehrten Fall (B2 bzw. C2) die Bürger Teile ihres verfügbaren Einkommens zum Zukauf weiterer Gesundheitsleistungen verwenden können.

D. Die Auswahl zwischen den Optionen

I. Die Aufrechterhaltung eines kollektiv finanzierten Gesundheitssystems

Zunächst ist zu begründen, warum die Gesellschaft überhaupt ein kollektiv finanziertes Gesundheitswesen vorhalten sollte. Die gängige Begründung hierfür wird aus dem Prinzip der Solidarität abgeleitet. Solidarität bedeutet gemeinhin ein freiwilliges Versprechen gegenseitiger Hilfe in der Not, wobei es sich aber auch um ein hypothetisches Hilfeversprechen in einem gedachten Urzustand hinter dem „Schleier des Nichtwissens" handeln kann. Im Gesundheitswesen bedeutet es, dass diejenigen, die von der Natur mit einem höheren Erkrankungsrisiko ausgestattet sind („hohe Risiken") von den übrigen (den „niedrigen Risiken") unterstützt werden. Aus dem Solidaritätsprinzip ableitbar ist die Aufrechterhaltung einer sozialen Krankenversicherung, die zumindest einen Basis-Versicherungsschutz gegen die Kosten medizinischer Behandlungen für die gesamte Bevölkerung beinhaltet. Ihr Grundprinzip ist ferner der Verzicht auf jegliche Orientierung der Beiträge nach dem individuellen oder gruppenspezifischen Risiko, womit der o.g. Solidarausgleich zwischen niedrigen und den hohen Risiken bewirkt wird.[10]

Man kann jedoch noch viel direkter – und ohne Verweis auf ein abstraktes ethisches Prinzip – argumentieren, dass auch diejenigen Personen, die zu den niedrigen Risiken zählen, einem solchen kollektiv finanzierten System zustim-

---

[10] Theoretisch könnte die Umverteilung auch durch Geldtransfers bewerkstelligt werden, aber dazu müsste die Höhe des Risikos gemessen werden können. Da dies schwierig ist, lässt sich eine Pflichtversicherung mit Kollektivfinanzierung rechtfertigen (vgl. *Weitzman* 1977).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

men können. Zum einen schützt es jeden vor dem Risiko, im Laufe des Lebens ein hohes Risiko zu werden. Zum Zweiten gibt es einen Schutz gegen das Risiko, dass die eigenen Nachkommen hohe Risiken sind und daher hohe Versicherungsprämien zahlen müssen. Zum Dritten trägt das System sozialer Sicherung dazu bei, dass auch die von der Natur weniger Begünstigten die marktwirtschaftliche Ordnung insgesamt bejahen können, womit ein friedliches Zusammenleben in der Gesellschaft gefördert wird (vgl. Homann/Pies 1996).

II. Rationierung – ja oder nein?

Folgende Gründe sprechen dagegen, dass eine Gesellschaft das Regime A) wählt:

1. Ein „Blankoscheck" für gesundheitsrelevante Leistungen führt nur dann zu einem Nutzenmaximum aus der Sicht eines repräsentativen Bürgers, wenn seine Nutzenfunktion Gesundheitsleistungen eine eindeutige Priorität zuweist, indem zwei Güterbündel immer nur nach der Menge dieses Gutes geordnet werden. Dass dies in der Realität nicht der Fall ist, daran lassen die bekannten Beispiele gesundheitsschädigenden Verhaltens keinen Zweifel aufkommen.

2. Andernfalls ist mit der Möglichkeit, sich gegen Krankheitskosten zu versichern (die als solche bei risikoaversen Individuen wohlfahrtssteigernd ist), untrennbar das Auftreten von Moral Hazard, also einem Überkonsum von Gesundheitsleistungen verbunden[11]. Die theoretisch reinste Maßnahme gegen Moral Hazard bildet die sog. „Indemnitätsversicherung", bei der die Versicherungsleistung nur von der Art der Krankheit, aber nicht vom Konsum an Gesundheitsleistungen abhängt.[12] Da jedoch der Gesundheitszustand nicht zweifelsfrei beobachtbar ist, verbleibt die Einführung von Selbstbehalt-Regelungen als zweitbeste Lösung des beschriebenen Zielkonflikts.

   „Rationierung" kann als spezielle Form des Selbstbehalts in einem kollektiv finanzierten Versicherungsystem interpretiert werden, bei dem der Zuzahlungssatz nur die Werte 0 % (bei allen im Leistungskatalog des Systems enthaltenen Leistungen) und 100 % (bei allen ausgeschlossenen Leistungen) annimmt. Man kann argumentieren, dass dies in einer Welt mit positiven Transaktionskosten eine erste Approximation an einen optimalen Vertrag mit verschiedenen Selbstbeteiligungssätzen darstellt.

---

[11] *Pauly* (1968).

[12] *Breyer/Zweifel* (1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

3. Ferner ist darauf zu verweisen, dass die Gesellschaftsmitglieder in ihren Präferenzen für Lebenslänge auf der einen und Lebensstandard (Konsumniveau) auf der anderen Seite heterogen sind und daher unterschiedlich umfassende Leistungskataloge in einer Krankenversicherung für ideal halten. Aus dieser Überlegung scheint – unter der Voraussetzung, dass verantwortliche politische Entscheidungen den Präferenzen der Individuen Rechnung zu tragen haben – zu folgen, dass es dann optimal sein müsste, jeden einzelnen – in den unter 4.2 genannten Grenzen – seinen Versicherungsschutz selbst wählen zu lassen. Je nach dem, wie stark man auf der einen Seite den Solidargedanken, auf der anderen Seite die Effizienz und die allgemeine Handlungsfreiheit gewichtet, erscheint ein größerer oder kleinerer Leistungskatalog in der Pflichtversicherung als optimal.
4. Schließlich ist zu bedenken, dass in einer umlagefinanzierten Sozialversicherung, wie es die GKV ist, in erheblichem Maße Transfers von jüngeren zu älteren Generationen vorgenommen werden. Die in Abschnitt II aufgezeigt mutmaßliche Ausgabenentwicklung würde bedeuten, dass bei Verzicht auf Rationierung der jungen Generation in 30–40 Jahren eine sehr hohe Beitragslast auferlegt werden müsste. Geht man davon aus, dass mit wachsender Abgabenlast auch die Abgabenwiderstände und Umgehungsversuche (durch Schwarzarbeit, Flucht in die Selbstständigkeit, gegebenenfalls sogar Auswanderung) zunehmen, so sind die Angehörigen der älteren Generation gut beraten, sich rechtzeitig Gedanken zu machen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die beschriebene Entwicklung zu verhindern. Es sei betont, dass es sich hierbei keineswegs um ein Argument der intergenerativen Gerechtigkeit handelt, sondern es im Interesse der älteren Generation selbst liegt, die Belastung ihrer Nachkommen zu begrenzen.

III. Harte oder weiche Rationierung?

Ein wichtiges Argument für harte Rationierung wurde von Walter Krämer[13] formuliert: „Sparen und Rationieren im Gesundheitswesen sind...weder zynisch noch inhuman... Sparen im Gesundheitswesen bedeutet nicht notwendig das Ende der Gleichheit vor Krankheit und Tod. Sparen im Gesundheitswesen bedeutet nicht notwendig die Versteigerung knapper Gesundheitsgüter an den Meistbietenden."[14] Dieses Werturteil, dass man sich zwar ein schöneres, aber kein längeres Leben kaufen können sollte, wird wohl von vielen geteilt, da es

[13] *Krämer* (1989).

[14] Mündlich drückt er es drastischer aus: „Vor dem Sensenmann sind wir alle gleich."

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

fundamentalen Gerechtigkeitsnormen entspricht. Dem steht das Grundprinzip der freiheitlichen Gesellschaft entgegen, die Präferenzen der Bürger in ihrer Unterschiedlichkeit zu akzeptieren und Institutionen zu finden, durch die möglichst jeder die Versorgung mit Gesundheitsleistungen und anderen Gütern erhält, die er wünscht, solange die Mehrkosten der Zusatzversorgung verursachungsgerecht getragen werden.[15]

Ein weiterer Grund für weiche Rationierung ist darin zu sehen, dass in einem freiheitlichen Land kein Bürger wirksam daran gehindert werden kann, sich die Leistungen, die ihm im Inland verweigert werden, im Ausland hinzu zu kaufen, so dass ein etwaiges Zukaufsverbot letztlich vor allem den reicheren Teil der Bevölkerung nicht binden könnte und daher aus der Sicht eines Befürworters harter Rationierung unverantwortlich wäre. Ferner ist die Möglichkeit, sich ein längeres Leben zu „kaufen", keineswegs auf Gesundheitsleistungen beschränkt. Doch obwohl die Chance, einen schweren Verkehrsunfall zu überleben, in einem Mercedes um ein Vielfaches höher ist als beispielsweise in einem 2CV, hat noch nie ein Gleichheitsapostel gefordert, Mercedes-Wagen auf Krankenschein zu verordnen.

IV. Explizite oder implizite Rationierung?

Wenden wir uns nun der, wie ich meine, strittigsten Frage zu: Was spricht dafür, dass die Rationierung explizit, d. h. nach transparenten, allgemein gültigen Kriterien vorgenommen wird, die in den Versicherungsbedingungen der kollektiv finanzierten Krankenversicherung rechtlich überprüfbar spezifiziert wären, und was spricht dafür, die gegenwärtige Praxis der impliziten Rationierung vorzuziehen?

Bei dieser weiteren Auswahl dürften viele Menschen die implizite Form bevorzugen: Der implizite Charakter der Rationierung erlaubt es, die Fiktion aufrecht zu erhalten, der Tod sei schicksalhaft und nicht das Ergebnis spezifischer Rationierungsentscheidungen einschließlich der eigenen früheren Entscheidung, bestimmte Leistungen nicht in den Versicherungsvertrag aufzunehmen.[16]

Von Ärzten wird ferner angeführt, die implizite Form der Rationierung mache es leichter möglich, Zuteilungen in Abhängigkeit von der Eigenart des einzelnen Behandlungsfalles vorzunehmen.[17] Das Argument von der „Einzelfall-

---

[15] *Breyer* (1992).

[16] Vgl. etwa *Hall* (1994).

[17] Vgl. etwa *Mechanic* (1992) und *Hunter* (1995).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

gerechtigkeit“ ist vor allem dann relevant, wenn eine Reihe von Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind:

1. Es herrscht in der Gesellschaft Konsens, dass das Abgrenzungskriterium für den Leistungskatalog einer kollektiv finanzierten Krankenversicherung der erwartete Behandlungserfolg (z. B. gemessen in qualitätsbereinigten Lebensjahren (QALYs)) ist.
2. Die Präferenzen für Lebensdauer (in QALYs) und Konsum in der Gesellschaft sind weitgehend homogen.
3. Die Korrelation zwischen dem Behandlungserfolg und objektiv messbaren Kriterien wie dem kalendarischen Alter ist gering.
4. Ärzte verfügen über ein Arsenal medizinischer Kriterien (wie dem Blutdruck, dem EKG etc.), mit denen in ihrer Gesamtheit der Behandlungserfolg gut prognostizierbar ist, die aber im Einzelnen nicht gut operationalisierbar sind, d. h. sich schlecht als allgemeine Regeln für eine Begrenzung medizinischer Behandlungen eignen.

Wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, wird hinter dem Schleier des Nichtwissens der erwartete Nutzen eines Versicherten dadurch maximiert, dass ein Budget festgelegt wird und die Ärzte angehalten werden, unter Einhaltung des Budgets Gesundheitsleistungen strikt nach medizinischen Kriterien zu verteilen.

Diesen Gesichtspunkten sind jedoch gewichtige Argumente entgegenzuhalten: Zum einen beruht das zuletzt genannte Argument auf zweifelhaften Prämissen, denn es lässt sich nicht nur die Annahme bestreiten, dass die Präferenzen der Individuen für Lebensdauer und Konsum weitgehend homogen sind, sondern es scheint zumindest grosso modo sehr wohl eine ausgeprägte Korrelation z. B. zwischen Alter und Behandlungserfolg zu bestehen. Man denke nur an die erhöhten Risiken, denen ältere Patienten bei aufwendigen Operationen ausgesetzt sind.

Zum anderen lassen sich die etwaigen Vorteile einer *weichen* Rationierung nur dann erzielen, wenn diese gleichzeitig explizit ist. Wenn etwa der gesetzliche Versicherungsschutz genau spezifizierte Lücken enthält, so können diese frühzeitig – d. h. wenn es noch nicht feststeht, wer diese Leistungen zur Verlängerung seines Lebens benötigt – durch private Versicherungsverträge ausgefüllt werden. Der Abschluss einer Versicherung ist jedoch bei Risikoaversion der bloßen Möglichkeit des Zukaufs im Bedarfsfall vorzuziehen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Einführung eines Leistungsausschlusses mit einer langen Vorlaufzeit (z. B. 20 Jahre) bekannt gegeben wird.

Ferner ist nicht einzusehen, warum die Aufgabe der Zuteilung von Überlebenschancen nur deswegen einzelnen Ärzten übertragen werden sollte, weil

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

diese das technische Wissen haben, welche spezifischen Leistungen dafür erforderlich sind. Denn aus der technischen Kompetenz folgt keineswegs eine überlegene moralische Wertungskompetenz.[18]

Darüber hinaus folgt es aus dem Prinzip der Rechtsstaatlichkeit, dass der Staat, wenn er schon durch Ausübung von Zwang in die individuellen Entscheidungen eingreift, die Pflichten, die er auferlegt, und die Ansprüche, die er schafft, klar definiert, damit sie einer gerichtlichen Überprüfung unterworfen werden können. Dies ist jedoch gerade bei Anwendung impliziter Rationierung – z. B. über Wartelisten – nicht der Fall, da der Versicherungsschutz hier im Einzelfall gerade keinen Anspruch auf bestimmte medizinische Leistungen sichert. Nebenbei sei bemerkt, dass eine Rationierung über Wartelisten in der Regel auch noch besonders ineffizient ist, da sich in vielen Fällen allein durch die Verzögerung die Wirksamkeit der medizinischen Maßnahme weiter verringert.

E. Mögliche Rationierungskriterien

Aus den bisherigen Ausführungen sollte deutlich geworden sein, dass ein kollektiv finanziertes Gesundheitssystem ohne Rationierung der Leistungen langfristig nicht realisierbar ist und es daher auch auf mittlere Sicht unverantwortlich wäre, die Illusion zu nähren, dies sei eine verfügbare Option. Von den verschiedenen Varianten der Rationierung sind die „harten" in einer freiheitlichen Gesellschaft mit offenen Grenzen nicht durchsetzbar, und die Vorteile einer „weichen" Rationierung lassen sich nur dann realisieren, wenn die Grenzen des Leistungskatalogs der Sozialversicherung explizit gemacht werden.

Die große Aufgabe, die vor uns liegt, besteht daher im Auffinden von Regeln, wie ein in Jahrzehnten gültiger und finanzierbarer Leistungskatalog heute schon so weit fixiert werden kann, dass er die Grundlage für das Entstehen eines Marktes für private Zusatzversicherungen mit solider Prämienkalkulation bildet. Letzteres ist deshalb wichtig, da nur eine kapitalgedeckte Versicherung eine wirksame zusätzliche Vorsorge angesichts einer schrumpfenden Bevölkerung bieten kann. Ein Ausweichen in eine erneute Umlage kann nicht die Lösung für diejenigen sein, denen die Rationierung zu eng ist.

Als erstes Prinzip dürfte es einleuchten, dass die Einbeziehung oder der Ausschluss von Leistungen an operationalen Kriterien gemessen werden muss. Keineswegs etwa kann sie sich nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten im Einzelfall richten. Im Folgenden möchte ich einige mögliche Abgrenzungskriterien

---

[18] *Kliemt* (1993).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nennen, die aus meiner Sicht die Anforderung der Operationalität erfüllen und daher prinzipiell für ein System der expliziten, weichen Rationierung unter Einhaltung ausreichender Vorlaufzeiten in Frage kommen:

a) Ausgrenzung gesamter Leistungsbereiche, bei denen die naturgegebenen Risiko-Unterschiede gering sind, z. B.:
   - Zahnbehandlung – mit Ausnahme der Prophylaxe im Kindesalter,[19]
   - Behandlung von Unfallfolgen: hier sind fremdverschuldete Unfälle bereits ausgenommen, es liegt aber nahe, auch für alle übrigen die Finanzierung über eine private Unfallversicherung – möglicherweise mit Versicherungspflicht – zu regeln. Wer im privaten Bereich besondere Risiken eingeht (z. B. in Risiko-Sportarten), wird dort eine höhere Prämie zahlen müssen.

b) Ausgrenzung der über das rein Palliative hinausgehenden Behandlung von Krankheiten, die in weit überwiegendem Maße durch persönliches Fehlverhalten verursacht werden, z. B.
   - Lungenkrebs. Alle Nichtraucher können sich eine private Versicherung zur Abdeckung der bestmöglichen Behandlung von Lungenkrebs zu sehr geringen Kosten kaufen.
   - Lebertransplantationen bei Patienten mit Leberzirrhose (analog).

c) Ausgrenzung von über das rein Palliative hinausgehenden Leistungen oberhalb eines bestimmten Lebensalters (z. B. 80 Jahren).

Wie gesagt, handelt es sich bei den angeführten Regelungen lediglich um Beispiele, die zeigen sollen, dass es prinzipiell möglich ist, eine Abgrenzung zwischen Basisschutz und Zusatzversicherung zu definieren, ohne den Stand medizinischen Könnens in 30–40 Jahren heute schon vorhersehen zu müssen. Leitendes Prinzip bei allen drei Beispielen ist es, dass

1. das Abgrenzungskriterium operational ist, so dass der Aufbau von Zusatzversicherungen erleichtert wird,
2. naturgegebene Risiko-Unterschiede nur eine geringe Rolle spielen und daher der Solidaritätsgedanke eine Aufnahme in den Leistungskatalog einer Sozialversicherung nicht zwingend erfordert,

   sowie – und dies gilt für die Optionen a) und b)

3. das Prinzip der Selbstverantwortung es ohnehin problematisch erscheinen lässt, dass diese Leistungen kollektiv finanziert werden.

---

[19] Hierin ist die Schweiz meinem Land bereits voraus.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Es verdient betont zu werden, dass insbesondere das Alters-Kriterium weder auf irgendwelchen Gerechtigkeitsvorstellungen beruht noch damit begründet wird, dass sich aus der Sicht der Gesellschaft eine maximalmedizinische Behandlung im hohen Alter nicht mehr „lohnt", sondern in erster Linie wegen seiner Operationalität in Frage kommt. Zudem könnte es einer rationalen Güterabwägung des einzelnen angesichts begrenzter Ressourcen entsprechen, die Überlebenschancen dann zu maximieren, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit in den jungen oder mittleren Jahren eintritt.[20/21] An dieser Überlegung wird deutlich, dass es sich bei expliziter Rationierung nach dem Alter um eine *intra*personelle Allokationsentscheidung handelt und nicht um eine *inter*personelle Verteilungsentscheidung.

F. Schlussfolgerungen

Ich möchte die Schlussfolgerungen aus meinen Überlegungen in den folgenden fünf Thesen zusammenfassen:

1. Demographische Alterung und medizinischer Fortschritt lassen weitere erhebliche Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen erwarten, die bis zum Jahr 2040 eine Erhöhung des Beitragssatzes in der Sozialen Krankenversicherung um ca. 10 Prozentpunkte ausmachen dürften.
2. Berücksichtigt man gleichzeitig die Kosten der anderen umlagefinanzierten Sozialversicherungen, so ist trotz aller Rationalisierungs-Anstrengungen zu erwarten, dass zukünftig in der kollektiv finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung in weit stärkerem Maße als heute von Rationierung Gebrauch gemacht werden muss – selbst dann, wenn man den heutigen Beitragssatz nicht auf ewig festschreibt.
3. Eine implizite Rationierung durch strikte Budgetierung der Gesundheitsausgaben wird den unterschiedlichen Präferenzen der Gesellschaftsmitglieder nicht gerecht und ist in einem Rechtsstaat nicht angemessen. Vielmehr sollten die Möglichkeiten einer „weichen" Rationierung konsequent genutzt werden.
4. Eine vorausschauende Politik, die vor allem im Interesse der gegenwärtig mittleren Generation liegen muss, verlangt, dass die Fortentwicklung des Leistungskatalogs für die kommenden Jahrzehnte schon heute in Angriff ge-

---

[20] Vgl. etwa *Shepard/Zeckhauser* (1984).

[21] Zu einer ausführlicheren Diskussion des Alters-Kriteriums vgl. *Breyer/Schultheiss* (2001).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nommen wird, wozu als erster Schritt eine öffentliche Diskussion über die Grenzen der kollektiv finanzierten Medizin gehört.

5. Es gibt eine Reihe operationaler Kriterien, nach denen ein kollektiv finanzierter Basisschutz von einer privat zu deckenden Zusatzversicherung abgegrenzt werden könnte.

Literatur

Battin, M. P. (1987): Age Rationing and the Just Distribution of Health Care: Is there a Duty to Die?, in: Ethics 1997, S. 317–340.

Breyer, F. (1992): Wahlfreiheit in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine wohlfahrtstheoretische Analyse, in: G. Gäfgen (Hrsg.): Systeme der Gesundheitssicherung im Wandel, Baden-Baden, S. 33–52.

Breyer, F. / *Kliemt,* H. (1994): Lebensverlängernde medizinische Leistungen als Clubgüter? Ein Beitrag zum Thema „Rationierung im Gesundheitswesen", in: K. Homann (Hrsg.): Wirtschaftsethische Perspektiven I. Theorie, Ordnungsfragen, Internationale Institutionen, Berlin, S. 131–158.

– (1995): Solidargemeinschaften der Organspender: Private oder öffentliche Organisation?, in: P. Oberender (Hrsg.): Transplantationsmedizin. Ökonomische, ethische und rechtliche Aspekte, Baden-Baden, S. 135–160.

Breyer, F. / *Schultheiss,* C. (2001): „Alter" als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen – eine ethisch-ökonomische Analyse, erscheint in: T. Gutmann / V. Schmidt (Hrsg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen.

Breyer, F. / *Ulrich,* V. (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220, S. 1–17.

Breyer, F. / *Zweifel,* P. (1999), Gesundheitsökonomie, 3. Aufl., Berlin u. a.

Engelhardt, H. T. (1986), The Foundations of Bioethics, New York, Oxford.

Fleischhauer, K. (1999): Altersdiskriminierung bei der Allokation medizinischer Leistungen. Kritischer Bericht zu einer Diskussion, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 4, S. 195–252.

Glannon, W. (1998): Responsibility, Alcoholism, and Liver Transplantation, in: Journal of Medicine and Philosophy 23, S. 31–49.

Hall, M. A. (1994): The Problems with Rules-Based Rationing, in: Journal of Medicine and Philosophy 19, S. 315–332.

Homann, K. / *Pies,* I. (1996): Sozialpolitik für den Markt: Theoretische Perspektiven konstitutioneller Ökonomik, in: I. Pies / M. Leschke (Hrsg.): James Buchanans konstitutionelle Ökonomik, Tübingen, S. 203–239.

– (2000): Wirtschaftsethik und Ordnungspolitik – die Rolle wissenschaftlicher Aufklärung, in: H. Leipold / I. Pies (Hrsg.): Ordnungstheorie und Ordnungspolitik – Konzeptionen und Entwicklungsperspektiven, Stuttgart, S. 329–346.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Hunter, D. J. (1995): Rationing of Health Care: the Political Perspective, in: British Medical Bulletin 51/4, S. 876–884.

Kersting, W. (1997): Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend. Abhandlungen zur praktischen Philosophie der Gegenwart, Kapitel 6: Gerechtigkeit und Medizin, Frankfurt a. M.

Kliemt, H. (1993): Gerechtigkeitskriterien in der Transplantationsmedizin – eine ordoliberale Perspektive, in: E. Nagl / C. Fuchs (Hrsg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin u. a., S. 262–276.

Krämer, W. (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, Frankfurt a. M.

Mechanic, D. (1992): Professional Judgement and the Rationing of Medical Care, in: University of Pennsylvania Law Review 140, S. 1713–1754.

Pauly, M. V. (1968): The Economics of Moral Hazard: Comment, in: American Economic Review 58, S. 531–537.

Shepard, D. S. / *Zeckhauser,* R. J. (1984): Survival versus Consumption, in: Management Science 30, S. 423–439.

Weitzman, M. L. (1977): Is the Price System or Rationing more Effective in Getting a Commodity to Those Who Need it Most?, in: Bell Journal of Economics 8, S. 517–524.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Zur Zustimmungsfähigkeit von Gesundheitssystemen

Von Eric Christian Meyer[1]

A. Einführung

„Die Gesundheit ist uns teuer", heißt ein geflügelter Ausspruch und meint, dass sie uns viel wert ist, wir eine Präferenz für unser gesundes Wohlbefinden besitzen. Aber wie teuer darf uns die Gesundheit wirklich sein? Breyer/Ulrich (2000) weisen auf Basis einer Regressionsanalyse darauf hin, dass in Zukunft mit einem weiteren Anstieg der Kosten des Gesundheitswesens zu rechnen ist, der die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2040 auf 23 Prozent erhöhen wird. Dieses führen die Autoren auf drei Faktoren zurück: den technischen Fortschritt, die zunehmende Alterung der Bevölkerung und den einkommensinduzierten Nachfrageanstieg. Breyer (2002) zieht daraus in seinem Beitrag den Schluss, dass es – sofern das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem in seinem Kern erhalten werden soll – einer Rationierung von Gesundheitsleistungen bedarf, deren Kriterien er nachfolgend entwickelt. Breyer konzentriert seine Diskussion auf eine administrative Beschränkung der innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherungen zu beanspruchenden Leistungen, für die er einige Kriterien entwickelt. Leitgedanke soll dabei die Zustimmungsfähigkeit eines solchen Systems der Rationierung sein. Diese richte sich – so Breyer – dabei nach vier Prinzipien: effiziente Ressourcenallokation, Solidaritätsprinzip, Prinzip der Handlungsfreiheit und Rechtsstaatsprinzip.[2] Breyer unterlässt es dann jedoch, seine Vorschläge auf ihre Zustimmungsfähigkeit zu überprüfen. Stattdessen führt er als Leitprinzip die Operationalität der Rationierungskriterien ein, was – wie gezeigt werden wird – ein notwendiges, jedoch keinesfalls hinreichendes Kriterium für die Zustimmungsfähigkeit ist.

---

[1] Für Anregungen und Diskussionen danke ich Detlef Aufderheide.

[2] Vgl. *Breyer* (2002), S. 13. Es sei an dieser Stelle dahingestellt, ob diese vier Prinzipien tatsächlich fundamental für die Zustimmungsfähigkeit sind oder nicht vielleicht selbst der Zustimmung bedürften.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Kerngedanke dieser Ausführungen wird die Zustimmungsfähigkeit des vorgeschlagenen institutionellen Regimes sein. Beschreitet man diesen Weg, so kann jedoch nicht sofort auf die Rationierung als Allokationsinstrument geschlossen werden. Vielmehr ist ein Regime nur zustimmungsfähig, wenn es von den Individuen in seiner Gesamtheit als günstigstes Regime wahrgenommen wird.

B. Grundlagen

I. Gesundheitsentscheidungen sind ökonomische Entscheidungen

Dem Gesundheitswesen wird gemeinhin eine Sonderrolle bezüglich der Zuteilung von Ressourcen zugewiesen, da das Leben essenziell für jegliche (ökonomische) Aktivität des Menschen ist. Das Gesundheitswesen trägt Sorge für den Erhalt des Lebens. Deshalb – so wird häufig kurzgeschlossen – dürfen auch ökonomische Allokationskalküle im Gesundheitswesen nicht oder allenfalls beschränkt angewandt werden. Gesundheit wird verabsolutiert, Ökonomie hat dann keinen Platz mehr. Meist wird auch eine Konfrontation zwischen Gesundheit und Ökonomie hergeleitet: „Die Patienten und nicht die Ökonomie haben im Vordergrund zu stehen."[3] Aber existiert dieser Widerspruch tatsächlich?

Es ist sinnvoll, zwischen dem konkreten Hilfsbedürfnis *nach* Eintritt des konkreten Krankheitsfalls und der ex ante-Entscheidung *vor* Eintritt eines Schadensfalls zu unterscheiden, die die Krankheit als statistisches Phänomen betrachtet. In diesem letzteren Fall ist das Gut „Gesundheit" keinesfalls so absolut, wie es häufig dargestellt wird. Wäre den Menschen zu jedem Zeitpunkt ihre Gesundheit tatsächlich unendlich viel wert, so ließen sich zahllose Paradoxien konstruieren. Beispielsweise müssten wir jeden Augenblick unseres Lebens mit Vorsorgemaßnahmen verbringen, Informationen sammeln, um uns gesundheitlich weiterzuentwickeln. Die Nutzung von Autos wäre auf Grund der damit verbundenen großen Gefahr für die Gesundheit tabu. Natürlich handeln wir nicht so, und mithin wägen wir ständig Gefahren von Handlungen für die Gesundheit mit dem verbundenen Nutzen ab. Aber auch die Bereitschaft mit ihnen in einer Notsituation einen hohen Preis für die gesundheitliche Wiederherstellung zu zahlen, lässt sich ökonomisch rekonstruieren. In einer lebensbedrohlichen Situation droht das Vermögen wertlos zu werden. Folglich besteht

[3] *Beleites* (1999), S. A–2882.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

eine hohe Bereitschaft, für den Lebenserhalt zu zahlen. Auch dieses also ein ökonomisches Kalkül.[4]

Die ökonomische Betrachtung von Gesundheitsentscheidungen ist folglich eher die Regel, als die Ausnahme. Zu prüfen ist vielmehr, welche systemimmanenten und institutionellen Gegebenheiten ein ökonomisches Rationalkalkül behindern.

II. Informationsasymmetrien bei Gesundheitsentscheidungen

Wenn die Individuen eigene Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit treffen und nicht einfach nur solidarfinanzierte Gesundheitsleistungen unhinterfragt konsumieren, so ist auch nach den Möglichkeiten der Individuen zu fragen, die richtigen Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Das Gesundheitswesen ist durch eine Reihe von Informationsasymmetrien gekennzeichnet, welche die Funktion des Systems beeinträchtigen. Von zentraler Bedeutung ist die ungleiche Informationsverteilung zwischen Patient und Arzt.[5] Schon bei der Diagnosestellung und der anzuwendenden Therapie kann der Patient nicht überprüfen, ob diese richtig oder falsch ist, da er sonst den Arzt nicht zu konsultieren bräuchte. Mithin fehlt ihm auch ein Maßstab, die Geeignetheit und Angemessenheit der vorgeschlagenen Maßnahmen zu kontrollieren. Erst wiederholte Erkrankungen und der Vergleich mit den Leistungen anderer Ärzte (z. B. durch Erfahrungsaustausch mit Bekannten oder orientierende Benchmarks von Monitoring-Organisationen) können diese Informationsasymmetrie mindern und den Agenten (d. h. den Arzt) dazu zwingen, seine superioren Informationen zu offenbaren und nicht auszunutzen. Die Möglichkeit des Ausnutzens des ärztlichen Informationsvorsprungs erhöht sich, wenn entweder auf Grund einer Notsituation ein Vergleich der ärztlichen Leistung nicht möglich ist, mithin ein Marktmechanismus nicht greifen kann, oder wenn der Patient nicht zu einer eigenen Entscheidung in der Lage ist (z. B. wegen Bewusstlosigkeit oder bei Altersdemenz).

Daneben existieren weitere kostentreibende Informationsasymmetrien im Gesundheitssystem. So besitzt der Arzt bezüglich der Befolgung seiner vorgeschlagenen Therapie weniger Informationen als Patient, was den Erfolg der Behandlung negativ beeinflussen kann. Ferner verfügt der behandelnde Arzt über mehr Informationen als die für Leistungen aufkommenden Krankenversicherungen und als potenziell konkurrierende Ärzte. Im ersten Fall kann das su-

---

[4] Damit ist nicht gesagt, dass das Abschöpfen dieser Zahlungsbereitschaft wünschenswert ist. Das Argument zeigt lediglich die Existenz des ökonomischen Kalküls in dieser Situation.

[5] *Breyer/Zweifel* (1997), S. 158 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

periore Wissen des Arztes kostentreibend wirken, da für ihn der Anreiz besteht, eine für ihn einkommensmaximierende Diagnose zu stellen.[6] Im zweiten Fall wird die für einen wirksamen Wettbewerb nötige Möglichkeit zum Wechsel des Arztes behindert.

Diese Informationsasymmetrien sind jedoch keine einzigartige Eigenschaft des Gesundheitswesens, die einer besonders rigorosen Regulation bedürften. In ähnlicher Weise bestehen asymmetrische Informationen bei Anlageentscheidungen, die beispielsweise der Alterssicherung dienen können. Niemand käme deshalb aber auf die Idee, jegliche Anlage für Alterssicherung in ein staatliches Sicherungssystem zu zwingen. Es besteht eine staatliche Grundsicherung, darüber hinausgehende Anlageentscheidungen sind dem individuellen Kalkül überlassen und werden nicht weiter abgesichert.

Problematisch hingegen ist ein Gesundheitssystem, das die Leistung jeglicher Therapie für alle Individuen zusichert. Damit wird nämlich zugleich der Anreiz des Informationserwerbs und der Kontrolle der Agenten in den zahllosen Principal-Agent-Beziehungen zerstört.

C. Stärkung des Individuums als Beitrag zur Kostendämpfung

Wenn die Individuen also ständig gesundheitliche Entscheidungen treffen, bei denen sie die Kosten einer Entscheidung mit deren Nutzen vergleichen, so ist zu fragen, warum diese Entscheidungskompetenz nicht in viel stärkerem Maße ausgeweitet werden soll, indem man Patienten sehr viel stärker auf die Kosten und möglichen Nutzen von Behandlungsmöglichkeiten hinweist. Dieser Gedanke, wenngleich nicht explizit formuliert, kann aus dem Beitrag von Breyer abgeleitet werden, wenn man die rationierten Leistungen als Grundsicherung interpretiert, die nach individueller Maßgabe ergänzt werden können. Jedoch erscheint die Argumentation falsch gerichtet. Das Individuum und seine Entscheidungen haben im Mittelpunkt zu stehen. Eine Rationierungsentscheidung ist dann aus dem individuellen Kalkül herzuleiten.

Die Individuen treffen vier Entscheidungen auf drei Ebenen:

- *Entscheidungen auf der Regelebene*: Die Individuen entscheiden über die Organisation des Gesundheitssystems. So ist zu beschließen, ob es gesetzliche oder private Versicherungen gibt und inwiefern Zuzahlungspflichten in

[6] Dieses funktioniert so lange gut, wie der Empfänger der Dienstleistung (der Patient) vom Kostenträger (den Krankenversicherungen) informationell und in der Übernahme der Kosten weitgehend getrennt sind. Entfällt diese Trennung, so besteht zumindest der Anreiz für den Patienten, die Kosten zu kontrollieren. *Sauerland* (2001) weist auf diese Trennung mit der Konsequenz, dass der Arzt in der Funktion eines doppelten Agenten agiert, hin.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

das System integriert werden. Von zentraler Bedeutung ist hier auch die Entscheidung, welche Leistungen in einer Grundsicherung für alle zu erbringen sind.

- *Entscheidungen auf der Bereitstellungsebene*: Diese Ebene steht zwischen der Regel- und der Handlungsebene. Einerseits sind die Entscheidungen ähnlich wie die Regelentscheidungen langfristig angelegt, da es sich um Investitionsentscheidungen im Gesundheitswesen handelt. Andererseits wirken sie in ihren Ausprägungen (Krankenhäuser, Rettungswagen etc.) unmittelbar in der Handlungsebene.
- *Langfristige Entscheidungen auf der Handlungsebene*: Sofern nicht alle Individuen einer einheitlichen Versicherung unterliegen, müssen sie selbst über gewünschte Versicherungsleistungen befinden. Sie müssen entscheiden, welche Leistungen sie abgesichert wünschen und welche sie unter möglicher Inkaufnahme des eigenen Todes nicht in die Versicherung integrieren wollen.[7]
- *Kurzfristige Entscheidungen auf der Handlungsebene*: Hier treffen die Individuen die operationalen Entscheidungen, wenn sie in der Arztpraxis sind oder über ihre Ernährung befinden.

Je höher sich die Individuen in der Ebenenhierarchie befinden, desto mehr entscheiden sie hinter einem Schleier der Unsicherheit oder auch des Unwissens. Die Unterscheidung zwischen Unsicherheit und Unwissen erscheint hier wesentlich. Bei Unsicherheit kennen die Individuen die zukünftigen (Lebens-) Zustände und können ihnen eine gewisse Wahrscheinlichkeit beimessen. Im Gesundheitsbereich tritt insbesondere in der langen Frist ein erhebliches Maß an Unwissen auf. Weder sind den Individuen alle möglichen, heute noch unbekannten Erkrankungen bekannt, noch haben sie Kenntnis über Kosten und Nutzen aller künftig zugänglichen Heilverfahren. Dieses ist ein schweres Problem, da eine rationale Entscheidung unter objektivem (!), nicht durch weiteren Informationsaufwand verbesserbarem Unwissen nicht möglich ist.

Wie unter B.I. bereits erläutert, wird eine Rationierungsentscheidung, sprich: das Vorenthalten von Leistungen, in der unmittelbaren Handlungssituation kaum akzeptabel sein. Es erscheint deshalb zwingend, diese auf höhere Ebenen zu verlagern.[8] Auf der Regelebene ist zunächst zu entscheiden, wie die Gesundheitsgüter zugeteilt werden. Soll dieses weitgehend über einen Marktmechanismus erfolgen oder sollen bestimmte Gesundheitsleistungen von einer marktlichen Allokation ausgeschlossen werden? Nachfolgend sind die Ent-

[7] Dieses mag hart erscheinen. Jedoch gibt es diverse Therapien, deren Kosten-Nutzen-Verhältnis für den Patienten zweifelhaft ist. Zur Problematik von Transplantationen vgl. *Greiner/Obermann/Schulenburg* (2001).

[8] Vgl. auch *Krämer* (1989), S. 250.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

scheidungen über das Ausmaß der Gesundheitsinfrastruktur zu treffen. Dieses sind beispielsweise das Netz von Rettungshubschraubern, die Dichte der Herzzentren oder die Versorgung mit Dialysegeräten. Eine Reduktionsentscheidung im Bereitstellungsbereich betrifft nie ein Individuum akut, sondern als statistische Größe die Gesamtbevölkerung. Ein dichtes Netz von Rettungshubschraubern gewährleistet eine schnelle Zuführung der Akutversorgung, das Fehlen eines Hubschraubers mag im Einzelfall bedauert werden, wird jedoch durch einen höheren Gesamtnutzen kompensiert werden. Die konsentierte Bereitstellungsentscheidung zur Rationierung in Form von fehlenden Kapazitäten wird also statistisch anonymisiert. Die Individuen entscheiden über die Bereitstellung unter Unsicherheit.

Um eine größere Effizienz im Gesundheitssystem zu erreichen, ist eine Stärkung der individuellen Anreize, Kosten und Nutzen einer Behandlung zu vergleichen, nötig. Breyers Auffassung, dass die Beseitigung von Ineffizienz einmalig ist, der medizinische Fortschritt jedoch kontinuierlich erfolgt,[9] verkennt die Anreizwirkung der individuellen Gesundheitsentscheidung auf den medizinischen Fortschritt. Der Anreiz für Forschung entsteht aus den daraus resultierenden (kurzfristigen) Monopolrenten. Diese sind umso höher, je geringer die Preiselastizität der Nachfrage ist. Wird die Preiselastizität jedoch erhöht, indem die Individuen Kosten und Nutzen einer Behandlung abwägen, tritt hier eine dauerhafte Kostendämpfung ein.[10] Bestimmte Verfahren und Medikamente würden dann gar nicht erst entwickelt. Dagegen wird eingewandt, dass damit auch die Entwicklung teurer aber möglicherweise lebensrettender Verfahren unterbleibt. Stimmt, jedoch ist genau dieses beabsichtigt, da diese Verfahren im individuellen Kosten-Nutzen-Kalkül nicht akzeptabel erscheinen.

Instrumentell erfolgt die Stärkung der Anreize erstens durch den Abschluss individueller Krankenversicherungen nach dem persönlichen Risiko, die den Präferenzen der Individuen entsprechen, und zweitens durch eine Kostenbeteiligung der Individuen. Diese rein private Lösung wirft zwei Probleme auf:

- Menschen mit hohen u. U. angeborenen Risiken werden sehr hohe Versicherungsprämien zu zahlen haben.
- Die Zuweisung von Gesundheitsgütern erfolgt nach Präferenzen und Einkommen der Individuen. Reiche Menschen werden sich ein gesünderes Leben leisten können als arme.

---

[9] *Breyer* (2002), S. 16.

[10] Dem Arzt kommt hierbei eine entscheidende und veränderte Rolle zu. Er hat den Patienten nicht nur über die Behandlung, sondern auch über die Kosten unterschiedlicher Behandlungen aufzuklären. Dieser Mechanismus kann natürlich auch nur wirksam sein, wenn auf der Seite der Leistungsanbieter Wettbewerb herrscht, so dass der Arzt zur „ehrlichen" Offenlegung seiner Informationen gezwungen ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Beide Probleme sind zwingend mit der Stärkung der individuellen Anreize verbunden. Will man diese umgehen, was im ersten Fall dringend erforderlich und im zweiten Fall gesellschaftlich zustimmungspflichtig ist, so sollte streng zwischen *Ver*sicherung und *Ab*sicherung unterschieden werden. Teil der Gesundheitspolitik ist die Versicherung der Individuen, die von zentraler Bedeutung für die effiziente Erstellung von Gesundheitsleistungen ist. Die damit verbundenen Probleme für Menschen mit hohen Risiken und für Menschen mit niedrigen Einkommen sind eine Erscheinung der sozialpolitischen Absicherung. Folglich ist im Wege der Sozialpolitik über eine entsprechende Absicherung zu befinden. In diesem Fall ist dann über den Leistungskatalog einer absichernden Grundversorgung und damit über eine Rationierung von Leistungen zu entscheiden.

D. Rationierung – ein zustimmungsfähiger Allokationsmechanismus?

Damit ein institutionelles Regime zustimmungsfähig, d.h. institutionell effizient ist, bedarf es bestimmter Kriterien, die eine Prüfung der institutionellen Effizienz zulassen. Solche Kriterien könnten z. B. sein:[11]

- *Allokative Effizienz*: Das Regime erlaubt die Produktion der von den Individuen gewünschten Güter unter minimaler Aufwendung von Kosten.
- *Administrative Effizienz*: Das Regime erzeugt einen möglichst geringen Verwaltungsaufwand.[12]
- *Distributive Effizienz*: Die Verteilungswirkungen behindern eine Zustimmung nicht.

Im Gegensatz zum klassischen ökonomischen Vorgehen, das lediglich die allokativen Wirkungen eines institutionellen Regimes untersucht und damit häufig an der Realisierbarkeit scheitert, versucht die institutionelle Effizienz weitere Kriterien zu integrieren. Dem liegt der Gedanke zu Grunde, dass die Konzeption eines allokativ effizienten Regimes nutzlos ist, wenn es mangels Zustimmungsfähigkeit nicht implementiert werden kann. Deshalb ist nach weiteren Kriterien zu suchen, welche die Zustimmung zu einem institutionellen Regime beeinflussen.

---

[11] Vgl. einführend zum Begriff und Konzept der „institutionellen Effizienz" *Aufderheide* (2000).

[12] Man kann die administrative Effizienz auch als einen Teil der allokativen Effizienz ansehen, da die mit dem Regime verbundene „Produktion" von Administration ebenso Ressourcen verbraucht, die günstig zu allokieren sind.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

In zwei Stufen ist zu entscheiden, ob erstens eine Form der Grundsicherung und die damit verbundene Rationierung von Leistungen und zweitens die nötigen Ausgrenzungskriterien zustimmungsfähig sind. In diesem Rahmen lassen sich nun auch die von Breyer vorgeschlagenen Rationierungskriterien auf ihre Zustimmungsfähigkeit für eine Gesundheitsgrundversorgung untersuchen.

Die Zustimmung zu einer Grundversorgung ist – wie oben erläutert – keine eigenständige gesundheitspolitische, sondern eine sozialpolitische Entscheidung der Absicherung. Folglich kann hier beispielsweise die kontrakttheoretische Erklärung für Sozialpolitik angewandt werden.[13] Sozialpolitik erfährt demnach die Zustimmung der Nettozahler, da sie als „Duldungsprämie" interpretiert wird. Die Nettozahler erkaufen sich damit die Zustimmung der Nettoempfänger zu einem institutionellen Regime, das es ihnen ermöglicht, dauerhaft effizienter zu wirtschaften.

Bezüglich der Ausgrenzungskriterien verwendet Breyer das Kriterium der Operationalität[14], welches etwa der administrativen Effizienz entspricht. Es ist unmittelbar einsichtig, dass dieses für die von Breyer zu Beginn erwähnte Zustimmungsfähigkeit jedoch keinesfalls hinreichend sein kann.

a) *Ausgrenzung von Leistungen mit naturgegeben geringen Risikounterschieden*: In distributiver Hinsicht ergeben sich hier nur geringe Wirkungen, da in der Voraussetzung die Risikounterschiede als gering angenommen werden. Dieses ändert sich, wenn die Risikovorsorge sehr kostenintensiv ist, so dass sie für einzelne u. U. nicht mehr erschwinglich wird. Aber auch dieses ist kein ausschließender Grund. Auch bei der Automobilnutzung existieren unterschiedliche Vorsorgeniveaus (Airbags, Knautschzonen etc.). Entscheidend ist die Existenz eines Mindestniveaus der Vorsorge, um Gesundheitsgefahren hinreichend abwehren zu können. Unter allokativen Aspekten ist die Förderung einer individuellen Entscheidung zwischen Vorsorge und/oder separater Versicherung positiv zu beurteilen.

b) *Ausgrenzung von über das Palliative hinausgehenden Leistungen, die durch persönliches Fehlverhalten verursacht werden*: Allokativ eine sinnvolle Unterscheidung, da es den Individuen überlassen wird, ob sie die Gefahren auf sich nehmen und sich dagegen versichern wollen, oder hoffen, dass das Risiko für sie nicht schlagend wird. In distributiver Hinsicht scheint das Ausgrenzungskriterium unbedenklich, da jeder selbst über sein persönliches Fehlverhalten befindet. Administrativ könnten sich Probleme in der Abgrenzung und dem Nachweis des Fehlverhaltens ergeben.

---

[13] Vgl. beispielsweise *Homann/Pies* (1996).

[14] Vgl. *Breyer* (2002), S. 25.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

c) *Ausgrenzung von über das Palliative hinausgehenden Leistungen oberhalb eines bestimmten Lebensalters*: Unterschiedliche Untersuchungen zeigen, dass die letzten Monate vor dem Tod besonders kostenintensiv sind, ohne dass sie zu einer signifikanten qualitätsvollen Verlängerung des Lebens führen. Auch hier ist es allokativ sinnvoll, eine Entscheidung über eine über das Palliative hinausgehende Versorgung der privaten Entscheidung zu überlassen. Distributiv bedeutet diese Ausgrenzung, dass die Verteilung im Gesundheitssystem von Jungen zu Alten verringert wird.

Wichtig für die allokative Wirkung von Ausgrenzungen ist in allen Fällen, dass diese glaubhaft ist, da sonst – sofern die Hoffnung auf Behandlung trotz Leistungsausschluss besteht – der Moral hazard durch übermäßig riskantes Verhalten das allokative Ergebnis verschlechtert.

E. Fazit

Es wurde gezeigt, dass nicht die Rationierung, sondern die Rückbesinnung auf das Individuum und seine Präferenzen Kern einer Ordnung des Gesundheitswesens sein muss. Dieses führt bei geeigneter Implementation zu kontinuierlichen Effizienzgewinnen. Eine Rationierung von Gesundheitsleistungen ist nur im Rahmen einer sozialen Absicherung zu diskutieren, die eine Grundversorgung für alle Menschen sichern soll.

Literatur

Aufderheide, D. (2000): Nicht allokative, sondern institutionelle Effizienz als Ziel der Rechtsetzung: Die ökonomische Theorie des Rechts nach Ronald H. Coase, in: M. Leschke / I. Pies: Ronald Coase' Transaktionskostenansatz, Tübingen, S. 141–163.

Beleites, E. (1999): Gedanken zur Zukunft der Krankenversicherung, in: Deutsches Ärzteblatt 96, S. A-2878–2884.

Breyer, F. (2002): Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten (in diesem Band).

Breyer, F. / *Ulrich*, V. (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220, S. 1–17.

Breyer, F. / *Zweifel,* P. (1997): Gesundheitsökonomie, 2. Auflage, Berlin et al.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Greiner, W. / *Obermann,* K. / *Schulenburg*, J. M. Graf v. d. (2002): Mehr Rationalität im Gesundheitswesen durch Evaluation von Gesundheitsgütern? Das Beispiel der Transplantationsmedizin (in diesem Band), S. 189–213.

Homann, K. / *Pies*, I. (1996): Sozialpolitik für den Markt: Theoretische Perspektiven der konstitutionellen Ökonomik, in: M. Leschke / I. Pies: James Buchanans konstitutionelle Ökonomik, Tübingen, S. 203–239.

Krämer, W. (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, Frankfurt a. M.

Sauerland, D. (2001): Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2, S. 211–227.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Ethik und Rationierung

Theologisch-ethische Probleme im ökonomisch organisierten Gesundheitswesen

Von Peter Schallenberg

A. Vorüberlegungen

Öffentlich organisierte Gesundheitssysteme, wie sie die Moderne und insbesondere der moderne Sozialstaat kennt, verbinden in aller Regel eine Ethik der Solidarität und Gleichheit mit der Ökonomie des Wettbewerbs und der Ungleichheit. Das schafft ein geradezu chronisches Spannungsverhältnis: Das grundsätzlich nur technisch-medizinisch begrenzte öffentliche Gut der Gesundheit – öffentliches Gut verstanden als sozialstaatlich organisiertes Bürgerrecht! – wird ökonomisch-künstlich verknappt – jedoch nach welchen Kriterien? Schuf einst die medizinische Technik eine natürliche Grenze knapper öffentlicher Gesundheit, so hat sich diese Grenze postmodern schier unendlich geweitet: Wer bestimmt nun wie und für wen über die wünschenswerte, da solidarisch zu bezahlende Effektivität und Effizienz? Wer definiert den Inhalt von „sozial" hinsichtlich des gleichen und gerechten Zuganges zur Gesundheit bzw. hinsichtlich der solidarischen Versicherung gegen Krankheiten? Ist sozial die solidarische Sicherstellung einer zu definierenden Grundgesundheit oder meint sozial vielmehr die möglichst gleiche Zugangsberechtigung zur optimalen Gesundheitsfürsorge? Und daraus schließlich auch die fundamentalere Frage: wer definiert den Umfang von Gesundheit und Krankheit? Und dies zumal auf dem Hintergrund einer entschieden säkularen Gesellschaft, die Tod und Krankheit als zutiefst ärgerliche, ja dysfunktionale Grundstörung erlebt, so dass hier der Grundsatz der prinzipiellen Gleichheit im Angesicht von Krankheiten geradezu dogmatisch-säkularen Charakter annimmt. Denn wenn die bis zur Schwelle der Moderne sichere Realität des Jenseits diffus verschwimmt, erhält das Diesseits und dessen sozialstaatliche Garantie in Form von Lebensquantität und Lebensqualität eine nicht hintergehbare und der politischen Diskussion scheinbar grundsätzlich entzogene Basisfunktion. Gesundheit erscheint geradezu als ein-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

klagbares Recht, zumindest die gleich-gerechte optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsfürsorge!

Schon vor Jahren analysierte Hans Jonas mit wünschenswerter Präzision: „Die moderne Medizin leidet nicht an ihren Mängeln. Sie kann nicht zu wenig, sondern zu viel. Sie krankt nicht an ihrem Versagen, sondern am Übermaß ihrer Macht. Ihre Krise ist kein Zeichen von Schwäche, sondern allein das Fieber eines nie dagewesenen technischen Erfolges. (...) Der moderne Arzt muß sich heute fühlen wenn nicht wie Gott selbst, dann zumindest wie ein Erzengel."[1] Wer aber kennt sich aus im Denken von Erzengeln? Und vor allem und weniger abstrakt: Wer bezahlt eigentlich Erzengel?

Ethik ist typisch menschlich: Das nicht festgestellte Tier braucht reflektierte Feststellungen der Haltung und des Verhaltens. Es geht also um Begründungen und Anwendungen normativer Einsichten. Die theologische Ethik reflektiert auf dem Hintergrund des biblisch-christlichen Gottesbegriffs auf das Nicht-Notwendige, mithin auf die Strukturen und Konditionen menschlicher Freiheit. Es braucht demnach im eigentlichen Sinn keine Ethik der Nahrungsaufnahme, wohl aber eine Ethik der Technik und der Medizin. Dies gilt verschärft für eine sozialethisch interessierte theologische Ethik, die Bedingungen und Institutionen eines sozialen Rechtsstaates reflektiert: Wo liegen stillschweigende Voraussetzungen, wie z.B. das Tötungsverbot für menschliche Personen, wo stehen Grundwerte und Grundrechte an der Basis des menschlichen Zusammenlebens, wie werden Grundrechte anerkannt oder zugeteilt? Ohne Zweifel bildet das Leben zwar nicht den höchsten, wohl aber den fundamentalsten menschlichen Wert als Prämisse jeglichen möglichen Verhaltens. Das gute Leben ist seit Aristoteles stillschweigend – und mit gutem Recht! – zur nicht hinterfragten ethischen Grundnorm aufgestiegen. Mithin gehört auch der Wert der Gesundheit zu den fundamentalen Grundrechten, denn physische und psychische Gesundheit bilden eine Möglichkeitsbedingung des guten Lebens. Es gehört zu den Grundforderungen der Gerechtigkeit, jedem das Seine zu geben, und das heißt zunächst: jedem die Möglichkeit zu geben, in Gesundheit ein gutes Leben zu führen. Die Medizin erkennt das traditionell im hippokratischen Eid an mit dem klassischen Formalprinzip: salus et voluntas aegroti suprema lex – Das Heil und der Wille des Kranken ist oberstes Gesetz! Wohlgemerkt: Ursprünglich ist hier vom umfassenden Heil, nicht von einem Gesundheitsstatus die Rede! Dieser war in Zeiten der vortechnischen Medizin ohnehin eine Chimäre. Seit der rasanten Entwicklung der Medizintechnik aber verwandelt sich der Arzt zunehmend in das bloß ausführende Organ der technisch möglichen optimalen Medizin. In postmoderner Fassung findet sich das klassische Axiom wieder in der Erklärung der WHO von 1976 zum Grundrecht der größtmöglichen Ge-

[1] *Jonas* (1985), S. 47.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

sundheit. Damit aber ist nicht nur der ursprünglich weitgefasste Begriff „salus" endgültig auf Gesundheit zurückgeschrumpft, sondern hinzu kommt das quantifizierende Adjektiv „größtmöglich". Bereits hier stellt sich die auch bei Friedrich Breyer[2] schon angedeutete Frage nach der Lebensqualität, die sich aus Lebenslänge und Lebenstandard zusammensetzt und nicht einfach auf Quantität reduziert werden kann. Geschieht dies aber, so scheint endgültig der Medizintechnik alle Definitionshoheit über optimale Gesundheit zuzukommen, und der Sozialstaat sieht sich in die Rolle des bloßen Erfüllungsgehilfen gedrängt, ohne indes zugleich über genügende finanzielle Souveränität zu verfügen. Demgegenüber ist in der Tat zu unterstreichen, dass moralische Notwendigkeit und ökonomische Vertretbarkeit sozialethisch kongruent gehen in der Frage nach Kriterien der Güterabwägung – immer freilich den fundamentalen und unverfügbaren Wert menschlichen Lebens vorausgesetzt! Medizin ist in dieser Sicht der kostspielige Versuch, das menschliche Leben zu verlängern, krankheitsbedingtes Leid zu mindern und die „salus aegroti" zu fördern. Geschieht dies in Form einer Solidarversicherung, so ist ethisch und ökonomisch ein effizientes Verfahren geboten. Gerechtigkeit und Effizienz verschränken sich. Prioritäten werden gesetzt, Einsparpotenziale genutzt. Dabei sind grundsätzlich endogene Strategien der Rationalisierung von exogenen Strategien der Rationierung zu unterscheiden: „Rationierung ist das Vorenthalten wirksamer, von den betroffenen Patienten prinzipiell gewünschter medizinischer Maßnahmen. Rationalisierung beschreibt die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, das Sparen am Unnützen."[3] Theologisch-ethisch steht insbesondere die Rationierung zur Debatte: Nach welchen Kriterien wird von wem verweigert, was prinzipiell gewünscht wird? Es geht demnach um Marktlenkung nach bestimmten, im demokratischen Diskurs festzulegenden transparenten Kriterien ethischer Reflexion. Das aber heißt auch: Rationierung ist ein Mittel der Güterabwägung, individualethisch also der Abwägung zwischen Lebensgüte und Lebenslänge, sozialethisch der Abwägung von finanziellen Solidaraufwendungen und individuellen Eigeninteressen und Präferenzen. Um jeder Illusion vorzubeugen, gilt es allerdings auch festzuhalten: „Rationiert wurde im deutschen Gesundheitswesen schon immer. Die Rationierung betraf anfangs allerdings relativ unbedeutende, konsumnahe und preiswerte Leistungen. Das Gewicht verschiebt sich allerdings immer mehr in Richtung lebensnotwendiger und ausgabenintensiver medizinischer Leistungen"[4] Je mehr der fundamentale Wert des Lebens berührt wird, desto stärker ist der ethische Rechtfertigungsdruck für rationierte Leistungen, desto fragiler auch wird die sozialstaatliche Balance zwischen Gleichheit und Gerechtigkeit. „Für das Leben ist jeder Kaufpreis zu hoch" heißt es in

---

[2] *Breyer*, in diesem Band, mit der Feststellung, man könne „sich zwar ein schöneres, aber kein längeres Leben kaufen".

[3] *Kopetsch* (2001), S. 23.

[4] *Ders.*, S. 25.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Psalm 49 – seit dem Alten Testament ist diese bittere Erkenntnis nicht zustimmungspflichtig. Für den nachfolgenden Wert der Gesundheit jedoch, darf kein solidarisch verbürgter und individuell beanspruchter Preis zu hoch sein. Wer dies bezweifelt, gerät automatisch in Erklärungsnotstand.

B. Prämissen zukünftiger Gesundheitsfürsorge

Die Morbiditätsentwicklung der Zukunft wird entscheidend von der Altersentwicklung und Alterstruktur der Bevölkerung geprägt. Die anfallenden Kosten der Pflege und der Intensivmedizin steigen rasant an.[5] Der medizinisch-technische Fortschritt zielt auf Vermeidung, Heilung und Linderung von Krankheiten, auf die Wiederherstellung physischer und psychischer Funktionsfähigkeit und somit auf die Verminderung des vermeidbaren Todes. Daraus folgt – als „Januskopf" des medizinischen Fortschritts![6] – ein grundsätzlich ungedeckter immenser Bedarf an Gesundheitsleistungen, denn der ständig beschleunigte technische Fortschritt der Medizin schafft Bedarf, der zunächst nach Deckung verlangt. Dieser Bedarf schafft sich – anders als in der Planwirtschaft! – in einer marktwirtschaftlich strukturierten Gesellschaft ein parallel unendlich anwachsendes Angebot. Wird nun diese marktwirtschaftliche Komponente von Angebot und Nachfrage mit planwirtschaftlichen Elementen verknüpft – allgemeines Recht auf Gesundheit als Recht auf optimale Angebotsnutzung! –, so kann das System finanziell implodieren. Insbesondere die Verknüpfung von medizinischem Fortschritt und Altersanstieg lässt den Gesundheitsbedarf ansteigen. Daraus entsteht die ethische Frage nach gleicher und gerechter Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen einer liberalen Gesellschaft.[7] Es steht zu vermuten, dass diese Frage entweder marktwirtschaftlich (mit subsidiären Solidarleistungen) oder planwirtschaftlich gelöst werden kann, nicht aber in einem gemischten System. Hinzu kommt verschärfend in der postmodernen westlichen Gesellschaft ein soziologischer Strukturwandel, der unbemerkt einen Paradigmenwechsel nach sich zieht: Eine wachsende Singularisierung[8] geht mit einer Vergesellschaftlichung der Ansprüche im Gewand des Solidarismus einher. Man könnte auch anders formulieren: Aus der christlichen Ethik der Nächstenliebe wird die säkulare Pflicht der Fernstensolidarität! Oder noch schärfer und in Erinnerung an das biblische Gleichnis vom barmherzigen Samariter ausgedrückt: Wenn jeder das Recht hat, sich in den Straßengraben solidarischer Ansprüche zu legen, gerät der institutionalisierte Sozialstaatssa-

---

[5] *Salomon* (1991).

[6] *Arnold* (1998), S. 308–318.

[7] *Charlesworth* (1997), S. 131–197.

[8] *Hradil* (1995).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

mariter an die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit! Singlehaushalte haben im Krankheitsfall keine Familienunterstützung und fordern einen massiven Ausbau professioneller Hilfen, die wiederum höhere Kosten verursachen. Zugleich wächst die strukturelle Ungerechtigkeit zwischen Familien und Single-Haushalten. Hier ist aus Sicht der theologischen Ethik zwar nicht ein Werteverfall zu beklagen, wohl aber ein Wertewandel zu unterstreichen: Dieser Wandel setzt in der Postmoderne unter dem Signum des Wohlfahrtstaates klassischer Tradition ein, so dass die Vorteile des Individualismus genutzt, die Nachteile hingegen stillschweigend solidarisiert werden. Riskante Lebensweisen werden zunehmend auf die Solidarsysteme abgewälzt; eine strukturell wachsende Ungleichheit und Segmentierung der Lebensentwürfe wird durch solidarsystemische Gleichheit kaschiert. Dem voraus geht die Verwandlung des barmherzigen Samariters zum bezahlten Krankenpfleger im Zuge der Industrialisierung: Konnte diese Verwandlung zunächst noch infolge der Gründung christlich inspirierter – und christlich unterbezahlter! – Ordensgemeinschaften verborgen bleiben, so zeigt sie wiederum in säkularen, nationalen und arbeitsteilig-komplexen Gesellschaften ihr kostenexplosives Gesicht: Das Recht auf Gesundheit korrespondiert mit der Pflicht zur Arbeit. Statt Haftung, wie noch in den Anfängen einer Krankheitsversicherung im 18. Jahrhundert, gilt nun die schrankenlose Solidarität des 19. Jahrhunderts mit der Ausweitung der Sicherung auf Invalidität und Rentenalter: „Ursprung und Grundlagen der Verantwortung verlagern sich vom Individuum auf die Gesellschaft!"[9] Zudem expandiert in entwickelten Volkswirtschaften der Bedarf an Gesundheitsfürsorge weitaus schneller als das Bruttoinlandsprodukt wächst.[10] Hinzu kommt infolge der Ablösung einer klassischen Industriegesellschaft: Die Sozialversicherungen, und damit auch die Gesetzliche Krankenversicherung, werden kontinentaleuropäisch nahezu ganz aus dem zunehmend schwächer werdenden Arbeitseinkommen finanziert, näherhin aus den klassischen Arbeitslöhnen. Dadurch entstehen erhebliche finanzielle und standortökonomische Nachteile, insbesondere in Zeiten globalisierten Wettbewerbs! Insgesamt kann zusammenfassend von vier Schockwellen im Feld der öffentlichen Gesundheit gesprochen werden: demographisch, ökonomisch, technologisch, ökologisch.[11]

C. Ethische Organisation des sozialstaatlichen Gesundheitswesens

Jede Sozialpolitik gilt zunächst – und parallel zur Forderung einer ethischen Reflexion! – als eine vernünftige Investition, und zwar sowohl politisch wie

[9] *Ewald* (1998), S. 9.
[10] *Neubauer* (1993), S. 111–128.
[11] *Halbfas* (2000), S. 162.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

auch ökonomisch. Ein solidarisches Gesundheitssystem wird als notwendig auch in postmodernen und postindustriellen Gesellschaften angesehen, soll eine Gesellschaft nicht in unverbundene und sozial höchst ungleiche Segmente zerfallen. Sozialer Friede und leistungsfähige Menschen sind unerlässliche Voraussetzung jeder komplexen Wirtschaft; der Sozialstaat bildet in dieser Sicht ein unerlässliches „Sicherheitsnetz" für individuelle Wagnisse: „Politisch gesehen hängt die Unterzeichnung des demokratischen Gesellschaftsvertrags davon ab, dass mit der Etablierung einer Marktwirtschaft auch die Einrichtung eines Sozialstaates vorgesehen wird."[12] Ein Umbau des Gesundheitssystems ist des ungeachtet notwendig und zwar zur Korrektur systemimmanenter Mängel. Es geht mithin um eine optimale Verbindung von Solidarcharakter (als Gleichheit) und Wettbewerb (als Freiheit) im modernen Gesellschaftsvertrag. Dies entspricht durchaus dem Modell einer „weichen" Rationierung[13] expliziter Fassung[14]. Auf der Seite der Nachfrage heißt dies: Zur Abwehr der latenten Gefahr einer „Vollkasko-Mentalität" braucht es eine stärkere Differenzierung des Leistungskataloges in solidarsystemische Regel- oder Grundleistungen und wettbewerbliche Wahlleistungen mit Kriterien der Lebensquantität, Lebensqualität, Freiheit der Kunden. Nichterwerbstätige Ehepartner, die weder Kinder noch Pflegebedürftige betreuen, sollten ab einem gewissen Einkommen eigene Krankenversicherungsbeiträge zahlen. Dadurch gelänge eine Schärfung des individuellen Kostenbewusstseins und zugleich eine individuelle Wahl unterschiedlicher Optionen im Feld der Gesundheit. Dazu sollte zur besseren Transparenz der tatsächlichen Kosten ein Aufschlag der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung auf die Bruttolöhne der Arbeitnehmer erfolgen. Auf der Seite des Angebots hingegen stellt sich grundlegend das „moral-hazard-Problem", die Gefahr der Verschwendung knapper Ressourcen. Eine Reduzierung des kassenärztlichen Monopols auf Rahmenleistungen, ein ethisch abgefedertes Krankenhausmanagement und bessere Vernetzung von Patientendaten scheinen erste Lösungsansätze zu bieten. Ein solcher Lösungsansatz wird in der Tat den Rahmen solidarischer Zuteilung mit wettbewerblicher Rationierung verbinden. Dazu braucht es freilich eine explizite Definition der medizinischen Grundversorgung von Seiten der Politik und nicht einfach von Seiten des freien Marktes, und dies als Antwort auf das Grundrecht der Gesundheit, das jedoch nicht länger als Maximalrecht optimaler Form definiert werden kann. Somit bleibt der solidarische Finanzierungsmodus der Gesetzlichen Krankenversiche-

---

[12] *Schramm* (1997), S. 234.

[13] Vgl. *Breyer* in diesem Band: „Rationierung heißt „hart", wenn ein privater Zukauf auf einem Markt gesetzlich ausgeschlossen ist, und „weich", wenn ein solcher Zukauf erlaubt ist". Vgl. auch *Breyer/Kliemt* (1994).

[14] Vgl. *Breyer* in diesem Band: „Die Gesellschaft legt genaue und transparente Richtlinien fest, welche Personen unter welchen Voraussetzungen welche medizinischen Leistungen von der Sozialversicherung beanspruchen können".

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

rung für die medizinische Regelversorgung erhalten. Freilich muss auch die Solidarität ihrerseits nochmals in Gleichheit organisiert sein: Eine Ausweitung der Pflichtmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung für alle Bürger erscheint konsequent.[15] Zur Förderung des Wettbewerbs braucht es eine Wahlfreiheit der gesetzlichen Kassen. Mit Hinblick auf die Krise der klassisch industriellen Erwerbsarbeit wird man freilich auch über eine neu Bemessungsgrundlage über Erwerbsarbeit hinaus nachdenken müssen, etwa auf Mieteinkommen oder Kapitaleinkommen, sofern keine steuerfinanzierte Krankenversicherung gewollt ist. Eine sozialstaatliche Rationierung im Gesundheitswesen kann es weder im monetären Klassensystem, noch im sozialen Wertesystem, noch im utilitaristischen Kosten-Nutzen-Kalkül geben, sondern ethisch gerecht nur von der Planungsebene absteigend. Die einzige Möglichkeit, komplexe soziale Gerechtigkeit zu erhalten, ist die „statistische statt individuelle Rationierung"[16]. Damit muss dann allerdings auch, wie bei der Reform des schwedischen Gesundheitssystems,[17] die Unterscheidung zwischen ethischer, politischer und klinischer Verantwortung und auf dieser Grundlage die Verteilung knapper Ressourcen einhergehen. Die eigentliche Schwierigkeit freilich dürfte in der Ausgestaltung eines Kataloges der Ausgrenzung pflichtversicherter Leistungsbereiche liegen, und hier nochmals im Feld der gentechnischen und prädiktiven Medizin. Die zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer hat auf die Notwendigkeit transparenter Verfahren und die Einrichtung kompetenter Institutionen hingewiesen, zugleich aber auch die Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzipes in der Krankenversicherung als Hilfe zur Selbsthilfe gefordert.[18] In der Tat scheint das gerühmte Prinzip der Subsidiarität im Bereich der Solidarversicherungen bislang noch ein Schattendasein zu fristen.

D. Ethische Herausforderung: Gesundheitsversicherung statt Krankenversicherung?

Die moderne Medizin kann nicht nur mehr, als sich ein funktionierender Sozialstaat in Zukunft in Form solidarischer Pflichtversicherung wird leisten können, sie kann auch mehr, als derzeit vorstellbar ist. Insbesondere kommt es im Bereich der gentechnischen Medizin derzeit zu einem Paradigmenwechsel: Nicht nur entsprechen etwa für die Präimplantationsdiagnostik und die pränatale Diagnostik der Analyse kaum Therapiemöglichkeiten – außer der Abtreibung! – , sondern auch die prädiktive Diagnostik führt zur unbemerkten Neu-

[15] *Oberender* (1994), S. 144.
[16] *Krämer* (1996), S. 656.
[17] *Bischofberger* (1995), S. 242–246.
[18] *Dokumentation* (2000), S. 143–146.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

fassung des Begriffes von Gesundheit. Gesund im Sinn der neuen Technologie könnte „genetisch ohne Befund" heißen. Demnach wäre gesund, wer in den genetisch festgelegten Eigenschaften der Norm entspricht oder sie überbietet. Wie verhält es sich bei genetisch Nicht-Gesunden mit der gesetzlichen Pflichtversicherung? Und weiter: Es steht zu befürchten, dass als Folge von pränatalen Diagnostikprogrammen Eltern zunehmend unter Druck geraten, eine optimale genetische Gesundheit des Kindes zu gewährleisten. Die Medizin geriete gänzlich in den Sog einer umfassenden Gesundheitsversicherung. Dem ist aus theologisch-ethischer Sicht entschieden zu widersprechen: Es braucht eine neue gesamtgesellschaftliche Definition des Gesundheitsbegriffs, der spätestens im Zeitalter der Gentechnik und des Human-Genom-Projektes bisher unbekannte Horizonte berührt. Aus christlicher Sicht gilt es festzuhalten: „Gegen den Optimierungswahn müssen die Menschen mehr lernen, mit einer bedingten Gesundheit zu leben."[19] Eine Krankenversicherung rechnet immer mit der Krankheit einer lebenden menschlichen Person. Eine Vermeidung jedweder Krankheit um den Preis des Lebens einer Person, einen Zwang zur optimalen Gesundheit durch Abtreibung, therapeutisches Klonen oder Keimbahntherapie darf um der Würde der menschlichen Person willen nicht zum leitenden Paradigma werden. Oder schärfer ausgedrückt: Medizin und Krankenversicherung kurieren am Symptom „Mängelwesen Mensch" – die Ursache zu beheben, nämlich das Mängelwesen vorgängig zu vermeiden oder auf Kosten von menschlichen Individuen zu verbessern, ist ihnen verwehrt. Der Mensch darf nicht zur technischen Verfügungseinheit einer genetischen Verbesserung der Menschheit werden. Die Unverfügbarkeit menschlicher Existenz und ihrer Person würde ist daher der nicht hintergehbare Referenzpunkt für den demokratischen Rechtsstaat. Dies aber wirft auch die ethische Frage nach der Zwangsfinanzierung pränataldiagnostischer Verfahren auf, die „keine sinnvollen therapeutischen Interventionen zulassen."[20]

E. Theologisch-ethische Nachüberlegung

Eindeutig verschiebt sich in säkularen Gesellschaften der Wert der Gesundheit deutlich hin zum Ideal der Leidfreiheit, ja bis hin zur weitgehenden Verdrängung des öffentlichen Todes. Die moderne Hospizbewegung ist auch eine Antwort auf diese Entwicklung. Ethisch inspirierte Politik, die mehr sein will als billige Tagespragmatik, darf ein öffentliches Gesundheitssystem nicht in den Ruch endloser Lebenserhaltung um den Preis ständiger Todesverdrängung bringen.[21] Jenseits gleicher Grundrechte gilt es auch hier den weitsichtigen Ge-

[19] *Arntz* (2000), S. 295.
[20] *Kliemt* (1996), S. 104.
[21] *Salomon* (1996), S. 315–327.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

danken Odo Marquards vom heilenden Charakter des „kompensatorischen Glücks“ in den öffentlichen Diskurs zu bringen; freilich gilt auch: „zuweilen verdecken Kompensationen, statt zu heilen, nur, dass geheilt werden müsste: das ist dann selber ein Unglück.“[22] Jedoch bleibt stets zu fragen nach den ökonomischen und ethischen Kosten des Heilens, und dies nicht zuletzt im Blick auf die Möglichkeiten moderner Gentechnik! Vor der ökonomischen Frage steht das ethische Problem der Bewältigung von Endlichkeit, mithin das fundamentalethische Problem von absoluter Gesundheit und absolutem Glück: „Es ist nötig, die Medizin von solch pseudokritischem Absolutheitsdruck zu entlasten, und es ist – auch dafür – wichtig, daß die Menschen auf absolute Ansprüche verzichten und – wieder – endlichkeitsfähig werden.“[23] Diese vorgängige Entlastung von Medizin und Ökonomie von falschen Erwartungen ist auch eine Frage der Gerechtigkeit und ist nicht zuletzt eine Aufgabe kirchlich-theologischer Ethik. Völlig zu Recht warnt der kanadische Philosoph Charles Taylor in diesem Zusammenhang vor einem „Triumph des Therapeutischen“ als einem „Abdanken der Autonomie“ des eigenverantwortlichen Menschen mit je unterschiedlichen Prioritäten und Lebensentwürfen, „wobei der Verfall überlieferter Maßstäbe in Verbindung mit dem Vertrauen in die Technik dazu führt, daß die Menschen aufhören, sich im Hinblick auf das Glück, die Erfüllung und die Art der Kindererziehung auf die eigenen Instinkte zu verlassen. Dann nehmen die „Fürsorgeberufe“ das Leben dieser Menschen in die Hand“[24] Vorsorge wird unbemerkt zur Fürsorge mit höchst säkularen Parametern von Leidfreiheit und Lebensverlängerung. Weit davon entfernt, einem unseligen Dolorismus im Namen des Kreuzes das Wort reden zu wollen, gilt es doch daran zu erinnern, dass Gesundheit vom lateinischen Begriff „salus“ hergeleitet ist, und somit zu verstehen „nicht als das Fehlen von Krankheiten, sondern vielmehr als die Kraft und Fähigkeit, mit Krankheiten und Behinderungen zu leben.“[25] Erst infolge solcher Lebensfähigkeit gewinnt ein Leben seine innere unverwechselbare Qualität, die weit mehr umgreift als eine bloße Quantität des Überlebens.[26] Es ist eine zentrale Aufgabe der theologischen Ethik, auf der Grundlage des christlichen Gottesbegriffs auf diese umfassende Sicht menschlichen Lebens aufmerksam zu machen und damit einer schleichenden Immanentisierung von Bedürfnisansprüchen zu wehren. Auf Dauer wird kein Finanzierungssystem ein prinzipiell unbegrenztes Bedürfnis nach umfassender Gesundheit befriedigen können. In dieser Sicht fordert die Ethik eine Rationie-

---

[22] *Marquard* (1995), S. 36.

[23] *Marquard* (1994), S. 108.

[24] *Taylor* (1999), S. 878, mit dem Hinweis auf *P. Rieff* (1966): The Triumph of the Therapeutic, New York, und auf *C. Lasch* (1980): Das Zeitalter des Narzißmus, München.

[25] *Giertler* (1998), S. 31.

[26] *Arntz* (1996).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

rung um des Menschenbildes willen: kompensatorisches Glück und kompensatorische Gesundheit gehen mit einer rationierten Krankenversicherung einher. Nicht jeder Anspruch des Individuums ist solidarsystemisch abzusichern; das gute Leben ist nicht identisch mit der möglichst schmerz- und leidfreien Lebenslänge. Wo dieses Bewußtsein dauerhaft schwindet, zerfällt ein wesentlicher Grundkonsens der Gesellschaft – lange bevor eine wesentliche Grundfinanzierung zerfällt.

Literatur

Arnold, M. (1998): Die Janusköpfigkeit des medizinischen Fortschritts, in: Universitas 53, S. 308–318.

Arntz, K. (1996): Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moraltheologie, Münster.

– (2000): „Jetzt wächst zusammen, was zusammengehört!" Ethische Fragen im Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 46, S. 287–298.

Bischofberger, E. (1995), Prioritätensetzung im schwedischen Gesundheitssystem, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 41, S. 242–246.

Breyer, F. / *Kliemt,* H. (1994): Lebensverlängernde medizinische Leistungen als Clubgüter? Ein Beitrag zum Thema „Rationierung im Gesundheitswese", in: K. Homann (Hrsg.): Wirtschaftsethische Perspektiven I. Theorie, Ordnungsfragen, Internationale Institutionen, Berlin, S. 131–158.

Charlesworth, M. (1997): Leben und Sterben lassen. Bioethik in der liberalen Gesellschaft, Hamburg.

Dokumentation der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zu Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (2000): in: Sozialer Fortschritt 49, S. 143–146.

Ewald, F. (1998): Die Rückkehr des genius malignus: Entwurf zu einer Philosophie der Vorbeugung, in: Soziale Welt 49, S. 5–24.

Giertler, R. (1998): Medizin im Umbruch der Sozialstruktur, in: Renovatio 1–2, S. 30–31.

Halbfas, M. (2000): Die Zukunft der Medizin – Anlaß zu Hoffnung?, in: Orientierung 64, S. 162–168.

Hradil, S. (1995): Die „Single-Gesellschaft", München.

Jonas, H. (1985): Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt a. M.

Kliemt, H. (1996): Pränataldiagnostik und genetisches Screening im freiheitlich-demokratischen Rechtsstaat, in: Jahrbuch für Recht und Ethik 4, S. 99–111.

Kopetsch, T. (2001): Zur Rationierung medizinischer Leistungen: Ein Modell für die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 50, S. 20–29.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Krämer, W. (1996): Leben um jeden Preis? Rationierung im Gesundheitswesen, in: Universitas 51, S. 647–657.

Marquard, O. (1994): Medizinerfolg und Medizinkritik, in: Ders. (1994): Skepsis und Zustimmung, Stuttgart, S. 99–109.

– (1995): Glück und Unglück. Zur Theorie des indirekten Glücks zwischen Theodizee und Geschichtsphilosophie, in: Ders. (1995): Glück im Unglück, München, S. 11–38.

Neubauer, G. (1993): Wie krank ist das Gesundheitswesen?, in: Rauscher, A. (Hrsg.): Probleme der sozialen Sicherungssysteme, Köln, S. 111–128.

Oberender, P. / *Herborn,* A. (1994): Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Kosteninfarkts, Frankfurt a. M.

Salomon F. (1991): Leben und Sterben in der Intensivmedizin. Eine Herausforderung an die ärztliche Ethik, Lengerich.

– (1996): Dem Tod keinen Raum geben? Ärztliches Handeln zwischen Lebenserhaltung und Todesverdrängung, in: Stimmen der Zeit 214, S. 315–327.

Schramm, M. (1997): Umbau des sozialstaatlichen Gesundheitssystems, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43, S. 233–244.

Taylor, C. (1999): Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität, Frankfurt a. M.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Gesundheit nicht um jeden Preis

Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht[1]

Von Ulrich H. J. Körtner

A. Die Medizin vor der Sinnfrage

Alles hat seinen Preis – so lautet ein Grundsatz der Ökonomie – , auch die Gesundheit. Vom Preis der Gesundheit, den Kosten und dem Nutzen des Gesundheitswesens, ist freilich nicht nur in ökonomischer, sondern auch in übertragener Hinsicht zu sprechen. Gegenwärtig wird die gesundheitspolitische Diskussion vor allem durch medizinökonomische Fragen bestimmt, durch den Streit um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems und die Interessenskonflikte zwischen der Ärzteschaft, den Apothekern und der Pharmaindustrie, den Krankenkassen, Krankenhausträgern und politischen Entscheidungsträgern. Diskutiert werden die Zukunft des Solidarsystems und die gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie der finanziellen Lasten, Probleme also der sogenannten Allokation, der ökonomischen und sozialen Gerechtigkeit. So gewichtig diese politischen und ökonomischen Streitfragen auch in medizinethischer Sicht sind[2], so kurzsichtig wäre es, sich ihnen unmittelbar im Sinne einer angewandten Ethik zuzuwenden, ohne die mit ihnen verbundenen Grundsatzfragen aufzuwerfen. Die ökonomische Frage nach einem ausgewogenen Verhältnis der Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen kann nicht abgesehen von der Frage nach den allgemeinen Zielen heutiger Medizin und ihrem gesellschaftlichen Stellenwert beantwortet werden. Die ganze Diskussion greift zu kurz, solange lediglich unter den Schlagworten der Rationalisierung

---

[1] Vortrag auf der Tagung „Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens", die vom 6.–8. Dezember 2000 in der Akademie Franz-Hitze-Haus in Münster stattfand. Die Abschnitte A–D des Textes basieren auf meiner Veröffentlichung: *Körtner* (1999b).

[2] In Deutschland hat sich die Diskussion in jüngster Zeit v. a. an einem Beitrag von O. Höffe entzündet. Siehe *Höffe* (1998), die Repliken von *Dabrock* (1999), *Jähnichen* (1999), *Stierle* (1999) und *Frey* (1999), sowie die Entgegnung von *Höffe* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

und Rationierung nach der *Effizienz*, nicht aber nach dem *Sinn* des Ganzen gefragt wird. Die gesundheitspolitischen und medizinökonomischen Auseinandersetzungen haben insofern ihr Gutes, als sie Medizin und Gesellschaft mit der allzu gern verdrängten Sinnfrage konfrontieren.

Dann aber stellt sich die Frage nach Kosten und Nutzen der Medizin in einem übertragenen, besser gesagt viel elementareren Sinn, nämlich als Frage nach ihrem *Wozu*.[3] Vor dem ökonomischen Begriff des Wertes und der Wertschöpfung hat der ethische Begriff des Wertes zu stehen. Denn alles medizinische Handeln richtet sich auf Krankheit und Gesundheit, bei denen es sich keineswegs um rein biologische oder naturwissenschaftlich-pathologische Kategorien, sondern in erster Linie um Wertbegriffe handelt, deren Gehalt von individuellen, gesellschaftlichen und auch religiösen Prämissen und Deutungsmustern abhängt.[4] Gesundheit ist ein individuelles und gesellschaftliches Gut, das keineswegs nur seinen ökonomischen, sondern auch seinen Preis auf der Ebene individueller und gesellschaftlicher Sinnfindung und somit auf der Ebene zwischenmenschlicher Beziehungen hat.

Wichtig, aber immer noch unzureichend ist die häufig gestellte Frage, ob die Medizin darf, was sie heute kann. So gewiss nicht der Zweck jedes Mittel heiligt, steht doch die Frage nach dem Wozu vor jeder Frage nach dem möglichen Ob und Wie. Diese Frage aber wird in unserer Gesellschaft, selbst unter dem Druck realer oder vermeintlicher Sparzwänge im Gesundheitswesen weithin verdrängt. Solange sie nicht wirklich gestellt wird, bleiben alle Debatten darüber, ob die moderne Hochleistungsmedizin darf, was sie kann, Scheingefechte.[5] Solange die ethisch-wertmäßigen Grundlagen des Systems nicht zur Diskussion gestellt werden, kann systemimmanent die Antwort nur lauten, dass die Medizin im Einzelfall nicht nur tun *darf*, sondern sogar tun *muss*, was sie kann, wollen sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht der Gefahr aussetzen, im Zweifelsfall wegen fachlicher Inkompetenz oder unterlassener Hilfeleistung kritisiert und unter Umständen sogar gerichtlich belangt zu werden. Die Hochleistungsmedizin muss tun, was sie kann, solange sie im Teufelskreis der von ihr selbst geweckten und sich immer weiter steigernden Erwartungen gefangen bleibt, mit denen ihr die Patienten entgegentreten.

Der hohe Erwartungsdruck schlägt sich nieder in einer extremen Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, der äußerst ambivalent ist. Einerseits dient die Ausdehnung der Patientenrechte der unbedingt zu begrüßenden Stärkung ihrer Autonomie. Andererseits führt er zu einer „Defensivmedizin"[6], bei

---

[3] Vgl. dazu u. a. *Piechowiak* (1987).

[4] Siehe dazu ausführlich *Körtner* (1998), S. 53 ff. (Kap. 3).

[5] Vgl. *Frey* (1998).

[6] Vgl. *Honnefelder* (1998), S. 654.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

welcher der Arzt mehr bemüht ist, die medizinisch falschen Handlungen zu vermeiden als die richtigen Maßnahmen zu ergreifen. Von einer Defensivmedizin kann man aber auch insofern sprechen, als die Hochleistungsmedizin vor dem – von ihr selbst geförderten! – Anspruchsdenken die Flucht nach vorn antritt und den Spielraum ihrer Handlungsmöglichkeiten durch weiteren technischen Fortschritt auszudehnen versucht. Der kostenintensive Fortschritt in Diagnostik, Therapie und Prävention verschärft abermals die Problematik der Allokation, d. h. knapper Ressourcen und ihrer gerechten Bewirtschaftung, erhöht also nochmals den Handlungs- und Entscheidungsdruck im Bereich ärztlichen Handelns.

Vor der Frage nach den Grenzen verantwortbaren medizinischen Handelns hat also diejenige nach seinen Zielen zu stehen. Nur wenn die elementare Frage nach dem Selbstverständnis der Medizin, d. h. aber auch nach den sie leitenden Begriffen von Krankheit und Gesundheit gestellt wird, lassen sich auch die Grenzen medizinischen Handelns und ärztlicher Verantwortung bestimmen. Vom Sinn medizinischen Handelns ist nochmals die für den betroffenen Menschen unabweisbare Frage nach dem Sinn von Gesundheit und Krankheit, Behinderung und Leiden, Geburt und Tod zu unterscheiden. Sie aber kann von der Medizin nicht beantwortet werden, es sei denn um den Preis ihrer Überhöhung zu einer Heilslehre, der von der Gesellschaft die alleinige Definitionsmacht über das Menschsein eingeräumt wird. Sonst aber markiert vor allen ethischen oder juristischen Grenzziehungen die Frage nach dem Sinn des Leidens die Grenzen der Medizin. Sie stößt dort an ihre Grenzen, wo sie gerade auf Grund ihres Erfolges in Aporien gerät, welche die Sinnhaftigkeit ihres Tuns in Frage stellen.[7]

B. Krankheit und Gesundheit

Die Medizin ist weder eine reine Naturwissenschaft, noch eine Geisteswissenschaft, sondern eine praktische oder Handlungswissenschaft.[8] Zielsetzung und Anlass medizinischen Handelns werden durch die Begriffe „Gesundheit" und „Krankheit" benannt. „Gesundheit" ist die teleologische, „Krankheit" die legitimatorische Kategorie der Medizin.[9] Beide Begriffe lassen sich aber nicht rein medizinisch definieren und unterliegen kulturellen und geschichtlichen Veränderungen. Auch differiert die Sicht, welche Patient und Arzt von Krankheit und Gesundheit haben.

---

[7] Vgl. *Labisch/Paul* (1998), S. 636 f.

[8] Siehe dazu u. a. *Anschütz* (1987), *Uexküll/Wesiack* (1988), *Wieland* (1986).

[9] Vgl. *Labisch/Paul* (1998), S. 631.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Allgemein lässt sich die Erfahrung von Krankheit als Krise im menschlichen Dasein, als Beeinträchtigung oder Verlust selbstbestimmter Lebens- und Handlungsfähigkeit charakterisieren. Gesundheit bezeichnet demgegenüber das Wohlbefinden einer uneingeschränkten Vitalität und Aktionsfähigkeit. Gesundheit und Krankheit sind aber keine abstrakt-normativen, sondern relationale Begriffe, die in komplexer Weise subjektive und objektive Elemente in sich vereinen und sich wechselseitig erläutern. Was Krankheit ist, bestimmt sich im Gegensatz zur Gesundheit, was Gesundheit meint, umgekehrt im Kontrast zur Krankheit. Rein formal betrachtet verhalten sich Gesundheit und Krankheit zueinander wie Norm und Abweichung.[10] Doch worin die Norm und worin die Abweichung besteht, hängt vom jeweiligen Bezugssystem und Interpretationsrahmen ab.

