

Konzeptionen von Gerechtigkeit und der Umgang mit begrenzten Ressourcen

Christian Lenk

1. EINFÜHRUNG UND THEORETISCHE VORÜBERLEGUNGEN

Wer sich mit Verteilungsproblemen und Fragen zur Gerechtigkeit beschäftigt, sieht sich zunächst mit dem Problem konfrontiert, dass unterschiedliche, letztlich miteinander konkurrierende Ansätze in Ethik und politischer Philosophie existieren. Im Bereich der Gerechtigkeit stehen sich in der internationalen Diskussion heute zwei sehr einflussreiche Ansätze gegenüber: einmal John Rawls' *Theorie der Gerechtigkeit* von 1971, die vom Autor in den nachfolgenden Jahrzehnten immer wieder weiterentwickelt wurde. Im Gefolge und in der kritischen