Ihre normative Funktion üben die Begriffe „Krankheit" und „Gesundheit" nur aus, sofern sie in der Form eines Urteils auftreten, welches ein entsprechendes Handeln, genauer gesagt, eine entsprechende Interaktion zwischen Personen mit sozialen und ökonomischen Folgen nach sich zieht. Relevant wird die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit erst, wo jemand sich selbst für krank oder gesund erklärt oder aber von anderen für gesund oder krank erklärt wird. Dabei können die subjektive Selbsteinschätzung und die Fremdwahrnehmung voneinander abweichen, ohne dass man die Außenperspektive z. B. des Arztes einfach als rein objektive und die Binnenperspektive des Patienten als rein subjektive Sicht von Krankheit bzw. Gesundheit betrachten kann.

In jedem Fall vollzieht sich die Bestimmung von Krankheit und Gesundheit in zwischenmenschlicher Kommunikation, konkret in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die ihrerseits eingebunden ist in das gesellschaftliche Gesundheitssystem.[11] Entsprechend kann die konkrete Bestimmung von Krankheit und Gesundheit auf drei Ebenen erfolgen. Nach K. Jaspers ist es in erster Linie der Patient, welcher über das Vorhandensein von Gesundheit oder Krankheit befindet, da letztendlich er bestimme, wann er krank ist.[12] Nach V.v. Weizsäcker liegt die Feststellung von Krankheit und Gesundheit beim Arzt, der sich im Kommunikationsgeschehen ein Bild vom Kranken macht: „Ich nenne (!) den krank, der mich als Arzt anruft und in dem ich als Arzt die Not anerkenne. Für die Urteilsaussage „diese ist krank" ist „die bestimmende Kategorie": der Arzt."[13] Dieser ist freilich ebenso wie der Patient eingebunden in das medizinische Versorgungssystem einer Gesellschaft, so dass man mit gleichem Recht behaupten kann: „Der Krankheitsbegriff, so unscharf er auch immer sein mag und so sperrig er sich für die konkreten Abgrenzungsnotwendigkeiten ei-

[10] Vgl. *Canguilhem* (1977).

[11] Vgl. *Amelung* (Hrsg.) (1992), S. 19–53.

[12] Vgl. *Jaspers* (1953).

[13] *Weizsäcker* (1987), S. 13.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nes Versorgungssystems darstellt, wird, solange es die gesetzliche Krankenversicherung gibt, vom Versorgungssystem selbst definiert."[14]

Krankheit und Gesundheit sind also letztlich eine soziale Konstruktion, nicht ein objektiver biologischer Tatbestand. Allerdings ist die vollständige Ablösung des Krankheitsbegriffs von biologisch beschreibbaren organismischen Sachverhalten unhaltbar.[15] Andernfalls hätte eine naturwissenschaftlich fundierte Medizin kein Kriterium mehr, anhand dessen sie über ihre Zuständigkeit entscheiden könnte. Auch würden die theoretischen Voraussetzungen ihrer Methoden entfallen, deren Anwendung damit aber sinnlos bzw. völlig unkontrollierbar.

Gleichwohl steckt im Krankheitsbegriff ein erhebliches Dilemma der Medizin. Der Siegeszug der modernen Medizin beruht auf einer naturwissenschaftlichen Sicht von Krankheit, welche diese von der Person des Patienten und seiner individuellen Lebensgeschichte ablöst. Wurden Krankheiten in der Antike und noch im Mittelalter als persönlichkeitsspezifische, auch zeitlich und örtlich je besondere Gesundheitsstörungen betrachtet, als persönliches Schicksal, für das es eine metaphysische Begründung gibt, so entwickelte die Medizin im 19. Jahrhundert einen analytischen, von ontologischen oder metaphysischen Annahmen abgelösten Krankheitsbegriff.[16] Seine scheinbare naturwissenschaftliche Objektivität wird freilich durch ein dezisionistisches Element unterlaufen, muss doch der Beobachter, d. h. der die Diagnose stellende Arzt eine Entscheidung treffen, wann ein organischer Prozess tatsächlich pathologisch oder nur eine Variante des normal Physiologischen ist.

Die Feststellung von Krankheit und Gesundheit auf Grund ärztlicher Beobachtung erfolgt eben keineswegs zweckfrei, wie es idealtypisch bei einer theoretischen Wissenschaft der Fall ist (auch wenn selbst hier die Zweckfreiheit eine problematische Maxime ist), sondern immer schon aus der Handlungsperspektive, vorderhand mit der Absicht, die eigene Zuständigkeit zu reklamieren oder abzuweisen.[17] Handlungstheoretisch betrachtet enthält jede Diagnose ein konstruktives Element. Die Feststellung einer Krankheit ist kein analytisches, sondern ein synthetisches Urteil. Die ältere Vorstellung, wonach Krankheiten klar voneinander unterscheidbare substanzielle Einheiten sind, hat sich als unhaltbar erwiesen. An ihre Stelle sind mengentheoretische Modelle getreten.[18] Was die Krankheitsursachen betrifft, so sind iatromechanische monokausale Modelle inzwischen durch das Konzept der multifaktoriellen

---

[14] *Amelung* (Hrsg.) (1992), S. 36.

[15] Vgl. *Willi/Heim* (1986).

[16] Vgl. *Schipperges* (1980), *Rothschuh* (Hrsg.) (1978).

[17] Vgl. *Wieland* (1978).

[18] Vgl. *Feinstein* (1967).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Verursachung abgelöst worden.[19] Der von ihnen verwendete Begriff der Kondition unterscheidet nicht mehr zwischen Ursache und Bedingung. Der Ausbruch von Krankheiten ist also eine Frage der Wahrscheinlichkeit. Die Diagnose verhält sich darum zu Therapie und Prognose nicht einfach wie die Theorie zur Praxis oder Anwendung. Die Wahl der richtigen Therapie erfolgt keineswegs zwangsläufig aus der oft unsicheren und ungenauen Diagnose. Vielmehr wird die genaue Diagnose oft umgekehrt erst aus einer erfolgreich verlaufenen Therapie abgeleitet.

Zwischen medizinischer Krankheitslehre und Diagnostik auf der einen Seite und gesellschaftlichen Wertvorstellungen auf der anderen Seite besteht nun ein kompliziertes Wechselspiel. Die hierbei eingetretenen Veränderungen und Erweiterungen der Begriffe „Krankheit" und „Gesundheit" führen in der hochtechnisierten modernen Gesellschaft zu einer ständigen Ausdehnung der Reichweite medizinischer Verantwortung. Die Erfolgsgeschichte der modernen Medizin hat dazu geführt, dass diese im Bereich von Krankheit und Gesundheit – wenn auch nicht vollständig, so doch weitgehend – das Definitions- und Handlungsmonopol erlangt hat. Selbst die Definition von Leben und Tod wird inzwischen der Medizin übertragen, wie entsprechende Bestimmungen z. B. des deutschen Organtransplantationsgesetzes zeigen. Abweichende Deutungssysteme und Sinnwelten werden dementsprechend „nihiliert"[20] oder nur noch als Außenseiterpositionen wahrgenommen.

Die Definitionsmacht der modernen Medizin äußert sich in einer zunehmenden Pathologisierung von physiologischen und psychischen Zuständen, von Einzelpersonen und ganzen Bevölkerungsgruppen. Dadurch weitet die Medizin ihren Zuständigkeitsbereich fortwährend aus. Allerdings gibt es auch Beispiele für ihre Selbstbeschränkung. Erinnert sei z. B. daran, dass die WHO vor längerer Zeit die Homosexualität aus ihrer Liste der Krankheiten gestrichen hat. Zahlreiche Gegenbeispiele lassen sich dagegen aus dem Gebiet der Reproduktionsmedizin, der Genetik und der prädiktiven Medizin anführen. Sterilität gilt zunehmend als behandlungsbedürftige Krankheit, bis dahin, dass inzwischen der Rechtsanspruch auf die Übernahme der Kosten für eine In-Vitro-Fertilisation durch die Krankenkassen formuliert wird.

Mit der Ausweitung der medizinischen Interventionsmöglichkeiten und Zuständigkeitsansprüche wachsen also zugleich die Ansprüche des Einzelnen und der Gesellschaft an die Medizin. Gesundheit in einem denkbar weiten Sinne gilt heute als des Lebens höchstes Gut. Schon mit der Entwicklung einer hochindustrialisierten Gesellschaft „wurde Gesundheit vollends zu einem Begriff, der

[19] Vgl. *Rager* (1998), S. 646.

[20] Vgl. *Berger/Luckmann* (1969).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

die Gesellschaft durchdrang und gestaltende Kraft entfaltete. Gesundheit wurde eine allgemein verbindliche Lebens- und Verhaltensrichtlinie."[21]

In zweifacher Hinsicht ist sie ein wichtiges wirtschaftliches Gut. Zum einen dient sie der Erhaltung oder Wiederherstellung qualifizierter Arbeitskräfte. Zum anderen hat sich die moderne Hochleistungsmedizin zu einem wichtigen Segment der Volkswirtschaft entwickelt. „Die naturwissenschaftliche Medizin des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhunderts war gleichsam die reproduktive Nachhut der Industrialisierung. Die Medizin des ausgehenden 20. und frühen 21. Jahrhunderts ist demgegenüber zu einem Vorreiter im Wandel des Verhältnisses des Menschen zur Natur geworden."[22] Medizintechnik, Molekularbiologie und Gentechnologie sind Zukunftsbranchen der postindustriellen Gesellschaft. Darauf wird auch in den gegenwärtigen gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen immer wieder hingewiesen. Einsparungen im Gesundheitswesen entlasten einerseits die Krankenkassen, führen andererseits aber zum Verlust von Arbeitsplätzen im Dienstleistungssektor und zu Einsparungen in Sparten der Forschung und Entwicklung, die volkswirtschaftlich als Zukunftsmärkte gelten. Zwischen Forschung, Wirtschaft und Medizin besteht also ein enges Wechselverhältnis, das in der Debatte um Kostenreduktion im Gesundheitswesen nicht außer Acht gelassen werden darf.[23] Umso wichtiger ist es, die Diskussion über die Ziele der Medizin und ihren individuellen und gesellschaftlichen Nutzen zu intensivieren.

Neben ökonomischen Faktoren ist dabei auch der weltanschauliche Aspekt der Gesundheit zu berücksichtigen. In der modernen Gesellschaft ist Gesundheit ein geradezu religiöser Wert.[24] Mit ihm assoziieren die Menschen nicht nur – mit S. Freud gesprochen – Liebes- und Arbeitsfähigkeit, sondern eine religiös aufgeladene Utopie von Ganzheitlichkeit und Heil. Schon der Gesundheitsbegriff der WHO weist regelrecht utopische Züge auf. Er definiert Gesundheit nicht etwa nur als „Freisein von Krankheit und Gebrechen", sondern als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens"[25]. Zustimmung verdient diese Definition insoweit, als sie den für das vormoderne Gesundheitsverständnis grundlegenden Begriff der „integritas" aufgreift. Ein auf den somatischen Bereich reduziertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist in der Tat abzulehnen. Utopisch ist freilich die Ansicht, das Ziel medizinischen Handelns müsse die Herstellung eines Zustandes des Glücks und der Vollkommenheit sein. Kritisch gibt I. Illich zu bedenken: „Die moderne,

---

[21] *Labisch/Paul* (1998), S. 634.

[22] *Labisch/Paul* (1998), S. 640.

[23] Siehe dazu Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996/98).

[24] Vgl. *Körtner* (1998), S. 56 ff., 62 ff.

[25] Zitiert nach *Eibach* (1991), S. 20.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

kosmopolitische Zivilisation ist auf das Ziel hin geplant und organisiert, den Schmerz zu beseitigen, die Krankheit auszutilgen und den Tod zu bekämpfen. Das sind neue Ziele – und Ziele, die nie zuvor Leitlinien sozialen Lebens waren."[26]

Die Kehrseite dieses utopischen Gesundheitsbegriffes besteht darin, dass jede Beeinträchtigung des Wohlbefindens als Verhinderung von Glück, als Einschränkung sinnhaften Lebens und somit ausschließlich negativ bewertet wird. Nun sind eben auch Sterilität, genetische Abweichungen, Sterben und Tod Krankheitszustände, die es abzustellen gilt. Die Definition der WHO bestärkt eine Anspruchshaltung, derzufolge Gesundheit in einem umfassenden Sinne nicht etwa Gnade oder Glück, sondern ein Recht ist. Die religiöse Sehnsucht nach Heil schlägt um in die Forderung nach dem Recht auf Glück, auf Leidfreiheit oder auf ein in jeder Hinsicht gesundes Kind.[27] Insofern die WHO Gesundheit nicht als Fähigkeit, sondern als Zustand begreift, wird die Leidensmöglichkeit und Leidensfähigkeit des Menschen völlig ausgeblendet. Leiden erscheint nur noch als das Nichtseinsollende, kann jedoch nicht als zum Glück komplementäre Dimension gesunden Lebens angenommen werden.

Theologisch gesprochen wird die eschatologische Dimension menschlichen Lebens, dessen Vollendung die endzeitliche Hoffnung des christlichen Glaubens ist, ins Diesseits verlagert. Das Heil wird nicht mehr von Gott erwartet, sondern dem Menschen selbst als Leistung aufgebürdet. Die Sorge um die Gesundheit, angefangen bei der richtigen Ernährung, nimmt religiös-kultische Züge an. Die Überwindung des Todes oder zumindest sein möglichst langes Hinausschieben wird zum Ziel medizinisch-technischen Handelns. Der auf den ersten Seiten der Bibel geschilderte paradiesische Zustand des Menschen vor dem Sündenfall, sein „status integritatis", wie die Theologen ihn nennen, soll auf gentechnologischem Wege, notfalls mit Hilfe einer Kombination von In-Vitro-Fertilisation, Präimplantationsdiagnostik und gentechnischer Mikrochirurgie wiederhergestellt werden.

Utopische Züge trägt auch die Idee des natürlichen, selbstbestimmten Sterbens, eines Sterbens in Würde, alt und lebenssatt.[28] Zum einen ist es in höchstem Maße problematisch, die Würde des Menschen mit einem abstrakten Begriff von Autonomie zu begründen, welcher die realen Einschränkungen der Entscheidungsfähigkeit, die Hilfs- und Schutzbedürftigkeit Schwerkranker, Sterbender, verwirrter oder geistig behinderter Menschen ausblendet. Zum anderen ist der Naturbegriff in unserer Gesellschaft ideologisch aufgeladen, gibt es doch in Wahrheit in keinem Bereich ein unmittelbares, sondern stets nur ein

[26] *Illich* (1975), S. 95.

[27] Vgl. auch *Ritschl* (1982).

[28] Zum folgenden vgl. *Körtner* (1996), S. 23 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

durch Kultur und Technik vermitteltes und überformtes Naturverhältnis. „Der heute geforderte „natürliche Tod" ist in Wahrheit ja der künstliche Tod, denn er ist die Frucht der kunstvollen Selbstmanipulation des Menschen und seiner Lebensumstände."[29] Der tatsächlich natürlich, d. h. ohne medizinischen Beistand eintretende Tod kann dagegen höchst qualvolle Begleitumstände haben.[30]

Die Utopie eines Anspruchs auf umfassende Gesundheit, auf ein möglichst leidfreies Leben und einen kaum noch als Störung empfundenen Tod hat freilich ihren Preis.

C. Der Preis der Gesundheit und die Aporien der modernen Medizin

Der Preis, den die Gesellschaft für die zunehmende Absicherung gegen elementare Lebensrisiken, für eine enorm gestiegene Lebenserwartung und subjektiv empfundene Lebensqualität bezahlt, ist zunächst die heute vielfach kritisierte „Enteignung der Gesundheit"[31]. Der hohe Standard unseres Gesundheitswesen wird um den Preis erkauft, dass der Einzelne die Deutungs- und Verfügungsmacht über seinen Körper und seine Gesundheit der Medizin überträgt. Gerade weil das Gesundheitsverlangen der Gesellschaft immer umfassender wird, schreitet die Enteignung der Gesundheit voran. Daraus resultiert die Aporie der modernen Hochleistungsmedizin, dass sich die Zwecke ihres Erkennens und Handelns „immer weiter von den lebensweltlichen Deutungen und Bedürfnissen der Menschen entfernen"[32]. Das hindert die jeweils betroffenen Patienten jedoch nicht daran, die durch neue medizinisch-technische Verfahren eröffneten Heilungschancen auch dann nachzufragen, wenn ihre Anwendung die bis dahin gültigen Wertvorstellungen ins Wanken bringt.

Diese Entwicklung verdeutlicht nochmals die Aporie des Naturbegriffes. Die Frage, ob ein bestimmtes Handeln nicht nur aus medizinischer Sicht theoretisch oder praktisch, sondern auch in ethischer Hinsicht richtig ist, also nicht nur effizient, sondern auch gut, scheint durch die wissenschaftlich-technische Evidenz von vornherein entschieden: Gut ist, was machbar ist. „Im Zusammenwirken von medizinischen Innovationen und individuellem Hilfsbegehren werden die Grenzen des bis dahin als „selbstverständlich" und damit „natürlich" Geltenden ständig erweitert."[33] Für die medizinische Ethik bedeutet dies, dass sich

[29] *Schwartländer* (Hrsg.) (1976), S. 11.
[30] Vgl. auch *Nuland* (1994).
[31] Vgl. *Illich* (1975), passim.
[32] *Labisch/Paul* (1998), S. 637.
[33] *Labisch/Paul* (1998), S. 637.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

die ohnehin bestehende Problematik der Naturrechtstradition nochmals verschärft. Die Grenzen des ethisch Vertretbaren lassen sich nicht durch den Hinweis auf die Grenzen des vermeintlich Natürlichen bestimmen. Gegen die negativen Folgen des medizinischen Fortschritts verfängt darum auch nicht die Forderung nach einer Naturheilkunde.

Überhaupt sollte die vielfach an der sogenannten Schulmedizin geübte Kritik nicht übersehen, dass sie nur auf dem Hintergrund der großen Erfolge der etablierten Medizin möglich ist. Während z. B. die Anwendung etlicher Heilverfahren, die heute in der westlichen Welt als sogenannte Alternativmedizin gepriesen werden, in ihren Ursprungsländern einen Zustand der Not, der Armut und Unwissenheit repräsentieren, ist ihre – meist erheblich modifizierte – Übernahme in den westlichen Kulturkreis ein Wohlstandsphänomen.[34] Die Alternativmedizin lässt sich trefflich propagieren, solange man sich im Notfall auf das Funktionieren der flächendeckenden Versorgung mit schulmedizinischen Angeboten verlassen kann. Im Übrigen sind die Versprechungen der Alternativmedizin nicht weniger religiös bzw. utopisch als die von der modernen Hochleistungsmedizin geweckten Erwartungen.[35]

Es gehört nun zu den Paradoxien des modernen Gesundheitswesens, dass einerseits Gesundheit zu einem geradezu religiös überhöhten Wert erklärt wird, andererseits aber das Bewusstsein für die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen sinkt. Die Ausweitung ärztlicher Verantwortung, welche heute vielfach als Entmündigung der Patienten kritisiert wird, steht in einem Wechselverhältnis zur Entlastung von Verantwortung, die der Einzelne durchaus wünscht. Es soll gar nicht bestritten werden, dass es nach wie vor auf Seiten der Medizin Tendenzen zur Entmündigung des Patienten gibt, aber es handelt sich mindestens teilweise auch um eine selbstverschuldete Unmündigkeit, welche dem Wunsch nach Entlastung entspringt. Über die Grenzen ärztlicher Verantwortung bzw. des medizinisch Verantwortbaren lässt sich nicht diskutieren, ohne die Stärkung der Eigenverantwortung zum Thema zu machen. Zwar ist das öffentlich kommunizierte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung hoch, gelegentlich sogar übertrieben hoch, wenn man nur an die Besorgnisse im Bereich des Lebensmittelschutzes denkt. Während auf der einen Seite gegen gentechnisch veränderte Lebensmittel gekämpft wird, steigt auf der anderen Seite die Zahl der Übergewichtigen, der Raucher, der Alkoholiker, der Diabetes- und Kreislauferkrankungen.

Zu den Kosten unseres Gesundheitswesens gehört nicht zuletzt der Preis, den Ärzte und Pflegekräfte zu zahlen haben. Sie bezahlen den hohen medizini-

---

[34] Eine kritische Bestandsaufnahme der verschiedenen Therapieverfahren unter dem Gesichtspunkt des Konsumentenschutzes bieten Stiftung Warentest/Verein für Konsumenteninformation (1996).

[35] Vgl. *Coward* (1995), *Nüchtern* (1995).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

schen Versorgungsgrad der Bevölkerung mit einem erhöhten persönlichen Gesundheitsrisiko.[36] Nach wie vor herrschen in vielen Kliniken unzumutbare Arbeitszeitregelungen, die permanent zu gesundheitsschädlichem und letztlich auch die Sicherheit der Patienten gefährdendem Schlafmangel führen.[37] Aus Kostengründen betriebener Personalabbau erhöht den Dauerstress, unter dem Ärzte und ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen stehen. Es ist daher kein Wunder, dass Mediziner einem überdurchschnittlich hohen Sucht- und Suizidrisiko ausgesetzt sind. Das gesellschaftliche Ansehen der Medizin und ihr Deutungs- und Handlungsmonopol im Bereich von Krankheit und Gesundheit wird von diesem Berufsstand mit der Gefährdung der eigenen Gesundheit und Beziehungsfähigkeit erkauft. Wenn also von den Grenzen der medizinischen Verantwortung gesprochen wird, muss auch über die Unverantwortlichkeit gesellschaftlich und politisch akzeptierter Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen gesprochen werden. Utopische Gesundheitsvorstellungen führen im Ergebnis zur permanenten Überforderung derer, die die – zugegebenermaßen von ihnen selbst geweckten! – Glückserwartungen erfüllen sollen.

Weil aber die Hoffnungen, welche die Gesellschaft und ihre Individuen in den medizinischen Fortschritt setzen, trotz eines verstärkt geäußerten Unbehagens an der technologischen Kultur weiter steigen, lässt sich den Aporien der modernen Hochleistungsmedizin nicht durch gut gemeinte ethische oder rechtliche Grenzziehungen entkommen. Tatsache ist vielmehr, dass einmal gezogene Grenzen über kurz oder lang in Frage gestellt, im Einzelfall durchbrochen und ein ums andere Mal verschoben werden. Verständlicherweise wird der Ruf nach Ethik immer lauter. Doch sollte man sich über die Einflussmöglichkeiten normativer Ethik keinen Illusionen hingeben. „Leidenden Menschen und ihrer Umgebung, wie etwa Eltern genetisch kranker Kinder, wird nicht zu vermitteln sein, dass ihnen neue Verfahren, beispielsweise der *Pränataldiagnostik und der somatischen Gentherapie*, auf Grund übergeordneter gesellschaftlicher Werte vorenthalten werden. Ähnliches wird sich im Bereich der *prädiktiven Genetik* abspielen. Angehenden Eltern wird kaum zu vermitteln sein, dass sie aus übergeordneten Gründen einer abstrakten *Sozialethik* ein absehbar erbkrankes Kind austragen und in ihre Familie aufnehmen sollen. Verfahren der pränatalen Diagnostik werden also längerfristig das gesellschaftliche Verständnis der *embryopathischen Indikation* für eine *Abtreibung* ändern."[38] Vergleichbare Argumente werden in der Euthanasiedebatte ins Feld geführt.[39] Dammbruchargumente verfangen bei denen nicht, welche nicht bereit sind, um des Erhaltes allgemeiner Wertvorstellungen willen zum Weiterleben gezwungen zu werden. Sollen ethi-

[36] Vgl. *Schönberger* (1995).

[37] Vgl. *Coren* (1999), S. 284 ff.

[38] *Labisch/Paul* (1998), S. 638.

[39] Vgl. *Körtner* (1996), S. 48 ff (Kap. 3).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

sche Erwägungen über Grenzen und Selbstbegrenzungen der Medizin überhaupt eine Chance erhalten, so muss ihre Sinnhaftigkeit auch für den Einzelnen evident werden.

Das ist möglicherweise der Fall, wenn die Grundaporie des medizinischen Fortschritts zu Bewusstsein gebracht wird. Sie besteht darin, dass sie im Kampf gegen ein vom Menschen unbeeinflussbares Schicksal ständig neue Erscheinungsformen schicksalhafter Widerfahrnisse hervorbringt. Neue Formen der Fremdbestimmung sind die dialektische Folge neuzeitlicher Autonomie, auch im Bereich der Medizin. Der Philosoph O. Marquard beschreibt die nachaufklärerische Moderne als Zeitalter der Machbarkeit. Der Weg der Moderne, an dem die naturwissenschaftliche Medizin einen erheblichen Anteil hat, „führt vom Fatum zum Faktum, vom Schicksal zum Machsal"[40]. Dieser Prozess erweist sich jedoch als janusköpfig. Je mehr die Lebenswirklichkeit, auch Krankheit und Gesundheit, in menschlichen Handlungssinn überführt wird, desto mehr werden neue Kontingenzen erzeugt, die es vordem gar nicht gab. Gerade die Entwicklung der Medizin ist dafür ein eklatantes Beispiel. Intensivmedizin, Reproduktionsmedizin und medizinische Genetik haben den Spielraum ärztlichen Handelns enorm erweitert, produzieren aber zugleich völlig neue Erscheinungsformen von Schicksalhaftigkeit, mit denen die Betroffenen moralisch und psychisch fertig werden müssen. Je mehr der Mensch über das Leben verfügen möchte, desto unkontrollierbarer werden die Vorbedingungen und Folgen seines Handelns. „Also: nicht etwa nur die erfolglose, gerade auch die erfolgreiche Machensplanung plant sich – wenigstens partiell – um den Erfolg. Darum wird – im Zeitalter des schicksalsvernichtenden Machenseifer der Menschen – das Gutgemeinte nicht das Gute; das absolute Verfügen etabliert das Unverfügbare; die Resultate kompromittieren die Intentionen; und die absolute Weltverbesserung missrät zur Weltkonfusion."[41]

Einige Beispiele mögen genügen: Je erfolgreicher z. B. die Transplantationsmedizin ist, desto knapper werden die ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen. Organknappheit ist keine Naturgegebenheit, sondern ein künstlich erzeugter Zustand. Denn ohne die neuen Chancen der Lebensrettung und -verlängerung, welche die Transplantationsmedizin bietet, bestünde überhaupt kein Bedarf an menschlichen Organen. Das unter Umständen vergebliche Warten eines potenziellen Organempfängers auf ein Spenderorgan wird zur neuen Schicksalserfahrung. Der Empfang eines fremden Organs ist nicht nur mit gesundheitlichen Nebenfolgen verbunden – z. B. auf Grund der jahrelangen Einnahme von immunsuppressiven Medikamenten –, sondern häufig auch mit Schuldgefühlen gegenüber dem unbekannten Spender, dessen Tod für den

[40] *Marquard* (1981), S. 67.
[41] *Ders.* (1981), S. 81.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Empfänger ein sowohl betrauertes wie erwünschtes Ereignis war.[42] Auch dank intensivmedizinischer Verfahren kann der Tod in vielen Fällen verhindert werden, um den Preis, dass neue Krankheitsbilder entstanden sind wie z. B. dasjenige der sogenannten Wach-Koma-Patienten. Auch die Fortschritte auf dem Gebiet der vorgeburtlichen Medizin und der Neonatologie erhöhen die Lebenschancen von Neugeborenen und immer kleineren Frühgeburten, die früher verstorben wären, heute aber zum Teil nur um den Preis fortgesetzter Gesundheitskomplikationen und für die betroffenen Eltern fast unlösbare Konflikte am Leben erhalten werden.[43] Wer Gesundheit und Leben um jeden Preis will, erzeugt neue Formen der Krankheit und des Leidens.

Die Grenzen des medizinisch Machbaren werden auch an den chronisch Kranken sichtbar. Für die Unheilbaren und – welch ein vielsagendes Wort! – „Austherapierten", z. B. für psychisch kranke Langzeitpatienten, hat die moderne Medizin nämlich bislang kein überzeugendes Konzept entwickelt.[44] Aber auch die Sterbenden und ihre Bedürfnisse stellen das Selbstverständnis einer einseitig kurativ ausgerichteten Medizin in Frage. Für den Machbarkeitswahn und die gesellschaftlichen Machbarkeitszwänge der modernen Medizin ist es symptomatisch, dass Ausbildung und Praxis einer palliativen Medizin lange vernachlässigt wurden und derzeit erst am Anfang stehen.[45] Von einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung sind wir noch weit entfernt.

Zu den Aporien des modernen utopischen Gesundheitsverlangens gehört schließlich auch eine strukturelle Mitleidlosigkeit, die in der Gesellschaft um sich greift. Sofern nämlich Gesundheit ausgesprochen oder unausgesprochen mit ganzheitlicher Identität gleichgesetzt wird, kann sie letztlich nur um den Preis der Beziehungslosigkeit erstrebt werden, welche die Mitmenschen zum Zweck der Selbstverwirklichung instrumentalisiert. Das ist paradox. Denn die eigene Identität kann sich in Wirklichkeit nur im dialogischen Gegenüber, im Zu- und Miteinander mit anderen bilden. Daher kann, wie der Theologe H. Luther zu bedenken gibt, von Identitätsbildung eigentlich „nie losgelöst vom Zustand der Welt und vom Verlauf der Geschichte geredet werden. Diese war und ist noch immer eine Geschichte der *Opfer*. Angesichts abgebrochener und zerstörter Lebensläufe anderer, also angesichts der verhinderten Identität anderer muss das Ideal einer ganzheitlichen, vollständigen und gelingenden Ich-Identität befremdlich klingen. Es wäre nur um den Preis des Verdrängens und der Verhärtung gegenüber Anderen denkbar. Eine derart strukturell mitleidlose

---

[42] Siehe dazu u. a. *Krahe* (1995).

[43] Vgl. *Wüsthof* (1999).

[44] Vgl. *Dörner* (Hrsg.) (1983), *Eibach* (1991), S. 144 ff.

[45] Siehe dazu v. a. *Husebö/Klaschik* (1998).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Ich-Identität wäre aber bereits konstitutiv beschädigt."[46] Pointiert gesagt: Ein utopischer Gesundheitsbegriff ist krank und macht krank.

Soll die Medizin nicht in ihren Aporien gefangen bleiben, so muss die Frage nach ihren Zielen, d. h. aber auch nach den Grenzen ihres Handlungsauftrags neu gestellt werden.

D. Die Grenzen der Medizin

Aus den bisherigen Beobachtungen und Überlegungen folgt, dass die Grenzen des medizinisch Verantwortbaren weder durch die teleologisch verstandene Natur noch durch unverrückbare und überzeitliche ethische Prinzipien gezogen werden. Freilich ist die Medizin auf allgemeine Handlungsmaximen festgelegt, die ihr Handeln im Einzelfall begrenzen. Es sind dies vor allem die Regeln, nicht zu schaden (nil nocere) und das Wohlergehen des Patienten zu fördern. Aber das Problem besteht ja gerade in ihrer Auslegungsbedürftigkeit. Schon gar nicht fallen die Grenzen des medizinisch Möglichen mit denjenigen der Ökonomie zusammen. Zwar lassen sich ökonomische Gesetzmäßigkeiten nicht ungestraft missachten. Aber hinter vermeintlich rein ökonomischen Sachzwängen stehen immer Wertentscheidungen. Irgendwann sind gewiss die finanziellen Kapazitäten jeder Gesellschaft erschöpft, aber die Frage knapper Ressourcen ist zunächst eine der Prioritätensetzung. Daher sei nochmals betont, dass das Problem der Allokation bestenfalls der Anlass ist, über ethische Grenzen und Zielsetzungen der Medizin nachzudenken, nicht aber mit diesen selbst verwechselt werden darf.

Welchen Beitrag kann nun die Theologie zur medizinethischen Diskussion leisten? Zunächst ist negativ festzustellen, dass auch der christliche Glaube keine materialethische Vorentscheidung über Handlungsbegrenzungen für die Medizin bietet. Zwar ist nach biblischem Verständnis Gott allein Herr über Leben und Tod. Aber das Handeln Gottes und dasjenige des Menschen sind kategorial voneinander zu unterscheiden wie aufeinander zu beziehen.[47] Medizinische Eingriffe können dem Bekenntnis zur Verfügungsmacht Gottes ebenso entsprechen wie widersprechen. Wohl gilt, dass die menschliche Existenz durch eine eigentümliche Grundpassivität gekennzeichnet ist, zu der es gehört, dass wir ohne unser Zutun geboren werden und sterben müssen. Aber das Handeln Gottes und dasjenige des Menschen liegen auf unterschiedlichen Ebenen. Ihre Unterscheidung fällt nicht mit derjenigen von menschlichem Tun und Unterlassen zusammen. Abgesehen davon, dass diese Unterscheidung keineswegs in allen Fällen einen moralischen Unterschied macht – auch eine Unterlassung kann

[46] *Luther* (1991), S. 268.

[47] Vgl. *Körtner* (1999a), S. 201 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

ethisch bewertet einem Tun gleichkommen, das positiv oder negativ qualifiziert ist[48] –, kann dem Glauben an Gott als Herrn über Leben und Tod sowohl ein energisches Tun als auch ein demütiges Lassen entsprechen. Wohl aber ist neu zu Bewusstsein zu bringen, dass nicht jedes ethisch verantwortete *Lassen* gleich bedeutend mit einem *Unter*lassen ist.[49] Auch ist zwischen dem Schöpfer und seiner Schöpfung, d. h. zwischen Gott und Natur zu unterscheiden. Der moralische Appell an die Grenzen des Natürlichen erweist sich nicht nur in naturwissenschaftlicher, erkenntnistheoretischer und ethischer Hinsicht als unzureichend, sondern ist auch theologisch zu kritisieren. Denn wer den praktischen Sinn des Glaubens an Gott und sein Handeln darin sieht, der Natur ihren Lauf zu lassen, verwechselt Gott mit der Natur, die sich uns heute mehr denn je als höchst variabel, evolutiv und menschlicher Zwecksetzung unterworfen zeigt.[50] Wer in der Natur die Letztinstanz moralischer Verantwortung sieht, landet nicht bei Gott, sondern beim Menschen, der der Natur ihre Zwecke setzt.

Die Grenzen unseres Handelns, auch der Medizin, müssen darum in jeder Situation neu bestimmt werden. Das gilt auch an den Grenzen des Lebens. Die Lehre von Gott dem Schöpfer und seinem Gebot wird häufig missverstanden, als seien aus ihr allgemeine moralische, auch medizinethische Verbote abzuleiten. Wo nur Gott handeln darf, scheint jede menschliche Aktivität ausgeschlossen zu sein. Faktisch aber ist der Mensch heute in die Lage versetzt, vor Gott erkennen zu müssen, dass er dazu verurteilt ist, selbst in die Bereiche von Geburt und Tod einzugreifen. Mit dem nicht mehr aus der Welt zu schaffenden medizinischen Fortschritt ist dem Menschen an den Grenzen des Lebens eine Verantwortung zugewachsen, aus der er sich nicht durch willkürliche Selbstbegrenzung davonstehlen kann, auch nicht unter Hinweis auf vermeintlich christliche Grundwahrheiten. Der Hinweis auf Gott, den Herrn über Leben und Tod, oder die angebliche, in der Praxis aber ständig widerlegte, Unverfügbarkeit des Lebens darf nicht dazu missbraucht werden, die Verantwortung Gott zuzuschieben, wo sie dem Menschen übertragen ist. Wir haben vielmehr immer wieder neu zu fragen, wie wir eingedenk des Geschenkcharakters menschlichen Lebens verantwortlich mit den Möglichkeiten der modernen Hochleistungsmedizin umgehen können.

Die Frage nach den Grenzen medizinischen Handelns, sofern sie nicht die derzeit faktischen Grenzen des technisch Möglichen, sondern die ethischen Grenzen des moralisch Vertretbaren und Sinnvollen meint, lenkt zurück auf grundlegende Fragen der Anthropologie. Hinter der Frage nach dem Verständnis von Krankheit und Gesundheit steht letztlich die eine große Frage: Was ist der Mensch? Wenn das allgemeine Ziel aller Medizin die Heilung nicht von

[48] Siehe dazu *Birnbacher* (1995), *Wolbert* (1999).

[49] Vgl. *Frey* (1998), S. 201.

[50] Vgl. *Körtner* (1999a), S. 264 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Krankheiten, sondern von kranken *Menschen* ist, muss der Mensch als Person in den Mittelpunkt der medizinethischen Diskussion gerückt werden. Dann aber ergibt sich eine grundlegende Maxime zur Begrenzung medizinischen Handelns aus dem Prinzip der Menschenwürde: Die Würde des Menschen, welche theologisch aus seiner Gottebenbildlichkeit abgeleitet wird, transzendiert alle biologischen und medizinischen Kategorien. Diese Transzendenz setzt dem medizinischen Handeln Grenzen. Die dem Wohl des Patienten verpflichtete Medizin hat auch an den Grenzen des Lebens, am Lebensanfang nicht weniger als am Lebensende dafür Sorge zu tragen, dass die Würde des Menschen, d. h. aber seine Einmaligkeit, sein Selbstbestimmungsrecht und seine Eigenverantwortlichkeit geschützt werden. Abzulehnen sind darum alle medizinischen Maßnahmen, z. B. im Bereich der Genetik und der Reproduktionsmedizin, welche die betroffenen Menschen oder auch werdendes menschliches Leben fremden Zwecken, z. B. den Interessen von Eltern, von Angehörigen oder der Gesellschaft unterordnet.

Das bedeutet mehr als nur das Selbstbestimmungsrecht anzuerkennen, so gewiss das Selbstverfügungsrecht entscheidungsfähiger Patienten z. B. für den Fall, dass eine (Weiter-) Behandlung abgelehnt wird, für das ärztliche Handeln eine klare Grenze darstellt. Doch ist auch für den Schutz der Menschenwürde derer Sorge zu tragen, deren Fähigkeit zur Selbstbestimmung vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt ist. Dabei wird vorausgesetzt, dass Selbstbestimmung wohl eine wesentliche Äußerungsmöglichkeit der Menschenwürde ist, mit dieser aber nicht zusammen fällt. Die Würde des Menschen und seiner Person transzendiert selbst noch das Prinzip der Autonomie. Eben darum sind z. B. sogenannte Patientenverfügungen nach Maßgabe bestimmter Kriterien zu berücksichtigen, können den behandelnden Mediziner aber nicht in jedem Fall in seiner ärztlichen Entscheidung binden. Unbeschadet der zu respektierenden Autonomie des Patienten bleibt die Fürsorgepflicht des Arztes bestehen. Die Verantwortung, unter bestimmten Voraussetzungen für andere zu deren mutmaßlichem Wohl zu entscheiden, kann ihm nicht abgenommen werden.[51]

In der Praxis folgt aus diesen allgemeinen Grundsätzen, dass die Menschenrechte ein wichtiges Kriterium sind, um die Grenzen des medizinisch Verantwortbaren zu bestimmen.[52] Praktische Beispiele sind die – freilich nicht unumstrittene – Menschenrechtskonvention des Europarates zur Biomedizin und das kürzlich vom Europarat verabschiedete Dokument zum Schutz der Menschenrechte und der Würde von Todkranken und Sterbenden.[53]

---

[51] Siehe dazu ausführlich *Irrgang* (1995), S. 63 ff.

[52] Vgl. *Körtner* (1999a), S. 199 ff. (Kap. 8).

[53] Das im Juni 1999 von der Parlamentarischen Versammlung des Europarates angenommene Dokument trägt den Titel „Protection of the human rights and dignity of the terminaly ill and the dying".

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Zum Wesen des Menschen, dessen Würde zu schützen ist, gehört nun aber auch seine Fragmenthaftigkeit.[54] Entgegen den modernen Utopien von Ganzheitlichkeit und vollkommener Gesundheit ist theologisch geltend zu machen, dass Brüche, Fehler, Unvollkommenheiten und Schwächen konstitutiv zum Leben gehören. Die Grenzen des medizinisch Verantwortlichen sind darum erreicht, wo die wesensmäßige Unvollkommenheit menschlichen Lebens nicht akzeptiert wird. Die Hoffnung des Glaubens richtet sich auf die innerweltlich gerade nicht zu leistende Vollendung unseres Lebens und der Welt. Heil und Heilung sind nicht strikt zu trennen, aber unbedingt zu unterscheiden. Der praktische Sinn dieser eschatologischen Einsicht besteht darin, die Medizin von allen soteriologischen Ansprüchen zu entlasten. Wie das Leben selbst, kann auch jedes Bemühen um Heilung nur fragmentarisch sein.

Die Medizin muss sich nicht nur der Endlichkeit menschlichen Lebens, sondern auch ihrer eigenen Endlichkeit neu bewusst werden. Gleiches gilt aber auch von der Gesellschaft, welche ihre Forderungen an das medizinisch Machbare auf ein menschliches Maß reduzieren muss. Eine Medizin, welche diese Grenze missachtet, untergräbt ihr eigenes Ethos, weil sie strukturell unbarmherzig ist. Spätestens im Umgang mit den unheilbar Kranken, den Dauerpatienten und Sterbenden zeigt sich die strukturelle Unbarmherzigkeit einer von Vollkommenheitsutopien getriebenen Medizin. Das Selbstverständnis der Medizin ist darum in der Richtung zu überdenken, dass die palliative Dimension ärztlichen Handelns gegenüber der bisher einseitig favorisierten kurativen Dimension aufgewertet wird.

Die Intention des ärztlichen Handelns, die Ursachen von Leiden ausfindig zu machen und dieses entweder zu heilen oder zu lindern, lässt sich in vielen Fällen auf Grund des unaufhaltsamen Fortschreitens krankhafter Prozesse und der Wirkungslosigkeit kurativer Therapien nicht verwirklichen. „In solchen Fällen könnte der Arzt wenigstens noch jenen Dienst leisten, den viele Patienten von ihm erwarten; er könnte dem Patienten helfen, sich auf die Folgen seiner Krankheit vorzubereiten und seinem Leben trotz der Krankheit oder gerade wegen der Krankheit einen neuen Sinn zu geben. Dies impliziert, dass sich der Arzt in seiner *Begegnung mit dem Patienten als Person* voll eröffnet und am Lebensschicksal und am Lebenssinn des Patienten teilnimmt."[55] Die Grenzen ärztlichen Handelns fallen also nicht mit denen seiner kurativen Möglichkeiten zusammen, wie der fragwürdige Begriff des „Behandlungsabbruchs" suggeriert. Umgekehrt aber lassen sich die Grenzen kurativer Medizin, d. h. aber auch die Indikationen für eine Reduktion oder gar die Beendigung kurativtherapeutischer Maßnahmen nicht abstrakt bestimmen. Sie lassen sich aber im

[54] Zum folgenden vgl. *Körtner* (1998), S. 62 ff., S. 71 ff.

[55] *Rager* (1998), S. 646.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

konkreten Fall dann erkennen, wenn die Fähigkeit des Arztes zur Empathie entwickelt wird.

Diese aber schließt die Einsicht ein, dass um der Menschenwürde willen das Leben, genauer gesagt das biologische Weiterleben, nicht verabsolutiert werden darf. So sehr das Leben als Gabe Gottes in der Bibel emphatisch bejaht wird, so sehr wird es doch auch relativiert. Das Leben hat nach biblischem Verständnis seinen hohen Wert nur, weil es Gabe Gottes ist, wie umgekehrt die Macht des Todes durch Gott begrenzt wird. Insbesondere die neutestamentliche Auferstehungshoffnung relativiert den Gegensatz von Leben und Tod, weil der Sinn menschlichen Lebens das physische Leben transzendiert und die Beziehung Gottes zu seinem Geschöpf im Tod nicht endet. Die Bereitschaft, den Tod anzunehmen, wenn die Zeit gekommen ist, begründet nach christlichem Verständnis aber kein Recht, den Tod aktiv herbeizuführen.

Der christlichen Einstellung zu Leben und Tod, Krankheit und Gesundheit, entspricht ein Handeln, das sich in der Spannung zwischen Widerstand und Ergebung bewegt. Diese Haltung sollte aus theologischer Sicht auch das medizinische Handeln und das ethische Abwägen zwischen Tun und Unterlassen bestimmen. Bonhoeffer hat sie allgemein folgendermaßen beschrieben: „Ich glaube, wir müssen das Große und Eigene wirklich unternehmen und doch zugleich das Selbstverständliche und Allgemein-Notwendige tun, wir müssen dem „Schicksal" – ich finde das „Neutrum" dieses Begriffes wichtig – ebenso entschlossen entgegentreten wie uns ihm zu gegebener Zeit unterwerfen. Von „Führung" kann man erst *jenseits* dieses zwiefachen Vorgangs sprechen, Gott begegnet uns nicht nur als Du, sondern auch „vermummt" im „Es", und in meiner Frage geht es also im Grunde darum, wie wir in diesem „Es" („Schicksal") das „Du" finden, oder mit anderen Worten, wie aus dem „Schicksal" wirklich „Führung" wird. Die Grenzen zwischen Widerstand und Ergebung sind also prinzipiell nicht zu bestimmen; aber es muss beides da sein und beides mit Entschlossenheit ergriffen werden. Der Glaube fordert dieses bewegliche lebendige Handeln. Nur so können wir die jeweilige gegenwärtige Situation durchhalten und fruchtbar machen."[56]

E. Folgerungen für das Problem der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen

Mit Bedacht wurde zunächst die Sinnfrage und in ihrem Kontext die Frage nach den Grenzen der Medizin gestellt, bevor nun auf das vieldiskutierte Problem der Knappheit medizinischer Ressourcen eingegangen werden soll.

[56] *Bonhoeffer* (1985), S. 244.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Knappheit ist eine grundlegende ökonomische und somit auch medizinökonomische Kategorie, jedoch keine Naturgegebenheit, sondern, wie sich aus unseren Überlegungen zu den Aporien der modernen Medizin ergibt, eine soziale Konstruktion.[57] Eben darum kann das Problem knapper Ressourcen im Gesundheitswesen nicht abgelöst von der Frage nach dem Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit, dem Selbstverständnis und den allgemeinen Zielen medizinischen Handelns erörtert werden. Dass Gesundheit und die Leistungen des Gesundheitswesens unter dem Problem der Knappheit diskutiert werden können und müssen, ist die unmittelbare Folge dessen, dass Gesundheit als ein Gut zu betrachten ist. Es stellt sich nun aber die Frage, um welche Art von Gut es sich handelt und welcher Gerechtigkeitsbegriff auf das Problem der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen anzuwenden ist.[58]

Eine ökonomische Güterlehre unterscheidet zwischen privaten, öffentlichen und transzendentalen Gütern. Privat sind Güter, für die der Einzelne zuständig ist, öffentlich dagegen solche, für die nur die Gemeinschaft verantwortlich sein kann. Transzendental sind Güter wie Leib und Leben, die als Voraussetzung öffentlicher und privater Güter gelten können. Traditionelllerweise wird auch die Gesundheit zu den transzendentalen Gütern gerechnet. Nun zeigen aber die weiter oben beschriebenen Zusammenhänge, dass Gesundheit eine variabel zu bestimmende Größe ist, die zudem keine Naturgegebenheit, sondern – zumindest teilweise – das Ergebnis arbeitsteiliger Interaktion und von Verteilungsgerechtigkeit ist. Es handelt sich um ein der Bildung oder der Sicherheit vergleichbares „Güterbündel".[59] Es stellt sich nun aber die Frage, wie weit dieses Gut marktförmig ist oder nicht und welche medizinethischen Folgerungen aus den unterschiedlichen Antworten zu ziehen sind. Der Philosoph O. Höffe macht geltend, „daß die Gesundheit ein spezielles Gut darstellt, das als solches weder nur privat noch lediglich öffentlich ist und das im Unterschied zu Leib und Leben nicht als ganze einen transzendentalen Charakter hat"[60]. Höffe plädiert daher für einen grundlegenden Paradigmawechsel in der Gesundheitsökonomie von der Verteilungsgerechtigkeit zur Tauschgerechtigkeit.[61] Er argumentiert für eine „Gesundheitspolitik im Geiste Platons" bzw. der Tugend der Besonnenheit, welche „die gründlichere Prävention, eine angemessene Lebensführung, mit einer strengen Leistungsbegrenzung" verbindet.[62]

Konkret fordert Höffe eine Stärkung des Prinzips der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen und befürwortet ein vierstufiges Krankenversicherungs-

---

[57] Vgl. dazu auch *Jähnichen* (1999), S. 22–25.

[58] Vgl. dazu auch *Nagel/Fuchs* (Hrsg.) (1993), *Kersting* (1997).

[59] *Stierle* (1999), S. 31.

[60] *Höffe* (2000), S. 97.

[61] Vgl. *Höffe* (2000), passim.

[62] *Höffe* (2000), S. 92.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

modell, um die als Folge einer angebotsorientierten medizinischen Überversorgung auftretenden Kostensteigerungen einzudämmen.[63] Die erste Stufe seines Modells ist die Stufe der öffentlichen Gesundheit, zu der Höffe die Seuchenprävention und -bekämpfung oder auch die Schulgesundheitspflege und Mütterberatung rechnet. Die zweite Stufe umfasst die individuelle medizinische Grundversorgung, die durch das Gemeinwesen in Form einer Pflichtversicherung abgedeckt wird. Die dritte Stufe ist die Aufbaustufe einer persönlichen Krankenversicherung auf Basis einer gesetzlichen Versicherungspflicht, aber keiner Pflichtversicherung. Als vierte Stufe soll es eine Abrundungsstufe für besondere Zusatzwünsche wie z. B. Teile der nichtevidenzbasierten Medizin, Ein-Bett-Zimmer oder manche Zahnregulierung geben, für die eine freiwillige Zusatzversicherung abgeschlossen wird.

Höffes Vorschläge stoßen auf zum Teil heftige Kritik. P. Dabrock kritisiert u. a., dass Höffe die Kostensteigerung zu einseitig auf die ungezügelte, da weithin kostenlose Nachfrage der Versicherten zurückführt, statt zu erkennen, „daß die ökonomisch effektive Entfesslung auf der Anbieterseite anzusetzen ist"[64]. Vor allem aber stelle sich Höffe mit seinem Plädoyer für Tauschgerechtigkeit als Grundkategorie des Gesundheitswesens „gegen die gesamte gerechtigkeitstheoretische Diskussion, welche die distributive Gerechtigkeit als Grundform der Gerechtigkeit wertet"[65].

Nun gehört das Recht auf Gesundheit bzw. auf angemessenen Zugang zur Gesundheitsversorgung bekanntlich zu den Menschenrechten und ist im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit gegenüber Elementen der Tauschgerechtigkeit, die es zweifellos im Gesundheitswesen gibt, tatsächlich fundamental. Dies muss letztlich auch Höffes Stufenmodell einräumen, welches zumindest die medizinische Grundversorgung als Aufgabe des Gemeinwesens betrachtet. Andererseits lässt sich nicht bestreiten, dass sich das Gesundheitswesen teilweise marktwirtschaftlich organisieren lässt und dass diese Organisationsform in manchen Bereichen noch ausbaufähig ist. Höffes Stufenmodell funktioniert ja bereits in der Praxis, wenn es z. B. um Brillengläser oder Zahnersatz von unterschiedlicher Qualität geht. Gegen Höffe lässt sich aber einwenden, dass der Markt im Gesundheitswesen streckenweise versagt und notwendigerweise versagen muss, zum einen, weil keine Rivalität im Konsum gegeben ist, zum anderen, weil Probleme bei der Anwendbarkeit des marktwirtschaftlich fundamentalen Exklusionsprinzips entstehen. Und schließlich ist Gesundheit ein auf gesellschaftlichen Wertentscheidungen basierendes meritorisches Gut: „Der gesellschaftlichen Wertschätzung des Lebens entspringt es, dass Totenscheine

[63] Vgl. *Höffe* (2000), S. 98 ff.
[64] *Dabrock* (1999), S. 9.
[65] *Dabrock* (1999), S. 10.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nicht marktgängig sind."[66] Auch an der Gesundheit und Gesundheitsvorsorge der Individuen gibt es, wie das Beispiel von Infektionskrankheiten und Schutzimpfungen zeigt, ein gesellschaftliches Interesse, das es nicht ratsam erscheinen lässt, alle marktförmig organisierbaren Teile des Gesundheitswesens tatsächlich den Gesetzen des Marktes zu überlassen.

So überzeugend Höffes Stufenmodell auf den ersten Blick auch sein mag, so schwierig erweisen sich die Abgrenzungen der einzelnen Stufen bei genauerem Hinsehen. Das beginnt schon bei der Stufe der medizinischen Grundversorgung. So gewiss der Maßstab für eine angemessene medizinische Grundversorgung von Land zu Land unterschiedlich ist und von der allgemeinen Prosperität abhängt, so problematisch ist es, wenn Höffe undiskutiert einen Vorschlag von A. Buchanan aus den USA übernimmt. Zur Minimalversorgung gehörte demnach „unbestritten die professionelle Hilfe während der Entbindung, mindestens eine Untersuchung durch einen Arzt oder eine Hebamme während der Schwangerschaft, (ferner eine) moderne und vertretbar schnelle Notarztversorgung für Unfallgeschädigte, (weiterhin) routinemäßige Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuche mindestens alle drei Jahre sowie relativ billige Eingriffe mit geringem Risiko zur Behebung von Zuständen, die Körperfunktionen unmöglich machen oder ernsthaft behindern, zumindest dort, wo diese Eingriffe eine hohe Wahrscheinlichkeit bieten, die Funktionsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen."[67] Problematisch erscheint es bereits, wenn Höffe nach dem Vorbild der USA Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinmissbrauch aus der Grundversorgung ausnehmen und zu Parametern der Beitragshöhe auf seiner Stufe der Mehr-als-Grundversorgung machen will.[68] Alkohol- und Nikotinmissbrauch sind ein Suchtverhalten, bei dem das Maß an Eigenverantwortlichkeit bekanntermaßen umstritten ist.

Damit stoßen wir auf ein Grundproblem der Konzeption Höffes. So unterstützenswert seine Forderung nach Stärkung der Eigenverantwortung im Grundsatz auch ist, so sehr übersieht Höffe, dass vielen Menschen „die sachliche und monetäre Kompetenz fehlt, derart selbstverantwortlich entscheiden zu können, so dass der Staat um dieser Bürgerinnen und Bürger und des sozialen Friedens willen helfend und fördernd einzugreifen hat"[69]. Eine die Gesundheitspolitik einschließende Sozial- und Wohlfahrtspolitik muss die Zugangschancen, d. h. die kontextabhängige Befähigung zur Eigenverantwortung thematisieren, statt kontextlos und im Ergebnis zynisch auf ein abstraktes Autonomieprinzip zu setzen, dessen medizinethische Fragwürdigkeit bereits im zweiten und vierten Abschnitt beleuchtet wurde.

---

[66] *Stierle* (1999), S. 30.

[67] *Buchanan* (1988), S. 154, vgl. *Höffe* (2000), S. 99.

[68] Vgl. *Höffe* (2000), S. 99.

[69] *Dabrock* (1999), S. 15.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Aus christlicher Sicht sei hinzugefügt, dass die Teilhabe an der Gesundheitsversorgung weder allein eine Frage der Verteilungs-, noch der Tauschgerechtigkeit, sondern auch eine der Barmherzigkeit ist. Das der Sozialgesetzgebung und der Pflichtversicherung zu Grunde liegende Solidaritätsprinzip ist vom Ethos der Barmherzigkeit historisch und systematisch zwar zu unterscheiden. Allerdings wäre die Entstehung eines Gesundheitswesens im Abendland historisch ohne den Einfluss des Christentums nicht denkbar gewesen. In der Debatte um die Reform des Gesundheitswesens und seiner künftigen Finanzierung steht nicht nur eine Neubestimmung des Solidaritätsprinzips und seiner Reichweite im Verhältnis zur individuellen Autonomie bzw. zur Subsidiarität zur Diskussion. Auf der Tagesordnung steht vielmehr auch eine „Kultur des Erbarmens"[70], wie sie von den beiden großen Kirchen in Deutschland gefordert wird.

Die Aufgabe einer Verhältnisbestimmung von Solidarität und Barmherzigkeit lenkt nochmals zurück auf die Frage der Anthropologie. Medizinökonomische Gerechtigkeitstheorien setzen stets ein Menschenbild und ein Grundverständnis von Krankheit und Gesundheit voraus, das keineswegs kulturneutral, sondern soziokulturell werthaltig ist. „Ein Kampf um die Form der Wohlfahrt ist auch ein Kampf um mögliche Lebensformen."[71] Eben darum steht vor der ökonomischen Frage nach Kosten und Nutzen der Medizin diejenige nach ihrem Sinn.

Literatur

Amelung, Eberhard (Hrsg.) (1992): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch, Berlin u. a.

Anschütz, Felix (1987): Ärzliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen Widersprüche, Darmstadt.

Berger, Peter L. / *Luckmann* Thomas (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt a. M.

Birnbacher, Dieter (1995): Tun und Unterlassen, Stuttgart.

Bonhoeffer, Dietrich (1985): Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft, v. Bethge, Eberhard (Hrsg.): Neuausgabe, 3. Aufl., München.

Buchanan, Allen (1988): Zur ethischen Bewertung des Gesundheitswesens in den USA, in: Sass, Hans-Martin (Hrsg.): Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Berlin, S. 191–206.

Canguilhem, Georges (1977): Das Normale und das Pathologische, Frankfurt a. M.

[70] Rat der EKD/Deutsche Bischofskonferenz (1997), Nr.13.

[71] *Frey* (1999), S. 34.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Coren, Stanley (1999): Die unausgeschlafene Gesellschaft, Reinbek.

Coward, Rosalind (1995): Nur Natur? Die Mythen der Alternativmedizin. Eine Streitschrift, München.

Dabrock, Peter (1999): Tauschgerechtigkeit im Gesundheitssystem? Kritische Anfragen an Otfried Höffes Forderung nach einem Paradigmenwechsel (ZEE) 43, S. 2–22.

Dörner, Klaus (Hrsg.) (1993): Die Unheilbaren. Was machen Langzeitpatienten mit uns, und was machen wir mit ihnen?, Gütersloh.

Eibach, Ulrich (1991): Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche, Neukirchen-Vluyn.

Feinstein, Alvan R.. (1967): Clinical judgment, Baltimore.

Frey, Christofer (1998): Was können und dürfen Menschen tun? Überlegungen aufgrund eines christlichen Menschenbildes, in: ders. (1998): Konfliktfelder des Lebens. Theologische Studien zur Bioethik, Göttingen, S. 197–210.

– (1999): Zur Begründung und zum Verständnis der Gerechtigkeit. Thesen zu P. Dabrocks Kritik an O. Höffe (ZEE) 43, S. 32–35.

Höffe, Otfried (1998): Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder Besonnenheit statt Pleonexie (Dt. Ärzteblatt) 95, H.5, B-174–177.

– (2000): Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen – eine Replik (ZEE) 44, S. 89–102.

Honnefelder, Ludger (1998): Art. Medizinethik 2.1–2.4, Lexikon der Bioethik; Bd. 2, Gütersloh, S. 652–659.

Husebö, Stein B. / *Klaschik,* Eberhard (1998): Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation, Berlin u. a.

Illich, Ivan (1975): Die Enteignung der Gesundheit – Medical Nemesis, Reinbek.

Irrgang, Bernhard (1995): Grundriß der medizinischen Ethik (UTB 1821), München.

Jähnichen, Traugott (1999): Die soziale Konstruktion von „Knappheit". Über die Unausweichlichkeit von Verteilungskonflikten im Sozialsystem (ZEE) 43, S. 22–25.

Jaspers, Karl (1953): Die Idee des Arztes und ihre Erneuerung (Universitas) 8, S. 1121–1131.

Kersting, Wolfgang (1997): Gerechtigkeit in der Medizin, in: ders. (1997): Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend, Frankfurt a. M., S. 170–212.

Körtner, Ulrich H. J. (1996): Bedenken, daß wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik (BsR 1147), München.

– (1998): Wie lange noch, wie lange? Über das Böse, Leid und Tod, Neukirchen-Vluyn.

– (1999a): Evangelische Sozialethik. Grundlagen und Themenfelder (UTB 2107), Göttingen.

– (1999b): Gesundheitheit um jeden Preis? Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht, (Zeitschrift für medizinische Ethik) 45, S. 303–317.

Krahe, Susanne (1995): Transplantation: Spenden und Empfangen. Thesen, Texte und Anregungen für das Gespräch über Organtransplantationen, Bielefeld.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Labisch, Alfons / *Paul,* Norbert (1998): Art. Medizin 1, Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh, S. 630–642.

Luther, Henning (1991): Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit (WzM) 43, S. 262–273.

Marquard, Odo (1981): Ende des Schicksals? Einige Bemerkungen über die Unvermeidlichkeit des Unverfügbaren, in: ders.(1981): Abschied vom Prinzipiellen. Philosophische Studien, Stuttgart, S. 67–90.

Nagel, Eckhard / *Fuchs,* Christoph (Hrsg.) (1993): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin.

Nüchtern, Michael, (1995): Medizin – Magie – Moral. Therapie und Weltanschauung, Stuttgart / Mainz.

Nuland, Sherwin B. (1994): Wie wir sterben. Ein Ende in Würde?, München.

Piechowiak, H. (1987): Eingriffe in menschliches Leben. Sinn und Grenzen ärztlichen Handelns, Frankfurt a. M.

Rager, Günter (1998): Art. Medizin 2, Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh, S. 642–646.

Rat der EKD / Deutsche Bischofskonferenz (1997): Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit. Gemeinsames Wort zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland, epd. Nr. 11/97.

Ritschl, Dietrich (1982): Gesundheit: Gnade oder Rechtsanspruch? (Diakonie) 8, S. 77–80.

Rothschuh, Karl Eduard (Hrsg.) (1978): Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart, Stuttgart.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996/98): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, 2 Bd., Baden-Baden.

Schipperges, Heinrich (1980): Gesundheit – Krankheit – Heilung, in: Böckle, Franz (Hrsg.): Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft, Bd. 10, Freiburg, Basel, Wien, S. 51–84.

Schönberger, Alwin (1995): Patient Arzt. Der kranke Stand, Wien.

Schwartländer, Johannes (Hrsg.) (1976): Der Mensch und sein Tod, Göttingen.

Stierle, Wolfram (1999): Der Preis der Gesundheit (ZEE) 43, S. 26–31.

Stiftung Warentest / Verein für Konsumenteninformation (1996): Die Andere Medizin. Nutzen und Risiken sanfter Heilmethoden, in Zusammenarbeit mit Federspiel, Krista / Herbst, Vera, 4. Aufl., Berlin.

Uexküll, Thure v. / *Wesiack,* Wolfgang (1988): Theorie der Humanmedizin, Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, München u. a.

Weizsäcker, Viktor v. (1987): Der Arzt und der Kranke, in: ders. (1987): Gesammelte Schriften, Bd. 5, Frankfurt a. M., S. 9–26.

Wieland, Wolfgang (1975): Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie, Berlin u. a.

– (1986): Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft, Heidelberg.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Willi, J. / *Heim,* E. (1986): Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht, 2 Bd., Berlin u. a.

Wolbert, Werner (1999): Ist der Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen noch sinnvoll?, in: Holderegger, Adrian (Hrsg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht (Stud. zur theol. Ethik 80), Fribourg, Freiburg i. B., S. 56–75.

Wüsthof, Achim (1999): Zum Leben verurteilt (DIE ZEIT) Nr. 31, 29.7., S. 29.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Zieldefinitionen im Gesundheitswesen

Von Anne van Aaken

A. Vorbemerkung

In dem Vortrag von Körtner wird richtiger- und notwendigerweise die Frage nach den Zielen des medizinischen Fortschritts analytisch vor der Frage nach den Kosten bzw. Nutzen desselben gestellt. So wird auf S. 51 formuliert: „Die ökonomische Frage nach einem ausgewogenen Verhältnis der Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen kann nicht abgesehen von der Frage nach den allgemeinen Zielen heutiger Medizin beantwortet werden."

Damit lehnt sich Körtner methodisch an die Grundlagen der ökonomischen Analyse – bzw. weiter formuliert an eine Zweckrationalität im Sinne Webers[1] – an, die ebenfalls zwischen Zielen und Mitteln unterscheidet. Zweckrationalität bezieht sich auf die Entscheidung, die relativ zu einem gegebenen Zweck(system) als rational gilt, wenn sie die Wahrscheinlichkeit und/oder das Ausmaß der Erreichung der (multiplen) Zwecke maximiert: Unter dem Gesichtspunkt des Zweckes oder der Zwecke Z ist jenes Gesetz oder jene Entscheidung zweckrational, die Z bewirken – oder bei Konkurrenz verschiedener Alternativen zur Erreichung von Z – dies mit der größten Wahrscheinlichkeit oder/und im höchsten Ausmaß bewirken.

Eine institutionelle Regelung A_i wäre dann besser als ein andere, wenn die Ziele optimal miteinander in Einklang gebracht werden können, mithin keine Regelungsalternative A_{i+1} ersichtlich ist, bei der ceteris paribus ein oder mehrere Ziele weniger beeinträchtigt werden als bei der Reglung A oder anders ausgedrückt, wenn bei der Alternative A_i ein Ziel bzw. in der entscheidungstheoretischen Sprache ein Kriterienwert besser und keiner schlechter ist als bei der Alternative A_{i+1}.[2] Dies entspricht der natürlichen Ordnung in der Entschei-

---

[1] *Weber* (1904), S. 149 f.

[2] Formal kann das folgendermaßen dargestellt werden: Aggregationsregel: $N_i > N_{i+1}$ wenn für *alle* j gilt: $k_{ij} \geq k_{(i+1)j}$ und für *mindestens* ein j: $k_{ij} > k_{(i+1)j}$.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

dungstheorie und wird auch Pareto-Kriterium genannt. Das Pareto-Kriterium[3] kann damit zur Elimination von Alternativen verwendet werden, da alle suboptimalen Lösungen ausgeschlossen werden können. Das Pareto-Kriterium kann, wenn nicht präferenzindividualistischer Nutzen in wohlfahrtstheoretischem Sinne zugrundegelegt werden soll, auch andere Ziele aggregieren, so etwa Grundgüter, Rechte und Verfassungsprinzipien, ebenso auch Verteilungsgerechtigkeit oder auch Patientenautonomie. Eine solch verstandene Effizienz[4] ist wohl die Einzige, die hier verwendet werden kann. Denn Effizienz ist relativ zu (subjektiven oder normativen[5]) Präferenzen – genau wie Zweckrationalität nie zweckmäßig an sich ist, sondern immer nur relativ zu einem gegebenen Zweck.

Wenn also Mittel nur im Hinblick auf gegebene Zwecke bestimmt werden können, so bedeutet das in Bezug auf das Gesundheitswesen, dass die Optimalität von gesundheitspolitischen Institutionen im Hinblick auf die zu verfolgenden, oftmals antinomischen Ziele zu analysieren ist und nicht-intendierte Nebenfolgen zu beachten sind. Dies impliziert eine Betrachtung, die nicht nur deontologisch, sondern auch konsequentialistisch argumentiert: „Ein ethischer Regel-Konsequentialismus oder eine Ethik der Folgenbewertung können also ihrerseits durchaus als „teleologische Einlösung" eines in ihren obersten Bewertungsregeln bzw. Bewertungsprinzipien ausgedrückten „deontologischen Unbedingtheitsanspruchs" gelten. Teleologische und deontologische Argumentationsformen müssen sich in einer auf Folgenabschätzung und Folgenbewertung zielenden konsequentialistischen Ethiktheorie keineswegs ausschließen, sondern bleiben auch hier im Grunde schon immer auf einander verwiesen."[6]

Der folgende Kommentar soll sich an dieser Grobtrennung orientieren. Dies bedeutet, dass primär nach den Zielen des Gesundheitswesens in dem Aufsatz von Körtner gefragt werden soll. Denn die Definition der Ziele ist entscheidend für die Wahl der Mittel, die Rückwirkungen der Mittel auf die Ziele und insbe-

---

[3] Dieses Kriterium liefert eine transitive und ordinale Ordnung, aber ist unvollständig, nämlich immer dann, wenn es *keine* Alternative gibt, die in allen Kriterienwerten indifferent zu den anderen Alternativen ist und in mindestens einem Kriterienwert präferiert wird.

[4] *Sen* (1997), S. 48: „(T)he concept of „efficiency" is as much open to plural interpretations as is equality, since the non-existence of another feasible state more advantageous for all is ... dependant on the chosen concept of advantage. When, for example advantage is equated with utility, efficiency coincides with Pareto optimality. As the notion of advantage is altered, so is the content of efficiency."

[5] Vgl. zu den Begriffen *Kutschera* (199).

[6] *Feldhaus* (1999), S. 310, ebenso *Toulmin* (1950), der zwei Formen (deontologische moralische Regeln und teleologische Leidensminimierungsregel) und zwei Stufen (individuelle Handlungen und Rechtfertigung moralischer Regeln) der moralischen Argumentation unterscheidet.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

sondere die Opportunitätskosten dürfen jedoch keineswegs vernachlässigt werden.

B. Ziele des Gesundheitswesens

Betrachten wir das, was ich die Verfassungsebene von Gesundheitsfragen nennen möchte. Auf dieser Ebene wird festgelegt, welche Ziele im Gesundheitssystem verfolgt werden sollen. Dazu können etwa von Körtner[7] genannten Ziele, wie die Gesundheit der von dem System Betroffenen als individuelles Gut, die Gesundheit als Kollektivgut, die Patientenautonomie, die Gesundheit und Beziehungsfähigkeit der im Gesundheitswesen Tätigen gezählt werden. Die Probleme liegen primär in der Definition dieser Begriffe, weshalb ich mich in meinem Kommentar darauf konzentrieren möchte und zwar auf die Zieldefinition der Gesundheit und auf die Zieldefinition der Patientenautonomie.

C. Gesundheit der Betroffenen

Wenn Gesundheit als Ziel des Gesundheitswesens genannt wird, so muss zunächst gefragt werden, was denn darunter zu verstehen sei. Körtner diskutiert dies ausführlich, weshalb auch hier einiges dazu gesagt sein soll.

Grundsätzlich kann m. E. zwischen 1. einer funktionalen Definition, also etwa Gesundheit als Berufsfähigkeit (Funktion des Arbeitnehmers), 2. einer Definition, die einen umfassenden *Zustand* und 3. einer Definition, die die *Fähigkeit* zum glücklichen oder guten Leben beinhaltet, unterschieden werden.

1. Die zuerst genannte funktionale Definition von Gesundheit findet man vor allem im Kranken- und Unfallsversicherungsrecht. Der Begriff Krankheit ist zwar gesetzlich nicht definiert und unterliegt daher der richterlichen Rechtsfortbildung.[8] Aus § 178b Abs. 1 VVG – „medizinisch notwendige Heilbehandlung" – ergibt sich aber, dass der Krankheitsbegriff objektiv zu verstehen ist, d. h. „es kommt auf das Vorhandensein einer Krankheit im Sinne des Sprachgebrauchs des täglichen Lebens an, wie er sich auf der Grundlage allgemein bekannt werdender Erkenntnisse der Medizin gebildet hat. Danach ist Krankheit ein anomaler körperlicher oder geistiger Zustand, der eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt.

[7] Vgl. *Körtner* im selben Band.

[8] § 178b Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie § 1 Nr. 1, 2 Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MBKK 94) stellen auf das Vorliegen einer Krankheit ab und stellen damit klar, dass nicht jede ärztliche Tätigkeit eine Heilbehandlung ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Ob der Versicherungsnehmer sich krank fühlt, ist unerheblich."[9] Eine subjektive Krankheits- und daher auch Gesundheitsdefinition wird damit ausgeschlossen. Insbesondere den Definitionen in den Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeitsversicherungen liegt ein rein somatisches Verständnis von Krankheit zu Grunde.[10]

2. Die WHO dagegen definiert Gesundheit als „*Zustand* vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens."[11] Wie Körtner richtig bemerkt, begreift die WHO Gesundheit als Zustand, nicht als Fähigkeit. Dies deutet zumindest auf eine subjektivistische Komponente in der Gesundheitsdefinition hin.

3. Wenn es richtig ist, dass Gesundheit aber primär als eine Fähigkeit zu definieren ist – eine Feststellung, bei der ich Körtner zustimme –, dann liegt es allerdings nahe, sich an Amartya Sen, der den Begriff der Fähigkeit[12] in der Wohlfahrtsökonomie geprägt hat, zu orientieren. Sen wählt einen neoaristotelischen Ansatz,[13] indem er die Basis des individuellen Wohlergehens nicht mehr nur auf den utilitaristischer Nutzenbegriff zurückführt, sondern vielmehr die Fähigkeiten des Menschen zum guten Leben in den Mittelpunkt der Betrachtung rückt. Der Gedanke dabei ist, dass die individuelle Wohlfahrt präziser durch Fähigkeiten als nur durch Güter („Güterfetischismus") gemessen werden kann. Es ist nicht nur entscheidend, ob und über wie viele Güter oder Einkommen eine Person verfügen kann, sondern darüber hinaus ist die Frage, wie die Person diese Güter in ihre Funktionsweisen („functionings") transformieren kann. Entscheidend ist dann die Fähigkeit („capability"), die Güter mit verschiedenen Funktionen zu nutzen. Die Erhöhung der Wohlfahrt ist dann eine Erhöhung der Fähigkeiten der Person. Er verwendet daher als Beziehungskriterium „basic capabilities" als Möglichkeit der Menschen, mit Gütern umzugehen. So wie etwa Bildung erst Fähigkeiten zum guten Leben ermöglicht, tut dies auch die Gesundheit. In Anlehnung an Sen könnte Krankheit als Einschränkung der „capabilities"; der Möglichkeit zum guten Leben verstanden werden. Dies bedeutet auch, dass der Gesundheitsbegriff nicht beinhaltet, dass das Ziel medizinischen Handelns die Herstellung eines Zustandes des Glücks sein müsse, wohl aber, dass die Fähigkeit, ein normales Leben führen zu kön-

---

[9] *Prölls/Martin-Prölls* (1998), § 1 MBBK 94 Rz. 4.

[10] Vgl. § 2 Abs. 1 Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (BUZ 90): „Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht."

[11] Zitiert nach *Körtner*, in diesem Band.

[12] Vgl. etwa *Sen* (1980) und *Sen* (1999).

[13] Siehe etwa den Rückgriff auf aristotelische Konzepte in *Sen* (1997).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nen, jedenfalls beinhaltet sein muss. Damit wird keinesfalls der völligen Ausschluss des Leidens postuliert; es bedeutet aber, dass dauerhaft die *Fähigkeit oder Möglichkeit* zum Glück geschaffen werden muss. Konkret würde das bedeuten, dass es nicht darum geht, dass Eltern ein Recht auf ein gesundes Kind haben, wohl aber, dass das Kind selbst das Recht hat, Fähigkeiten zum einem guten Leben zu haben. Hier wäre die Frage bedeutsam, ob und inwieweit pränatale Diagnostik zugelassen wird. Ein Elternrecht könnte in der Fähigkeit erblickt werden, Kinder überhaupt zu bekommen zu können. Dies beinhaltet dann auch die Möglichkeit, Sterilität (auf Kosten der Krankenversicherungen) zu behandeln bzw. in-vitro-Fertilisation zuzulassen.[14]

Hier ist auch die von Körtner angesprochene gesundheitspolitische Diskussion von Höffe[15] einzuordnen. Eine Verteilungsgerechtigkeit im Sinne einer Grundversorgung, die eben die Fähigkeit zum guten Leben erhält oder herstellt, wäre – falls der Definition von Gesundheit als Fähigkeit gefolgt wird – eine conditio sine qua non.

Körtner stellt die Frage nach der Gesundheits- bzw. Krankheitsdefinition als ein Problem der sozialen Konstruktion dar. Diese Frage ist zweifelsohne bedeutsam und auch nicht zu vernachlässigen, taucht aber m.E. nur in Graubereichen auf, nicht aber bei dem großen Teil der Krankheiten. Diese können sehr wohl klar, d. h. zumindest medizinisch objektiv, bestimmt werden. Selbst wenn aber anerkennt wird, dass der soziokulturelle Rahmen für die Definition von Krankheit relevant ist, dann ist dies für die Zielformulierung *innerhalb* des Gesundheitssystems *eines Landes* kein weiteres Problem. Denn innerhalb eines Landes kann davon ausgegangen werden, dass eben der soziokulturelle Kontext dieses Landes ausschlaggebend ist. Bedeutsam wird das Problem erst bei einem Vergleich zwischen Gesundheitssystemen verschiedener soziokultureller Hintergründe.

D. Autonomie der Patienten

Als weiteres Ziel des Gesundheitswesens ist die Patientenautonomie zu nennen. Hierzu gehört nicht nur das Postulat der Autonomie, sondern auch, wie Körtner richtig sagt, die Berücksichtigung der „realen Einschränkungen der Entscheidungsfähigkeit, die Hilfs- und Schutzbedürftigkeit" der Patienten. Autonomie einfach vorauszusetzen, würde der Problematik im Gesundheitswesen

[14] Diese wird denn auch von der Rechtsprechung als medizinisch notwendige Heilbehandlung anerkannt, die von den Versicherungen grundsätzlich gezahlt werden muß, allerdings nicht unbegrenzt. BGH NJW 88, 774 hält die Grenze bei drei Versuchen jedenfalls für noch nicht überschritten.

[15] *Höffe* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nicht gerecht. Vielmehr kann hier ein prozedurales Verständnis von Autonomie teilweise weiterhelfen. Denn die Entscheidungsprozeduren bestimmen maßgeblich erst die Möglichkeit einer autonomen Patientenentscheidung.

Analytisch kann die Autonomie vor oder nach dem Krankheitsfall, also ex ante-Autonomie bzw. ex post-Autonomie unterschieden werden. Ebenso kann – je nach Regelungsebene – zwischen Makro-, Meso und Mikroautonomie unterschieden werden.

1. Die Fälle der ex ante-Autonomie betrifft etwa Selbstschädigung durch Drogen, Alkohol oder Zigaretten. Hier kommen nicht nur Verbote der Selbstschädigung in Betracht, wie wir sie etwa aus dem deutschen Betäubungsmittelgesetz oder auch der amerikanischen Prohibition kennen, sondern auch Erlaubnisse, also Zulassung von Autonomie gekoppelt mit negativen oder auch positiven Sanktionen. Hier kommen diverse Möglichkeiten von Anreizen in Betracht, angefangen von dem auch von Körtner angesprochenen Vorschlag Höffes, die Kosten der Behandlung solcher Krankheiten nicht mehr der Solidargemeinschaft, sondern dem Einzelnen aufzubürden bis zu Aufklärungskampagnen, Werbeverboten und der Ermöglichung von Selbsthilfegruppen.

2. Ich möchte mich nunmehr auf die Patientenautonomie ex post konzentrieren. Diese kann in zwei Aspekte unterteilt werden: Die Autonomie im Arzt-Patient-Verhältnis und die Autonomie, die der Staat hoheitlich gestattet. Allerdings greifen diese beiden Arten natürlich ineinander.

a) Bei dem Arzt-Patient-Verhältnis handelt es sich um eine Art Vertragsautonomie, also die Autonomie gegenüber einem grundsätzlich Gleichgeordneten. Das Leitbild des mündigen Patienten finden wir in vielerlei Ausprägungen von Autonomie. Es obliegt dem Individuum die Entscheidung, ob überhaupt eine Behandlung gewünscht ist. Weiterhin ist in Deutschland die freie Arztwahl zugelassen.[16] Vertieft möchte ich die Frage der Autonomie innerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses behandeln. Aber auch dort muss die Autonomie gegenüber Ärzten und im Gesundheitswesen Tätigen überhaupt erst hergestellt werden, es kann von einer für die Patientenautonomie notwendigen „informationellen Grundversorgung"[17] gesprochen werden. Um in den Worten von Körtner zu sprechen: „Der Einzelne (überträgt) die Deutungs- und Verfügungsmacht über seinen Körper und seinen Gesundheit." Körtner diagnostiziert diese „Enteignung der Gesundheit" in der Zunahme der ärztlichen Verantwortung und der Senkung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten.[18] Eine solche kann sich tat-

[16] Ob hierzu verstärkte Autonomie durch Vergleichbarkeit der Ärzteleistungen etwa durch eine Art „Stiftung Ärztetest" wünschenswert wäre, soll hier offenbleiben, ist aber m. E. erwägenswert.

[17] Vgl. *Meyer* im selben Band. Es wird auch von „informed consent" gesprochen.

[18] Vgl. *Körtner* im selben Band, S. 59.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

sächlich aus den hohen Anforderungen an die zeitliche und ökonomische Effizienz der ärztlichen Tätigkeit ergeben.[19]

Richtig ist aber, dass die Frage nach der Patientenautonomie im Arzt-Patient-Verhältnis gestellt werden muss und vor allem auch die Frage nach den Mitteln eben diese herzustellen. Es ist unzureichend, sich auf das Bild des benevolenten Arztes zu verlassen. Ebenso ist es utopisch, mit Körtner, dem Arzt abzuverlangen, dass er sich „in seiner Begegnung mit dem Patienten als Person voll eröffnet und am Lebensschicksal und am Lebenssinn des Patienten teilnimmt."[20] Dies mag wünschenswert sein, realistisch ist es nicht. Eine solche Teilnahme und Empathie kann nur von Familie und Freunden erwartet werden: Der Arzt kann nicht zu mehr bestellt sein, als dem Patienten die Eigenverantwortlichkeit zu ermöglichen. Die dann entscheidende Frage lautet, unter welchen Bedingungen die Patientenentscheidung als autonom und aufgeklärt zu bezeichnen ist. Denn die Probleme mangelnder Rationalität der Patienten, kognitiver Defizite und insbesondere Informationsasymmetrien zwischen Arzt und Patient sind bekannt. Daher spielen institutionelle, sprich rechtliche Bedingungen bzw. Maßnahmen eine erhebliche Rolle. Mit anderen Worten: es darf und soll keine „Grenze des Rechts am Krankenbett" geben.[21] Diese in Deutschland de lege lata bestehenden Aufklärungs- und Informationspflichten sollen kursorisch skizziert werden. Die Rechtsprechung sieht immer noch jeden ärztlichen Eingriff tatbestandsmäßig als Körperverletzung (§ 223 Abs.1 StGB) an.[22] Nur die Einwilligung des Patienten nimmt der Körperverletzung die Rechtswidrigkeit, so dass eine Strafbarkeit des Arztes nicht entsteht. An eine wirksame Einwilligung werden hohe Anforderungen gestellt: Der Patient muss umfassend über die Art des Eingriffs bzw. Medikaments, die damit verbundenen Risiken und Nebenwirkungen sowie möglichen Komplikationen aufgeklärt werden, damit er weiß, worein er einwilligt.[23] Selbiges gilt für das Deliktsrecht im Zivilrecht (§ 823 Abs.1 BGB): Dort wird eine Schadensersatzpflicht des Arztes auf eine Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten mangels Aufklärung, also letztlich auf eine Verletzung des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts gestützt. Diese zivilrechtliche Aufklärungsfehlerhaftung ersetzt

---

[19] Vgl. *Körtner* im selben Band, S. 61.

[20] Vgl. *Körtner* im selben Band, S. 67, zitiert nach *Rager* (1998), S. 646.

[21] *Knauer* (1999), S. 9–27, S. 10, der eine solche nicht sieht, aber dennoch darauf hinweist, dass es nicht Zweck des Rechts sein kann, über eine komplizierte Aufklärungsdogmatik das Idealbild der Kommunikation zwischen Arzt und Patient herzustellen. Dem ist zuzustimmen.

[22] Seit RGSt 25, 375, 378; ständige Rechtsprechung, zuletzt BGH NStZ 1996, 94. Allerdings ist diese Auffassung heftig umstritten in der Literatur. Der berühmteste Einwand lautete, dass damit die Ärzte auf eine Stufe mit Messerstechern gestellt würden.

[23] Es kann mit *Knauer* (1999), S. 21 ff. in Eingriffsaufklärung, Diagnoseaufklärung und Therapieaufklärung unterschieden werden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

den schwierigen Nachweis des ärztlichen Behandlungsfehlers. Dies führte zu Lasten des Arztes eine Beweislastumkehr ein mit der Folge, dass der Arzt die hinreichende Aufklärung des Patienten beweisen muss. Juristisch bestehen also Aufklärungspflichten über Diagnose und Therapie bzw. Therapiemöglichkeiten und -chancen. Der Genauigkeitsgrad und die Intensität der Aufklärung hat in dem Maße zuzunehmen, wie die Dringlichkeit des Eingriffs abnimmt. Eine rechtliche Pflicht zur Kostenaufklärung bzgl. alternativen Therapiemethoden ist leider m. W. nicht existent. Ähnlich verhält es sich bei der von Körtner angesprochenen Alternativmedizin. Eine Aufklärungspflicht über diese besteht nur bei einer erheblichen Differenz der Eingriffs- und Risikointensität der verschiedenen Maßnahmen. Die Wahl der Behandlungsmethode verbleibt damit grundsätzlich Sache des Arztes.[24] Dies widerspricht m.E. dem Ziel der Patientenautonomie: wenn die Alternativmedizin Erfolge vorweisen kann und von den Patienten gewünscht wird, dann ist über sie aufzuklären, auch wenn sie nicht oder nur teilweise von den Versicherungen getragen wird.

b) Der andere Aspekt von Autonomie wird durch den Staat auf Makroebene festgelegt. Hier stellt sich die Frage, wie viel Autonomie der Staat dem Einzelnen gewähren will. Verfolgt man das Ziel der Autonomie, dann muss grundsätzlich die Frage des Sinns von Gesundheit, Krankheit, Leben bzw. Tod und Leiden von jedem Einzelnen entschieden werden. Dazu sind jedoch staatliche Freiräume notwendig, welche aber beileibe nicht immer gewährt werden. Auch hier kann natürlich gefragt werden, welche anderen Ziele eine Einschränkung der Autonomie rechtfertigen.[25] Als anschauliches und aktuelles Beispiel soll hier die Sterbehilfe[26] angesprochen werden.[27] Die Frage nach der Gestattung von Sterbehilfe und Suizidbeteiligung generell ist eng verknüpft mit der Diskussion um ein grundrechtlich verankertes Recht darauf, den eigenen Tod hinsichtlich seines Zeitpunktes und seiner Gestaltung selbst zu wählen. Weiterhin stellt sich die Frage, welche widerstreitenden Ziele der Gesellschaft bzw. des Rechtsträgers in der Diskussion überhaupt zugelassen werden. Die Frage, ob es

---

[24] So BGH NStZ 1996, 34.

[25] Zu der Frage, ob und wie eine Optimierung von Grundrechten in der Rechtswissenschaft stattfinden kann, siehe *Alexy* (1996), sowie zustimmend *Aaken* (2001), Punkt 4.

[26] In der Regel wird unterschieden zwischen aktiver Sterbehilfe, also dem gezielten Eingriff in fremdes Leben zur Abkürzung des Sterbevorgangs oder generell zur Abkürzung von Leiden oder vermeintlichem Leiden; passiver Sterbehilfe, also Unterlassung sowie Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, die daher notwendig eine Grundkrankheit voraussetzt sowie indirekter Sterbehilfe, also Verabreichung schmerzstillender Mittel an Todkranke, die vorgenommen wird, obwohl der Tod dadurch geringfügig beschleunigt wird.

[27] Zu den Argumenten für und wider der Sterbehilfe aus rechtsphilosophischer Perspektive, vgl. *Hoerster* (1998) sowie aus mehr strafrechtswissenschaftlicher Perspektive *Beckert* (1996).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nur darum geht, dem Einzelnen eine höchstpersönliche Entscheidung zu gewähren oder ob etwa Drittinteressen mit berücksichtigt werden dürfen ist mitentscheidend. Oftmals ist es gerade die finanzielle Belastung, welche bei der Bewahrung menschlichen Lebens anfällt, die für die Erlaubtheit der Sterbehilfe angeführt wird.

Selbsttötung ist in den europäischen Staaten, trotz des religiösen Hintergrundes der judäischen, der christlichen und der islamischen Religion (anders aber der Hinduismus und der Buddhismus) nicht mehr kriminalisiert. Anders ist es jedoch immer noch bei Sterbehilfe.

In Deutschland, Schweiz, Spanien, Frankreich und Großbritannien beispielsweise ist die Sterbehilfe immer noch verboten. Allerdings werden sog. Patiententestamente außer in Spanien und Frankreich anerkannt.[28] Das niederländische Parlament hat dagegen einen Gesetzesentwurf verabschiedet, welcher ein bereits seit 15 Jahren durchgeführtes Experiment zur Sterbehilfe perpetuiert.[29] In diesem wird Menschen über 16 Jahren (das Alterslimit ab 12 war vorgeschlagen, wurde aber nicht angenommen), die akute und unbehebbare Schmerzen leiden, die Möglichkeit gegeben, Ärzte darum zu ersuchen, ihnen bei der Selbsttötung zu helfen. Der behandelnde Arzt muss eine zweite ärztliche Meinung einholen und auf Grund von langanhaltendem und wiederholtem Verlangen Gewissheit haben, dass der Patient die Selbsttötung freiwillig wünscht. Der Patient muss nicht im Sterben liegen. Auch Kinder können Sterbehilfe verlangen, vorausgesetzt, dass ihre Eltern einwilligen.[30]

Ohne auf die Fragen der Legitimität von Sterbehilfe weiter einzugehen, möchte ich eine konsequentialistische Betrachtungsweise einnehmen. Eine von oben gesetzte oder deontologische Ethik ohne Betrachtung der Konsequenzen kann kontraproduktiv sein. Dies gilt insbesondere für Verbote, wenn es Ausweichmöglichkeiten gibt.[31] Wenn wir etwa wissen, dass Sterbehilfe ein menschliches Phänomen ist, welches auch bei einem Verbot derselben stattfindet, dann ist die Frage, wie damit transparent und in geregelten Bahnen umzugehen ist. Diese Fälle kennt man auch etwa von Abtreibungsverboten und Verboten von In-vitro-Genkontrollen. Dies führt erstens zu der Konsequenz einer

---

[28] Siehe für einen rechtsvergleichenden Überblick: Association for the Right to Die in Dignity, Paris. Aus: The Economist v. 30th Nov. 2000.

[29] In Holland wurde aktive Sterbehilfe bereits vorher lange toleriert. Ein Rotterdamer Gereicht hat 1981 einen Präzedenzfall gesetzt und das oberste Gericht hat in 1984 entschieden, dass die Menschen, die Sterbehilfe geleistet haben, nicht strafrechtlich zu verfolgen sind.

[30] Der US-amerikanische Supreme Court hat 1997 entschieden, dass es kein verfassungsmäßig garantiertes Recht auf Sterbehilfe gibt. Es hat aber den Staaten überlassen, solche Rechte zu schaffen.

[31] Sehr anschaulich dazu sind *Calabresi/Bobbitt* (1978).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

verdeckten Zweiklassenmedizin, da zahlungskräftige Patienten in andere Länder ausweichen können und zudem zu unkontrollierten rechtsfreien Räumen. Dies ist zwar nicht schon per se schlecht, jedoch aber dann bedenklich, wenn ein solcher rechtsfreier Raum erhebliche Kosten (im weitesten Sinne) verursacht. Der Vorteil einer detaillierten gesetzlichen Regelung liegt darin begründet, Menschen nicht in ein illegales Handeln, welches dann auch nicht mehr kontrollierbar ist, zu stoßen. Vielmehr kann durch die Registrierung und entsprechende Verfahren sicher gestellt werden, dass sich die Betroffenen auf weitere ärztliche Gutachten verlassen können, nicht mehr auf die Gewissensentscheidung eines Arztes oder einer Krankenschwester oder auch eines Familienangehörigen angewiesen sind. Die Sterbehilfe wird so kontrollierbar und Missbrauch eher verhindert. Analog kann für andere Gebiete im Gesundheitswesen, die Verboten unterliegen, argumentiert werden. Denn auch dort ist eine Erlaubnis mit Kontrolle einem Verbot ohne Kontrolle und „Schwarztötungen" vorzuziehen.

Wenn wir also im obigen Sinne, Patientenautonomie als ein Ziel des Gesundheitswesens akzeptieren, so muss gefragt werden, welche rechtliche Alternative in der Lage ist, dieses Ziel bestmöglich zu verwirklichen, ohne unintendierte Nebenfolgen zu zeitigen. Allerdings stellt sich das Problem der Systemkonsequenzen; gerne wird insbesondere bei Sterbehilfe das Dammbruchargument angeführt. Wenn es aber möglich ist, institutionelle Regelungen zu finden, die dem Ziel der Autonomie besser entsprechen und die den Dammbruch nicht provozieren, dann sind diese vorzugswürdig.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unabhängig von dem betrachteten rechtspolitischen oder auch ökonomischen Bereich die verwendeten Zieldefinitionen genau zu bestimmen sind. Die Ökonomik kann die Ziele wohl in der Regel nicht selbst begründen, sie kann aber bei der Auffindung von institutionellen Alternativen zur Erreichung dieser Ziele einiges beitragen. Kurz: Ökonomik kann die Ziele nicht, wohl aber die Mittel bestimmen, indem sie eine Optimierungskalkül vornimmt. Eine solche Vorgehensweise ist auch mit der Rechtswissenschaft kompatibel. So ist etwa die von Körtner angesprochene Knappheit der Organe primär eine Frage der Mittel, die Ökonomik kann Anreizmechanismen finden, diese Organknappheit zumindest zu mildern.[32]

[32] Vgl. eingehend dazu *Blankart/Kamecke/Kirchner* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Literatur

Aaken, Anne von (2001): Rational-Choice in der Rechtswissenschaft. Zum Stellenwert der ökonomischen Theorie im Recht. Noch unveröffentlichte Dissertation. Frankfurt / Oder.

Alexy, Robert (1996): Theorie der Grundrechte, Frankfurt a. M.

Beckert, Frauke (1996): Strafrechtliche Probleme um Suizidbeteiligung und Sterbehilfe unter besonderer Berücksichtigung historischer und ethischer Aspekte, Aachen.

Blankart, Charles B. / *Kamecke,* Ulrich / *Kirchner,* Christian (2000): Organspenden und Solidarität. Das neue Transplantationsgesetz: Wie es gerecht und effizient sein könnte, in: Schweizer Monatshefte, 10, S. 35-40.

Calabresi, Guido / *Bobbitt,* Phillip (1978): Tragic Choices, New York.

Feldhaus, Stefan (1999): Ethische Entscheidungsverfahren, in: Korff, W. et al. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 1, Gütersloh, S. 309-322.

Hoerster, Norbert (1998): Sterbehilfe im säkulären Staat, Frankfurt a. M.

Höffe, Otfried (2000): Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen - eine Replik, in: ZEE, 44, S. 89-102.

Knauer, Christoph (1999): Ärztlicher Heileingriff, Einwilligung und Aufklärung - Überzogene Anforderungen an den Arzt? In: Roxin, C. / Schroth, U. (Hrsg.): Medizinstrafrecht. Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht, Stuttgart et al., S. 9-27.

Kutschera, Franz von (1999): Grundlagen der Ethik, Berlin et al.

Prölls, Erich R. (1998): Versicherungsvertragsgesetz: Kommentar. München. 26. Aufl.

Sen, Amartya K. (1980): Equality of What?, in: Sen, A. K. (Hrsg.): Choice, Welfare and Measurement, Cambridge (Mass.), S. 353-369.

– (1997): On Ethics and Economics, Oxford et al.

– (1999): Commodities and Capabilities, Delhi.

Toulmin, Stephen E. (1950): An Examination of the Place of Reason in Ethics, Cambridge.

Weber, Max (1904): Die „Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis, in: Winckelmann, J. (Hrsg.): Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, Tübingen, S. 146-214.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Ziele und Kosten der Gesundheitspolitik

Von Martin Leschke

Der Beitrag von Ulrich Körtner (2002) lädt zum Nachdenken ein. Er wirft interessante Fragen zu den Zielen und Kosten medizinischen Fortschritts und der Gesundheitspolitik auf. Seine wichtigsten Thesen sind m. E.: (1) Krankheit und Gesundheit sind soziale Konstruktionen, nicht objektive biologische Tatbestände. Die Begriffsbestimmungen vollziehen sich in zwischenmenschlicher Kommunikation, insbesondere auch in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Hierbei ist ein immer stärker werdendes Gewicht des Gesundheitssektors festzustellen. Dies führt im Zuge technischen Fortschritts zu einem utopischen Gesundheitsbegriff. Dadurch, dass Gesundheit als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (WHO) definiert wird, werden Ansprüche „geweckt", die weder erfüllt werden können, noch erstrebenswert erscheinen. Schließlich zieht der Mensch aus einem gewissen Leiden produktive Erfahrungen. (2) Die heute in Deutschland und anderen Ländern entstandene Auffassung von Gesundheit hat negative Konsequenzen in Form einer steigenden Unmündigkeit der Patienten, eines zunehmenden Arbeitsstresses bei Pflegern, Schwestern und Ärzten sowie in Form unvorhergesehener Probleme wie Organknappheit und einer Unterentwicklung der palliativmedizinischen Versorgung. Das ist der Preis der derzeitig praktizierten Gesundheitsmedizin, die sich an einem utopischen Leitbild orientiert. (3) Obschon es vor dem Hintergrund der beiden genannten Thesen sinnvoll erscheint, der Medizin Grenzen zu setzen, erweist sich die tatsächliche Grenzziehung als schwieriges Unterfangen. So lassen sich aus der Theologie oder Ökonomik keine unmittelbaren Grenzen ableiten. Aus dem Grundsatz des Schutzes der Menschenwürde lässt sich allerdings folgern, dass jedes Bemühen um Heilung nur fragmentarisch sein kann. Die Medizin muss daher die strukturelle Unbarmherzigkeit im Umgang mit unheilbar Kranken, Dauerpatienten oder Sterbenden abbauen. (4) Natürlich spielt für die Gestaltung des Gesundheitssystems auch das Problem der Ressourcenknappheit eine Rolle. Konkrete Vorschläge mit dem Ziel, die Bezahlbarkeit des Gutes Gesundheit auch in Zukunft zu gewährleisten, dürfen jedoch nicht unreflektiert und starr auf wohlklingende Prinzipien wie z. B. Eigenverantwortung oder Tauschgerechtigkeit rekurrieren. Deren Vorteilhaftigkeit ist in Einzelfällen genau zu prüfen. Zudem muss vor jeder ökonomischen Frage nach Nutzen und Kosten der Medizin die Frage nach dem Sinn stehen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Neben kleinen Problemen (wie herauszulesende Fortschrittsfeindlichkeit oder der Verwendung von Appellen) besteht mein Hauptproblem mit dem Beitrag von Herrn Körtner darin: Die Ökonomik wird – zumindest implizit – als eine Kosten und Nutzen aufzählende Wissenschaft betrachtet, die nur wenig zur Lösung der oben angesprochenen Probleme zu leisten vermag. Diese Einschätzung ist m. E. nicht haltbar. Die folgenden Ausführungen sind daher ein Bemühen, dieses Vorurteil – wenigstens teilweise – zu entkräften. Zuerst wird die Ökonomik als eine Wissenschaft, die sich mit Interaktionen und Institutionen auseinander setzt, skizziert. Dann wird vor dem Hintergrund dieser Skizze noch einmal auf Herrn Körtners Thesen eingegangen.

Ökonomik geht, wie Herr Körtner richtig erwähnt, vom Knappheitsproblem aus, wobei knapp je nach Problemlage nicht nur materielle Ressourcen wie Arbeit, Kapital, Boden, Einkommen usw., sondern natürlich auch immaterielle Faktoren wie Wissen oder Zeit sein können. Knappheit inklusive der Unfähigkeit des einzelnen Menschen, alle gewünschten Güter selbst herstellen zu können, lassen ein arbeitsteiliges Interagieren der Individuen sinnvoll erscheinen. Ein solches Interagieren der Individuen wird jedoch nur dann dauerhaft zum wechselseitigen Vorteil möglich sein, wenn die Regeln, die Bedingungen des Tauschs, bekannt sind und akzeptiert werden.[1] Ein Verfahren, um in modernen, großen Gesellschaften die handlungskanalisierende Regeln zu setzen oder zu verändern, ist die Demokratie. Diese umfasst nach (institutionen-)ökonomischer Auffassung nicht nur die Abstimmungsregeln zur Wahl der politischen Vertreter, sondern auch Verfassungsregeln zur Bindung der politischen Agenten. Zentrale Bestandteile der Verfassungsregeln sind die Grundrechte und die Trennung der Staatsgewalt in horizontaler und vertikaler Sicht. Diese Art konstitutioneller Demokratie soll den Politikern durch zahlreiche Kontrollmechanismen Anreize geben, im Sinne der Bürger-Prinzipale Politik zu machen, d. h. sinnvolle Regeln für wohlstandsschaffende Wettbewerbsprozesse festzulegen.

Diese Mechanismen der Demokratie bieten jedoch keine hundertprozentige Gewähr dafür, dass stets in allen Bereichen politische Entscheidungen getroffen werden, die dem Gemeinwohl, d. h. langfristig allen Bürgern nützen. Nicht selten dienen politische Entscheidungen vorwiegend bestimmten Lobbyisten, die ihre Belange mit Geschick und dem nötigen Druck vortragen. Doch einer einseitigen Politik kann in der Demokratie entgegengewirkt werden. Selbst einzelne Bürger, die sich diskriminiert fühlen, können mit Hilfe der Medien sehr viel Gegendruck ausüben. Somit müssen Politiker, die sehr „einseitig" Entscheidungen treffen, mit Stimmenverlusten und Abwahl rechnen. Dieser Mechanismus funktioniert jedoch nur, wenn die Bürger politisch interessiert und wachsam sind. Ökonomisch ausgedrückt kann eine Demokratie nur dann funk-

[1] Vgl. zu dem hier skizzierten Verständnis von Ökonomik *Erlei*, *Leschke* und *Sauerland* (1999) sowie *Homann* und *Suchanek* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

tions- bzw. lernfähig sein, wenn die Gesellschaft über entsprechendes Sozialkapital verfügt.

„Sozialkapital" ist ein schillernder Begriff, der u. a. von James Coleman (1988) in den Sozialwissenschaften verbreitet wurde. Um Abgrenzungsprobleme zu Institutionen und informellen Regeln zu vermeiden, empfiehlt es sich, folgende Definition zu wählen: Sozialkapital ist das Vermutungswissen der Individuen über die Folgen alternativer institutioneller Arrangements und deren Einstellung zu diesen Institutionensystemen.[2] Sozialkapital ist für eine Gesellschaft eine zentrale Variable, denn mittel- und langfristig wird hierdurch die Richtung institutioneller Reformen – auch im Gesundheitssektor – festgelegt. Die demokratischen Institutionen und das Sozialkapital können zusammen als die gesellschaftliche Verfassung i. w. S. aufgefasst werden, die auf den Prozess der Regelsetzung langfristig maßgeblichen Einfluss ausüben. Das Sozialkapital als Bestandteil der Verfassung ist nun keine exogene Größe, sondern hängt von den sozialen Netzen/Gruppen, vom Humankapital und auch von der u. a. durch die Medien beeinflussten Diskussionskultur ab.

Wie lassen sich nun die o. g. Thesen des Hauptreferats vor dem Hintergrund einer (institutionellen) Ökonomik, wie sie soeben rudimentär skizziert wurde, rekonstruieren?

Aus ökonomischer Sicht erscheint die These, dass die von offiziellen Stellen wie der WHO gewählte utopische Definition des Gesundheitheitsbegriffs kontraproduktiv ist, vernünftig. Die ökonomische Begründung setzt jedoch bei der Knappheit an. Im Lichte der Randbedingung universeller Knappheit erscheint eine Legaldefinition, die utopische Ziele aufweist, unklug, denn es geht der Sinn für eine realistische, an vorhandenen Restriktionen orientierte Gesundheitspolitik verloren. In der Tat könnten Ansprüche „geweckt" werden, die in der realen Welt nicht einzulösen sind. Dies ist ein durchaus ernst zu nehmendes Problem in der Demokratie, vor allem dann, wenn die Politiker sich einer Diskussionskultur bemächtigen, die von relevanten Knappheitsrestriktionen abstrahiert und stattdessen mit unberechtigten Schuldzuweisungen gegenüber dem politischen Gegner „arbeitet". Relevante Lösungsmöglichkeiten geraten dann aus dem Blickfeld.

Auch Teile der zweiten These lassen sich ökonomisch rekonstruieren. Eine zunehmende faktische Entmündigung des Patienten kann nicht produktiv sein. Zum einen fühlt der Patient sich den Spezialisten ausgeliefert. Zum anderen kann er in keiner Weise mehr als Kontrollinstanz fungieren, wenn er nicht

[2] Damit grenzt sich Sozialkapital sowohl von den Institutionen selbst als auch von den informellen Regeln ab, die neben dem Sozialkapital noch Fairnessvorstellungen sowie Sitten und Traditionen umfassen. Vgl. zu den verschiedenen Sozialkapitalbegriffen auch *Sauerland* (1998) und die dort angegebenen Quellen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

weiß, was mit ihm geschieht bzw. geschehen soll. Umfragen belegen, dass sich Patienten in der Tat schlecht über ihre Rechte informiert fühlen.[3] Sie sehen die Patientenautonomie verletzt.

Zweifel scheinen jedoch aus ökonomischer Sicht angebracht, wenn Herr Körtner zunehmenden Arbeitsstress und teilweise unmenschliche Arbeitsbedingungen allein auf eine überzogene Definition von Gesundheit mit entsprechenden Ansprüchen zurückführt. Aus ökonomischer Sicht dürfte es sich vielmehr um ein Abwälzen von Kosten auf relativ schlecht organisierte Akteure handeln – ein nicht nur für betroffene Ärzte, Pfleger und Schwestern unerwünschter Zustand, vor allem, wenn man bedenkt, dass die Knappheitsrestriktion in Zukunft noch stärker wirksam wird. Vielmehr dürfte dieses Problem in Zukunft auch die Qualität der medizinischen Versorgung beeinträchtigen.

Mit steigendem Unmut in der Bevölkerung erhöhen sich allerdings die Chancen, dass das Problem durch politische Reformen entschärft wird. Dies kann natürlich, d. h. unter Knappheit, nicht zum Nulltarif erfolgen. Entweder werden Ineffizienzen des Gesundheitssystems verstärkt beseitigt. Das kann Kosten einsparen, indem Sonderprivilegien bestimmter Akteure abgebaut werden. Oder man kann nicht umhin, die Preise (Beiträge) anzuheben, wenn das Leistungsniveau nicht weiter gekürzt werden soll.

Zweifel aus ökonomischer Sicht bestehen auch, wenn im Referat beklagt wird, dass Problemlösungen in medizinischen Gebieten wie der Organtransplantation realiter gar keine Lösungen und somit keinen Fortschritt für den Menschen darstellen, weil stets ungeplante Folgeprobleme wie z. B. Organknappheit emergieren. Hierzu seien zwei Punkte erwähnt. Es ist richtig, dass nahezu jede Lösung zu neuen Problemen führt. Das ist eine Folge sich ändernder Knappheiten. Fortschritt, definiert als der Versuch andauernden Problemlösens auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen, erhöht i. d. R. die Komplexität der Interaktionen und damit zumeist auch die Vielfalt der Probleme. Trotzdem kann der Fortschritt dem Menschen zu Gute kommen. Und so ist es i. d. R. ja auch.

Bezüglich der dritten These, dem Problem der Grenzen der Medizin, stimme ich Herrn Körtner zu, dass eine unmittelbare Ableitung solcher Grenzen aus Wissenschaften wie der Theologie oder den Sozialwissenschaften kaum möglich erscheint. Schließlich entwickelt die Wissenschaft in den seltensten Fällen Patentrezepte, die bei Problemen einfach anwendbar sind. Die Ökonomik als Wissenschaft ist diesbezüglich keine Ausnahme. Doch wenn man auf der Ebene konkreter Verordnungen und Regelungen selbst unter Wissenschaftlern nur schwer einen Konsens finden kann, so lassen sich doch allgemeine Anforderungen an die Wettbewerbsregeln formulieren, um zufrieden stellende Markter-

[3] Vgl. *Wasem* (1999), S. 18 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

gebnisse zu schaffen. Ein Gesundheitssystem, in dem sich die entscheidenden Akteure (Versicherungen, Leistungserbringer, potenzielle und tatsächliche Patienten, Politiker) auf der Basis klug gesetzter Wettbewerbsregeln wechselseitig kontrollieren, setzt die Anreize in einer Weise, dass gute Preis-Leistungs-Kombinationen für die Bürger die Folge sind. Umgekehrt gilt natürlich, dass unklug gesetzte Wettbewerbsregeln die Akteure zu einem unproduktiven Wettbewerb verleiten, d. h. es kommt zu vergleichsweise ungünstigen Preis-Leistungskombinationen für die Nachfrager.

In Deutschland lassen sich erhebliche Zweifel anmelden, ob die bestehenden Rahmenregeln für den Wettbewerb im Gesundheitswesen geeignet erscheinen, das bisher überwiegend positive Urteil der Nachfrager (Wasem, 1999) zu konservieren. Folgende Mängel lassen sich beispielhaft nennen:[4] (a) Die Möglichkeiten einer Effizienzkontrolle der Leistungserbringer durch die Nachfrager-Patienten sind zu gering. Zum einen haben die Nachfrager kaum Zugang zu relevanten Informationen. Zum anderen fehlt der Anreiz auf Seiten der Nachfrager, Kontrolle auszuüben, weil sie persönlich kaum Vorteile hätten. Daraus folgt, dass der Wettbewerb der Leistungserbringer um die Patienten zu geringe disziplinierende Wirkungen entfaltet. (b) Anreize, die Effizienz der Leistungserbringer zu kontrollieren, sind vor allem bei den Krankenkassen vorhanden. Diese sind jedoch in ihren Handlungsmöglichkeiten weitgehend eingeschränkt, weil der Datenschutz und die zentralen Verhandlungen über Entgelte einen Wettbewerb der Leistungserbringer um differenziertere Versorgungsverträge verhindern. (c) Auf Grund der Budgettrennungen fehlt auch den Leistungserbringern untereinander der Anreiz, sich wechselseitig zu kontrollieren. (d) Die genannten und andere Ineffizienzen müssen bei Deckelung des Gesamtbudgets zu Qualitätsabsenkungen führen. Auch der technische Fortschritt wird letztlich behindert.

Diese Beispiele verdeutlichen, dass im Gesundheitssektor eine Form von Staatsversagen vorliegt, weil die Spielregeln für den Wettbewerb falsch gesetzt sind. Will man Abhilfe schaffen, so reicht es allerdings nicht aus, die Reformen aufzuzeigen, die die Patienten und Bürger als Steuerzahler und potenzielle Patienten besserstellen. Es muss zugleich analysiert werden, wer Nachteile von Reformen zu erwarten hat, wie groß deren Blockadepotenziale sind und wie diese potenziellen Blockierer ggf. zur Zustimmung zu bewegen sind.[5]

Begreift man Ökonomik in dieser Form, so geht es in dieser Wissenschaft nicht einfach nur um die Klassifizierung von Gütern oder um das Verteidigen bestimmter Prinzipien, sondern es geht der Ökonomik vor allem erst einmal um eine genaue Analyse der Interaktion der wichtigen Spieler im Status quo, um

---

[4] Vgl. zu den folgenden Ausführungen *Sauerland* (1999).

[5] Vgl. zum Umgang mit (potentiellen) Reformverlierern *Aufderheide* (1994).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

auf dieser Basis nach durchsetzbaren Verbesserungen zu suchen. Deshalb erscheint es für Ökonomen sinnvoll, Fragen nach dem Sinn bestimmter Politiken, hier der Gesundheitspolitik, unter dem Problem universeller Knappheit zu diskutieren. Auch bei einem allgemeinen, grundsätzlichen Problemzugriff „Was wollen wir überhaupt?" darf die Knappheitsperspektive nicht fehlen.

Literatur

Aufderheide, Detlef (1994): Vertragstheoretische Ansätze zur Politikberatung und der systematische Stellenwert potentieller Regelverlierer, in: Leschke, Martin (Hrsg.): Probleme der deutschen und der europäischen Integration. Institutionenökonomische Analysen, Münster-Hamburg, S. 41–69.

Coleman, James (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital, in: American Journal of Sociology 53, S. 95–120.

Erlei, Mathias / *Leschke,* Martin / *Sauerland,* Dirk (1999): Neue Institutionenökonomik, Stuttgart.

Homann, Karl / *Suchanek,* Andreas (2000): Einführung in die Ökonomik, Tübingen.

Körtner, Ulrich (2002): Gesundheit nicht um jeden Preis. Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht (in diesem Band).

Sauerland, Dirk (1998): Sozialkapital: Individueller Vermögensbestand oder gesellschaftliches Institutionensystem?, in: Pies, Ingo / Leschke, Martin (Hrsg.): Gary Beckers ökonomischer Imperialismus, Tübingen, S. 51–56.

– (1999): Zur Notwendigkeit einer anreizorientierten Gesundheitspolitik, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 48 (3), S. 265–294.

Wasem, Jürgen (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Neuss.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Solidarität und Wettbewerb: Ethische Ordnungsprinzipien im Gesundheitswesen

Von Thomas Bohrmann

In der gegenwärtigen Diskussion um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens wird besonders von Gesundheitsökonomen immer wieder gefordert, man solle den Akteuren mehr Wettbewerb im Kontext marktwirtschaftlicher Strukturen gewähren und von einem staatlichen Dirigismus Abstand nehmen, der eher an planwirtschaftliche und paternalistische Verhältnisse erinnere als an ein freiheitliches System. Mehr Markt und Wettbewerb – so die Argumentation – führe zu einer bedarfsgerechteren, effizienteren und vor allem kostengünstigeren Gesundheitsversorgung; Wirtschaftlichkeitsreserven könnten mit Hilfe des Marktes ausgeschöpft werden und letztlich der Gesundheit der Bevölkerung dienen. Auf der anderen Seite wird aber die Angst laut, dass gerade ein höheres Maß an Wettbewerb im Gesundheitswesen neue Verlierer produzieren und das tragende Solidarprinzip unserer Gesundheitsordnung ernsthaft in Frage stellen könnte. Wettbewerb und Solidarität – so das Verständnis im herkömmlichen Sinne – scheinen sich diametral entgegenzustehen. Der folgende Beitrag möchte zeigen, dass beide Begriffe sehr wohl zusammenhängen und als grundlegende Konstituierungsprinzipien für ein modernes Gesundheitswesen in einer freiheitlichen Ordnung gelten können. Auf Grund der externen Probleme, mit denen das Gesundheitswesen zu kämpfen hat (demographische Entwicklung, Individualisierung, medizintechnischer Fortschritt, gewandeltes Gesundheitsverständnis), sind strukturelle Reformbemühungen, die sich an einer sozial gebundenen Wettbewerbsordnung orientieren, mehr denn je nötig.

Im Mittelpunkt des Beitrags stehen folgende Problemstellungen: Welche Gesundheitsleistungen kann die Solidargemeinschaft der Versicherten tragen und was soll durch Selbstbeteiligung und Eigenverantwortung abgedeckt werden? Wie viel Wettbewerb braucht und wie viel Wettbewerb verträgt ein Gesundheitssystem, ohne dabei das für die Sozialethik zentrale Personprinzip zu unterlaufen? Der Beitrag setzt sich aus drei Teilen zusammen: Zuerst werden ganz allgemein Solidarität und Wettbewerb als gesellschaftliche Steuerungsprinzipien vorgestellt. Dann erfolgt eine Analyse des deutschen Gesundheitswesens, bei der die bereits vorhandenen Solidar- und Wettbewerbsstruktu-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

ren beschrieben werden. Schließlich kommt im dritten Teil eine sozialethische Position zur Sprache, die die Möglichkeiten und Grenzen von Solidarität und Wettbewerb in einem Gesundheitswesen erörtert.

A. Solidarität und Wettbewerb – gesellschaftliche Steuerungsprinzipien

Solidarität und Wettbewerb werden alltagssprachlich häufig als Gegensätze verstanden. Entweder konkurriert man mit anderen im Wettbewerb und versucht, Eigennutz zu erzielen oder man orientiert sich gemäß einer solidarischen Gesinnung an den anderen. Während aber das Solidaritätsprinzip seit Pesch, Gundlach und Nell-Breuning zum festen Instrumentarium sozialethischer Analysen gehört, wurde das Wettbewerbsprinzip – zumindest von Seiten der katholischen Soziallehre – eher mit Argwohn betrachtet. Beide Prinzipien lassen sich aber zusammenführen. Sofern nämlich eine Wettbewerbswirtschaft auf das Gemeinwohl ausgerichtet ist, implizieren ihre Aktionen immer auch eine Verantwortung für das Gemeinwohl, mit der auch der Solidargedanke eingelöst wird.

I. Solidarität als ethischer Schlüsselbegriff

Der Solidaritätsbegriff spielt in der Tradition der katholischen Soziallehre bzw. christlichen Sozialethik eine zentrale Rolle und wird als fundamentales ethisches Prinzip verstanden, das an ein Zusammengehörigkeitsgefühl und ein gegenseitiges Angewiesensein von Menschen in einer Gruppe anknüpft.[1] Diese „bewußte Erfahrung von Zusammengehörigkeit und das daraus resultierende Verhalten einer Vielheit als Einheit"[2] kommt bereits in der etymologischen Herleitung des Solidaritätsbegriffs zur Sprache, da Solidarität auf die lateinischen Termini *solidum* (Boden, fester Grund),[3] *solidus* (fest, dicht, gediegen, ganz)[4] und *solidare* (fest zusammenfügen)[5] zurückgeht. Auf Grund einer gleichen Lebenslage, beispielsweise einer gemeinsamen Bedrohung, resultiert die Forderung, sich zusammenzuschließen, sich also zu solidarisieren, um so in der Gemeinsamkeit, die bedrohende Situation abzuwehren bzw. besser meistern zu können. Besonders im politisch-gesellschaftlichen Kontext bilden sich Solidar-

[1] Vgl. zur geschichtlichen Entwicklung des Solidaritätsbegriffs bzw. Solidaritätsprinzips: *Schmelter* (1991), *Schmelter* (1992).

[2] *Baumgartner/Korff* (1990), S. 237.

[3] Vgl. *Baumgartner* (1996a), S. 29.

[4] Vgl. *Anzenbacher* (1998), S. 196.

[5] Vgl. *Höffner* (1997), S. 47.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

gemeinschaften als soziale Bewegungen, die für eine gemeinsame Sache streiten und kämpfen.

Immer dort, wo sich Menschen also zusammenschließen, um bestimmte Probleme und Aufgaben besser zu verwirklichen, kann man von Solidarität sprechen. Gleichwohl muss zwischen einer *soziologischen*, rein phänomenologischen, und einer *ethischen* Bedeutung des Solidaritätsbegriffs unterschieden werden. Nicht jede Form des Zusammenschlusses und der gemeinsamen Schicksalsgemeinschaft verdient als ethische Einlösung von Solidarität verstanden zu werden. So bilden beispielsweise zwar auch mafiose Gruppen solidarische Strukturen, doch bezieht sich hier der Zusammenhalt und das gegenseitige Einstehen nur auf den eigenen Personenkreis, die Würde und die berechtigten Interessen anderer werden verletzt. Hier geht es lediglich um das Wohl der eigenen Gruppe, ohne dabei die Rechte der anderen gebührend zu beachten.[6] Gruppenegoismus hat mit einer ethischen Formulierung des Solidaritätsbegriffs nichts zu tun. Das, was Solidarität zum ethischen Prinzip – zum sozialethischen Schlüsselbegriff – macht, ist nach Alois Baumgartner und Wilhelm Korff seine „*Hinordnung auf den Menschen als Person*".[7] Erst wenn sich ein solidarischer Zusammenschluss an der allen Menschen innewohnenden personalen Würde orientiert und Abschied nimmt von einem reinen partikularen Sinngehalt, wird Solidarität zu einem ethischen Prinzip.[8]

Anhand von vier Punkten können die Kernaussagen des Solidaritätsprinzips zusammengefasst werden: Erstens bedeutet Solidarität immer eine *wechselseitige Verpflichtung*.[9] Dies kommt in der programmatischen Formulierung „Einer für alle und alle für einen"[10] zum Ausdruck. Sowohl der Einzelne als auch die Gruppe tragen Verantwortung für die Realisierung solidarischer Strukturen. Auf dem Gebiet der sozialstaatlichen Transfers heißt diese wechselseitige Verpflichtung, dass nicht nur die jeweilige Solidargruppe für den Einzelnen einzutreten hat, sondern dass gleichzeitig auch das Individuum Pflichten und Verantwortlichkeiten übernimmt. In diesem Sinne bedeutet eine solidarische Ausrichtung „immer auch eine Anforderung an die Leistungsbereitschaft und Eigenverantwortung des einzelnen, im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit zum allgemeinen Wohl beizutragen beziehungsweise Hilfen der Gemeinschaft nicht in Anspruch zu nehmen für Ziele, die er aus eigener Kraft zu erreichen ver-

---

[6] Vgl. *Baumgartner/Korff* (1990), S. 239.

[7] *Baumgartner/Korff* (1990), S. 238. Hervorhebung im Original.

[8] Vgl. *Baumgartner/Korff* (1998), S. 409.

[9] Vgl. *Baumgartner* (1999), S. 162.

[10] Dieser Ausdruck findet sich z. B. bei Pesch, der in diesem wechselseitigen Verhältnis den Kernpunkt des *Solidarismus* sieht. Vgl. *Pesch* (1905), S. 382. Über Pesch und seine Schüler Gundlach und Nell-Breuning gelangt der Solidaritätsgedanke in die christliche Soziallehre. Vgl. *Schmelter* (1992), S. 391–393.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

mag."[11] Zweitens impliziert der sozialethische Gehalt der Solidarität eine *universelle Dimension*. Der gemeinsame Zusammenschluss von Menschen im Geiste der Solidarität kennt keinerlei Ausnahmen; nicht die Exklusivität dominiert hier, sondern die inklusive Ausdehnung, die alle umfasst, die dem Menschengeschlecht angehören.[12] Die gemeinsame personale Würde aller Menschen gilt somit als Bindeglied für das universelle Verständnis von Solidarität. Drittens kommt im Solidaritätsprinzip eine *Vorrangigkeit des Schwächeren* zum Ausdruck (Option für die Armen). Solidarität muss also in besonderer Weise jenen gelten, die auf Grund physischer, psychischer oder materieller (finanzieller) Defizite daran gehindert werden, am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren.[13] Schließlich muss viertens Solidarität in der modernen Gesellschaft als ein *fundamentales Rechtsprinzip* verstanden werden, das institutionalisierbar ist und in die staatliche Rechtsordnung eingehen soll.[14] Zwar gibt es nach wie vor unzählige Formen der freiwilligen, spontanen und nicht institutionalisierten – und auch nicht institutionalisierbaren – Solidarität,[15] doch die besondere Qualität des modernen Sozial- und Rechtsstaates zeichnet sich gerade dadurch aus, dass die solidarische Haltung erzwungen wird. Der normative Gehalt des Prinzips Solidarität steckt also im rechtlich-formellen Regelsystem und in der Rahmenordnung.[16] Innerhalb der Rechts- und Sozialordnung sind solidarische Strukturen im Steuerrecht, bei sozialstaatlichen Transfers und schließlich im System der Sozialversicherungen anzutreffen. Hier finden solidarische Umverteilungsprozesse finanzieller Ressourcen statt, bei denen die Leistungsfähigeren und Starken die Last der Bedürftigen und Schwachen tragen.

II. Wettbewerb und Marktwirtschaft

Der *Markt* bezeichnet einen fiktiven oder realen Ort, an dem sich Anbieter und Nachfrager von Gütern und Dienstleistungen treffen und hier einen Tauschprozess vollziehen. Als Steuerungs- und Koordinationsmittel für Quantität und Qualität, von Angebot und Nachfrage dient der variable Preis.[17] In der marktwirtschaftlichen Ordnung dominiert der *Wettbewerb* als Leitprinzip, bei

---

[11] *Baumgartner* (1999), S. 162.

[12] Vgl. *Baumgartner/Korff* (1998), S. 409, *Baumgartner* (1999), S. 162/163.

[13] Vgl. *Baumgartner* (1996b), S. 154, *Baumgartner* (1996a), S. 31.

[14] Vgl. *Baumgartner/Korff* (1998), S. 409/410.

[15] Freiwillige Formen der Solidarität sind das ehrenamtliche Engagement (hier kann man von einer freiwilligen institutionellen Solidarität sprechen) oder die spontane Hilfeleistung in einer bedrohlichen Situation (hier kann man von einer freiwilligen *nicht* institutionellen Solidarität sprechen).

[16] Vgl. *Anzenbacher* (1998), S. 198/199.

[17] Vgl. *Baßeler/Heinrich/Koch* (1995), S. 125, *Weede* (1993), Sp. 643/644.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

dem sich die verschiedenen Wettbewerber in ihren Leistungen untereinander messen und dabei versuchen, die anderen Mitbewerber mit besseren Leistungsangeboten zu überbieten.[18] „Der Wettbewerb reizt an, ja er zwingt zur Leistungssteigerung; das ist seine vorzüglichste Wirkung."[19] Die umworbenen Verbraucher sind in diesem Prozess die Adressaten und zugleich auch die Entscheidungsträger, die mit ihrem Kauf und Konsum darüber urteilen, welcher Wettbewerber die besseren Leistungen im Blick auf Produkterneuerung, Preis oder Qualität zu bieten hat. In der volkswirtschaftlichen Theorie erfüllt der Wettbewerb unterschiedliche Aufgaben: Er lenkt die knappen Produktionsfaktoren in den Unternehmen und trägt zu ihrer sparsamen Verwendung bei; er initiiert neue Produkte sowie technische Verfahren und erweist sich dadurch als Strukturfaktor des ökonomischen Wandels; er gewährt jenen Unternehmern eine Belohnung, die sich nachfragegerecht und kostenbewusst verhalten. Schließlich hat funktionierender Wettbewerb eine Entmachtungsfunktion.[20]

Damit Wettbewerb überhaupt stattfinden kann, müssen vier idealtypisch angenommene Voraussetzungen vorhanden sein, die für einen funktionierenden leistungsorientierten Ablauf sorgen: An erster Stelle steht die Wettbewerbsfreiheit, die im Kontext der individuellen Freiheitsrechte zu verorten ist. Die Freiheit, sich wirtschaftlich zu betätigen und Güter und Dienstleistungen anzubieten, setzt das Recht auf Privateigentum (vgl. Art. 14 GG), das Recht auf freie Berufswahl und Berufsausübung (vgl. Art. 12 Abs. 1 GG), das Recht auf Vereinigung- und Koalitionsfreiheit (vgl. Art. 9 Abs. 1 GG) voraus. In diesem Sinne kann man vom Freiheitsrecht der Unternehmertätigkeit bzw. – wie es das Wettbewerbsrecht ausdrückt – von der allgemeinen Marktfreiheit der Wirtschaftenden sprechen.[21] Die Freiheit zu produzieren, korreliert zugleich mit der Freiheit zu konsumieren. *Produktionsfreiheit und Konsumfreiheit* sind die ersten konstitutiven Elemente des Leistungswettbewerbs. Damit gilt als zweite Wettbewerbsvoraussetzung der *freie Marktzugang* sowohl für Anbieter als auch für Nachfrager. Dahinter steht eine dezentrale Organisationsstruktur ohne ein staatliches Eingreifen in den Wirtschaftsprozess. Wettbewerb setzt drittens die *Pluralität der Marktteilnehmer* (also der Anbieter und Nachfrager) voraus. Nur wenn genügend Konkurrenten auf dem Markt vorhanden sind, die sich – wie im Falle der Produzenten – mit ihren Leistungen bei den Konsumenten oder – wie im Falle der Verbraucher – beim Anbieter bewerben, kann von einer wettbewerblichen Konkurrenzsituation gesprochen werden. In der Marktwirtschaft gibt es nämlich nicht nur eine Anbieterkonkurrenz (der normale Konsumgütermarkt), sondern ebenso eine Nachfragerkonkurrenz (z. B. der Aktienmarkt oder

[18] Vgl. *Rich* (1990), S. 183.

[19] *Nell-Breuning* (1949), S. 70.

[20] Vgl. *Baßeler/Heinrich/Koch* (1995), S. 222/223.

[21] Vgl. *Baumbach/Hefermehl* (1995), S. 57.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

der Wohnungsmarkt). Schließlich zeichnet sich viertens der idealtypische Wettbewerb dadurch aus, dass der *Markt transparent* ist, alle Nachfrager demnach den gleichen Zugang zu Marktinformationen haben und somit Produktvergleiche anstellen können. Hier spielt beispielsweise die Werbung eine zentrale Rolle, da sie es ist, die mit ihrer Informationsfunktion die nötige Transparenz auf den wichtigsten und nachfragestärksten Güter- und Dienstleistungsmärkten vermittelt.[22]

Will man aus der Perspektive der Sozialethik die ethische Qualität des Wettbewerbs aufzeigen, so gilt zunächst, dass der Wettbewerb die *prinzipielle* Freiheit der Wirtschaftssubjekte betont und – entsprechend dem Grundrecht auf individuelle Entwicklung der menschlichen Person – für die humane Selbstentfaltung und Autonomie von Produzenten und Konsumenten gleichermaßen eintritt. Maßnahmen des Wettbewerbs führen dazu, dass der Mensch in der modernen *Innovativwirtschaft*[23] seine Bedürfnisse optimal befriedigen kann, da er zum einen aus der Pluralität der Güter und Dienstleistungen jene Angebote auswählen kann, die seinen Konsumbedürfnissen am Besten entsprechen. Zum anderen wird eine optimale Bedürfnisbefriedigung insofern erreicht, weil Wettbewerb und gegenseitige Konkurrenz die Anbieter dazu zwingen, bessere, innovative und kostengünstigere Güter zu produzieren. Es profitieren nicht nur die einzelnen Unternehmer, die gewinnmaximierende Individualinteressen verfolgen, vom Wettbewerb, sondern alle, die dem Gemeinwesen angehören. Die allen zu Gute kommende Leistungsfähigkeit der modernen Wirtschaft hängt letztlich nicht von den altruistischen Motiven ihrer Akteure ab. In diesem Sinne kann von der moralischen Qualität der Marktwirtschaft und des Wettbewerbs gesprochen werden.[24] Zusammenfassend kann man mit Oswald von Nell-Breuning sagen, dass der Wettbewerb als Leistungswettbewerb – und nicht als Behinderungswettbewerb – ethisch erscheine und positiv zu bewerten sei.[25]

In der Vergangenheit stand die katholische Soziallehre dem Wettbewerb oft eher skeptisch gegenüber und hat die Vorrangstellung des Stärkeren und den zügellosen Wettbewerb kritisiert.[26] Das erste Dokument, das hier eine deutliche Sprache spricht und sich zum Wettbewerbsprinzip und zur Marktwirtschaft bekennt, ist die Sozialenzyklika *Centesimus annus* von 1991. Die Enzyklika erkennt im freien Markt „das wirksamste Instrument für die Anlage der Ressourcen und für die beste Befriedigung der Bedürfnisse".[27] Diese Position wird

[22] Vgl. *Bohrmann* (1999), S. 28/29.

[23] Vgl. *Korff* (1992), S. 12.

[24] Vgl. *Homann/Blome-Drees* (1992), S. 47–52.

[25] Vgl. *Nell-Breuning* (1985), S. 129/130, auch *Nell-Breuning* (1992), S. 42.

[26] Vgl. dazu z. B. *Quadragesimo anno* (1931/1992), Art. 109.

[27] *Centesimus annus* (1991/1992), Art. 34.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

dann auch in den von der katholischen Kirche herausgegebenen Dokumenten *Ethik in der Werbung*[28] und *Ethik in der sozialen Kommunikation*[29] wiederholt. Ausführlicher als *Centesimus annus* beschreibt die Denkschrift der Evangelischen Kirche *Gemeinwohl und Eigennutz* die gesellschaftliche Relevanz des Marktes und betont hier den Wettbewerb als hilfreiches Instrumentarium einer Volkswirtschaft.[30]

Trotz der ethischen Bedeutsamkeit von Marktwirtschaft und Wettbewerb dürfen nicht die Probleme von Marktfreiheit und unternehmerischer Initiative übersehen werden, die auch in den genannten Papieren der Kirchen zur Sprache kommen.[31] Es wird immer wieder Akteure in der Marktwirtschaft geben, die sich nicht an die *Rahmenordnung* halten und so gegen den Gedanken des Leistungswettbewerbs verstoßen. In diesem Sinne ist beispielsweise von einem unlauteren Wettbewerb die Rede. Wenn Wettbewerber versuchen, mit unlauteren Mitteln Vorteile auf Kosten der Mitbewerber zu erkämpfen, muss sich der Gesetzgeber vor den redlichen Wettbewerber stellen, der sich normkonform verhält. Das Wettbewerbsrecht schützt zum einen den Mitbewerber, aber damit zugleich auch den Verbraucher, auf den letztlich alle Wirtschaftsaktivitäten im Wettbewerbsgeschehen zielen.

B. Struktur und Logik des deutschen Gesundheitssystems

Das Gesundheitswesen in Deutschland besteht aus einer Vielzahl unterschiedlicher Institutionen und Akteure, die alle das Ziel haben, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen. Im Folgenden wird die Funktionslogik des Gesundheitssystems skizziert, wobei die Frage beantwortet werden soll, inwieweit hier bereits Solidarität und Wettbewerb als inhärente Strukturprinzipien enthalten sind. Eine sozialethische Reflexion des Gesundheitswesens zielt auf verschiedene strukturelle Steue-

---

[28] Vgl. Ethik in der Werbung (1997), Art. II. 5.

[29] Vgl. Ethik in der sozialen Kommunikation (2000), Art. II. 7.

[30] „In der Marktwirtschaft dient der *Wettbewerb* als wirksames Entmachtungsinstrument. Er entmachtet, weil er Alternativen für die Käufer schafft und dadurch bewirkt, dass Chancen zur Benachteiligung anderer erst gar nicht entstehen oder jedenfalls verringert werden. Wo Konsumenten zwischen zahlreichen Anbietern auswählen können, sind die Anbieter zu normgerechtem Verhalten in der Regel wirksam angehalten. Wettbewerb ist somit ein zentrales Moment jeder Wirtschaft, und dies auch unter ethischen Gesichtspunkten. Wo er nicht funktioniert, können sich Machtstellungen entwickeln, die immer die Gefahr des Mißbrauchs in sich schließen". *Gemeinwohl und Eigennutz* (1991), Art. 40. Hervorhebung im Original.

[31] Vgl. Centesimus annus (1991/1992), Art. 34–37, Ethik in der Werbung (1997), Art. III. 10, Ethik in der sozialen Kommunikation (2000), Art. III. 14, Gemeinwohl und Eigennutz (1991), Art. 40.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

rungskomponenten des öffentlichen Gesundheitswesens, nämlich *Gesundheitspolitik*, *Gesundheitssicherung*, *Gesundheitsversorgung* mit Gesundheitsleistungen und *Gesundheitsversorgung* mit Gesundheitsgütern. Diese Bereiche sind eng miteinander verbunden und können in ihrer systemischen Verzahnung als ein Kreislaufmodell begriffen werden: Der Bürger zahlt an das System der Gesundheitssicherung Beiträge, die Gesundheitssicherung finanziert daraus die Kosten für die Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsversorgung erbringt die Dienstleistungen und liefert die Gesundheitsgüter. Schließlich wird durch die Gesundheitspolitik der Rahmen gesetzt.

I. Die gesundheitspolitische Rahmenordnung

Kernaufgaben der Gesundheitspolitik sind die Gestaltung der Gesundheitssicherung und der Gesundheitsversorgung. Als Leitidee gilt dabei der Schutz, die Erhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung in möglichst optimaler Form.[32] Die gesundheitspolitischen Einrichtungen im Sinne staatlicher Institutionen erstrecken sich auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Das Bundesministerium für Gesundheit gilt als die zentrale Steuerungsinstanz für das Gesundheitswesen auf Bundesebene, ihm und seinen nachgeordneten Behörden obliegen alle bundespolitischen Fragen der Gesundheitssicherung und der Gesundheitsversorgung.[33] Für landespolitische Fragen des Gesundheitssystems tragen die jeweiligen Gesundheits- bzw. Sozialressorts der Bundesländer Sorge; die Gesundheitsämter sind für die Gesundheit in den Landkreisen und den kreisfreien Städten zuständig.[34] Auf diesen Ebenen wird die gesundheitspolitische Rahmenordnung festgelegt und überwacht, wobei insbesondere die Einrichtungen der Gesundheitssicherung (im Sinne des Krankenversicherungssystems), der Gesundheitsleistungen (im Sinne der ärztlichen Versorgung) und der Gesundheitsversorgung (im Sinne der pharmazeutischen und der medizintechnischen Versorgung) zu den normierenden Größen gehören.

II. Die Gesundheitssicherung

Die Hauptaufgabe der Gesundheitssicherung besteht darin, alle Güter und Leistungen zu finanzieren, die für den Gesundheitszustand der Bevölkerung

---

[32] Vgl. *Brennecke* (1992), S. 82.

[33] Vgl. *Beske/Hallauer* (1999), S. 48–53, Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 13.

[34] Vgl. *Beske/Hallauer* (1999), S. 54–58, Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 13/14.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

notwendig sind.[35] Kern der Gesundheitssicherung bildet die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die zum System der sozialen Sicherung gehört. Bei der GKV handelt es sich um eine Pflichtversicherung, der kraft Gesetz bestimmte Personenkreise als Versicherungspflichtige angehören.[36] Grundsätzlich können zwei verschiedene Versicherungsmodelle im Rahmen der deutschen Gesundheitssicherung unterschieden werden. Die erste Unterscheidung betrifft die Art des Risikoausgleichs, der entweder über das *Solidarprinzip* oder über das *Äquivalenzprinzip* geschieht. Beim Äquivalenzprinzip wird zwischen Versicherungsinstitution und Versicherungsmitglied ein individueller Vertrag abgeschlossen, bei dem die Höhe der Versicherungsprämie von der Schadenswahrscheinlichkeit abhängt. Die Versicherungsprämie orientiert sich an bestimmten Versicherungsgruppen, die sich hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und der individuellen Vorerkrankung unterscheiden.[37] Das organisatorische Motto des Äquivalenzprinzips lautet: „Jeder gibt nach seiner *wahrscheinlichen Bedürftigkeit* und empfängt nach seiner *tatsächlichen*."[38] Demgegenüber werden beim Solidarprinzip die Versicherten weder in Risikogruppen eingeteilt, noch ermittelt sich die Beitragshöhe nach der individuellen Schadenswahrscheinlichkeit, sondern die Beitragshöhe hängt von der persönlichen Zahlungsfähigkeit (Einkommen, Gehalt) ab. Der Risikoausgleich erfolgt dann kollektiv durch alle Versicherungsmitglieder. Das Leitmotto des Solidarprinzips heißt demzufolge: „Jeder gibt nach seiner *Leistungskraft* und empfängt nach seiner *Bedürftigkeit*."[39] Die zweite Unterscheidung betrifft die Art der Leistungserbringung. Zum einen werden die Leistungen nach dem *Kostenerstattungsprinzip* abgerechnet. Das heißt, dass das Versicherungsmitglied zunächst die an ihn gerichteten Kosten (Rechnungen) selbst bezahlt, diese aber später nach Einreichung der Rechnungen – je nach Vertrag – von der Versicherung ganz oder teilweise zurückbekommt.[40] Zum anderen werden die Gesundheitsleistungen nach dem *Sachleistungsprinzip* abgerechnet. Hierbei tritt der Versicherte nicht als Zahler von Gesundheitsleistungen auf, sondern nur als Konsument bzw. Nachfrager. Die Kosten für anfallende Behandlungen werden den Leistungserbringern (z. B. Ärzte/Ärztinnen) direkt von den Versicherungen erstattet.[41] Während die private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland

---

[35] Vgl. *Brennecke* (1992), S. 82.

[36] 88,5 % der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung und 8,9 % in der privaten Krankenversicherung versichert (Stand April 1999). Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2000), Kap. 10.2.

[37] Vgl. *Oberender/Hebborn* (1998), S. 39/40.

[38] *Oberender/Hebborn* (1998), S. 39. Hervorhebung im Original.

[39] *Oberender/Hebborn* (1998), S. 41. Hervorhebung im Original.

[40] Vgl. *Oberender/Hebborn* (1998), S. 43.

[41] Vgl. *Oberender/Hebborn* (1998), S. 42/43.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nach dem Äquivalenzprinzip und Kostenerstattungsprinzip aufgebaut ist, funktioniert die GKV nach dem Solidarprinzip und dem Sachleistungsprinzip.

Das Konstruktionsprinzip der GKV entspricht einer Gemeinschaft, bei der das Solidaritätsprinzip zugrundegelegt wird. Zwei Grundausrichtungen prägen – wie bereits angedeutet – das solidarische Krankenversicherungssystem: Das Prinzip der individuellen *Leistungsfähigkeit*, das sich an der Einkommenshöhe aus unselbstständiger Arbeit misst, und das Prinzip der individuellen *Bedürftigkeit*, das sich an der konkreten gesundheitlichen Notlage orientiert. Gleiche Bedürftigkeit führt auch zur *Egalität* bzw. medizinischen Gleichbehandlung, unabhängig von der Leistungsfähigkeit.

Wechselseitige Verpflichtung, Universalität, Vorrangigkeit des Schwächeren und Verrechtlichung sind die prägenden Elemente des Solidaritätsprinzips. Die universelle Ausdeutung des Solidaritätsprinzips im Gesundheitswesens drückt sich dort aus, wo alle prinzipiell das Recht auf die gleiche Gesundheitsversorgung haben.[42] Der solidarische vom Leitgedanken der Universalität getragene Charakter des Gesundheitswesens wird ferner auch dort sichtbar, wo der Arzt auf Grund seiner Rolle ohne Ansehen der Person, also unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Nationalität etc., eine Heilbehandlung vollzieht.[43] Die Vorrangigkeit des Schwächeren tritt bei der Behandlung von so genannten Härtefällen im Rahmen des Zuzahlungssystems in Erscheinung.[44] Da für den Großteil der Bevölkerung die GKV eine gesetzliche Pflichtversicherung ist, regelt die staatliche Sozialordnung die strukturelle Ausgestaltung des Versicherungsschutzes. Demnach entspricht weiterhin dieses System einer verrechtlichten und verstaatlichten Form. Auf Grund der gegenseitigen Haftung und der Beitragszahlungen aller findet sich in der GKV auch das Prinzip der wechselseitigen Verpflichtung und das interdependente Abhängigsein vom jeweils anderen. Kernelement der gesetzlichen Gesundheitssicherung ist und bleibt aber die solidarische Umverteilung.

Neben der grundsätzlichen Solidarität mit Bedürftigen und der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken lassen sich in der GKV folgende typische solidarische Umverteilungs- bzw. Ausgleichsprozesse feststellen:[45] Generationenausgleich (zwischen Berufstätigen und nicht mehr Berufstätigen bzw. noch nicht Berufstätigen), Einkommensumverteilung (zwischen Einkommensstarken

---

[42] Vgl. *Baumgartner* (1996b), S. 154/155.

[43] Vgl. *Heim* (1992), S. 100.

[44] Von Zuzahlungen sind bestimmte Personengruppen mit niedrigem Einkommen ganz oder teilweise befreit. Eine *vollständige Befreiung* betrifft z. B. Empfänger von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe, Alleinstehende mit einem monatlichen Bruttolohn nicht höher als 1.792,- DM.

[45] Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 63, *Beske/Hallauer* (1999), S. 85–87, *Oberender/Fibelkorn-Bechert* (1998), S. 96/97, *Schulenburg* (1990), S. 317/318.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

und Einkommensschwachen), Geschlechterumverteilung (zwischen Männern und Frauen) und Familienlastenausgleich (zwischen Ledigen und Kinderlosen und Verheirateten und Kinderreichen).

Von der Mitgliedschaft in der GKV sind eine Reihe von Personenkreisen befreit, die demzufolge nicht dieser Solidargemeinschaft angehören. Hierunter zählen diejenigen, die ein Einkommen beziehen, das oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt.[46] Die PKV ist auf Grund geringer Mitgliedsbeiträge vor allem für die so genannten „guten" Risiken attraktiv, das heißt für gutverdienende Jüngere ohne Familie. Der Umverteilungsmechanismus betrifft also nicht alle, sondern in den meisten Fällen nur die Gruppen mit unteren und mittleren Einkommen. Gleichwohl steht es jedem zu, der oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, sich freiwillig in der GKV zu versichern.[47] In vielen Fällen ist eine freiwillige Versicherung in der GKV für Besserverdienende mit mehreren Kindern und nicht erwerbstätigen Ehepartnern auf Grund des Familienlastenausgleichs kostengünstiger.[48]

Zwischen den verschiedenen Kassen der GKV besteht seit 1997 durch das Gesundheitsstrukturgesetz eine weitgehende Wettbewerbssituation. Die Versicherten können sich demnach frei für eine bestimmte Krankenkasse entscheiden (Kassenwahlrecht).[49] Als Wettbewerbsparameter lassen sich primär Beitragssätze und herausragende Serviceleistungen benennen; bei den Angeboten der Leistungen zur Gesundheitsversorgung kann es derzeit noch keinen Wettbewerb geben, da die Entscheidungen hierüber nicht bei den Krankenkassen liegen. Konkurrierende Krankenkassen sind bestrebt, möglichst „gute" Risiken zu versichern, also Personen mit einem guten Gesundheitszustand als Versicherte zu gewinnen. Eine Minimierung der Risiken begünstigt auch die Leistungsfähigkeit der Kasse und wirkt sich positiv auf die Höhe der Beitragssätze aus.[50] Allerdings steht eine gesetzliche Krankenkasse grundsätzlich allen Pflichtversicherten offen; eine bewusste Risikoselektion ist auf Grund des Solidarprinzips nicht möglich. In diesem Zusammenhang spricht man auch vom *Kontrahierungszwang*, d. h., eine Krankenkasse darf Personen, die ihr beitreten wollen, nicht abweisen, und vom *Diskriminierungsverbot*, d. h., eine Kasse darf keine unterschiedlichen Beitragssätze für ihre Versicherten erheben, wie das bei der PKV der Fall ist.[51]

---

[46] Die Beitragsbemessungsgrenze liegt derzeit (01.01.2001) bei 6.525.- DM pro Monat (für alte und neue Bundesländer).

[47] Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 63.

[48] Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 63/64.

[49] Vgl. Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 28/29.

[50] Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 138.

[51] Vgl. *Oberender/Hebborn* (1998), S. 87.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

III. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen

Unter Gesundheitsleistungen sind alle Maßnahmen im Sinne von Dienstleistungen zu verstehen, die für den Schutz, den Erhalt, die Wiederherstellung oder die Besserung der Gesundheit von Bedeutung sind.[52] Die Versorgung mit speziellen Gesundheitsleistungen wird vorrangig von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen durchgeführt. Aus Platzgründen soll in diesem Beitrag aber nur der ambulante Sektor näher berücksichtigt werden.

Der Ablauf der ambulanten Versorgung entspricht einem Kreislauf, in den Kassenärzte/Kassenärztinnen, Versicherte, Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung einbezogen sind. Die in der GKV Versicherten erhalten von ihrer Krankenkasse einen Versicherungsnachweis (Krankenversichertenkarte), mit dem die Versicherten bei Bedarf eine ambulante Versorgungsstätte aufsuchen. Die Ärzte/Ärztinnen führen die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen (Sachleistung) durch, erhalten vom Kranken aber kein direktes Entgelt, sondern sie reichen die Versicherungsdaten mit den Daten der erbrachten medizinischen Leistungen am Ende eines Quartals an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung weiter. Von dort erhalten die Ärzte/Ärztinnen ihr Honorar (Vergütung nach Einzelleistungen). Die Kassenärztliche Vereinigung leitet die Leistungsdaten nach Arztgruppen geordnet an die Kassen weiter, die dann eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung überweisen.[53] Die Ärzte/Ärztinnen und die Krankenkassen haben also nach diesem Modell keine Einzelverträge abgeschlossen; als Zwischeninstanzen gelten die Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen alle Kassenärzte Pflichtmitglieder sind.[54] Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen handelt es sich um Körperschaften öffentlichen Rechts, die vorrangig folgende Aufgabenfelder haben: (1) Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, (2) Vereinbarung von Verträgen mit den Kassen über die ärztliche Versorgung, (3) Abrechnung und Überwachung der medizinischen Leistungen der Kassenärzteschaft, (4) Bedarfsplanung zusammen mit den Krankenkassen im Blick auf Ärztebedarf und Großgeräteeinsatz.[55]

Ärztliche Tätigkeiten, die im Rahmen der Versorgung mit Gesundheitsleistungen erbracht werden, sind nur in begrenzter Form unter marktwirtschaftlichen Bedingungen interpretationsfähig. Während beim einfachen Marktmodell Angebot und Nachfrage direkt aufeinander bezogen sind und in der Regel nur

---

[52] Vgl. *Brennecke* (1992), S. 82.

[53] Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 74/75, *Beske/Hallauer* (1999), S. 117/118, *Buchholz* (1988), S. 18/19.

[54] Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 75.

[55] Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 75, *Beske/Hallauer* (1999), S. 122–125, *Zdrowomyslaw/Dürig* (1999), S. 175/176.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Anbieter und Nachfrager von Gütern das Marktgeschehen konstituieren (*Zwei-Aggregate Modell*), ist die Abstimmung von Angebot und Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt weitaus schwieriger und komplexer. Philipp Herder-Dorneich geht von einer Funktionstrennung aus.[56] Nach der *Nicht-Markt-Struktur*[57] stehen sich zwar Anbieter und Nachfrager auch gegenüber, doch erfolgt die Nachfrage nach dem Gut Gesundheit nur in einem eingeschränkten Sinne durch die Patienten. Auch wenn die Patienten formal die Nachfrager sind, bleiben sie nach einem materialen Verständnis auf die Definitionsmacht der Anbieter verwiesen. Gleichwohl sind die Patienten dort Nachfrager, wo sie sich für einen Arztbesuch entscheiden. Auch sind die Konsumenten nicht die Zahler; das sind die Krankenkassen.[58] Und schließlich reguliert der Preis nicht das Angebot und die Nachfrage. Zusammenfassend kann man sagen, dass die drei Nachfragefunktionen „Nachfrage", „Konsum" und „Zahlung" demnach auf unterschiedliche Gruppen verteilt sind. Auf diesem Hintergrund ist im Weiteren zu klären, inwieweit die bereits herausgestellten Voraussetzungen für den idealtypischen Wettbewerb, nämlich (1) Produktionsfreiheit und Konsumfreiheit, (2) freier Marktzugang, (3) Pluralität der Marktteilnehmer und (4) Markttransparenz, auch auf dem besonderen Markt bzw. Teilmarkt des Gesundheitswesens zutreffen.

Wie schon dargelegt wurde, ist die Konsumfreiheit der Patienten also eingeschränkt. Dieser Umstand liegt in der Besonderheit des Gutes Gesundheit, da die Patienten – sofern sie noch kein medizinisches Beratungsgespräch geführt und noch keine eigenen Informationen eingeholt haben – in den meisten Fällen hier eher unfähig zu rationalen Entscheidungsprozessen sind. Auf dem Gesundheitsmarkt scheint die Rede vom „souveränen Konsumenten", der autonom seine Konsumwahl treffen kann, unangebracht zu sein, wie viele Gesundheitsökonomen betonen.[59] Im Zustand der Krankheit ist der Mensch zum einen gar nicht fähig, souveräne Entscheidungen zu treffen. Zum anderen – und dieses Argument dürfte wohl noch gewichtiger sein – ist Konsumentensouveränität auch deshalb eingeschränkt, da der Patient in der Regel seine Krankheit weder selbst diagnostizieren noch therapieren kann; es fehlt ihm das nötige

---

[56] Vgl. *Herder-Dorneich* (1980), S. 153. Vgl. dazu auch *Zdrowomyslaw/Dürig* (1999), S. 55/56.

[57] Vgl. dazu das Schaubild bei *Herder-Dorneich* (1980), S. 153.

[58] Andererseits können die Konsumenten von Gesundheitsleistungen in gewisser Weise sehr wohl als Zahler identifiziert werden, da sie Versicherungsbeiträge entsprechend ihrer Einkommenshöhe an die Krankenkassen zahlen. Die Besonderheit dieser Zahlungsweise liegt aber im solidarisch finanzierten Versicherungswesen begründet. Hier herrscht das Sachleistungsprinzip und nicht das Äquivalenzprinzip. An dieser Stelle darf aber auch nicht unerwähnt bleiben, dass direkte Zahlungen auf dem Gesundheitsmarkt im Sinne von bestimmten Zuzahlungen vonseiten der Versicherten stattfinden (z. B. Arzneimittel, Zahnersatz, Krankenhausgeld).

[59] Vgl. *Breyer/Zweifel* (1997), S. 156/157, *Schulenburg/Greiner* (2000), S. 64/65.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Fachwissen. Deshalb ist er auf professionelle Hilfe angewiesen. Man kann hier von einem asymmetrischen Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patienten sprechen. Besonders die medizinische Soziologie hat in diesem Zusammenhang auf die Besonderheiten der Arzt- und Krankenrolle hingewiesen.[60] Doch nicht nur die Nachfrage- und Konsumfreiheit auf Seiten der Patienten ist eingeschränkt, sondern ebenso auch die Produktionsfreiheit. Ärzte/Ärztinnen (in besonderer Weise die Kassenärzte/Kassenärztinnen) sind z. B. an bestimmte Behandlungsmethoden gebunden, die in den Leistungskatalogen der Krankenkassen enthalten sind. In diesem Sinne ist die Therapiefreiheit bzw. die Freiheit der Angebotsstruktur eingeschränkt. Zudem kommen unterschiedliche Formen der Kostenüberwachung hinzu (z. B. Budgetierung), die ebenfalls die Therapiefreiheit eingrenzen.

Freier Marktzugang, der für die Marktwirtschaft kennzeichnend ist, wird im Gesundheitswesen erschwert. Zum einen wird der Zugang zum Medizinstudium mittels des Numerus clausus geregelt und zum anderen bedarf es einer Zulassung von der Kassenärztlichen Vereinigung, um als Kassenarzt/Kassenärztin in einer bestimmten Region tätig werden zu können. Da die Zulassung zum Vertragsarzt von Verhältniszahlen abhängig ist, kann es in überversorgten Gebieten zu Zulassungsbeschränkungen kommen.[61] Auf Grund dieser Regelungen wird die freie Berufsausübung der Ärzte/Ärztinnen stark begrenzt. Von einer Pluralität der Marktteilnehmer im Sinne von Gesundheitsproduzenten und Gesundheitskonsumenten ist im Gesundheitswesen auszugehen. Auf dem Markt der ambulanten Versorgung gibt es eine Vielzahl von Ärzten/Ärztinnen als Anbieter sowie eine Vielzahl von Patienten als Nachfrager im herkömmlichen Sinne.[62]

Markttransparenz, als weitere wichtige idealtypische Voraussetzung für Wettbewerb und Marktwirtschaft, kann auf dem Gesundheitsmarkt – wenn überhaupt – nur in sehr begrenzter Weise festgestellt werden. Ähnlich wie bei der eingeschränkten Konsumsouveränität schon dargelegt, ist der Markt für den Laien kaum zu durchschauen.[63] Diese Intransparenz liegt aber nicht nur an der Laienrolle, sondern vor allem auch daran, dass Patienten nicht die Möglichkeit haben, Qualitätsurteile bzw. Informationen über alternative ärztliche Behandlungsweisen direkt einzuholen. Die Beurteilung einer Behandlungsmethode und die fachliche Kompetenz des Arztes lassen sich in vielen Fällen erst nach der Inanspruchnahme der ärztlichen Leistung abgegeben. Als weiteres Problem für die mangelnde Transparenz ist die eingeschränkte bzw. verbotene Werbung zu

---

[60] Vgl. *Heim* (1992), S. 99–103, besonders auch *Parsons* (1968), S. 411–414.

[61] Vgl. *Beske/Hallauer* (1999), S. 124–128.

[62] Vgl. *Herder-Dorneich* (1994), S. 252.

[63] Vgl. *Herder-Dorneich* (1994), S. 253.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nennen, die Leistungs- oder Produktvergleiche zum großen Teil unmöglich macht.

IV. Die Versorgung mit Gesundheitsgütern (Arzneimitteln)

Neben Einrichtungen der ambulanten Versorgung mit speziellen Gesundheitsleistungen, erfolgt die Gesundheitsversorgung auch durch die Gesundheitsindustrie, die vor allem durch die Pharma- bzw. Arzneimittelhersteller repräsentiert wird. Der Arzneimittelmarkt ist ein Teilmarkt des Gesundheitsmarktes, bei dem eine Reihe von Besonderheiten für Arzneimittelklassifikation und Vertriebswege anzutreffen sind. Eigentümlich ist dabei, dass die Nachfrage von pharmazeutischen Gütern einerseits von rechtlichen Rahmenbedingungen abhängig ist[64] und andererseits von der Verschreibungspraxis der Ärzte/Ärztinnen, die – wie oben skizziert wurde – als die eigentlichen Nachfrager nach Gesundheitsleistungen in Erscheinung treten.[65] Zunächst können Arzneimittel in (1) rezeptpflichtige, (2) apothekenpflichtige und (3) sonstige Mittel unterschieden werden.[66] Zu den sonstigen Mitteln zählen die frei verkäuflichen Arzneiprodukte, die nicht in Apotheken angeboten werden. Alle frei verkäuflichen Produkte, die also keiner Rezeptpflichtigkeit unterliegen, gehören zu den sogenannten OTC-Präparaten (over the counter) und fallen somit in den Bereich der Selbstmedikation. Bei der aufgezählten Differenzierung der Arzneimittel wird deutlich, dass es keinen einheitlichen Pharmamarkt gibt, sondern dass der Arzneimittelmarkt selbst aus verschiedenen Submärkten besteht. Produktdistribution, Kostenträger (Krankenkassen und/oder Patient)[67] und Abgabemodus (entweder mit Rezept oder ohne) sind hierfür die entscheidenden Klassifizierungsmerkmale.[68] Ein besonderer Arzneimittelmarkt bildet der Generika-Markt, der für die Struktur der Pharmaindustrie eine zentrale Rolle einnimmt. Generika sind Nachahmerpräparate, die die gleichen Wirkstoffe erhalten wie die Originalprodukte. Wesentlicher Unterschied ist aber, dass

---

[64] Arzneimittel unterliegen einem speziellen Zulassungsverfahren, über das das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Berlin) oder das für Sera und Impfstoffe zuständige Paul-Ehrlich-Institut (Langen) wachen. Beide Institute sind dem Bundesgesundheitsministerium nachgeordnete Bundesbehörden. Vgl. *Beske/Hallauer* (1999), S. 158.

[65] Vgl. Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 347/348.

[66] Vgl. *Zdrowomyslaw/Dürig* (1999), S. 196/197.

[67] Es werden nicht alle Kosten für vom Arzt verordnete Arzneimittel von der Krankenversicherung übernommen. In einer so genannten Negativliste sind jene Produkte aufgeführt (z. B. Mittel gegen Erkältungskrankheiten, Abführmittel, Mund- und Rachentherapeutika), die von der Leistungspflicht der Kassen nicht berücksichtigt werden. Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 80.

[68] Vgl. *Zdrowomyslaw/Dürig* (1999), S. 196.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

solche Nachahmerprodukte preiswerter sind und somit einen gewissen Konkurrenzdruck auf die ursprünglichen Anbieter ausüben. Generika können allerdings erst nach 20 Jahren in den pharmazeutischen Handel kommen, da nach dieser Zeitspanne der Patentschutz abgelaufen ist.[69]

Der Markt für Arzneiprodukte ist jener Teil des Gesundheitswesens, bei dem trotz starker Reglementierungen und Wettbewerbssteuerungen deutlich erkennbare marktwirtschaftliche Strukturen vorhanden sind. „Auf dem Arzneimittelmarkt findet, bedingt durch die große Zahl der Anbieter, ein intensiver Wettbewerb statt. Die Arzneimittelhersteller konkurrieren dabei im Wesentlichen über den Preis miteinander. Elemente des Wettbewerbs sind aber auch die Qualität der Produkte, Neuentwicklungen und Verbesserungen bekannter Arzneimittel, die Information und Fortbildung des Arztes, das Serviceangebot der verschiedenen Unternehmen und die Werbung."[70] Ein „stürmischer Verdrängungswettbewerb"[71] findet vor allem auf dem Markt für Generika statt. Der Marktanteil der Generikaprodukte auf dem Arzneimittelmarkt der GKV stieg (bezogen auf die Anzahl der verordneten Packungen) in den alten Bundesländern im Jahre 1988 mit 34,6% auf 53,9% im Jahre 1997.[72] Kennzeichnend für die marktwirtschaftliche Ordnung ist die Markttransparenz, die durch geeignete Informationen hergestellt werden kann. Hier setzt die Kommunikationspolitik von Pharmaunternehmen ein. Bei Werbemaßnahmen für Arzneimittel werden unterschiedliche Adressaten angesprochen: So ist die Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel nur für jene Personenkreise aus dem Gesundheitswesen erlaubt, die befugt sind, auch solche Mittel zu verordnen oder mit ihnen Handel zu treiben (Ärzte/Ärztinnen, Apothekerschaft, pharmazeutischer Großhandel). Für Laien ist es nur schwer möglich, Produktinformationen (besonders über neue Arzneimittel) zu erhalten. Publikumswerbung ist allerdings für rezeptfreie und freiverkäufliche Mittel erlaubt. Nicht zu unterschätzen ist die individuelle Werbung für pharmazeutische Produkte von professionellen Pharmaberatern.[73]

Wettbewerbselemente werden vor allem dadurch erschwert, dass – neben der grundsätzlichen Problematik der Intransparenz auf dem Arzneimittelmarkt – staatliche Gesundheitspolitik diesen ökonomischen Teilmarkt im Hinblick auf Arzneimittelpreise, verordnete Mengen und Art der zugelassenen Präparate stark reglementiert.[74] Auf Grund der Festlegung apothekenpflichtiger Arznei-

[69] Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 83.
[70] Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (1998), S. 10.
[71] Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (1998), S. 12.
[72] Vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (1998), S. 12.
[73] Vgl. *Bäcker u. a.* (2000), S. 84.
[74] Vgl. Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 313/314.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

mittel ist beispielsweise ein Preiswettbewerb der Apotheken für diese Produkte untereinander nicht möglich. Weiterhin gilt das freie Unternehmertum nicht für Apotheker/Apothekerinnen. Ihnen ist es verboten, mehrere Apotheken zu betreiben (Mehrbesitzverbot). Effizient arbeitenden Apotheken wird es somit verwehrt, Filialen zu eröffnen und in verstärkter Form unternehmerisch tätig zu sein.

C. Wettbewerbs- und Solidarstrukturen im Gesundheitswesen – Möglichkeiten und Grenzen

Gesundheitspolitische Reformbemühungen fragen danach – um ein wesentliches Hauptthema herauszugreifen –, wie die finanziellen Probleme, mit denen eine solidarische Krankenversicherung zu tun hat, nämlich steigende Ausgaben und steigende Beiträge, durch strukturelle Ordnungskonzepte gelöst werden können. Ursachen für diesen finanziellen Druck sind besonders: Die steigende Anzahl der Dienstleister und deren Einkommenserwartungen im Gesundheitswesen, die Erweiterung der Behandlungsmethoden durch den medizinisch-technischen Fortschritt, der demographische Wandel und das gestiegene Gesundheitsbewusstsein. In der gegenwärtigen Debatte um die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems gibt es hierzu von Gesundheitspolitikern und Gesundheitsökonomen mittlerweile verschiedene Vorschläge und Lösungsstrategien. Eine sozialethische Analyse, die keineswegs stehen bleiben darf an der finanziellen Frage, soll zum einen die diskutierten Reformvorschläge im Blick haben und zum anderen humane Grundlinien einer Ordnungskonzeption vorlegen. Dabei darf die Sozialethik das sozialpolitische Ziel der Solidargemeinschaft nicht aus den Augen verlieren. Gerade in der Fähigkeit, sich dem Schwächeren zuzuwenden, äußert sich die ethische Qualität einer solidarischen Gesellschaft. Folgende drei Fragen skizzieren die Kernprobleme, die einschneidende Strukturveränderungen im Rahmen des Gesundheitswesens zu beachten haben:

- Wie kann man in der GKV Ausgaben reduzieren bzw. Einnahmen steigern, ohne unsolidarisch zu sein?
- Wie kann man mehr Selbstverantwortung im Gesundheitswesen erreichen, ohne unsolidarisch zu sein?
- Wo kann man im Gesundheitswesen Wettbewerbsstrukturen implementieren, ohne unsolidarisch zu sein?

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

I. Die Gefahr der Entsolidarisierung bei gesundheitspolitischen Interventionen im Rahmen der GKV

Zunächst einmal ist zu konstatieren, dass das solidarisch konzipierte Gesundheitswesen bereits durch zwei Momente eingeschränkt wird. Zum einen tragen nicht alle die Last der anderen, da bestimmte Personengruppen nicht dem Solidaritätszwang der Pflichtversicherung unterliegen und somit in eigener Verantwortung einen Versicherungsschutz wählen können (Bezieher höherer Einkommensklassen, selbstständig Beschäftigte, Beamte). 8,9 % der Bevölkerung, das entspricht 7,3 Millionen, sind so mit Hilfe einer privaten Krankenversicherung abgesichert.[75] Zum anderen schränkt auch das differenzierte System der Zuzahlungen innerhalb der GKV das Solidar- und Sachleistungsprinzip ein.[76] Hans-Ulrich Deppe hat darauf aufmerksam gemacht, dass der Ausdruck „Selbstbeteiligung" den tatsächlichen Sachverhalt verschleiere. Da die Versicherten bereits selbst auf Grund ihrer monatlichen Kassenbeiträge für ihre Gesundheitssicherung aufzukommen haben – den Arbeitgeberanteil kann man durchaus im Sinne eines eingezogenen Lohns interpretieren –, heißt finanzielle Eigenbeteiligung nichts anderes als eine zusätzliche und direkte Kostenbeteiligung der Versicherten.[77] Demnach bedeutet Selbstbeteiligung eine individuelle Übernahme aktueller Krankheitsfolgen und eben nicht eine solidarische Umverteilung. Auch wenn auf der einen Seite ein finanzieller Eigenanteil der Versicherten/Patienten im Rahmen einer solidarischen Gesundheitsversorgung eine ordnungspolitische Intervention in Richtung Privatisierung der Krankheitskosten bedeutet, sollte man auf der anderen Seite gerade um der Solidarität willen Elemente der Eigenbeteiligung in einem solchen System implementieren. Es erscheint sogar als eine moralische Verpflichtung der Versicherungsmitglieder, dass sie sich im Rahmen ihrer individuellen Leistungsfähigkeit an den Kosten bestimmter Gesundheitsleistungen, z. B. der Behandlung von so genannten Bagatellkrankheiten, beteiligen. Dort, wo der Einzelne aber aus eigener Kraft Eigenleistungen nicht oder nur schwer erbringen kann, darf er ohne Ansehen der Person auf die subsidiäre Kraft der Solidargemeinschaft zählen. Hier wird etwa die im Solidaritätsprinzip angelegte Vorrangigkeit des Schwächeren erkennbar, die sich z. B. in der Behandlung von Härtefällen innerhalb des Zuzahlungssystems zeigt. Solidarität und Eigenverantwortung dürfen in diesem Zusammenhang also nicht als unversöhnliche Gegensätze verstanden werden, da selbst-

[75] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2000), Kap. 10.1/10.2.

[76] Zuzahlungen beziehen sich auf folgende Krankenkassenleistungen: Arznei- und Verbandsmittel, Fahrtkosten, Heilmittel (z. B. Massagen), Krankenhausbehandlungen, Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlungen. Vgl. dazu die Übersicht bei *Bäcker u. a.* (2000), S. 61.

[77] Vgl. *Deppe* (1987), S. 102.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

verantwortliches Handeln immer die konkrete solidarische Gemeinschaft entlastet und damit zu ihrer funktionalen Stärkung beiträgt.[78]

Verschiedene Möglichkeiten werden derzeit in der gesundheitspolitischen Diskussion erörtert, wie die finanzielle Basis des gegenwärtigen Systems der GKV gestärkt werden kann bzw. wie die Versicherten/Patienten eine größere Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können:

- Durch eine (deutliche) *Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze* und *der Versicherungspflichtgrenze* könnte ein positiver Finanzierungseffekt erzielt werden, der der GKV zu Gute kommen würde. Eine stetige Anhebung dieser Grenzen erhöht aber den Zwang, sich diesem System anzuschließen bzw. ihm weiterhin anzugehören.
- Ferner sind *Leistungskürzungen* im Rahmen der Pflichtversicherung im Gespräch. Für bestimmte Leistungen, wie z. B. dem Sterbegeld,[79] scheinen Kürzungen oder Streichungen im Sinne der Eigenvorsorge durchaus angebracht zu sein. Gleichwohl ist hier im Diskurs mit allen Akteuren des Gesundheitswesens genau zu prüfen, auf was in welchem Umfang verzichtet werden kann.[80]
- Eine *Beitragsrückerstattung*, wie sie bereits in der Systemlogik der PKV anzutreffen ist, würde ein rationales Verhalten der Versicherten fördern. Jene Versicherten, die während eines Kalenderjahres keine Gesundheitsleistungen ihrer Kasse in Anspruch genommen haben, erhalten eine gewisse Summe ihres eingezahlten Betrags zurück; sie werden also für ihre Nicht-Inanspruchnahme „belohnt". Von einer solchen Regelung profitieren dann primär gesunde, jüngere und kinderlose Versicherte, während kranke, ältere und kinderreiche Kassenmitglieder für ihre Inanspruchnahme „bestraft" werden.
- Ein Entlastung der Ausgaben könnte auch eine *Erhebung von risikoäquivalenten Prämien* für belastete Versicherte – ähnlich wie in der PKV – mit sich bringen. Hier ist beispielsweise auch an einen Risikozuschlag für Versicherte mit einem gesundheitsschädlichen Verhalten (z. B. hoher Tabak- und Alkoholkonsum, Risikosport) zu denken.

---

[78] Vgl. *Baumgartner* (1996), S. 150/151.

[79] Zur Zeit wird beim Tod eines Versicherten Sterbegeld (in Höhe von 2.100 DM für das Mitglied und 1.050 DM für einen familienversicherten Angehörigen) gezahlt, wenn der Verstorbene am 1. Januar 1989 versichert war.

[80] Hier ist zu überlegen, wer über Gesundheitsleistungen im Rahmen der GKV zu entscheiden hat. Soll diese Aufgabe von den Kassen zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den gewählten Volksvertretern, den Mitgliedern der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen übernommen werden? Wie sieht es mit einer Beteiligung der Versicherten/Patienten aus (z. B. über organisierte Laien- und Selbsthilfegruppen)?

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

- Schließlich würde auch eine *Einschränkung bzw. Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung* von Familienangehörigen zu einer Beitragsreform beitragen.

Allein diese kurzen Hinweise auf fünf diskutierte Vorschläge verdeutlichen die ethische Brisanz. Würde man nun nach einer Strukturreform die letzten drei aufgeführten Punkte in das System der GKV implementieren, dann wäre damit allerdings das *bisherige* Solidarprinzip deutlich geschwächt; jene institutionalisierten Umlagekriterien, die gerade das Proprium eines solidarischen Sicherungssystems ausmachen, würden sich auflösen. Solidarische Hilfe muss aber allen zuteil werden, die ihrer benötigen, so auch beispielsweise demjenigen, der von einer schuldhaft selbstverursachten Erkrankung betroffen ist.[81] Auf der einen Seite – nach einem individualethischen Verständnis – bedeutet ein gesundheitsschädliches Verhalten immer ein Schuldigwerden gegenüber der Gesellschaft und in diesem Sinne mangelnde Solidarität des Einzelnen im Hinblick auf mögliche Gesundheitskosten. Auf der anderen Seite – nach einem sozialethischen Verständnis – muss solidarische Hilfe aber auch denjenigen mit einschließen, der schuldig geworden ist. Das entscheidende ethische Kriterium für die Zuwendung ist hierbei die individuelle *Bedürftigkeit*. Auf der Basis der allen Menschen innewohnenden personalen Würde gilt die solidarische Hilfe jedem, der sie benötigt. Besonders bei der Erhebung risikoäquivalenter Prämien würde sich ein Versicherungssystem etablieren, dass also auf Äquivalenz anstatt auf Solidarität setzt; Krankheitsrisiken werden individualisiert und nicht mehr gemeinschaftlich umgelegt – *Entsolidarisierung* wäre die Folge. Denn Entsolidarisierung bedeutet ja geradezu die Aufkündigung der für das bisherige System der GKV typischen Umverteilungs- und Ausgleichsprozesse. Ein, wenn nicht sogar *der* wesentliche Gedanke des Solidaritätsprinzips besagt aber gerade, dass die Starken und Gewinner die Schwachen und Verlierer tragen sollen. Dieser spezifische Solidarausgleich innerhalb der GKV gilt als der wichtigste Baustein, der eine sozial ausgerichtete Krankenversicherung von einer privaten Krankenversicherung unterscheidet. In der gesamten Diskussion um eine solidarische Krankenversicherung darf nicht vergessen werden, dass die heutigen Jungen und Gesunden, die jetzt die Alten und Kranken unterstützen, selbst einmal durch Morbidität oder fortgerücktem Alter auf die Hilfe der Solidargemeinschaft angewiesen sein werden und dann auf deren Funktionskraft vertrauen dürfen.[82] Der Grund für solidarisches Handeln wurzelt nach dieser Interpretation also im Eigeninteresse und nicht so sehr im Altruismus. Im Ablauf der

[81] Vgl. Mündigkeit und Solidarität (1995), S. 60. Risikozuschläge, z. B. bei Rauchern, sind in diesem Sinne abzulehnen, da sie die „Sünder" aus der Solidargemeinschaft ausschließen.

[82] Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion (1995), S. 137.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Generationenfolge zeigt sich geradezu die wechselseitige Verpflichtung im Sinne des Solidaritätsprinzips.

II. Reformvorschlag: Grundzüge einer solidarisch orientierten Wettbewerbsordnung

Auf Grund der Besonderheit des Gutes Gesundheit ist eine rein marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens aus folgenden Gründen problematisch: Erstens wird es in einer Gesellschaft immer Personengruppen geben, die auf Grund ihrer persönlichen Situation (Kaufkraft oder Gesundheitszustand) zu den eher (finanziell) Schwachen gehören. Sozialpolitische Interventionen sind hier geboten, um Lebensrisiken gesellschaftlich aufzufangen und allen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Zweitens können die Gesundheitsanbieter, in diesem Falle die Ärzte/Ärztinnen – bei einem falsch verstandenen Ethos des Helfens –, individuelle Notlagen Kranker zu ihren Gunsten finanziell ausnutzen; wegen des asymmetrischen Verhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und Patienten kann diese Situation noch verschärft werden. Schließlich ist drittens Gesundheit ein Zukunftsgut,[83] so dass die Betroffenen zukünftige Gesundheitsbedürfnisse eher gering achten werden.[84] Auch wenn an das Leitbild vom mündigen Bürger appelliert wird, bleibt zu fragen, ob wirklich alle für ihre Gesundheit Eigenvorsorge leisten werden.

Bis zu einem gewissen Grad sind staatliche Eingriffe in die Gestaltung des Gesundheitswesens von daher geradezu notwendig. Der solidarische Gedanke als Kernelement und als rahmengebende Ordnung eines Gesundheitswesens muss erhalten bleiben. Einerseits ist nämlich ein solidarisches Gesundheitssystem eine gesellschaftspolitische Investition in den sozialen Frieden und andererseits ist es auch eine ökonomische Investition in die Funktions- und Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft.[85] Prozesse der gesellschaftlichen Umverteilung im Sinne des Solidarprinzips schaffen einen Ausgleich zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Ohne diese Ausgleichsprozesse würde das Äquivalenzprinzip dominieren – die Folge wäre ein Gesundheitswesen, bei dem die Armen und Kranken unweigerlich zu den Verlierern gehören würden. Aber nur gesunde Menschen sind in einem Wirtschaftssystem auch leistungsfähig und können zum Wohlstand für alle beitragen.[86]

---

[83] Vgl. *Binder* (1999), S. 33/34.

[84] Vgl. *Oberender/Fibelkorn-Bechert* (1998), S. 91.

[85] Vgl. *Schramm* (1997), S. 235.

[86] Vgl. *Schramm* (1997), S. 235.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Eine solidarisch orientierte Wettbewerbsordnung[87] des Gesundheitswesens, die Wettbewerb und Solidarität als systemintegrative Gestaltungsprinzipien zusammenführt, hat aus der Perspektive der Sozialethik drei Bedingungen zur Voraussetzung:

1. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient – als Basis für den Heilungsprozess – darf nicht zerstört werden.[88] Ein solches Verhältnis soll primär von medizinischen Erfordernissen geleitet werden und nicht von finanziellen Interessen. Demnach gehören individuelle Preisverhandlungen in der Praxis eher zu den Ausnahmen (z. B. bei Zahnersatz) und sollten nicht als Regelprinzip Einlass in das Gesundheitssystem finden.

2. Ein Gesundheitswesen, das sich am Menschen und seinen persönlichen Notlagen orientiert, soll einerseits eine gesundheits- und lebenserhaltende Grundversorgung allen Bevölkerungsschichten ohne Ansehen der Person gewähren und andererseits allen eine (möglichst) gleiche Behandlung zubilligen. Diese Forderungen entsprechen den ethischen Grundsätzen der Universalität sowie der Egalität. Gesundheitspolitisch drückt sich die Universalität im Kontrahierungszwang und im Diskriminierungsverbot aus.

3. Ein Gesundheitswesen soll eine erweiterte Produktions- und Konsumfreiheit aller Teilnehmer auf dem Gesundheitsmarkt nicht nur ermöglichen, sondern geradezu auch strukturell begünstigen. Damit wird zum einen eine stärkere Entscheidungsfreiheit der Versicherten/Patienten gefordert, die im Sinne des Subsidiaritätsprinzips auch als Eigenverantwortung interpretiert werden kann. Die freie Arzt- und Krankenhauswahl muss konstitutiv für ein modernes Gesundheitswesen sein. Zum anderen gehört zur Freiheit im Gesundheitswesen auch eine weit reichende Berufsfreiheit für die Leistungsbringer (besonders der Ärzte/Ärztinnen).

Nachfolgend werden die primären Strukturelemente einer solidarisch orientierten Wettbewerbsordnung, in deren Mittelpunkt die Patienten stehen, skizziert und zur Diskussion gestellt. Da die Sozialethik als interdisziplinäre und integrative Wissenschaft immer auf den Dialog mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen angewiesen ist,[89] setzt sie bei ihren Erörterungen nicht bei Null an, sondern reflektiert bereits vorhandene Entwürfe, Vorschläge und Ergebnisse mit den ihr zur Verfügung stehenden ethischen Instrumentarien. Die hier vorge-

---

[87] Nach Cassel verbindet eine *solidarische Wettbewerbsordnung* die Prinzipien der GKV, also eine kollektiväquivalente Pflichtversicherung, identische Versorgung der Versicherten im Krankheitsfall sowie eine einkommensabhängige Beitragszahlung, mit marktwirtschaftlichen Steuerungsprinzipien. Vgl. *Cassel* (2000), S. 140.

[88] Für die individualethische Ausgestaltung dieses Vertrauensverhältnisses ist entscheidend, dass sich der Arzt am Ethos des Helfens orientiert, er sich beispielsweise an die Schweigepflicht sowie an die berufsrechtlichen Normen hält.

[89] Vgl. *Hausmanninger* (1993), S. 79.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

stellten strukturellen Veränderungsmöglichkeiten sind größtenteils keineswegs neu, sondern werden schon seit Jahren besonders von Vertretern der Gesundheitsökonomie vorgetragen. Umso mehr verwundert es, dass die Gesundheitspolitik bislang nur zaghaft Reformvorschläge aufgegriffen und umgesetzt hat.

Im Folgenden werden Grundüberlegungen für die Gestaltung eines zukünftigen Gesundheitssystems vorgestellt, bei dem Elemente der Solidarität, der Selbstverantwortung und des Wettbewerbs vorkommen sollen. Besonders die diskutierten Punkte, die auf eine stärkere Implementierung von Wettbewerbsstrukturen zielen, verweisen hierbei auf die positiven Effekte für die Produzenten und Konsumenten von Gesundheitsleistungen und -gütern.

- Freies Kassenwahlrecht: Grundvoraussetzung ist die individuelle Wahlfreiheit der Versicherten innerhalb der solidarischen Gesundheitssicherung, die seit dem Gesundheitsstrukturgesetz für alle Pflichtversicherten auch gegeben ist.[90] Der kassenübergreifende Risikoausgleich – ein Streitpunkt innerhalb der Gesundheitsökonomie[91] – scheint nötig zu sein, um mitgliederbedingte Risikostrukturen auszugleichen. Freilich soll es sich hierbei um einen *echten Risikoausgleich* und nicht um einen Finanzausgleich handeln.[92] Die Kassen bleiben in ihrer Verantwortung, effizient zu arbeiten und z. B. Verwaltungskosten einzusparen. Freies Kassenwahlrecht schließt auch den beliebigen Kassenwechsel mit ein.[93]
- Solidarische Grundversorgung finanziert durch Beiträge nach dem Leistungsprinzip: Alle Versicherten im System der GKV sollten eine bedarfsgerechte Grundversorgung nach einem für alle Kassen einheitlichen (Grund-) Leistungskatalog erhalten[94] – die Gesundheitspolitik würde hier den Rahmen vorgeben –, der bestimmte, klar definierte Regelleistungen mit zentralen gesundheitserhaltenden Elementen enthält.[95] Ein solidarisches Gesundheitswesen, das eine medizinische Versorgung für alle sichert, sollte sich immer am Bedarfsprinzip orientieren.[96] Elemente der Eigenbeteiligung, die es freilich schon gibt, sind auch in einem solidarischen System unerlässlich, nicht nur

---

[90] Vgl. *Binder* (1999), S. 117, *Henke/Rachold* (1999), S. 21.

[91] Vgl. *Cassel/Janßen* (1999).

[92] Vgl. Mündigkeit und Solidarität (1995), S. 66.

[93] Ein solcher Kassenwechsel sollte auch für die Mitglieder des privaten Krankenversicherungssystems ohne große Probleme möglich sein. Mit steigendem Alter erhöhen sich in der PKV die Beiträge; die zuvor eingezahlten Anwartschaften gehen aufgrund der Alterungsrückstellungen bei einem Kassenwechsel verloren.

[94] Vgl. *Cassel* (2000), S. 138.

[95] Hier ist zu überlegen, ob durch die Einführung einer Gesundheitssteuer, von der dann alle nicht in der GKV-Versicherten betroffen wären (also primär die Mitglieder der PKV), der solidarische Gedanke im gesetzlichen Krankenversicherungssystem („Einer trage des anderen Last") noch besser und gerechter implementiert werden könnte.

[96] Vgl. *Oberender/Fibelkorn-Bechert* (1998), S. 113.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

auf Grund der dadurch erschlossenen finanziellen Ressourcen, sondern besonders auch wegen der individuellen Selbstverantwortung gemäß dem Subsidiaritätsprinzip. Denn Selbstverantwortung des Einzelnen bedeutet immer auch eine Stärkung des solidarischen Systems.

- Zusätzliche Gesundheitssicherung im Sinne von individuell wählbaren Leistungen (Wahltarife): Private Zusatzversicherungen gesetzlicher oder privater Anbieter ergänzen die Grundversorgung mit speziellen Zusatzleistungen (Wahlleistungen). Als Wettbewerbsparameter dienen Differenzierungen nach Art, Umfang, Qualität und Preis der jeweiligen Leistungsangebote.[97] Dadurch kommt es nicht nur zu einer effizienteren marktwirtschaftlichen Steuerung, sondern auch zu einer stärkeren Eigenverantwortung. Peter Oberender und Ansgar Hebborn umschreiben die flexible Leistungsstruktur anhand eines „Zwiebelmodells", bei dem die Regelversorgung durch das Solidarprinzip abgedeckt ist und die weitere Absicherung der privaten Verantwortung zugeordnet wird.[98] Inwieweit auch eine individuelle Leistungsabwahl, wie Oberender und Hebborn vorschlagen,[99] in so ein System integriert werden soll, muss diskutiert werden, scheint aber problematisch zu sein. Denn durch Abwahloptionen kann unter Umständen eine Unterversicherung eintreten, so dass am Ende doch wieder die Solidargemeinschaft (über Sozialhilfeleistungen) für eintretende Krankheitsfälle einstehen müsste. Um das zu umgehen, darf die individuelle Leistungsabwahl nicht die medizinisch notwendige Grundversorgung betreffen; hierüber könnte etwa der Gesetzgeber einen verbindlichen Katalog aufstellen. Mit alternativen Leistungsangeboten wird es den Versicherungen also ermöglicht, stärker als vorher auf die individuellen Präferenzen ihrer (potenziellen) Mitglieder einzugehen.[100]
- Vertragsfreiheit zwischen Ärzten/Ärztinnen und Kassen in einem pluralen System: Bei der von Gesundheitsökonomen immer wieder geforderten Entmonopolisierung auf der Leistungsanbieterseite, das betrifft vor allem das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen,[101] sollten sich neuartige Versorgungsmodelle aber an freiheitlichen Prinzipien, wie freie Arzt- und Krankenhauswahl, Therapiefreiheit der Ärzte etc., orientieren. Beim Managed Care-System der Vereinigten Staaten, das zunehmend auch im deutschsprachigen Raum diskutiert und als Alternativmodell erörtert wird, ist aber eine uneingeschränkte freie Arzt- und Krankenhauswahl nicht mehr

---

[97] Vgl. *Cassel* (2000), S. 141.

[98] Vgl. *Oberender/Hebborn* (1998), S. 145/146.

[99] Vgl. *Oberender/Hebborn* (1998), S. 145/146.

[100] Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion (1995), S. 140/141.

[101] Vgl. etwa *Cassel* (2000), S. 141, *Henke/Rachold* (1999), S. 21, *Oberender/Fibelkorn* (1997), S. 64/65.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

möglich. Zudem müssen sich die Ärzte häufig Leistungskontrollen unterziehen und werden ökonomisch stärker in dieses Gesundheitssicherungsmodell einbezogen.[102] Die freie Arztwahl sollte aber als institutionelles Element des Gesundheitssystems erhalten bleiben.

- Weit reichendere Marktstrukturen für die pharmazeutische Industrie: Auch wenn der Markt für pharmazeutische Produkte bereits jener Sektor des Gesundheitswesens ist, in dem Wettbewerbsmomente als Steuerungselemente vorhanden sind, gibt es hier nach wie vor zahlreiche Wettbewerbsbeschränkungen. Blickt man beispielsweise auf die Distribution von Arzneimitteln, so fällt zuerst die Preisbindung auf, die einen Preiswettbewerb verhindert, auch das Verbot der freien Unternehmertätigkeit im Apothekenwesen (Mehr- und Fremdbesitzverbot) schränkt die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs ein.[103] Denkbar wäre, dass die Preisbindung für alle OTC-Produkte fällt.[104] Verschreibungspflichtige und nicht freiverkäufliche Produkte sollten aber weiterhin dem Preiswettbewerb entzogen werden, da man kranken Menschen, die auf diese besonderen Arzneimittel angewiesen sind, keinen Preisvergleich zumuten sollte. Für den Selbstmedikations-Markt ist ein Wettbewerbsausschluss nicht mehr verständlich. Steigender Wettbewerb auf dem Arzneimittel-Markt, der auch durch neue Vertriebswege (z. B. Drogerien) für OTC-Produkte gekennzeichnet werden könnte, muss aber als unverzichtbare Voraussetzung eine kompetente Beratung durch geschultes Personal gewähren. Eine „Risikoberatung" fällt aber beim Internet-Versandhandel aus. Auf Grund der dezentralen Struktur des Internets ist es hier nicht möglich, dass staatliche Institutionen die Arzneimittel-Distribution kontrollieren.[105]

- Transparente Strukturen im Gesundheitswesen durch stärkere Kommunikationsfreiheit auf Seiten der Ärzte und durch Kostentransparenz der Leistungen auf Seiten der Patienten: Werbeverbote ärztlicher Leistungen – normiert durch die jeweiligen Berufsordnungen – schränken die Transparenz auf dem Markt für Gesundheitsleistungen ein. Letztlich kommt aber Werbefreiheit den Patienten selbst zu Gute, da sie über die Dienstleistung, die sie in Anspruch nehmen, Informationen einholen können. Grundsätzlich sind zwei Formen der Transparenz möglich. Zum einen können die Ärzte/Ärztinnen selbst für ihre Leistungen werben, z. B. im Internet oder auf Praxisschildern, zum anderen könnte auch eine unabhängige Verbraucherschutzinstitution

---

[102] Vgl. *Schulenburg/Greiner* (2000), S. 216–218.

[103] Vgl. *Oberender* (1989), S. 72.

[104] Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion (1995), S. 130/131.

[105] Vgl. dazu die Hinweise auf der homepage der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände: http://www.abd.de und die Informationen von Stiftung Warentest: http://www.warentest.de.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

hier einspringen („Stiftung Gesundheitstest") und ärztliche Leistungsangebote zusammenstellen, vergleichen und bewerten. Ein weiteres Problem der mangelnden Transparenz im Gesundheitswesen ist, dass die Versicherten/Patienten nicht wissen, wie hoch die Kosten ihrer therapeutischen Behandlung sind. Die verbindliche Einführung des Kostenerstattungsprinzips könnte nicht nur zur Entwicklung eines Kostenbewusstseins beitragen, sondern auch die Mündigkeit und Eigenverantwortung der Patienten stärken.[106]

- Staatlich finanzierte, unabhängige Beratungsinstanzen für Versicherte/Patienten: Damit Menschen sich aber für Krankenversicherungen, bestimmte Wahltarife oder auch Behandlungsmethoden entscheiden können, sind ausreichende Informationen und Leistungsvergleiche nötig. Unabhängige Beratungsinstanzen, z. B. bei den Gesundheitsämtern, sind dann jene Institutionen, die über Methoden und Anbieter aufklären können.[107] Erst informierte Patienten sind zu autonomen und rationalen Entscheidungen fähig. Ein modernes Gesundheitswesen sollte nicht länger eine unmündige „Verbraucherschaft" produzieren, sondern – so weit es geht – kritische und aufgeklärte Menschen, die einerseits auf die Solidarkraft der Gesellschaft vertrauen dürfen und andererseits Eigeninitiative und Selbstverantwortung zeigen.

Literatur

Anzenbacher, Arno (1998): Christliche Sozialethik. Einführung und Prinzipien, Paderborn u. a.

Bäcker, Gerhard u. a. (2000): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Bd. 2: Gesundheit und Gesundheitssysteme, Familie, Alter, Soziale Dienste, Wiesbaden.

Baßeler, Ulrich / *Heinrich,* Jürgen / *Koch,* Walter (1995): Grundlagen und Probleme der Volkswirtschaft, Studienausgabe, Köln.

Baumbach, Adolf / *Hefermehl,* Wolfgang (1995):Wettbewerbsrecht. Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, Zugabeverordnung, Rabattgesetz und Nebengesetze, München.

Baumgartner, Alois (1996a): Solidarität und Ehrenamtlichkeit, Subsidiarität und Selbsthilfe. Veraltete Prinzipien der Sozialpolitik? in: Textor, Martin R. (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Sozialpolitik, im Auftrag der Landeszentrale für Politische Bildung, München, S. 29–38.

[106] Vgl. Mündigkeit und Solidarität (1995), S. 69.

[107] Vgl. Mündigkeit und Solidarität (1995), S. 70.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

– (1996b): Solidarität und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, in: Medicine today and our Image of Man. 8th European Congress of FEAMC Prague, Czech Republic, June 5–9, 1996, Prague, S. 149–156.

– (1999): Freiheit und Solidarität. Anmerkungen zur Zuordnungsproblematik sozialethischer Grundbegriffe, in: Gruber, Hans-Günter / Hintersberger, Benedikta (Hrsg.): Das Wagnis der Freiheit. Theologische Ethik im interdisziplinären Gespräch, Würzburg, S. 159–169.

Baumgartner, Alois / *Korff,* Wilhelm (1990): Das Prinzip Solidarität. Strukturgesetz einer verantworteten Welt, in: Stimmen der Zeit 208, S. 237–250.

– (1998): Sozialprinzipien, in: Korff, Wilhelm / Beck, Lutwin / Mikat, Paul (Hrsg.): Lexikon der Bioethik, 3. Bd., Gütersloh, S. 405–411.

Beske, Fritz / *Hallauer,* Johannes F. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistung – Weiterentwicklung, Köln.

Binder, Stephan (1999): Effizienz durch Wettbewerb im Gesundheitswesen. Gesundheitssystemsteuerung durch wettbewerbsorientierte Anreize im Bereich der Leistungserbringung, Bayreuth.

Brennecke, Ralph (1992): Steuerungsprinzipien im Gesundheitssystem, in: Schuller, Alexander / Heim, Nikolaus / Halusa, Günter (Hrsg.): Medizinsoziologie. Ein Studienbuch, Stuttgart, S. 81–95.

Breyer, Friedrich / *Zweifel,* Peter (1997): Gesundheitsökonomie, Berlin u. a.

Bohrmann, Thomas (1999): Ethik medialer Werbung, in: Theologie der Gegenwart 42, S. 26–37.

Buchholz, Edwin H. (1980): Unser Gesundheitswesen im Überblick, in: Ders. (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Vorgestellt von Repräsentanten seiner wichtigsten Einrichtungen, Berlin u. a., S. 7–71.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, Bonn.

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.): Pharma Daten ´98, Frankfurt a. M.

Cassel, Dieter (2000): Ordnungspolitische Gestaltung des Gesundheitswesens in der Sozialen Marktwirtschaft, in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik 45, S. 123–143.

Cassel, Dieter / *Janßen,* Johannes (1999): GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Knappe, Eckhard (Hrsg.): Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsband des Gesundheitsökonomischen Ausschusses, Baden-Baden, S. 11–49.

Centesimus annus (1991/1992): in: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands – KAB (Hrsg.): Texte zur katholischen Soziallehre. Die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente, mit Einführungen von Oswald von Nell-Breuning / Johannes Schasching, Köln, Kevelaer, S. 689–764.

Deppe, Hans-Ulrich (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik, Frankfurt a. M.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Ethik in der sozialen Kommunikation (2000): Päpstlicher Rat für die Sozialen Kommunikationsmittel, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn.

Ethik in der Werbung (1997): Päpstlicher Rat für die Sozialen Kommunikationsmittel, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn.

Gemeinwohl und Eigennutz. Wirtschaftliches Handeln in Verantwortung für die Zukunft (1991): Eine Denkschrift der Evangelischen Kirche in Deutschland, Gütersloh.

Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998): hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Stuttgart.

Hausmanninger, Thomas (1993): Christliche Sozialethik in der späten Moderne. Grundlinien einer modernitätsintegrativen und -korrektiven Strukturenethik, in: Ders. (Hrsg.): Christliche Sozialethik zwischen Moderne und Postmoderne, Paderborn u. a., S. 45–90.

Heim, Nikolaus (1992): Arzt und Patient, in: Schuller, Alexander / Ders. / Halusa, Günter (Hrsg.): Medizinsoziologie. Ein Studienbuch, Stuttgart, S. 98–107.

Henke, Klaus-Dirk / *Rachold,* Ursula (1999): Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Igl, Gerhard / Naegele, Gerhard (Hrsg.): Perspektiven der sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen, München, S. 11–26.

Herder-Dorneich, Philipp (1980): Gesundheitsökonomik. Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart.

– (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden.

Höffner, Joseph Kardinal (1997): Christliche Gesellschaftslehre, Lothar Roos (Hrsg.), Kevelaer.

Homann, Karl / *Blome-Drees,* Franz (1992): Wirtschafts- und Unternehmensethik, Göttingen.

Korff, Wilhelm (1992): Die Energiefrage auf dem Prüfstand, in: Ders. (1992): Die Energiefrage: Entdeckung ihrer ethischen Dimension, Trier, S. 9–21.

Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen (1995): Eine Studie der Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für Soziale Ordnung, Gütersloh.

Nell-Breuning, Oswald von (1985): Gerechtigkeit und Freiheit. Grundzüge katholischer Soziallehre, München.

– (1990): Baugesetze der Gesellschaft. Solidarität und Subsidiarität, Freiburg, Basel, Wien.

– (1992): Wirtschaftsethik, in: Lenk, Hans / Maring, Matthias (Hrsg.): Wirtschaft und Ethik, Stuttgart, S. 31–44.

Nell-Breuning, Oswald von / *Sacher,* Hermann (1949): Wörterbuch der Politik, 4, Freiburg.

Oberender, Peter (1989): Mehr Wettbewerb auf dem Pharmamarkt, in: Simon, Hermann / Hilleke-Daniel, Klaus / Kucher, Eckhard (Hrsg.): Wettbewerbsstrategien im Pharmamarkt, Stuttgart, S. 63–72.

Oberender, Peter / *Fibelkorn,* Andrea (1997): Ein zukunftsfähiges deutsches Gesundheitswesen. Ein Reformvorschlag unter besonderer Berücksichtigung der ambulanten Versorgung, Bayreuth.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Oberender, Peter / *Fibelkorn-Bechert,* Andrea (1998): Krankenversicherung, in: Knappe, Eckhard / Berthold, Norbert (Hrsg.): Ökonomische Theorie der Sozialpolitik, Heidelberg, S. 90–123.

Oberender, Peter / *Hebborn,* Ansgar (1998): Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Kosteninfarkts, Bayreuth.

Parsons, Talcott (1968): Sozialstruktur und Persönlichkeit, Frankfurt a. M.

Pesch, Heinrich (1905): Lehrbuch der Nationalökonomie, 1. Bd., Freiburg.

Quadragesimo anno (1931/1992): in: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands – KAB (Hrsg.): Texte zur katholischen Soziallehre. Die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente, mit Einführungen von Oswald von Nell-Breuning / Johannes Schasching, Köln, Kevelaer, S. 61–120.

Rich, Arthur (1990): Wirtschaftsethik. Marktwirtschaft, Planwirtschaft, Weltwirtschaft aus sozialethischer Sicht, Bd. II, Gütersloh.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Sondergutachten 1995, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden.

Schmelter, Jürgen (1991): Solidarität: Die Entwicklungsgeschichte eines sozialethischen Schlüsselbegriffs, Diss. München.

– (1992): Solidarität: Entwicklungslinien eines sozialethischen Schlüsselbegriffs, in: Mertens, Gerhard / Kluxen, Wolfgang /Mikat, Paul (Hrsg.): Markierungen der Humanität. Sozialethische Herausforderungen auf dem Weg in ein neues Jahrtausend, Paderborn u. a., S. 385–394.

Schramm, Michael (1997): Umbau des sozialstaatlichen Gesundheitssystems. Sozialethische Überlegungen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43, S. 233–244.

Schulenburg, Matthias Graf von der (1990): Die ethischen Grundlagen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Versuch einer Positionsbestimmung, in: Sachße, Christoph / Engelhardt, H. Tristram (Hrsg.): Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt a. M., S. 313–335.

Schulenburg, Matthias Graf von der / *Greiner,* Wolfgang (2000): Gesundheitsökonomie, Tübingen.

Weede, Erich (1993): Markt, in: Enderle, Georges u. a. (Hrsg.): Lexikon der Wirtschaftsethik, Freiburg, Basel, Wien, Sp. 643–646.

Zdrowomyslaw, Norbert / *Dürig,* Wolfgang (1999): Gesundheitsökonomie. Einzel- und gesamtwirtschaftliche Einführung, München, Wien.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Was heißt Entsolidarisierung?

Von Christoph Lütge

Thomas Bohrmanns Ziel ist es zu bestimmen, wie viel Wettbewerb im Gesundheitswesen zugelassen werden darf, ohne dass die Solidarität „unter die Räder kommt". Offenbar ist Wettbewerb für ihn nicht etwas „an sich" Gutes, sondern nur in bestimmten Zusammenhängen, unter bestimmten Bedingungen. Bohrmann zählt diese Bedingungen auf; es sind Produktions- und Konsumfreiheit, freier Marktzugang, Pluralität der Teilnehmer und Transparenz. Wenn diese Bedingungen gegeben sind, dann soll Wettbewerb zu erwünschten Ergebnissen führen. Bohrmann stellt fest: Diese Bedingungen sind – darüber gibt es wohl keinen Streit – im Gesundheitswesen nicht voll gegeben, also – ? Ja, welches „also"? Man müsste doch den Schluss ziehen: Lasst uns diese Bedingungen herstellen, dann bringt der Wettbewerb moralisch und ethisch erwünschte Ergebnisse hervor.

Aber dieser Schluss wird im Referat m.E. *so* nicht gezogen. Zwar betont der Autor, individuelle Vorsorge sei positiv zu bewerten, da sie insbesondere dem ethischen Gedanken der Subsidiarität folge. Es sei gut, wenn Individuen Eigenvorsorge leisteten. Aber, so Bohrmann, das Gut Gesundheit weise bestimmte Besonderheiten auf. Diese seien (S. 115):

a) Es gebe immer Leute, die aus persönlichen Gründen finanziell oder gesundheitlich schwach seien. Um ihnen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, müsse die Sozialpolitik eingreifen. Ich frage mich: Gilt das nicht für viele andere, wenn nicht für die meisten Güter? Ich kann auch aus persönlichen Gründen körperlich schwach oder nicht schwindelfrei sein; warum folgt daraus keine sozialpolitische Intervention? Was an diesem Argument deutet auf ein Spezifikum des Gutes Gesundheit?

b) Anbieter könnten Nachfrager ausnutzen, offenbar auf Grund von Informationsasymmetrien. Das scheint mir ebenfalls auf sehr viele andere Güter zuzutreffen. Asymmetrische Verhältnisse liegen auch vor etwa beim Bau eines Hauses, beim Kauf von Dienstleistungen aus der Computerbranche oder bei der Stiftung eines universitären Lehrstuhls. In allen diesen Fällen haben die Anbieter bzw. Empfänger bedeutend mehr Informationen als ihre Auftraggeber. Wo ist hier die Besonderheit des Gutes Gesundheit?

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

c) Gesundheit sei ein Zukunftsgut, und die Leute würden möglicherweise zu wenig in ihre Zukunft investieren. Aber Menschen sorgen doch auch privat für ihr Alter vor, schließen Bausparverträge ab, legen Geld für ihre Kinder an, sie investieren in ihre Ausbildung und die ihrer Kinder. Ein vielleicht noch besseres Beispiel: Investieren wir zu wenig in eine saubere Umwelt? Aber auch hier liegen viele marktwirtschaftliche, auf Wettbewerb setzende Reformvorschläge vor, die gerade nicht behaupten, dass Umwelt ein besonderes, nicht durch Markt zu erschließendes Gut sei.

So weit zu den Charakteristika von Gesundheit. Was *folgt* für Bohrmann daraus, dass Gesundheit ein besonderes Gut sei? Er sagt, bei einer Öffnung des Gesundheitsbereichs für den Wettbewerb bestehe immer die Gefahr einer „Entsolidarisierung" (S. 114 ff.). Was heißt das – Entsolidarisierung?

Eine explizite Definition wird – so weit ich sehe – nicht geliefert. Dabei ist m.E. nicht von vornherein jedem klar, was es bedeutet, dass sich Individuen „entsolidarisieren". Bohrmann benutzt diesen Begriff normativ, im negativen Sinn. Eine Entsolidarisierung ist abzulehnen, aus – wie auch immer gewonnenen – ethischen Gründen. Im Text finden sich dann verschiedene Versuche der Annäherung an diesen Begriff:

So ist davon die Rede, dass Krankheitsrisiken „individualisiert und nicht mehr gemeinschaftlich umgelegt" werden, mit der Folge der Entsolidarisierung (S. 114). Das ist aber sicherlich zunächst nur eine andere Beschreibung des Phänomens, in normativer Hinsicht lässt sich damit noch nichts anfangen (warum *sollte* nicht individualisiert werden?).

Dann heißt es, der wesentliche Gedanke der Solidarität sei, dass die Starken und Gewinner die Schwachen und Verlierer tragen sollen (ebd.). Hier beginnt es interessant zu werden. Warum sollen die Starken die Schwachen unterstützen? Was heißt hier überhaupt „sollen"? „Sollen" muss ja umgesetzt werden können, ansonsten bleibt es fruchtlos, wirkungsloser Appell. Die Unterstützung der Schwachen muss *im Interesse der Starken* liegen, sonst lässt sie sich nicht begründen.

Tatsächlich zieht Bohrmann diesen Schluss noch. Er sagt, dass auch die Starken alt und krank werden können und dann auf die Solidarität der anderen angewiesen sind. Hier begründet er ein ethisches Prinzip auf ökonomische Weise, durch das Eigeninteresse.

Ein solches Forschungsprogramm, konsequent durchgeführt, würde ich für sehr fruchtbar halten (vgl. Homann/Suchanek 2000; Homann/Blome-Drees 1992). Wenn es gelingt, alle oder wenigstens bestimmte ethische Forderungen als im Eigeninteresse der Einzelnen liegend zu begründen, wäre man einen deutlichen Schritt weiter.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Aber Bohrmann geht diesen Weg nicht konsequent weiter. An vielen Stellen schwankt er zwischen Forderung nach legitimer Individualisierung und Vorsorge einerseits und Warnung vor illegitimer Entsolidarisierung andererseits. Die Grenze zwischen beidem kann er m.E. nicht aufzeigen. Bis wohin sollen die Einzelnen legitimerweise für ihre Krankenversicherung selber sorgen dürfen, ab wann entsolidarisieren sie sich?

Hinter dieser Diagnose verbergen sich mehrere theoretische Probleme. Besonders deutlich scheinen mir die folgenden zu sein:

(1) Zum einen erkenne ich hinter den Überlegungen die Konturen eines bestimmten Modells der Zusammenarbeit von Ethik und Ökonomik, das ungefähr so aussieht: Die Ethik gibt die Ziele vor, die Ökonomik muss sie dann (nur noch) umsetzen. Ethiker sind Wertelieferanten, Ökonomen Wertedurchsetzer. Dieses Modell lässt sich erahnen an den Stellen, an denen die Ziele (des Gesundheitswesens und der Ethik allgemein) gewissermaßen „aus der Erfahrung aufgerafft" und nicht hinterfragt oder überprüft werden. So heißt es z. B.: „Der solidarische Gedanke als Kernelement und als rahmengebende Ordnung eines Gesundheitswesens muss erhalten bleiben." (S. 115) Zwar folgt dann, dass es sich auch um eine ökonomische Investition handele; diese aber solle dazu dienen, ein anderes vorgegebenes ethisches Ziel zu verfolgen, nämlich die Armen und Kranken nicht zu Verlierern werden zu lassen.[1]

Ein anderes Zitat: „Auf der Basis der allen Menschen innewohnenden personalen Würde gilt die solidarische Hilfe jedem, der sie benötigt." (S. 114) Personale Würde, Solidarität, das könnte man alles noch einmal ökonomisch rekonstruieren. Und dann würde deutlich werden, dass sich Ökonomik und Ethik ganz anders zueinander verhalten als in dem geschilderten Modell der Dominanz der Ethik. Durch ökonomische Analysen verändern sich nämlich auch die Ziele, zumindest können sie mit ganz anderen Inhalten gefüllt werden! Sie lassen sich jedenfalls nicht von Wertelieferanten vorgeben. Solidarität kann dann gerade Wettbewerb und nicht seine Verhinderung oder „Einhegung" bedeuten. Entsolidarisierung würde dann gerade den Rückzug aus dem Wettbewerb implizieren! Solidarität mit den Entwicklungsländern kann heißen, sie in den Wettbewerb zu lassen. Wir entsolidarisieren uns, wenn wir uns abschotten und gerade nicht mit diesen Ländern in Wettbewerb treten.

Ich betone, dass ich nicht behaupte, Bohrmann sei gegen Wettbewerb. Ich behaupte lediglich, dass er Vorbehalte gegen einen konsequenten Wettbewerb im Bereich Gesundheit hat und dass sich das auf seine praktischen Folgerungen auswirkt. Zwar heißt es, der solidarische Gedanke müsse *deshalb* erhalten bleiben, weil er eine ökonomische Investition in die Funktions- und Leistungsfä-

[1] In der Erstfassung des Referats fand sich an dieser Stelle das ungleich prägnantere Schlagwort von der „Zwei-Klassen-Medizin", die man verhindern müsse.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

higkeit einer Volkswirtschaft sei. Dann aber wird das Schreckensbild der Entsolidarisierung an die Wand gemalt.[2] Daraus ergibt sich mein zweites Problem:

(2) Grundsätzlich stehen viele Elemente bei Bohrmann unverbunden nebeneinander. Einerseits entschiedenes Plädoyer für Solidarität (S. 115). Andererseits aber soll es auch „Elemente der Eigenbeteiligung" (S. 117) geben, mit der Begründung, sie seien „unerlässlich" (ebd.). Dann nur mit Subsidiarität zu argumentieren, ist zu undifferenziert. Hier werden Elemente aus ganz unterschiedlichen theoretischen Hintergründen zusammengeklebt. Das wirkt sich auch auf die Reformvorschläge aus:

Wenn man nämlich für Solidarität argumentiert, kann man dann überhaupt noch begründen, dass sich einige Leute privat versichern *dürfen*? Müssten dann nicht alle in den solidarischen Krankenkassen sein? Sie können sich ja eigenbeteiligen, sie können ja unterschiedliche Tarife wählen, sie können Zusatzversicherungen abschließen, aber wieso dürfen sie komplett aus diesem System austreten? Oder sollen sie es nicht dürfen? Diese Frage scheint mir ein gravierendes Problem für Bohrmann zu sein. Irgendwie misstraut er dem Wettbewerb trotz aller seiner – ausführlich aufgezählten – Vorzüge. Es könnte ja sein, dass aus diesem Wettbewerb nicht das Ergebnis herauskommt, was man vorher gewünscht hat.

Konstruktiv gedacht: Wie müsste man argumentieren? Etwa so: Die Starken werden sich nur dann mit den Schwachen solidarisch erklären, wenn sie einen Vorteil davon haben, und zwar nicht nur einen, der nur *möglicherweise* eintritt, tatsächlich aber nie realisiert wird. Das ökonomische Argument für eine Versicherung liegt nicht nur darin, dass ich mich vor möglichen Schäden schütze, sondern vor allem, dass ich risikobereiter agieren, schneller ans Ziel kommen und mehr investieren kann. So müsste man auch für eine Krankenversicherung argumentieren.

(3) Das führt mich zu einem dritten Punkt: Was unmöglich ist, kann auch ethisch nicht gefordert werden. Und was gefordert wird, muss implementierbar sein. Auf diesem Gedanken muss jede Ethik, Gesundheits- oder Wirtschaftsethik, aufbauen. Nur wenn sich Reformvorschläge implementieren lassen – und das heißt, wenn sie aus ökonomischer Sicht anreizkompatibel sind, – können sie auch ethisch begründet werden.

Bei Bohrmann spielt dieser Punkt im folgenden Zusammenhang eine Rolle: Bohrmann spricht sich entschieden für Wettbewerb der Apotheken, aber auch für kompetente Beratung aus. Diese Beratung falle jedoch beim Internet-Versandhandel aus; auf Grund der dezentralen Struktur des Internets sei „es hier nicht möglich, dass staatliche Institutionen die Arzneimittel-Distribution

[2] Und (laut Erstfassung) das der Zwei-Klassen-Medizin.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

kontrollieren" (S. 119). Was folgt daraus? Dazu wird nichts gesagt. In der Logik des Arguments liegt jedoch, dass der Internet-Versandhandel offensichtlich nicht nur positiv zu bewerten ist, da ja die geforderte Beratung nicht stattfindet. Außer einer – nicht realisierbaren, also auch ethisch nicht zu fordernden – staatlichen Lösung fällt Bohrmann nichts ein.[3] Aber letztlich kann Anreizkompatibilität im Internet auch unterhalb der staatlichen Ebene gesichert werden (vgl. Lütge 2001). Anreizkompatible Lösungen sind hier etwa durch Gütesiegel, Schiedsstellen u. a. zu erreichen. Bohrmann hat also insofern Recht, als Nicht-Realisierbarkeit auch für ethische Forderungen ein relevantes Kriterium ist (falls er dies implizieren wollte). Er berücksichtigt jedoch nicht, dass es noch andere Implementierungswege als die von ihm angedachten gibt.

Fazit

Den meisten Reformvorschlägen Bohrmanns, etwa den Forderungen nach mehr Transparenz, mehr Wettbewerb, Aufhebung von Verboten, Einrichtung von unabhängigen Bewertungsinstitutionen, kann ich mich anschließen (wer würde das nicht). Dennoch halte ich theoretische Inkonsequenzen fest, die sich auch praktisch auswirken.

Literatur

Bohrmann, Thomas (2002): Solidarität und Wettbewerb (in diesem Band).

Homann, Karl / *Blome-Drees,* Franz (1992): Wirtschafts- und Unternehmensethik, Göttingen.

Homann, Karl / *Suchanek,* Andreas (2000): Ökonomik: eine Einführung, Tübingen.

Lütge, Christoph (2001): Wie verändert das Internet die Gesellschaft? Philosophische Überlegungen, in: Venanz Schubert (Hrsg.): Die Geisteswissenschaften in der Informationsgesellschaft, St. Ottilien.

[3] In der – ungleich dezidierteren – Erstfassung hieß es dagegen noch, hier „muss der Gesetzgeber der Arzneimittel-Distribution Einhalt gebieten". Allerdings wurde nicht gesagt, wie dies geschehen sollte.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Begründung oder Anwendung: Methodische Anmerkungen zur Differenz zweier Diskursebenen

Von Michael Schramm

Wie ich einem Koreferat, das Gerhard Engel vor geraumer Zeit gehalten hat, entnehme, hat Theodor Wiesengrund Adorno dereinst einmal angemerkt, dass ein Koreferent vor der unbehaglichen Alternative stehe, sich entweder als Parasit oder aber als Pedant zu erweisen[1]. Da ich mich mit diesem geklauten Zitat schon als Parasit Gerhard Engels erwiesen habe, werde ich mich in diesem Koreferat wohl als Pedant profilieren müssen. Allerdings bezieht sich meine Pedanterie nicht auf Detailpunkte der in vielerlei Hinsicht informativen und plausiblen Ausführungen von Thomas Bohrmann (2002)[2], sondern auf die systematische Konzeptionalisierung, wie die Kategorien „Solidarität" und „Wettbewerb" zugeordnet werden.

A. Auf der gleichen Ebene? Bohrmanns Verortung von Solidarität und Wettbewerb

Bohrmann bezeichnet die Kategorien „Solidarität" und „Wettbewerb" in gleichsinniger Weise als „ethische Ordnungsprinzipien" (S. 95), als „grundlegende Konstituierungsprinzipien" (S. 95) oder als „gesellschaftliche Steuerungsprinzipien" (S. 95). „Solidarität" und „Wettbewerb" werden auf der kategorial gleichen Ebene angesiedelt, und zwar als anwendungsorientierte *Organisations*prinzipien: So gebe es konkrete „Wettbewerbs- und Solidarstrukturen im Gesundheitswesen" (S. 111), mit bestimmten marktorientierten Organisationsinstrumenten setze man „auf Äquivalenz anstatt auf Solidarität" (S. 114), während ein sinnvoll organisiertes Gesundheitswesen „Wettbewerb und Solidarität als systemintegrative Gestaltungsprinzipien zusammenführt" (S. 116; vgl. S. 95).Was den Begriff „Wettbewerb" betrifft, ist nichts dagegen einzuwenden, wenn er als anwendungsorientiertes Organisationsprinzip einge-

[1] *Adorno* (1969), S. 125. Zit. bei: *Engel* (1995), S. 54.

[2] Seitenhinweise im Haupttext beziehen sich auf *Bohrmann* (2002).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

stuft wird. Beim Begriff „Solidarität" sieht das anders aus: Man kann zwar Termini wie „Solidarprinzip" (versus „Äquivalenzprinzip", S. 103), „Solidarstrukturen" (versus „Wettbewerbsstrukturen", S. 111) oder „solidarische Umverteilung" (S. 112, versus „marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens", S. 115) in einem nur praktischen, *organisationstechnischen* Sinn benutzen (wie das in gesundheitsökonomischen Lehrbüchern üblicherweise auch gemacht wird), aber dann wird die *ethisch-systematische* Begriffsverwendung von „Solidarität" (als Moralprinzip[3]) auf die *organisationstechnische* Bedeutung (als Organisationsprinzip) reduziert. Dies führt aber zwangsläufig dazu, dass „Solidarität" auf der kategorial gleichen Ebene wie „Wettbewerb" verortet werden muss, nämlich der Ebene konkreter Implementationen (Anwendungsebene). Ich halte diesen konzeptionellen Aufriss so nicht für zweckmäßig.

B. Jenseits unmittelbarer Durchgriffe
Zur Differenz von Begründungs- und Anwendungsdiskursen

Nicht nur im Blick auf das Gesundheitssystem, aber auch hier gehen die Meinungen über Solidarität versus Wettbewerb auseinander: Die Einen regen sich über die „neoliberale" Anbetung des Wettbewerbs auf, die Anderen sehen in der moralbewegten Berufung auf Solidarität nur kontraproduktive Sozialromantik. Ich möchte daher eine moraltheoretische Unterscheidung vorschlagen, die möglicherweise zur Klärung der Sachlage zweckdienlich ist, aber bisher innerhalb der Geistes- und Sozialwissenschaften noch nicht die ihr gebührende Beachtung gefunden hat: die Unterscheidung von Begründungs- und Anwendungsebene[4].

---

[3] Ich verwende den Begriff „Moralprinzip" hier nicht ganz streng. *Lienkamp* (1996) unterscheidet drei Konkretionsebenen der (Sozial-)Ethik: 1. das „*Moralprinzip*" (Universalisierungsprinzip), 2. *Kriterien* (oder Maximen) wie etwa Solidarität, Gerechtigkeit, Option für die Armen (sowie die Entfaltung dieser Kriterien in den Menschenrechten), und 3. konkrete *Normen* (z.B. „Du sollst nicht töten!").

[4] Meines Wissens wurde die Differenz zwischen Begründungs- und Anwendungsdiskursen erstmals systematisch entwickelt von *Günther* (1988). Aufgegriffen wurde sie sodann von *Habermas* (1991), (1992), (1997). Im Bereich der Ökonomik hat *Josef Wieland* (1993), (1996a), (1996b), (1999) den Unterschied zu einem Grundpfeiler seines systematischen Ansatzes ausgebaut. Im Bereich der Theologie ist mir lediglich der Aufsatz von *Heck* (1996) bekannt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

I. Illustrierender Einstieg: Zwei Beispiele aus der Sicht des ethischen Begründungsdiskurses

Man wird sagen können, dass Solidarität eine einschlägige Kategorie des ethischen Diskurses darstellt. Dieses Grunddatum unserer Moralkultur[5] lässt sich in ethischen Begründungsdiskursen, seien sie theologischer oder philosophischer Art, gut begründen[6]. Mit allgemeinen Argumentationen dieser Art befinden wir uns auf der *ethischen Begründungsebene*, also derjenigen Ebene, auf der die moraltheoretisch universale „*Gültigkeit*" moralischer Sätze ethisch begründet werden soll. Will man diese erhabenen Moralprinzipien wie die „Solidarität aller Menschen" (oder, letztlich auf das Gleiche hinauslaufend, die personale Würde und Gleichwertigkeit aller Menschen) in der rauhen Welt empirischer Anwendungen zur „*Geltung*" bringen[7], gerät man rasch in Turbulenzen. Zwei exemplarische Möglichkeiten hierzu:

(1) *Eine „Würde" und keinen „Preis"?* Beginnen wir zur Illustration mit einem Alltagsbeispiel[8]: Fragt man eine Mutter, ob ihr ihr erstes oder ihr zweites Kind mehr wert wäre, so wird sie im Allgemeinen antworten: „Ich kann das nicht sagen – beide gleich!". Dieses „beide gleich" ist nun jedoch *nicht quantitativ* gemeint (etwa in dem Sinn: „Beide sind mir gleichermaßen genau 17.379 Euro wert – nicht mehr und nicht weniger"), vielmehr ist das „gleich" *qualitativ* gemeint: Beide Kinder sind gleichermaßen einzigartig und können durch nichts anderes aufgewogen werden. Formaler ausgedrückt: Es existiert kein funktionales Äquivalent. Die gemeinte „Gleichheit" ist die „*Un*ver*gleich*lichkeit". Diese Qualität nennt man gemeinhin „Würde". Genau darum geht einem berühmten Wort des wohl bedeutendsten Moralbegründers der Moderne, Immanuel Kant: „Im Reich der Zwecke hat alles entweder einen *Preis* oder eine *Würde*. Was aber einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas Anderes, als *Äquivalent* gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde"[9]. Dem entspricht die beobachtbare Tatsache, dass Eltern im Fall einer Entführung ihres Kindes oder im Fall einer

---

[5] Auch bei *Homann/Blome-Drees* (1992) steht dieses Grunddatum im Hintergrund: „Wenn nichts anderes vermerkt wird, gehen wir [...] im allgemeinen vom Grundprinzip aller Moral aus, das man heute als *Solidarität aller Menschen* formulieren kann. Diese Solidarität läßt sich als moderne Version der Goldenen Regel [...] oder des christlichen Gebots der Nächstenliebe verstehen", S. 15.

[6] Theologisch kann auf die Gleichheit aller Menschen vor Gott oder auf die biblische Aussagen, dass uns in jedem Menschen – insbesondere den „Geringsten" – Christus (also: Gott) entgegekomme (Mt 25), zurückgegriffen werden. Philosophisch besitzt hier etwa die transzendentalpragmatische Letztbegründung Karl-Otto Apels einschlägige Relevanz (etwa: *Apel* 1984).

[7] Ich unterscheide zwischen einer ethisch begründeten „*Gültigkeit*" (auf der Begründungsebene) und einer sozialen, tatsächlichen „*Geltung*" (auf der Anwendungsebene).

[8] Ich folge hier *Schurz* (1996), S. 32, 34.

[9] *Kant* (1974, S. 68).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

schweren Erkrankung ihres Kindes jedweden Geldbetrag, falls sie über ihn verfügen, zur Rettung ihres Kindes einzusetzen bereit sind. Mit diesen moralischen Prinzipien von der einzigartigen Würde, der unverrechenbaren Gleichwertigkeit und der darin untrennbar implizierten Solidarität aller Menschen befinden wir uns auf der *ethischen Begründungsebene*.

Nun geraten aber diese „gültigen" Moralprinzipien aus dem ethischen Begründungsdiskurs in Turbulenzen, wenn man sie in spezifischen Anwendungsbereichen zur „Geltung" bringen möchte. Ziehen wir als Beispiel aus dem Gesundheitsbereich das Problem der Nierentransplantation heran: Im Jahr 1999 konnten 2.275 DialysepatientInnen in Deutschland transplantiert werden. (1998: 2.340), aber die Zahl der Leute, die im selben Jahr auf eine Niere warteten (Warteliste), belief sich auf ca. 11.600 Menschen. In dieser Situation sind wir gezwungen, uns für bestimmte Verteilungsregeln zu entscheiden, die sich quer legen zu den gültigen Prinzipien des ethischen Begründungsdiskurses: Die Realitäten widerstreiten dem moralischen Prinzip der *Gleichwertigkeit*. Es muss nämlich – nach bestimmten Kriterien natürlich – eine Auswahl getroffen werden, wer es *wert* ist, eine Niere zu bekommen – und wer nicht. Auch wenn die ethische Begründungsebene es gerade als unmöglich erweist, unterschiedliche Werte menschlicher Leben anzusetzen, so sind wir im Transplantationsbereich doch gezwungen, so zu tun, *als ob* dies möglich sei[10]. Auf der Anwendungsebene muss die Geltung des universalen Gleichwertigkeitsprinzips lokal eingeschränkt und genau das getan werden, was das Prinzip eigentlich untersagt[11]. Denn in dieser Anwendungssituation könnte die Gleichwertigkeit nur dadurch zur Geltung gebracht werden, dass überhaupt *niemand* ein Organ transplantiert bekommt. Daher dürfte sich der Gedanke nach einer lokalen Einschränkung des Gleichwertigkeitsprinzips doch nahe legen. In die gleichen Anwendungsturbulenzen gerät das Prinzip der *Solidarität* aller Menschen, denn diejenigen, deren medizinische Daten günstigere Werte aufweisen oder die weiter oben auf der Warteliste stehen, sitzen doch nicht ganz „im gleichen Boot" – so eine volksmündliche Umschreibung des Solidaritätsprinzips bei Oswald von Nell-Breuning[12] – wie die anderen. Einerseits wollen wir „eigentlich" – *Begrün-*

[10] Ähnlich *Schurz* (1996, S. 39).

[11] „*Wenn* man vorgeben kann, daß der physische Zustand des Hauptkommissars einen langfristigen Transplantationserfolg wahrscheinlicher macht als der physische Zustand des Serientäters, *dann* kann man den unbehaglichen Gedanken verdrängen, daß man bei einer moralisch rationalen Entscheidung um [...] moralische Gewichtungen nicht herumkommt. Unbehaglich ist dieser Gedanke, weil er dem abstrakten Prinzip der *moralischen Gleichwertigkeit menschlichen Lebens* widerspricht. Aber diesseits der Abstraktionsidyllen der Theorie, unter normalen Lebensbedingen, wo entschieden werden muß, weil Knappheit an Gütern und an Zeit herrscht, kommen wir mit dem *dürren menschenrechtlichen Egalitarismus* nicht weit" (*Kersting* 1997, S. 174 [Hervorhebungen M.S.]).

[12] *Nell-Breuning* (1985), S. 54.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

dungsebene – in einer Welt leben, in der die Gleichwertigkeit aller Menschen zur Geltung gebracht wird, andererseits aber kommen wir nicht umhin, zu realisieren, dass wir in der postparadiesischen Welt der Knappheit – *Anwendungsebene* – doch gezwungen sind, abstufende Bewertungen vorzunehmen. Es scheint somit unmöglich zu sein, eine ethische Theorie zu entwickeln, die den *begründeten* Moralessentials (Gleichwertigkeit, gleiche Würde aller) gerecht wird und zugleich lokal *anwendbar* ist. Das, was – in den Worten Kants – auf der Ebene der universalen Moralbegründung „über allen Preis erhaben ist", weil es eine „Würde" hat, muss auf der Ebene der lokalen Anwendung doch verglichen, abgewogen und das heißt nichts anderes als mit einem „Preis" versehen werden. Auf der Anwendungsebene hat dann eben doch „alles seinen Preis". Wir sind mit einem ethischen Dilemma konfrontiert, das sich zwar nicht auflösen, aber wenigstens einordnen lässt, wenn man Begründungs- und Anwendungsebene *unterscheidet*, aber stets *gleichzeitig präsent* hält: Aus der Tatsache, dass Moralprinzipien ethisch begründbar sind, ergibt sich noch nicht, dass man sie auch eins zu eins anwenden kann, und umgekehrt ergibt sich aus der Tatsache, dass Moralprinzipien lokal unter Umständen nicht eins zu eins anwendbar sind, noch nicht, dass sie auch ihren ethischen Status als begründet verlieren müssten. Ich denke, dass die Differenzierung von Begründungs- und Anwendungsdiskurs dazu beiträgt, das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten – weder das ökonomische Kind mit dem ethischen Bad, noch das ethische Kind mit dem ökonomischen Bad.

(2) *„Ethik mit anderen Mitteln"*. Neben der eben geschilderten Möglichkeit, begründete Moralprinzipien lokal nicht anwenden zu können, gibt es noch einen zweiten Tatbestand, der ein unmittelbares Durchgreifen von der ethischen Begründungsebene auf die empirische Anwendungsebene nicht zulässt: nämlich die Möglichkeit, begründete Moralprinzipien nur über den Weg ökonomischer Rekonstruktionen (sowie dann juristischer Konkretisierungsanalysen etc.) anwenden zu können. Dies betrifft auch den gesamten Bereich der institutionellen Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems: Ob wir – organisationstechnisch *solidarisch* – eine betragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen und eine einkommensabhängige, eben nicht rein risikoäquivalente Beitragsberechnung installieren, oder ob wir – organisationstechnisch *marktökonomisch* – Beitragsrückerstattungen und selektive Vertragsabschlüsse zwischen einzelnen Praxen und Kassen vorsehen – in *all* diesen Fällen müssen ökonomische Mittelanalysen (und juristische Konkretisierungsdiskussionen etc.) vorgeschaltet werden. Auch wenn diese ökonomischen Anreizanalysen dann ergeben, dass ein bestimmter Zweck organisationstechnisch besser durch ein „solidarisches" als durch ein marktökonomisches Instrument erreicht werden kann, so ist es doch niemals das Moralprinzip der ethischen Begründungsebene, das gewissermaßen eins zu eins auf die Ebene der Anwendung bestimmter institutioneller Mittel durchschlagen würde. Vielmehr sind auch solidarisch organisierte In-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

strumente ökonomisch berechnet, so dass es sich auf der Anwendungsebene in jedem Fall um eine „Ethik mit anderen, nämlich ökonomischen Mitteln" handelt. So muss man eben ökonomisch überprüfen, ob sich Beitragsrückerstattungen in der GKV rechnen – und damit zu einem niedrigen Beitragssatz für *alle* führen – oder nicht. Wenn sie sich nicht (für alle) rechnen würden, wären sie ökonomisch wie ethisch abzulehnen.

II. Systematische Vertiefung: Das methodische Problem von Ebenendurchgriffen in wirtschaftsethischen Modellen

Die theoriestrategischen Reaktionen auf das beschriebene Ebenenproblem fallen in den Sozial- und Geisteswissenschaften recht unterschiedlich aus, wie sich am Beispiel der wirtschaftsethischen Diskussion zeigen lässt:

(1) Peter Ulrich vertritt im Einklang mit der ethischen Tradition[13] einen *Primat der ethischen Begründung in Anwendungsdiskursen.*

> „Alle praktischen Diskurse [...] sind Begründungsdiskurse bezüglich der in diesen Situationen gültigen moralischen [...] Normen"[14]. Es „spricht nichts dagegen, zusätzlich nach Klugheitsargumenten zu suchen"[15]. Doch: „Bedingte Ethik ist keine Ethik, denn sie verletzt den Eigenwert einsehbarer moralischer Pflichten, aus denen sich nichts anderes als der Primat der Ethik begründet"[16].

Die begründende Ethik (Begründungsebene) schlägt voll durch auf die Anwendungsebene. Der ethische Begründungsdiskurs bleibt dabei „unbedingt", gerät auf der empirischen Anwendungsebene nicht unter ökonomische Bedingungen, vielmehr kann die Ökonomik nur „zusätzliche Klugheitsargumente" zur Stützung der „Einhaltung moralischer Grundsätze" beisteuern.

Kommentar: Wie schon das Beispiel der Nierentransplantationen gezeigt hat, geraten in realen Anwendungskontexten sogar gut begründete ethische Essentials durchaus unter „Bedingungen" (Knappheitsbedingungen), die auch durch die Beschwörung eines „Primats der Ethik" nicht aus der Welt geschafft werden können. Ethik bleibt hier – auf der Anwendungsebene – nicht „unbedingt". Dass „bedingte Ethik keine Ethik" ist, ist auf der Begründungsebene gehaltlos oder trivial, da auf dieser Ebene alle Diskursarten „unbedingt" oder autonom sind (siehe unten); auf der Anwendungsebene dagegen ist die Aussage

---

[13] Um nur ein beliebiges Beispiel – hier aus der katholischen Moraltheologie – herauszugreifen: „Das Wirtschaftsleben als Ganzes untersteht der Ordnung der Sittlichkeit", *Mausbach/Ermecke* (1961), S. 397.

[14] *Ulrich* (1997), S. 100.

[15] *Ulrich* (1997), S. 420.

[16] *Ulrich* (1997), S. 420.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

schlichtweg falsch, weil sich Ethik hier immer mit Bedingungen (und/oder Argumenten aus anderen Diskursarten) konfrontiert sieht[17].

(2) Während Ulrichs Ansatz, letztendlich den Charakter einer paränetischen Moralpredigt besitzt[18], stellt Karl Homanns „ökonomische Theorie der Moral"[19] bzw. „Ethik mit ökonomischer Methode"[20] zweifelsohne ein außerordentlich ertragreiches Forschungsprogramm dar. Im Blick auf die Frage nach Begründungs- und Anwendungsebene wirkt sich Homanns *methodische Fokussierung auf den anwendungsbezogenen Begründungsdiskurs der Ökonomik* so aus, dass auch elaborierte Begründungsdiskurse der verschiedenen Ganzheitssemantiken (philosophische oder theologische Ethiken) *als Diskurse* auf der Anwendungsebene mehr oder weniger in der Irrelevanz versinken:

> „Die Begründung [...] *[moralischer]* Normen [...] stellt ab auf Vorteile"[21]. Daher „geht es bei der „Wirtschaftsethik" um *Begründung* im strengen Sinn, weil [...] erst die [...] anreizkompatible [...] Implementation die kreierten Normen in Geltung setzt"[22]. „Die Philosophie ist meines Erachtens für solche *[wirtschaftsethischen]* Fragen irrelevant, [...] weil sie mit ihren normativen Prinzipien allein die Probleme der modernen Gesellschaft nicht mehr angehen kann"[23]. Wenn „nicht (hinreichend) sicher ist, dass sich auch die/alle anderen an die Regeln halten [...] gelten diese nur [...] als Wunschvorstellung, als *Heuristik*, aber nicht für das Handeln"[24]. Ohne anreizkompatible (ökonomisch rekonstruierte) Implementation gilt eine Norm „nicht nur faktisch nicht, sie büßt auch ihren moralischen Geltungsanspruch ein. Unter den Bedingungen der Moderne [...] schlägt die Implementierung einer Norm auf ihre Geltung durch"[25] – „mögen moralische Normen so letztbegründet sein, wie sie wollen"[26].

Kommentar: Homann hat m. E. völlig Recht, wenn er zeigt, dass auf der Anwendungsebene (etwa unter Wettbewerbsbedingungen) eine nicht hinreichende institutionelle Implementierung von „Spielregeln", die für alle gelten, auf die Geltung[27] der Norm zurückschlägt (Stichwort: „ultra posse nemo obligatur")[28]. Von daher gewinnt seine methodische Fokussierung auf den anwen-

---

[17] In diesem Sinn: *Wieland* (1999), S. 86.

[18] *Schramm* (2000).

[19] *Homann/Pies* (1994a).

[20] *Homann* (1999), S. 332 ff.

[21] *Homann* (1997b), S. 34.

[22] *Homann* (1997a), S. 17.

[23] *Homann* (1996), S. 91.

[24] *Homann* (2000), S. 12.

[25] *Homann/Pies* (1994a), S. 4 [Hervorhebungen M.S.].

[26] *Homann/Pies* (1994a), S. 6 f.

[27] Zwischen „Geltung" und „Gültigkeit" wird terminologisch nicht unterschieden. So sprechen etwa *Homann/Pies* (1994a, S. 4) gleichsinnig von den „Fragen der Geltung moralischer Normen" wie von der „Gültigkeit von Normen".

[28] Im Beispiel: Unter den Bedingungen der Wettbewerbswirtschaft *kann* („posse") eine einzelne Unternehmerin das moralische Ziel einer schöpfungsbewahrenden Wirt-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

dungsbezogenen Begründungsdiskurs der Ökonomik[29] durchaus Plausibilität. Mir scheint aber eine Nebenwirkung dieser methodischen Fokussierung darin zu bestehen, dass der argumentative Rang der ethischen Begründungs*diskurse* hinsichtlich der ethischen „Gültigkeit" auf der *Begründungs*ebene (im Sinne einer kulturell bedeutsamen Leistung) unterbelichtet bleibt: Ethische Begründungsargumentationen erscheinen als moraltheoretisches Glasperlenspiel[30], dessen heuristisches Potenzial über lediglich diffuse Wunschvorstellungen einer besseren, gerechteren Welt kaum hinaus kommt. Kurz: Die Ökonomik hat der Ethik die Butter (mehr oder weniger) vollständig vom Brot genommen[31].

(3) Während Ulrich mit einem Primat der Ethik und Homann mit einer methodischen Fokussierung auf den anwendungsbezogenen Begründungsdiskurs der Ökonomik das Zuordnungsproblem der beiden Diskursarten in Anwendungsdiskursen begründungstheoretisch lösen, lässt Josef Wieland diese Frage bewusst offen und geht von einer *gleichen Begründungsautonomie multipler Entscheidungslogiken bei „Gleich-Gültigkeit in lokalen Anwendungszusammenhängen"*[32] aus. Zunächst einmal verortet er auf der *Begründungsebene* die diversen Diskursarten, die als solche begründend tätig sind: theologische, ethische ökonomische, juristische oder soziologische Begründungen usw. All diese Logiken sind auf der Begründungsebene „autonom"[33]. Den Diskursarten Philosophie und Theologie (sowie den entsprechenden Ethiken) schreibt Wieland

---

schaftsproduktion *als einzelne* gar nicht erreichen, denn wenn sie als einzelne eine teure Filteranlage einbaut, die Konkurrenten aber nicht, kann sie Konkurs anmelden, *ohne* dass sie die Wirtschaft dem Ziel eines ökologischeren Produzierens auch nur einen Millimeter näher gebracht hätte. Das Erreichen des moralischen Ziels liegt für sie als einzelne systematisch immer „ultra posse", jenseits ihres Könnens. Individueller Moralheroismus endet als ökonomisch und moralisch ruinöse Selbstopferhandlung. Bis hierher hat Homann – meine ich – völlig Recht: Auf der Anwendungsebene schlägt eine *nicht hinreichende* institutionelle Implementierung von „Spielregeln", die für alle gelten – also beispielsweise der „Spielregel", dass alle Konkurrenten Filter einbauen müssen – auf die Geltung der Norm für unsere einzelne Unternehmerin zurück. Denn – wie gesagt – über ihr Können hinaus kann sie nicht verpflichtet werden.

[29] „Ich bin ein knochenharter Ökonomist, was die Methode angeht, aber nicht bezüglich der Inhalte" (*Homann* 1996, S. 91).

[30] „Mögen moralische Normen so letztbegründet sein, wie sie wollen" (*Homann/Pies* 1994a, S. 6), in der Realität dürfte kaum jemand dem „Charme einer transzendentalpragmatischen Präsuppositionsanalyse" (*Homann/Pies* 1994b, S. 97) erliegen. Zwar fungiert die „Ethik [...] als Heuristik der Ökonomik" (*Homann/Blome-Drees* 1992, S. 99), aber „die Ökonomik als die zugehörige Restriktionsanalyse" ist es, „die moralisch relevantes Wissen zu produzieren aufgerufen ist" (*Homann/Blome-Drees* 1992, S. 99). Man beachte: „Moralisch *relevant*" werden ethische Sätze erst durch die ökonomische Restriktionsanalyse.

[31] *Homann* (1996, S. 91) ist „der Meinung, daß entsprechend reflektierte Einzelwissenschaften heute das Erbe der Philosophie antreten müßten".

[32] *Wieland* (1999), S. 85.

[33] *Wieland* (1999), S. 86.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nun die Funktion einer Begründung universalistischer Moralnormen zu: „Begründung erfährt Moral im philosophischen oder theologischen Diskurs“[34]. Es geht darum, „die Gesellschaft mit *vertretbaren* Begründungen für moralische Sätze zu versehen“[35]. Diese Begründungsleistungen werden „in den Diskurs der Gesellschaft eingespeist und bevorratet. Ohne diese beiden Leistungen kann eine kooperative Gesellschaft nicht existieren, und sie zu erbringen ist eine autonome Aufgabe von Theologie und Philosophie“[36]. Anders sehen die Verhältnisse auf der *Anwendungsebene* aus. Ethik ist auf der Anwendungsebene „ex ante nur eine durch nichts ausgezeichnete Entscheidungslogik neben vielen anderen“[37]. Und so kann es in lokalen Anwendungskontexten durchaus dazu kommen, dass sich – an sich begründete – ethische oder theologische Sätze als so nicht anwendbar erweisen. Beispiel: Wenn etwa in Zukunft medizinische Leistungen einerseits rationiert werden müssen (weil man das, was man machen könnte, nicht mehr allgemein bezahlen kann), andererseits aber ein privater Zukauf von Gesundheitsleistungen gesetzlich nicht ausgeschlossen sein wird („weiche“ Rationierung), dann zeigt dies, dass in diesem Anwendungskontext die Ökonomik die Geltung des von der Ethik begründeten Gleichwertigkeitsprinzips lokal einschränkt. Gleichwohl: „Lokal nicht anwendbare moralische Sätze behalten definitionsgemäß ihren Status als *[Anm.: ethisch]* begründet“[38].

Kommentar: Durch die Entkoppelung von Begründung und Anwendung kann vermieden werden, dass die Eigenreferenz ökonomischer Anwendungsdiskurse (Ulrich) oder die Eigenreferenz ethischer Begründungsdiskurse (Homann) auf der Strecke bleibt. Insoweit ist Wielands Konzept das zweckmäßigste. Allerdings bleibt die Frage, wie das Ausbalancieren differenter Diskurslogiken ohne Willkür vor sich gehen kann. Wieland selbst sieht das Problem – jedoch „[m]it geringen Aussichten auf Klärung“[39].

---

[34] *Wieland* (1999), S. 23; vgl. ebd., S. 24.

[35] *Wieland* (1999), S. 23 *[Hervorh.: M.S.]*. Das „vertretbar“ markiert den Unterschied elaborierter Begründungsdiskurse der Ethik zu nur diffusen Wunschvorstellungen.

[36] *Wieland* (1999), S. 23 f.

[37] *Wieland* (1999), S. 24.

[38] *Wieland* (1999), S. 24.

[39] *Wieland* (1999), S. 25. Eine entscheidungstheoretische Metaregel ist für Wieland nicht in Sicht, weswegen der einzig mögliche Weg für ihn darin besteht, geeignete Rahmenstrukturen für lokale Entscheidungsprozesse zu schaffen („Ethik der Governance“), lokale Erfahrungen zu sammeln und so schrittweise „bessere“ Entscheidungen zu ermöglichen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

III. Konzeptionelle Konsequenzen

Ich würde folgenden Vorschlag machen (illustriert an der Frage der Transplantation): Die Prämisse einer Gleichwertigkeit aller Menschen ist ein durchaus *begründbarer* moralischer Grundstandard, denn im Prinzip – „eigentlich" – wollen wir in einer Welt leben, in der sich die Menschen als gleichwertige Individuen wechselseitig anerkennen. Wenn nun aber die einzige Anwendungsmöglichkeit im Blick auf das Transplantationsproblem darin besteht, der Gleichwertigkeit rigoristisch dadurch Rechnung zu tragen, dass *überhaupt niemand* ein Organ transplantiert bekommt, dann dürfte sich der Gedanke an eine Ausnahme nahe legen. Ausnahmefälle der „regulativen Idee" Gleichwertigkeit sind allerdings – mögen sie nun selten vorkommen oder aber geradezu der „Regel"-Fall sein – rechtfertigungsbedürftig. Mein Vorschlag wäre der, dass Ausnahmen dann gerechtfertigt sind, wenn sie im *unparteilichen Interesse der lokal Betroffenen* liegen[40]. Die lokal Betroffenen haben ein Interesse daran, dass wenigstens die verfügbaren Nieren transplantiert werden. Und diese Tatsache rechtfertigt die Nichtanwendung des Gleichwertigkeitsgrundsatzes. Wenn hier vom „*unparteilichen* Interesse der lokal Betroffenen" als dem Rechtfertigungsgrund für Anwendungsausnahmen die Rede ist, dann ist das natürlich eine ethisch eingefärbte, sich an Rawls orientierende Formulierung; ein Buchanan-Ansatz würde das „unparteilich" streichen[41]. In jedem Fall bleibt die Differenz zwischen Begründungs- und Anwendungsdiskursen prägend, da Ausnahmen nur von den lokal Betroffenen qualifiziert werden können[42].

C. „Make a Difference" Auswirkungen der Unterscheidung von Begründungs- und Anwendungsebene für die Argumentation Bohrmanns

Bohrmanns Ausführungen sind in vielen Punkten plausibel (z. B. hinsichtlich der vorgeschlagenen Differenzierung von Regel- und Wahlleistungen),

---

[40] *Schurz* (1996) sieht die Dinge ähnlich. Allerdings bindet er die Ausnahmen an eine „Unausweichlichkeit": „Ausnahmen vom Prinzip der Unantastbarkeit menschlichen Lebens sind in dieser Sichtweise nur dort legitim, wo sie *unausweichlich* sind". Ich kann dem durchaus zustimmen, meine allerdings, dass diese Kondition erstens zu eng gefasst ist (es ist nicht „unausweichlich", dass die Nieren transplantiert werden), und dass zweitens offen bleibt, wann eine Ausnahme „unausweichlich" ist.

[41] *Wenn* die Leute bei der Organtransplantation „eigentlich" eine ethisch qualifizierte Verteilungsregel haben wollen, dann muss man ein „unparteiliches" Interesse in Anschlag bringen – wenn nicht, dann bleiben nur ökonomische Vorteils- / Nachteilskalkulationen.

[42] In etwas gehobener Systematisierung wäre anzumerken, dass die theologischen und philosophischen Begründungen auf der Anwendungsebene einer „nichtmonotonen" Logik unterliegen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

dennoch möchte ich exemplarisch drei Konsequenzen der Unterscheidung von Begründungs- und Anwendungsebene kritisch herausheben:

(1) Wie oben gezeigt bezeichnet Bohrmann die Kategorien „*Solidarität*" *und* „*Wettbewerb*" in gleichsinniger Weise als „gesellschaftliche Steuerungsprinzipien", als *Organisations*prinzipien auf der Anwendungsebene. Im Lichte der Differenzierung von Begründungs- und Anwendungsebene sieht das etwas anders aus: „*Solidarität*" ist nun zunächst einmal als ethischer Begriff eine Kategorie des *ethischen Begründungs*diskurses. Man kann diese ethische Begründungskategorie nun zwar als anwendungsorientiert bezeichnen, Solidarität ist aber sozialethisch niemals direkt, sondern immer nur indirekt anwendungsorientiert und kann daher nicht eins zu eins auf die Anwendungsebene durchgreifen[43]. Das Zur-Geltung-Bringen von Solidarität auf der Anwendungsebene muss stets über ökonomische Rekonstruktionen erfolgen. Dagegen ist der *ökonomische* Begründungsdiskurs direkt anwendungsorientiert (wenn auch realiter nicht immer lokal anwendbar). Er kann aber m. E. nicht auf die Gültigkeit der ethischen Begründung durchgreifen, weil dies die Autonomie der Diskursarten auf der Begründungsebene verletzen würde. Der *Wettbewerb* dagegen ist ein Organisationsprinzip auf der Anwendungsebene, das sowohl von der Ökonomik auf seine Vor- und Nachteile (Kostenperspektive) als auch (vermutlich erst danach) von der Ethik auf seine unparteiliche Konsensfähigkeit hin befragt werden kann (Gerechtigkeitsperspektive).

(2) Bohrmann zählt das Instrument von *Beitragsrückerstattungen* zu denjenigen Mitteln, mit denen sich „das Proprium eines solidarischen Sicherungssystems [...] auflösen" (S. 114) würde. Das ist zunächst einmal eine empirisch zu untersuchende Frage. Wenn es nur so wäre, dass die Leute eine Zahnarztrechnung von 500 DM nicht einreichen, weil sie eine Beitragsrückerstattung von 1.400 DM abschöpfen wollen, dann rechnet sich das Ganze natürlich nicht und nützt auch den Kranken nichts. Es könnte sich aber herausstellen (und aus diesem kühlen Grunde *haben* die privaten Krankenversicherungen ja Beitragsrückerstattungen eingeführt), dass Rückerstattungen doch Anreize setzen, sich öfter mal eine Salbe selber zu kaufen und mehrere teure Arztbesuche einzusparen, was dann zu niedrigeren Versicherungsbeiträgen auch für die Kranken führen könnte[44]. Das wäre dann Solidarität „mit anderen Mitteln". Wie gesagt handelt es sich um eine empirisch zu untersuchende Frage. Bohrmann jedoch

[43] „Solidarität" ist in diesem Sinn kein Steuerungsinstrument, *Habisch* (2000), S. 274. Bohrmann wird demgegenüber darauf verweisen, dass er nicht von Steuerungs*instrument*, sondern von „Steuerungs*prinzip*" (S. 95 f.) spricht. Dann aber erstaunt die Einordnung des Wettbewerbs in diese Kategorie.

[44] So teilt beispielsweise die „Debeka" in ihrem Werbematerial mit: „[E]rsparte Leistungsausgaben stabilisieren die Beitragsentwicklung für alle Versicherten. Daher setzen wir auf die Beitragsrückerstattung (BRE) bei Leistungsfreiheit: eine Maßnahme, von der *alle* Mitglieder profitieren".

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

belegt seine Auffassung, das Instrument der Beitragsrückerstattungen gehöre zu denjenigen Mitteln, mit denen sich „das Proprium eines solidarischen Sicherungssystems auflösen" würde, nicht mit derlei Anwendungsanalysen, sondern scheint vom begründungstheoretisch unsolidarischen „Aussehen" des Instruments auf seine (angeblich) unsolidarischen Wirkungen auf der Anwendungsebene zu schließen. Dieser Kurzschluss wird vermieden, wenn man von vornherein Solidarität als Kategorie des ethischen Diskurses auf der *Begründungsebene* ansetzt, die Frage, mit welchen Mitteln und Wegen man Solidarität auf der Anwendungsebene zur Geltung bringen kann, zunächst einmal den Kalkulationen des ökonomischen, *direkt anwendungs*orientierten Diskurses überlässt, und dann erst überprüft, ob die von der Ökonomik vorgeschlagenen Rezepte auch den ethischen Gerechtigkeitstest (John Rawls) heil überstehen.

(3) *„Sünden"-Prämien* „interessieren einen *theologischen* Ethiker natürlich schon vom Begriff her, da Sünde und Schuld theologisch wichtige Kategorien sind. Nach Bohrmann muss „[s]olidarische Hilfe [...] allen zuteil werden, die ihrer benötigen, so auch beispielsweise demjenigen, der von einer schuldhaft selbstverursachten Erkrankung betroffen ist"; daher seien „Risikozuschläge, z. B. bei Rauchern, [...] in diesem Sinne abzulehnen, da sie die „Sünder" aus der Solidargemeinschaft ausschließen" (S. 113).Ich halte diese Argumentation so nicht für zwingend. Ich nehme zunächst einmal an, dass im ethischen *Begründungsdiskurs* nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten festgelegt würden[45]. Aus der Sicht eines konstitutionen*ethischen* Ansatzes (John Rawls) ist es nicht plausibel, von potenziellen „Sündern" keinen Solidaritätsbeitrag zu verlangen[46]. Es mag sich dann im *Anwendungsdiskurs* zeigen, dass es in spezifizierten Fällen doch nicht zweckmäßig ist, bestimmte Pflichten nicht zu sanktionieren. So dürften etwa spezielle „Sünden"-Abgaben für Raucher in der Krankenversicherung als Eigentor enden. Es ist nämlich durchaus fraglich, ob Raucher die Kassen per saldo überhaupt belasten. Da Raucher auf Grund des zehnfach erhöhten Lungenkrebsrisikos durchschnittlich etwa 7 Jahre früher als Nichtraucher sterben und – so zynisch das klingt – Lungenkrebs eine der kostengünstigsten Varianten ist, sich von dieser Erde zu verabschieden, müsste man ihnen dann logischerweise eher einen Bonus ausbezahlen.

Summa summarum gilt: „Make a difference" zwischen Begründungs- und Anwendungsebene. Diese Unterscheidung ist m. E. eine Möglichkeitsbedingung dafür, die unterschiedlichen Diskursarten und deren Argumente richtig zu verorten und um ihre Grenzen zu wissen.

---

[45] Ähnlich *Wiemeyer* (2000).

[46] Aus konstitutionen*ökonomischer* Perspektive mag das anders aussehen. Hier sind pflichtenlose „Risikoprämien" plausibel, *Homann/Pies* (1996).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Literatur

Adorno, Theodor W. (1969): Zur Logik der Sozialwissenschaften (Koreferat), in: Adorno, Theodor W. / Dahrendorf, Ralf / Pilot, Harald / Albert, Hans / Habermas, Jürgen / Popper, Karl R.: Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Darmstadt, Neuwied, S. 125–143.

Apel, Karl-Otto (1984): Ist die philosophische Letztbegründung moralischer Normen auf die reale Praxis anwendbar?, in: Apel, Karl-Otto / Böhler, Dietrich / Kadelbach, Gert (Hrsg.): Funk-Kolleg Praktische Philosophie / Ethik: Dialoge, Bd. 2, Frankfurt a. M.: Fischer, S. 123–144.

Bohrmann, Thomas (2002): Solidarität und Wettbewerb: Ethische Ordnungsprinzipien im Gesundheitswesen (in diesem Band).

Engel, Gerhard (1995): Rawls" moderne Theorie der modernen Gesellschaft, in: Pies, Ingo / Leschke, Martin (Hrsg.): John Rawls" politischer Liberalismus (Konzepte der Gesellschaftstheorie 1), Tübingen, S. 54–61.

Günther, Klaus (1988): Der Sinn für Angemessenheit. Anwendungsdiskurse in Moral und Recht, Frankfurt a. M.

Habermas, Jürgen (1991): Erläuterungen zur Diskursethik, Frankfurt a. M.

– (1992): Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats, Frankfurt a. M.

– (1997): Die Einbeziehung des Anderen. Studien zur politischen Theorie, 2. Aufl., Frankfurt a. M.

Habisch, André (2000): „In Menschen investieren" als Leitbild globalisierungsfähiger Sozialpolitik, in: Aufderheide, Detlef / Dabrowski, Martin (Hrsg.): Internationaler Wettbewerb – nationale Sozialpolitik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven der Globalisierung (Volkswirtschaftliche Schriften Heft 500), Berlin 2000, S. 265–286.

Heck, Alexander (1996): Zum Anwendungsbezug theologischer Ethik, in: Dahm, Karl-Willhelm (Hrsg.): Sozialethische Kristallisationen. Studien zur verantwortlichen Gesellschaft (Entwürfe. Schriften des Instituts für Christliche Gesellschaftswissenschaften der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster 4), Münster, S. 89–132.

Homann, Karl (1996): Die Wirtschaftsethik hat sich eine ganze Menge vorgenommen (Interview), in: Information Philosophie 3 / 1996, S. 86–91.

– (1997a): Sinn und Grenze der ökonomischen Methode in der Wirtschaftsethik, in: Aufderheide, Detlef / Dabrowski, Martin (Hrsg.): Wirtschaftsethik und Moralökonomik. Normen, soziale Ordnung und der Beitrag der Ökonomik, Berlin, S. 11–42.

– (1997b): Replik, in: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament B 30 / 97, 18. Juli 1997, S. 33–35.

– (1999): Die Relevanz der Ökonomik für die Implementation ethischer Zielsetzungen, in: Korff, Wilhelm u. a. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 1: Verhältnisbestimmung von Wirtschaft und Ethik, Gütersloh: S. 322–343.

– (2000): Wirtschaftsethik: Ein Angebot für die Philosophie? Vortrag beim Dozententreffen der Philosophie an der LMU München am 9. Mai 2000, Typoskript.

Homann, Karl / *Blome-Drees,* Franz (1992): Wirtschafts- und Unternehmensethik, Göttingen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Homann, Karl / *Pies,* Ingo (1994a): Wirtschaftsethik in der Moderne. Zur ökonomischen Theorie der Moral, in: Ethik und Sozialwissenschaften. Streitforum für Erwägungskultur 5, S. 3–12.

– (1994b): Replik. Wie ist Wirtschaftsethik als Wissenschaft möglich? Zur Theoriestrategie einer modernen Wirtschaftsethik, in: Ethik und Sozialwissenschaften. Streitforum für Erwägungskultur 5, S. 94–108.

– (1996): Sozialpolitik für den Markt: Theoretische Perspektiven konstitutioneller Ökonomik, in: Pies, Ingo / Leschke, Martin (Hrsg.): James Buchanans konstitutionelle Ökonomik (Konzepte der Gesellschaftstheorie 2), Tübingen, S. 203–239.

Kant, Immanuel (1974): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, in: Weischedel, Wilhelm (Hrsg.): Immanuel Kant. Werkausgabe VII, Frankfurt a. M.: S. 7–102.

Kersting, Wolfgang (1997): Gerechtigkeit und Medizin, in: ders.: Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend, Frankfurt a. M., S. 170–212.

Lienkamp, Andreas (1996): Systematische Einführung in die christliche Sozialethik, in: Furger, Franz / Lienkamp, Andreas / Dahm, Karl-Wilhelm (Hrsg.): Einführung in die Sozialethik (Münsteraner Einführungen – Theologie – Bd. 3), Münster, S. 29–88.

Mausbach, Joseph / *Ermecke,* Gustav (1961): Katholische Moraltheologie Bd. III / 2: Der irdische Pflichtenkreis, Münster.

Nell-Breuning, Oswald von (1985): Gerechtigkeit und Freiheit. Grundzüge katholischer Soziallehre (Geschichte und Staat 273), 2. Aufl., München.

Schramm, Michael (2000): Wirtschaftsethik als Moralparänese?, in: Ethik und Sozialwissenschaften 11, S. 619-621.

Schurz, Gerhard (1996): Der Wert des menschlichen Lebens, in: Ethica 4, S. 23–45.

Ulrich, Peter (1997): Integrative Wirtschaftsethik. Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie, Bern, Stuttgart, Wien.

Wieland, Josef (1993): Die Ethik der Wirtschaft als Problem lokaler und konstitutioneller Gerechtigkeit, in: Josef Wieland (Hrsg.): Wirtschaftsethik und Theorie der Gesellschaft, Frankfurt a. M., S. 7–31.

– (1996a): Ökonomische Organisation, Allokation und Status (Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften 92), Tübingen.

– (1996b): „Option für die Armen?" Grenzgänge der Sozialethik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 40, S. 57–66.

– (1999): Die Ethik der Governance (Institutionelle und Evolutorische Ökonomik, Bd. 9), Marburg.

Wiemeyer, Joachim (2000): Die Ordnung des Arbeitsmarktes aus wirtschaftsethischer Sicht. Eine Problemskizze, in: Gaertner, Wulf (Hrsg.): Wirtschaftsethische Perspektiven V: Methodische Ansätze, Probleme der Steuer- und Verteilungsgerechtigkeit, Ordnungsfragen (Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, N.F., Bd. 228 / V), Berlin, S. 61–91.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen – eine sozialethische Analyse[1]

Von Ulrike Kostka

Knappheit im Gesundheitswesen ist keine Neuigkeit des ausgehenden 20. Jahrhunderts, sie prägt das Handeln des Arztes oder der Pflegenden seit Gründung dieser Professionen. Stets musste der Arzt oder die Pflegende ihre Zeit zwischen den Patienten aufteilen und entscheiden, wem er oder sie sich zuerst widmet. Jedoch seitdem die Absicherung der Kranken und Bedürftigen in vielen Staaten als gesamtgesellschaftliche Aufgabe erkannt wurde und entsprechende Sicherungssysteme eingeführt wurden, hat die Knappheitsbedingung den Rahmen der individuellen ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeit überschritten. Seit diesem Zeitpunkt befindet sich die Gesellschaft als Ganzes in der Situation, dass für diesen speziellen gesellschaftlichen Handlungsbereich nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen. Diese können zwar auch natürlich limitiert sein wie im Fall knapper Organe, jedoch sind die von der Gesellschaft aufzubringenden materiellen und humanen Ressourcen grundsätzlich begrenzt.[2] Außerdem stehen die einzusetzenden Ressourcen für das Gesundheitswesen in Konkurrenz zu anderen Handlungs-/Bedürfnisbereichen der Gesellschaft, z. B. im Bereich der Bildung oder Verteidigung.

Zusätzlich zu dieser „grundsätzlichen Knappheitsbedingung" befinden sich die Gesundheitssysteme der Industrienationen jetzt in einer verschärften Knappheitssituation, die durch verschiedene Faktoren wie der demographische Entwicklung, den mit dem medizinischen Fortschritt verbundenen Mehrkosten und speziell im Fall des deutschen Gesundheitssystems durch eine Einnahmenkrise der gesetzlichen Krankheitsversicherung ausgelöst wurde. Die verschärfte Knappheitssituation hat in den Gesundheitssystemen zu vielfältigen Strukturmaßnahmen geführt und die Frage nach einer zukünftigen Absicherung des Krankheitsrisikos, der Gestaltung des Gesundheitssystems und der Verteilung der knappen Ressourcen auf die Tagesordnung der Politik, der Medien und der Öffentlichkeit gebracht.

---

[1] Die Arbeit wurde mit Unterstützung eines Stipendiums im Rahmen des Gemeinsamen Hochschulsonderprogramms III von Bund und Ländern durch den DAAD ermöglicht.

[2] Vgl. *Kersting* (1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Stehen in der tagespolitischen Diskussion zumeist strukturpolitische Fragen im Mittelpunkt, so bildet die Frage nach einer „gerechten Verteilung" der knappen Ressourcen immer wieder eine immanente Kernfrage des Diskurses. Das besondere Charakteristikum der Debatte ist, dass sie nicht nur auf politischer und wissenschaftlich-abstrakter Ebene geführt wird, sondern mittlerweile auch den Alltag im Sprechzimmer des einzelnen niedergelassenen Arztes mitbestimmt. Demzufolge handelt es sich bei der Verteilungsgerechtigkeit nicht nur ein theoretische Fragestellung, sondern um ein großes praktische Problemfeld für die Akteure auf den verschiedenen Handlungsebenen des Gesundheitssystems.

Kernfragen der Debatte über Verteilungsgerechtigkeit sind, nach welchen ethischen Kriterien die vorhandenen Ressourcen gerecht zu verteilen sind, dem einzelnen Patienten zu zuteilen und unter Umständen auch vorzuenthalten sind. Denn angesichts der bereits existierenden und der zukünftig wohl zunehmenden Ressourcenknappheit ist das Problem der Verteilungsgerechtigkeit nicht von der Rationierungsfrage zu trennen (Rationierung: „Verweigerung von bzw. die Erschwerung des Zugangs zu medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, die einen unbestrittenen Nutzen haben")[3]. Im Kontext der Verteilungsgerechtigkeit sind also auch Rationierungskriterien und -formen aus ethischer Sicht zu prüfen. Außerdem ist zu klären, wer die Rationierung durchführen soll und die Kriterien festlegt.[4] Diese Untersuchung fokussiert das grundsätzliche Problem der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen und wird sich auf Grund des begrenzten Rahmens nur sehr bedingt der Rationierungsfrage widmen.

Ziel der folgenden Untersuchung ist es, das Problem der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem nicht nur aus gerechtigkeitstheoretischer Perspektive zu erörtern, sondern auch die verschiedenen Handlungsebenen und ihre Akteure in den Blick zu nehmen. Folglich soll die Frage der Verteilungsgerechtigkeit als Problem der Theorie und konkreter Praxis aus der Perspektive der christlichen Sozialethik reflektiert werden. Als Grundlage der Diskussion verschiedener Verteilungsmodelle im Gesundheitswesen sollen die sozialethischen Kriterien Personalität, (soziale) Gerechtigkeit, Option für die Armen, Solidarität und Subsidiarität gelten. In einem ersten Schritt sollen zunächst die Ebenen und Akteure der Ressourcenverteilung im Gesundheitssy-

---

[3] *Güntert* (1998), S. 161.

[4] In Deutschland findet keine breite gesellschaftliche Debatte über Verteilung von knappen Ressourcen und Rationierung im Gesundheitswesen statt. Durch die zum großen Teil stattfindende politische Tabuisierung von Rationierungsphänomenen wird diese dringend notwendige Debatte verhindert und die Entscheidungslast auf die Akteure auf der Mikroebene abgeschoben. Daraus resultieren diverse ethische Dilemmata für die betroffenen Akteure und implizite Verteilungs- bzw. Rationierungsentscheidungen. Die Gesellschaft kann jedoch diesen tragischen Entscheidungen nicht ausweichen. Vgl. *Calabresi/Bobbitt* (1978).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

stem skizziert werden. In einem zweiten Schritt werden die sozialethischen Kriterien bezogen auf die Gesundheitsversorgung reflektiert. Anschließend werden in einem dritten Schritt verschiedene Verteilungsoptionen und ihre theoretischen Begründungen auf dieser Grundlage diskutiert. Daraus schlussfolgernd wird in einem vierten Schritt ein eigenes Verteilungsmodell entwickelt und auf die verschiedenen Ebenen und Akteure im Gesundheitswesen übertragen. Abschließend werden in einem Ausblick notwendige Konsequenzen in der Gesundheits- und Sozialpolitik und in der Ethik aufgezeigt.

A. Ebenen und Akteure der Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem

Bei der Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen ist zwischen unterschiedlichen Ebenen der Verteilung zu unterscheiden. Engelhardt hat ein Modell der Verteilungsprozesse im Gesundheitswesen entworfen, das versucht, die Verteilungsprozesse zu klassifizieren und zu hierarchisieren.[5] Engelhardt verwendet in diesem Kontext den Begriff der Allokation als Topos für die Verteilung. Auf Grund der spezifischen Bedeutung des Allokationsbegriffes in der Ökonomie wird im Weiteren der neutralere Begriff der Distribution bzw. der Verteilung verwendet.

Die einzelnen Verteilungsebenen stehen in einem wechselseitigen, hierarchischen Abhängigkeitsverhältnis (Top-down-Perspektive) mit einer Dominanz der Makroebene.[6]

Jede Ebene ist „durch eigene Orientierungsmuster, Zwänge, Relevanzen und moralische Rücksichtnahmen geprägt".[7] Die einzelne Ebene besitzt demzufolge eigene Handlungsrationalitäten und übertragen auf die Institutionsebene eigene Hauptakteure.

Da es sich um ein theoretisches Modell der Verteilung handelt, können die einzelnen kollektiven und personalen Akteure nur indirekt zugeordnet werden. Auf der Makroallokationsebene sind Entscheidungen des Gesetzgebers, auf der Mikroallokationsebene Verteilungsentscheidungen der Kostenträger und schließlich Entscheidungen des Arztes oder der Pflegekraft bezüglich eines einzelnen Patienten anzusiedeln.

Die Debatte über Verteilungsgerechtigkeit ist zunächst auf der Makroebene des Gesundheitssystems anzuordnen. Sie ist gekennzeichnet durch die Frage,

---

[5] Vgl. *Engelhardt* (1996), S. 387–390.

[6] Vgl. *ebd.*

[7] *Feuerstein* (1998), S. 197.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

durch welche Verteilungsstruktur Gerechtigkeit gewährleistet werden kann. Zunächst sollen die sozialethischen Kriterien einführend erläutert werden.

Tabelle 1
Das Verteilungsmodell von Engelhardt

Verteilungsebene	Verteilungsprozeß
Makroallokation auf hoher Ebene	Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt, in Konkurrenz zu anderen Infrastrukturbereichen und Versorgungsleistungen
Makroallokation auf unterer Ebene	Verteilung der Gesundheitsausgaben auf bestimmte Ziele (z. B. Prävention, Therapie, Forschung)
Mikroallokation auf hoher Ebene	Prinzipien der Verteilung nach Krankheitsarten, Alterskriterium etc.
Mikroallokation auf unterer Ebene	Vor-Ort-Entscheidung der Ressourcenvergabe an bestimmte Patienten unter Berücksichtigung der Prinzipien auf der übergeordneten Ebene der Mikroallokation

Quelle: Nach Feuerstein[8]

B. Sozialethische Kriterien und Gesundheit

I. Gesundheit und ihre Bedeutung für die Personalität des Menschen – anthropologische Grundlagen

Die Erhaltung der Gesundheit ist ein zentraler Lebenswunsch vieler Menschen. Phasen von Krankheit und Leiden gehören zu den gefürchtetesten Aspekten menschlichen Lebens. Gesundheit steht dagegen für Vitalität, Jugend und Lebensentfaltung und -chancen. Die Gesundheit ist unmittelbar an das Individuum gebunden. Der Einzelne fühlt sich gesund, hat gesundheitliche Schwächen oder ist krank. Gesundheit und Krankheit betreffen den Menschen als ganze Person.[9] Die Erhaltung und Stabilisierung der Gesundheit und die Krankheitsversorgung sind sowohl ein individueller Prozess als auch häufig ein

[8] Darstellung des Engelhardtschen Modelles durch Feuerstein. Vgl. *Feuerstein* (1998), S. 196–197.

[9] Grundlage des hier verwendeten Krankheits- und Gesundheitsverständnis ist ein Kontinuitätsmodell von Gesundheit und Krankheit, das dem die Medizin bis heute noch häufig prägenden Bild der Polarität von Gesundheit und Krankheit entgegensteht.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Prozess sozialer und professioneller Interaktionen und Subsysteme (z. B. innerhalb des Gesundheitswesens).[10]

Gesundheit wird häufig als Wohlbefinden der Person verstanden. Gesundheit bildet für das Individuum in vielerlei Hinsicht eine Voraussetzung für die Partizipation an gesellschaftlichen Prozessen (z. B. Arbeitsmarkt).

Die Relevanz der Gesundheit für die menschliche Person und das menschliche Leben und somit für das Wohl der Person kommt in den Menschenrechten zum Ausdruck. Im Zentrum der individuellen Freiheitsrechte stehen hier zunächst das Recht des Menschen auf Leben und die Unverfügbarkeit des Leibes; im Rahmen der sozialen Rechte zeigen sie sich in der vieldiskutierten Forderung nach einem Recht auf Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung (und anderer gesundheitserhaltender Lebensbedingungen).[11]

So unbestritten die elementare Bedeutung der Gesundheit für das menschliche Leben und somit für die menschliche Person ist, um so kontroverser ist jedoch die Frage, was Gesundheit ausmacht und umfasst, wie die Auseinandersetzung um verschiedene Gesundheitsbegriffe beweist (siehe z. B. Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation).

Im Blick auf die Personalität des Menschen bildet die Gesundheit folglich ein elementares Gut, das entsprechenden gesellschaftlichen Schutz erfordert. Kersting nennt Gesundheit „ein transzendentales oder ein konditionales Gut. Von derartigen Gütern gilt allgemein, dass sie nicht alles sind, alles aber ohne sie nichts ist. Sie besitzen einen Ermöglichungscharakter; ihr Besitz muss vorausgesetzt werden, damit die Individuen ihre Lebensprojekte überhaupt mit einer Aussicht auf Minimalerfolg angehen, verfolgen und ausbauen können."[12]

Die Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Gesundheit bzw. die Versorgung in Krankheit kann durch das Individuum nicht alleine geleistet werden. Neben der Sicherstellung von gesundheitserhaltenden Lebensbedingungen (Umwelt, Nahrung etc.) erfordert die Gesundheit bzw. ihre Beeinträchtigung (etwa durch Krankheit, Alter) gesellschaftlichen Schutz und Absicherung. Insbesondere in der Situation der Krankheit ist das Individuum auf Hilfeleistung angewiesen. Das Individuum befindet sich in einer vulnerablen Situation, die mitmenschliche, professionelle und institutionelle Hilfe verlangt.[13]

Aus der Sozialität des Menschen und dem gegenseitigen Anerkennungsverhältnis von menschlichen Personen erwächst die Pflicht zur Hilfeleistung und

---

[10] Vgl. *Hagen* (1999), *Kostka* (2000).

[11] Vgl. *Fried* (1975), *Beauchamp/Faden* (1979), *Buchanan* (1984), *Daniels* (1998).

[12] *Kersting* (1999), S. 152.

[13] Vgl. *Pellegrino/Thomasma* (1981).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Solidarität.[14] Die Anerkennung dieser Pflicht drückt sich seit Jahrtausenden in privaten und öffentlichen Initiativen der Krankenfürsorge aus. Im 20. Jahrhundert ist die Sorge für Kranke und der Schutz der Gesundheit als gesamtgesellschaftliche, staatliche Aufgabe und Pflicht in vielen Staaten erkannt worden.

II. Die (soziale) Gerechtigkeit und die Option für die Armen

Grundprinzip der Sozialethik ist die Gerechtigkeit, die Chancengleichheit für alle.[15] Die christliche Sozialethik betont insbesondere die soziale Gerechtigkeit. Es soll in diesem Zusammenhang nur kurz auf die vier Grundelemente der sozialen Gerechtigkeit hingewiesen werden: Tauschgerechtigkeit (iustitia commutativa) in Form fairer Vertragsaustauschbedingungen, Beteilungsgerechtigkeit (iustitia contributiva) in Form aktiver Beteiligung aller am sozialen Leben, Verteilungsgerechtigkeit (iustitia distributiva) als Güterverteilung in Option für die Armen und Verfahrensgerechtigkeit (iustitia legalis) als Fairness und Sicherheit im Rechtsvollzug.[16]

Ihre besondere Akzentuierung erhält die Gerechtigkeitsforderung in der christlichen Sozialethik durch die „Option für die Armen".[17] Arme im Blick auf das Gut Gesundheit sind Menschen, die durch Krankheit oder Behinderung in der Gesellschaft benachteiligt und marginalisiert sind. Krankheit und Armut sind oftmals miteinander verschränkt, Krankheit kann zu Armut führen, ein schlechterer Gesundheitszustand kann Folge sozialer Armut sein. Wichtiger Aspekt der Option für die Armen ist die Subjektwerdung der Armen. In diesem Sinn ist aus sozialethischer Sicht geboten, den durch Krankheit und Behinderung Benachteiligten Partizipation an gesellschaftlichen Prozessen und selbstgestaltetes Leben zu ermöglichen. Sie selber sollten Möglichkeiten der Mitgestaltung von gesundheits- und sozialpolitischen Entscheidungen erhalten und somit auch an Verteilungsentscheidungen im Gesundheitssystem mitwirken können. Einen sehr beachtenswerten Impuls für die Partizipationsvoraussetzungen und -möglichkeiten aller Betroffenen an diesen Entscheidungen liefert Dabrock in seinem Konzept der Befähigungsgerechtigkeit.[18]

---

[14] Vgl. *Höffe* (1996), S. 67–77.

[15] Vgl. *Furger* (1991), S. 129–134.

[16] Vgl. *Anzenbacher* (1997), S. 222–223.

[17] „Die Entscheidungen in [Wirtschaft und Politik] müssen danach beurteilt werden, was sie für die Armen bewirken, was sie den Armen antun und wie sie den Armen zur Selbsthilfe helfen. Das grundlegende moralische Kriterium für alle wirtschaftlichen Entscheidungen, politischen Maßnahmen und Institutionen ist dieses: sie müssen allen Menschen dienen, vor allem den Armen." Gegen Unmenschlichkeit in der Wirtschaft (1987), zit nach *Lienkamp* (1996), S. 67; vgl. *ebd.*, S. 67–70.

[18] Vgl. *Dabrock* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Grundlegender Maßstab der Verteilungsentscheidungen und folglich der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem sind die „Armen", die durch Krankheit oder Behinderung gesellschaftlich Benachteiligten.[19] Der Abbau von armutsauslösenden Faktoren stellt gleichzeitig ein Schutz der Gesundheit dar.

III. Das Solidaritätsprinzip

Anzenbacher erläutert das Verhältnis zwischen Personalitäts- und Solidaritätsprinzip in folgender Weise: „Während das Personalitätsprinzip im Sinne des wechselseitigen Anerkennungsverhältnisses den menschenrechtlichen Status der Person präzisiert, also den prinzipiellen Rechtsanspruch jedes Menschen als Person entfaltet, geht es im Solidaritätsprinzip um die diesen Rechtsanspruch entsprechenden Pflichten, die sich innerhalb der Rechtsgemeinschaft für jedermann sowie für die Rechtsgemeinschaft als ganze ergeben. Insofern verpflichtet das Solidaritätsprinzip zu einer sozialen Kooperation, deren Ziel es ist, den menschenrechtlichen Status der Person für alle zu gewährleisten."[20]

Entsprechend ist es angesichts der anthropologischen Bedeutung der Gesundheit bzw. der Versorgung in Krankheit für die menschliche Person und ihren menschenrechtlichen Status Aufgabe und Pflicht der Rechtsgemeinschaft, die Gesundheit des einzelnen zu schützen und den Individuen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. In diesem Sinne ist Gesundheit und ihre Absicherung ein soziales Gut, das soziale Kooperation verlangt. Rechtspflicht der Rechtsgemeinschaft ist es somit, Institutionen zu schaffen und Rahmenordnungen so zu gestalten, dass sie die die Gesundheit des einzelnen sichern helfen bzw. ihm im Krankheitsfall Zugang zu Gesundheitsleistungen garantieren. Diese Solidarität ist auf der Ebene der Gerechtigkeit geschuldet.[21]

Zudem ist der Schutz der Gesundheit und der Krankheitsversorgung der Individuen eine elementare Voraussetzung des Gemeinwohls, das gemäß seinem instrumentellen Charakter der Selbstverwirklichung der menschlichen Person dient.[22] Die Absicherung der Gesundheit und Krankheitsversorgung gehört zu den Mitteln und Chancen, die notwendig sind, damit die Menschen ihre existenziellen Zwecke im Sinne ihrer Lebenspläne verwirklichen können.[23]

---

[19] Daraus folgt auch insbesondere die Solidarität und der Einsatz für Menschen, die durch ihre Krankheit und Behinderung ihre Stimme nicht selber erheben können.

[20] *Anzenbacher* (1997), S. 197.

[21] Vgl. *ebd.*

[22] Vgl. *ebd.*

[23] Vgl. *ebd.*, S. 184–185.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Das Solidaritätsprinzip manifestiert in diesem Sinn bereits ein erstes egalitaristisches Begründungsmoment für das gesellschaftlich zu gestaltende System der Gesundheitsabsicherung. Allen Mitgliedern muss damit in gleicher Weise die Möglichkeit der Absicherung des Gesundheitsschutzes und des Krankheitsrisikos gegeben werden, so dass sie ihre existenziellen Zwecke im Sinne ihrer Lebenspläne verwirklichen können.[24] Die gesellschaftlich zu garantierende Gesundheitsversorgung muss so umfassend sein, dass das Individuum seine existenziellen Zwecke realisieren kann. Dies bedeutet jedoch nicht, dass auf der Basis des Solidaritätsprinzips alle Gesundheitsbedürfnisse gesellschaftlich abgesichert werden müssen.

Eine vergleichbare Begründungsfigur entwickelt Daniels, allerdings auf der Basis eines kontraktualistischen Argumentationsmodells im Rückbezug auf die Gerechtigkeitstheorie von Rawls. Er geht davon aus, dass hinter dem (dünnen) Schleier des Nichtwissens die Individuen sich für eine egalitaristische Verteilung von Gesundheitsleistungen bzw. ihrer Absicherung im Sinne der „fair equality of opportunity" entscheiden würden. „People have a fundamental interest in proctecting their share of the normal range of opportunities."[25] Abgeleitet vom erstes Gerechtigkeitsprinzip der Theorie von Rawls gehört die „fair equality of opportunity" zu den primary social goods[26], die durch die Gesellschaft abgesichert und gerecht verteilt werden müssen. Daniels setzt dabei voraus: „Health-care institutions have the limited function of maintaining normal species function: they eliminate individual differences due only to disease or disability."[27] Im Hinblick auf die fair equality of opportunity müssen solche Gesundheitsversorgungsleistungen für das Individuum durch die Gesellschaft garantiert werden, die sein spezientypisches normales Funktionieren erhalten, damit er seine zukünftigen Lebenspläne im Rahmen des normalen Möglichkeitsspektrums verwirklichen kann. Daniels betont dabei die Bedeutung des Fairneßprinzipes: „it protected individual shares of the normal opportunity range. [...] On this view, shares of the normal range will be fair when positive steps have been taken to make sure that individuals maintain normal functioning, where possible"[28]. Daniels zieht aus seiner gerechtigkeitstheoretischen Argumentation die praktische Konsequenz einer gesellschaftlich zu garantierenden gesundheitlichen Basisversorgung. Seine Position soll an späterer Stelle weiter diskutiert werden.

---

[24] Vgl. *ebd.*

[25] *Daniels* (1985), S. 36.

[26] „Each person is to have an equal right to the most extensive total system of equal basic liberties compatible with a similar system of liberty of all." *Rawls* (1999), S. 266.

[27] *Daniels* (1985), S. 53.

[28] *Ebd.*, S. 57.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Das Solidaritätsprinzip weist neben der sozialethischen Ausrichtung auch ein individualethisches Moment auf: die Solidaritätsgesinnung des Individuums, „einerseits Solidarität als konkrete Rechtspflicht und als freiwillig-karitative Liebespflicht zu üben und andererseits sich für die solidaritätsbestimmende Gestaltung des institutionellen Bereichs einzusetzen."[29] Bezogen auf das Gut Gesundheit kann dies unter anderem bedeuten, einen „Solidarbeitrag" zur Krankenversorgung aller zu leisten, sich im Rahmen karitativer Verbände zu engagieren und sich als Bürger in demokratischen Prozessen für Gerechtigkeit in der Verteilung von Gesundheitsleistungen einzusetzen. Solidarisches Handeln des einzelnen im Gesundheitswesen erfordert auch die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer. Im Hinblick auf die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen ergibt sich auf der Ebene des Individuums ebenso die Pflicht, nur so viel Leistungen in Anspruch zu nehmen, wie nötig ist. An dieser Stelle ergibt sich die Problematik der Bedarfsbemessung, die seit langem die gerechtigkeitstheoretische Debatte bestimmt. Es kann hier nur darauf hingewiesen werden, dass die Bedarfsbemessung sicherlich nach verallgemeinerbaren Kriterien verlangt, die die subjektive Einschätzung des Individuums übersteigen.

Das Solidaritätskriterium bietet ein formelles Raster, das zwar als ein Grundprinzip der Gesundheitsversorgung gelten kann, aber kein ausreichendes Kriterium der gerechten Verteilung bildet.

IV. Das Subsidiaritätsprinzip

Das Subsidiaritätsprinzip lässt sich auf folgende Formel bringen: „Soviel Kompetenz für die je kleinere Sozialeinheit wie möglich – soviel Kompetenz für die größere wie notwendig."[30] Wichtiger Aspekt des Subsidiaritätsprinzipes ist zudem sein Charakter eines Gerechtigkeitsprinzips (siehe Kompetenzanmaßungen einer höheren Sozialebene).[31] Im Hinblick auf das Gut Gesundheit würde sich eine solche ungerechtfertigte Kompetenzanmaßung ereignen, wenn eine höhere Sozialebene dem Individuum die Wahlfreiheit über seinen gesundheitlichen Lebensstil nehmen würde. Als subsidiäre Größen in der Gesundheitsversorgung können u. a. gelten: Individuum, Arzt-Patient-Verhältnis, Krankenhaus, Versichertengemeinschaft, Gesellschaft. Entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip müssen die oberen Ebenen also die Bedingungen schaffen, damit das Individuum ein menschenwürdiges Leben führen kann, im Falle der Gesundheitsversorgung, die vom Individuum nicht alleine garantiert werden

[29] *Anzenbacher* (1997), S. 198–199.
[30] *Ebd.*, S. 214.
[31] Vgl. *ebd.*, S. 212–214.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

kann, somit Institutionen der Gesundheitsversorgung sicherstellen. Es würde jedoch dem Subsidiaritätsprinzip widersprechen, wenn die Gesellschaft dem Individuum jede Verantwortung für die Absicherung seiner Gesundheit abnehmen würde. Der Einzelne muss frei entscheiden können, wie viel und worin er für spezielle Gesundheitsbedürfnisse investieren will.

Der Akzent des Subsidiaritätsprinzips ist es, der jeweils kleineren Sozialgröße größtmögliche Handlungs- und Gestaltungsautonomie zu geben. Im Hinblick auf Fragen der Verteilungsgerechtigkeit ist daraus abzuleiten, dass die Verteilungsentscheidungen, die von einer einzelnen Sozialgröße getroffen werden können, dieser zu überlassen sind. Im Weiteren wird zu diskutieren sein, welche normativen und strukturellen Folgen sich daraus für die Ebenen der Verteilung und ihre Akteure im Gesundheitswesen ergeben.

C. Verschiedene Optionen der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen

Voraussetzung der Diskussion über Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen ist die Knappheit, die grundsätzlich gegeben ist, durch verschiedene Faktoren verschärft ist und wohl weiter zunehmend wird. Es stellt sich damit die Frage, wie die vorhandenen knappen Ressourcen (nicht nur finanzielle Ressourcen, Humanressourcen etc.) gerecht verteilt werden können. Auf der Makroebene steht das Gut Gesundheit in Konkurrenz zu anderen sozialen Gütern (z. B. Bildung). Entsprechend ist hier abzuwägen, welcher Anteil der Gesamtressourcen für das einzelne Gut nach Gerechtigkeitsmaßstäben eingesetzt werden sollte.

Ohne genauer auf diese Diskussion eingehen zu wollen, ergibt sich aus dem Personalitätskriterium das Grundpostulat, dass der Anteil der Ressourcen, der für das Gut Gesundheit einzusetzen ist, so groß zu sein hat, dass der einzelnen Person in dem Maße der Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährleistet wird, dass sie ihre existenziellen Zwecke verwirklichen kann bzw. ihren menschenrechtlichen Status leben kann (egalitaristische Grundverteilung/Grundsicherung). Dieses erste Gerechtigkeitskriterium stellt zunächst nur eine formales Gerechtigkeitskriterium dar, das weiterer Präzisierung bedarf. Denn diese egalitaristische Grundverteilungoption beschreibt noch nicht, welches Maß an Gesundheitsleistungen jede Person beanspruchen kann bzw. welche konkrete Verteilung gerecht ist.

Die Debatte über Verteilungsgerechtigkeit wird von vier Verteilungsmodellen bestimmt: dem liberalistischen, dem kontraktualistischen, dem utilitaristischen und dem egalitaristischen Konzept. Die vier Hauptkonzepte sollen aus der Perspektive der sozialethischen Kriterien überprüft werden, und schlussfol-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

gernd soll eine Option für ein Verteilungsmodell begründet werden. Die einzelnen Modelle werden dabei nur skizzenhaft dargestellt.

I. Das liberalistische Modell

Das liberalistische Verteilungskonzept kann in zwei Positionen aufgeteilt werden: eine extrem liberalistische Position und eine schwächere liberalistische Position. Die extrem liberalistische Position wird unter anderem von Nozick vertreten. Nozick sieht keine Notwendigkeit, eine explizite Theorie für die gerechte Verteilung der Ressourcen, einschließlich der Gesundheitsressourcen, zu entwickeln, da eine gerechte Ressourcenverteilung durch die Selbstregulation des Marktes erfolge. Buchanan erläutert diesen Ansatz: „Resources will be allocated by market processes: insofar as people exchange or give what they have rightfully acquired, whatever allocation of resources that results is just."[32]

Durch die reine Marktallokation ist gewährleistet, dass die Ressourcen dort eingesetzt werden, wo sie die größte Effizienz aufweisen. Bedingt durch die daraus erwachsende Wohlfahrtssteigerung wird ein so genannter Trickle-Down-Effekt entstehen, der auch denjenigen Personen, die keine für sie selbst ausreichende Ausgangsausstattung an Gesundheitsgütern besitzen, langfristig ausreichende Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung garantiert. Dieses Modell überlässt es jedem Bürger, wie viel er oder sie für ihre Gesundheitsversorgung investieren will. Grundoption ist, dass die Bürger in ihrem eigenen Interesse in einem ausreichendem Ausmaß für den Krankheitsfall vorsorgen werden.

Hingegen postulieren Vertreter einer weniger extremen (schwächeren) liberalistischen Theorie, dass der Staat für die Bürger eine Ausfallbürgschaft übernimmt, die sich keine Gesundheitsversorgung leisten können. Häufig wird diese Ausfallbürgschaft als Sicherung einer Basisversorgung definiert.

Grundlage beider Positionen ist die Definition der Gesundheit als Ware.[33] Diese Definition ist angesichts der anthropologischen und existenziellen Bedeutung der Gesundheit für die menschliche Person nicht zu halten. Sie widerspricht dem Personalitätskriterium. Des Weiteren ist das Gesundheitssystem auf Grund der Spezifität des Gutes Gesundheit nicht mit anderen Märkten gleichzusetzen. Das Gesundheitssystem ist durch ein Marktversagen charakterisiert[34]. Dieses Marktversagen kann am vom liberalistischen Konzept geprägten Gesundheitssystem der USA in seinen Konsequenzen (hoher Prozentsatz von

[32] *Buchanan* (1997), S. 342.

[33] Vgl. *Pellegrino/Thomasma* (1981), S. 218.

[34] Vgl. *Kersting* (1999), S. 151.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Nicht- und Unterversicherten mit entsprechenden kurz- und langfristigen negativen Folgen) eindrücklich beobachtet werden.[35]

Ebenfalls kann daran gezweifelt werden, dass ein Mensch seine individuellen Freiheitsrechte wahrnehmen kann, wenn er auf Grund seiner gesundheitlichen Situation nicht an gesellschaftlichen Prozessen bzw. an Marktprozessen partizipieren kann. Hier besteht ein deutlicher Widerspruch zur Beteiligungsgerechtigkeit.

Demgemäß kann auch aus liberalistischer Sicht für eine Garantie der Gesundheitsversorgung argumentiert werden. Der Vorteil der liberalistischen Position ist die Betonung der individuellen Verantwortung und Wahlfreiheit. Beide Aspekte sind hinsichtlich der Gesundheit und ihrer Absicherung ebenfalls relevant und aus Sicht des Subsidiaritätsprinzips zu befürworten.

Die Ausfallbürgschaft, die die schwächere Position vorsieht, würde den Schutz des Gutes vergrößern, dem Personalitätskriterium mehr gerecht werden. Diese Position weist eine begrenzte Nähe zum Solidaritätsprinzip auf. Die Problematik liegt in dem Umfang des zu sicherenden Maßes der gesundheitlichen Versorgung. Entspricht dieses einer Minimalversorgung und bleibt der weitere Bedarf dem Spiel der freien Marktkräfte überlassen, würde dies unter Umständen zu distributiven Ungerechtigkeiten für die finanziell Minderbemittelten oder die bereits durch ihren eingeschränkten Gesundheitsstatus sozial Benachteiligten führen, indem den finanziell Schwächeren nur ein deutlich beschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährt würde und sie damit weniger Chancen zur Selbstverwirklichung ihrer Person bzw. zur Partizipation an gesellschaftlichen Prozessen haben würden. Die Ungerechtigkeit würde zudem gesteigert, da soziale Armut Krankheitsrisiken verstärken kann. Damit würde eine Minimalversorgung der Option für die Armen widersprechen.

II. Das kontraktualistische Konzept

Das kontraktualistische Konzept bildet eine wichtige Position innerhalb der Verteilungstheorien für das Gesundheitswesen. Autoren wie Daniels und Kersting beziehen sich dabei auf die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls.[36]

Der bereits dargestellte Entwurf von Daniels ist aus der Sicht der sozialethischen Prinzipien ambivalent, da er auf der einen Seite den Zugang der Person zu Gesundheitsleistungen, die eine Voraussetzung für die Möglichkeit der Selbstverwirklichung von Lebensplänen sind, gewährleistet, auf der anderen Seite diese jedoch auf eine Basisversorgung beschränkt, die unter Umständen

[35] Vgl. *Kuttner* (1999).
[36] Vgl. *Rawls* (1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

finanziell Minderbemittelte benachteiligt, weil ihnen der Zukauf von weiteren für sie notwendigen Gesundheitsleistungen nicht möglich ist.

Insgesamt weist das kontraktualistische Konzept in einigen Bereichen eine relativ große Deckungsgleichheit mit sozialethischen Kriterien auf.

Kersting erläutert das kontraktualistische Konzept der Verteilungsgerechtigkeit: „Eine Verteilung ist dann gerecht, wenn sie nach Standards erfolgt, die für alle Beteiligten von einem unparteiischen Standpunkt aus annehmbar ist. Nur aus einer unparteilichen Perspektive können Regeln ermittelt werden, die gleichermaßen benachteiligungs- und bevorzugungsunempfindlich sind und einem jeden eine fairen Anteil an dem zu verteilenden knappen Gut garantieren."[37] Um den Stand der Unparteilichkeit zu gewährleisten, wird davon ausgegangen, dass sich die Betroffen hinter einem Schleier der Ungewissheit befinden und unter anderem kein Wissen über ihren zukünftigen Gesundheitszustand haben. Hingegen wissen sie „Allgemeines: Daß Menschen mit Krankheit und Unfall zu rechnen haben, daß Krankheit und Unfall beträchtlich unerwünscht sind [...]. Weiterhin kennen sie den transzendental-konditionalen Charakter des Gutes der Gesundheit und seinen objektiven Ort in der menschlichen Präferenzordnung"[38]. Kersting kommt zu dem Schluss, dass alle Beteiligten auf Grund ihrer Unkenntnis über ihre zukünftige finanzielle Position und ihren Gesundheitszustand sicherstellen wollen würden, dass die Befriedigung ihres „fundamentalen Gesundheitsbedürfnisses" nicht von der Höhe ihrer finanziellen Mittel abhängt[39]. Deshalb sei eine minimalistisch angelegte solidarisch finanzierte Grundversorgung egalitaristischer Natur im Interesse aller Beteiligten.[40] Grundzug dieses Modells ist ein zweiter Gesundheitsbereich, der durch das individuelle Versorgungsmodell (privater Krankenversicherungsmarkt) gekennzeichnet wäre.[41] Durch Selbstbeteiligung und individuelle Absicherung könnte die individuelle Verantwortung und Selbstbestimmung zum Ausdruck gebracht werden.

Die Problematik des Ansatzes von Kersting liegt in der Definition der mininalistischen Grundversorgung und in der Frage, ob durch eine minimalistisch verfasste Grundversorgung wirklich Chancengleichheit und Beteilungsgerechtigkeit für den durch seinen Gesundheitsstatus Benachteiligten im Sinne der Option für die Armen gewährleistet wird.[42]

---

[37] *Kersting* (1999), S. 156–157.
[38] *Kersting* (1999), S. 158.
[39] *Kersting* (1999), S. 158.
[40] Vgl. *Kersting* (1999).
[41] Vgl. *ebd.*
[42] Vgl. *Fleischhauer* (1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Der Gewinn dieses Ansatzes liegt in der Betonung der Solidargemeinschaft und der Anerkennung des individuellen Anspruches auf gesellschaftliche Absicherung des Gutes Gesundheit. Außerdem akzentuiert das kontraktualistische Modell prozedurale Gerechtigkeitskriterien wie Transparenz, Beteiligung aller Betroffenen und konsensuale Entscheidungsfindung für die Schaffung von Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. Diese Kriterien bilden nicht nur zentrale Elemente der sozialethischen Kriteriologie, sondern setzen auch Maßstäbe, an denen sich andere gerechtigkeitstheoretische Entwürfe für das Gesundheitswesen messen müssen.

III. Das utilitaristische Konzept

Das utilitaristische Konzept wird durch das Ziel der Nutzenmaximierung geprägt. Ziel ist das „größtmögliche Wohlergehen für die größtmögliche Zahl einer Bevölkerung",[43] das größtmögliche Gesamtwohl. Nach dem utilitaristischen Konzept entsteht durch eine Verteilung nach Effizienzkriterien eine gerechte Verteilung der Ressourcen.

Das Ziel der Nutzenmaximierung bestimmt viele neuere gesundheitssystemischen Strategien. Als Instrumente dienen dazu z. B. Kosten-Nutzen-Analysen und Lebensqualitätsbemessungen.

Aus sozialethischer Sicht ist das Nutzenprinzip in keinem Fall als zentrales Prinzip der Verteilung im Gesundheitswesen zu legitimieren. Trotzdem stellt es ein wichtiges Hilfskriterium im Verteilungsprozess dar. Denn die Anwendung des Nutzenprinzips ermöglicht die Effizienzüberprüfung der eingesetzten Ressourcen und eine effizienten Ressourceneinsatz. Es dient also dem rationalen Ressourceneinsatz, der aus sozialethischer Sicht auch zu fordern ist (z. B. im Sinne der Rationalisierung im Gesundheitswesen). Gleichzeitig besteht bei einer alleinigen Anwendung des Nutzenprinzips die Gefahr der Benachteiligung von Minderheiten und individueller Rechte und Präferenzen.

Das utilitaristische Konzept, insbesondere der Regelutilitarismus, schließt eine besondere Gewichtung des Gutes Gesundheit gegenüber anderen Gütern und eine Absicherung einer Basisversorgung nicht grundsätzlich aus: „A utilitarian system of (derivative) rights will pick out certain goods as those which make an especially large contribution to the maximization of utility. It is reasonable to assume, on the basis of empirical data, that health care, or at least certain forms of health care, is among them. Consider, for example, perinatal care, [...], prenatal nutrition care and medical examinations for expectant moth-

[43] *Furger* (1991), S. 68.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

ers, medical care during delivery, and basic pediatric services in the crucial months after birth."[44]

Aus der Sicht des Person-, Gerechtigkeits- und Solidaritätsprinzips ist allerdings höchst problematisch, dass dieses Verteilungskonzept das Gleichheitsprinzip nicht notwendigerweise beachtet. „No commitment to equality of rights is included in the utilitarian principle itself, nor is there any commitment of equal distribution of any kind. Utilitarianism is egalitarian only in the sense that in calculating what will maximize utility each person's welfare is to be included."[45] Durch die Nichtbeachtung des Gleichheitsprinzipes im utilitaristischen Konzept kann es zu deutlichen Verletzungen des Personenprinzips kommen und die Option für die Armen nicht beachtet werden.

Eine besondere Problematik liegt in der Anwendung des Nutzenprinzips als dominierendes Rationierungsprinzip. Hierbei können wesentliche Ungerechtigkeiten eintreten, zu nennen wäre etwa die Ablehnung des Ressourceneinsatzes für die Erforschung und Behandlung seltener Erkrankungen.

Zugleich entstehen auf der Mikroebene der Verteilung bei der Anwendung des utilitaristischen Nutzenprinzips unter Umständen Konflikte mit dem individuellen Patientenwohl und der Fürsorgepflicht der professionellen Helfer.

In der Anwendung des utilitaristischen Konzepts als Verteilungsprinzip im Gesundheit liegt der größte Konflikt in der Festlegung der Nutzenkriterien. Im Blick auf prozedurale Gerechtigkeitskriterien ist zunächst die Frage zu stellen, wer an der Definition der Kriterien für den Nutzen beteiligt ist (Gesundheitsökonomen, Mediziner, Bürger, Patienten).

Die Definition der Nutzenkriterien stellt wohl die größte Schwierigkeit dar. Ein Beispiel dafür stellt der erste Entwurf des Oregon-Planes dar, in dem Behandlungsprioritäten nach bestimmten Kosten-Nutzen-Faktoren erstellt wurden und eine Zahnbehandlung beispielsweise einen höheren Kosten-Nutzen-Faktor aufwies als die Behandlung einer akut lebensbedrohlichen Appendizitis.[46] In utilitaristischen Kalkülen ist eine große Bandbreite von Nutzenkriterien festzustellen (z. B. gesellschaftliche, gesundheitsökonomische, medizinische Kriterien). Bereits die Festlegung medizinischer Kriterien weist, wie Kilner aufzeigt, diverse ethische Probleme auf.[47]

Als Fazit gilt, dass das utilitaristische Konzept als Grundprinzip der gerechten Verteilung im Gesundheitswesen nicht geeignet ist, jedoch für die Festle-

---

[44] *Buchanan* (1981), S. 14–15.
[45] *Buchanan* (1981), S. 15.
[46] Vgl. *Güntert* (1998), S. 180.
[47] Vgl. *Kilner* (1990).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

gung eines rationalen Ressourceneinsatzes durchaus wichtige Dienste mit Hilfe bestimmter Instrumente wie Effektivitätsanalysen leisten kann.

IV. Das egalitaristische Konzept

Vertreter einer egalitaristischen Verteilungstheorie im Gesundheitswesen grenzen sich deutlich gegen das utilitaristische Nutzenmaximierungsprinzip ab. „An egalitarian theory of justice is fundamentally opposed to calculating goods – health or otherwise – in the aggregate. It is based on the premise that, at least insofar as health goes, every human being has an equal claim."[48]

Daraus könnte aus egalitaristischer Sicht abgeleitet werden, dass jeder einen Anspruch auf so viel Gesundheitsleistungen habe, dass seine Gesundheit der anderer Personen entspricht: „Everyone has a claim to the amount of health care needed to provide a level of health care equal to other person's health."[49] Voraussetzung wäre hier also die Definition eines „gleichen Gesundheitszustandes".

Dieses Konzept ist aus anthropologischer Sicht nicht zu halten und widerspricht dem Charakteristikum des Gutes Gesundheit, das durch die Individualität des Gesundheit einzelner Personen gekennzeichnet ist. Personen mit unheilbaren Krankheiten oder Behinderungen wäre es unmöglich – auch beim Einsatz aller medizinischen Ressourcen – den Zustand von völlig gesunden Menschen zu erreichen. Deshalb schwächt Veatch dieses egalitaristische Prinzip zu Recht mit der Formel „as far as possible" [50] ab.

Ein extremes Modell des Egalitarismus sieht die Gleichverteilung aller materiellen Grundgüter für die Gesundheitsversorgung vor. Als Kompromiss dieser beiden Interpretationsmöglichkeiten des Ansatzes zeigt Buchanan die gleiche Gesundheitsversorgung für alle mit gleichem Bedarf auf, wobei sich hieraus allerdings die Problematik der Bedarfsbestimmung ergibt.[51]

Das egalitaristische Konzept ist aus sozialethischer Sicht insofern positiv zu bewerten, als dass es die solidarische und soziale Struktur des Gutes Gesundheit und den Anspruch der menschlichen Person auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen betont. Aus der Sicht des Egalitarismus wird Gleichheit zwischen Personen unterschiedlicher sozialer Schichten und unterschiedlicher Gesundheitszustände geschaffen, indem allen Mitgliedern Gesundheitsleistungen gewährt werden. Die Herausforderung des Konzeptes besteht darin, die

---

[48] *Veatch* (1982), S. 411.

[49] *Ebd.*

[50] Vgl. *Veatch* (1982), S. 412.

[51] Vgl. *Buchanan* (1988), S. 191–193.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Kriterien der Gleichheit festzulegen (Gleichheit nach Bedürfnis etc.).Durch die Individualität der Gesundheit besteht ein unterschiedlicher Bedarf an Gesundheitsleistungen. An dieser Stelle ist das formale Prinzip der Gerechtigkeit anzuwenden, „gleiche Fälle sind gleich zu behandeln, ungleiche ungleich"[52]. Demnach darf in einem egalitaristischen Modell derjenige nicht mehr verlangen, als der Andere mit dem gleichen Bedarf erhält. Dabei besteht jedoch die Problematik der subjektiven Einschätzung der Gesundheitsbedürfnisse. Im Rahmen limitierter Ressourcen ist es demnach unabdingbar, Kriterien festzulegen, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen regeln und Gleichheit zwischen Patienten mit gleichem Bedarf in der Solidargemeinschaft herstellen.

D. Option für ein mehrdimensionales Verteilungsmodell

Die sozialethische Analyse der vier dominierenden Verteilungsmodelle für das Gesundheitswesen zeigt auf, dass kein Modell in Reinform Gerechtigkeit in der Ressourcenverteilung im ausreichenden Maße herstellt. Daraus folgt, dass das normative Ziel der Verteilungsgerechtigkeit und der sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitssystem (als umfassendes Ziel) ein gerechtigkeitstheoretisches Mischmodell verlangt, das Aspekte aus den verschiedenen Theorien aufnimmt und trotzdem in sich konsistent ist. Ein mögliches Verteilungsmodell soll im Folgenden erläutert werden. Dabei sollen auch die verschiedenen Ebenen und Akteure der Verteilung berücksichtigt werden.

Aus der Bedeutung des Gutes Gesundheit als konditionales Gut im Blick auf die menschliche Person ergibt sich, dass allen menschlichen Personen der Zugang zu Gesundheitsleistungen von der Gesellschaft eröffnet werden muss. Demgemäß entsteht die normative Bedingung einer egalitaristischen Grundverteilung, die allen Personen in gleicher Weise diesen Zugang sichert. Außerdem erwächst aus der existenziellen Funktion der Gesundheit die Notwendigkeit, Gesundheitsversorgung als fundamentalen Anspruch der Person festzuschreiben und in positives Recht umzusetzen. Möglich wäre dies in Form einer Erweiterung des Menschenrechtskataloges und der Verfassungen der einzelnen Staaten. Die gesellschaftliche Sicherstellung betrifft jedoch nur eine Grundsicherung, die nicht alle Gesundheitsbedürfnisse abzusichern hat. Im Rahmen einer umfangreichen gesellschaftlichen Diskussion müsste geklärt werden, was zu dieser Grundsicherung gehört und was auszuschließen ist. Diese Entscheidungen sind auf der Makroallokationsebene im Engelhardtschen Modell anzuordnen. Aus sozialethischer Sicht müssten diese Gesundheitsversorgung durch eine Versicherung, an der sich alle zu beteiligen haben (Pflichtversicherung), so umfangreich und qualitativ hochwertig sein, dass sie dem In-

[52] Vgl. *Aristoteles* (ca. 335–323 v. Chr.), 1131a 20 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

dividuum die Verwirklichung seiner existenziellen Zwecke ermöglicht und Bürger, die auf Grund beschränkter Eigenmittel sich keine privaten Zusatzversicherung hinzu kaufen können, deshalb nicht schwerwiegend benachteiligt. Eine Basisversorgung im Sinne Daniels oder eine minimalistische Grundversorgung im Sinne Kersting wäre demnach nicht ausreichend.

Das Versagen des liberalistischen und utilitaristischen Konzeptes zur Sicherung dieses gesellschaftlichen Schutzes des Krankheitsrisikos bedingt eine Absicherung nach dem Konzept der Solidargemeinschaft. Für das Konzept der Solidargemeinschaft erscheinen verschiedenen praktische Modelle möglich, z. B. in Form eines steuerfinanzierten Gesundheitssystems oder eines beitragsfinanzierten Gesundheitsystems. Entscheidende Voraussetzung der Solidargemeinschaft ist, dass alle Mitglieder der Rechtsgemeinschaft ihren Beitrag für die Solidargemeinschaft leisten. Diesem widerspricht das aktuelle Konzept der Jahresarbeitsverdienstgrenze in Deutschland im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Für diejenigen, die keinen Beitrag leisten können, hat der Staat eine Ausfallbürgschaft zu leisten.

Die Mitglieder der Solidargemeinschaft, die eine Pflichtversicherung ist, würden die Kriterien der Verteilung und der Rationierung im Rahmen eines Konsensprozesses festlegen. Dadurch wird prozedurale Gerechtigkeit umgesetzt. Dies entspräche der Festlegung von Verteilungskriterien auf der unteren Ebene der Makroallokation im Engelhardtschen Modell. Ein Modell der Konkretisierung bieten die Prioritätensetzungsprozesse in verschiedenen europäischen Ländern.[53] Naturgemäß können auf dieser Ebene nur sehr allgemeine Kriterien festgelegt werden. Deshalb verlangt der konkrete Verteilungsprozess nach einem subsidiären Entscheidungsmodell.

Angesichts der Individualität von Gesundheit und der subjektiven Einschätzung von Gesundheitsbedürfnissen etc. ist es sinnvoll, innerhalb der Solidargemeinschaft verschiedene konkrete Versicherungsmodelle vorzusehen bzw. überschaubarere Untergruppen von Versichertengemeinschaften zu bilden.[54] Diese könnte z. B. in Form regionalisierter Versichertengemeinschaften realisiert werden.

Jedes Mitglied der Solidargemeinschaft wird somit Versicherter eines Subgemeinschaft. Auf der Ebene der Versichertengemeinschaft könnten dann in einem konsensualen Verfahren konkrete Verteilungskriterien und Kriterien der Rationierung entwickelt werden. Dies entspräche einer Festlegung von Kriterien auf der oberen Ebene der Mikroallokation. Im Rahmen dieses Modells

---

[53] Vgl. *Fleischhauer* (1997).

[54] Vgl. *Veatch* (1997). Diese Versicherungsmodelle könnten verschiedene Akzente setzen (z. B. Präventivmedizin, alternative Heilverfahren) oder auch andere Basisnormen vertreten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

könnte insbesondere auch Beteiligungsgerechtigkeit im Sinne der Option für die Armen verwirklicht werden.

Ein Konzept für ein solches mehrdimensionales Verteilungsmodell, das die Beteiligung der Bürger an der Festlegung von Verteilungs- und Rationierungskriterien gewährleistet und einen subsidiären Entscheidungsverlauf vorsieht, entwickelt Veatch:

> „At the national level we should begin viewing health resource allocation as a problem of an ethical and rational planning of insurance. [...] Subscribers to insurance plans should ask what is a fair limit that they would choose on their own health care coverage – making the choice at a time when they did not yet know precisely the nature of their own specific health care needs. [...] At least lay people – the subscribers to private health insurance plans or the citizenry as a whole in the case of public insurance such as Medicare and Medicaid – could articulate the prinicples on which the allocation at the clinical level should be made."[55]

Die Versichertengemeinschaft würde nach Veatch in einem Konsensprozess Kriterien der Verteilung und Rationierung festlegen, und diese würden durch einen Verteilungsbeauftragten umgesetzt werden, der in keinem Verhältnis zu den Patienten stehen würde.[56] Der Verteilungsbeauftragte würde im Auftrag der Versichertengemeinschaft arbeiten und müsste seine Entscheidungen vor dieser Gemeinschaft rechtfertigen. Der Arzt wäre damit von der direkten Verteilungsentscheidung befreit. Die von der konsensual von der Versichertengemeinschaft entwickelten Maßstäbe der Verteilung und Rationierung wären seine Entscheidungsgrundlage, die für ihn und den Patienten transparent sind.[57] Damit wäre er der Rolle des Rationierers enthoben und könnte in ungeteilter Loyalität dem Patienten gegenüber im Arzt-Patient-Verhältnis handeln. Diese Struktur würde die ethischen Konflikte, die durch das sogenannte „Bedside Rationing" des Arztes auf der unteren Ebene der Mikroallokation entstehen, abschwächen helfen.[58]

Als Referenzkriterien für die in der Versichertengemeinschaften festgelegten Kriterien gelten die sozialethischen Grundprinzipien. Demgemäß müssten die entwickelten Verteilungs- und Rationierungskriterien und -formen in allen Subsystemen (Versichertengemeinschaften) daraufhin überprüft werden, ob z. B.

---

[55] *Veatch* (1991), S. 21–22.

[56] Vgl. *ebd.* Für dieses Versichertengemeinschaftsmodell wäre auch eine kommunitaristische Begründung möglich, wenn die Versichertengemeinschaft als subsidiäre Normengemeinschaft gelten würde, die entsprechend ihrer geteilten Theorie des guten Lebens Verteilungskriterien festlegt. Eine Variante dieses kommunitaristischen Modells zeigt Emanuel in seinem Entwurf der Community Health Plans (CHP) auf.[56] Vgl. *Emanuel* (1991), S. 178–244. Zur Kritik dieses Konzeptes siehe *Kuczewski* (1997). Ein gemeinsames Problem der Modelle von Veatch und Emanuel ist die Operationalisierung ihrer idealistischen Entwürfe.

[57] Vgl. *ebd.*

[58] Zur Diskussion über Bedside Rationing siehe z. B. *Ubel* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

das Personalitätskriterium für alle Betroffenen gewahrt ist. Denkbar wäre eine gelingende Operationalisierung dieser regionalisierten Versichertengemeinschaften in Form von Modellversuchen unter wissenschaftlicher Begleitung.

Der Solidar- und Versichertengemeinschaft muss für ihre Entscheidungsfindung Informationen über den Nutzen und die Effizienz von Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen. Für Verteilungsentscheidungen bilden also Instrumente nach utilitaristischem Kalkül eine wichtige Hilfestellung. Durch die Beteiligung der Versicherten bzw. Bürger an den Verteilungsentscheidung (Festlegung von Kriterien) wird auch indirekt Tauschgerechtigkeit gewährleistet, indem alle „Solidarvertragspartner" an den Entscheidungsfindungen beteiligt sind. Ähnliches gilt auch für das Arzt-Patient-Verhältnis, wo die Austauschbedingungen durch das partizipative Modell transparenter sind. In diesem mehrstufigen Modell sollten Arzt und Patient zugleich Entscheidungsfreiräume haben, um den individuellen Präferenzen und -bedürfnissen gerecht zu werden.

Innerhalb der Versichertengemeinschaft sollen Institutionen geschaffen werden, wo Patienten ihre spezifischen individuellen Bedürfnisse artikulieren können oder Ärzte für ihre Patienten eintreten und einen aus ihrer Sicht notwendigen Ressourceneinsatz einfordern können. Dies würde zur Verfahrensgerechtigkeit und zur Umsetzung der Option für die Armen beitragen.

Das solidarische Modell sieht also keinen Versorgungsmaximalismus vor. Im Rahmen konsensualer Prozesse innerhalb der Solidargemeinschaft ist festzulegen, welche Leistungen von der Solidargemeinschaft zu tragen sind. An dieser Stelle ergibt sich eine besondere Verantwortung der Sozialpolitik, zu überprüfen, welche Faktoren die Gesundheit beeinflussen und wie ihnen mit nichtmedizinischen Strategien zu begegnen ist (Armut, Arbeitslosigkeit, Umwelt, Isolation, Lebensstil). Durch diese Strategie der Demedikalisierung sozialer Problemlagen wäre unter Umständen ein sinnvollerer Ressourceneinsatz möglich.

Die Bedürfnisse und Maßnahmen, die nicht von der Solidargemeinschaft zu tragen sind, sollten einem privaten Gesundheitsmarkt überlassen werden, in dem jedes Individuum seine über die allgemeine Gesundheitsversorgung hinausgehende Gesundheitsbedürfnisse befriedigen kann.

Aufgabe des Staates wäre es, die Rahmenordnung für den Markt zu gestalten und etwa Institutionen der Verbraucherberatung zu fördern.

Im Blick auf das Individuum besteht die normative Bedingung, dass alle Mitglieder akzeptieren, dass das Gesundheitswesen unter der Knappheitsbedingung steht und nicht jedem alles von der Gemeinschaft zur Verfügung zu stellen ist, was er für seine Gesundheit beanspruchen will. Entsprechend sollte eine Bewusstseinsbildung für einen sparsamen und sinnvollen Ressourceneinsatz in der Solidargemeinschaft gefördert werden. Das Individuum steht in der Pflicht,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

die Anonymität der Versichertengemeinschaft nicht zu missbrauchen (Moral hazard-Verhalten) und Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen. Allerdings kann ein solches Handeln nicht nur durch Bewusstseinsappelle an die Individuen erreicht werden. In Anlehnung an Homanns ordnungsethische Schlussfolgerungen aus dem Gefangenendilemma kann ein moralisches Handeln (im Interesse des Gemeinwohls) nicht allein auf der Ebene des moralischen Bewusstseins und der Motive der einzelnen Akteure erreicht werden, sondern erfordert die Schaffung von Regeln auf der Ebene der Rahmenordnung.[59] Entsprechend müssen solche „Spielregeln" für die Versichertengemeinschaft geschaffen werden.

E. Ausblick

Die sozialethische Analyse der verschiedenen Verteilungsmodelle und ihrer theoretischen Begründungen illustriert die normative Komplexität des Zieles der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. Verteilungsgerechtigkeit erfordert wesentlich mehr, als die Anwendung verteilungstheoretischer Optionen auf der Makroebene. Als theoretisches Problem setzt Verteilungsgerechtigkeit die Berücksichtigung sowohl individualethischer, institutions- und organisationssethischer als auch medizin-, wirtschafts- und sozialethischer Aspekte voraus. Eine normative Lösung dieses Problemfeldes ist somit weder anhand der reinen Applikation gerechtigkeitstheoretischer Konzepte noch medizinethischer Prinzipien möglich. Die vorausgegangene Diskussion zeigt, dass nur integrale ethische Konzepte, die die verschiedenen Ebenen berücksichtigen, der Fragestellung gerecht werden. In diesem Sinn erfordert die immer drängendere Knappheitsproblematik im Gesundheitssystem neue ethische Theorien. Die Begründung solcher integralen Theorien stellt eine neue Herausforderung an die Bioethik und an die gesamte philosophische und theologische Ethik dar. Die christliche Sozialethik bietet dafür in ihrer mehrdimensionalen Konzeption eine wichtige Reflexionsinstanz.

Auch in praktischer Hinsicht verlangt das Ziel der Verteilungsgerechtigkeit nach einer Erweiterung der bisherigen Handlungsstrategien. Im deutschen Gesundheitswesen werden die Gesundheitsreformen und ihre Diskussion durch Experten dominiert. Eine Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten der Bürger ist unerlässlich. Gleiches gilt für die Transparenz der Verteilungs- und Rationierungsdiskussion. Eine Abschiebung der Verteilungs- und Rationierungsentscheidungen auf den einzelnen Arzt ist aus ethischer Sicht nicht zu legitimieren.

---

[59] Vgl. *Homann/Blome-Drees* (1992), S. 20–47.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Ebenfalls kann die Diskussion der Ressourcenverteilung nicht nur unter finanziellen und strukturellen Aspekten geführt werden. Von fundamentaler Bedeutung für eine der menschlichen Person gerecht werdende Reform des Gesundheitswesens und Bewältigung der Knappheitssituation ist eine Diskussion der Ziele der Medizin und des medizinischen Systems, ihres handlungsleitenden Menschenbildes und ihrer Krankheits- und Gesundheitsbegriffe. Am Beispiel der Medizin und Pflege am Lebensende kann zum Teil beobachtet werden, wie durch öffentliche Diskussion und private Initiativen eine Ziel- und Handlungsrevision der Medizin erreicht werden kann. In diesem Fall wurde die Revision durch die Palliativ- und Hospizbewegung angestoßen. Bezogen auf das gesamte System könnte ein Konsultationsprozess für das Gesundheitswesen in Anlehnung an den Konsultationsprozess der Kirchen über die wirtschaftliche und soziale Lage in Deutschland ein geeignetes Medium für eine solche Diskussion darstellen.[60]

Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen ist nicht zu trennen von anderen sozialpolitischen Fragen. Die Frage der Versorgung der älteren Bevölkerung, der Rentensicherung und anderer sozialer Institutionen ist unmittelbar verschränkt mit der Knappheitssituation im Gesundheitswesen und ihrer sozialpolitischen Lösung. Unabdingbar ist somit eine umfassende sozialpolitische Debatte unter der Beteiligung aller Betroffenen, um den aktuellen und den zukünftigen „Herausforderungen des Sozialstaates" gerecht zu werden[61].

Literatur

Anzenbacher, Arno (1998): Christliche Sozialethik. Einführung und Prinzipien, Paderborn, München u. a.

Aristoteles (ca. 335–323 v. Chr.): Nikomachische Ethik, in: Bien, Günter (Hrsg.): Aristoteles. Nikomachische Ethik, 4. Auflage, Hamburg.

Beauchamp, Tom L. / *Faden,* Ruth R. (1979): The Right to Health and the Right to Health Care, in: Journal of Medicine and Philosophy 4 (J Med Philos), S. 118–131.

Buchanan, Allen (1981): Justice: A Philosophical Review, in: Shelp, Earl. E. (Hrsg.): Justice and Health Care, Dordrecht, Boston, London, S. 3–21.

– (1984): The Right to a decent minimum of health care, in: Philosophy and Public Affairs 13, S. 55–78.

– (1988): Zur ethischen Bewertung des Gesundheitswesens in den USA, in: Saas, Hans-Martin (Hrsg.): Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische

[60] Vgl. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland; Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (1997).

[61] Vgl. *Kaufmann* (1997).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

und ordnungspolitische Einflußfaktoren im Gesundheitswesen, Berlin u. a., S. 191–206.

– (1997): Health Care Delivery and Resource Allocation, in: Veatch, Robert (Hrsg.): Medical Ethics, 2. Auflage, Boston, London, Singapore, S. 321–361.

Calabresi, Guido / *Bobbitt,* Philip (1978): Tragic Choices. The conflicts society confronts in the allocation of tragically scare resources, New York, London.

Dabrock, Peter (2000): Menschenbilder und Priorisierung, unveröffentl. Manuskript, Bochum 2000, erscheint demnächst in: Vögele, Wolfgang / Dörries, Andreas (Hrsg.): Menschenbilder in Theologie und Medizin, (Loccumer Protokolle), Rehburg-Loccum 2001.

Daniels, Norman (1985): Just Health Care, Cambridge.

– (1998): Is there a right to health care and, if so, what does it encompass?, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hrsg.): A Companion to Bioethics, Malden, S. 316–325.

Emanuel, Ezekiel J. (1991): The Ends of Human Life: Medical Ethics in a Liberal Polity, Cambridge, London.

Engelhardt, H. Tristam (1996): The Foundations of Bioethics, 2. Auflage, New York, Oxford.

Fleischhauer, Kurt (1999): Altersdiskriminierung bei der Allokation medizinischer Leistungen. Kritischer Bericht zu einer Diskussion, in: Honnefelder, Ludger / Streffer, Christian (Hrsg.): Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 4, Berlin, New York, S. 195–252.

– (1997): Probleme der Kostenbegrenzung durch Prioritätensetzung – ein Blick über die Grenzen, in: Honnefelder, Ludger / Streffer, Christian (Hrsg.): Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 2, Berlin, New York, S. 137–153.

Fried, Charles (1975): Rights and Health Care – Beyond Equity and Efficiency, in: New England Journal of Medicine 293 (N Engl J Med), S. 241–245.

Furger, Franz (1991): Christliche Sozialethik. Grundlagen und Zielsetzungen, Stuttgart, Berlin, Köln.

Gegen Unmenschlichkeit in der Wirtschaft (1987): Der Hirtenbrief der Katholischen Bischöfe der USA „Wirtschaftliche Gerechtigkeit für alle", Freiburg, Basel, Wien.

Güntert, Bernhard (1998): Zwischen Rationalisierung und Rationierung. Ökonomische oder polititische Strategien zur rationalen Allokation von Gesundheitsgütern, in: Feuerstein, Günter / Kuhlmann, Ellen (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden, S. 159–191.

Hagen, T. (1999): Krankheit – Weg in die Isolation oder Weg zur Identität. Theologisch-ethische Untersuchung über das Kranksein, Regensburg.

Höffe, O. (1996), Vernunft und Recht. Bausteine zu einem interkulturellen Rechtsdiskurs, Frankfurt a. M.

Homann, Karl / *Blome-Drees,* Franz (1992): Wirtschafts- und Unternehmensethik, Göttingen.

Kaufmann, Franz-Xaver (1997): Herausforderungen des Sozialstaates, Frankfurt a. M.

Kersting, Wolfgang (1999): Über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Honnefelder, Ludger / Streffer, Christian (Hrsg.): Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 4, Berlin, New York, S. 142–173.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Kilner, John F. (1990): Who lives? Who dies? Ethical Criteria in Patient Selection, New Haven London.

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland; Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.): Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit. Wort des Rates der Evangelischen Kirchen in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland, (Gemeinsame Texte 9), Hannover, Bonn.

Kostka, Ulrike (2000): Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologische-ethische Reflexion, (Studien der Moraltheologie Bd. 12), Münster.

Kuczewski, Mark G. (1997): Fragmentation and Consensus. Communitarian and Casuist Bioethics, Washington D. C.

Kuttner, Robert (1999): The American Health Care System. Health Insurance Coverage, in: New England Journal of Medicine 340 (1999) (N Engl J Med), S. 163–168.

Lienkamp, Andreas (1996): Systematische Einführung in die christliche Sozialethik, in: Furger, Franz / Lienkamp, Andreas / Dahm, Karl-Wilhelm (Hrsg.): Einführung in die Sozialethik, Münster, S. 29–88.

Pellegrino, Edmund D. / *Thomasma,* David C. (1981): A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions, New York, Oxford.

Rawls, John (1999): A theory of Justice, überarbeitete Auflage, Cambridge.

Ubel, Peter A. (2000): Pricing life: Why it's time for health care rationing, Cambridge.

Veatch, Robert (1982): What is a „Just" Health Care Delivery?, in: Beauchamp, Tom L. / Walters, LeRoy (Hrsg.): Contemporary Issues in Bioethics, 2. Auflage, Belmont, S. 410–417.

– (1997): Single Payers and Multiple Lists: Must Everyone Get the Same Coverage in a Universal Health Plan?, in: Kennedy Institute of Ethics Journal 7 (Kennedy Inst Ethics J), S. 153–169.

– (1991): Allocation Health Resources Ethically: New Roles for Administrators and Clinicians, in: Frontiers of Health Services Management 8 (Front Health Serv Manage), S. 3–44.

– (1994): Egalitarian Justice and the Right to Health Care, in: Chapman, Audrey R. (Hrsg.): Health Care Reform. A Human Rights Approach, Washington D.C., S. 106–123.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Dimensionen und Perspektiven der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen

Von Joachim Wiemeyer

In dem Beitrag von Kostka[1] wird die Problematik der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen in erster Linie im Kontext des medizinischen Ressourcenaufwandes, der für die einzelnen Personen getätigt wird, behandelt. Damit wird aber nur ein Teil der Gerechtigkeitsproblematik im Gesundheitswesen thematisiert. Dies wird in einem ersten Punkt verdeutlicht. Anschließend wird auf die Problematik der Verteilungsgerechtigkeit bei Ressourcenknappheit eingegangen, um Perspektiven für das deutsche Gesundheitssystem zu entwikkeln.

A. Unterschiedliche Felder der Verteilungsgerechtigkeit

Die folgende Übersicht zeigt verschiedene Dimensionen der Verteilungsgerechtigkeit:

Übersicht 1
Bereiche der Verteilungsgerechtigkeit

A. Anbietereinkommen	B. Finanzierung	C. Ressourceninput	D. Gesundheit

Diese Bereiche sind näher zu erläutern.

a) *Anbietereinkommen:* Wegen der Anbieterdominanz auf vielen Gesundheitsmärkten[2] und wegen der Kostenübernahme durch Versicherungen besteht die Gefahr, dass hier im erheblichen Ausmaß nicht leistungsgerechte Einkommen bei Ärzten, Zahnärzten, Apothekern sowie der Pharmaindustrie, Krankenhausbetrieben usw. erzielt werden können. Institutionelle Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen (z. B. der Numerus clausus) sind Indizien für solche überhöhten Einkommen. Internationale Vergleiche von Arzneimittelpreisen, die durchschnittliche Einkommenshöhe von Zahnärzten usw. deuten ebenfalls dar-

[1] Vgl. *Kostka* (2002).

[2] Näher erläutert bei *Wiemeyer* (1988).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

auf hin. Das marktwirtschaftliche Prinzip der Leistungsgerechtigkeit verlangt, dass maximal ein so hohes Einkommen von Anbietern erzielt wird, dass die quantitativ wie qualitativ notwendigen Leistungen erbracht werden. Ein marktwirtschaftlicher Test müsste z. B. die Frage stellen: Würde bei einer 30-prozentigen Einkommenskürzung sich ein größerer Anteil der Beschäftigten umschulen lassen, ins Ausland abwandern und niemand mehr mit einer Ausbildung für diesen Beruf beginnen, so dass die Versorgung gefährdet wäre oder nicht? Bei Pflegepersonal wäre dies zu bejahen. Gilt dies aber auch für Zahnärzte oder liegen hier monopolartige Renten vor? Ebenso gibt es Probleme der Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der Leistungsanbieter. Hier ist z. B. die Verteilung der Privathonorare von Chefärzten an nachgeordnete Ärzte in Krankenhäusern zu nennen. Wenn man aus guten sozialethischen Gründen keine unmittelbare Beschränkung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen allein nach Kaufkraft will, stellt sich immer die Frage, mit welchen Instrumenten man dann überhöhte Einkommen der Anbieter vermeiden kann.

b) Die *Finanzierung des Gesundheitswesens* in Deutschland erfolgt für knapp 90 % der Gesamtbevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung über die Beiträge der Versicherten. Dabei ist der Arbeitgeberanteil als Lohnbestandteil anzusehen. Entgegen gesellschaftlich vorherrschenden Gerechtigkeitsvorstellungen sollte er abgeschafft werden, um im System der Sozialversicherung die Kostentransparenz zu erhöhen. Während die Beiträge einkommensproportional (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) erhoben werden, haben alle Versicherten im Bedarfsfall konzeptionell Zugang zu gleichen Leistungen, abgesehen vom Krankengeld, das aber weniger als 10 % der Gesamtausgaben ausmacht. Damit kommt es im System tendenziell zur Umverteilung von Gesunden zu Kranken, von Jüngeren zu Älteren, von Ledigen zu Familien mit Kindern, von relativ wohlhabenderen zu ärmeren Versicherten, von Männern zu Frauen.[3] Diese idealtypische Umverteilung tritt aber nur dann ein, wenn die Erstgenannten nicht teurere Leistungen als ärmere Versicherte in Anspruch nehmen. Für einen höheren Aufwand besser verdienender Versicherter spricht aber, dass diese eher Wahlleistungen bei der Krankenkasse einfordern, besser über den Katalog der Leistungen informiert sind bzw. bei Rationierung eher dem Arzt widersprechen oder bei der Krankenkasse im Fall der Leistungsverweigerung Widerspruch einlegen sowie vor dem Sozialgericht klagen, eher Fachärzte aufsuchen und den Arzt von der Verschreibung bestimmter Leistungen überzeugen können. Problematisch in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, dass die Beiträge zweier Haushalte mit identischem Einkommen um 50 % differieren können, wenn man ein Ehepaar mit zwei Verdienern an der Beitragsbemessungsgrenze und einen freiwillig Versicherten mit einem Einkommen des Doppelten der Beitragsbemessungsgrundlage vergleicht.

[3] Vgl. *Bohnet* (1999), S. 323 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Bei den Privatversicherten stellt sich die Frage, ob sie für ihre höheren Aufwendungen nicht nur höhere Preise zahlen, sondern auch proportional höherwertige oder zusätzliche Leistungen erhalten, oder ob hier die aus der Zeit vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung stammende, sozial motivierte Preisdifferenzierung bei den Ärzteeinkommen beibehalten wurde. Damals nahm der Arzt von seinen Patienten gemäß ihres Einkommens, nicht gemäß der erbrachten Leistung. Es spricht auch heute vieles dafür, dass die Preisdifferenzen über Qualitäts- und Leistungsdifferenzen hinausgehen. Wenn Ärzte im Ganzen eine marktgerechte Entlohnung erhalten, würden die Privatversicherten dann einen überproportionalen Anteil beitragen. Ohne in die Solidargemeinschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen zu sein, würden Privatversicherte trotzdem einen indirekten Umverteilungsbeitrag erbringen. Dann würden sich aus der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung nur geringe Probleme einer unzureichenden Umverteilung ergeben.

c) Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen kann sich auf den *Ressourceninput* in vergleichbaren Bedarfsfällen beziehen, ist also darauf gerichtet, ob Personen im vergleichbaren Krankheitsfall vergleichbare medizinische Leistungen erhalten.

Übersicht 2
Verteilungssegmente

1. Asylbewerber	2. GKV-Versicherte	3. Sozialhilfeempfänger	4. Privatpatienten

Institutionell haben wir in Deutschland vier Gruppen: Erstens erhalten *Asylbewerber* nur medizinische Leistungen im Sinne der Akutbehandlung und Schmerzbeseitigung. Leistungen, die eher als kosmetisch gelten und die, wie ein neues Gebiss, auch in deren Heimatländern als absoluter Luxus angesehen werden, werden von der Sozialhilfe nicht erstattet. Bei den Personen, bei denen noch nicht entschieden ist, ob sie sich legitimerweise längerfristig im Bundesgebiet aufhalten dürfen oder nicht, erscheint eine solche Beschränkung (wie die ebenfalls für diesen Personenkreis erfolgte Absenkung der Sozialhilfe) begründbar.

Zweitens haben rd. 90% der Bevölkerung, die *Versicherten der GKV*, rechtlich den formal gleichen Zugang zu medizinischen Leistungen. Faktisch kann dieser Zugang differieren, weil es z. B. in der regionalen Krankenversorgung unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten gibt, etwa die Wege bis zum nächsten Krankenhaus sehr lang sind, so dass Unfallopfer, sowie Notfallpatienten beim Herzinfarkt oder beim Schlaganfall schlechtere Überlebenschancen haben oder der Zeitaufwand für einen Facharztbesuch sehr groß ist etc. Weitere Defizite

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

können in der Fähigkeit der Patienten liegen, ihren Ressourcenanspruch wahrzunehmen.

Neuerdings scheinen *Sozialhilfeempfänger* bessere Leistungen als Kassenpatienten zu erhalten, da die Ausgaben für sie nicht der Budgetbeschränkung unterliegen. Dies wird als gesellschaftliches Gerechtigkeitsproblem angesehen, da sie im Gegensatz zu Versicherten keine eigenen Beiträge erbracht haben, sondern voll auf Kosten der Steuerzahler finanziert werden. Krankenversicherte, die sowohl ihren Beitrag zahlen und zusätzlich mit ihren Steuergeldern die Sozialhilfe finanzieren, akzeptieren dies nicht. Die sinnvolle Integration dieses Personenkreises in die gesetzliche Krankenversicherung scheitert bisher an der Einigung über die Beitragshöhe, die das Sozialamt zu entrichten hätte. Ein Teil der Versicherten der GKV hat für bestimmte Leistungen (Krankenhausaufenthalt) private Zusatzversicherungen abgeschlossen und wird dann mit *Privatversicherten* gleichgestellt, die die vierte Gruppe bilden.

d) Eigentlich entscheidend für die Gerechtigkeit müsste in ethischer Hinsicht aber der *Gesundheitszustand* sein, der aber nur begrenzt vom Ressourceninput abhängt. Die Messung von Gesundheit ist problematisch, weil man ja einerseits von subjektiven Auffassungen wie andererseits von objektiven Messdaten ausgehen kann. Überspitzt formuliert: Gesund ist ja nur der, der noch nicht vom Arzt untersucht wurde. Als möglichen Indikator für die Gesundheitsqualität kann man die Lebenserwartung heranziehen. Dann ist als erstes Verteilungsproblem die längere Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern festzuhalten. Weiterhin differiert die Lebenserwartung hinsichtlich sozialer Gruppen erheblich. So haben z. B. Hochschullehrer eine um mehr als 10 Jahre höhere Lebenserwartung als Arbeiter, die unter belastenden Bedingungen (Lärm, Hitze) lange Jahre Schichtarbeit geleistet haben. Hier müsste näher untersucht werden, worin solche Unterschiede der Lebenserwartungen begründet liegen: Ist eine angeborene gute physische wie psychische Konstitution erforderlich, um überhaupt die verschiedenen Prüfungsstufen (Abitur, Studium, Promotion, Habilitation) zu bewältigen? Kann ein besser Gebildeter seine Krankheit gegenüber Ärzten besser beschreiben, seinen eigenen Körper genauer beobachten? Kann man sich wegen des überdurchschnittlichen Einkommens eine gesundheitsbezogenere Lebensweise (z. B. Ernährung) leisten? Erhält eine selbstbestimmte Arbeit eher Gesundheit als eine stärker fremdbestimmte Arbeit? Fehlt bei Professoren der Pensionsschock, weil die Tätigkeit fortgesetzt werden kann?

Die hier aufgeworfene Frage einer statistisch relevanten Diskrepanz in der Lebenserwartung bestimmter sozialer Gruppen könnte auch für die Gesetzliche Rentenversicherung Relevanz haben. Man müsste dann aus Gerechtigkeitsgründen das Renteneintrittsalter gruppenspezifisch von der Lebenserwartung abhängig machen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Die Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen kann sich nicht nur auf bestimmte Personen beziehen, sondern auch auf Regionen.

Übersicht 3
Reichweite der Verteilungsgerechtigkeit

bundesweit	regional

Wichtig ist, dass solche Gerechtigkeitsfragen zum einen gesamtgesellschaftlich in horizontaler Hinsicht gelten, zum anderen aber auch regional differenziert werden müssen. In regionaler Hinsicht stellt sich die Frage, ob es zwischen verschiedenen Dimensionen der Verteilungsgerechtigkeit einen Ausgleich gibt oder eine Negativkumulation. So könnten Personen in ländlichen Regionen in einer gesunden Umgebung wohnen, ein relativ niedriges Einkommen beziehen und einen schlechten Zugang zu Krankenversorgungsleistungen haben. Umgekehrt könnten Personen in Ballungsräumen zwar über hohe Einkommen verfügen und einen guten Zugang zu Krankenversorgungsleistungen besitzen, hingegen einer gesundheitlich belastenden Umgebung ausgesetzt sein. In solchen Fällen könnte es, gemessen an einem Gesundheitsindikator (z. B. Lebenserwartung), einen Ausgleich geben. Problematisch wäre es, wenn Vorteile einerseits und Nachteile andererseits kumulieren würden.

Mit diesen Dimensionen sollte angedeutet werden, dass Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen eine Vielzahl von Problembereichen umfasst, die zunächst einmal einer stärkeren theoretischen und empirischen Forschung bedürfen. Die normative Perspektive kann hier als Heuristik für die entsprechende Forschung dienen. Erst nach der fundierten Beantwortung folgender Fragen können die normativen Schlussfolgerungen gezogen werden:

1. Wie kann man Leistungseinkommen von Renten- bzw. Monopoleinkommen im Gesundheitswesen unterscheiden? Welche institutionellen Möglichkeiten bestehen, um Renteneinkommen zu senken?

2. Wie ist die tatsächliche Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen innerhalb der Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung?

3. Ist die Lebenserwartung ein hinreichend adäquater Maßstab für die Qualität von „Gesundheit"?

4. Worauf sind die Unterschiede in der Lebenserwartung von Männern und Frauen zurückzuführen?

5. Welche Unterschiede in der Lebenserwartung gibt es zwischen verschiedenen sozialen Gruppen?

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

6. Wären regionale Krankenkassen (wegen des regional unterschiedlichen Versorgungsniveaus) nicht gerechter als bundesweite Krankenkassen? Welches wäre dann die optimale regionale Abgrenzung?

B. Verteilungsgerechtigkeit bei Ressourcenknappheit: Perspektiven für das deutsche Gesundheitssystem

Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem als normativ relevantes Probleme anzusehen, setzt voraus, dass ein zusätzlicher Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen einen positiven medizinischen Nutzen bietet. Dies ist durchaus eine relevante Problematik, weil überhaupt – unabhängig von den Kosten – ein gesundheitsbezogener Nutzen bei der Einnahme weiterer Medikamente, zusätzlicher Röntgenuntersuchungen etc. in vielen Fällen durchaus zweifelhaft ist. So kann es geschehen, dass wegen der höheren Gewinnmöglichkeiten Privatpatienten eher zusätzlichen Untersuchungen oder therapeutischen Maßnahmen als GKV-Patienten unterzogen werden. Vergleichsgruppen von Ärzten würden diese Behandlung selbst nicht vornehmen lassen.

Wegen der geringen medizinischen Kenntnisse, aber auch der hohen Gefahr von Infektionskrankheiten Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts, ist die Frage von Ressourcenproblemen erst in jüngerer Zeit aufgetaucht.[4] So konnte es kein Organverteilungsproblem geben, solange es keine Transplantationsmedizin gab. Dieses konkrete Problem physischer Ressourcenknappheit wird im Folgenden nicht näher betrachtet. Vielmehr soll das generelle Problem des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen analysiert werden.

In volkswirtschaftlicher Hinsicht muss man die finanztechnische von der physischen Ressourcenknappheit trennen. Bei hoher Arbeitslosigkeit gibt es einen erheblichen Überfluss, keine Knappheit an Produktionsfaktoren. Arbeitslose Angehörige von Gesundheitsberufen ebenso wie dafür ausbildbare Personen zeigen, das Ressourcenknappheit in bestimmter Hinsicht nicht existiert, sondern lediglich finanztechnische Probleme, Steuerungsdefizite oder gesellschaftliche Formen der Desorganisation vorliegen, die verhindern, dass volkswirtschaftlich vorhandene Ressourcen genutzt werden. Da ohne Zuwanderung die Zahl der Erwerbstätigen in den nächsten Jahrzehnten stark schrumpfen wird, könnten aber schon bald Engpässe in Pflegeberufen auftreten. Dann würde eine echte Ressourcenknappheit gegeben sein.

[4] Insofern ist die Eingangsbehauptung von *Kostka* (2002) verfehlt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Zur Diskussion der Problematik der Ressourcenknappheit bietet sich ein vertragstheoretischer Ansatz an.[5] Denn die von Kostka[6] herangezogenen Sozialprinzipien der klassischen katholischen Soziallehre sind recht vage. So kann man jede Form der Selbstbeteiligung einerseits als Stärkung der Subsidiarität feiern, andererseits aber im Namen des Solidaritätsprinzips verdammen.

Die Konzeption eines rawls'schen Modells des Gesellschaftsvertrages geht davon aus, dass die Gesellschaftsmitglieder hinter dem Schleier des Nichtwissens Gerechtigkeitsgrundsätze der Gesellschaft hinsichtlich der Ordnung des Gesundheitswesens festlegen. Dabei wissen sie nicht, welche Rolle sie in der Gesellschaft einnehmen werden, für die sie die Gerechtigkeitsgrundsätze festlegen sollen. Es ist dabei davon auszugehen, dass prinzipiell eine marktwirtschaftliche Ordnung mit Privateigentum an Produktionsmitteln und ungleicher Einkommensverteilung gegeben ist. Ausgehend von dem theoretischen Konzept der Vertragstheorie werden nachfolgend vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitssystems und der von Breyer[7] prognostizierten Ausgabeentwicklung normativ fundierte Lösungsansätze skizziert. Ausgangspunkt für die Wahl der Institutionen ist dabei, dass Gesundheit ein wichtiges Gut ist, die Voraussetzung dafür menschliche Rechte und andere Güter nutzen zu können. Die (fiktiv) Vertragsschließenden wissen, dass man in modernen Gesellschaften einen hohen medizinisch-technischen Fortschritt kennt usw. Ihnen sind die übrigen Zusammenhänge bekannt, etwa die praktischen Erfahrungen, die mit verschiedenen Organisationsformen des Gesundheitswesens gemacht wurden. Folgende zentrale Schlussfolgerungen sind festzuhalten:

1. Gesundheit ist ein besonderes Gut, weil es für das menschliche Leben zentrale Bedeutung hat. Ohne Gesundheit haben andere gesellschaftliche Rechte nur einen geringeren Wert und können auch materielle Güter vielfach nur unzureichend genutzt werden. Die Ansprüche auf eine gesunde Lebensumwelt und auf den Zugang zu Gesundheitsgütern im Krankheitsfall haben daher menschenrechtlichen Charakter. Deshalb sind diese Ansprüche bereits in der UN-Menschenrechtscharta von 1948 sowie in vielen anderen Dokumenten (zuletzt Grundrechtecharta der EU) verankert. Im Gegensatz zu Kostka[8] ist hier kein Bedarf für eine stärkere institutionelle Verankerung zu sehen.

---

[5] Die Wahl einer solchen Konzeption wird ausführlicher begründet bei *Wiemeyer* (1998), S. 36 ff.

[6] Vgl. *Kostka* (2002).

[7] Vgl. *Breyer* (2002).

[8] Vgl. *Kostka* (2002). Die Position von Kostka scheint durch den US-amerikanischen Kontext bestimmt zu sein, wo die Akzeptanz von sozialen Menschenrechten im Gegensatz zur europäischen Tradition auf erhebliche Vorbehalte stößt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

2. Der Erhalt der Gesundheit bzw. gesundheitsfördernde Lebensumstände setzen für jedes Gesellschaftsmitglied verschiedene Bedingungen voraus. Dies betrifft zum einen die natürliche Umwelt (z. B. saubere Luft, reines Wasser, wenig Schadstoffe). Weiterhin betrifft dies die Organisation des Verkehrswesens sowie die Wohnumwelt. Der Gesundheitsschutz bei Konsumgütern (vor allem Nahrungsmitteln) hat hohe Bedeutung. Zu dem ist auf gesundheitliche Gefährdungen bei der Gestaltung der Arbeitswelt zu achten. Jeder Einzelne muss darüber hinaus über ein Mindesteinkommen verfügen, das eine ausreichende (und differenzierte) Ernährung sowie eine Mindestwohnqualität sichert.

3. Im Krankheitsfall muss allen Gesellschaftsmitgliedern der Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen und anderen Gesundheitsdiensten möglich sein. Dies kann gewährleistet werden durch einen staatlichen Gesundheitsdienst wie durch eine weite Versicherungspflicht für alle Gesellschaftsmitglieder. Nach der empirischen Erfahrung ist eine Versicherungslösung vorzuziehen, da ein aus Steuermitteln finanziertes Gesundheitswesen tendenziell im Verteilungskampf des staatlichen Budgets zurückfällt und die Zahlungsbereitschaft bei Versicherungsbeiträgen höher ist als bei Steuern.

4. Bei einer Versicherungspflicht kann prinzipiell zwischen Sozialversicherungen und Privatversicherungen unterschieden werden. Innerhalb von Privatversicherungen ist kein sozialer Ausgleich denkbar. Er wäre nur möglich, wenn Einkommensschwache aus Steuermitteln finanzierte Zuschüsse für ihre Beitragszahlung erhielten. Innerhalb einer Krankenversicherung als Sozialversicherung ist ein sozialer Ausgleich möglich. Das Leistungsniveau einer solchen Sozialversicherung wird hoch sein. Da mit dem Wohlstand einer Gesellschaft immer mehr im Bildungswesen investiert wird, ist es sinnvoll, auch in die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit zu investieren. Dies ist wegen des zukünftigen Ertrages der jungen Generation wichtig. Älteren Menschen wird man auch nach der Erwerbsarbeit zu einem hohen Leistungsniveau verhelfen wollen. In einer gesellschaftsvertraglichen Situation wird man dafür plädieren, auch Behinderte, die niemals arbeiten werden, eine Absicherung in der Krankenversicherung zu gewähren, und sie in den sozialen Ausgleich einbeziehen.

5. Eine gesetzliche Krankenversicherung wird aus Gerechtigkeitsgründen keine volle Kostenabdeckung bei allen Gesundheitsleistungen garantieren. Dort, wo man systematisch durch Vorbeugung den Schadensfall vermeiden bzw. mindern (z. B. Zahnerhalt) kann, ist es aus Gerechtigkeitsgründen erforderlich, Anreize für gesundheitskonformes Verhalten zu schaffen. Ebenso gilt dies für Leistungen, die preisvariabel ist. Dies setzt aber voraus, dass die Verwaltungskosten gering gehalten werden können und von der Selbstbeteiligung sachgerechte Anreizwirkungen ausgehen. Dies gilt auch für Bonussysteme, indem z. B. bei Nichtinanspruchnahme Beiträge rückerstattet werden. Es ist nämlich ungerecht, wenn Versicherte, die sich gesundheitskonform verhalten, für Versicherte, die dies nicht tun, mitbezahlen müssen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

6. Die gemeinsame Schaffung gesundheitsförderlicher gesellschaftlicher Rahmenbedingungen für die individuelle Gesundheit und die umfassende Absicherung durch eine Krankenversicherung verpflichten den einzelnen im Gegenzug zu einer gesundheitlich förderlichen Lebensweise. Dies bedeutet etwa die Notwendigkeit, sich zu informieren über gesundheitsgerechtes Verhalten und Vorbeugemöglichkeiten. Weiterhin ist man verpflichtet, vorbeugende Maßnahmen zu treffen (z. B. Zahnputz). Die Lebensführung muss gesundheitskonform sein (Schlaf, Bewegung, Ernährung, Genussmittel, Eingehen von Risiken etc.).

Bei der Versicherungspflicht stellt sich die Frage, ob sie sich auf Kernbereiche beschränkt oder ob es ein relativ breites Leistungsspektrum für alle Versicherten gibt. Sobald man zwischen verschiedenen Leistungsvolumen differenziert, wird die soziale Umverteilung nur für diese Kernleistungen zutreffen. In einer unparteilichen Ausgangssituation wird man sich für ein relativ breites Leistungsspektrum für alle entscheiden, weil man nicht weiß, welches gesundheitliche Bedürfnis auftreten wird. Daher ist eine größere Einschränkung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung nicht konsensfähig.

7. Wenn man ein relativ umfassendes Krankenversicherungssystem für gerecht hält, stellt sich die Frage, ob dies für alle Gesellschaftsmitglieder gilt. Plausibel ist es, alle Gesellschaftsmitglieder in die gesetzlichen Kassen einzubeziehen: Kinderlose und gesunde Privatversicherte sind gegenwärtig in den sozialen Ausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht einbezogen. Bei einkommensproportionalen Beiträgen und – abgesehen von Krankengeld – weitgehend einheitlichen Leistungen würde ein sozialer Ausgleich stattfinden. Eine Beitragsbemessungshöchstgrenze ist bei zunehmender Mobilität flexibler qualifizierter Arbeitskräfte aus pragmatischen Gründen sinnvoll. Die Beitragsbemessungsgrenze ist auf das Niveau der Renten- und Arbeitslosenversicherung anzuheben. Neben dem Arbeitseinkommen sollten zumindest andere regelmäßig zufließende Einkommensbestandteile einbezogen werden, so weit sie kostengünstig erfasst werden können. Damit würde die finanzielle Basis der GKV erweitert.

8. Selbst wenn alle Bürger in eine gesetzliche Versicherung einbezogen wären, stellt sich weiterhin die Frage, ob es Versicherten gestattet sein sollte, Zusatzversicherungen für ergänzende und qualitativ höherwertige Leistungen abschließen bzw. aus ihrem Einkommen / Vermögen zusätzliche medizinische Leistungen erwerben zu dürfen. Da das Leistungsniveau der GKV das von der gesellschaftlichen Mehrheit gewünschte Beitrags/ Leistungsniveau widerspiegelt, ist es überstimmten Minderheiten zu erlauben, ein zusätzliches Leistungspaket zu erwerben. Hingegen ist die Wahl eines geringeren Leistungskatalogs nicht möglich, weil dann der Umfang der sozialpolitisch motivierten Umverteilung abnehmen könnte. Weiterhin stellt sich die Problematik der Anwendung

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

des rawls'schen Differenzprinzips im Gesundheitswesen, nämlich im Hinblick auf die Frage, ob soziale Ungleichheiten überhaupt begründbar sind, wenn ein hohes Versorgungsniveau für alle gewährleistet ist. Es kann auch für weniger bemittelte Bevölkerungskreise sinnvoll sein, dass Personen mit höherem Humankapital ggf. bessere Leistungen erhalten. Auch könnten Personen mit hohem Einkommen zunächst sehr teure Innovationen bezahlen und dann ausprobieren, die später allen zugute kommen. Eine solche Zusatzversorgung ist zuzulassen.[9]

9. Wenn sich eine mittlere Generation nicht hinreichend reproduziert, so dass in einem umlagefinanzierten System hohe Belastungen auf schrumpfende jüngere Jahrgänge zukommen, ist ein Weg der Gerechtigkeit, dass kinderlose Versicherte durch Kapitaldeckung Vorsorge betreiben und Konsumverzicht leisten. Dies ist im Rahmen eines umlagefinanzierten Systems angebracht, weil sonst in Zukunft wenige jüngere und gesunde Versicherte eine Vielzahl älterer Versicherte versorgen müssten. Die kostenlose Mitversicherung von Kindern reicht allein nicht aus.

10. Ein besonderes Problem ist die Dynamik des medizinisch – technischen Fortschritts. Hier ist davon auszugehen, dass medizinische Leistungsverbesserungen, die einen weitgehend unbestrittenen Nutzen erbringen, in den Leistungskatalog der Versicherung aufgenommen werden und entsprechende Beitragssatzerhöhungen zur Folge haben. Bei umstrittenen Maßnahmen müsste ein gesellschaftlicher Diskurs[10] darüber erfolgen, ob sie in den allgemeinen Leistungskatalog aufgenommen werden. So könnte man z. B. Beitragserhöhungen in der Krankenversicherung (nach Abschaffung des Arbeitgeberanteils in der Krankenversicherung) von einer Zustimmung der Mehrzahl der Versicherten abhängig machen. Falls bestimmte Leistungen nicht aufgenommen werden, müssten Interessierte sie vollständig aus privatem Einkommen zahlen oder sich zusätzlich absichern.

11. Wenn die medizinisch-technischen Möglichkeiten dauerhaft zunehmen, so dass selbst bei wenig umstrittenen therapeutischen Maßnahmen ein zunehmend größerer Anteil des BSP beansprucht wird, stellt sich für den einzelnen wie für die Gesellschaft insgesamt die Frage, einen wie hohen Anteil des Lebenseinkommens man für Krankenversorgungsleistungen verwenden will. Heute sind bereits die Umweltbedingungen und die medizinische Versorgung so gut, dass ca. 90 % der Bevölkerung das 60. Lebensjahr erreichen, während es um 1900 weniger als 50 % waren. Diese 60-jährigen sind in der Regel noch arbeitsfähig bzw. auch in der Lage, Konsummöglichkeiten (z. B. Fernreisen) zu nutzen. Ein gravierender Anstieg der medizinischen Ausgaben wäre in Zukunft

---

[9] Vgl. *Wiemeyer* (1984), S. 179 f.

[10] Vgl. zu dieser Problematik *Körtner* (2002).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

wohl darauf gerichtet, jenseits des 75. oder 80. Lebensjahres eine Lebensverlängerung zu erreichen. Unter realen ökonomischen Knappheitsbedingungen würde für einen Durchschnittsverdiener die Frage lauten: Bist du bereit, für eine Lebensverlängerung jenseits des 80. Lebensjahres vorher auf bestimmte Konsummöglichkeiten zu verzichten, z. B. Auto, Reisen. Es ist relativ plausibel anzunehmen, dass Menschen nicht bereit sind, einen übergroßen Teil ihres Lebenseinkommens jenseits des 75. oder 80. Lebensjahres in teure medizinische Behandlungen zu investieren. In einer unparteilichen Ausgangssituationen würden sie dafür plädieren, besonders teure therapeutische Maßnahmen ab einer bestimmten Altersgrenze nicht mehr einzusetzen. Es sei darauf verwiesen, dass man in Zukunft bei der altersmäßigen Rationierung Personen Leistungen vorenthält, die jeweils vor 10 oder 15 Jahren noch gar nicht technisch möglich waren.

Eine solche kollektive Lösung ist auch individualethisch plausibel: Wenn man in einer Situation, in der sowohl das Gesundheitswesen als auch das Bildungswesen rein privat finanziert werden, in einer Familie vor der Wahl stehen würde, aus den Ersparnisse entweder eine teure medizinische Behandlung für den 80-jährigen Großvater zu finanzieren oder das Studium des Enkels, würde man sich – auch der Großvater – für das Studium des Enkels entscheiden.

Auch die katholische Moraltheologie hat sich nie für einen maximalen Mitteleinsatz, sondern für eine vernünftige Abwägung der Mittel eingesetzt. So betonte Pius XII. am 24.10.57: „Im Falle einer ernsten Krankheit jene Maßnahmen zu treffen, die nötig sind, um Leben und Gesundheit zu erhalten, ist eine Pflicht, die der geordneten Selbstliebe, dem Gehorsam gegenüber dem Schöpfer, der sozialen Gerechtigkeit und der Gerechtigkeit schlechthin sowie der Rücksicht auf die Angehörigen entspricht. Sie verpflichtet jedoch gewöhnlich nur zum Gebrauch der (entsprechend den Umständen, dem Ort, der Zeit, der Kultur) üblichen Mittel, d. h. Mittel, die keine außergewöhnliche Belastung für einen selbst oder für andere mit sich bringen. Eine strengere Verpflichtung wäre für die Mehrzahl der Menschen zu schwer."[11]

Wenn alle Gesellschaftsmitglieder in einer unparteilichen Ausgangssituation – unter dem Schleier des Nichtwissens – einer solchen Lösung zustimmen[12], kann es in der Realität natürlich zu Konflikten kommen, wenn der Betreffende selbst bzw. die Angehörigen die konkrete Rationierung ablehnen. Trotzdem handelt es sich nicht um eine Diskriminierung, weil hier die freiwillige Zustimmung vorlag. Ähnliche Konflikte treten immer auf, da jedes Gesellschaftssystem Pflichten festlegen muss, Lasten zuweist, Sanktionen (z. B. im Strafrecht) verhängt. So wird man z. B. unter dem Schleier des Nichtwissens für

[11] Zitiert nach *Häring* (1989), S. 123.

[12] Das Ergebnis entspricht tendenziell auch den Überlegungen von *Breyer* (2002) sowie *Breyer/Kliemt* (1994).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

eine progressive Einkommenssteuer plädieren, in der Realität aber nicht gerne zahlen. Die skizzierte Richtung einer normativ fundierten institutionellen Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems erscheint daher als sachgerecht.

Literatur

Bohnet, Alfred (1999): Finanzwissenschaft: Grundlagen staatlicher Verteilungspolitik, 2. Aufl., München, Wien.

Breyer, Friedrich (2002): Ökonomische Grundlagen der Probleme im Gesundheitswesen: Status Quo und Lösungsmöglichkeiten (in diesem Band).

Breyer Friedrich / *Kliemt,* Hartmut (1994): Lebensverlängernde medizinische Leistungen als Clubgüter? Ein Beitrag zum Thema „Rationierung im Gesundheitswesen", in: Homann, Karl (Hrsg.): Wirtschaftsethische Perspektiven I, Berlin 1994, S. 131–158.

Häring, Bernhard (1989): Frei in Christus, Bd. 3, Freiburg.

Körtner, Ulrich (2002): Gesundheit nicht um jeden Preis. Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht (in diesem Band).

Kostka, Ulrike (2002): Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen – eine sozialethische Analyse (in diesem Band).

Wiemeyer, Joachim (1984): Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin.

– (1988): Gesundheitspolitik, in: Verbraucher und wirtschaftliche Bildung, J. 1988, Heft 3, S. 17–24.

– (1998): Europäische Union und weltwirtschaftliche Gerechtigkeit, Münster.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin

Anmerkungen zum sozialethischen Ansatz

Von Volker H. Schmidt

A.

Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen gehört zu den dornigsten Problemen, denen künftige Gesundheits- und Sozialpolitik sich zu stellen hat. Wohl nicht zuletzt auf Grund ihrer besonderen Schwierigkeit und Brisanz hat eine große, parteienübergreifende Koalition aus Politik, Ärzteschaft, gesetzlichen Krankenversicherungen und breiter Öffentlichkeit in Deutschland es bislang vorgezogen, so zu tun, als stelle sie sich gar nicht, gilt im angeblich besten Gesundheitssystem der Welt doch als gewährleistet, dass jeder Kranke die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft bestmögliche Behandlung erhält. Und das soll auch so bleiben. Andere, insbesondere die angelsächsischen Länder, mögen rationieren müssen, weil ihre Gesundheitsetats unterausgestattet sind oder weil die institutionelle Verfassung ihres Gesundheitswesens gigantische Fehlallokationen bewirkt; wir dagegen müssen nur dafür sorgen, dass die vorhandenen Mittel effektiver eingesetzt werden, dann bleibt die Rationierung uns erspart. Wer nicht rationieren muss, der hat kein Knappheits-, sondern allenfalls ein Organisationsproblem, und das ist primär kein Gerechtigkeitsproblem. Wo kein Mangel herrscht, da braucht man sich auch keine Gedanken über seine gerechte Verwaltung zu machen.

So weit, nur etwas überspitzt, zur aktuellen Diskussionslage in Deutschland. Etwas überspitzt sage ich, weil es natürlich Stimmen gibt, die vor allzu großer Selbstzufriedenheit warnen und darauf hinweisen, dass auch Deutschland keine Insel der Seligen ist, der erspart bleibt, was alle anderen längst als unabweisliche, wenn auch unbequeme Realität anerkennen, aber das wird gerne abgetan und, wenn es die Seelenruhe der Wohlmeinenden zu sehr stört, auch schon einmal als Ausdruck inhumaner Gesinnung gegeißelt – nichts jedenfalls, mit dem man sich ernsthaft auseinander setzen müsste. Um so verdienstvoller ist das Bemühen, sich dieser Realität zu stellen, denn wer es wissen will, der kann wissen, dass es Knappheit auch im deutschen Gesundheitswesen gibt und auf

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

absehbare Zeit weiter geben wird; wahrscheinlich sogar in stetig wachsendem Ausmaß.[1] Verdrängte Probleme verschwinden nicht aus der Welt, sie wechseln nur ihre Erscheinungsform. Und solange sie im Dunkeln bleiben, lassen sie sich auch nicht fassen, ist man ihnen ausgesetzt. Das Problem der Knappheit im Gesundheitswesen und die daraus erwachsende Frage nach der gerechten Verteilung medizinischer Güter und Dienstleistungen sind zu wichtig, um sie sich selbst zu überlassen. Sie verlangen nach wenn schon nicht befriedigenden, so wenigstens erträglichen Lösungen, und auch die kommen überhaupt nur in Reichweite, wenn man sich nichts vormacht.

Das hier zu kommentierende Referat gehört in den Kontext einer Reihe von neueren Arbeiten, die sich nichts vormachen wollen, also die Knappheitsbedingung als solche akzeptieren und von dieser ihren Ausgang nehmen. Insofern möchte ich es in mein gerade ausgesprochenes Lob solcher Arbeiten ausdrücklich einschließen. Im Einzelnen habe ich jedoch auch einige Einwände, auf die ich nun ohne weitere Präliminarien zu sprechen kommen will.

B.

Vor der Detailkritik einzelner Punkte ein Wort zum Gesamteindruck, den das Papier bei mir hinterlassen hat. Ich habe den Eindruck, Ulrike Kostka sieht das Problem, will aber niemandem wehtun, was sicher ehrenwert, aber nicht zielführend ist, weil es bei der Lösung *dieses* Problems, wie immer sie aussehen mag, nicht nur Gewinner geben wird, sondern auch Verlierer. Wenn es zutrifft, dass Knappheit Rationierungen erzwingt, dann heißt das zwangsläufig, dass nicht alle diejenigen Leistungen erhalten werden, die medizintechnologisch gesehen möglich und aus ärztlicher Sicht sinnvoll wären. Es wird, mit anderen Worten, tragische Entscheidungen geben, im schlimmsten, vor allem aus der Transplantationsmedizin bekannten Fall sogar solche um Leben und Tod. Dann aber fragt sich natürlich: wen es treffen soll. Das ist gewiss keine angenehme Frage, aber wenn sie sich stellt, muss sie auch beantwortet werden. Dazu findet man bei Kostka nichts. Sobald es ungemütlich wird, verliert sie sich in vagen, wenig aussagekräftigen Andeutungen. Wenn ich ihre Ausführungen zur anthropologischen Bedeutung des Gutes Gesundheit recht verstehe, dann müsste sie eigentlich sogar sagen, dass es *niemanden* treffen soll. Das wird sie indes kaum sagen *wollen*, denn täte sie es, implizierte es letztlich eine Leugnung genau jener Knappheit, von der sie selbst mit Recht feststellt, sie lasse sich nicht aus der Welt diskutieren.

Aber der Reihe nach. Zum Einstieg in das Thema rekapituliert Kostka zunächst kurz die bekannte, von Engelhardt eingeführte Typologie unterschiedli-

[1] Vgl. dazu und zu den daraus erwachsenden Problemen ausführlicher *Schmidt* (1996; 1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

cher Allokationsebenen, auf denen gesundheitspolitisch relevante Entscheidungen über die Verteilung knapper Ressourcen zu treffen sind. Allerdings wird diese Typologie im weiteren Fortgang der Argumentation nicht mehr systematisch aufgegriffen. Ihr Stellenwert bleibt daher unklar. Dabei hätte es sich durchaus angeboten, beim Durchgang durch die verschiedenen Ethikkonzeptionen, den sie im Anschluss an die Darstellung ihres eigenen, als sozialethisch etikettierten und in der christlichen Ethik verankerten Ansatzes unternimmt, die je betrachteten Positionen nicht nur *grundsätzlich* zu bewerten, sondern auch daraufhin zu befragen, ob sie vielleicht für unterschiedliche Allokationsebenen unterschiedlich instruktiv sein könnten. So wäre es beispielsweise denkbar, dass gesundheitsökonomische, im Utilitarismus verankerte Ansätze auf der Mesoallokationsebene, also da, wo es um die Zuweisung des dem Gesundheitssystem insgesamt zur Verfügung gestellten Mittelvolumens auf seine einzelnen Versorgungsbereiche geht, größere Überzeugungskraft besitzen als auf anderen Ebenen, insbesondere auf der Mikroallokationsebene des Arzt-Patientenverhältnisses und der Konkurrenz konkreter Empfängerkandidaten um eine gegebene knappe Behandlungsmöglichkeit. Diesen Standpunkt vertritt seit über einem Jahrzehnt Walter Krämer,[2] der dabei selbst schon auf ältere Diskussionen in den USA zurückgreift. Man muss ihn nicht teilen, aber man könnte ihn zumindest erwägen, als Möglichkeit in Betracht ziehen. In analoger Weise könnte man auch andere Ansätze prüfen.

Diesen Weg geht Kostka nicht. Stattdessen stellt sie zunächst die Grundprämissen ihres eigenen Ansatzes vor, um dann verschiedene konkurrierende Ethikkonzeptionen daraufhin zu befragen, ob sie den so gewonnenen Kriterien einer gerechten medizinischen Güterverteilung genügen können. Und der wenig überraschende Befund ist dann: dass sie das nicht können. In den ersten zwei Fällen (Liberalismus, Kontraktualismus) können sie das vor allem deshalb nicht, weil beide für ein zweistufiges Gesundheitswesen plädieren, das neben einem kollektiv finanzierten Zweig medizinischer Grundversorgung, auf die alle Anspruch haben sollen, einen privaten Versicherungsmarkt vorsieht, auf dem weitere, durch die Grundversorgung nicht abgedeckte Leistungen zugekauft werden können. Kostkas Einwand gegen dieses Modell ist nicht grundsätzlicher Natur – sie selbst will letztlich nichts anderes –, sondern betrifft das Niveau der Grundversorgung, von dem sie unterstellt, dass sowohl liberale als auch kontraktualistische Autoren es so niedrig ansetzen werden, dass es „zu distributiven Ungerechtigkeiten für die finanziell Minderbemittelten" führen müsse,[3] deren Zugang zu Gesundheitsleistungen, weil sie sich eigene Zukäufe gar nicht leisten können, dadurch deutlich beschränkt werde. Eine solche „Zweiklassen-Medizin", wie sie gelegentlich auch genannt wird, verstößt gegen

[2] Vgl. insb. *Krämer* (1989).

[3] *Kostka* (2002), S. 156.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

mindestens zwei Grundsätze des von Kostka vertretenen „sozialethischen" Ansatzes: gegen die „Option für die Armen", die dadurch sozial marginalisiert zu werden drohten und deren Recht auf Führung eines selbstbestimmten Lebens es verletze, sowie gegen das „Solidaritätsprinzip", das die Rechtsgemeinschaft dazu verpflichte, allen Rechtsgenossen in gleicher Weise die Möglichkeit der Absicherung von Krankheitsrisiken zu geben. Ungerechtigkeiten befürchtet Kostka auch bei einer Orientierung ordnungspolitischer Strukturentscheidungen am Nutzenprinzip des Utilitarismus, gegen den sie den bekannten Einwand ins Feld führt, er neige zur Missachtung individueller Gleichheits- und Freiheitsrechte, und dessen Nutzenbegriff überdies inhaltlich zu unspezifisch sei, als dass er zu einer plausiblen Anleitung solcher Entscheidungen tauge; allenfalls als Hilfskriterium für allfällige Rationalisierungsmaßnahmen will sie ihn gelten lassen. Bleibt schließlich noch der Egalitarismus, mit dem Kostka sich am ehesten anfreunden kann, der aber auf Grund der ihm inhärenten Tendenz zum Versorgungsmaximalismus zumindest dann problematisch werde, wenn er nicht durch objektive Bedarfskriterien gleichsam an die Leine gelegt werde.

So viel in aller Kürze zu Kostkas Einwänden gegen alternative Ansätze. Mir scheint indes, dass sie es sich damit zu einfach macht. Die Vorzugswürdigkeit des präferierten „sozialethischen" Ansatzes wird mehr vorausgesetzt als begründet, aber was für Kostka als Anhängerin dieses Ansatzes evident erscheinen mag, muss es für andere, die sich der christlichen Konfession und Ethik nicht oder weniger stark verbunden fühlen, keineswegs sein. Die wollen, wenn überhaupt, erst einmal überzeugt werden, und dazu bedarf es mehr als der Auflistung einiger Grundsätze, die für das eigene Lager verbindlich sind und zu denen sich die diesem Lager bereits Zugehörigen bekennen. Der Anspruch, den Kostka für ihre gesundheitspolitischen Leitlinien erhebt, greift ersichtlich über die Gemeinschaft der Christen hinaus, und deshalb genügt es auch nicht, konkurrierende Vorstellungen allein im Licht der eigenen zu reflektieren und auf ihre Kompatibilität mit deren Grundsätzen hin zu prüfen. Denn dass etwas aus christlicher Sicht anzustreben oder abzulehnen ist, wird Nichtchristen für sich genommen kaum beeindrucken; warum sollte es auch? Für interne Zwecke der Selbstvergewisserung einer gegebenen Glaubensgemeinschaft mag ein solches Vorgehen ausreichen; für die Auseinandersetzung mit und zwischen verschiedenen Ethikansätzen genügt es meines Erachtens nicht.

Ich will an einem Punkt verdeutlichen, wie ich das meine. So leuchtet mir beispielsweise überhaupt nicht ein, warum es *ungerecht* sein soll, wenn Wohlhabende sich Zugang zu mehr und besseren Gesundheitsleistungen verschaffen können als materiell Schlechtergestellte, sofern es an dem Weg, auf dem sie ihren Wohlstand erworben haben, nichts auszusetzen gibt. Was spricht eigentlich dagegen, dass jemand sich eine teure lebensrettende Operation kauft, die auf Grund zu hoher Opportunitätskosten nicht allen aus Mitteln der Allgemeinheit

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

gewährt werden kann? Gewiss, schöner wäre es natürlich, wenn alle bekommen könnten, was sie bedürfen; vor allem: wenn niemand aus Kostengründen sterben muss. Aber die Verhältnisse sind nun einmal nicht danach; die Entwicklung in der Medizin macht es ganz unwahrscheinlich, dass man künftig alle in gleicher oder wenigstens bedürfnisgerechter Weise an allen ihren Segnungen wird teilhaben lassen können. Viel wahrscheinlicher ist, dass manches nur für die zu haben sein wird, die es sich leisten können. Und der bloße Umstand, dass die christliche Sozialethik eine „Option für die Armen" trifft, genügt mir jedenfalls nicht, das ungerecht finden zu sollen – jedenfalls dann nicht, wenn auch die Armen auf eine medizinische Grundversorgung hoffen dürfen, wie sie heute weithin üblich ist.[4]

Auch mit den ins Positive gewendeten Gestaltungsvorschlägen am Ende von Kostkas Referat habe ich Probleme. Die Feststellung, dass jede spezifische Ethikkonzeption[5] mit Einseitigkeiten behaftet ist und deshalb für sich genommen keine von ihnen zu allseits befriedigenden Ergebnissen führt, ist zwar zutreffend, aber auch nicht gerade neu und originell; in der Praxis gibt es sowieso auf der ganzen Welt kein einigermaßen entwickeltes Gesundheitssystem, das irgendeinem Modell in Reinform entspräche, sondern nur Mischmodelle, die unterschiedliche Aspekte in unterschiedlicher Gewichtung akzentuieren und miteinander kombinieren. Es kann also immer nur darum gehen, welche Aspekte mit jeweils welchem Gewicht zum Tragen kommen (sollen).

Gegenüber dem amerikanischen Gesundheitssystem mit seinen stark liberalen Zügen und seiner vergleichsweise bescheidenen sozialstaatlichen Komponente bevorzugt Kostka diesbezüglich eher Gesundheitssysteme nach Art der wohlhabenden kontinentaleuropäischen Länder. Alle sollen – sei es im Rahmen eines steuer- oder eines beitragsfinanzierten Systems – eine mehr als minimale Grundversorgung erhalten, und wer keine eigenen Beiträge leisten kann, für den hat der Staat – also die Solidargemeinschaft – eine Ausfallbürgschaft zu leisten.[6]

---

[4] Ungleichheit muß nicht per se Ungerechtigkeit bedeuten, und wer Ungleichheiten als ungerecht kritisiert, müßte mindestens begründen, warum Gleichverteilungen gerechter wären beziehungsweise was genau den Umschlag von der Ungleichheit zur Ungerechtigkeit bewirkt. Dazu ausführlicher *Schmidt* (2000).

[5] Einschließlich, müßte man redlicherweise ergänzen, die christliche Sozialethik. Denn auch die ist schließlich nur *ein* spezifisches Ethikangebot unter vielen, miteinander konkurrierenden Ansätzen. Auch dessen ist Kostka sich offenbar nicht bewußt.

[6] Kostkas äußerst knappe Bemerkungen zur ethischen Bedenklichkeit des amerikanischen Systems scheinen mir allerdings allzu suggestiv und selbstgefällig; auch da wäre mehr zu leisten als die Bedienung verbreiteter Affekte. Im übrigen zeigt sich an diesem Beispiel deutlich die Problematik eines Vorgehens, das auch noch die (Keule der) Menschenrechte bemüht (*Kostka* 2002, 149 und passim), um das Plädoyer für einen anspruchsvolleren Sozialstaat zu untermauern. Denn dann wäre die amerikanische Praxis

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

So weit, so gut. Die Schwierigkeiten beginnen dort, wo Kostka Vorschläge macht, die über das, was längst gängige Praxis ist, hinausweisen. Da ist zum einen der – auf den ersten Blick durchaus nicht unattraktive – Vorschlag, man möge *innerhalb* der Solidargemeinschaft unterschiedliche Versicherungsmodelle vorsehen, d. h. Modelle, die unterschiedliche gesundheitspolitische Akzente setzen, um so unterschiedlichen Präferenzen ihrer jeweiligen Klientele gerecht zu werden. Jeder muss sich einer von mehreren Versichertengemeinschaften anschließen, aber welcher, darf er selbst entscheiden. Das entspricht in etwa dem, was durch die Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahren ohnehin eingeleitet wurde.[7] Aber dann sollen die Mitglieder sich *konsensuell* über Kriterien und Verfahren der Rationierung innerhalb der einzelnen Versichertengemeinschaften einigen. Wie das zu verstehen ist, erschließt sich mir nicht recht. Zunächst einmal wäre zu klären, was in dem Zusammenhang eigentlich Konsens heißen soll. Etwa Einmütigkeit? Die dürfte in einer heterogen zusammengesetzten Versichertengemeinschaft, deren Mitglieder nach sozialer Lage, Beruf, Geschlecht, Lebensalter usw. ganz unterschiedliche (nicht nur) gesundheitliche Bedürfnisse und Interessen haben, kaum zu erzielen sein; jedenfalls dann nicht, wenn man unterstellt, dass sie sich wenigstens ansatzweise interessenrational verhalten. Wie aber will man dann entscheiden? Etwa nach dem Mehrheitsprinzip? Dann geht es freilich nicht mehr konsensuell zu, sondern droht, wer eine Minderheitenposition vertritt, überstimmt zu werden. Aber wer soll sich eigentlich einer Versichertengemeinschaft anschließen, wenn er damit rechnen muss, nach seinem Beitritt in einer für ihn wichtigen, u. U. *lebenswichtigen* Angelegenheit überstimmt zu werden? Auch ex ante-Konsense bieten keinen Ausweg, denn das können immer nur die Konsense derer sein, die zu einem gegebenen Zeitpunkt bereits Mitglied sind. Wie steht es dann mit neu zu der Versichertengemeinschaft Hinzustoßenden? Der einzige Konsens, den man sich in solchen Zusammenhängen überhaupt vorstellen kann, ist der, den der Urliberale Robert Nozick in ganz gewöhnlichen Markttransaktionen sich manifestieren sieht, wenn mündige Bürger freiwillig in Verträge beliebigen Inhalts einwilligen, die sie mit anderen (gleichfalls mündigen, gleichfalls frei entscheidenden) Erwachsenen schließen. Mit anderen Worten, es ist nichts anderes als der „Konsens" derer, die beim Kauf einer gegebenen Versicherung den Konditionen „zustimmen", welche die Anbieter dafür festgelegt haben; wer damit nicht einverstanden ist, kauft eben keine oder eine andere Versicherung. Aber mit Konsensen dieser Art hat die Marktkritike-

---

(und jedes vergleichbare gesundheitspolitische Regime) ja strenggenommen sogar menschenrechtswidrig. Ich vermute, das vertritt nicht einmal Amnesty International.

[7] Der Unterschied ist nur, dass Kostka *alle* in die Zwangsversicherung einbinden will, also keine exit-Optionen vorsieht, wie es das deutsche Gesundheitssystem für bestimmte Einkommens- und Statusgruppen bekanntlich tut.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

rin Kostka nun wirklich nichts im Sinn. Was will sie dann? Das bleibt unklar. Ich denke, in dem Punkt besteht zumindest noch Präzisionsbedarf.

Die zweite und letzte hier anzusprechende Schwierigkeit sehe ich in der auch von Kostka vorgesehenen Zulassung eines privaten Gesundheitsmarkts, der „solche Bedürfnisse und Maßnahmen" abdecken soll, welche von der „Solidargemeinschaft" nicht zu tragen sind.[8] Hier erführe man gerne mehr darüber, um welcherart Bedürfnisse es sich dabei handeln könnte. Deckt die Solidargemeinschaft im Sinne des § 12 Abs. 3 des deutschen Sozialgesetzbuchs alles ab, was nach dem Stand der medizinischen Technik möglich und unzweifelhaft indiziert ist, dann kann es dabei nur um Bagatellerkrankungen und/oder solche Leistungen gehen, die zwar jeder gerne mitnimmt, aber nicht unbedingt benötigt, um seine „existenziellen Zwecke"[9] realisieren zu können. Dann bräuchte man indes keine Rationierungskriterien mehr, denn wenn der Solidarbereich für alles wirklich Notwendige sorgt, dann hat man auch kein Rationierungsproblem, womit ich wieder beim Ausgangspunkt meiner Ausführungen bin. Eine ernst zu nehmende Rolle kann ein privater Versicherungsmarkt nur spielen, wenn es bei dem, was er zu bieten hat, um mehr als Luxus und gewisse Bequemlichkeiten, d. h. um Essenzielles geht. Sonst bleibt er auf die Nischenrolle beschränkt, die er heute hat, sonst braucht man ihn im Grunde kaum. Vielleicht denkt Kostka das ja in der Tat. Aber dann könnte sie auch gleich sagen, am Liebsten wäre ihr, die Dinge blieben im Wesentlichen so, wie sie sind. Was allerdings nicht ganz frei von Ironie wäre, implizierte es doch, dass das Problem, zu dessen Erörterung und Lösung Kostka mit ihren Überlegungen beitragen will, sich längst erledigt hätte.

C.

Nach so viel Kritik abschließend ein Paar versöhnlichere Worte. Ich habe in der Rolle des Korereferenten naturgemäß größeres Gewicht auf die Herausarbeitung von Schwächen gelegt, wie ich sie in dem Text sehe. Dabei geht leicht unter, was tatsächlich auch an Übereinstimmung besteht. Ich will deshalb mein Lob noch einmal dafür wiederholen, dass hier ein hochbrisantes Thema, das in Deutschland immer noch weitgehend tabuisiert ist, wenigstens einmal angefasst wird; wenn auch, wie mir scheint, nur sehr halbherzig. Und dass die dazu gemachten Vorschläge stark an einer institutionellen Wirklichkeit orientiert sind, die sich bei allen Mängeln, die sie im Einzelnen zweifelsohne hat, bislang zumindest grosso modo gut bewährt hat, ist auch gewiss nicht ehrenrührig. Es ist nur leider, um auch diesen Punkt noch einmal zu wiederholen, nicht zielfüh-

[8] *Kostka* (2002), S. 164.

[9] *Kostka* (2002), S. 151 und passim.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

rend. Die Diskussion zum Themenkomplex Rationierung und Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin hat gerade erst begonnen. Sie bedarf der Fortsetzung – ohne Scheuklappen, auch wenn das, was man dann zu sehen bekommt, nicht immer sehr erfreulich ist. Die Verhältnisse sind eben nicht danach. Aber man kann sich die Wirklichkeit, in die man sich gestellt sieht, nun einmal nicht aussuchen.

Literatur

Kostka, Ulrike (2002): Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen – eine sozialethische Analyse (in diesem Band).

Krämer, Walter (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin, Frankfurt.

Schmidt, Volker H. (1996): Veralltäglichung der Triage, in: Zeitschrift für Soziologie 25, S. 419–437.

– (1999): Rationierung in der Medizin – Schwierige Fragen, ungewisse Antworten, in: Arbeit und Sozialpolitik 53, S. 42–46.

– (2000): Ungleichheit, Exklusion und Ungerechtigkeit, in: Soziale Welt 51, S. 385–402.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Mehr Rationalität im Gesundheitswesen durch Evaluation von Gesundheitsgütern?

Das Beispiel der Transplantationsmedizin

Von Wolfgang Greiner, Konrad Obermann
und J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg[1]

A. Die Evaluation von Gesundheitsleistungen als Grundlage einer rationalen Gesundheitspolitik

Die Problematik steigender Gesundheitsausgaben ist seit Jahren Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Dabei stehen ordnungspolitische, finanzpolitische und sozialpolitische Erwägungen im Vordergrund. Globalisierung des Wettbewerbs und die finanziellen Lasten der deutschen Wiedervereinigung haben den Problemdruck, der mit steigenden Ausgaben bei den Sozialversicherungen verbunden ist, noch verstärkt. Deshalb wird weltweit an Konzepten gearbeitet, wie ein umfassender Schutz vor den finanziellen Folgen von Erkrankungen, eine hohe Qualität und ausreichende Verbreitung von Gesundheitsleistungen sowie eine zumutbare Belastung der Versicherten mit Beiträgen sicher gestellt werden kann.

Ein Weg, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen, ist die Budgetierung der Gesamtausgaben oder zumindest einzelner Leistungsbereiche. Damit wird sowohl ein Anreiz zum Ausschöpfen von Effizienzreserven bei den Leistungserbringern gegeben als auch zur Rationierung der angebotenen Leistungen beigetragen. Werden die Ausgaben auf ein bestimmtes Niveau pro Periode (oder auch die Kopplung der Ausgabensteigerungen an den Zuwachs anderer volkswirtschaftlicher Aggregate wie z. B. der Lohnsumme) ex ante begrenzt, sind Verfahren zur Allokation der knappen Ressourcen erforderlich.

Im Gegensatz zu Marktgütern, bei denen Angebot und Nachfrage Produktionsmengen und -strukturen bestimmen, fehlen bei Gütern, die durch Fisci und

[1] Die Autoren danken dem Transplantationsteam der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) für seine Hilfe bei der Datensammlung. Die Studie wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung finanziert.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Parafisci (z. B. Krankenkassen) finanziert werden, marktmäßige Anhaltspunkte für die „optimale" Produktion. Stattdessen haben politische bzw. staatliche Entscheidungsträger die Aufgabe zu bestimmen, welche Güter in welchen Mengen vom Staat gekauft bzw. produziert werden sollten.[2]

Als Hilfsmittel für die Entscheidungsfindung bei öffentlich bereitgestellten Gütern hat sich die Methode der ökonomischen Evaluation, d. h. Kosten-Nutzen- und Kosten-Wirksamkeitsanalysen etabliert. So sind Kosten-Nutzen-Rechnungen für Großprojekte z. B. in Frankreich und den USA im öffentlichen Bereich Bestandteil der mittel- und langfristigen Finanzplanung.[3] In den sechziger Jahren wurde in den USA darüber hinaus ausgehend vom Verteidigungsbudget ein umfassender Ansatz zur kontinuierlichen öffentlichen Programmplanung und Analyse komparativer Vorteile alternativ möglicher Programme in die Bundesverwaltung implementiert, der auf Kosten-Nutzen- und Kosten-Wirksamkeits-Analysen basiert (Planning-Programming-Budgeting-System – PPBS –)[4]. Bei großen staatlichen Projekten (z. B. Autobahnen, Flugplätze) sind sie in Deutschland sogar gesetzlich vorgeschrieben, um die Wirtschaftlichkeit von Investitionen in der Planungsphase zu prüfen. Dies ist ordnungspolitisch allerdings nur dann akzeptabel, solange keine Marktlösung mit Preissteuerung möglich ist.[5]

Ähnlich wie bei herkömmlichen betriebswirtschaftlichen Rentabilitätsrechnungen werden auch bei Kosten-Nutzen-Analysen dem notwendigen Einsatz von Ressourcen (Kosten) die erwarteten wirtschaftlichen Vorteile (Nutzen) gegenübergestellt.[6] Im Unterschied zur betriebswirtschaftlichen Investitionsrechnung werden bei Kosten-Nutzen-Analysen allerdings volkswirtschaftliche Größen verwendet, die alle relevanten Wirkungen eines Projektes einschließlich seiner externen Effekte umfassen. Bei Kosten-Nutzen-Analysen wird der notwendige Mitteleinsatz (Kosten) mit den erwarteten wirtschaftlichen Vorteilen (Nutzen) verglichen. Bezogen auf das Gesundheitswesen werden dazu in ökonomischen Evaluationsstudien neben den direkten Kosten einer Gesundheitsleistung (z. B. den Behandlungskosten) und den direkten Nutzen[7] (z. B. dem Lebensqualitätsgewinn nach Genesung[8]) auch indirekte Wirkungen bei den Berechnungen berücksichtigt[9]. Mit indirekten Kosten und Nutzen werden die negativen und positiven externen Effekte einer Gesundheitsleistung bezeich-

---

[2] Vgl. *Weigel* (1992), S. 210.

[3] Vgl. *Hedtkamp* (1968), S. 381 f.

[4] Vgl. *Musgrave/Musgrave/Kullmer* (1984), S. 267 ff.

[5] Vgl. *Oberender* (1996), S. 23.

[6] Vgl. *Hall/Mooney* (1990), S. 80.

[7] Vgl. *Joglekar* (1984), S. 287.

[8] *Glaeske* (1995), S. 26.

[9] Vgl. *Zimmermann/Henke* (1994), S. 86.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

net[10], die nach bestimmten methodischen Standards erhoben werden.[11] Im Beispiel der Transplantation gehört dazu die erhöhte Erwerbsfähigkeit, die für die Patienten durch die Operation möglich wird. Neben diesen indirekten Nutzen sind aber auch indirekte Kosten durch die Transplantation denkbar (z. B. durch Krankenhausaufenthalte, die auf Komplikationen nach der Operation zurückgehen).

Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen können nach ihrer grundsätzlichen Methodik im Wesentlichen danach klassifiziert werden, ob neben den Kosten auch die Nutzen einer Maßnahme evaluiert werden. In Abbildung 1 sind die Grundformen schematisch zusammengefasst.

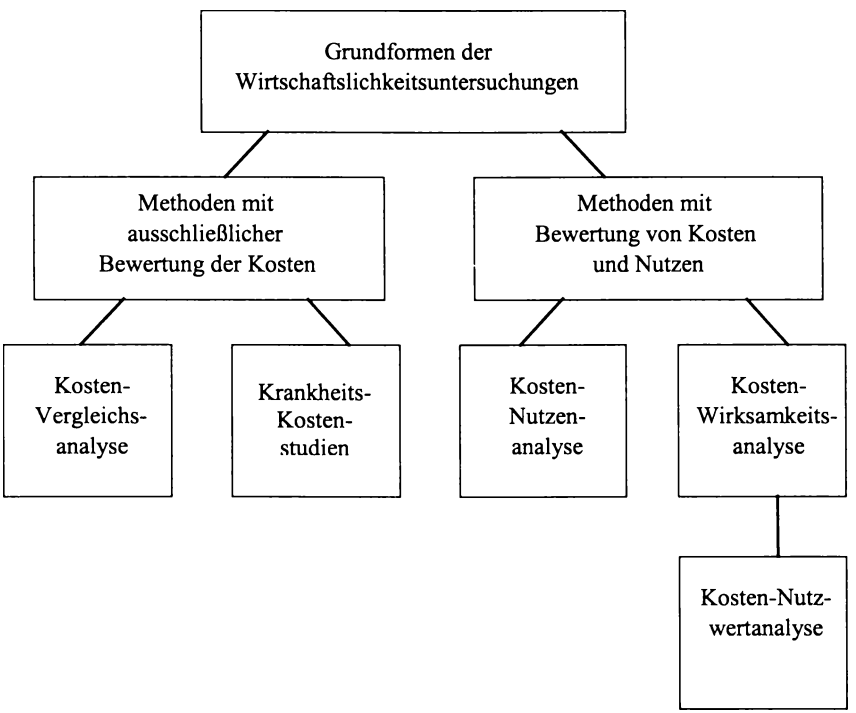

Abbildung 1: Grundformen der Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen

[10] Verwaltungskostenanteile und andere Gemeinkosten, die mit der Behandlung verbunden sind, gehören nicht zu den indirekten Kosten, was in der Literatur teilweise missverständlich dargestellt wird. Vgl. *Haeckel* (1983), S. 69.

[11] Vgl. Hannoveraner Konsensus Gruppe (1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Zielkonflikte sind um so wahrscheinlicher, je knapper die Ressourcen sind, die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. So kann das Ziel einer möglichst kostengünstigen Bereitstellung eines Leistungsbündels im Widerspruch zu dem Ziel einer wohnortnahen Versorgung stehen. Da auch der kleinste positive Grenzertrag einer medizinischen Maßnahme noch die Gesundheit fördert, sind Forderungen von Medizinern und der weiteren Öffentlichkeit zudem nicht selten, die auch den Einsatz von weniger effizienten Therapieformen fordern. Ökonomische Evaluationen können in dieser Situation ihren Beitrag zu einer Versachlichung der Diskussion leisten, in dem sie intersubjektiv nachvollziehbare Informationen zur Effizienz der zur Verfügung stehenden Alternativen liefern.

Das gilt im Besonderen für überdurchschnittlich kostenintensive Verfahren und Leistungen der Hochleistungsmedizin, da dieser Bereich zwar mit einer erhöhten öffentlichen Aufmerksamkeit (und entsprechender politischer Unterstützung) verbunden ist, die Kosten bei zunehmender Knappheit andererseits aber eine Rechtfertigung durch einen entsprechenden Nutzen für die Betroffenen nachweisen müssen. Allerdings ist es nicht möglich, mit Hilfe von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen ein optimale Gesundheitsquote (also den optimalen Anteil am Sozialprodukt für Gesundheitsleistungen) festzulegen; dies ist eine politische Frage. Auf der Makroebene der gesundheitspolitischen Entscheidungen kann aber auf diese Weise über die Frage des Leistungskataloges sowie über den Aufbau neuer Kapazitäten im Gesundheitsbereich auf sachlicher Grundlage geurteilt werden.

Auch in Deutschland ist diese Vorgehensweise mit dem Beginn des sogenannten Health Technology Assessment (HTA) Programmes des Bundesgesundheitsministeriums seit wenigen Jahren verankert. Dabei werden sowohl neue wie etablierte Therapieverfahren auf Grundlage der bestehenden Studienergebnisse auf ihre medizinische und ökonomische Effektivität überprüft. Die Ergebnisse dieses Programmes, die in umfänglichen Berichten niedergelegt sind, werden über das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Buchform und per Internet einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Sie dienen unter anderem auch dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als Informationsquelle für Entscheidungen über den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, sind letztlich also auch ein Instrument einer rationaleren Rationierungsentscheidung. Studien wie die im Folgenden vorgestellte Untersuchung zu Kosten und Nutzen der Lebertransplantation, dienen dann nicht nur dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn oder einer betriebswirtschaftlichen Optimierung der Erstellungsprozesse im Krankenhaus, sondern können auch makroökonomische Bedeutung im Allokationsprozess erlangen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

B. Medizinische Grundlagen der Lebertransplantation

In diesem Abschnitt sollen einige für das Verständnis der Lebertransplantation und seiner ökonomischen Implikationen unerlässliche medizinische Grundlagen gelegt werden. Nach verschiedenen tierexperimentellen Versuchen vor allem am Hund und am Schwein wurden Anfang der sechziger Jahre erste Versuche zur Lebertransplantation am Menschen durchgeführt.[12] Die erste erfolgreiche Transplantation der Leber gelang aber erst 1967. Ein Jahr darauf wurde auch in Bonn die erste Lebertransplantation in Deutschland durchgeführt.

Von Bedeutung für den Erfolg der Lebertransplantation ist vor allem die Wahl des Operationszeitpunktes und die Selektion der Patienten. Jede Erkrankung, die ein Leberversagen nach sich zieht, kommt für die Transplantation in Frage. Auf Grund des Mangels an Organen und der Risiken der Operation wird die Transplantation i. d. R. erst vorgenommen, wenn die Leber ihre vitale Funktion fast verloren hat. Zu diesem Zeitpunkt sind aber meist auch andere Organe schon so gestört, dass die Erfolgsaussichten der Operation nur eingeschränkt vorhanden sind. Die Transplantation selbst ist heute weniger standardisiert als die Nierentransplantation. Dies liegt u. a. daran, dass weit weniger Lebern als Nieren transplantiert werden und dass sich infolge dessen auch weniger Zentren mit dieser Operationstechnik beschäftigen.

Die postoperativen Verläufe nach Lebertransplantationen sind sehr viel unterschiedlicher als z. B. nach Nierentransplantationen. So kann der stationäre postoperative Verlauf unter vier Wochen betragen[13]. Es gibt aber auch Patienten, die nach der Operation noch mehrere Monate im Krankenhaus verbringen müssen. Über zwei Drittel der Patienten müssen mit mindestens einer Abstoßungskrise rechnen.

Die Ein-Jahres-Überlebensraten der Patienten liegen heute bei etwa 80–90 %.[14] Bei Kindern liegt diese Rate sogar noch höher, da bei ihnen meist keine Vorschädigungen durch die jahrelange Erkrankung bestehen. Transplantationszentren, die auch weniger gut erhaltene Organe zur Transplantation verwenden, um so die Wartezeit der Patienten möglichst kurz zu halten, kommen allerdings durchaus auch auf weniger hohe Überlebensraten. Daraus wird deutlich, dass dieser Parameter allein keine Aussage über die Qualität der chirurgischen Leistung zulässt. Einzelne Zentren kommen daher auf weit überdurchschnittliche Ein-Jahres-Überlebensraten, die bei über 90 % der dort operierten

[12] Vgl. *Wagner* (1981), S. 13 und *Calne/Bockhorn/Pichlmayr* (1981), S. 725.

[13] Vgl. *Nagel/Niechzial/Obermann/Henke/Greiner/Pichlmayr* (1994), S. 137.

[14] Vgl. United Network for Organ Sharing (UNOS) (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Patienten liegen können.[15] Nach dem ersten Jahr sinkt die Sterbewahrscheinlichkeit der Patienten auf unter 10 % pro Jahr.

Für den Bereich der Lebertransplantation wurden international bislang nur verhältnismäßig wenige ökonomische Studien zur Kostenwirksamkeit dieser Behandlungsmethode veröffentlicht. Durchgehend wird in diesen Untersuchungen darauf hingewiesen, dass die Kosten pro Fall sehr stark variieren, was in erster Linie auf die vergleichsweise größere Streuung des postoperativen Verlaufes bezüglich der auftretenden Komplikationen, der dann notwendigen zusätzlichen immunsuppressiven Behandlung und die unterschiedliche Dauer der postoperativen Nachsorge zurückgeführt wird.[16]

Für den deutschsprachigen Bereich liegt noch keine umfassende ökonomische Evaluation von Lebertransplantationen vor. Banz et al. führten 1993 eine ökonomische Analyse der chronischen Lebererkrankungen in Deutschland durch, die sich vor allem auf einer Befragung von 15 persönlich interviewten Ärzte (14 Internisten und einer Allgemeinpraktikerin) bezog.[17] Daraus ergaben sich für die alten Bundesländer im Jahr 1989 direkte Kosten für die Behandlung chronischer Lebererkrankungen von insgesamt 565,5 Mio. DM und indirekte Kosten in Höhe von 4,7 Milliarden DM. Dieses Übergewicht der indirekten Kosten ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die vorzeitige Berufsunfähigkeit infolge von Leberzirrhosen in einem relativ frühen Alter auftritt. Zudem ist die Zirrhose häufig eine Folge von Alkoholabusus, von dem häufiger berufstätige Männer betroffen sind als Frauen.

Die Einzige bislang bekannte Studie zur Lebensqualität deutscher Lebertransplantationsempfänger erfasste bei 29 Hamburger Patienten sowie 38 Personen aus Chicago den post-operativen Verlauf anhand des EORTC Lebensqualitäts-Fragebogens.[18] Als Resultat ergab sich, dass alle erfolgreich transplantierten Patienten einen signifikanten Anstieg ihrer Lebensqualität aufwiesen, wobei die psychologischen Parameter der Lebensqualität nur teilweise mit physischen Symptomen korreliert waren und Frauen höhere Werte aufwiesen als männliche Patienten. Abstoßungsperioden führten zur Abnahme der Werte in allen Lebensqualitätsdimensionen. Eine neuere Studie aus Großbritannien[19] kommt zu ähnlichen Ergebnissen; diese Untersuchung setzt bereits die heute als Standard der Messung allgemeiner (also nicht-krankheitsspezifischer) Lebensqualität anerkannten Instrumente SF-36[20] und EuroQol

---

[15] Vgl. *o.V.* (1996a), S. 1.

[16] Vgl. *Staschak/Wagner/Block/Thiel//Jain/Fung/Todo/Starzl* (1990), S. 47.

[17] Vgl. *Banz/Rohrbacher/Schwicker* (1993), S. 58.

[18] Vgl. *Kober/Küchler/Broelsch/Kremer/Henne-Bruns* (1990), S. 117.

[19] Vgl. *Bryan et al.* (1998), S. 118.

[20] Vgl. *Brazier et al.* (1992), S. 160 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

(EQ-5D)[21] ein. Die Werte nach Transplantation erreichten auf einer Skala von 0 bis 100 (mit 100 als best-möglichem Wert) im Mittel 75, was immer noch wesentlich unter den Werten der Normalbevölkerung liegt. Dies ist auf Grund der lebenslangen weiteren Belastung der Patienten durch Immunsuppression, medizinischer Nachsorge und dem Risiko einer chronischen Abstoßungsreaktion nicht überraschend.

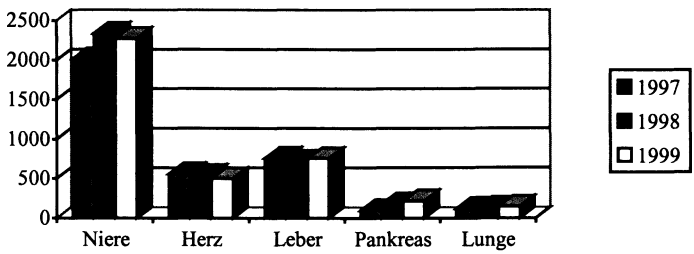

Abbildung 2: Zahl der Organtransplantationen in Deutschland von 1997 bis 1999

C. Ein Fallbeispiel: Ökonomische Evaluation von Lebertransplantationen an der Medizinischen Hochschule Hannover

Unter dem Titel „Medizinische und sozioökonomische Bewertung abdominaler Transplantationen" wurde im Rahmen des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health ein interdisziplinäres Forschungsprojekt für Leber- und Nierentransplantationen durchgeführt, an dem Mediziner, Ökonomen und Sozialwissenschaftler beteiligt waren. Das Projekt gliederte sich in drei Teilbereiche: Neben einem medizinischen Schwerpunkt mit Indikations- und Bedarfsanalyse wurde eine Studie zur Qualitätssicherung durchgeführt. Im ökonomischen Teilbereich wurde die wirtschaftliche Effektivität von Leber- und Nierentransplantationen evaluiert.[22] Dabei wurde bei 60 Leber- und 77 Nierentransplantationen im Zeitraum vom 01. Mai 1993 bis 30. Juni 1994 eine Ermittlung der Kosten dieser Therapieformen aus der Perspektive der Krankenhausleitung durchgeführt. Investitionskosten (v. a. für Gebäude und Geräte) werden bislang nicht von den Krankenhäusern direkt gezahlt, sondern im Rahmen der dualen Finanzierung von den jeweiligen Krankenhausträgern übernommen. Um diese wichtigen Kostenkomponenten nicht außer Acht zu lassen, wurden sie trotz der gewählten Studienperspektive geschätzt und somit (abwei-

[21] Vgl. *Brooks* (1996), S. 53 ff.

[22] Für weitere Einzelheiten der vorgestellten Studie vgl. *Greiner* (1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

chend von der realen Abrechnungspraxis) eine monistische Finanzierung angenommen.

Alle Patienten auf beiden Wartelisten wurden darüber hinaus gebeten, mehrere Lebensqualitätsfragebögen auszufüllen. Dazu gehörten unter anderem der EuroQol[23] und das Nottingham Health Profile (NHP)[24]. Die Ärzte schätzten darüber hinaus regelmäßig die Lebensqualität der Patienten mit Hilfe des Karnofsky-Indexes[25] ein. Nach der Transplantation wurden die Patienten in regelmäßigen Abständen bei den anschließenden Kontrolluntersuchungen erneut befragt (14. postoperativer Tag, 1., 3., 6., 12. und teilweise 14. postoperativer Monat).

Eine zentrale Frage dieser Studie war, ob sich Transplantationen für eine Pauschalhonorierung z. B. in Rahmen von Fallpauschal- oder Sonderentgelt-Systemen aus ökonomischer Sicht überhaupt eignen. Wenn beispielsweise die Fallgruppen für eine solche Honorierungsform zu groß gefasst werden (also eine zu große interne Heterogenität aufweisen) ist die Zahlung von Pauschalbeträgen durch die Kostenträger nicht angemessen. Davon könnte dann ausgegangen werden, wenn die Varianz der Kosten innerhalb der Fallgruppe sehr hoch ist oder nach demographischen Kriterien wie Alter oder Geschlecht variiert. Die Fallgruppen müssten dann mit dem Ziel einer höheren internen Homogenität neu geschnitten werden. Andererseits könnten dabei so kleine Gruppen entstehen, dass eine Mittelwertbildung für das Kollektiv nicht mehr statistisch gesichert möglich ist, da die Anzahl der Merkmalsträger zu klein ist. In diesem Fall wäre aus ökonomischer Sicht die Fallgruppenbildung gescheitert. Die Eingangshypothese zur Studie war aber, dass demographische Kriterien einen nur unwesentlichen Einfluss auf die Durchschnittskosten haben und daher eine Fallgruppenbildung bezogen auf Leber- und Nierentransplantationen möglich ist.

Eine weitere Fragestellung der Studie war das Verhältnis von Kosten und Nutzen bei Transplantationen im Vergleich zu anderen Verwendungsalternativen. Hochtechnologische Gesundheitsleistungen, die mit hohen Kosten verbunden sind, müssen bei budgetierten Gesamtausgaben für den stationären Sektor ihre Berechtigung im Vergleich zu anderen Entscheidungsvarianten nachweisen. Dazu werden nachfolgend die zuvor methodisch vorgestellte Typen der Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen für das Beispiel der Nieren- und Lebertransplantation durchgeführt.

Die Verbreiterung des Angebotes an Spenderorganen war kein zentraler Studiengegenstand. Die vorliegende Evaluation dient dazu, unter den gegebe-

---

[23] Vgl. *Schulenburg/Claes/Greiner/Uber* (1998).

[24] Vgl. *Hunt/McEwen/McKenna* (1986).

[25] Vgl. *Karnofsky/Abenmann et al.* (1949).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nen Knappheitsbedingungen (bezogen auf monetäre, personelle und sachliche Ressourcen wie die Zahl der Transplantate) eine wissenschaftlich abgesicherte Entscheidungsgrundlage für die Gesundheitspolitik zu schaffen. Veränderungen der gesellschaftlichen oder juristischen Rahmenbedingungen (z.B. der Spendebereitschaft oder der Einführung finanzieller Anreize oder so genannter Clublösungen)[26] könnten zwar die Organknappheit mildern, letztlich das Knappheitsproblem aber nicht grundsätzlich lösen. Auch wenn Organe im Überfluss zur Verfügung stünden (z.B. durch eine Perfektionierung der Xenotransplantation), müsste entschieden werden, welcher Anteil des Gesamteinkommens oder Budgets auf die Organtransplantationen verwendet werden sollte.

I. Methodik der Kostenerfassung

Zur Kostenerfassung wurde der Weg des Patienten während des stationären Aufenthaltes in den fünf folgenden Zeitabschnitten separat betrachtet (siehe auch Abbildung 3):

1. unmittelbare präoperative Evaluation,
2. Operation,
3. postoperative Intensivbehandlung,
4. postoperative Behandlung auf der Normalstation,
5. weitere operative Eingriffe (nicht Retransplantation).

Grundlage für die patientenindividuelle Kostenerfassung in dem Projekt war eine direkte Eingabe des Personal- und Sachmittelaufwandes für einen einzelnen Patienten auf Station in ein speziell entwickeltes EDV-Erfassungssystem (ISIS.Doc) über einen Zeitraum von 15 Monaten. Zusätzlich wurden die im Transplantationszentrum durchschnittlich anfallenden Evaluations- und Betreuungskosten für potenzielle Transplantationspatienten bestimmt.

[26] Vgl. *Henning/Greiner* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

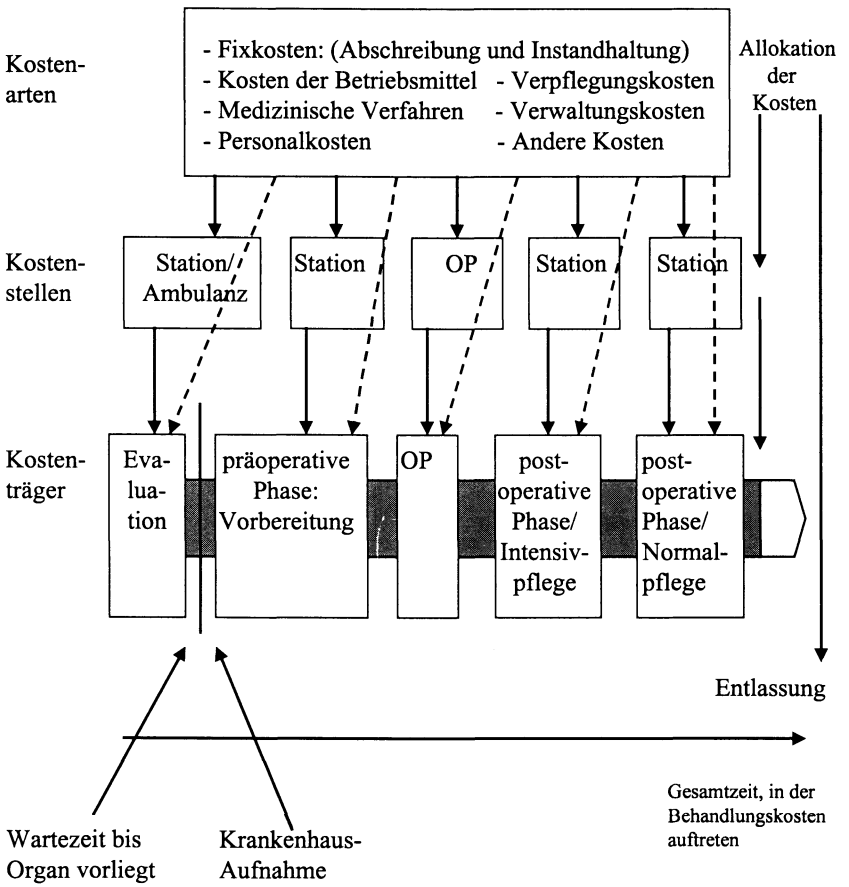

Abbildung 3: Kostenerfassung bei abdominalen Transplantationen im Zeitablauf

II. Kosten der Lebertransplantation

Von den 271 Patienten, die im Beobachtungszeitraum insgesamt auf der Warteliste für Lebertransplantationen geführt waren, wurden 98 transplantiert. Von diesen sind insgesamt 60 Patienten vollständig dokumentiert worden. 22 Patienten erhielten eine Re-Transplantation, 3 Patienten überdies eine dritte Transplantation. 20 Studienpatienten wurden in einem akut lebensbedrohlichen Zustand transplantiert.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

1. Direkte Kosten

Wird der Patient auf die Warteliste genommen, dann muss noch ein umfangreiches Testprogramm absolviert werden. Die einzelnen standardisierten Leistungen addieren sich inklusive der Hotelkosten für eine zehntägige stationäre Unterbringung auf Sach- und Personalkosten in Höhe von 10.452 DM. Da eine große Zahl von evaluierten Patienten nicht auf der Warteliste gemeldet wird, sind die gesamten Kosten des Transplantationsprogramms noch wesentlich höher.

Die direkten Kosten der Lebertransplantation sind in Tabelle 1 für jede Behandlungsphase verzeichnet. Es ergeben sich erwartungsgemäß erheblich höhere Werte als beispielsweise bei der Nierentransplantation, die zudem wesentlich mehr um den Mittelwert streuen als bei dieser anderen abdominellen Transplantationsform (Spanne 85.387 DM bis 507.000 DM).

Tabelle 1
Kosten der Lebertransplantation (n = 60; in DM)

Behandlungsphase	Mittelwert	Minimum	Maximum
Phasenunabhängige Kosten (z.B. Verwaltung und Abrechnung)	9.200,77	4.629,42	21.540,78
Evaluationskosten	10.452,00	10.452,00	10.452,00
Kosten der Organbeschaffung	16.432,50	15.650,00	31.300,00
Kosten der präoperativen Phase	670,00	670,00	670,00
Kosten der Operation	23.321,37	13.953,77	44.769,42
Kosten von Re-Transplantationen	980,96	0,00	25.094,31
Kosten der Behandlung auf Intensivstation	107.589,43	14.696,71	406.921,68
Kosten der Behandlung auf Normalstation	27.545,12	952,96	85.266,13
Kosten weiterer Operationen	4.558,31	0,00	27.578,45
Gesamtkosten	**200.750,46**	**85.386,95**	**507.000,28**

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Ein geschlechtsspezifischer Vergleich zeigt, dass im Durchschnitt kaum Kostenunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten bestehen. Von den 60 Patienten der dokumentierten Studienpopulation sind insgesamt 15 im Beobachtungszeitraum gestorben. Vor allem wegen der erheblich höheren Aufwendungen für die intensivmedizinische Behandlung waren die Kosten der verstorbenen Patienten im Durchschnitt fast doppelt so hoch wie die Kosten der überlebenden Patienten.

2. Indirekte Kosten

Von den 118 transplantierten Patienten, die eine Leber erhielten, sind nach Ablauf eines Jahres 40 gestorben. In Tabelle 2 sind die Mortalitätsdaten der Studienpopulation für fünf Zeitpunkte zusammengefasst.

Unter der Annahme einer durchschnittlichen Überlebensdauer von einem Jahr derjenigen Patienten, für die keine Leber gefunden werden konnte, ergibt sich aus den Daten eine mittlere Mortalität von 24 %[27] bis zum Ende des ersten Jahres nach Transplantation. Die Patienten auf der Warteliste waren im Studienjahr zu 50,2 % erwerbstätig. Bewertet mit dem durchschnittlichen Bruttoeinkommen aus unselbstständiger Arbeit ergeben sich somit im Mittel indirekte Kosten pro Lebertransplantation in Höhe von 5.542 DM.[28]

Tabelle 2

Überlebensstatus nach Lebertransplantation in der Studienpopulation (n = 118)

	14 Tage nach Tx	30 Tage nach Tx	90 Tage nach Tx	183 Tage nach Tx	1 Jahr nach Tx
Anzahl verstorbener Patienten	5	18	27	33	40
Überlebensraten	96 %	85 %	77 %	72 %	66 %

3. Kostenvergleichsstudie: Konventionelle Behandlung versus Lebertransplantation

Ein Vergleich der Kosten einer konventionellen Therapie ohne Transplantation mit einer Lebertransplantation ist ökonomisch wenig sinnvoll, da sie thera-

[27] 4 % + 11 % x 11/12 + 8 % x ¾ + 5 % x ½ + 6 % x ¼ = 24 %.

[28] 46.000 DM x 0,2333 x 0,502 = 5.350 DM.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

peutisch nicht gleichwertig sind. Da die Lebenserwartung von terminal erkrankten Leberpatienten ohne neues Organ durchschnittlich etwa ein Jahr beträgt (Ein-Jahres-Überlebensrate: ca. 45 %), fallen im Allgemeinen nur im ersten Jahr des Vergleichszeitraums Kosten für die Behandlung an. Die mittlere Überlebensdauer auf der Leberwarteliste liegt über diesem Wert, weil für diejenigen Patienten, deren Gesundheitszustand sich während der Wartezeit stark verschlechtert, mit größerer Priorität ein Organ gesucht wird.[29] Durch diese Vorgehensweise sinkt die Mortalität auf der Warteliste, aber gleichzeitig steigt die Mortalität bei den transplantierten Patienten, da der Gesundheitszustand diese Gruppe vor Transplantation im Mittel schlechter als bei den übrigen Patienten auf der Warteliste ist.

Die folgenden Schätzwerte für die Kosten der Behandlung von Patienten mit Leberzirrhose, die keine Transplantation erhalten haben, basieren auf Expertenmeinungen, d. h. es wurde bei dieser Studie keine grundlegende Kostenanalyse wie bei der Transplantation vorgenommen. Die Werte sollen lediglich Vergleichszwecken dienen, sind aber bezüglich ihrer wissenschaftlichen Aussagefähigkeit eingeschränkt. Bei der Abschätzung wurden drei Kostenkomponenten berücksichtigt:

1. Standardmedikation,
2. behandlungsintensive Komplikationen sowie
3. terminale Intensivbehandlung.

Die Standardmedikation für Patienten mit Leberzirrhose kann der folgenden Tabelle 3 entnommen werden, in der auch die mittleren Kosten der Komplikationen und der terminalen Intensivbehandlung ausgewiesen sind. Dazu wurde eine einfache Bewertung mit den Pflegesätzen der MHH vorgenommen.

Tabelle 3

Geschätzte Kosten der Leberzirrhose ohne Transplantation

			Mittlere Kosten pro Jahr (in DM)
1. Kosten der Standardmedikation			
Wirkstoffgruppe	Präparat, z. B.	Dosierung p.T.	
Protonenpumpenblocker	Antra	20 mg	1.780,00
Diuretika	Lasix	30 mg	150,00
Aldosteron-Antagonist	Aldactone	100 mg	665,00
Zwischensumme 1			*2.595,00*

[29] Zur Problematik der Organverteilung vgl. *Greiner* (1998).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Fortsetzung Tabelle 3

2. Kosten der Behandlungskomplikationen				
Komplikation	Inzidenzwahrscheinlichkeit p.a.	Behandlungaufwand	Kosten pro Fall *	
Aszites	75 %	10 Tage Normalstation	6.333,00	4.750,00
Enzephalopathie	50 %	6 Tage Normalstation, 1 Tag Intensivstation	6.622,00	3.311,00
Ösophagus-Varizen-Blutung	20 %	14 Tage Normalstation, 2 Tage Intensivstation	14.510,00	2.902,00
Infektionen	25 %	21 Tage Normalstation	13.300,00	3.325,00
Zwischensumme 2				*14.288,00*
3. Terminale Intensivbehandlung	40 %	7 Tage Intensivstation	19.756,00	7.902,00
Gesamtsumme				**24.785,00**

* Pflegesätze der MHH im Studienjahr: Intensivstation: 2.822,32 DM p. T.; Abteilungspflegesatz Gastoenterologie (inkl. Basispflegesatz): 633,27 DM p. T.

Bei der nachfolgenden Berechnung der Kostenwirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Quotienten wird der so ermittelte Schätzwert unterstellt. Hinzukommen gemäß Statistik der AOK durchschnittlich 64 Tage, an denen chronisch leberkranke Patienten nicht arbeitsfähig sind.[30] Bewertet mit dem durchschnittlichen Bruttoeinkommen aus unselbstständiger Arbeit pro Beschäftigten des Jahres 1993 ergeben sich hieraus indirekte Kosten in Höhe von 8.000 DM.

Indirekte Kosten der Leberzirrhose sind im Wesentlichen die mit dem Wert des volkswirtschaftlichen Produktionsausfall bewerteten verlorenen Lebensjahre, die sich durch den vorzeitigen Tod eines Patienten ohne erfolgreiche Lebertransplantation ergeben. Um diesen Betrag für die Patienten in der Studie einzeln zu erfassen, wurde routinemäßig nach einer Berufstätigkeit sowie dem jeweiligen Nettoeinkommen (eingeteilt nach Einkommensklassen) gefragt. Ausgehend von dreizehn Monatseinkommen pro Jahr und einem 70-

[30] Vgl. AOK-Bundesverband (1995), S. 13.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

prozentigen Aufschlag[31], um das Nettoeinkommen in den Beitrag zur volkswirtschaftlichen Produktionsleistung umzurechnen, ergeben sich die dargestellten Werte (siehe Tabelle 4).Das Verhältnis von Nettoverdienst und Arbeitskosten ist vom jeweiligen Durchschnittssteuersatz, den Sozialabgaben[32] und sonstigen sozialen Aufwendungen der Arbeitgeber abhängig[33], wobei ein durchschnittlicher Aufschlag auf den Nettolohn von 70 % einem Anteil der Steuern und Abgaben am Bruttolohn in Höhe von etwa 40 % entspricht.

Tabelle 4

Einkommen der Patienten mit Lebertransplantation

Einkommens-klasse	Klassenmitte	Jährliche Produktionsleistung	Anzahl Patienten	Prozentsatz
Keine Angabe	--	--	11	--
Nicht berufstätig	--	--	22	45 %
< 1.500 DM	750 DM	16.575 DM	1	2 %
1.500 – 2.000 DM	1.750 DM	38.675 DM	0	0 %
2.000 – 2.500 DM	2.250 DM	49.725 DM	3	6 %
2.500 – 3.000 DM	2.750 DM	60.775 DM	7	14,5 %
3.000 – 3.500 DM	3.250 DM	71.825 DM	5	10 %
3.500 – 4.000 DM	3.750 DM	82.875 DM	3	6 %
> 4.000 DM	4.500 DM	99.450 DM	8	16,5 %
Gesamt			**60**	**100 %**

Für einen Betrachtungszeitraum von längstens 5 Jahren (der mittleren Organüberlebensdauer), einem Diskontierungszinssatz von 5 % und einem durchschnittlichen Rentenbeginn von 62 Jahren[34] ergibt sich für die erwerbstätigen Transplantierten, die den Beobachtungszeitraum überlebt haben, ein Mittelwert an indirektem Nutzen von 317.660 DM. Bezogen auf alle überlebenden Patienten beträgt dieser Wert 120.005 DM. Bei einem Diskontierungszinssatz von 10 % senken sich diese Beträge um 8 % auf 292.150 DM bzw. 110.370 DM. Ohne Diskontierung steigen die Werte um etwa 10 % auf 348.400 DM bzw. 131.620 DM für alle überlebenden Patienten.

[31] Vgl. *o.V.* (1996b), S. 2.

[32] Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1988), S. 179.

[33] Vgl. *o.V.* (1995), S. 8.

[34] Vgl. Verband der Rentenversicherer (1995), S. 83.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Bei Verwendung des Friktionskostenansatzes[35] liegen diese Beträge sehr viel niedriger. Die für 1995 von der amtlichen Arbeitsamtstatistik ausgewiesene durchschnittliche Laufzeit offener Stellen von 47 Tagen ist gegenüber 1994 annähernd gleich geblieben.[36] Legt man diese Periodendauer bei den weiteren Berechnungen zu Grunde, betragen die indirekten Kosten für das Studienkollektiv 9.375 DM (erwerbstätige Patienten), 3.540 DM (überlebende Patienten) und 2.650 DM (alle Patienten). Unterschiedliche Diskontierungssätze beeinflussen dieses Ergebnis wegen der relativ kurzen Zeitspanne nicht, so weit keine unterjährigen Abzinsungen vorgenommen werden.

Die Nachsorge, die bei einer Transplantation für Immunsuppression und Behandlung erforderlich ist (15.005,76 DM Kosten p. a.), lässt vom ersten Jahr an die Kosten der Transplantation über die Kosten der konventionellen Therapie (24.785 DM) ansteigen. Je länger das Organ funktioniert und der Patient am Leben bleibt, desto höher sind die Gesamtkosten des Eingriffs, wie aus Tabelle 5 deutlich wird.

Tabelle 5

Berechnung der langfristigen direkten Kosteneffekte von Lebertransplantationen (Diskontierungszinssatz 5 %)

Abdiskontierte Kosten des	Kosten bei Transplantation	Kosten ohne Transplantation	Differenz
1. Jahres	208.253,34	24.785,00	183.468,34
2. Jahres	13.444,96	0,00	13.444,96
3. Jahres	12.067,72	0,00	12.067,72
4. Jahres	10.942,02	0,00	10.942,02
5. Jahres	10.071,10	0,00	10.071,10
6. Jahres	9.258,31	0,00	9.258,31
7. Jahres	8.500,09	0,00	8.500,09
8. Jahres	7.944,21	0,00	7.944,21
9. Jahres	7.422,00	0,00	7.422,00
10. Jahres	6.794,43	0,00	6.794,43
Gesamtkosten	**294.698,19**	**24.785,00**	**269.913,19**

[35] Vgl. *Koopmanschap* (1994).

[36] Vgl. Bundesanstalt für Arbeit (1996), S. 53.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Ob diese Kosten im Hinblick auf den damit erlangten Nutzen gerechtfertigt erscheinen, soll in den nächsten Abschnitten geprüft werden.

4. Kosten-Wirksamkeit von Leber-Transplantationen

Durch eine erfolgreiche Lebertransplantation wird eine erhebliche Anzahl von Lebensjahren hinzugewonnen. Bei den weiteren Berechnungen wurde von einer durchschnittlichen Überlebenszeit für Patienten, für die kein Organ gefunden werden konnte, von einem Jahr ausgegangen, was eine optimistische Schätzung darstellt, um den Nutzen der Transplantation nicht zu überschätzen. Die Mortalitätswerte der Studienpopulation können der Tabelle 6 entnommen werden. Für die Abschätzung langfristiger Mortalitätswirkungen wurden Daten der Stiftung EuroTransplant herangezogen:

Tabelle 6

Überlebensraten nach Lebertransplantation deutscher Patienten im Studienjahr

Zeitraum nach Transplantation	Überlebensrate Organ (%)	Überlebensrate Patient (%)
1 Monat	74	82
3 Monate	66	74
6 Monate	61	70
1 Jahr	56	64
2 Jahre	50	59
3 Jahre	48	56
4 Jahre	45	53
5 Jahre	43	51
6 Jahre	41	49
7 Jahre	39	47
8 Jahre	38	46
9 Jahre	37	45
10 Jahre	35	43

Quelle: Auskunft der Stiftung EuroTransplant (1995), Leiden, Daten für deutsche Transplantationszentren

Den folgenden Berechnungen (Tabelle 7) liegt ein Diskontierungszinssatz von 5 % für Kosten und Überlebenszeit sowie ein Zeithorizont von 20 Jahren zu Grunde. Dabei wird außerdem angenommen, dass nach 20 Jahren alle Transplantierten verstorben und die Todeszeitpunkte von Zeitstufe zu Zeitstufe gleichmäßig verteilt sind. Unter diesen Voraussetzungen ergeben sich durch-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

schnittlich 4,6 Jahre mittlere Lebenszeit nach Transplantation. Ohne Diskontierung ergeben sich 6,5 Jahre, bei einem Diskontierungszinssatz von 10 % 3,4 Jahre.

Tabelle 7

Berechnung gewonnener Lebensjahre bei Lebertransplantations-Patienten

Zeitraum nach Tx	Überlebensrate Patient	Gewonnene Lebensjahre	Kumulierte Lebensjahre
14 Tage	96 %	0,04	0,04
1 Monat	85 %	0,04	0,08
3 Monate	77 %	0,13	0,21
6 Monate	72 %	0,19	0,40
1 Jahr	66 %	0,34	-0,26 *
2 Jahre	59 %	0,60	0,34
3 Jahre	56 %	0,52	0,86
4 Jahre	53 %	0,47	1,33
5 Jahre	51 %	0,43	1,76
6 Jahre	49 %	0,39	2,15
7 Jahre	47 %	0,36	2,51
8 Jahre	46 %	0,33	2,84
9 Jahre	45 %	0,31	3,15
10 Jahre	43 %	0,28	3,43
11 Jahre	39 %	0,25	3,68
12 Jahre	34 %	0,22	3,90
13 Jahre	30 %	0,18	4,08
14 Jahre	26 %	0,14	4,22
15 Jahre	22 %	0,12	4,34
16 Jahre	17 %	0,10	4,44
17 Jahre	13 %	0,07	4,51
18 Jahre	9 %	0,04	4,55
19 Jahre	4 %	0,03	4,58
20 Jahre	0 %	0,01	4,59

** Bei den Berechnungen wurde eine mittlere Überlebensdauer ohne Transplantation von einem Jahr unterstellt.*

Aus dem vorangehenden Abschnitt ist deutlich geworden, dass die Lebertransplantation mit vergleichsweise hohen Kosten verbunden ist. Gleichzeitig

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

hat die Berechnung gewonnener Lebensjahre auch einen hohen Nutzen dieses medizinischen Eingriffs verdeutlicht. Die direkten Kosten pro gewonnenem Lebensjahr betragen nach einer mittleren Organüberlebenszeit von fünf Jahren (229.994,14 DM / 1,76 Jahre =) 130.666 DM. Für Patienten mit längerer Überlebenszeit sind die Kosten pro gewonnenem Lebensjahr wegen des fallenden Kostendurchschnittwertes geringer, wie die Berechnungen in Tabelle 8 zeigen.

Tabelle 8

Berechnung der Kosten pro gewonnenem Lebensjahr nach Lebertransplantation

	Kosten mit Transplantation (DM)	Kosten ohne Transplantation (DM)	Kumulierte Differenz (DM)	Gewonnene Lebensjahre	Kosten / Gewonnenem Lebensjahr
1. Jahr	208.253,34	24.785,00	183.468,34	- 0,26	--
2. Jahr	13.444,96	0,00	196.913,29	0,34	579.106,06
3. Jahr	12.067,72	0,00	208.981,02	0,86	242.557,89
4. Jahr	10.942,02	0,00	219.923,04	1,33	165.062,38
5. Jahr	10.071,10	0,00	229.994,14	1,76	130.665,98
6, Jahr	9.258,31	0,00	239.252,45	2,15	111.180,33
7. Jahr	8.500,09	0,00	247.752,55	2,51	98.701,67
8. Jahr	7.944,21	0,00	255.696,76	2,84	90.015,63
9. Jahr	7.422,00	0,00	263.118,75	3,15	83.568,40
10. Jahr	6.794,43	0,00	269.913,19	3,43	78.642,10
11. Jahr	5.823,80	0,00	275.736,99	3,68	74.868,41
12. Jahr	4.930,20	0,00	280.667,19	3,90	72.027,71
13. Jahr	4.108,50	0,00	284.775,69	4,08	69.862,42
14. Jahr	3.353,88	0,00	288.129,56	4,22	68.205,06
15. Jahr	2.661,81	0,00	290.791,37	4,34	66.942,33
16. Jahr	2.028,04	0,00	292.819,42	4,43	65.995,12
17. Jahr	1.448,60	0,00	294.268,02	4,51	65.306,81
18. Jahr	919,75	0,00	295.187,77	4,55	64.836,06
19. Jahr	437,98	0,00	295.625,74	4,58	64.552,26
20. Jahr	0,00	0,00	295.625,74	4,59	64.432,55
Gesamt	**320.410,74**	**24.785,00**			

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Diesen Berechnungen liegt ein Diskontierungszinssatz von 5 % zu Grunde. Für eine mittlere Überlebenszeit von 5 Jahren ergeben sich ohne Berücksichtigung einer Diskontierung Kosten pro gewonnenem Lebensjahr von 117.325 DM; bei einem Diskontierungssatz von 10 % beträgt dieser Wert 145.011 DM.

5. Kosten-Nutzwert von Leber-Transplantationen

Der sehr stabile Verlauf der Lebensqualität nach Lebertransplantationen ist in Abbildung 4 dargestellt. Die Werte für weibliche Patienten sind zu jedem Zeitpunkt geringer als für Männer.

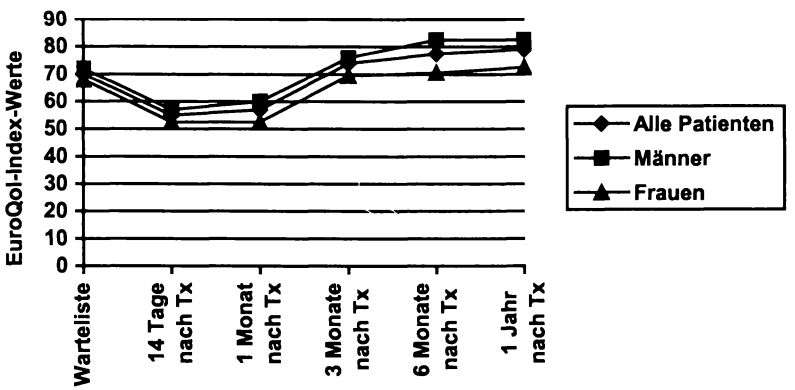

Abbildung 4: Lebensqualität vor und nach Lebertransplantation *(EuroQol-Index-Werte)*

Die Ergebnisse weisen außerdem darauf hin, dass die deutsche Version des EuroQols hinreichend valide und sensitiv ist, um die Lebensqualitätseffekte nach Transplantationen zu bewerten. Für die folgende Berechnung des Kosten-Nutzwert-Quotienten sollen diese Lebensqualitätsdaten als Näherungswert verwendet werden, da keine Standard-Gamble oder Time-Trade-Off-Befragungen im Rahmen der Studie durchgeführt worden sind, um Nutzwerte zu bestimmen.

Auch für die Berechnung der gewonnenen QALYs wurde ein Diskontierungszinssatz von 5 % angesetzt. Patienten mit Lebertransplantation haben zwar gegenüber der konventionellen Therapie eine wesentlich verbesserte Überlebenswahrscheinlichkeit, andererseits ist ihre mittlere Überlebensdauer vergleichsweise gering. Sie betragen 3,85 gewonnene QALYs (Tabelle 9) und ohne Diskontierung 5,3 gewonnene, qualitätskorrigierte Lebensjahre.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Tabelle 9
Berechnung der QALYs nach Lebertransplantation

Zeitraum nach Tx	Überlebensrate Patient	LQ-Index	Gewonnene QALYs	Kumulierte QALYs
14 Tage	96%	0,55	-0,006	-0,006
1 Monat	85%	0,58	-0,005	-0,011
3 Monate	77%	0,74	-0,004	-0,015
6 Monate	72%	0,78	0,015	0,000
1 Jahr	66%	0,79	0,039	0,039
2 Jahre	59%	0,8	0,476	0,515
3 Jahre	57%	0,8	0,419	0,934
4 Jahre	53%	0,8	0,379	1,313
5 Jahre	51%	0,8	0,342	1,655
6 Jahre	48%	0,8	0,310	1,965
7 Jahre	46%	0,8	0,281	2,246
8 Jahre	45%	0,8	0,258	2,504
9 Jahre	44%	0,8	0,239	2,743
10 Jahre	41%	0,8	0,219	2,962
11 Jahre	37%	0,8	0,193	3,155
12 Jahre	33%	0,8	0,164	3,319
13 Jahre	29%	0,8	0,138	3,457
14 Jahre	25%	0,8	0,113	3,570
15 Jahre	21%	0,8	0,092	3,662
16 Jahre	17%	0,8	0,071	3,733
17 Jahre	12%	0,8	0,053	3,786
18 Jahre	8%	0,8	0,036	3,822
19 Jahre	4%	0,8	0,021	3,843
20 Jahre	0%	0,8	0,007	3,850

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Für die Berechnung des Kosten-Nutzwert-Quotienten für Lebertransplantationen kann nunmehr auf die bislang schon vorgestellten Ergebnisse zurückgegriffen werden. Bei einem Diskontierungsfaktor von 5 % treten bei der Lebertransplantation auf einen Zeitraum von 20 Jahren mittlere zusätzliche Kosten in Höhe von 295.626 DM auf. Bei gleicher Abzinsung ergeben sich knapp 3,85 QALYs, und somit „kostet" ein QALY 76.796 DM. Verzichtet man auf die Diskontierung, beträgt dieser Wert 63.581 DM, bei 10 % Abzinsung 91.446 DM.

D. Diskussion

Transplantationen gehören heute bereits für eine große Zahl von Kliniken zum Standardprogramm der angebotenen Leistungen und sind dem Stadium der experimentellen Medizin schon seit Jahren entwachsen. Trotzdem bleibt jeder dieser Eingriffe ein sehr kostenintensiver Vorgang aus dem Bereich der Hochleistungsmedizin. Die so eingesetzten immensen finanziellen und personellen Mittel bedürfen zunehmend auch bezüglich ihrer ökonomischen Vorteilhaftigkeit gegenüber anderen medizinischen Leistungen einer Legitimation. Gerade im Gebiet der Hochleistungsmedizin sind wegen der damit verbundenen beträchtlichen Kosten Verfahrensweisen erforderlich, die die relative Vorteilhaftigkeit einzelner Verwendungsalternativen deutlich machen können, da Marktprozesse nur noch eingeschränkt über den Ausgleich von Angebot und Nachfrage bestimmen. Stattdessen weist die in einer sonst marktwirtschaftlichen Ordnung sehr weitgehende Regulierung des deutschen Gesundheitswesens staatlichen und parafiskalischen Instanzen bei der Allokation der begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen die entscheidende Bedeutung zu.

Gegenstand dieser Studie war vor diesem Hintergrund v. a. die Frage, ob das heute zur Verfügung stehende Instrumentarium der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung bereits geeignet ist, den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern bei der Allokation der (z. B. durch Budgetierung ganzer Gesundheitssektoren oder durch den gesetzlich fixierten Grundsatz der Beitragssatzstabilität) knappen Ressourcen zu unterstützen. Für hochleistungsmedizinische Verfahren stellt sich diese Frage in besonderem Maße, da in diesem Fall immer auch die Versorgung der breiten Bevölkerung mit Basisleistungen betroffen ist, die potenziell durch Transplantationen und ähnlich aufwendige Leistungen zumindest partiell verdrängt werden könnten. Die Rationierungsproblematik ist also bei nicht unbeschränkt vorhandenen Mitteln permanent gegenwärtig und kann nur mit Hilfe hinreichender Informationen über Kosten und Nutzen möglicher Verwendungsalternativen auf rationaler Basis analysiert und entschieden werden.

Lebertransplantationen gehören zu den hochtechnologischen Medizinverfahren. Im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen ist die Kostenwirk-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

samkeit der Lebertransplantationen im Hinblick auf die Quotienten Kosten pro gewonnenem Lebensjahr und Kosten pro QALY eher gering und würde bei allen bekannten Leaguetabellen am unteren Ende aufgeführt werden. Wenn dennoch der politische Wille besteht, die Transplantation von Lebern weiter zu fördern, so bedarf dies angesichts knapper Ressourcen im Gesundheitswesen einer eingehenden Begründung. Vor allem eine Senkung der hohen Mortalität nach der Operation würde das Kosten-Nutzen-Verhältnis wirksam verbessern, während beispielsweise die Lebensqualitätsgewinne, die durch eine erfolgreiche Lebertransplantation möglich sind, schon jetzt evident sind. Auch eine Änderung der im Transplantationswesen zur Zeit unvermeidlichen Rationierungsentscheidung zu Gunsten von Patientengruppen mit einem günstigeren Kosten-Wirksamkeits-Quotienten wäre in diesem Zusammenhang denkbar, aber ethisch nicht unproblematisch. Allerdings sind die Ergebnisse ökonomischer Evaluationsstudien für individuelle Selektionsentscheidungen ungeeignet; sie sind aber ergänzend nutzbar für Entscheidungen über den Aufbau weiterer Kapazitäten im Gesundheitswesen oder zur Festlegung von Rationierungsregeln.

Im Sinne einer stärkeren Orientierung des Gesundheitswesens an den Bedürfnissen des Patienten[37], sind Evaluationen wie diese vor dem Hintergrund beschränkter Ressourcen erforderlich, um den politischen Prozess der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen transparenter und effizienter zu machen. Damit wird gleichzeitig ein Teil der Verantwortung für unvermeidbare Rationierungsentscheidungen an die Politik zurückgegeben. Zukünftig werden Leistungserbringer daher ökonomische Evaluationsstudien zunehmend in der eigenen Argumentation nutzen können, wenn sie daran mitwirken, schwierige Allokationsprozesse zu planen, durchzuführen und letztlich auch zu rechtfertigen.

Literatur

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (1995): Krankheitsartenstatistik 1992, Bonn.

Banz, K. / Rohrbacher, R. / Schwicker, D. (1993): Die Sozioökonomie der chronischen Lebererkrankungen in Deutschland, Bern u. a.

Brazier, J. E. et al. (1992): Validating the SF-36 health survey questionnaire – new outcome measure for primary care, in: British Medical Journal, Vol. 305, 1992, S. 160–164.

[37] Breyer und Leidl verweisen allerdings darauf, dass aus strikt individualistischer Sicht Kosten-Nutzwert-Analysen nur dann zu interpretierbaren Ergebnissen führen, wenn die Präferenzen der Versicherungsnehmer identisch sind. Vgl. *Breyer/Leidl* (1997), S. 134.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Breyer, F. / *Leidl,* R. (1997): Wozu dient Evaluation im Gesundheitswesen?, in: Knappe, E. (Hrsg.): Reformstrategie „Managed Care", Gesundheitsökonomische Beiträge Nr. 28, Baden-Baden, S. 121–138.

Brooks, R. (1996): EuroQol – the current state of the play, in: Health Policy, Vol. 37, 1996, S. 53–72.

Bryan, S. et al. (1998): Health-related quality of life following liver transplantation, in: Quality of life research, Vol. 7, 1998, S. 115–120.

Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.) (1996): Arbeitsmarkt 1994, Jg. 44, S. 47–53.

Calne, R. Y. / *Bockhorn,* H. / *Pichlmayr,* R. (1981): Lebertransplantation, in: Pichlmayr, R. (Hrsg.): Transplantationschirurgie, Berlin u. a., S. 725–774.

Glaeske, G. (1995): Kosten-Nutzen-Bewertung der ambulanten Arzneimittelversorgung durch Kassen und Krankenversicherung, in: Kori-Lindner, C.: Pharmakoökonomie in Deutschland – gesetzliche Rahmenbedingungen, Vorgaben und Umsetzung in die Praxis, Aulendorf, S. 19–27.

Greiner, W. (1998): Organverteilungssysteme im Transplantationswesen aus ökonomischer Sicht, in: Ethik in der Medizin, 10. Jg., 1998, S. 64–73.

– (1999): Ökonomische Evaluationen von Gesundheitsleistungen – Fragestellungen, Methoden und Grenzen dargestellt am Beispiel der Transplantationsmedizin, Baden-Baden.

Haeckel, R. (1983): Cost-benefit analysis, in: Journal of Automatic Chemistry, Vol. 5, 1983, Nr. 2, S. 68–70.

Hall, J. / *Mooney,* G. (1990): What every doctor should know about economics – Part 2 (The benefits of economic appraisal), in: The Medical Journal of Australia, Vol. 152, 1990, S. 80–82.

Hannoveraner Konsensus Gruppe (1999): Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – Revidierte Fassung des Hannoveraner Konsens, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Vol. 4, S. A62–A65.

Hedtkamp, G. (1968): Lehrbuch der Finanzwissenschaft, Berlin.

Henning, A. / *Greiner,* W. (2000): Organknappheit im Transplantationswesen – Lösungsansätze aus ökonomischer Sicht, in: Gesundheitswesen, 62. Jg., 2000, S. 93–99.

Hunt, S. M. / *McEwen,* J. / *McKenna,* S. P. (1986): Measuring Health Status, London u. a.

Joglekar, P. N. (1984): Cost-benefit studies of health care programs, in: Evaluation & The Health Professions, Vol. 7, 1984, Nr. 3, S. 285–303.

Karnofsky, D. A. / *Abenmann,* W. H. (1994): The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma, in: Cancer, November 1994, S. 634–656.

Kober, B. / *Küchler,* Th. / *Broelsch,* Ch. / *Kremer,* B. / *Henne-Bruns,* D. (1990): A psychological support concept and quality of life research in a liver transplantation program: An interdisciplinary multicenter study, in: Psychother Psychosom, Vol. 54, 1990, S. 117–131.

Koopmanschap, M. A. (1994): Complementary analyses in economic evaluation of health care, Diss., Rotterdam.

Musgrave, R.A.. / *Musgrave,* P.B. / *Kullmer,* L. (1984): Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis, 1. Band, 3., völlig überarbeitete Auflage, Tübingen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Nagel, E. / *Niechzial,* M. / *Obermann,* K. / *Henke,* K.-D. / *Greiner,* W. / *Pichlmayr,* R. (1994): Ökonomische Aspekte der Transplantationschirurgie, in: Neugebauer, E. / Troidl, H. (Hrsg.): Effektivität und Ökonomie chirurgischen Handelns, Stuttgart u. a., S. 135–140.

Oberender, P. (1996): Notwendigkeit und Grenzen pharmakoökonomischer Studien, in: Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.): Ökonomie in der Medizin, Stuttgart, New York, S. 17–25.

o.V. (1995): Abgabenbelastung: Lasten gemeinsam geschultert, in: Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft (iwd), 21. Jg., 1995, Nr. 6, S. 8.

o.V. (1996): Künstliche Leber soll in wenigen Tagen erstmals angewandt werden, in: Ärzte-Zeitung vom 31.01.1996, S. 1.

o.V. (1996b): Nettoverdienste international - Die drückende Last der Abgaben, in: Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft (iwd), 22. Jg., 1996, Nr. 7, S. 2.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1988): Jahresgutachten 1988 – Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden.

Schulenburg, J.-M. Graf v.d . / *Claes,* C. / *Greiner,* W. / *Uber,* A. (1998): Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 6. Jg., 1998, Heft 1, S. 3–20.

Staschak, S. / *Wagner,* S. / *Block,* G. / *Thiel,* D. H. van / *Jain,* A. / *Fung,* J. / *Todo,* S. / *Starzl,* T. E. (1990): A Cost Comparison of Liver Transplantation with FK506 or CyA as the Primary Immunosuppressive Agent, in: Transplantation Proceedings, Vol. 22, 1990, Nr. 1, Suppl., S. 47–49.

United Network for Organ Sharing (UNOS) (2000): Transplant Patient DataSource, Richmond VA.

Verband der Rentenversicherer (VDR) (1995): VDR-Statistik Band 113 – Rentenzugänge 1994, Bonn.

Wagner, E. (1981): Geschichtlicher Abriß der Organtransplantation, in: Pichlmayr, R. (Hrsg.): Transplantationschirurgie, Berlin u. a., S. 11–16.

Weigel, W. (1992): Ökonomie des öffentlichen Sektors – Eine Einführung in die Finanzwissenschaft, Wien.

Zimmermann, H. / *Henke,* K.-D. (1994): Finanzwissenschaft, 7. Auflage, München.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Wirtschaftlichkeitsrechnungen sind nicht der wichtigste Beitrag der Ökonomik zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen

Von Ingo Pies

Das Referat von Greiner, Obermann und v.d. Schulenburg dokumentiert eine gesundheitsökonomische Evaluation von 60 Lebertransplantationen. Anhand dieses Beispiels wollen die Autoren zeigen, dass Wirtschaftlichkeitsrechnungen geeignet sind, die Informationsbasis für Rationierungsentscheidungen zu verbessern. Sie sehen hierin einen wichtigen Beitrag der Ökonomik für mehr Rationalität im Gesundheitswesen.

Die Zurückhaltung, die sich die Autoren auferlegen, wenn sie in Teil D ihre Schlussfolgerungen aus der Wirtschaftlichkeitsrechnung formulieren, steht zu ihrer eigentlichen These allerdings in einem gewissen Spannungsverhältnis.

a) Auf der einen Seite weist die Studie vergleichsweise niedrige Kosten-Nutzwerte für Lebertransplantationen aus und bescheinigt ihnen zudem eine geringe Kostenwirksamkeit. Auf der anderen Seite jedoch folgern die Autoren hieraus (S. 211): „Wenn dennoch der politische Wille besteht, die Transplantation von Lebern weiter zu fördern, so bedarf dies angesichts knapper Ressourcen im Gesundheitswesen einer eingehenden Begründung."

b) Auf der einen Seite kommt die Studie ferner zu dem Ergebnis, die niedrige Erfolgsrate sei nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass angesichts eines gravierenden Nachfrageüberschusses auf dem gegenwärtigen „Markt" für Lebertransplantationen nach Dringlichkeit rationiert wird, so dass ausgerechnet jene Patienten vorrangig behandelt werden, bei denen die Krankheitssymptome bereits weit vorangeschritten sind, was die Wahrscheinlichkeit von Heilungserfolgen notwendig beeinträchtigt. Auf der anderen Seite schreiben die Autoren (S. 211): „[E]ine Änderung der im Transplantationswesen zur Zeit unvermeidlichen Rationierungsentscheidung zu Gunsten von Patientengruppen mit einem günstigeren Kosten-Wirksamkeits-Quotienten wäre ... denkbar, aber ethisch nicht unproblematisch." Welche Schlussfolgerungen aus der vorgestellten Wirtschaftlichlichkeitsrechnung denn nun tatsächlich zu ziehen sind – oder zu ziehen empfohlen werden –, ist dem Text folglich selbst dann nur schwer zu entnehmen, wenn man den Autoren eine stilistische Präferenz für vorsichtige

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Andeutungen zu konzedieren bereit ist und nicht einfach der Entschlusslosigkeit zurechnet.

Doch selbst für den Fall, dass das Ergebnis der vorgestellten Wirtschaftlichkeitsrechnung deutlicher ausgefallen – oder deutlicher formuliert worden – wäre, stellte sich immer noch die Frage, mit welchen Auswirkungen zu rechnen wäre und ob diese tatsächlich primär darin bestünden, zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen beizutragen. Hier scheint Skepsis angebracht, und zwar aus folgender Überlegung heraus: Eine volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse wäre nur dann ein ideales Instrument ökonomischer Politikberatung, wenn es einen Akteur gäbe, der eine effiziente Allokation im Gesundheitswesen erreichen *will* und erreichen *kann*. Pointiert ausgedrückt, setzen solche Wirtschaftlichkeitsrechnungen einen wohlmeinenden Diktator als Adressat voraus, der zwar allmächtig, aber nicht allwissend ist, so dass es möglich wäre, seine Informationsbasis durch eine volkswirtschaftliche Berechnung der Kosten und Nutzen alternativer Allokationsentscheidungen auf eine handlungswirksame Weise zu verbessern.

In einer Welt jedoch, in der wir es mit einem Politik*prozess* zu tun haben, dessen Ergebnisse durch die Interaktionen verschiedener Akteure mit verschiedenen Handlungsinteressen bestimmt werden, ist eine volkswirtschaftliche Kosten und Nutzen saldierende Wirtschaftlichkeitsrechnung *kein* ideales Instrument ökonomischer Politikberatung. Denn in einer solchen Welt mangelt es Informationen, die so generiert werden, an Anreizkompatibilität. Ein wohlmeinender Diktator würde begierig jede einschlägige Information aufgreifen und umsetzen, um das Gemeinwohl zu fördern. Warum aber sollte z. B. ein Krankenhaus sich von niedrigen oder gar negativen volkswirtschaftlichen „Erträgen" beeindrucken lassen, solange sich Lebertransplantationen betriebswirtschaftlich rechnen?

Dass sich eine Wirtschaftlichkeitsrechnung nur sehr eingeschränkt als Instrument ökonomischer Politikberatung eignet, wird insbesondere daran ersichtlich, dass bei dieser Methode Politikprobleme handlungstheoretisch konzeptualisiert werden. Es werden ja die Kosten und Nutzen einer *Entscheidung* untersucht. Fraglich ist, ob hierbei die tatsächlich relevanten Alternativen politischer Probleme adäquat erfasst werden. Um es am konkreten Beispiel zu illustrieren: In ihrem Referat untersuchen Greiner, Obermann und v.d. Schulenburg die mit Lebertransplantationen verbundenen Kosten und Nutzen und stellen diese Effekte der Alternative gegenüber, Leberkranke einer traditionellen Behandlung ohne Transplantation zu unterziehen. Ihre Kosten-Nutzen-Analyse – allgemein: *jede* Kosten-Nutzen-Analyse – zielt auf eine Beratung hinsichtlich der Spiel*züge* im System. Hierbei wird das institutionelle Setting als gegeben vorausgesetzt. Nur vorsichtig wird angedeutet, dass man sich auch einen Wechsel des Rationierungsverfahrens vorstellen könnte, was dann zur

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Folge hätte, Zuteilungsentscheidungen so zu treffen, dass die Erfolgschancen einer Lebertransplantation steigen würden. Insgesamt wird jedoch ausgeblendet, dass eine politisch relevante Alternative darin bestehen könnte, das Angebot an Transplantationen wirksam zu erhöhen und so den Zwang zur Rationierung zu mildern. Dies würde andere Spiel*regeln* des Systems voraussetzen. Pointiert ausgedrückt, geht es der Kosten-Nutzen-Analyse darum, wie man ein gegebenes Spiel *besser* spielen kann, nicht darum, dass man besser ein *anderes* Spiel spielen sollte.[1]

Vor diesem Hintergrund ist darauf aufmerksam zu machen, dass die ökonomische Argumentationsfigur sozialer Dilemmata sich als Instrument wissenschaftlicher Politikberatung wesentlich besser eignet, weil sie das scheinbare Paradoxon auflösen kann, auf der einen Seite erklären zu können, warum sich Akteure so verhalten, wie sie es tatsächlich tun, und *gleichzeitig* auf der anderen Seite erklären zu können, warum es in ihrem gemeinsamen Interesse läge, sich dennoch anders zu verhalten. Aufgelöst wird dieses Paradoxon durch eine kategoriale Unterscheidung zwischen Handlungsinteressen und Regelinteressen: In einem sozialen Dilemma führen konfligierende Handlungsinteressen zu einem pareto-inferioren Nash-Gleichgewicht und konstituieren damit ein gemeinsames Regelinteresse an einer wechselseitigen Besserstellung. Hier wird das Politikproblem nicht handlungstheoretisch, sondern institutionentheoretisch ausgelegt. Die so generierte Erkenntnis, dass es pareto-superiore Regelarrangements gibt, ist per se anreizkompatibel, weil hier bereits die Information als Anreiz verhaltenswirksam ist.[2]

Der entscheidende Punkt, auf den hier aufmerksam gemacht werden soll, lässt sich graphisch verdeutlichen. Bei einer Kosten-Nutzen-Analyse wird die Situation als solche akzeptiert, und es wird gefragt, wie sich ein Entscheidungsträger verhalten sollte, wenn er – die gesellschaftlichen Kosten und Nutzen abwägend – ein effizientes Ergebnis herbeiführen will. Im vorliegenden Fall bedeutet dies, einen Trade-off zu akzeptieren zwischen den Zielen derer, die auf den Rationierungslisten oben stehen, und den Interessen derer, die auf den Rationierungslisten etwas weiter unten stehen und sich im Zeitablauf erst noch „qualifizieren" müssen, eine höhere Dringlichkeit zuerkannt zu bekommen. Bezeichnet man die erste Gruppe als Schwerst-Kranke und die zweite Gruppe als Schwer-Kranke, so zeigt Abbildung 1 zum einen den gegenwärtigen Status quo (S) und zum anderen einen Punkt (Z), bei dem Lebern so zugeteilt werden, dass eine höhere Kostenwirksamkeit bzw. ein höherer Kosten-

[1] Zur ökonomischen Diskussion alternativer Allokationsarrangements für knappe Spenderorgane vgl. z. B. *Oberender* (1995). Solche Überlegungen sind den Autoren natürlich nicht unbekannt – vgl. etwa *Greiner* (1998) oder (2000) –, doch konzentrieren sie sich im vorliegenden Beitrag darauf, den Beitrag von Wirtschaftlichkeitsrechnungen für mehr Rationalität im Gesundheitswesen herauszuarbeiten.

[2] Vgl. hierzu ausführlich *Pies* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Nutzwert realisiert wird. In ihrer Wirtschaftlichkeitsrechnung deuten die Autoren vorsichtig an, dass es sinnvoll sein könnte, Z als Zielpunkt zu wählen und eine entsprechende Veränderung bei den Zuteilungsentscheidungen vorzunehmen. Zugleich weisen sie darauf hin, dass eine Bewegung von S nach Z „ethisch nicht unproblematisch" (S. 211) wäre. Sie identifizieren damit einen klaren Widerspruch zwischen Ethik und Ökonomik, demzufolge höhere Wirtschaftlichkeit bei Lebertransplantationen mit Interesseneinbußen ausgerechnet der Schwerst-Kranken erkauft werden müsste.

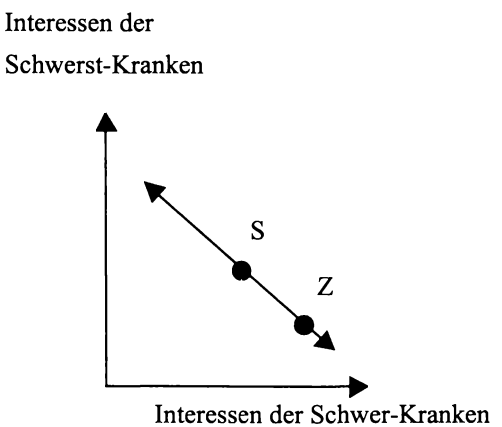

Abbildung 1: Interessen- und Werte-Konflikt im Trade-off-Denken

Innerhalb eines solchen Trade-off-Denkens gibt es keinen Ausweg aus der Sackgasse umstrittener Werturteile. Ethisch bedenklich ist schließlich nicht nur der mittels Wirtschaftlichkeitsanalyse ausgezeichnete Zielpunkt Z, ethisch bedenklich ist auch der Status quo, in dem Patienten eine Lebertransplantation so lange vorenthalten wird, bis sich ihre Krankheitssymptome – und damit auch leider ihre Erfolgsaussichten – hinreichend verschlechtert haben.[3] Als These formuliert: Innerhalb des Trade-off-Denkens gibt es weder ein ökonomisches noch ein ethisches Kriterium, anhand dessen man willkürfrei entscheiden könnte, welcher Punkt als Ziel angestrebt werden soll.

Erst wenn man die Perspektive verändert und nicht mehr fragt, wie in einer gegebenen Situation der Mangel verteilt werden soll, sondern stattdessen fragt,

[3] Ein gutes Beispiel dafür, dass nicht einfach von einer „ethischen Präferenz" für Schwerst-Kranke ausgegangen werden kann, bietet die sog. „Triage", die Einteilung der Verletzten zur Behandlung in Katastrophenfällen, bei der Schwerverletzten ein Vorrang vor Schwerstverletzten und Leichtverletzten eingeräumt wird.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

wie die zu Grunde liegende Mangelsituation behoben werden kann, gerät in den Blick, dass es keinen strikten Interessengegensatz zwischen Schwer-Kranken und Schwerst-Kranken gibt, wie das Trade-off-Denken nahe legt. Vielmehr gibt es auch gemeinsame Interessen. Diese betreffen in erster Linie ein größeres Angebot an Spenderorganen. Beide Gruppen von Transplantationspatienten könnten bessergestellt werden, wenn der Rationierungsdruck auf die Nachfrager durch ein größeres Angebot gemildert würde. Die Fokussierung auf gemeinsame Interessen ermöglicht eine orthogonale Positionierung: einen Perspektivenwechsel um 90° (Abb.2).

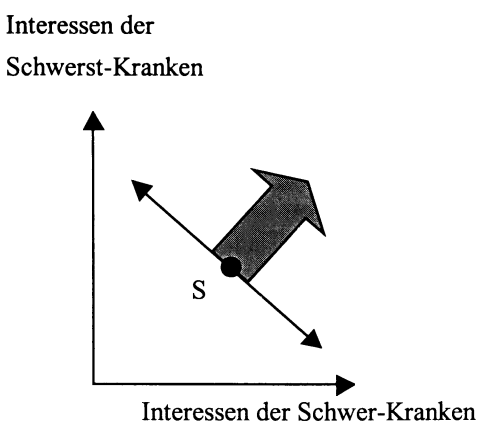

Abbildung 2: Das Konzept einer orthogonalen Positionierung

Vor diesem Hintergrund sind nun abschließend vier Punkte hervorzuheben.

- Erstens: Hinsichtlich einer Besserstellung beider Gruppen befinden sich Ethik und Ökonomik in vollständigem Gleichklang. Die institutionenökonomische Überwindung des Trade-off-Denkens entbindet zugleich von der vermeintlichen Notwendigkeit, sich im Interessenkonflikt wahlweise auf die eine oder andere Seite zu schlagen und damit ein Werturteil in Anspruch zu nehmen, das stets umstritten bleiben muss. Mit einer orthogonalen Postitionierung wird also nicht der bereits vorfindliche Dissens verstärkt, sondern es wird einem Konsens vorgearbeitet.
- Zweitens: Die Besserstellung von schwer-kranken *und* schwerst-kranken Nachfragern muss nicht auf Kosten der Anbieter erfolgen. Vielmehr lässt sich ein Positivsummenspiel organisieren, welches das derzeit brachliegende Potenzial wechselseitiger Besserstellung ausnutzt. Kurzfristig könnte man Leistungen und Gegenleistungen stärker aneinander koppeln.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Langfristig wäre es möglich, ein Arrangement zu finden, in dem die Versorgung mit Transplantationsorganen nicht als inter-personales Verteilungsproblem, sonder als inter-personales Allokationsproblem, d. h. als Versicherungsproblem, wahrgenommen wird. Als These zugespitzt: Die derzeitige Unterversorgung mit Lebern und anderen Spenderorganen ist das Resultat einer kollektiven Selbstschädigung, bei der sich die Fehlanreize für Anbieter als Unterversorgung der Nachfrager niederschlagen.

- Drittens: Dies alles spricht nicht gegen Kosten-Nutzen-Analysen, vor allem dann nicht, wenn sie – wie im vorliegenden Fall[4] – methodisch sorgfältig durchgeführt werden, d.h. unter Einhaltung von Standards, die gegen Willkür sichern, Vergleichbarkeit herstellen und der Gefahr begegnen, dass Wirtschaftlichkeitsrechnungen im politischen Tagesgeschäft strategisch-manipulativ eingesetzt werden.
- Dennoch bleibt, viertens, als Fazit festzuhalten: Kosten-Nutzen-Analysen sind nicht der wichtigste Beitrag der Ökonomik zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen. Institutionenökonomische Anreizanalysen sind wichtiger, vor allem dann, wenn sie dazu beitragen, die Wahrnehmung der Situation so zu verändern, dass gemeinsame Interessen ins Blickfeld gerückt und auf dieser Basis Reformvorschläge für institutionelle Arrangements generiert werden, die deshalb auf allgemeine Zustimmung stoßen können, weil sie aus dilemmatischen Rationalfallen herausführen und eine allgemeine Besserstellung ermöglichen.

Literatur

Greiner, Wolfgang (1998): Organverteilungssysteme im Transplantationswesen aus ökonomischer Sicht, in: Ethik in der Medizin 10, S. 64–73.

– (1999): Ökonomische Evaluationen von Gesundheitsleistungen – Fragestellungen, Methoden und Grenzen dargestellt am Beispiel der Transplantationsmedizin, Baden-Baden.

– (2000): Organknappheit im Transplantationswesen – Lösungsansätze aus ökonomischer Sicht, in: Das Gesundheitswesen 62, S. 93–99.

Greiner, Wolfgang / *Obermann*, Konrad / *Graf v.d. Schulenburg*, J.-Matthias (2002): Mehr Rationalität im Gesundheitswesen durch Evaluation von Gesundheitsgütern? Das Beispiel der Transplantationsmedizin (in diesem Band).

Oberender, Peter (1995) (Hrsg.): Transplantationsmedizin – Ökonomische, ethische, rechtliche und medizinische Aspekte, Baden-Baden.

Pies, Ingo (2000): Ordnungspolitik in der Demokratie. Ein ökonomischer Ansatz diskursiver Politikberatung, Tübingen.

[4] Vgl. hierzu auch *Greiner* (1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Grenzen der Gerechtigkeit in der Transplantationsökonomik

Ansätze einer speziellen Relativitätstheorie in Anknüpfung an Amartya Sen

Von Wolfram Stierle

A. Eine spezielle ökonomische Relativitätstheorie?

Zu den Kernaussagen der speziellen Relativitätstheorie Einsteins gehört die Feststellung, dass die Gesetze der klassischen Mechanik nur in bestimmten Grenzen Bestand haben. Sie gelten lediglich für Geschwindigkeitsbereiche, die im Vergleich zur Lichtgeschwindigkeit verschwindend klein sind. Die bis 1905 in der physikalischen Theorie geltenden Gesetze von Raum und Zeit gelten seitdem als einschneidend verändert. Im Folgenden soll gefragt werden, ob es knapp hundert Jahre nach dieser physikalischen Entdeckung Analoges in der Ökonomie festzustellen gilt.[1] Spezieller sei gefragt: Gibt es Indizien dafür, dass im Zuge der Globalisierung[2] für die Transplantationsökonomik ein in Analogie zur Relativitätstheorie zu bewertender Wandel bevorstehen könnte? Das heißt: Gilt die Anwendung des finanzwissenschaftlichen Instrumentariums auf medizinisch-ethische Probleme grenzenlos? Wenn nicht – wie lassen sich dann die relevanten Grenzen der Gültigkeit unabhängig von moralischer Entrüstung in wissenschaftlich kommunikabler Weise präzisieren?

Gründe, diese Frage aufzuwerfen, finden sich vielfältig. Nur einige wenige seien genannt: Erstens: Sorgfältige transplantationsökonomische Evaluationen von Gesundheitsgütern verorten sich selbst zunehmend im Horizont des globalen Wettbewerbes und verweisen auf die sich im Zuge globaler Entwicklungen

---

[1] Die Denkfigur der Analogie erlaubt es, dieses sei in prophylaktischer Selbstbescheidung sogleich angemerkt, an sich Unvergleichliches dennoch in eine aussagefähige Beziehung zu bringen.

[2] Am Anfang des neuen Globalisierungsdiskurses stand ein Terminus technicus aus dem betriebswirtschaftlichen Finanzmanagement: „globalization" war das Kennwort eines dem Ideal des vollkommenen Marktes nahe kommenden Vorganges, in dem u. a. räumliche und zeitliche Differenzen keine Rolle mehr spielen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

verknappenden Ressourcen[3]. Wie aber ist dieser Verweis auf globale Perspektiven zu interpretieren? Zweitens: Eurotransplant ist es durch grenzüberschreitende Kooperation gelungen, nationale Bilanzierungen bei der Organvergabe zu verbessern. Reflexionen über Sinn und Grenzen einer noch weiteren Ausdehnung liegen hier nahe. Drittens: Die sozialökonomischen Kritikerinnen und Kritiker der Transplantationsmedizin verweisen auf die faktisch funktionierende Internationalisierung des Organhandels. Schwarzmärkte sind im Rahmen des methodologischen Individualismus per se ein ökonomisch interessanter und wichtiger Grenzbereich. Viertens: Die strafrechtlichen Möglichkeiten deutscher Behörden gegenüber dem Internethandel mit Organen oder den organtransplantatorischen all-inclusive Angeboten im Medizintourismus[4] gelten als bis zur Unwirksamkeit beschränkt. Grenzen im Bereich von Public Choice-Prozessen sowie die Funktionsfähigkeit von regulativen Rechtsgrundlagen sind für ökonomische Analysen – wie etwa das steuerpolitische Konzept der second-best-Lösungen klarmacht – per se herausfordernd. Last but not least: Ökonomen verweisen selbst auf Grenzen ihrer spezifischen Beiträge, namentlich dort, wo zwischen Ökonomie, Politik und Wertefragen keine allseits übersichtliche Demarkationslinie verläuft.

Im Folgenden soll also den Grenzen der ökonomisch argumentierenden Beiträge nachgespürt werden. Die Fragestellung wird aufgegriffen vor dem Hintergrund neuerer Beiträge des international gebuchten Beraters und im Wissenschaftsbetrieb hochgradig prämierten Ökonomen Amartya Sen. Sen ist nicht nur Nobelpreisträger der Wirtschaftswissenschaften und als eigenständiger und kritischer Denker seines Faches bekannt. In den Reflexionen von Sen spielen darüber hinaus immer auch Erwägungen, Geschichten und Beispiele aus seinem indischen Hintergrund eine Schlüsselrolle. Indien ist aber nicht nur das Land, in dem vor 2000 Jahren bereits die ersten Transplantationen vorgenommen worden sind. Indien gilt derzeit auch vor den lateinamerikanischen Ländern und den Ländern der ehemaligen 2. Welt als der weltweit größte Organmarkt[5]. Die damit vollzogene Verortung ökonomischer und ethischer Fragen

[3] Vgl. *Greiner/Obermann/Schulenburg* (2002), S. 189. „Die Problematik steigender Gesundheitsausgaben ist seit Jahren Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Dabei stehen ordnungspolitische, finanzpolitische und sozialpolitische Erwägungen im Vordergrund. Globalisierung des Wettbewerbs und die finanziellen Lasten der deutschen Wiedervereinigung haben den Problemdruck … noch verstärkt."

[4] Mit Verweis auf Berichte in DIE ZEIT vgl. dazu *Stapenhorst* (1999), S. 73.

[5] Der Begriff Organhandel bezeichnet summarisch jeden Tausch von Organen gegen Geld, vgl. *U. Schmidt* (1995), S. 93. Lt. Frankfurter Rundschau vom 28.10.2000 erhielt in der zentralrussischen Stadt Rjasan eine Großmutter 213.000 DM für den Verkauf ihres fünfjährigen Enkels an einen Organhändler. Monographisch zur Thematik vgl. *Pater/Raman* (1991). Leicht lassen sich im Internet Informationen zu kriminellem Organraub und Kindertötungen finden, in dem das Stichwort „Organhandel" in die Suchmaschinen eingegeben wird. Die ehemaligen Ostblockstaaten sind ein keinesfalls kategorisch illegaler Organ-Markt mit hohen Wachstumsraten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

der Transplantationsmedizin zugleich im lokalen, wie im globalen Horizont entspricht einem – theologisch gesprochen – *ökumenischen* Grundanliegen: Fragen der Ethik, der Grundrechte und der Gerechtigkeit lassen sich niemals adäquat verhandeln, solange man in regionalen Grenzziehungen verharrt. Ebenso wenig lassen sich allerdings die meisten dieser Probleme ohne sorgfältige *ökonomische* Analyse angehen. Vielleicht ist es kein Zufall, dass auch einer der maßgeblichen Berater der neueren ökumenischen Wirtschafts- und Sozialethik ebenfalls ein indischer Ökonom gewesen ist: Samuel Parmar.[6]

Der gewählte Ansatz in Analogie zur Relativitätstheorie impliziert zweierlei. Zum einem unterstreicht er, dass die ökonomische Analyse der Transplantationsmedizin innerhalb zu disputierender Grenzen nicht nur sinnvoll, sondern nachgerade unverzichtbar ist. Für die in ethischen Konflikten relevante Frage nach der Transparenz von Kosten und Nutzen der Transplantationen ist sie leistungsfähig und kann selbst wenn auf einzelne Mängel hier oder dort verwiesen werden sollte, als Aufgabe nicht in Frage stehen. In zentralen Bereichen schafft überhaupt erst die Ökonomie die erforderliche Transparenz. Kurz und etwas salopp gesagt: Der Heimwerker kommt für Entscheidungen in seinem Bereich vorzüglich, ja viel besser ohne Einsteins Relativitätstheorie zurecht. Zum anderen wird die Hypothese aufgestellt, dass eine in Teilsystemen richtige Rationalität bei Grenzüberschreitungen an Aussagekraft einbüßt, ja falsch wird. Von daher kann gesagt werden: Es ist ein einfacher Akt intellektueller Redlichkeit, im Zuge der Anwendung der Transplantationsökonomik auf sichtbare und denkbare Grenzen ihrer Gültigkeit zu reflektieren. Über nicht wenige der für ihre genuine Theoriebildung relevanten Grenzen gibt sich die Ökonomie selbst Rechenschaft, auf andere hin ist sie im Rahmen der universitas literarum ansprechbar.

B. Einige Grenzen der Transplantationsökonomik

I. Das Utilitarismusproblem

Ökonomische Evaluationen erhellen Entscheidungssituationen, in dem sie möglichst exakt Kosten und Nutzen bilanzieren. Die Berücksichtigung von Lebensqualitäteffekten im Rahmen von *Kosten-Nutzwertanalysen* können als eines der etablierten und leistungsfähigen Instrumentarien aus der Finanzwissenschaft für all die Fälle angesehen werden, in denen es nötig ist, ohne marktmäßige Anhaltspunkte Allokationsentscheidungen zu treffen. Gesetzt also den Fall, alle direkten und indirekten Kostenarten ließen sich erfassen und auf

[6] Vgl. einführend *Parmar* (1979). Eine ausführliche auch wirtschaftstheoretische Würdigung seines Betrages zu einer ökumenischen Wirtschaftsethik findet sich in *Wolfram Stierle* (2001).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Kostenträger verteilen, so ergibt sich als eine erste Grenze transplantationsökonomischer Erwägungen die Frage nach der *Messung des Nutzens*. Alle Probleme, die sich mit utilitaristischen Methoden welcher Art auch immer grundsätzlich verbinden, sind auf ihre Auswirkungen in diesem sensiblen sozialethischen Feld hin speziell zu evaluieren und kommunikativ zu vermitteln. Die Entwicklung kardinaler Messsysteme zur Erfassung von Fragen der Lebensqualität hat fraglos Fortschritte gemacht und die Versachlichung der Debatten befördert. Da sie pragmatisch und gemäß dem methodologischen Individualismus vorgehen muss, generiert sie ein spezielles Informationsproblem auf das unten eigens eingegangen werden muss. Im Rahmen einer allgemeinen Kritik utilitaristischer Konzepte wird aber darauf aufmerksam zu machen sein, dass die Messungen des indirekten volkswirtschaftlichen aber eben auch des privaten Nutzens von Transplantationen ein unüberschaubar weites Feld darstellen. Im Blick auf die Abbildung der privaten Zahlungsbereitschaft ist in die Diskussion über gerechte Verfahrensweisen in der Transplantationsmedizin daher verständlicherweise das Clubmodell eingeführt worden.[7] Es ist freilich dann auch grundsätzlich in Frage gestellt worden, dass Fragen der Gerechtigkeit auf der ausschließlichen Basis des Utilitarismus zu lösen sind. Ein weiteres Gegenargument hier ist, dass interpersonelle Vergleiche sich nicht aus individuellen Präferenzen ableiten lassen. Wenn aber die menschliche Verschiedenheit nicht erfasst wird, dann ist die vollständige Anwendung des clubtheoretischen Ansatzes in distributiver Hinsicht indifferent. Amartya Sen benennt drei kategorische Grenzen jeder utilitaristisch basierten Gerechtigkeitsidee: Die Indifferenz gegenüber Verteilungsfragen, die Vernachlässigung von Rechten, Freiheiten und anderen nicht den Nutzen betreffenden Belangen und die Gefahren der Anpassung und psychischen Konditionierung.[8] So stellt sich die Frage: Besteht für die Transplantationsökonomik ein Konsens bezüglich dieser drei Grenzverläufe?

II. Das Kostenproblem

Wenn bisher die Kostenseite als Konstante behandelt wurde, so muss nun freilich auch angemerkt werden, dass vielfach Skepsis artikuliert worden ist hinsichtlich der Frage, ob eine detaillierte Kostenerfassung für Transplantationen überhaupt möglich ist.[9] Der Rückgriff auf Fallpauschalen und Sonderent-

[7] Vgl. *Kliemt* (1993). Es scheint mir durchaus diskutabel, diesen Impuls wenigstens teilweise aufzunehmen, indem beispielsweise in vergleichsweise geringer Gewichtung die Abbildung der Zahlungsbereitschaft in die Vergabekriterien von Eurotransplant Eingang finden würde. Das würde nicht nur das „Organangebot" erhöhen und den öffentlichen Diskurs der Thematik fördern, sondern eben auch individuelle Präferenzen umfassender abbilden, als Lebensqualitätsindizes.

[8] *Sen* (2000), S. 80.

[9] Vgl. *Nagel/Berger/Pichlmayr* (1991) und *Spirgatis* (1997), S. 29.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

gelte hat durchaus pragmatischen Charakter. Hier soll nur *ein* in der Transplantationsökonomik üblicher Sachverhalt angesprochen werden: Auf der Kostenseite von Kosten-Nutzen-Analysen fließt in der Regel das entgangene Einkommen der Patienten ein. D. h. Kinder, Arbeitslose, Asylbewerber, Nicht-Erwerbstätige Frauen etc. verursachen in einem Kosten-Nutzen-Kalkül geringere „Opportunitätskosten". Was mag das bedeuten? Erweist sich damit nicht einmal mehr, wie Amartya Sen formulierte: „Das Realeinkommen ist ... ein dürftiger Indikator der verschiedenen Komponenten des Wohlergehens und der Lebensqualität, die Menschen vernünftigerweise anstreben. Allgemeiner gesagt: *Bewertende* Urteile sind beim Vergleich des individuellen Wohlergehens oder der Lebensqualität unverzichtbar."[10]? Sen markiert jedenfalls als Ökonom eine Grenze jeglichen Tauschwertkalküls, mit der gerade auch gesundheitsökonomische Kalkulationen sich auseinander setzen müssen.

III. Das Wachstumsproblem

Ein spezifisches Problem der High-Tech-Medizin kann als Wachstumsproblem bezeichnet werden. Zwei Facetten seien hervorgehoben. Der technische Fortschritt ist es, der das Problem der Ressourcenknappheit in der Transplantationsökonomie zuallererst generiert hat. Könnte man keine Leber etc. transplantieren, so wären diese Organe auch nicht begehrt und ökonomisch „knapp". Es spricht viel dafür, dass wir uns in Sachen Transplantationsmedizin erst ganz am Anfang einer beachtlichen Wachstumsentwicklung befinden. So ist es nahe liegend – fast so wie es seinerzeit Malthus auf anderem Gebiet versucht hatte – sich prognostisch Rechenschaft über weitere Entwicklung der entscheidungsrelevanten Wachstumspfade zu geben. Malthus verglich bekanntlich vor gut 200 Jahren die geometrische Progression der Bevölkerung mit der arithmetischen Zunahme der Nahrungsmittelproduktion. Er kam zu deprimierenden Ergebnissen über die Grenzen des Bevölkerungswachstums – und sollte glücklicherweise falsch gerechnet haben. Aber er war nicht nur Geistlicher – er war auch intellektuell redlich. „Wenn nur Malthus anstelle von Ricardo der Hauptstamm gewesen wäre, von dem sich die Ökonomie des 19. Jahrhunderts entwickelt hätte, um wie viel weiser und reicher wäre die Welt heute!" soll J. M. Keynes geurteilt haben. Falsche bzw. revidierte Theorien sind allemal wissenschaftlich produktiver als keine Theorien. Hier sei nur die Frage aufgeworfen, welche entsprechenden Prognosen – und entsprechend welche Therapien – für den Wachstumsmarkt der Hochleistungsmedizin redlicherweise auszuweisen wären. Eine bezeichnende Facette dieser Wachstumsthematik spricht wiederum Amartya Sen an. Ausgehend von der Feststellung, dass Großbritannien vor 100 Jahren als die damals führende Industrienation eine Lebenser-

[10] *Sen* (2000), S. 101.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

wartung hatte, die heute *unter* dem Durchschnitt armer Entwicklungsländer liegt, stellt er die Frage, ob die Steigerung des Bruttosozialproduktes positiv korreliert mit der steigenden Lebenserwartung. Die statistische Antwort lautet klar: Nein! Er findet die Erklärung für den überdimensionalen statistischen Anstieg der Lebenserwartung in der Entwicklung Großbritanniens während der beiden Weltkriege auf einem ganz anderen Gebiet: In der Veränderung der Einstellung der Bevölkerung zum solidarischen Teilen während der Kriegsdekaden.[11] Wenn Transplantationsökonomik in Kalküle der Lebensqualität und Wohlfahrt eingebettet bleiben will – tut sie dann nicht gut daran, auch solche Erkenntnisse von ökonomischen Nobelpreisträgern zu evaluieren?

IV. Das Informationsproblem

Eine für Fragen gerechter Entscheidungen in der Transplantationsmedizin grundlegende Herausforderung ist das bereits angesprochene Informationsproblem. Damit ist zunächst gemeint, dass Empfängerinnen und Empfänger selbstredend in Abhängigkeit von den vorhandenen Informationen ein Transplantat zugesprochen erhalten. Eurotransplant hat für transparente Entscheidungsverfahren eine Kriterienliste entwickelt. Sie umfasst diese ausschlaggebenden Informationen. Von Amartya Sen wurde nun aber die jeweils einfließende Informationsbasis nachgerade als die „Pointe einer Gerechtigkeitstheorie"[12] bezeichnet. Das lässt aufhorchen. Was meint er damit? Gerechtigkeitsentscheidungen, so Sen, sind vollkommen abhängig von den eingeschlossenen *und* ausgeschlossenen Informationen. Wichtiger als die gewählten Entscheidungsverfahren sind die faktischen Informationsselektionen. Übliche Verfahren der Entscheidung zielen auf absolute Gründe oder auf Grenzkalküle oder auf Grundrechte bzw. Lebensqualitäten. Entscheidend für die unterschiedlichen Beurteilungen von „Gerechtigkeit" ist, *welche* der entsprechenden Information als ausschlaggebend gewertet wird. Die damit theoretisch markierte Grenze der Operationalisierung des Problems mit Kriterienkatalogen lässt sich leicht exemplifizieren mit dem Verweis auf das Trade-Off-Verhältnis zwischen hochspezialisierter Transplantationsmedizin und breit angelegter Präventionspolitik. In Ländern mit größerer ökonomischer Ungleichheit als in Deutschland wird dies augenfällig, wenn – beispielsweise für Südafrika – den Kosten von zwei Herztransplantationen die Möglichkeit gegenübergestellt wird, 50.000 Säuglinge mit Penicillin vor dem Tod durch Lungenentzündung zu retten.[13] Ob diese Information in die Entscheidungsfindung einfließt oder nicht – das prädisponiert das Ergebnis. Das Informationsproblem markiert also die Frage:

[11] Vgl. *Sen* (2000), S. 65–67.

[12] *Sen* (2000), S. 74.

[13] Vgl. *Spirgatis* (1997), S. 33.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Welche Informationen gelten als nicht entscheidungsrelevant, obwohl sie nach Sen u. U. ausschlaggebend für die Urteilsbildung im Sinne der Informations-Gerechtigkeit sein könnten? Im Horizont der Globalisierung werden diese Verhältnisse möglicherweise in absehbarer Zeit eine Standortdebatte sui generis provozieren, auf die unsere Gesellschaften wenig vorbereitet sind.[14] Hier sei nur darauf verwiesen, dass aus ökonomischer und ethischer Sicht Kriterienkataloge redlicherweise Auskunft zu geben haben, über die Informationen, die außerhalb der Grenzen ihres Kalküls verblieben sind.

V. Das Regelproblem

Ökonomen verweisen zu recht und gerne auf die Notwendigkeit von geeigneten Spielregeln als Voraussetzung gerechter Entscheidungen. Weniger enthusiastisch wird in der Literatur freilich die Frage nach den Bedingungen der politischen Implantation entsprechender Verfahrensregeln verfolgt. Dass gerade die Regelsetzung im Bereich der Transplantationsmedizin auch zu analysieren wäre als Teil des sich in Spielzügen ausagierenden Kalküls der beteiligten Interessengruppen, das markiert eine Grenze der hier einschlägigen ökonomischen Theoriebildung. Die Eurotransplant-Regeln beispielsweise wurden zuletzt 1996 modifiziert. Neuerliche Variationen des scorings beispielsweise unter dem Eindruck der Argumente für clubtheoretische Überlegungen sind denkbar. Aus Sens Beiträgen zur Ökonomie und aus einem zu beobachtenden Revival der in der Schulökonomie längst für hirntot erklärten Historischen Schule wird ersichtlich, dass in Zukunft Fragen der Qualität des Lebens, der Werte, der Kulturen und Traditionen ebenso wie jenen von unterschiedlichen kontextuellen Empirien ein neuer theoretischer Status gegenüber den im Extremfall technokratisch anmutenden Regelutopien erwachsen wird.

VI. Das Kommunikationsproblem

Auf eine letzte beachtliche Koinzidenz zwischen dem einer „Ökonomie für den Menschen" geltenden Anliegen Sens und den Problemen der Transplantationsökonomik sei abschließend verwiesen. Eine angebotsseitige Grenze für die Transplantationsmedizin wird allgemein in der mangelnden Akzeptanz der Organspende gesehen. Lösungsansätze gehen abgesehen von privatwirtschaftlichen Überlegungen zu Vor- und Nachteilen eines monetären Anreizsystems in

[14] Im Eurotransplant-Bereich ist diskret von dem „non-residents Problem" die Rede. Vgl. dazu *Gubernatis* (1997), S. 24: „ ... in Belgien beträgt der Anteil dieser non-residents auf der Nierenwarteliste ca. 50 %, auf der Leberwarteliste ca. 80 %. Es ist unklar, wie eine liberale Gesellschaft auf eine solche Herausforderung reagieren soll."

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

den Bereich der medialen Kommunikation der Problematik. Dem entspricht das Anliegen Sens, Fragen der Ethik und der Wirtschaft als Wertfragen der Überprüfung durch den öffentlichen Diskurs vorzulegen. Fragen des Gesundheitssystems sind damit von Fragen der Gesundheit nicht hermetisch zu trennen. Wo Ökonomik entscheidende Teilbereiche einer Debatte für Wertfragen transparent zu machen in der Lage ist, dort erfüllt sie eine wichtige sozialethische und kommunikative Funktion.

C. Fazit

Die Bedeutung der Transplantationsökonomik hinsichtlich erwachsender Problemstellungen kann schwerlich überschätzt werden. Ethik kann in diesem Bereich ohne wirtschaftswissenschaftlich gestützte Kalkulationen keine ausreichende Informationsbasis für anstehende Entscheidungen gewinnen. Zugleich gilt aber, dass die Ökonomik keine hinreichende Bedingung ethischen Urteilens ist – und dies in der Regel auch nicht zu sein beansprucht. Interessant für die weitere Debatte im Wachstumssektor Transplantationsökonomie sind die keinesfalls statischen Grenzziehungen, die das genuin ökonomische Kalkül umgeben. Einige dieser Grenzgebiete sind skizziert worden. Sie lassen in ihrer Unterschiedlichkeit erkennen, dass jeder technokratische Lösungsansatz, der exklusiv auf institutionelle Regelungen ökonomischer oder rechtlicher Natur setzt, in der Gefahr steht, subkomplex zu sein. Auf das, was einmal Sittlichkeit genannt worden ist und auf den notwendigen Diskurs zwischen herrschendem Ethos, grundlegenden Werten und vielfältigen Kontexten zielte, kann nicht verzichtet werden. Die Transplantationsmedizin ist hochgradig abhängig vom gesellschaftlichen Konsens, so dass hier unausweichlich gilt, was schon die Alten konstatierten: „Quid leges sine moribus?“ Der Gesundheitsökonomie kommt im Zusammenspiel von Kulturen der Sittlichkeit und Regelsystemen eine Schlüsselrolle zu. Auf ihre Kalküle wird man dann immer wieder gespannt hören, wenn es ihr dauerhaft gelingt, sich einer Versuchung zu entziehen, die Alfred North Whitehead „the fallacy of misplaced concreteness“[15] genannt hat.

[15] *Whitehead* (1929), S. 11 definiert diese Gefahr als „neglecting the degree of abstraction involved when an actual entity is considered merely so far as it exemplifies certain categories of thought.“ Eine Fortführung dieses Impulses findet sich bei *Daly/Cobb* (1989).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Literatur

Daly, Herman E. / *Cobb,* John B. Jr. (1989): For the Common Good. Redirecting the Economy toward Community, the Environment, and a Sustainable Future, Boston.

Greiner, Wolfgang / *Obermann,* Konrad / *Schulenburg,* J.-Matthias Graf v.d. (2002): Mehr Rationalität im Gesundheitswesen durch Evaluation von Gesundheitsgütern? Das Beispiel der Transplantationsmedizin (in diesem Band).

Gubernatis, Gundolf (1997): Solidarmodell – mehr Gerechtigkeit in der Organverteilung, mehr Wahrhaftigkeit bei der Organspende – ein Weg zu multipler Problemlösung in der Transplantationsmedizin, in: Lachmann, Rolf / Meuter, Norbert (Hrsg.): Zur Gerechtigkeit der Organverteilung – Ein Problem der Transplantationsmedizin aus interdisziplinärer Sicht, Medizin-Ethik 8, Stuttgart u. a. O., S. 15–37.

Kliemt, Hartmut (1993): „Gerechtigkeitskriterien" in der Transplantationsmedizin – Eine ordoliberale Perspektive, in: Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph (Hrsg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin, S. 262–276.

Nagel, Eckhard / *Berger,* Heide-Rose / *Pichlmayr,* Rudolf (1991): Zur Bedeutung der Kostenrechung im Gesundheitswesen am Beispiel der Transplantationsmedizin, in: Ethik der Medizin, Bd. 3, S. 13–25.

Parmar, Samuel L. (1979): Entwicklung mit menschlichem Gesicht. Gesammelte Vorträge und Aufsätze, Texte zum Kirchlichen Entwicklungsdienst 17, Frankfurt a. M.

Pater, Siegfried / *Raman,* Ashwin (1991): Organhandel. Ersatzteile aus der Dritten Welt, Göttingen.

Schmidt, U. (1995): Organhandel als Mittel der Organbeschaffung und -verteilung?, in: Albert, F.W. / Land, W. / Zwierlein, E. (Hrsg.): Transplantationsmedizin und Ethik. Auf dem Weg zu einem gesellschaftlichen Konsens, Lengerich u. a. O., S. 93–98.

Sen, Amartya (1995): Rationality and Social Choice, in: AER 85 (1995), S. 1–24.

– (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, München, Wien.

Stapenhorst, Kurd (1999): Unliebsame Betrachtungen zur Transplantationsmedizin, Göttingen.

Stierle, Wolfram (2001): Chancen einer ökumenischen Wirtschaftsethik. Kirche und Ökonomie vor den Herausforderungen der Globalisierung, Frankfurt a. M.

Whitehead, Alfred North (1929): Process and Reality, New York.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Lernen von anderen Ländern?Anreizsysteme für Krankenversicherer und PatientInnen in Chile[1]

Von Jens Holst

A. Einleitung

Kaum ein Thema beherrscht heute die gesellschaftspolitische Diskussion in gleichem Maße wie die Frage der Zukunft sozialer Sicherungssysteme. In den reichen Industrieländern sprechen die alte Rechte und die Neue Mitte häufig und gerne von der Krise des Sozialstaates, der in seiner traditionellen Form nicht mehr „zeitgemäß" sei und dringend „modernisiert" werden müsse. Mehr „Effizienz" fordern fast unisono die ÖkonomInnen ein, und in enger Übereinstimmung mit dem globalen und globalisierten *mainstream* bieten sie in ihrer Mehrheit marktwirtschaftliche Rezepte als Allheilmittel. Das wäre keiner besonderen Erwähnung wert, gäbe es eine ausgewogene gesamtgesellschaftliche Diskussion unter Einbeziehung aller Human- und Sozialwissenschaften und unter Berücksichtigung der verschiedenen Interessen, Vorgaben, Zielsetzungen und Verantwortlichkeiten einer Gesellschaft. Doch das weltweit zu beobachtende, mit dem Reizwort „Globalisierung" nur unzureichend beschriebene Phänomen des Primats des Ökonomischen über das Politische degradiert die Sozialpolitik immer mehr zu einer Variablen von Staatshaushalt und vornehmlich privaten Wirtschaftsinteressen.

Dieses Phänomen ist in den entwickelten ebenso wie in den sich entwickelnden Ländern zu beobachten. In Anbetracht der Unterschiedlichkeit der sozialen Indikatoren weisen dabei die Problemstellungen, Diskussionsstränge und Lösungsstrategien bei allen Niveauunterschieden erstaunliche Ähnlichkeiten auf. Übereinstimmendes Kriterium heutiger Gesundheitspolitik scheint die Einführung und Umsetzung marktwirtschaftlicher Mechanismen zur Steuerung von Angebot und Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt zu sein, Verbesserung der Allokation sich zunehmend verknappender Ressourcen ist das allseits propagierte Ziel. Demographische, epidemiologische, gesundheitswissenschaftliche und insbesondere ethisch-moralische Fragen sind in vielen Reformprojekten of-

[1] Die hier vorgestellte Studie wurde im Auftrag des GTZ-Sektorprojekts „Krankenversicherungssystem in Entwicklungsländern" durchgeführt und von diesem im Rahmen des gemeinsamen GTZ-CEPAL-Projekts „Finanzierung der Entwicklung" gefördert.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

fenbar zweitrangig. Dennoch lassen die Reformen und die Reformansätze durchaus eine unterschiedliche Gewichtung dieser fundamentalen Gesichtspunkte jeder Sozial- und Gesundheitspolitik erkennen. In diesem Kontext stellt Chile einen besonders interessanten Extremfall dar. Nicht nur, weil es das erste Land in Lateinamerika war, das sein überwiegend staatliches Gesundheitswesen einer grundlegenden Umstrukturierung unterwarf. Vielmehr kann mit Fug und Recht behauptet werden, dass die chilenische Gesundheitsreform einzig und allein nach ökonomischen, wenn nicht gar ökonomistischen Gesichtspunkten erfolgte.

Unter den politischen Rahmenbedingungen einer autoritären Militärregierung und im Zusammenhang mit einer umfassenden, marktradikalen Strukturanpassung der gesamten Volkswirtschaft führte das Land 1981 eine partielle Privatisierung des Sozialversicherungswesens ein. Etwa zeitgleich mit der Umstellung des chilenischen Rentensystems vom Umlage- auf ein reines Kapitaldeckungsverfahren wurden im Gesundheitsbereich neben der öffentlichen Sozialkasse *Fondo Nacional de Salud* (FONASA) private Assekuranzgesellschaften *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPREs) als Elemente der sozialen Sicherung zugelassen. Der Abschluss einer Krankenversicherung blieb für alle abhängig Beschäftigen und für RentnerInnen obligatorisch. Im Prinzip können die ChilenInnen frei zwischen dem öffentlichen und dem privaten System sowie zwischen den verschiedenen ISAPREs wählen.

Geboren aus einem grenzenlosen Vertrauen auf die selbstregulierenden Mechanismen des Marktes, sollte die Einführung der ISAPREs den KonsumentInnen von Versicherungsdienstleistungen mehr Wahlmöglichkeiten geben und gleichzeitig die Effizienz im Gesundheitssystem verbessern. Mehr oder weniger explizit verfolgte die chilenische Gesundheitsreform von Anfang der 80er Jahre zudem die Ausweitung des privaten Angebots von medizinischen Dienstleistungen und letztlich eine zunehmende Privatisierung des gesamten Gesundheitssektors. Dies entsprach der damals herrschenden, wesentlich von Milton Friedman aus Chicago geprägten neoliberalen Ideologie, nach welcher der private Sektor prinzipiell der einzige volkswirtschaftliche Produzent und Wachstumsmotor ist und staatliche bzw. öffentliche Unternehmen per se ökonomisch ineffizient arbeiten.

Die damalige einseitige politische Ausrichtung der Reform des chilenischen Krankenversicherungswesens bietet zwanzig Jahre später eine vorzügliche Möglichkeit, die Nutzen und Risiken einer primär ökonomistischen Gesundheitspolitik zu analysieren. Die chilenischen Erfahrungen bieten eine Fülle von praktischen und praxisrelevanten Erkenntnissen und erlauben bestimmte Rückschlüsse auf andere sozialpolitische Reformprojekte im Gesundheitsbereich. Im Vorgriff auf die im vorliegenden Beitrag dargestellten Ergebnisse soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die chilenische Gesundheitsreform

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nicht bloß die in sie gesetzten Erwartungen nur unzureichend erfüllt hat. Vielmehr hat sie in Chile eine Reihe von Problemen aufgeworfen, die als intrinsische und unabänderliche Konsequenzen einer Sozialpolitik anzusehen sind, die auf perfekte Märkte setzt, die im Gesundheitswesen letztlich nicht funktionieren können. Es wird die Hypothese vertreten, dass ein zweigliedriges System nach dem chilenischen Modell letztlich der Entwicklung eines stabilen und sozialverträglichen Krankenversicherungssystems entgegensteht. Dazu gehören die erwähnten und in Chile besonders gut sichtbaren Phänomene wie Risikoselektion und Abschöpfung der oberen Marktsegmente, Steigerung der Gesundheitsaufwendungen, Vervielfältigung der Informationsasymmetrie auf dem Gesundheitsmarkt, unzureichende Risikoabdeckung und große Unsicherheit bzgl. des individuellen Versicherungschutzes.

Letztere besteht in erster Linie im Hinblick auf die Zuzahlungen, die im Krankheitsfall auf die VersicherungsnehmerInnen zukommen können. Gerade die privatwirtschaftlichen Assekuranzverträge zeichnen sich durch teilweise recht enge Deckungsobergrenzen aus, die den PatientInnen hohe Eigenbeteiligungen auferlegen. Lange Zeit bestand eine grundlegende Diskrepanz über die Auslegung der entsprechenden gesetzlichen Vorschriften. Die Versicherungsaufsichtsbehörde, der laut chilenischer Gesetzgebung die Auslegung der das Assekuranz- und Gesundheitswesen betreffenden Richtlinien obliegt, bemühte sich seit Jahren um eine Gleichstellung der ISAPRE- mit den FONASA-Versicherten. Erst Ende 2000 erfolgte eine gerichtliche Festlegung der Mindestdeckung auf das Äquivalent von 50 % der Behandlungskosten in der untersten Tarifgruppe von FONASA. Die Privatversicherer hatten bis dahin eine Leistungsabdeckung im Umfang von nicht mehr als 25 % der Kosten als verbindlich angesehen.

Diese juristische Auseinandersetzung hat noch einmal deutlich gemacht, wie schwer es auch zehn Jahre nach dem Ende der Militärdiktatur von General Augusto Pinochet ist, die während seiner autoritären Herrschaft geschaffenen Fakten rückgängig zu machen oder auch nur zu verändern. Erst unter dem dritten frei gewählten Präsidenten, dem sozialdemokratisch orientierten Ricardo Lagos, deuten sich umfassendere Reformen in der Sozial- und Gesundheitspolitik an. Der Nimbus des einst allmächtigen Diktators ist nach seinem Zwangsexil in London gebrochen, der politische Spielraum in Chile wird breiter. Doch das unter seiner Ägide durchgesetzte ultraliberale Wirtschaftsmodell hat sich tief in den Köpfen der ChilenInnen verankern können. Es bleibt die Frage, ob sich in Zukunft wieder verstärkt wohlfahrtsstaatliche Gedanken gegen die Ideologie der individuellen Profitmaximierung durchsetzen und moralische Werte wie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit in der chilenischen Gesellschaft mehrheitsfähig werden können.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

B. Das chilenische Gesundheitssystem in seiner historischen Entwicklung

Ebenso wie in den meisten Ländern Lateinamerikas gab es in Chile die Tradition des Wohlfahrtsstaates, der sich um die sozialen Belange seiner mehrheitlich mittellosen BürgerInnen kümmerte. Die Geschichte der sozialen Sicherung in dem südamerikanischen Land geht bis in das Jahr 1924 zurück, als die Pflichtversicherungskasse für Arbeiter (Caja de Seguro Obrero Obligatorio) sowie mehrere entsprechende Sozialkassen für Angestellte gegründet wurden, welche sich 1942 zum Servicio Médico Nacional de Empleados zusammenschlossen. Aus der Arbeitersozialkasse entstand nach britischem Vorbild der Nationale Gesundheitsdienst (Servicio Nacional de Salud – SNS), der in der Folgezeit auch für die Angestelltenkasse zum wichtigsten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen avancierte. Bis Ende der 70er Jahre hielt der SNS über 90 % aller Krankenhausbetten bereit, mehr als drei viertel aller ambulanten Behandlungen entfielen auf den mittlerweile staatlichen Gesundheitssektor.[2] 1979 machten die Staatszuschüsse nicht weniger als 61 % der Einnahmen des SNS aus, denen nur 26 % an Beitragsaufkommen gegenüberstanden; die restlichen 13 % kassierte der Nationale Gesundheitsdienst direkt von den PatientInnen, die seine Leistungen in Anspruch nahmen.[3]

Im Zuge der marktradikalen Umstrukturierung der chilenischen Volkswirtschaft setzten die militärischen Machthaber und ihre wirtschaftspolitischen BeraterInnen ab 1980 auch in der Sozialpolitik eine deutliche Beschneidung der Rolle und Funktionen des Staates durch. Aus der endgültigen Integration der Angestelltenkassen in das Nationale Gesundheitssystem entstand das Nationale System der Gesundheitsdienste (Sistema Nacional de Servicios de Salud – SNSS), das direkt der Kontrolle des Gesundheitsministeriums untersteht.[4] Die mit der Vereinheitlichung einhergehende Verschlechterung der Versorgung der Mittelschichten bereitete die psychologische Grundlage für die Akzeptanz der privaten Versicherungsunternehmen *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPREs), die das Militärregime im Rahmen seiner Gesundheitsreform ab 1981 einführte.[5] Neben der Zerschlagung des staatlichen Versicherungsmonopols zielte die Reform auch auf eine Dezentralisierung der Gesundheitsdienste ab.[6] Zur Erreichung beider Zielsetzungen wurden folgende Maßnahmen ergriffen:[7]

---

[2] Vgl. *Wainer* (1997), S. 15 und *Bitrán/Almarza* (1997), S. 23.

[3] *Titelman* (2000), S. 10.

[4] *Solimano/Vergara* (1999), S. 3.

[5] *Contreras et al.* (1999), S. 14.

[6] Vgl. *Solimano/Vergara* (1999), S. 1.

[7] Vgl. *Titelman* (2000), S. 11.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

1. Gründung des Nationalen Gesundheitsfonds (Fondo Nacional de Salud – FONASA) als öffentliche Krankenkasse
2. Zulassung von privaten Assekuranzunternehmen (ISAPREs) als gleichberechtigte Elemente der Sozialversicherung
3. Aufteilung des SNSS in 27 regionale Gesundheitsdienste mit jeweils umfassendem eigenem Dienstleistungsangebot unter Kontrolle des Gesundheitsministeriums
4. Überstellung der primären Gesundheitsversorgung in die Verantwortlichkeit der Kommunen.

Im Unterschied zur Rentenreform, wo zur gleichen Zeit das System der solidarischen und intergenerationellen Umverteilung vollständig durch ein privatwirtschaftliches Kapitalisierungsverfahren ersetzt wurde, gab der chilenische Staat im Gesundheitswesen weder die Kontrolle der Ressourcen noch die Gewährleistung bestimmter Sozialversicherungsleistungen ganz aus der Hand. Doch seit dem Inkrafttreten des Gesetzesdekrets Nr. 3626 vom 21.2.1981 können die abhängig Beschäftigten im Prinzip frei entscheiden, ob sie sich und ihre Angehörigen in der öffentlichen Krankenkasse FONASA oder bei einer ISAPRE versichern wollen. Bemessungsgrenzen zur Verringerung des individuellen Risikos Geringverdienender sieht das chilenische System nicht vor. Anfänglich lag der Pflichtbeitrag zur Krankenversicherung bei 4 % des Bruttolohns, doch sowohl die finanzielle Ressourcenknappheit der öffentlichen Hand als auch die Profitbedürfnisse der PrivatversicherInnen machten in den folgenden Jahren schrittweise Anhebungen auf derzeit 7 % des zu versteuernden Einkommens erforderlich.[8]

Da es sich bei den privatwirtschaftlich organisierten ISAPREs um eine völlig neue Erfahrung handelte, waren von Anfang an immer wieder Modifikationen und Nachbesserungen erforderlich. Erst eine Woche vor dem Ende des Pinochetregimes wurde am 9.3.1990 mit der *Superintendencia de ISAPREs* eine Aufsichtsbehörde für die Privatversicherungen ins Leben gerufen, die bis dahin nahezu unkontrolliert agieren konnten. Die Superintendencia funktioniert als

[8] Chile ist das erste und bisher auch einzige Land, das den Arbeitgeberanteil vollkommen abgeschafft und damit das Prinzip der paritätischen Finanzierung der Sozialversicherung aufgekündigt hat. Damit steht es auch auf dem lateinamerikanischen Subkontinent alleine da, denn in dem meisten Ländern tragen ArbeitgeberIn und -nehmerIn die Kranken- und Rentenversicherungsabgaben zu gleichen Teilen, einzelne Firmen z. B. in Argentinien übernehmen sogar mehr als die Hälfte der Beiträge. In Mexiko finanzieren die ArbeitgeberInnen seit dem 1. Juli 1997 für alle abhängig Beschäftigten, die zwischen 3 und 25 gesetzlich festgelegten Mindestlöhnen (derzeit ca. 100 US-$) verdienen, sogar 8 % des Bruttoeinkommens, während die ArbeitnehmerInnen nur 6 % ihres Lohns für den Krankenkassenbeitrag aufbringen müssen. In Kolumbien entfallen seit dem 1.1.1994 bei einem Pflichtbeitrag von 12 % des Bruttogehalts sogar zwei Drittel der KV-Beiträge auf die ArbeitgeberInnen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

unabhängige Schiedsstelle bei Konflikten zwischen Versicherern und Versicherten und drängt auf stärkere Transparenz und Überwachung der Vertragsmodalitäten. Dennoch sieht sie sich weiterhin erheblichen Einschränkung ihrer Aufsichtsmöglichkeiten ausgesetzt und ist in vielen Punkten von den Angaben und Informationen der ISAPREs abhängig, die sie eigentlich kontrollieren soll.[9]

Tabelle 1
Funktionale Klassifikation der Staatsausgaben (Prozentualer Anteil an den Gesamtausgaben ohne Schuldzinsen und andere zusätzliche Kosten)[10]

	1988	1990	1992	1994	1996
A. Allgemeine Ausgaben	20,92	20,18	19,37	18,18	17,57
B. Sozialausgaben	65,58	67,60	65,94	67,05	67,88
1. Gesundheit	10,23	10,31	11,45	12,38	12,00
2. Wohnungbau	5,46	5,45	5,74	5,76	5,79
3. Fürsorge	30,11	33,14	29,47	28,90	28,28
4. Bildung	13,22	13,17	13,65	14,16	15,31
5. Beschäftigungsprogramme	0,88	0,14	0,11	0,10	0,10
6. Andere Sozialausgaben	5,69	5,39	5,50	5,75	6,39
C. Wirtschaftsausgaben	13,50	12,21	14,69	14,76	14,55
Gesamtausgaben Zentralregierung	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Mit der Wiederherstellung demokratischer Strukturen war ein Paradigmenwechsel in der chilenischen Gesundheitspolitik möglich, dessen Umsetzung indes noch einige Jahre auf sich warten lassen sollte. Die ersten vier Jahre nach

[9] Mündliche Informationen von MitarbeiterInnen der Zentrale der Superintendencia de ISAPREs in Santiago im Dezember 1999 und Januar 2000.

[10] Quelle: Öffentliche Finanzstatistiken, 1988–1997, März 1998, Finanzministerium, Haushaltsdirektion. Zitiert nach *Contreras et al.* (1999), S. 25.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

dem Machtwechsel waren durch die psychologischen Nachwirkungen der Diktatur und die ständige Furcht vor dem erneuten Eingreifen der Armee bestimmt. So gab der erste post-pinochetistische Präsident Patricio Aylwin die klare Order aus, nur die spürbarsten Missstände anzugehen und dabei das System als Ganzes unangetastet zu lassen.[11]

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Gesamtbevölkerung und insbesondere der unteren und mittleren Schichten begannen die demokratisch gewählten Regierungen, erheblich mehr Geld in das Gesundheitssystem zu pumpen als das Militärregime in den Jahren zuvor. So verdoppelten sich die staatlichen Zuschüsse im Gesundheitswesen zwischen 1988 und 1997 nahezu von 411,772 auf 806,542 Milliarden Pesos.[12] Der Anteil des Gesundheitsbudgets stieg dabei bei höherem Gesamtvolumen von gut 10 auf 12 % der Staatsausgaben, wie Tabelle 1 verdeutlicht.

Die öffentliche Gesundheitsquote stieg zwischen 1988 und 1997 von 2,2 auf 2,6 %, womit Staat und Kommunen ihren Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben auf 40 % steigerten. Mit einer Gesundheitsquote von insgesamt 6,5 % liegt Chile heute im lateinamerikanischen Durchschnitt, wie die folgende Tabelle veranschaulicht:

Tabelle 2

Gesundheitsausgaben einiger lateinamerikanischer Länder im Jahr 1997[13]

Land	BIP pro Kopf (in US-$ von 95)	Gesundheits-quote	Öffentliche Gesundheitsquote
Argentinien	8.030	10,6	4,3
Uruguay	5.170	8,5	2,0
Chile	4.100	6,5	2,6
Brasilien	3.640	7,4	2,7
Mexiko	3.320	5,8	2,8
Costa Rica	2.810	8,5	6,3

[11] Mitteilung des ersten Leiters der Superintendencia de ISAPREs, Héctor Sánchez, auf einem Seminar der Friedrich-Ebert-Stiftung zur chilenischen Gesundheitspolitik am 20.1.2000 in Santiago.

[12] Quelle: Öffentliche Finanzstatistiken, 1988–1997, März 1998, Finanzministerium, Haushaltsdirektion; nach *Solimano/Vergara* (1999), S. 5. Die Steigerung der Staatsausgaben für Gesundheit verlief parallel zur allgemeinen Einkommensentwicklung in diesem Zeitraum: Das Einkommen pro Haushalt stieg zwischen 1988 und 1997 um 87,5 %, pro Kopf gerechnet sogar um 94,9 % (INE 1998).

[13] Quelle: Weltbank – Statistisches Handbuch (Worldbank 1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Die gängigen sozioökonomischen und epidemiologischen Indikatoren Chiles liegen in Lateinamerika indes im oberen Mittelfeld, in einigen Bereichen konnte das Land sogar zu den entwickelten Industrienationen aufschließen. So steigerte die Administration von Präsident Eduardo Frei (1994–2000) die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auf jährlich 331 US-$ und die Gesundheitsquote auf 8 %. Gleichzeitig verringerte sich der Armutsanteil im Laufe der 90er Jahre von rund 40 auf 20,5 %, wobei allerdings die Einkommensrelation zwischen der obersten und der untersten Quintil leicht auf 11,7 anstieg.[14] Landesweit gibt es in Chile derzeit 10,6 ÄrztInnen sowie 309 Krankenhausbetten pro 10.000 EinwohnerInnen.

Tabelle 3

Epidemiologische Eckdaten aus Chile Ende 1999[15]

Säuglingssterblichkeit (pro 1000 Lebendgeborene)		11,1
Kindersterblichkeit bis 5 Jahren pro 1000 Lebendgeborene)		14,8
Mütterliche Sterblichkeit (pro 100.000 Lebendgeburten)		25,0
Geschätzte Sterblichkeit auf Grund übertragbarer Erkrankungen (altersadaptiert, pro 100.000 EinwohnerInnen)		62,6
Geschätzte Tumorsterblichkeit (altersadaptiert, pro 100.000 EinwohnerInnen)		118,4
Geschätzte Sterblichkeit auf Grund von vaskulären Erkrankungen (altersadaptiert, pro 100.000 EinwohnerInnen)		164,0
Geschätzte Sterblichkeit durch äußere Einwirkungen (altersadaptiert, pro 100.000 EinwohnerInnen)		65,3
Impfschutz bei unter Einjährigen in Prozent:	DPT	91
	OPV3	91
	BCG	98
	Masern	97
Anteil fachkundig betreuter Geburten (in Prozent)		95

Für das Sozial- und insbesondere für das Krankenversicherungssystem von grundlegender Bedeutung ist die jüngere demographische und epidemiologische Entwicklung in dem südamerikanischen Land. Die mittlere Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt beträgt bei Männern 72,4 und bei Frauen sogar

[14] www.paho.org 21.12.1999.

[15] Quelle: Panamerikanische Gesundheitsorganisation (www.paho.org, 21.12.1999).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

78,4 Jahre (Durchschnitt Gesamtbevölkerung: 75,4 Jahre) und hat damit praktisch die Werte in den europäischen Industriestaaten eingeholt. Bei der Krankheitsentwicklung lässt sich in Chile eine weitgehende Verlagerung von den klassischen Pathologien der Entwicklungsländer (übertragbare Krankheiten, hohe perinatale und frühkindliche Sterblichkeit) hin zu den oftmals als Zivilisationskrankheiten beschriebenen Problemen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Tumoren und Unfällen beobachten.[16]

Diese in ganz Lateinamerika in den letzten 20–30 Jahren zu beobachtende Tendenz stellt die sozialen Sicherungssysteme vor eine Reihe von Problemen, die auch aus den industrialisierten Wohlfahrtsstaaten hinlänglich bekannt sind, sich in den Schwellenländern jedoch im Zeitraffer vollziehen. Gerade in Chile mit seinem zweigliedrigen Gesundheits- und Krankenversicherungswesen stellt die epidemiologische Revolution die AnbieterInnen von Versicherungsleistungen vor besondere Herausforderungen. Im Rahmen der hier auszugsweise vorgestellten Studie konnte nachgewiesen werden, dass insbesondere die Vertrags- und Leistungsstruktur der privaten Assekuranzwirtschaft keine adäquate Antwort auf die anstehenden Veränderungen bereithält, vor allem nicht im Hinblick auf die Funktionen der sozialen Sicherung. Das chilenische Modell hat die privaten Krankenversicherungen bisher weitgehend von den durch zunehmende Alterung und Änderung des epidemiologischen Profils bedingten Kosten verschont und diese ganz überwiegend auf das öffentliche Krankenkassensystem abgewälzt.

C. Der öffentliche Versicherungssektor (FONASA)

In der allgemeinen, vor allem der internationalen Wahrnehmung des chilenischen Gesundheitssystems ist oftmals eine starke Unterbewertung der fortbestehenden Bedeutung des öffentlichen Sektors zu beobachten. Trotz eines fast eineinhalb Jahrzehnte expandierenden und massiv geförderten privaten Subsystems sind in der öffentlichen Krankenkasse FONASA nahezu zwei Drittel aller ChilenInnen versichert, die gleichzeitig das mit Abstand größte Anbieternetz für Gesundheitsleistungen bereithält und mit fast 80.000 Beschäftigten der größte Arbeitgeber des Landes ist.[17]

Den bisherigen quantitativen Höhepunkt erreichte FONASA Ende 1998 mit insgesamt 9.137.599 Versicherten (61,2 %), deren Zahl bis zum Jahresende

[16] Diese Entwicklung deckt sich in weitem Maße mit den Einschätzung der Global-burden-of-disease-study der Weltbank von Anfang der 90er Jahre, die sogar in den ärmeren Entwicklungsländern eine Zunahme von vaskulären, tumorösen und unfallbedingten Erkrankungen feststellte.

[17] 60.000 Beschäftigte im SNSS und rund 17.000 Angestellte bei kommunalen Gesundheitsposten. Vgl. *Contreras et al.* (1999), S. 26 und *Solimano/Vergara* (1999), S. 8.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

1999 um knapp 320.000 Personen auf 8.819.146 sank (58,79 %).[18] Dabei versorgen 3.271.783 BeitragszahlerInnen (73 % abhängig Beschäftigte, 24,6 % RentnerInnen, 2,4 % Selbstständige) insgesamt 2.842.651 mitversicherte Angehörige.[19] Hinzu kamen 2.704.712 als mittellos eingestufte Personen (indigentes), die wie in den meisten Ländern des Subkontinents auch in Chile aus historischen und sozialethischen Gründen vom öffentlichen Gesundheitssektor unentgeltlich mitversorgt werden. Wer über kein eigenes Einkommen verfügt, kann sich im Bedarfsfall kostenlos in den kommunalen Gesundheitsposten und öffentlichen Krankenhäusern behandeln lassen, hat aber keinerlei Anspruch auf Kostenübernahme bei privaten Anbietern.

In Abhängigkeit vom monatlichen Bruttoeinkommen, von dem 7 % als Krankenversicherungsbeitrag an FONASA abgeführt werden, unterteilen sich die FONASA-Versicherten in vier Gruppen, die in der folgenden Tabelle 4 dargestellt sind. Diese Zuordnung dient als Grundlage zur Berechnung der Selbstbeteiligung im Krankheitsfall. Nicht nur die Gruppe der Mittellosen ist von jeglicher Eigenbeteiligung bei der Behandlung in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen befreit, sondern auch alle Angehörigen von BeitragszahlerInnen, deren Verdienst den gesetzlich festgelegten Mindestlohn von 80.500 (im Jahr 1999) nicht überschreitet. Wer mit seinem Einkommen geringfügig darüber liegt, hat bei allen medizinischen Dienstleistungen 10 % der Kosten selber zu tragen, Besserverdienende sogar 20 %, solange sie sich im Rahmen der „institutionellen Modalität"[20] im öffentlichen Gesundheitssektor behandeln lassen.

Für die öffentliche Sozialkasse FONASA besteht Kontrahierungszwang. Wer nicht aktiv einer Privatversicherung oder bestehenden halbstaatlichen bzw. berufsständischen Institutionen beitritt, wird mit allen Familienangehörigen automatisch bei FONASA eingeschrieben, und der Arbeitgeber führt die Pflichtbeiträge dorthin ab. Die öffentliche Krankenkasse agiert dabei als traditionelle Sozialversicherung nach dem Solidarprinzip und bietet allen Versicherten, unabhängig von ihrem Einkommen und damit von ihrem individuellen Beitragsvolumen, Zugang zu den gleichen Versicherungsleistungen.

Die Gleichheit des Zugangs zu Gesundheitsleistungen ist in Chile in der Praxis allerdings streng genommen nur innerhalb des öffentlichen Sektors gegeben. Denn für die beitragszahlenden Versicherten (Gruppen B, C und D) be-

---

[18] FONASA (1999a).

[19] Vorläufige Daten der Studienabteilung von FONASA, März 2000.

[20] Modalidad institucional: Präventive und kurative Leistungen in kommunalen Gesundheitsposten der Primärversorgung und Therapien der Sekundär- und ggf. Tertiärversorgung in öffentlichen Krankenhäusern unter den üblichen Standards, mit Wartezeiten und ohne weitergehende Wahlleistungen. Die Tarife, aus denen sich die Zuzahlungsanteile ergeben, werden regelmäßig im *Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud* veröffentlicht.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

steht die Möglichkeit, außer den öffentlichen (kommunale Gesundheitsposten und Krankenhäuser des Gesundheitsministerium) im Rahmen der „Modalität der freien Anbieterwahl"[21] auch private DienstleisterInnen in Anspruch zu nehmen, die entsprechende Abkommen mit FONASA geschlossen haben.[22] Der Gruppe der Mittellosen bleibt diese Option verschlossen, die auf entsprechende historische Vorläufer im Angebot der Angestelltenversicherung SERMENA zurückgeht. Zudem ist die Nutzung privater AnbieterInnen auf dem Gesundheitsmarkt für FONASA-Versicherte mit einer hohen Eigenbeteiligung verbunden, die nominell 50 % der Kosten für die verschiedenen Leistungen umfasst, allerdings nur für das niedrigste Kostenniveau. Da die meisten AnbieterInnen in der höchsten Abrechnungsstufe eingeschrieben sind, ergeben sich in der Praxis weitaus höhere Zuzahlungen, die bei komplexeren Behandlungen auf Grund direkter Zusatzabrechnungen der ÄrztInnen und des übrigen medizinischen Personals mit den PatientInnen oft 80 bis 90 % der Gesamtkosten umfassen.[23]

Tabelle 4

FONASA-Versicherte nach Geschlecht, Einkommenssegment und Zuzahlung für medizinische Leistungen im Dezember 1999[24]

Versicherte	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	Gruppe D	Gesamt
Monatseinkommen	Mittellos	≤ 80.500 $ (< 160 US-$)	80.501 – 110.120 $ (< 220 US-$)	> 110.120 $ (> 220 US-$)	
Weiblich	1.586.494	1.659.845	492.196	1.112.923	4.851.459
Männlich	1.441.753	1.230.236	470.205	1.143.945	4.286.140
Gesamt	3.028.247	2.890.082	962.402	2.256.868	9.137.599
Eigenbeteiligung	0 %	0 %	10 %	20 %	

[21] Modalidad de Libre Elección: Inanspruchnahme von Dienstleistungen auf dem privaten Gesundheitsmarkt bei VertragsärztInnen und -hospitälern zur Regulierung der Nachfrage insbesondere im ambulanten Bereich: Zugang zu besserer Infrastruktur und Hotelerie, kürzere Wartezeiten, zusätzliche Wahlleistungen. Die AnbieterInnen können sich in drei Honorarstufen eingruppieren lassen und dementsprechend die erbrachten Leistungen mit FONASA abrechnen. Die Tarife werden regelmäßig im *Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud* veröffentlicht.

[22] *Larrañaga* (1997), S. 10, *Titelman* (2000), S. 12 f., u. a.

[23] Vgl. *Holst* (2001a).

[24] Quelle: FONASA (1999b), S. 14, ergänzt durch weiterführende Informationen der Studienabteilung von FONASA. Die Einkommensgrenzen entsprechen denen der Resolución Exenta N° 1.327 del 10.07.1998 des Gesundheits- und Finanzministeriums.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Entsprechend ihrer Konzeption wird die freie Anbieter-Modalität denn auch ganz überwiegend im ambulanten Bereich bei simpeler und daher kostengünstiger Diagnostik und Therapie in Anspruch genommen. Mehr als 80 % seiner Ausgaben bringt der öffentliche Krankenversicherungssektor für Leistungen im Rahmen der institutionellen Modalität auf, trotz deutlich höherer Durchschnittstarife entfallen nur knapp 19 % der Ausgaben auf die freie Anbieterwahl. Besonders deutlich wird die überragende Bedeutung der institutionellen Modalität im stationären Bereich bei der Analyse der von FONASA im Jahr 1997 aufgebrachten Mittel: Trotz eines deutlich höheren durchschnittlichen Tarifniveaus im privaten Bereich entfielen 98,15 % der Kosten für Krankenhaustage auf den öffentlichen Sektor, bei chirurgischen Eingriffen immerhin noch 88,46 %. Bei ambulanten Behandlungen floss indes mehr als ein Drittel der von FONASA im selben Jahr zur Bezahlung medizinischer Leistungen aufgebrachten Gelder in den privaten Gesundheitssektor (Institutionelle Modalität: 130, freie Anbieterwahl: 68 Millionen US-$).[25]

Nach 1998 stiegen die Gesamtausgaben der öffentlichen Versicherung im Vergleich zum Vorjahr auf fast 1 Billion Pesos (ca. 2 Milliarden US-$).[26] Der überwiegende Teil dieser Summe (93 %) entfiel auf medizinische Leistungen, die verbleibenden 7 % entsprachen den Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeit und den Kosten für landesweite Präventions-, Förderungs- und Ernährungsprogramme. Der Lohnkostenanteil am FONASA-Budget stieg auf Grund der allgemeinen arbeitspolitischen Maßnahmen zwischen 1984 und 1997 von 35 auf 40 % der Ausgaben[27] und sank zwischen 1997 und 1999 erneut auf 36,4 %.[28]

Die öffentliche Finanzierung der landesweiten Gesundheitsprogramme sowie der medizinischen Versorgung der beitragsfrei mitversicherten armen Bevölkerung erklärt den hohen Anteil staatlicher Zuschüsse, die zuletzt fast die Hälfte der Einnahmen des öffentlichen Sozialversicherungswesens ausmachten. Dieser Anteil, der sich 1998 auf knapp 1 Milliarde US-$ entsprechend 48,1 % der Gesamteinnahmen von FONASA belief, zeigte indes gegenüber dem Vorjahr eine leicht rückläufige Tendenz. Die folgende, aus verschiedenen Untersuchungen kombinierte Tabelle gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der Einnahmen des öffentlichen Versicherungsträgers und stellt sie der Einnahmenstruktur des Privatversicherungswesens sowie des Gesamtsystems gegenüber. Während die ISAPREs ganz überwiegend beitragsfinanziert wirtschaften, machen bei FONASA die Prämien der Versicherten nur – je nach Schätzung – zwischen knapp einem Drittel und nahezu zwei Fünftel aus.

---

[25] FONASA (1999a), S. 19.

[26] FONASA (1999a), S. 47.

[27] *Titelman* (2000), S. 21.

[28] FONASA (1999a), S. 47.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Tabelle 5

Prozentuale Einkommenverteilung im chilenischen Gesundheitssystem 1997[29]

	FONASA	ISAPREs	Gesamt
Beiträge	38,2 % / *31,6 %*	80,4 % / *95,3 %*	58,6 %
Staatszuschüsse	52,5 % / *49,4 %*	2,1 % / *2,6 %*	28,1 %
Zuzahlungen	8,1 % / *6,7 %*	12,7 % / ...	10,3 %
Andere Einnahmen	1,2 % / *12,3 %*	4,8 % / *2,1 %*	2,9 %
Summe	**100 % / *100 %***	**100 % / *100 %***	**100 %**

Mitte der 90er Jahre setzte sich in Chile zunehmend die Erkenntnis durch, dass eine spürbare Verbesserung des Gesundheitswesens nicht durch bloße Budgeterhöhungen und die Erweiterung des finanziellen Spielraums insbesondere der öffentlichen Akteure zu erreichen war.[30] Es bedurfte weitergehender Umstrukturierungen innerhalb von FONASA und einer veränderten Interrelation zwischen öffentlichem und privatem Bereich. Im Mittelpunkt der zu jenem Zeitpunkt eingeleiteten Reformen des öffentlichen Sozialversicherers standen eine Optimierung der Allokation der knappen vorhandenen Ressourcen sowie eine Steigerung der betriebs- und volkswirtschaftlichen Effizienz.[31]

Durch die Stärkung der finanziellen Steuerungsmaßnahmen im öffentlichen Gesundheitssektor konnte in den vergangenen Jahren mit der Überwindung der

[29] Quellen: Gemines (1998), S. 16; Marketingabteilung FONASA, nach *Titelman* (2000), S. 17 (kursiv). GEMINIS hat bei den ISAPREs sämtliche und bei FONASA nur die im Rahmen der Modalität der freien Anbieterwahl geleisteten Zuzahlungen berücksichtigt, was den Anteil der von den Versicherten erbrachten Eigenleistungen am Finanzaufkommen unterschätzt und zu einer Überbewertung der staatlichen Zuschüsse führt.

[30] *Acuña* (2000), S. 11.

[31] Kaum ein Begriff hat sich in der ökonomischen und wirtschaftspolitischen Diskussion in den letzten Jahren so universell durchgesetzt wie „Effizienz". Vor allem die starke Vorherrschaft ökonomistischer Denkweisen im Zuge der Globalisierung der Wirtschaftzusammenhänge hat dazu geführt, dass Effizienz mehrheitlich in einem engen betriebswirtschaftlichen und zumeist recht kruzfristigen finanziellen Kosten-Nutzen-Konzept gebraucht wird. Volkswirtschaftliche oder gar gesamtgesellschaftliche Implikationen, die sich bei zunehmender Komplexität nur unzureichend in Modellen abbilden lassen, werden auch in sozialpolitischen Analysen oftmals unterbewertet und außen vor gelassen, obwohl sie gerade für die Gesundheits- und Rentenpolitik von immenser Bedeutung sind. Der vorliegenden Arbeit wird ein umfassenderes Effizienzkonzept zugrundegelegt und bei eingeschränkter Bedeutung im obigen Sinne der Begriff „betriebswirtschaftliche Effizienz" verwendet.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

historischen Budgets die Ressourcenallokation in den verschiedenen Gesundheitsdiensten verbessert werden.[32] Wichtigstes Ziel der FONASA-Reform war die Einführung neuer Budgetierungsformen und Zahlungsmechanismen zwischen der öffentlichen Versicherung als Kostenträgerin und den ebenfalls öffentlichen Dienstleistern im Gesundheitssektor.[33] Die wichtigsten bisher umgesetzten Neuerungen lassen sich in den folgenden fünf Punkten zusammenfassen:

1. Dezentralisierung des finanziellen Managements mit größerer wirtschaftlicher Autonomie der Gesundheitsposten und Krankenhäuser.
2. Einführung von Tarifen auf der Grundlage durchschnittlicher Behandlungskosten.
3. Weitgehende Stabilisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.[34]
4. Einführung prospektiver Zahlungen in Abhängigkeit von Marktlage und Nachfrage.
5. Finanzierung der DienstleisterInnen nach standardisierten Werten der Durchschnittskosten der Versorgung in der primären und weiterführenden Gesundheitsversorgung.

Die kommunal verwalteten Gesundheitsposten erhalten eine Kopfpauschale (Pago per Cápita – PPC) für alle eingeschriebenen BürgerInnen. Der regional und lokal definierte Beitrag sichert den KundInnen eines Gesundheitszentrums neben den obligatorischen vier Elementen der Basisversorgung (Mutter-Kind-Kontrolle, kinderärztliche Betreuung, Behandlung Erwachsener und zahnärztliche Versorgung) weitergehende Leistungen, die sich nach dem sozioökonomischen Status der Kommunen, der Bevölkerungsdichte und den bestehenden Prävalenzen richten.[35] Dieser Finanzierungsmodus, der die Kosten für Arbeit, Verwaltung und Produktionsmittel aller Art abdecken soll, löst die historischen Budgetpauschalen ab, regelt die Zuwendungen in Abhängigkeit von der realen Kundenzahl und zielt letztlich auf eine stärkere Kundenorientierung des Gesundheitswesens ab.[36]

Zur Verbesserung der Ressourcenallokation auf der Mikroebene wird im öffentlichen System seit zwei Jahren die Fallpauschale (Pago Asociado a Diagnóstico – PAD) eingeführt. Auf der Grundlage der Daten von insgesamt 15

---

[32] *Contreras et al.* (1999), S. 20.

[33] *Lenz* (1999), S. 77.

[34] Diese Vorgabe spiegelt einerseits eine realistische Einschätzung der politischen Machtverhältnisse in Chile Mitte der 90er Jahre wider, hat aber andererseits zweifellos zu einer möglicherweise zu langen Fortschreibung des Status quo geführt.

[35] *Salinas* (1998), S. 146 f.

[36] *Lenz* (1999), S. 82.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Kliniken wurde ein Durchschnittswert für die Behandlung von bisher zwanzig stationären Erkrankungen ermittelt.[37] Die Auswahl der Diagnosen erfolgte zum einen nach epidemiologischen und ökonomischen Gesichtspunkten, zum anderen hängt die Anwendung von Fallpauschalen von der Standardisierbarkeit der zugehörigen Therapie ab, die bei chirurgischen Eingriffen erheblich leichter zu erreichen ist.[38] Bei Komplikationen oder unvorhersehbaren Begleiterkrankungen können die DienstleisterInnen zu dem in allen anderen Fällen applizierten Prinzip der Einzelleistungsvergütung (Pago Prospectivo por Prestación – PPP) zurückkehren.

Das neue Finanzierungssystem (PPC, PAD und PPP) führt ein leistungsorientiertes Honorierungsprinzip ein und nimmt die medizinischen AnbieterInnen bei der Budget- und Finanzplanung stärker in die Verantwortung.[39] Doch bisher bleiben die Reformen des Gesundheitssystems bei der Budgetierung und dem Finanzmanagement stehen, gesundheitspolitische und -wissenschaftliche Gesichtspunkte waren im vergangenen Jahrzehnt zweitrangig. Es bleibt fraglich, ob die dargestellten Maßnahmen ausreichen, den sich abzeichnenden Veränderungen des epidemiologischen Profils und der Kundenerwartung adäquat zu begegnen.[40]

D. Der private Krankenversicherungsmarkt

I. Quantitative Entwicklung und Anreizsysteme

Mit der Reform der Renten- und Krankenversicherung Anfang der 80er Jahre verfolgte die chilenische Militärregierung das Ziel der weitgehenden Deregulierung und Privatisierung der sozialen Sicherung. Ab 1981 wurde die Gründung privater Assekuranzunternehmen als soziale Pflichtversicherungen nicht nur zugelassen, sondern propagandistisch und finanziell gefördert. Im Prinzip wurde damit Wahlfreiheit auf dem Krankenversicherungsmarkt eingeführt, die in Chile aber faktisch die Hälfte der Bevölkerung ausschließt.[41]

---

[37] Im Einzelnen handelt es sich um folgende Diagnosen: Cholelithiasis, Appendizitis, Leistenbruch, Magenkarzinom, kompliziertes Magen-/Duodenalulkus, Geburt, Extrauteringravidität, chronische Amigdalitis, Adenoide, Prostatahyperplasie, Phimose, Kryptorchismus, Neugeborenenikterus, Katarakt (einschließlich intraokuläre Linse), Nierentransplantation, Uterusprolaps, intrakranielle Tumoren/Zysten, Aneurysmen, Dysraphien und Nucleus-pulposus-Hernie (zervikal, dorsal, lumbal).

[38] *Lenz* (1999), S. 80, *Salinas* (1998), S. 146.

[39] *Salinas* (1998), S. 146.

[40] Vgl. *Acuña* (2000), S. 12.

[41] Bei der diesem Artikel zugrundeliegenden vergleichenden Studie zwischen FONASA und ISAPREs zeigte sich bereits in der Auswahl der unabhängigen Variablen eine starke Zugangsbeschränkung. Die Prämiengestaltung schließt die unteren und mittleren Einkommenschichten sowie insbesondere kinderreiche Familien vom privaten Versicherungsmarkt aus.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

In den ersten Jahren nach der Einführung der ISAPREs verzeichnete der private Assekuranzmarkt anfangs rasche und im weiteren Verlauf bis 1997 anhaltende Wachstumsraten. Die ISAPREs konnten ihren Marktanteil auf mehr als ein Viertel der Bevölkerung ausdehnen. Gleichzeitig wuchs ihre Zahl von anfangs sieben offenen und einer geschlossenen Versicherung auf bis zu 30 offene und 11 geschlossene ISAPREs.[42] Doch seit 1998 ist erstmalig ein absoluter wie relativer Rückgang der Versichertenzahl im Privatsektor zu verzeichnen, der bis heute anhält. Dazu haben nicht nur die deutliche Verbesserung der Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitswesens sowie die Umstrukturierung von Funktionen und Zahlungsmodalitäten bei FONASA beigetragen. In erster Linie sind dafür die grundlegenden Mechanismen der privaten Krankenversicherungen in Chile und vor allem die Bedingungen der Vertragsgestaltung verantwortlich zu machen, die in Kapitel D.I. eingehender beleuchtet werden. Die private Assekuranzwirtschaft sieht sich nach Jahren des Booms[43] erstmalig mit schwindenden Gewinnspannen und wachsendem Konkurrenzdruck konfrontiert, dem sie zum einen durch Kapitalkonzentration und zum anderen durch Adquisition ausländischen Kapitals zu begegnen versucht.[44]

Eine Reihe verschiedener Faktoren begünstigte die rasche Ausweitung der privaten Krankenversicherungsbranche. An erster Stelle ist dabei die Gesundheitspolitik der Militärregierung von General Augusto Pinochet zu nennen, die sich im Wesentlichen durch zwei Elemente charakterisieren lässt: Zunehmende Verknappung der öffentlichen Ausgaben im Sozialbereich und weitestgehender Verzicht auf Regulierung im Bereich der privaten Versicherungswirtschaft. Letzteres hatte zur Folge, dass die ISAPREs, ohnehin befreit von allen staatlich organisierten Präventionsprogrammen, als ausschließlich an Gewinnmaximie-

---

[42] Geschlossene ISAPRE: Privatwirtschaftlich strukturierte, nicht gewinnorientierte Eigenversicherung von staatlichen oder privaten Großunternehmen, die in der Regel ein einziges Versicherungspaket anbieten, dass ausschließlich den Betriebsangehörigen offen steht; insofern funktioniert eine solche geschlossene KV innerhalb des Unternehmens nach dem Solidarprinzip.

Offene ISAPREs hingegen arbeiten gewinnorientiert, bieten allen abhängig oder unabhängig Beschäftigten individuell abgestimmte Versicherungsleistungen und agieren nach dem Äquivalenzprinzip,. vgl. z. B. *Wainer* (1997), S. 17 f. 1999 betrug ihr Anteil am ISAPRE-Markt, 96,1 %.

[43] Die Eigenkapitalrentabilität der privaten Krankenversicherungen in Chile erreichte 1985 und 86 Spitzenwerte von 40–47 %, lag Anfang der 90er Jahre knapp unter 30 % und 1995 immer noch bei 25 % und damit deutlich über der restlichen Versicherungsbranche (18 %), der Elektroindustrie (16 %) und dem Telekommunikationssektor (15 %), vgl. *Bitrán/Almarza* (1997), S. 54.

[44] Im April 2000 scheiterte die Fusion der zweitgrößten ISAPRE Banmédica mit der kleineren Cigna, Tochter des gleichnamigen US-Versicherungskonzerns. Ende Mai 2000 schloss die ISAPRE Génesis aufgrund von Liquiditätsproblemen. Anfang Juni 2000 gingen die Holdings der ISAPREs Banmédica (Fernández León) und Vida Tres (Penta) eine strategische Verbindung ein (El Mercurio, verschiedene Ausgaben März bis Juni 2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

rung interessierte Unternehmen und nicht im Sinne sozialer Verantwortung agieren konnten.

Tabelle 6

Quantitative Entwicklung des privaten Krankenversicherungsmarktes in Chile im Vergleich zum öffentlichen Sektor und zu anderen Versicherern[45]

Jahr	Öffentl. System		ISAPRE-System		Andere	
	Versicherte	Anteil	Versicherte	Anteil	Versicherte	Anteil
1983	9.892.438	84%	229.844	2%	1.594.487	14%
1984	9.944.240	83%	365.260	3%	1.609.090	14%
1985	9.939.670	82%	545.587	5%	1.636.420	13%
1986	9.743.037	79%	921.294	7%	1.662.699	13%
1987	9.862.812	79%	1.205.004	10%	1.468.552	12%
1988	9.894.189	78%	1.450.175	11%	1.403.843	11%
1989	9.844.496	76%	1.756.169	14%	1.360.355	10%
1990	9.729.020	74 %	2.108.308	16 %	1.336.021	10 %
1991	9.414.162	70 %	2.566.144	19 %	1.405.500	10 %
1992	8.788.817	65 %	3.000.063	22 %	1.810.547	13 %
1993	8.537.786	62 %	3.431.543	25 %	1.843.895	13 %
1994	8.664.479	62 %	3.669.874	26 %	1.691.816	12 %
1995	8.637.022	61 %	3.763.649	26 %	1.809.758	13 %
1996	8.672.619	60 %	3.813.384	26 %	1.932.861	13 %
1997	8.753.407	60 %	3.882.572	27 %	1.986.375	14 %
1998	9.137.599	61 %	3.679.835	25 %	2.113.283	14 %
1999	8.819.146	59 %	3.457.798	23 %	2.723.056	18 %

Einzige bedeutsame Ausnahme in der neoliberal geprägten, überaus restriktiven sozialpolitischen Fiskalstrategie bildeten die Zuschüsse zu den Privatversicherungsbeiträgen für BezieherInnen niedriger Einkommen. In Abhängigkeit vom Einkommen und der Zahl der Mitversicherten konnten die KundInnen der ISAPREs bis zu 2 % ihres Bruttolohns als Zuschuss erhalten und somit ihre eigene Prämienbelastung auf 5 % verringern. Diese Maßnahme zur Förderung der Versicherungsnachfrage wurde allerdings trotz heftiger Proteste der Branche Ende 1999 abgeschafft. Damit setzten sich die Befürworter einer Förderung der Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen durch.

[45] Quelle: *Minsalud* (1999e) und *Contreras/Guzmán/Vergara* (1999), S. 28, ergänzt durch eigene Berechnungen auf der Grundlage aktueller Daten der Studienabteilung von FONASA aus März/April 2000.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Mit seiner Gesundheitspolitik vergrößerte das autoritäre Regime gezielt den Wettbewerbsvorteil der Privatversicherer gegenüber FONASA. Nach jahrelanger Rotstiftpolitik befand sich der öffentliche Gesundheitssektor in desolatem Zustand, die eingeschränkten räumlichen wie personellen Bedingungen und lange Wartezeiten bei elektiven Behandlungen drängten die BürgerInnen in den privaten medizinischen Dienstleistungsbereich. Die hohen Zuzahlungen von 50 bis fast 90 %, die FONASA-Versicherte bei Nutzung der freien Anbieterwahl zu leisten haben, ließ die Attraktivität der ISAPREs erheblich steigen, boten sie doch zumindest bei der ambulanten Behandlung erheblich günstigeren Zugang zu PrivatärztInnen ohne nennenswerte Wartezeiten und mit geringerer Eigenbeteiligung.

Einen weiteren nachhaltigen Anreiz zum Wechsel in das private Krankenversicherungssystem bedeutete ab 1986 die Einführung von Zuzahlungen für ökonomisch bessergestellte FONASA-Versicherte auch bei der Nutzung öffentlicher AnbieterInnen.[46] Diese Maßnahme reduzierte die relative Unsicherheit, welche die BürgerInnen im Hinblick auf das Ausmaß der Eigenbeteiligungen bei den ISAPREs empfanden, und senkte somit die Schwelle zum Wechsel in eine Privatversicherung.[47]

Gleichzeitig boten Privatpraxen und -kliniken teilweise erheblich besseren Komfort, eine modernere Ausstattung und eine stärkere Kundenorientierung. Eine derartige Besserbehandlung sprach in erster Linie die Ober- und Mittelschichten an. Letztere hatten am deutlichsten die Konsequenzen der Zusammenlegung von SERMENA und SNS gespürt, die der Einführung der ISAPREs zwei Jahre vorausgegangen war. Die Privatisierung der Sozialversicherung durch Aufbrechen des „öffentlichen Monopols" und die Schaffung „realer Märkte" dämpfte die vorübergehende Ernüchterung insbesondere des Mittelstandes angesichts der verschlechterten medizinischen Versorgung.[48]

Die Wahlfreiheit auf dem Assekuranzmarkt bot den BürgerInnen die Möglichkeit, ihre Unzufriedenheit mit den infrastrukturellen und personellen Bedingungen sowie mit dem historisch gewachsenen, ausgeprägten Bürokratismus in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen durch den Wechsel zu einer ISAPRE zum Ausdruck zu bringen. In einem generellen Klima stark eingeschränkter Kritik- und Partizipationsmöglichkeiten im pinochetistischen Chile erhöhte diese Option den Nutzenzuwachs und die Popularität der Privatversicherungen.

---

[46] Eigenbeteiligung entsprechend einem bestimmten Anteil der Behandlungskosten für die Gruppen C und D der FONASA-Versicherten; vgl. Tabelle 4, Kap. III.

[47] Vgl. *Contreras et al.* (1999), S. 14.

[48] *Contreras/Guzmán/Vergara* (1999), S. 14.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Hinzu kam ein weiteres Phänomen, das sich aus der Dualität des zweigliedrigen Gesundheitswesens und der Kurzfristigkeit der Krankenversicherungsverträge[49] ergab: Vor allem in der Anfangszeit fassten viele Versicherte die ISAPREs implizit als Zusatzversicherungen für ambulante Leistungen auf, die bei leichten Krankheiten und kostengünstigen Therapien in Anspruch genommen wurde. Bei schweren oder chronischen Erkrankungen suchten die Versicherten Unterschlupf im öffentlichen Sektor und landeten bei sich verschlechternden Gesundheitsrisiken automatisch bei FONASA. Der öffentliche Versicherungsträger wurde dadurch faktisch in die Rolle eines Rückversicherers für schwere Krankheiten gedrängt.[50]

II. Vertragsgestaltung auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt

Von entscheidender Bedeutung für das Funktionieren und insbesondere für die Probleme des chilenischen Krankenversicherungs- und Gesundheitssystems sind die Modalitäten der Vertragsgestaltung in der privaten Asskuranzbranche, deren wichtigste Gesichtspunkte im Folgenden dargestellt werden sollen.

Die ISAPREs funktionieren nach dem Äquivalenzprinzip und bieten VersicherungsnehmerInnen und Mitversicherten in Abhängigkeit von der gezahlten Prämie individuell vereinbarten Schutz. Die Prämien bei den offenen ISAPREs sind risikofaktorenabhängig und variieren nach Alter und Geschlecht, dürfen aber nicht dem individuellen Risiko der VersicherungsnehmerInnen angepasst werden. Allerdings können die privaten Assekuranzagenturen – im Unterschied zu FONASA – die Aufnahme bestimmter Personen verweigern. Die Versicherungsprämie resultiert aus den sog. Risikofaktoren, die mit steigendem Alter exponenziell wachsen und bei Frauen schon im gebärfähigen Alter teils extrem hohe Werte annehmen.

Während die Versicherten nach einjähriger Dauer jederzeit kündigen können, haben die Verträge für die Versicherungen formal eine unbeschränkte Laufzeit. Für sie besteht allerdings alle 12 Monate die Möglichkeit, die Modalitäten ihrer Verträge zu überprüfen und anzupassen. Ist der Versicherte nicht mit den Änderungen – beispielsweise mit der Erhöhung des Grundtarifes – einverstanden, hat ihm die Versicherung einen „gleichwertigen" Vertrag anzubieten, im Streitfall entscheidet die Aufsichtsbehörde. Eine Beitragsänderung bei Vertragsgleichheit tritt immer dann ein, wenn der Beitragszahler oder ein mitversichertes Familienmitglied in den vergangenen 12 Monaten eine Altersgrenze für die für jeden Vertrag definierten Risikofaktoren überschritten hat. Die Risikofaktorengestaltung bringt eine automatische Steigerung der Beitragssätze

[49] s. Kap. D.II.

[50] Vgl. *Kifmann* (1997).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

mit zunehmendem Alter mit sich und stellt das wichtigste Element der systematischen altersmodulierten Risikoselektion dar.

Einen staatlichen Eingriff in die Preisbildung bedeutet die Festlegung des gesetzlichen Mindestbeitrags für die Krankenversicherung auf 7 % des Bruttolohns.[51] Unbeschadet dieser Vorschrift können die VersicherungsnehmerInnen einen höheren Monatsbeitrag mit ihrer ISAPRE vereinbaren, um den Versicherungsschutz zu erweitern. Tatsächlich, meistens auf Grund der beschriebenen Altersadaptation der Prämien, zahlt mindestens ein Drittel der privat krankenversicherten ChilenInnen „freiwillig" einen höheren Krankenkassenbeitrag,[52] der sich auf 8,5 – 10 % des Einkommens beläuft.[53] Berücksichtigt man den hohen Anteil Versicherter, deren Gehalt über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, führt die Mehrheit der weniger als 1.700 US-$ Verdienenden mehr als den Pflichtbeitrag ab. Die risikoabhängige Beitragsbemessung trägt somit zu einer bedeutenden Verteuerung der individuellen Gesundheitsausgaben bei.

Die Liberalisierung des chilenischen Krankenversicherungsmarktes erfolgte ohne verbindliche Festlegung eines definierten Paketes medizinischer Leistungen, das allen Versicherten obligat und in vollem Umfang zur Verfügung stehen muss. Gemeinsam mit der staatlichen Vorgabe bei der einkommensabhängigen Prämiengestaltung hat dies die Entwicklung eines funktionierenden Wettbewerbs faktisch verhindert. Konkurrenz lassen die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf dem Assekuranzmarkt allein auf zwei Ebenen zu: Zum einen können die ISAPREs weiterführende, hochspezialisierte Leistungen in ihre Verträge aufnehmen, die in Chile teilweise ohnehin nur von Privatkliniken erbracht werden. Zum anderen bieten sie ihren KundInnen eine unterschiedliche finanzielle Deckung der medizinischen Leistungen.

Die ISAPREs sind gesetzlich verpflichtet, in den Verträgen, die sie auf dem privaten Versicherungsmarkt anbieten, den Gesamtkatalog medizinischer und paramedizinischer Leistungen abzudecken, den FONASA seinen Versicherten vorhält und der jährlich vom Gesundheitsministerium aktualisiert wird.[54] Allerdings legt das Gesetz nicht eindeutig fest, in welchem Umfang die Privatversicherungen diese Leistungen übernehmen müssen. Im November 2000 entschied der Oberste Gerichtshof in Santiago auf Antrag der Aufsichtsbehörde in letzter Instanz, die Mindestdeckung müsse sich für jede einzelne Leistung auf 50 %

---

[51] Es besteht eine obere Beitragsgrenze von derzeit rund 125 US-$ entsprechend dem siebenprozentigen Anteil eines Bemessungsmonatseinkommens von knapp 1.700 US-$.

[52] Auf Anfrage des Autoren von dem „Masterarchiv Versicherte" der Versicherungsaufsichtsbehörde Superintendencia de ISAPREs zusammengestellte Angaben, Februar 2000.

[53] Inoffizielle Schätzungen der Superintendencia de ISAPREs, Dezember 1999.

[54] Die einzelnen Leistungen werden einschließlich ihrer Tarife im Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud aufgelistet.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

des niedrigsten vergleichbaren FONASA-Satzes belaufen. Die ISAPREs hatten bis dahin nur eine Kostenübernahmepflicht von 25 % für verbindlich angesehen, entsprechend der geltenden Deckungsbeschränkungen für vorbestehende Erkrankungen während der ersten 18 Monate der Zugehörigkeit zu einer privaten Krankenversicherung.[55]

Um sich vor dem *moral hazard* der Versicherten zu schützen und ihre eigenen Ausgaben zu dämpfen, wendet die private Assekuranzwirtschaft in Chile in großem Umfang das Prinzip der Eigenbeteiligung an. Die Versicherungspläne legen die Deckungsobergrenzen für bestimmte medizinische und paramedizinische Leistungen fest, entweder bezogen auf Einzelleistungen oder auf Leistungen bzw. Leistungsgruppen in einem gewissen Zeitintervall. Alle darüber hinaus gehenden Kosten haben die Versicherten in Form von Zuzahlungen selber zu tragen. Da auf dem Markt für Gesundheitsleistungen keinerlei Preisregulierung besteht, bedeutet dies ein unkalkulierbares finanzielles Risiko für die Versicherten. Die Eigenbeteiligung ist eine Variable, die sich nach dem Versicherungsvertrag und dem gewählten Leistungserbringer richtet. Die Haftungsbeschränkungen der Versicherungen bezogen auf einen bestimmten Zeitraum, meistens ein Vertragsjahr, betreffen in erster Linie ambulante oder teilstationäre Behandlungen und sind vor allem bei chronischen oder langwierigen Erkrankungen von Bedeutung.[56]

Ein funktionierender Wettbewerb setzt weitestgehende Markttransparenz voraus. Bekanntermaßen weist der Gesundheitsmarkt auf Grund seiner intrinsischen Intransparenz grundsätzliche Unvollkommenheiten auf. Mit der Einführung der ISAPREs stellte sich eine Vervielfältigung der Informationsasymmetrie auf dem chilenischen Markt ein. Das klassische Wissensgefälle zwischen AnbieterIn und VerbraucherIn medizinischer Leistungen hielt im autoritären Chile unvermindert an, und das zwischen LeistungserbringerInnen und Versicherungen wurde in Bezug auf marktrelevantes Wissen durch eine umgekehrte Asymmetrie zwischen KostenträgerInnen und DienstleisterInnen ergänzt. Am nachhaltigsten verhindert allerdings das Informationsdefizit der VerbraucherInnen gegenüber den ISAPREs die zum Funktionieren erforderliche Markttransparenz. Die Angabe von Tarifen und Deckungen in inflationsbereinigter Währungs- oder gar in versicherungsinterner Rechnungseinheit macht die Vertragskonditionen und insbesondere die vorgesehene Eigenbeteiligung kaum nachvollziehbar, zumal die Versicherten nicht über die Marktpreise medizinischer Leistungen informiert sind. Insgesamt herrscht unter den KundInnen der

[55] Mitteilungen der Studienabteilung der Versicherungsaufsichtsbehörde im April 2000.

[56] Fast alle Verträge sehen teils drastische Deckungsbeschränkungen bei ambulanten Konsultationen oder fachärztlichen Behandlungen, Physiotherapie, Medikamenten (insbesondere Chemotherapeutika), Sehhilfen, Prothesen, häuslicher Krankenpflege und vor allem psychiatrischer Behandlung vor.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

chilenischen Privatversicherungen eine auffällige Unwissenheit und Verunsicherung in Bezug auf ihre soziale Sicherung im Krankheitsfall.[57]

III. Einzelne Problembereiche der Anreizstruktur

Mit der Zulassung privater Assekuranzunternehmen als Trägerinnen der sozialen Sicherung bei weitestgehender Deregulierung des Versicherungsmarktes wurden das historische Solidarprinzip aufgekündigt und die alle Bevölkerungsgruppen betreffende Umverteilung zwischen Besser- und Schlechterverdienenden, zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen Jung und Alt abschafft. Jeder Bürger und jede Bürgerin müssen heute individuell ihr eigenes Risiko versichern. An die Stelle des sozialen Gedankens stellte die Militärregierung die Ideologie der Gewinnmaximierung. Durch die Prämiengestaltung erreichte die Branche eine klare sozioökonomische Selektion, die keineswegs auf die eher seltene direkte Ablehnung potenzieller VersicherungsnehmerInnen beschränkt ist. Die immanente Logik der ISAPREs lässt diese nach KundInnen suchen, die eine ausreichende Rendite versprechen.

Die Einkommensverhältnisse in Chile führen dazu, dass die ideologisch reichlich ausgeschlachtete Wahlfreiheit auf dem Versicherungsmarkt faktisch auf weniger als die Hälfte der Bevölkerung beschränkt geblieben ist. Die Einkommensaufstellung der ISAPRE-BeitragszahlerInnen weist zwar einen beachtlichen Anteil von Personen mit einem Monatseinkommen von 200–600 US-$ auf,[58] dies ist jedoch der Altersstruktur der chilenischen Bevölkerung geschuldet und bezieht sich im Wesentlichen auf Alleinstehende und kinderarme Versicherte. Eigene Untersuchungen legten eine klare Diskriminierung Geringverdienender mit zwei oder mehr Kindern offen, mit deren Beitragssatz von 7 % kein Versicherungsplan zu finanzieren ist. Sofern einzelne ISAPREs überhaupt Verträge für diese Einkommensgruppe mit Familienanhang anbieten, müssen die Versicherten erhebliche finanzielle Deckungslücken in Kauf nehmen.[59] Erst ab einem Monatsgehalt von etwa 650 US-$ eröffnet sich eine reale Wahloption. Das Marktsegment der Privatassekuranzen wird sich nach der Abschaffung des staatlichen Zuschusses zur Förderung der Versicherungsnachfrage verkleinern.

Ein weiteres Problem im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der chilenischen Gesundheitsreform von 1981 liegt in den Kündigungsbedingungen der privaten Assekuranzverträge. Die kurze Pflichtlaufzeit für die VersicherungsnehmerIn-

---

[57] Wiederholte Beobachtungen des Autors; vgl. auch *Bitrán/Almarza* (1997), S. 43.

[58] *Superintendencia* (2000), S. 10.

[59] Vgl. *Holst* (2001a); mehr dazu weiter unten im Zusammenhang mit der Zuzahlungsproblematik.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nen könnte theoretisch für die ISAPREs einen Anreiz zur Verbesserung ihres Produktes darstellen. Doch die parallele Existenz eines öffentlichen Versicherungs- und Leistungssystems mit seiner potenziell universellen und solidarischen Orientierung nimmt den Privatunternehmen jeglichen Druck zur Anpassung an Kundenbedürfnisse und zur Konkurrenz um Versicherte. Mehr noch, die Ausgestaltung und jährliche Anpassung der Vertragsbedingungen gibt ihnen eine effektives Mittel zur Abschiebung schlechter Risiken.

Auf Grund ihrer Prämiengestaltung und des Zugangs zu privaten AnbieterInnen sind die ISAPREs attraktiv für junge, gesunde Personen. Die faktisch bestehende Risiko- und Einkommensselektion führt zu einer überproportionalen Repräsentanz junger Besserverdienender in den Privatversicherungen, während chronisch kranke und alte Menschen werden in das öffentliche System abgedrängt werden. Die folgenden beiden Schaubilder illustrieren eindrücklich die risikoabhängige und die sozioökonomische Selektion im chilenischen Modell.

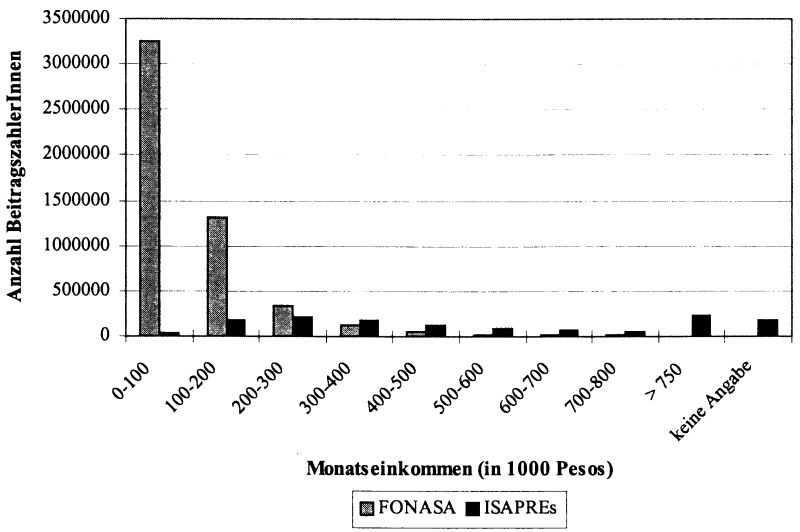

Abbildung 1: BeitragszahlerInnen FONASA und ISAPRE nach Einkommen[60]

[60] Quelle: Daten der Studienabteilung von FONASA vom 25.1.2000 und *Superintendencia* (2000), S. 52. Beachte: Aufgrund entsprechend aggregierter Daten fasst die Kolumne „>750" die FONASA-Versicherten mit dem angegebenen Einkommen und die ISAPRE-Versicherten mit eine m Monatseinkommen von mehr als 800.000 Pesos zusammen. Die Diskrepanz bei den GroßverdienerInnen fällt in dieser Darstellung somit geringer aus als in der Realität.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

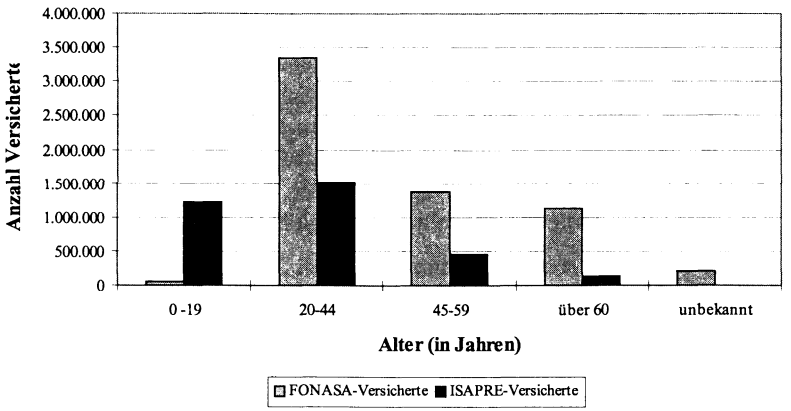

Abbildung 2: Altersverteilung der FONASA- und ISAPRE- Versicherten[61]

Ohnehin zeigt sich in Zeiten ökonomischer Rezession ein Rückgang des Anteils der ISAPRE-Mitglieder. Arbeitslosigkeit und schwindende Einkommen treiben viele Bürger unweigerlich zurück in die Arme der Sozialkasse.

Im dualen chilenischen System besteht weder für Versicherungen noch für Versicherte ein Anreiz zur Bildung von Altersrückstellungen. Die AnbieterInnen von Versicherungsleistungen können sich der Mehrheit der alternden Mitglieder entledigen, bevor erhöhte Gesundheitsausgaben für sie zu erwarten sind. Auch für die Versicherten macht eine Verteuerung der Prämien zur Rücklagenbildung in den meisten Fällen wenig Sinn, da sie entweder die ISAPRE oder in das öffentliche System wechseln können, sofern erhöhte Krankheitskosten zu erwarten oder aufgetreten sind. Dieser Option könnte durch die Einführung personen- anstatt versicherungsbezogener Guthaben und eines dem angelsächsischen Prinzip des „the money follows the patient" entsprechenden Verfahrens begegnet werden. Derartige normative und regulatorische Vorgaben der Exekutive bestehen in Chile bis heute nicht und sind in Anbetracht der Macht- und Interessenskonstellation sowie eines weiterhin tief verankerten Glaubens an die marktwirtschaftlichen Mechanismen nur schwer durchsetzbar.

Vom gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Standpunkt aus ist ein weiterer Aspekt besonders bedenklich. Die beschriebene Vertragsstruktur nimmt Versicherungen wie VersicherungsnehmerInnen jeglichen Anreiz zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die bekanntermaßen eine wesentlich günstigere Kosten-Nutzen-Relation aufweisen als kurative Maßnahmen. Aus traditionellen Gründen zeichnet der Staat für die Impf- und

[61] Quelle: FONASA, Daten der Studienabteilung basierend auf dem Stand vom 15.01.2000; Superintendencia de ISAPREs, Statistisches Bulletin für den Zeitraum Januar bis Dezember 1999, S. 66 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

einige Ernährungsprogramme für Kinder verantwortlich. Weiterführende Früherkennungs- und Präventionsprogramme sind zwar vorgeschrieben, werden von den meisten ISAPREs aber nicht propagiert und entsprechend wenig in Anspruch genommen.[62] Die kurzfristige Kündigungsfrist der VersicherungsnehmerInnen stellt für die Versicherungen die potenzielle zukünftige Kostenersparnis in Frage. Auch für die Erstgenannten besteht kein Anreiz zu vorbeugenden gesundheitsfördernden Angeboten von Seiten der Privatassekuranzen, da sie jederzeit in das öffentliche System mit risikounabhängigen Prämien wechseln können. Diese Situation verursacht für das Gesamtsystem erhebliche Folgekosten.

Dies sind nur einige der verschiedenen Konsequenzen der Liberalisierung des Krankenversicherungsmarktes, die direkt oder indirekt die angestrebte Effizienzsteigerung überaus fragwürdig erscheinen lassen. Grundsätzlich soll der Kassenwettbewerb mit Hilfe innovativer Bereitstellungsformen zur Verbesserung der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen beitragen. Übliche Mechanismen sind die selektive Kontraktierung leistungsfähiger und qualifizierter AnbieterInnen bis hin zur vertikalen Integration, die Organisation von LeistungserbringerInnen in Kooperationsnetzen und die Kosten sparende Standardisierung von Behandlungsabläufen. Augenfälligerweise hat die private Krankenversicherungsbranche in Chile in den nahezu 20 Jahren ihres Bestehens kaum derartige Innovationen hervorgebracht. Die vorherrschende Honorierungsform ist weiterhin die Einzelleistungsvergütung, wobei die ISAPREs vor allem Mengenrabatt bei Abnahme größerer Kontingente von medizinischen Leistungen durchsetzen konnten.[63] Eine vertikale Integration erfolgte vorwiegend im Zuge der Marktexpansion in die unteren Mittelschichten, die aber nach Auffassung der großen Versicherungen heute ausgereizt ist.[64] Die am Markt befindlichen „geschlossenen", d. h. HMO-ähnlich organisierten Versicherungspläne zeichnen sich durch sehr gute Deckungen bei einem Vertragsanbieter aus, dessen technisch-logistischer Standard direkt mit dem Beitrag bzw. Einkommen korreliert. Bei Nutzung anderer DienstleisterInnen fallen indes sehr hohe Zuzahlungen an, so dass solche Verträge die Wahlfreiheit auf dem Markt medizinischer Leistungen weitgehend beschneiden.

---

[62] Eine wichtige Ausnahme stellt die zahlenmäßig größte ISAPRE Consalud dar, die aktiv allgemein- und zahnmedizinische Kontrolluntersuchungen anbietet und ein internes Prämiensystem zur Förderung krankheitsvermeidenden Verhaltens entwickelt hat.

[63] CLAISS (1999), S. 25.

[64] MitarbeiterInnen der Marketing- und Studienabteilungen der drei größten ISAPREs, Consalud, Banmédica und Cruz Blanca, erklärten im Januar und Februar 2000 übereinstimmend, ihre Unternehmen sähen keine bedeutenden Marktchancen in der Ausweitung derartiger Angebote. MitarbeiterInnen der ISAPRE Vida Tres, die bisher ein gehobenes sozioökonomisches Klientel versorgt, sahen hingegen in HMO-ähnlichen Paketen relevante Expansionschancen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Die aus der fehlenden horizontalen Integration des chilenischen Systems resultierende, ineffektive Doppelstruktur bringt eine erhebliche Ressourcenvergeudung mit sich. Bisher haben öffentliche Anbieter keine rechtliche Handhabe, anfallende Behandlungskosten bei Privatversicherungen einzufordern, während die Mitglieder von FONASA private Kliniken allenfalls bei Bereitschaft zu hoher Selbstbeteiligung in Anspruch nehmen können. Als Reaktion auf die anfänglich verbreitete Annahme der ISAPREs als Zusatzversicherungen für ambulante Leistungen und der öffentlichen Krankenkasse als Rückversicherer[65] konnte durch strengere Kontrollen und Abgleich mit der Versicherungsaufsichtsbehörde die Missbrauchsquote von ISAPRE-Versicherten bei den öffentlichen LeistungsanbieterInnen von 7 auf nur noch rund 0,7 % reduziert werden.[66] Die BürgerInnen stehen daher heute vor einer wirklichen Alternative, wenn sie sich zwischen FONASA oder ISAPRE entscheiden.

Ein großes Problem stellt dabei die Zunahme der Informationsasymmetrie auf dem privaten Gesundheitsmarkt dar, die insbesondere zwischen Versicherungen und VerbraucherInnen besteht. Die bisher von der Aufsichtsbehörde durchgesetzten Änderungen (Ausweisung der Prämien und Tarife in Pesos, Auflistung der wichtigsten (para-)medizinischen Leistungen auf jedem Vertragsformular) reichen nicht aus, um eine akzeptable Markttransparenz zu gewährleisten. Im Zuge eines auch in Chile allmählich wachsenden Kundenbewusstseins besteht perspektivisch ein wachsender Druck auf die Privatversicherer, die Konditionen ihrer Versicherungspläne und die Preisgestaltung mit den AnbieterInnen offen zu legen. Auf Grund der enormen Anzahl von Versicherungsverträgen und der Unüberschaubarkeit des Marktes für medizinische Dienstleistungen ist heute jedoch keine hinreichende Transparenz und somit kein funktionierender Wettbewerb gegeben. Die Einführung eines verbindlichen, an die epidemiologischen Bedingungen der Bevölkerung angepassten Leistungspaketes,[67] auf das alle Versicherten im öffentlichen und im privaten System Anspruch haben, erscheint unerlässlich, um sowohl die individuellen Informationskosten als auch das grundlegende Problem der sozialen Verunsicherung zu verringern.

---

[65] s. Kap. D.I., Fußnote 48.

[66] Angaben der Studienabteilung von FONASA, Januar 2000.

[67] Es wird, im Unterschied zu vielen anderen Arbeiten, nicht von einem „Basispaket" gesprochen, da mit der Einführung verbindlicher Leistungskategorien nicht implizit eine Verringerung der Deckungsbreite verbunden sein sollte. In Chile existiert zumindest theoretische Übereinstimmung über eine solche Grundsicherung für alle BürgerInnen. Dem allgemeinen wirtschaftlichen und v.a. dem medizinischen Stand angemessen spricht dabei niemand von einem „Minimalplan". Ronald D. Fischer sprach 1995 noch von einem *Plan Básico de Salud* (PBS), andere AutorInnen wie Acuña fordern einen *Plan Garantizado de Beneficios en Salud* (PGBS).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Die Einführung eines privaten Assekuranzmarktes hat in Chile nicht nur zu den verschiedentlich erwähnten, teilweise deutlichen Steigerungen der individuellen Gesundheitsausgaben beigetragen.[68] Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die ISAPREs weder die Steigerung der Gesundheitskosten aufgehalten noch wesentlich zur Eindämmung der „Kostenexplosion" beigetragen hat. Die Einsparpotenziale bei der Leistungsvergütung beschränken sich ganz überwiegend auf das Prinzip des „Mengenrabatts". Andere innovative Finanzierungsmodalitäten wendet die Privatwirtschaft nur in geringem Umfang an. Hinzu kommt eine anhaltende interne Kostensteigerung durch einen hohen Werbe- und Kontrolldruck zur Verteidigung der Marktsegmente und zum Schutz gegen vielfältige Auswirkungen des *moral hazard* bei AnbieterInnen wie bei LeistungsempfängerInnen. Die Verwaltungskosten des ISAPRE-Systems beliefen sich 1999 auf 18,8 % des Umsatzes und zeigen eine nur leicht fallende Tendenz.[69]

Zu den unerwünschten Wirkungen der chilenischen Sozialversicherungsreform, die zur Verbesserung der Ressourcenallokation und Steigerung der betriebs- und – zumindest theoretisch – auch der volkswirtschaftlichen Effizienz angetreten war, gehört auch das Problem der Nachfrageinduktion auf dem privaten Markt für medizinische Leistungen. So war in der Dekade zwischen 1986 und 1997 ein Anstieg der chirurgischen Eingriffe um 21 %, der ärztlichen Konsultationen um 60 %, der Laborleistungen um 142 % und der bildgebenden Diagnostikverfahren um 181 % zu beobachten.[70] Auch unter Berücksichtigung des Wachstums der ISAPREs verzeichnet die Nachfrage nach weniger komplexen Gesundheitsleistungen auf dem privaten Markt ein höheres Wachstum als im öffentlichen Sektor. Dieser Effekt ist wesentlich schwerwiegender, wenn man bedenkt, dass die Privatversicherer überwiegend junge und gesunde Personen versichern, was sich im Übrigen in der vergleichsweise spärlichen Steigerung der Zahl chirurgischer Eingriffe niederschlägt.

Als letztes großes Problemfeld der chilenischen Krankenversicherungsstruktur soll an dieser Stelle auf die Eigenbeteiligung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eingegangen werden. Die oftmals unzureichende und vor allem undurchschaubare Risikoabdeckung konfrontiert die ISAPREs mit einem großen Image- und damit Absatzproblem. Vor dem Hintergrund der fehlenden Markttransparenz stellt die Selbstbeteiligung im Krankheitsfall ein bedeutsames Element der sozialen Verunsicherung dar. Die psychologischen

---

[68] Z. B. durch „freiwillige" Prämienerhöhung, Zuzahlungen, Absicherung gegen Zuzahlung, derzeit in Planung befindliche Zusatzversicherung gegen schwere Erkrankungen.

[69] *Superintendencia* (1999a), S. 28 f.: Die durchschnittlichen Verwaltungskosten sanken von 19,9 % des Umsatzes in den Anfangsjahren 1985–89 zunächst auf 17,1 % zwischen 1990 und 94, um zuletzt erneut auf knapp 20 % zu steigen.

[70] Quelle: Statistisches Jahrbuch des Gesundheitsministeriums, nach *Solimano/Vergara* (1999), S. 10–12 bzw. *Contreras et al.* (1999), S. 84–87.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Auswirkungen eines Sozialversicherungssystems, das gerade den von einem Schadensfall Betroffenen angemessene Garantien vorenthält, sind in einem Land mit starker individualistischer und marktbestimmter Grundorientierung besonders schwerwiegend.

Einige ISAPREs bieten Zusatzversicherungen zum Schutz vor der Belastung durch hohe Eigenbeteiligungen an.[71] Die Erschließung eines zusätzlichen Marktes mag aus assekuranzwirtschaftlicher Logik plausibel erscheinen. Gerade auf dem Gesundheitsmarkt ist die Tatsache, dass ein Anbieter eine Versicherung gegen Risiken und Nebenwirkungen des eigenen Produktes bereithält, indes politisch wie ethisch bedenklich und widerspricht dem Grundgedanken von sozialer Sicherung. Gleichzeitig bedeutet der Abschluss einer derartigen Zusatzversicherung eine Verteuerung der individuellen Gesundheitsausgaben.

Bei der Zuzahlungsproblematik fallen im Wesentlichen zwei Selektionsprobleme auf: Die deutliche Benachteiligung der unteren sozialen Schichten und die Unangemessenheit angesichts des epidemiologischen Wandels der letzten Jahrzehnte. Nach Untersuchungen des Autors verhält sich die Eigenbeteiligung im Privatbereich grundsätzlich umgekehrt proportional zum Einkommen der Versicherten. Da die Geringverdienenden entsprechend dem vorgeschriebenen Abgabensatz nur eine niedrige Prämie zahlen, erhalten sie eine schlechtere Versicherungsleistung und haben absolut und v. a. in Relation zu ihrem Einkommen einen wesentlich höheren Anteil der Gesundheitskosten selber aufzubringen. Mit steigendem Einkommen nimmt die Zuzahlungshöhe tendenziell ab, gleichzeitig steigt die Angebotsbreite von Verträgen mit vollständiger Deckung zumindest der teuren stationären Behandlungen.[72] Von dieser Grundregel wei-

---

[71] *Bitrán/Almarza* (1997), S. 37.

[72] Vgl. *Holst* (2001b). Untersucht wurde zunächst das Vertragsangebot der drei größten und einer mittleren ISAPRE (insgesamt 65 % Marktanteil) für drei verschiedene Familienkonstellationen mit einem Beitragszahler (unabhängige Variable: Alter und Zahl der Mitversicherten) und einem Monatseinkommen von jeweils 370, 650, 925 und 1480 US-$ unter der Prämisse einer Prämie von 7 %. Für diese Stichprobe wurde die Eigenbeteiligung im Fall der stationären Behandlung von sieben ökonomisch wie epidemiologisch relevanten Pathologien sowie einer halbstationär plus ambulant zu versorgenden Erkrankung ermittelt. In einem weiteren Schritt wurde die durchschnittliche Zuzahlung aller für eine bestimmte Untergruppe in Frage kommenden Gesundheitspläne bei den im Vertrag vorgesehenen AnbieterInnen berechnet und mit der Eigenbeteiligung bei entsprechender Therapie im Rahmen der institutionellen Modalität im öffentlichen System in Beziehung gesetzt. Die zugrunde liegenden empirischen Daten wurden im Zeitraum zwischen Ende 1999 und Anfang 2000 erhoben.

In der untersten Einkommensgruppe bot der Markt nicht für alle Familienkonstellationen geeignete Versicherungspolicen und insgesamt gerade zwei Gesundheitspläne mit sehr hohen Zuzahlungen, wobei ein Vertrag auch eine deutlich über 7 % liegende Prämie erforderte; die Selbstbeteiligung erreichte bei den stationären Behandlungen 24–52 %. Bei einem Monatseinkommen von 650 US-$ gab es drei bis fünf Auswahlmöglichkeiten mit stationären Zuzahlungen von mindestens 9 und bis zu 30 %. In der nächst höheren Einkommensgruppe schwankte die durchschnittliche Eigenbeteiligung im statio-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

chen allein die Versicherungsverträge mit vertikaler Integration ab, die bereits den unteren Mittelschichten eine sehr gute Deckung im stationären Bereich bieten und die Versicherten dort von jeder Zuzahlungspflicht befreien, solange sie sich beim Vertragsanbieter behandeln lassen. Grundsätzlich zeigten sich bei den epidemiologisch zunehmend bedeutsamen traumatologischen und vor allem Karzinomtherapien die höchsten Eigenbeteiligungsraten, während die PatientInnen mit kardiovaskulären Erkrankungen bereits ab einem Monatseinkommen von gut 900 US-$ im ISAPRE-System finanziell deutlich besser gestellt sind.

Im halbstationären bzw. ambulanten Bereich ergab sich insbesondere bei längerfristiger oder mehrteiliger Therapie ein ganz anderes Bild. Chronische Erkrankungen mit der erforderlichen Nachsorge konfrontieren die Versicherten des privaten Marktes mit extrem hohen Zuzahlungen, weitgehend unabhängig von den Vertragsmodalitäten.[73] Wesentlich drastischer als bei den erwähnten traumatologischen und karzinomatösen Pathologien zeigt sich gerade bei chronifizierten oder chronischen Krankheiten, deren Inzidenz mit zunehmendem Alter einer Population steigt, die Unzulänglichkeit des chilenischen Privatversicherungssystems im Hinblick auf die heutigen und besonders auf die zukünftigen Bedürfnisse einer adäquaten sozialen Sicherung der Bevölkerung. Die überfällige, erst im Laufe des Jahres 2000 konkretisierte Einbeziehung schwerer Krankheiten[74] in den Versicherungsschutz des Privatmarktes ist ein Ausdruck des wachsenden gesellschaftlichen Drucks auf die ISAPREs sowie der Konkurrenz der öffentlichen Versicherung auf diesem Gebiet.

F. Schlussfolgerungen

Nach zwanzigjähriger Erfahrung seit der Einführung von Kassenwettbewerb im chilenischen Gesundheitswesen lässt sich beobachten, dass Effizienzgewin-

---

nären Bereich insgesamt zwischen 5 und 28 %, in der Mehrheit der Erkrankungen jedoch zwischen 5 und 7 % und damit deutlich unter der 20-prozentigen Zuzahlung bei FONASA. Noch besser stellte sich die finanzielle Absicherung bei stationären Behandlungen für die oberste untersuchte sozioökonomische Gruppe dar, die aus dem größten Vertragsangebot auswählen können und deren Zuzahlungen mehrheitlich nur um 1 % liegen (0,4–9,6 %).

[73] Die Untersuchung umfasste auch eine komplexe psychiatrische Erkrankung mit längerer Nachsorge. Aufgrund der nur partiellen Übernahme ambulanter Kosten und insbesondere der Deckungsobergrenzen pro Jahr lagen die Zuzahlungen für die ISAPRE-Versicherten dabei zwischen 65 und 80 % und somit deutlich über denen bei FONASA. Bei dieser Diagnose war das Gefälle zwischen den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen erheblich geringer.

[74] In Chile wird der Begriff der „enfermedades catastróficas“: katastrophale Erkrankungen im Sinne eines dadurch ausgelösten wirtschaftlichen Ruins der Betroffenen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

ne sowohl im engeren als auch im weiteren, volkswirtschaftlichen Sinne hauptsächlich auf Seiten des öffentlichen Subsystems zu verzeichnen sind.[75] Sekundär führen die strukturellen Veränderungen bei FONASA nun allmählich auch im ISAPRE-Sektor zu erhöhter Kontraktion, Effizienzsteigerung und Ausweitung der sozialen Sicherung bei schweren Erkrankungen und im Alter, wenngleich dies mit einer Erhöhung der individuellen Gesundheitsausgaben einhergeht.

Die Prämiengestaltung auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt, die Kündigungsmodalitäten und die Durchlässigkeit des dualen Sozialversicherungssystems verhindern einen funktionierenden Wettbewerb, der sich auf die Rekrutierung möglichst vieler guter Risiken mit hohem Einkommen konzentriert. Zur Verringerung der durch Risikoselektion und *cream skimming* systemisch verursachten großen sozialen Ungerechtigkeit des chilenischen Krankenversicherungssystems erscheint die Einführung eines Risikostrukturausgleichs sowohl zwischen den verschiedenen ISAPREs als auch zwischen diesen und FONASA unerlässlich, um einen Anreiz zur Aufnahme auch der schlechten Risiken zu schaffen.

Desgleichen wird das chilenische Gesundheitswesen nicht um die Einführung adäquater Altersrückstellungen entsprechend der demographischen und epidemiologischen Entwicklung herumkommen, soll nicht die öffentliche Hand weiterhin die große Last der Krankheitskosten tragen. Derzeit besteht weder die regulatorische Verpflichtung noch jedweder ökonomischer Anreiz für die Privatversicherungen, Rücklagen für die zu erwartenden Kosten ihrer Versicherten im höheren Alter zu bilden. Bei Einschränkung der Möglichkeiten der ISAPREs, ihre Mitglieder mittels automatisch steigender Risikofaktoren „abzustoßen", wäre die Schaffung von Altersrückstellungen ökonomisch rational, um die zukünftige Rendite zu sichern. Da dies nicht ohne spürbare Erhöhung der Prämien bereits in jungen Jahren zu gewährleisten ist, würde eine derartige Verpflichtung das Marktsegment der ISAPREs deutlich verkleinern. Der Staat muss sich entscheiden, ob er weiterhin die Sozialisierung der Verluste hinnimmt, oder die privaten Anbieter sozialer Versicherungsleistungen in die Pflicht nimmt.

Das Problem der sozialen Unsicherheit auf Grund unvorhersehbarer, teilweise exorbitanter Zuzahlungen gerade für die unteren gesellschaftlichen Schichten des Privatversicherungsmarktes lässt sich durch die Einführung eines verbindlichen Leistungspakets weitgehend lösen, sofern ein solcher Katalog nicht erhebliche Einschnitte der gewohnten medizinisch-gesundheitlichen Versorgung mit sich bringt. Die vorherrschende, ausschließlich versicherungswirtschaftlich geprägte Logik konnte bisher den Sozialversicherungsgedanken nur

[75] Vgl. auch *Liebig* (2000), S. 17.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

sehr unzureichend erfüllen. Die allgemeine und verbreitete Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem könnte auch in einer stark individualistisch und marktorientierten Gesellschaft wie der chilenischen genügend politischen Druck verursachen, mehr solidarische Elemente und Gerechtigkeit in die soziale Sicherung einzubringen.

Literatur

Acuña, María Cecilia (2000): La seguridad social de salud en Chile: Análisis y perspectivas. Diskussionpapier zu einer Veranstaltung zum gleichen Thema in der Friedrich-Ebert-Stiftung Santiago am 25.1.2000.

Bitrán, Ricardo / *Almarza,* Francisco Xavier (1997): Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile. (Serie Financiamiento del Desarrollo Nr. 56). Santiago: CEPAL.

CIEDESS, (Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social) (1996): Modernización de la seguridad social en Chile, Santiago.

CLAISS, Centro Latinoamericano de Investigaciones en Salud 1999. Problemas y Desafíos para el Sistema de Salud Chileno en el Siglo XXI. Serie documentos para el diálogo en salud, Documento Nr. 3. Santiago.

Contreras, Rodrigo / *Guzmán,* Marcela / *Vergara,* Marcos (1998): Recursos Humanos en los Sectores Salud y Educación y Costo-Efectividad del Sistema, Lecciones de la Experiencia en Chile. Unveröffentlichte Studie, Santiago.

FONASA, Boletín Estadístico 1997–1998, Santiago 1999 (FONASA 1999a).

FONASA, Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud – Modalidad de Libre Elección, Santiago 1999 (FONASA 1999b).

GEMINES (1998): Salud: Diagnóstico y Tendencias en los Sectores Público y Privado. Santiago.

Holst, Jens (2001a): El sistema previsional de salud: Fuente de selectiva inseguridad social. (Serie "Financiamiento del Desarrollo" – in Druckvorbereitung, vorläufige Fassung). Santiago: CEPAL.

– (2001b): „Das System der privaten Krankenversicherungen in Chile – Faktor sozialer Verunsicherung oder Modell für eine effiziente Umstrukturierung im Gesundheitswesen?". Unveröff. Diss. Universität Bielefeld, Fachbereich Gesundheitswissenschaften.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (1998): V Encuesta de presupuestos Familiares, Santiago (INE 1998).

Interamerikanische Entwicklungsbank (1996): Economic and social progress in Latin America 1996 report. Special section: Making social services work, Washington, D.C.

Kifmann, Matthias (1998): Die private Krankenversicherung in Chile: Vollversicherung oder Zusatzversicherung für ambulante Leistungen?. Internationale Revue für soziale Sicherheit 51, Nr. 1, 153–169.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Larrañaga, Osvaldo (1997): Eficiencia y Equidad en el sistema de salud chileno. (Serie Financiamiento del Desarrollo Nr. 49) Santiago: CEPAL.

Lenz, Rony / *Salinas,* Hugo / *Galleguillos,* Silvia (Hrsg.) (1999): Una Mirada a Fondo a la Modernización de FONASA 1994–1999. Santiago (Lenz 1999).

Liebig, Klaus: Private Krankenversicherungen in Lateinamerika. Kann Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen die Probleme lateinamerikanischer Gesundheitssysteme lösen?. Sozialer Fortschritt Nr. 2/3, 7.3.2000, nach PKV-Aktuell Nr 047/2000 vom 8.3.2000, S.14–19.

MIDEPLAN – Planungsministerium (1999): Resultados de la VII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Santiago.

Ministerio de Salud (1999): Estadísticas de Prestaciones otorgadas a beneficiarios de Ley N° 18.469 y Sistema ISAPRE, Chile 1986–1997. Santiago (Minsalud 1999).

Salinas, Hugo / *Lenz,* Rony (Hrsg.) (1998): Estrategias Innovadoras en Salud – La Reforma Programática y Financiera Chilena. Santiago: Gesundheitsministerium.

Solimano, Giorgio / *Vergara,* Marcos (1999): Salud en América Latina del siglo XXI: El caso chileno. Beitrag beim Seminar „Gesundheit und Soziale Sicherung in Lateinamerika im XXI Jahrhundert" in Mexiko-Stadt am 11. und 12.10.1999.

Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Boletín Estadístico Enero-Diciembre 1999, Santiago, 2000.

Titelman, Daniel (2000): Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. (Serie Financiamiento del Desarrollo – Vorläufige Fassung). Santiago: CEPAL.

Wainer, Uri (1997): Hacia una mayor Equidad en la Salud: El caso de las ISAPRES, (Serie Financiamiento del Desarrollo Nr. 54). Santiago: CEPAL.

Worldbank (1999): Health, Nutrition, and Population Indicators. A Statistical Handbook, Washington D.C.

www.ine.cl, Januar 2000.

www.paho.org, Dez. 1999.

www.elmercurio.cl. Verschiedene Ausgaben März bis Juli 2000.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Kulturelle Differenzen von Gesundheitssystemen

Von Stephan Goertz

A. Methodische Vorbemerkung: Von welchen anderen Disziplinen lernen?

Schlüssel zu konstruieren, vor denen die „Wirklichkeit aufspringt", so Adorno in seiner Antrittsvorlesung 1931, könne die Philosophie nicht in Eigenregie.[1] Dies gilt in uneingeschränkter Weise auch für die Theologie und zumal für die theologische Ethik. Interdisziplinarität gehört zur „Selbstaufklärung der sittlichen Vernunft"[2], denn ohne die Hilfe der anderen Wissenschaften sind materiale ethische Urteile im Dienst eines menschliches Lebens in Würde und Gerechtigkeit nicht mehr zu ermitteln. Angewandte Ethik ist ohne Interdisziplinarität undenkbar, ohne sie wäre „gespenstische Unwirklichkeit ... die Folge, moraltheologische Reflexion käme einem Verschiebebahnhof gleich und Probleme würden vertagt, anstatt gelöst zu werden."[3] Nicht zuletzt waren es bioethische Debatten, die dieser Erkenntnis innerhalb der Moraltheologie zum Durchbruch verholfen haben, auch wenn bis heute das interdisziplinäre Gespräch und dessen Auswirkungen auf die Konstituierung von Normen nicht ohne Skepsis von denen beobachtet werden, die sich dem Paradigma einer bestimmten Tradition naturrechtlichen Denkens verpflichtet fühlen. Unkritisch aber ist das Projekt Interdisziplinarität in der theologischen Ethik von Beginn an auch von denen nicht verfolgt worden, die für die Revision der traditionellen Begründungswege normativer Ethik eintraten. Schnell wurde deutlich, dass die komplexen Probleme der modernen Welt nicht nur zur Interdisziplinarität verurteilen, sondern dass diese oft kein einfacher Problemlösungsmechanismus ist, sondern zum Problembewusstsein erst verhilft. Nicht einfache und schnelle Antworten, sondern komplexere Problemwahrnehmungen und vorsichtigere Lösungsangebote entspringen interdisziplinären Dialogen. Dabei ist darauf zu achten, disziplinäre

---

[1] *Adorno* (1973), S. 340.

[2] *Demmer* (1999), S. 15, vgl. zur Methodik theologischer Ethik auch *Mieth* (1997), S. 129 ff.

[3] *Demmer* (1999), S. 16.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Blickverengungen nicht in der Ethik zu verdoppeln. Konkret bedeutet das für die Bioethik, dass diese nicht allein mit Hilfe einer naturwissenschaftlich eingeschränkten Perspektive der modernen Medizin ethische Fragen bearbeiten kann, sondern verstärkt mit den schon vom Selbstverständnis her inter- oder transdisziplinären Gesundheitswissenschaften den Dialog suchen muss. Bioethik ist mehr als eine medizinische Ethik, die das medizinische Handeln in den Mittelpunkt rückt und womöglich in einer Tugendethik des ärztlichen Berufes aufgeht. Problemen des Gesundheitswesens ist rein individualethisch nicht beizukommen. Jede Ebene des Sozialen verlangt nach der ihr entsprechenden Theorie und auch die Ethik wird mehrstufig zu konzipieren sein. Die Konjunktur des Begriffs der Verantwortung ist ein Zeichen für dieses gewachsene Komplexitätsbewusstsein innerhalb der Ethik.[4] Der explizit gesundheitswissenschaftliche Zugang des Referates von Jens Holst kommt diesen methodischen Überlegungen von ethischer Seite erkennbar entgegen.

B. Der Wohlfahrtsstaat als kulturelle Errungenschaft

Die Entwicklung des chilenischen Gesundheitssystems wurde unter dem Pinochet-Regime mit marktwirtschaftlichen Mechanismen zu steuern versucht, die als neo- oder ultraliberal bezeichnet werden.[5] Neben den konkreten Reformvorschlägen zur Korrektur der dadurch entstandenen Ungerechtigkeiten wirft Holst auch die Frage auf, „ob sich in Zukunft wieder verstärkt wohlfahrtsstaatliche Gedanken gegen die individuelle Profitmaximierung durchsetzen und moralische Werte wie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit in der chilenischen Gesellschaft mehrheitsfähig werden können."[6] Diese Aussage provoziert ethische Anschlussüberlegungen. Die Etablierung wohlfahrtsstaatlicher Politik, so zeigt die Geschichte Chiles im 20. Jahrhundert, folgt keinen evolutionären Gesetzen, sondern ist eine kontingente Errungenschaft, die sich aus historischen Erfahrungen und kulturell-moralischen Ressourcen speist und deren Weiterexistenz nicht garantiert ist.[7] Auch die Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen des Kapitalismus (anglo-amerikanischer Kapitalismus, rheinischer Kapitalismus, asiatischer *crony* oder *network capitalism*) sind mit Differenzen in der religiösen Überzeugung und Lebensführung in Verbindung

[4] Leistung und Grenze der Verantwortungsethik behandelt *Wieland* (1999).

[5] Schon aus ökonomischer Perspektive, so der Hinweis von Klaus Liebig, konnten die durch das Pinochet-Regime installierten Mechanismen der Marktregulierung nicht erfolgreich sein. Chile dürfe deshalb auch nicht einfach als das Paradebeispiel für Marktversagen im Gesundheitsbereich herangezogen werden (vgl. das Korreferat von Liebig in diesem Band).

[6] *Holst* (2002), S. 233.

[7] In Anlehnung an *Kaufmann* (1997), S. 141–160. Zur z. T. innovativen Sozialgesetzgebung Chiles im 20. Jahrhundert vgl. *Reichard* (1996), S. 83 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

gebracht worden.[8] Wohl deshalb lenkt Holst den Blick auf den wohlfahrtsstaatlichen *Gedanken*, was übersetzt werden könnte mit der Anerkennung gleicher Rechte für alle Mitglieder einer Gesellschaft und allgemeinen Partizipationschancen an den verschiedenen gesellschaftlichen Teilsystemen. Die Soziologie spricht vom Prinzip der *Inklusion*[9], das sich im Rechts- und Sozialstaat verwirklicht, der also nicht nur eine politische, sondern auch eine kulturelle Leistung darstellt. Denn dass allen Gesellschaftsmitgliedern die gleichen Rechte als Mensch und Bürger/Bürgerin zuerkannt werden, ist auch Ausdruck einer durch Christentum und Aufklärung gleichermaßen verteidigten moralischen Perspektive, die sich in Anerkennungskämpfen (Axel Honneth) Geltung verschafft. Diesen wohlfahrtsstaatlichen Gedanken kann aber nicht allein moralische Emphase aufrechterhalten. Sein ökonomischer, politischer und sozialer Nutzen ist ebenso bewusst zu halten, worauf an dieser Stelle aber nur verwiesen werden kann. Das „wohlfahrtsstaatliche Arrangement"[10] stellt den Versuch dar, die wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und moralischen „Logiken" zum gegenseitigen Vorteil zusammenzuhalten. Funktionsfähig bleibt der Sozialstaat nur, wenn der Glaube daran Plausibilität behält, dass er allen Beteiligten letztlich nutzt und insgesamt eine zumindest annähernd gerechte Ordnung darstellt. Soziale Abgaben sind demnach als der Preis für individuelle Entfaltungschancen mehr als nur milde Gaben. Der Sozialstaat legitimiert aus dieser Perspektive die Marktökonomie, indem er die mit ihr verbundenen Risiken und Ungleichheiten erträglich macht. Wenn also die Erwartungen des gegenseitigen Nutzens des Systems überstrapaziert oder enttäuscht werden, dann sinkt seine Akzeptanz und damit seine Leistungsfähigkeit. Solche Enttäuschungen können interessegeleitet produziert oder ignoriert werden, die Diskussion um die Krise des Sozialstaates oder des Gesundheitssystems wird auch von ideologischen Motiven mitbestimmt, ohne damit zu behaupten, die sich verschärfenden Interessenkonflikte hätten keine Basis in realen ökonomischen, demographischen und medizinischen Entwicklungen.

Die im Wohlfahrtsstaat stattfindenden Umverteilungsprozesse folgen also moralischen Einsichten, sind politisch und ökonomisch sinnvoll, aber nicht naturwüchsig stabil, sondern beruhen auch auf Anerkennung und Solidarität, die zu erhalten oder herzustellen wiederum nicht allein Resultat moralischer Appelle sein kann. Das Beispiel Chiles zeigt nun, dass wohlfahrtsstaatliches Denken sich gegen ökonomistisches und im Falle Chiles auch gegen patriarchales und rassistisches Denken zu behaupten hat.[11]

---

[8] Vgl. *Graf* (1999).

[9] Vgl. dazu *Nassehi* (1999), S. 105–131. Nassehi zeigt hier, dass die Theorie gesellschaftlicher Differenzierung nicht blind gegenüber Gerechtigkeitsfragen sein muss.

[10] *Kaufmann* (1997), S. 27–33.

[11] Vgl. *Trumper/Phillips* (1997).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Hinter diesen knappen Hinweisen steckt die Überzeugung, dass es eine Vielzahl von Steuerungsinstrumenten für soziale Gebilde gibt, von denen der Markt – neben der staatlichen Macht, Expertensystemen oder eben der hier herausgestellten Solidarität – nur eines darstellt.[12] Alle diese Formen der Steuerung haben ihre eigenen Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen, woraus sich die Diskurse über Markt-, Staats- oder Moralversagen ergeben. Verantwortliches Entscheiden und Handeln sollte daher mit problemspezifischen Instrumentarien arbeiten, d.h. Rücksicht nehmen auf die Eigenarten der Güter, um die es geht. Die Besonderheit des Gutes Gesundheit bedingt offenbar eine begrenzte Steuerungsfähigkeit durch den Markt[13], ohne dass daraus die Exklusivität anderer Steuerungsformen abgeleitet werden darf. Nur der kombinierte Einsatz der verschiedenen Logiken wird der Problemstellung gerecht. Die Ethik kann von sich aus die notwendige Abstimmung der Instrumente nicht festlegen, gefragt ist hier jenseits der interdisziplinären Lösungsversuche immer auch die Urteilskraft und die Klugheit der PraktikerInnen.

C. Operationalisierbarkeit von Gerechtigkeit

Dass das Gesundheitssystem gerecht sein soll, ist ebenso unumstritten wie als Forderung für das politische Handeln in den meisten Fällen unpraktikabel. Über Gerechtigkeit als Prinzip und Ziel von Sozialpolitik wird man sich schnell einig werden, endlos jedoch scheinen die Debatten zu sein, was denn die richtige oder angemessene Gerechtigkeit ist. Gerechtigkeit ist ein Wort, dass sowohl Konsens als auch Dissens herbeizuführen in der Lage ist. Gerechtigkeit soll sein, aber welche? Diese Diskussion wird auch in der Philosophie geführt, mit unterschiedlichen Ergebnissen. Weil der Streit um die Gerechtigkeit jenseits vorhandener Auslegungsgemeinschaften unlösbar sei, fordern die Einen den Abschied von den aufklärerischen Ansprüchen einer vernünftig-universalen Begründung von Moral[14], während andere das moderne Verständnis von Gerechtigkeit prozedural erweitern[15], einen Minimalkanon der auf den Grundrechten basierenden Gleichbehandlung begründen[16] oder aber ein Abwägen

---

[12] Diese Steuerungsproblematik ist vor allem von Franz-Xaver Kaufmann, der die englische Formulierung *Pure Forms of Institutional Coordination* für präziser hält, in zahlreichen Arbeiten behandelt worden vgl. u. a. *Kaufmann/Majone/Ostrom* (1986), *Kaufmann* (1992), S. 102–109.

[13] Vgl. *Birkner/Bucher/Wasem* (1999), S. 130–134. Insofern die Redeweise von *dem* Markt eine ideologieanfällige Abstraktion darstellt, könnte auch gesagt werden, dass das Gut Gesundheit besondere Markt*regulierungen* verlangt (vgl. dazu das Korreferat von Klaus Liebig in diesem Band).

[14] *MacIntyre* (1988).

[15] *Habermas* (1992), S. 49–76.

[16] *Höffe* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

oder Kombinieren der verschiedenen Paradigmen von Gerechtigkeit favorisieren[17]. Gerechtigkeit ist zwar keine Leerformel, aber als formales Prinzip doch inhaltlich zu unbestimmt, um aus dem Begriff konkrete Forderungen ableiten zu können. Gerechtigkeit orientiert und legitimiert Forderungen, aber sie kann sie ohne Rücksicht auf den Kontext und die Situation nicht formulieren. Gerechtigkeit, verstanden als heuristischer Begriff, wird erst im interdisziplinären Dialog operabel werden, in materialer Hinsicht, so Ricken, sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit zwar „pluralistisch, aber nicht beliebig"[18]. Die Wirklichkeit einer differenzierten modernen Gesellschaft erzwingt eine differenzierte und kontextuelle Ethik, jede totalisierende normative Theorie stößt an natürliche Grenzen. Die Untersuchung von Holst folgt m.E. dieser Einsicht. Das chilenische System wird am Maßstab der Gerechtigkeit gemessen, aber zugleich sind die Vorstellungen eines gerechten Systems spezifisch genug, um bis zu konkreten Forderungen vorzudringen, etwa der Einführung eines verbindlichen Leistungspaketes, einer Altersrückstellung oder eines Risikostrukturausgleichs. Damit soll verschiedenen Phänomenen entgegengewirkt werden, die sich als ungerecht oder unsolidarisch qualifizieren lassen, weil sie entweder Informationsasymmetrien verstärken, Risiken zum Nachteil des öffentlichen Sektors selektieren oder unzureichend abdecken, Wahlfreiheit der Krankenversicherung nur für die Hälfte der Bevölkerung ermöglichen oder eine Sozialisierung der Verluste und der präventiven Maßnahmen zur Folge haben.[19] Chile scheint zu zeigen, dass die Form eines zweigliedrigen Systems, das den Privatversicherungen auf Kosten der übrigen Krankenversicherungen die Selektion der guten Risiken ermöglicht, mit der Vorstellung einer gerechten Gesundheitspolitik nicht konform gehen kann, weil es missachtet, dass Gesundheit kein rein privates, sondern auch ein öffentliches Gut ist. Privatisierung kann mit dem Grundsatz der distributiven Gerechtigkeit in Konflikt geraten, das Gleiche gilt für die Abwälzung der Kosten „sozial produzierter" Krankheiten auf die schwächeren Gesellschaftsmitglieder. Hier ist ein zweistufiges System, dass einen gesellschaftlich auszuhandelnden Normalversorgungskatalog allen zur Verfügung stellt und zusätzliche Risiken privat absichert, aus ethischer Sicht deutlich zu bevorzugen. Dass dabei mit der Kategorie Risikogruppe behutsam umzugehen ist und nicht vorschnell soziale Risiken privatisiert werden dürfen, darauf weisen gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse hin. Wenn Risikoverhalten zur Verlagerung der Kosten auf die betroffenen Individuen führt, dann kann das als Signal, dass Trittbrettfahrer-Verhalten (*free rider*) nicht toleriert wird, positive sozialpsychologische Wirkungen haben[20], aber – und das zeigt die Ambivalenz des Umgangs mit Risikoverhalten – im Hintergrund kann

[17] *Birnbacher* (1999).

[18] *Ricken* (1998), S. 72.

[19] Zu ähnlichen Ergebnissen kommt *Bertranou* (1999).

[20] Vgl. *Birnbacher* (1999), S. 54.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

auch eine im Endeffekt entsolidarisierende Moralisierung des Phänomens Gesundheit/Krankheit lauern.[21] Zudem zählt die Festlegung dessen, was zu den Kern- oder Normalleistungen zu rechnen ist, zu den schwierigsten und umstrittensten Fragen des Gesundheitssystems. Das deutsche Sozialgesetzbuch spricht davon, dass „die Versorgung bedarfsgerecht, gleichmäßig, dem allgemeinen Stand der medizinischen Kenntnis entsprechen, ausreichend, zweckmäßig, wirksam und human sein und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten"[22] soll. Wer wollte dem widersprechen, aber wer wollte die Grenze zwischen Grund- und Wahlleistungen davon ableitend bestimmen? Welche Leistungen sollen aus dem Bereich der solidarischen Finanzierung herausgenommen werden und nach welchen Kriterien? Aus ethischer Perspektive sind als eine Art Minimalkatalog zumindest Diskriminierungsverbote, Vorzugs- und Verfahrensregeln zu formulieren.[23] Ein weiterer Aspekt: Wie wirkt sich die Ausgliederung von Leistungen aus der Grundversorgung auf das Vertrauen der Versicherten in das Gesundheitssystem aus? Die Sorge vor einer Zweiklassenmedizin ist ernst zu nehmen und kann zum Hindernis für die notwendige Akzeptanz von Reformen werden.

D. Kultur des Gesundheitssystems

Abschließend soll nochmals der am Beispiel der chilenischen Entwicklung so deutlich zu Tage tretende Zusammenhang zwischen der Gestaltung des Gesundheitswesens und der weltanschaulich-kulturellen Grundausrichtungen einer Gesellschaft thematisiert werden. Eine kritische Analyse der Systemumstellung im Gesundheitswesen unter Pinochet kommt zu dem Schluss, dass die Einführung der Privatversicherungen „was motivated less by any desire to increase efficiency and enhance delivery than by ideology."[24] Der Gesundheitsminister Alberto Spoerer wird zitiert mit einer Äußerung von 1973, wonach „health care is not given; rather it must be obtained by the people"[25]. Ein Resultat der dieser Sichtweise entspringenden Reformen war, dass sich die durch die Privatversicherungen gebotenen Leistungen vornehmlich auf die Hauptstadt Santiago konzentrierten. In anderen Regionen und vor allem in den ländlichen Gebieten spielen die Privatversicherungen praktisch keine Rolle. Privatisierung wird zudem zur Legitimationsformel für Budgetkürzungen und Deregulierungsaktivitäten und, darauf weist auch Holst hin, es verändert das soziale Bewusstsein des

[21] Vgl. dazu *Marmot* (1996).

[22] *Henke/Göpffarth* (1998), S. 144.

[23] Vgl. die differenzierten Überlegungen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000).

[24] *Reichard* (1996), S. 88.

[25] Vgl. *ebd.*

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Landes, so dass auch nach Abtritt des Militärregimes bestimmte Reformen nur schwer umzusetzen sind, weil ihnen der soziale Resonanzboden fehlt. Gilt Gesundheit primär als Angelegenheit des Individuums, dann wird die Absicherung eher privatisiert werden als wenn Gesundheit auch als soziales Gut betrachtet wird.[26] Erst die Anerkennung einer Solidargemeinschaft führt zur Verwirklichung der Prinzipien der Bedarfsgerechtigkeit und der gleichmäßigen Versorgung.[27] Die Tatsache, dass in Deutschland angesichts des Konflikts zwischen weiter steigendem Bedarf und erwünschter Begrenzung der Ausgaben die Reform des Gesundheitswesens ein Dauerthema ist und wohl auch bleibt, wird zur Diskussion der „ethische(n) und mentale(n) Orientierungen des Sozialstaates allgemein und des Gesundheitswesen im Besonderen"[28] führen. Fragen der Gesundheitsreform sind damit mehr als bloß pragmatische Fragen. Die Art der Reformen wird nicht unabhängig sein von den Vorstellungen über Gesundheit/Krankheit, über den Grad der persönlichen Mitverantwortung und über den Sinn von Solidargemeinschaften. Die oft weniger gewählte als erzwungene Individualisierung in modernen Gesellschaften kann in zwei Richtungen gehen. Sie kann zu einer Privatisierung in der Prävention, der Versicherung von Risiken und der Bewältigung der Folgen von Krankheiten führen, sie kann aber vielleicht auch zu einem stärkeren Bewusstsein der Mitverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit beitragen, was der vielbeschworenen Patientenautonomie mehr gerecht würde als eine Mentalität der Anspruchshaltung auf die Übernahme aller anfallenden Kosten durch die Gemeinschaft. Die Erfahrungen Chiles zeigen, dass Fragen des Gesundheitssystems nicht isoliert unter dem Blickpunkt der Effizienz von Einzelmaßnahmen betrachtet werden dürfen, sondern im Hintergrund auch Differenzen im Staatsverständnis und Menschenbild wirksam sind. Die Interessen, die hinter einer Krisenrhetorik oder der medialen Skandalisierung von Fehlleistungen des Sozialstaates stehen, müssen nicht Interessen an der Verbesserung des Sozialstaates sein. „Ohne Solidarität", so der Sozialethiker Karl Gabriel in seiner Analyse der schwelenden Konflikte um den Sozialstaat, „ist die Hoffnung und das Recht aller auf ein menschenwürdiges Leben nicht realisierbar. An der Übereinkunft aller über diesen fundamentalen Sachverhalt finden auch die Gesetze des Marktes ihre Grenzen."[29] Über die Formen der Solidarität ist damit noch nichts gesagt. Unter Beteiligung der verschiedenen Disziplinen und unter Berücksichtigung der Interessen aller Betroffenen ist nach institutionellen Lösungen zu suchen, damit der Ruf nach Solidarität nicht als schlichte Sozialromantik abgetan werden kann.

---

[26] Vgl. *Labisch/Paul* (1998), S. 128.

[27] So die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000), S. 409.

[28] *Labisch/Paul* (1998), S. 133.

[29] *Gabriel* (1996), S. 401.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Literatur

Adorno, Theodor W. (1973): Die Aktualität der Philosophie (1931), in: Gesammelte Schriften Bd. 1, Frankfurt a. M., S. 325–344.

Bertranou, Fabio M. (1999): Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Columbia, in: Health Policy 47, S. 19–36.

Birkner, Barbara / *Buchner,* Florian / *Wasem,* Jürgen (1999): Wirtschaftswissenschaftliche Zugänge zu den Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Berlin u.a., S. 125–177.

Birnbacher, Dieter (1999): Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen, in: Brudermüller, Gerd (Hrsg.): Angewandte Ethik und Medizin, Würzburg, S. 49–64.

Demmer, Klaus (1999): Fundamentale Theologie des Ethischen (= SthE 82), Freiburg i. Ue.

Gabriel, Karl (1996): Krise der Solidarität. Der Konflikt um den Sozialstaat und die christliche Gesellschaftsethik, in: Stimmen der Zeit (StZ) Bd. 214, S. 393–402.

Graf, Friedrich Wilhelm (1999): Religion und Globalisierung, in: Merkur 53, S. 1009–1015.

Habermas, Jürgen (1992): Erläuterungen zur Diskursethik, 2. Aufl., Frankfurt a. M.

Henke, Klaus-Dirk / *Göpffarth,* Dirk (1998): Gesundheitswesen, 3. Gesundheitspolitisch / gesundheitsökonomisch, in: Lexikon der Bioethik (LBE), Bd. 2, W. Korff u. a. (Hrsg.), S. 141–144.

Höffe, Otfried (2000): Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen – eine Replik, in: Zeitschrift für evangelische Ethik (ZEE) 44, S. 89–102.

Holst, Jens (2002): Lernen von anderen Ländern? Anreizsysteme für Krankenversicherer und PatientInnen in Chile (in diesem Band).

Kaufmann, Franz-Xaver (1992): Der Ruf nach Verantwortung. Risiko und Ethik in einer unüberschaubaren Welt, Freiburg i. Br.

– (1997): Herausforderungen des Sozialstaates, Frankfurt a. M.

Kaufmann, Franz-Xaver / *Majone,* Giandomenico / *Ostrom,* Vincent (Hrsg.) (1986): Guidance, Control, and Evaluation in the Public Sector. The Bielefeld Interdisciplinary Project, Berlin, New York.

Labisch, Alfons / *Paul,* Norbert (1998): Gesundheitswesen, 1. Zum Problemstand, in: LBE Bd. 2, S. 122–135.

MacIntyre, Alasdair (1988): Whose justice? Which morality? Notre Dame.

Marmot, Michael (1996): Das gesellschaftliche Muster von Gesundheit und Krankheit, in: Kaiser, Gert (Hrsg.): Die Zukunft der Medizin: neue Wege zur Gesundheit, Frankfurt a. M., New York, S. 392–413.

Mieth, Dietmar (1997): Die moralische Erfahrung in der Gegenwart – Bruch oder Brücke zwischen globaler Verantwortung und kontingenter Einsicht? In: Lütterfelds, Wilhelm / Mohrs, Thomas (Hrsg.): Eine Welt – eine Moral? Darmstadt, S. 118–135.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Nassehi, Armin (1999): Differenzierungsfolgen. Beiträge zur Soziologie der Moderne, Opladen.

Reichard, Stephen (1996): Ideology drives Health Care Reforms in Chile, in: Journal of Public Health Policy 17, S. 80–98.

Ricken, Friedo (1998): Gerechtigkeit, 1. Philosophisch, in: LBE Bd. 2, S. 71–73.

Trumper, Ricardo / *Phillips,* Lynne (1997): Give me Discipline and give me Death: Neoliberalism and Health Care in Chile, in: International Journal of Health Services 27, S. 41–55.

Wieland, Wolfgang (1999): Verantwortung – Prinzip der Ethik? Heidelberg.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik (JWE) 5, S. 401–413.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Von Chile lernen heißt reformieren lernen?

Von Klaus Liebig

Wer mit offenen Augen und Ohren durch die Welt geht, kann natürlich immer von anderen lernen. In diesem banalen Sinne kann die Frage im Titel des Beitrags von Jens Holst nur mit „Ja" beantwortet werden. Der Autor versteht die ihm gestellte Frage daher spezifischer, etwa in dem Sinne: Sind wesentliche Elemente der chilenischen Gesundheitsreform in Deutschland nachahmenswert? Er beantwortet diese Frage mit „Nein", da er die chilenischen Anreizsysteme für Krankenversicherer und PatientInnen als verfehlt ansieht.

Die grundsätzliche Einschätzung wird auch in diesem Korreferat geteilt. Insgesamt wurden die Anreize nicht so gesetzt, dass die wesentlichen Ziele einer Gesundheitsreform erreicht werden. Diese Beurteilung wird im ersten Kapitel des Korreferats verdeutlicht. Aber worin liegen die Gründe für den Fehlschlag? Liegt es, wie Jens Holst andeutet, am „ökonomistischen" Design der Reform? Hier wird im zweiten Kapitel die These vertreten, dass nicht die generelle ökonomische – wenn man so will: marktwirtschaftliche – Grundorientierung der Reform für das Scheitern verantwortlich ist, sondern vielmehr die letztlich auf schlechter ökonomischer Analyse beruhende konkrete Ausgestaltung des Systems. Dafür wiederum sind nicht in erster Linie mangelnde Kenntnisse der handelnden Akteure verantwortlich, sondern polit-ökonomische Zusammenhänge, wie im abschließenden dritten Kapitel begründet wird.

A. Anreizsysteme im chilenischen Gesundheitssystem: Erfolg oder Fehlschlag?

Die chilenische Gesundheitsreform hat die drei wichtigsten Ziele nicht erreicht, die üblicherweise mit einer Reform angestrebt werden: Sie hat insgesamt die Effizienz nur wenig verbessert, sie hat den ungleichen Zugang zum Gesundheitswesen verschärft und sie hat die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesamtsystems nicht gesichert. Insofern kann sie insgesamt als Fehlschlag bezeichnet werden.[1] Dessen ungeachtet haben sich in den letzten Jahren einige

[1] Vgl. ausführlicher *Liebig* (2000).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Anreizsysteme in die richtige Richtung weiterentwickelt, so dass auch positive Elemente zu erkennen sind.

Jens Holst führt an verschiedenen Stellen in seinem Beitrag Belege dafür an, dass sich die *Effizienz* des Systems insgesamt nicht verbessert hat. Bemerkenswert ist aus ökonomischer Sicht die Tatsache, dass offensichtlich der Wettbewerb zwischen den privaten Krankenkassen nicht zu Effizienzsteigerungen in diesem Sektor, sondern eher im öffentlichen Bereich, geführt hat. Hierfür gibt es verschiedene Gründe:

- Die wenigsten privaten Krankenkassen haben innovative Abrechnungssysteme hervorgebracht. Auch die aus den US-amerikanischen Erfahrungen zu erwartenden integrierten Versorgungskonzepte (HMOs) kamen erst zwanzig Jahre nach Einführung des Wettbewerbs auf den Versicherungsmarkt. Dadurch fehlten die Impulse, um bei den Anbietern von Gesundheitsleistungen Effizienzsteigerungen zu erwirken.
- Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen funktioniert nur schlecht, weil kaum Markttransparenz gegeben ist. Es ist daher für chilenische Versicherte nur schwer möglich, rationale Wahlentscheidungen in Bezug auf die für ihre Bedürfnisse beste Versicherung zu treffen. Dies schwächt den Wettbewerbsdruck auf die Versicherungen.
- Viele private Krankenkassen bemühen sich eher um die guten Risiken (cream skimming) anstatt um die Versorgung ihrer Versicherten. Diese Art des Wettbewerbs ist volkswirtschaftlich unproduktiv.
- Positiv zu vermerken sind in erster Linie die Effizienzsteigerungen im öffentlichen Sektor. Offensichtlich hat die Konkurrenz durch die privaten Versicherungen hier zu einem Verbesserungsdruck geführt. Es war in den letzten Jahren ausgerechnet der öffentliche Sektor, der innovative Versorgungs- und Abrechnungsmodelle getestet hat. Auch die Allokation der öffentlichen Mittel scheint sich in sektoraler und regionaler Hinsicht zu verbessern.

Der *ungleiche Zugang* zu Gesundheitsdienstleistungen stellt in allen lateinamerikanischen Ländern ein großes Problem dar. Die dahinter liegende Hauptursache – extreme Einkommensungleichheit – kann von keiner Gesundheitsreform bekämpft werden. Dennoch können Reformen danach beurteilt werden, ob sie regressive oder progressive Auswirkungen auf den Zugang haben. Vieles spricht dafür, dass die chilenische Gesundheitsreform die Ungleichheiten im Zugang verschärft hat:

- Die Versorgung der ärmeren Bevölkerung hat sich bis Mitte der 90er Jahre verschlechtert, weil unter der Militärdiktatur die Investitionsausgaben im Gesundheitssystem massiv beschnitten und gleichzeitig die Eigenbeteili-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

gungen erhöht wurden.[2] Seit Anfang der 90er Jahre steigen die Ausgaben wieder stark an, was inzwischen erste positive Effekte zeigt.

- Für die reichsten 15 % der Bevölkerung dürfte sich hingegen die Versorgung verbessert haben. Ihnen bot sich nun die Gelegenheit, das ungeliebte und wenig komfortable öffentliche Gesundheitssystem zu verlassen und zu einer privaten Versicherung zu wechseln. Vorher hatten viele die Gesundheitsversorgung auf das angestrebte höhere Niveau gebracht, indem sie teure direkte Zahlungen an private Leistungserbringer und gleichzeitig Zwangsbeiträge im öffentlichen System leisteten. Dieses Umverteilungselement wurde durch die Gesundheitsreform verringert.

Schließlich muss bezweifelt werden, dass die Reformen die *finanzielle Nachhaltigkeit* des Gesundheitssystems sichern. Die größten Probleme ergeben sich durch die epidemiologische und die demographische Entwicklung in Chile. Zur Zeit verführen die Abrechnungssysteme der privaten Krankenkassen dazu, teure High-Tech-Medizin zu verwenden, was finanziell nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragbar ist. Darüber hinaus haben private Krankenkassen keinen Anreiz, Rücklagen für ihre Versicherten zu bilden, solange diese problemlos zu Konkurrenten oder ins staatliche System wechseln können. Mit der Alterung der Mitglieder in den ISAPRES kommt damit ein Kostenfaktor auf den Staat zu, den dieser nur schwer mit den vorhandenen Ressourcen bewältigen kann.

B. Gründe für das Scheitern der Reform

Jens Holst bezeichnet die Probleme der chilenischen Reform als „intrinsische und unabänderliche Konsequenzen einer Sozialpolitik [...], die auf perfekte Märkte setzt“ (S. 233).Darüber hinaus kritisiert er an verschiedenen Stellen, dass die Reform allein nach „ökonomischen, wenn nicht gar ökonomistischen Gesichtspunkten erfolgte“ (S. 232).Sind also die Ökonomen Schuld an dem Scheitern der Reform?

Zweifellos muss eine Gesundheitsreform scheitern, wenn die Reformer auf perfekte Märkte setzen. Nur tut das heute kein halbwegs vernünftiger Gesundheitsökonom. Die aktuelle Debatte geht weniger über die Frage, ob Staat *oder* Markt das bessere Koordinationsinstrument im Gesundheitswesen darstellen, sondern wie sie am Besten zusammenwirken können. Diese Sichtweise existiert im Prinzip genauso in Chile.

---

[2] Allerdings gehört zu einem vollständigen Bild auch die Beobachtung, dass sich im Bereich der Primärversorgung durch gezielte subventionierte Programme die Versorgung der Ärmsten der Armen teilweise sogar verbessert hat.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Allerdings ist Jens Holst insofern zuzustimmen, dass der Ursprung der chilenischen Gesundheitsreformen ideologisch geprägt ist. In der Tat spielten technische Fragen der Organisation der Anreizsysteme in den Anfangsjahren der Reform eine untergeordnete Rolle. Das Leitmotiv für die Reformer lautete im Wesentlichen, dass Wahlfreiheit im Gesundheitswesen erstens ein Menschenrecht und zweitens ökonomisch sinnvoll sei. Dass es auf die konkrete Form der Regulierung ankommt, stand im Hintergrund.

Daher kann das chilenische Beispiel schlecht als Beleg dafür herangezogen werden, dass „marktwirtschaftliche" Reformen im Gesundheitswesen generell zu schlechten Ergebnissen führen. Diese Einschätzung schimmert an manchen Stellen im Text durch, ohne jedoch explizit gemacht zu werden. Der Grund für das Scheitern der chilenischen Gesundheitsreform liegt vielmehr in der mangelhaften Regulierung des nun „marktwirtschaftlicher" gewordenen Gesundheitssystems. Dadurch wirken die Anreize für die handelnden Akteure – Leistungserbringer, Versicherungen, Patienten – insgesamt in eine volkswirtschaftlich negative Richtung.

Die Kritik sollte demnach stärker auf den spezifischen chilenischen Zuschnitt eines „marktwirtschaftlich" organisierten Gesundheitssystems abstellen. Die wichtigste Lehre für wettbewerbsorientierte Gesundheitsreformen lautet wohl, dass zunächst die Regulierung sorgfältig geplant werden sollte, bevor Wettbewerb eingeführt wird. Diese Folgerung mag banal klingen, das „sequencing" vieler Reformen zeigt aber, dass dies keineswegs immer eingehalten wird. In Chile selbst wird das besonders deutlich daran, dass die Regulierungsbehörde der ISAPRES erst zehn Jahre nach Einführung des Wettbewerbs überhaupt eingerichtet wurde.

Darüber hinaus ist es offensichtlich wichtig, die Wirkung der Anreizmechanismen vor der Reform genau zu prognostizieren. Es ist aus ökonomischer Sicht keineswegs überraschend, dass es im chilenischen Modell zu „creamskimming" kommt. Wer risikobezogene Prämien aus guten Gründen ablehnt, aber gleichzeitig keinen Risikostrukturausgleich einführt, braucht sich nicht zu wundern, wenn sich private Versicherungen die besten Risiken herauspicken, um ihren Gewinn zu maximieren. Nicht die Maximierung des Gewinns ist verwerflich, sondern die mangelnde Einbettung in ein Anreizsystem, das dieses Verhalten in gesamtgesellschaftlich wünschenswerte Bahnen lenkt.

C. Der Reformprozess: Keine Aussicht auf Besserung?

Stimmt die hier vorgeschlagene Interpretation für das Scheitern der chilenischen Gesundheitsreform, dann stellt sich unmittelbar die Frage, warum auch zwanzig Jahren später so wenig aus den gemachten Fehlern gelernt wurde.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Denn das Gesundheitssystem entspricht in wesentlichen Zügen noch der Reform von 1981. Im Folgenden wird begründet, dass hierfür in erster Linie politökonomische Ursachen verantwortlich sind. Pfadabhängigkeit scheint im Gesundheitswesen ein noch stärkeres Phänomen als in anderen Zusammenhängen zu sein.

Zuvor sei jedoch eine Einschränkung erlaubt: Das jetzige Gesundheitssystem in Chile ist besser als das von 1982. Denn nach der primär ideologisch motivierten großen Reform folgte eine Reihe kleinerer Reformen, wodurch versucht wurde, die offensichtlichen Systemmängel zu beheben. Mit der Regierungsübernahme der demokratisch gewählten Regierung im Jahr 1990 hat sich die Gesundheitsversorgung vor allem der ärmeren Bevölkerung eindeutig verbessert. Allerdings kratzen manche Reformen eher an der Oberfläche als an der Wurzel des jeweiligen Problems. Es kann nicht übersehen werden, dass die Verbesserungen vor allem durch eine deutliche Steigerung der Ausgaben erreicht wurden, was nicht endlos aufrechterhalten werden kann. An weiteren Strukturreformen führt daher kein Weg vorbei.

Jens Holst vertritt in seinem Beitrag die Hypothese, dass die Zweigliedrigkeit des chilenischen Modells „der Entwicklung eines stabilen und sozialverträglichen Krankenversicherungssystems entgegensteht" (S. 233). Er führt als Beleg die Defizite des Gesundheitssystems an, wie sie auch hier im ersten Kapitel genannt wurden. Dem ist insofern zuzustimmen, als dass in Chile die Anreize für ein sinnvolles Nebeneinander der beiden Subsysteme nicht richtig gesetzt wurden. Doch die Zweigliedrigkeit hat darüber hinaus erheblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, indem sie die Konstellation der handelnden Akteure verschiebt.

In Chile führte die Errichtung privater Krankenversicherungen zu einem Austritt der (oberen) Mittelschicht und der Reichen aus dem öffentlichen Solidarsystem. Dies hatte nicht nur finanzielle Konsequenzen, sondern verringerte auch das Protestpotenzial der im staatlichen System verbliebenen Bürger.[3] Aus diesem Grund konnte es sich die Militärregierung leichter erlauben, die Investitionen im staatlichen System zurückzufahren, da sie nicht mit so großem Widerstand der besonders artikulationsfähigen Mittelschicht rechnen musste.

Durch die besondere Umbruchsituation nach dem Ende der Diktatur gelang es der Mitte-Links-Regierung, eine breite demokratische Mehrheit für eine Ausweitung der Mittel im öffentlichen Gesundheitswesen zu mobilisieren. Aber es ist zu bezweifeln, ob diese Ausnahmesituation noch lange anhält oder

[3] *Hirschman* (1974) hat in anderen Kontexten die Auswirkungen von Abwanderung (exit) und Widerspruch (voice) untersucht. Vereinfacht gesagt geht es bei dem Konzept darum, welche „Verhaltenstypen" den Betroffenen bestimmter Institutionen zur Verfügung stehen, um die Institution selbst zu beeinflussen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

ob nicht vielmehr in naher Zukunft die politische Unterstützung insbesondere der Mittelschicht wieder schwinden wird. Denn im weiteren Reformprozess wurde bereits deutlich, dass zwar höhere Mittel mehrheitsfähig waren, nicht aber grundlegende Strukturreformen. Die Mitglieder des „privaten Glieds" im chilenischen Gesundheitssystem haben es relativ erfolgreich verstanden, ihre erworbenen Ansprüche politisch zu verteidigen.[4]

Es gibt im Gesundheitswesen weltweit nur wenige Beispiele für radikale Reformen. In den meisten Fällen war das mit historischen Ausnahmesituationen verbunden, wie beispielsweise in Chile während der Militärdiktatur oder in Großbritannien bei der Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes unter dem Eindruck des zweiten Weltkriegs.[5] Ein wichtiger Grund für diese starke Pfadabhängigkeit liegt offensichtlich in der hier am chilenischen Beispiel beschriebenen Macht der neu geschaffenen Interessen, die im Gesundheitsbereich traditionell besonders stark ausgeprägt sind. Darüber hinaus spielt der Vertrauensschutz in diesem Sektor eine wichtige Rolle, denn bei der Gesundheitsvorsorge müssen sich alle Beteiligten auf Grund der langfristigen Investitionen auf eine dauerhafte Perspektive einstellen können, wenn das System funktionieren soll. Das Gesundheitssystem ist deshalb auf eine relativ starke Kontinuität angewiesen.

Daher ergibt sich für den Reformprozess als wichtigste Lehre aus dem chilenischen Beispiel, dass eine Gesundheitsreform nicht nur die Anreizsysteme sorgfältig planen, sondern auch die dabei neu entstehenden Interessen der handelnden Akteure antizipieren muss. Es gibt in der Regel kein vollständiges „Zurück", selbst wenn Fehler offensichtlich werden. Aus normativer Sicht stellt sich insbesondere das Problem, wie den Bevölkerungsgruppen mit tendenziell geringerem Einfluss in einer sehr ungleich geprägten Gesellschaft wie der chilenischen eine ausreichende Gesundheitsversorgung gesichert werden kann. Als Lösung bieten sich institutionelle Garantien für die Ärmeren an, bevor „marktwirtschaftliche" Reformen oder zweigliedrige Systeme eingeführt werden.

---

[4] Dazu zählen nicht nur die privat Versicherten, sondern auch zahlreiche Anbieter von Gesundheitsleistungen.

[5] Das Beispiel Großbritannien ist auch deshalb so interessant, weil nicht einmal die äußerst liberale Regierung von Margret Thatcher versucht hat, das staatliche Gesundheitssystem grundlegend zu verändern. Pfadabhängigkeit existiert also in beide politischen Richtungen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Literatur

Hirschman, Albert O. (1974): Abwanderung und Widerspruch. Reaktionen auf Leistungsabfall bei Unternehmungen, Organisationen und Staaten. Tübingen.

Liebig, Klaus (2000): Private Krankenversicherungen in Lateinamerika: Kann Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen die Probleme lateinamerikanischer Gesundheitssysteme lösen? In: Sozialer Fortschritt, H. 2–3, Jg. 49, S. 32–37.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Autorenverzeichnis

Dr. *Anne van Aaken*, Lehrstuhl für deutsches, europäisches und internationales Zivil- und Wirtschaftsrecht und Institutionenökonomik, Humboldt-Universität Berlin.

Dr. *Thomas Bohrmann*, Lehrstuhl für Christliche Sozialethik, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Prof. Dr. *Friedrich Breyer*, Lehrstuhl für Wirtschaftspolitik, Universität Konstanz.

Dr. *Stefan Goertz*, Seminar für Moraltheologie, Universität Münster.

PD Dr. *Wolfgang Greiner,* Institut für Versicherungsbetriebslehre, Universität Hannover.

Dr. *Jens Holst*, GTZ-Sektorprojekt „Soziale Krankenversicherung in Entwicklungsländern", Bonn/Berlin.

Prof. Dr. *Ulrich H. J. Körtner*, Institut für systematische Theologie, Universität Wien.

Dr. *Ulrike Kostka*, Universitäts-Frauenklinik, Projektgruppe Ethik, Basel

Prof. Dr. *Martin Leschke*, Lehrstuhl fuer Volkswirtschaftslehre, insbesondere für Institutionenökonomie, Universität Bayreuth.

Dr. *Klaus Liebig*, Deutsches Institut für Entwicklungspolitik (DIE), Bonn.

Dr. *Christoph Lütge*, Lehrstuhl für Philosophie und Ökonomik, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Dr. *Eric C. Meyer*, Lehrstuhl für Volkswirtschaftstheorie, Universität Münster.

Dr. Dr. *Konrad Obermann*, Medizinische Hochschule Hannover

PD Dr. *Ingo Pies*, Institut für Verkehrswissenschaft, Universität Münster.

Dr. *Peter Schallenberg*, Kommende, Dortmund.

Prof. Dr. *Volker H. Schmidt*, National University of Singapore, Department of Sociology, Singapur.

Prof. Dr. *Michael Schramm*, Institut für Kulturwissenschaften, Universität Hohenheim.

Prof. Dr. *J.-M. Graf v.d. Schulenburg*, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Universität Hannover

Dipl.-Ök. Dipl-Theol. *Wolfram Stierle,* Lehrstuhl für Ökumenik und Konfessionskunde, Ruhr-Universität Bochum.

Prof. Dr. *Joachim Wiemeyer*, Lehrstuhl für Christliche Gesellschaftslehre, Ruhr-Universität Bochum.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-50477-0
Generated for Hochschule für angewandtes Management GmbH at 88.198.162.162 on 2025-09-09 16:17:00
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH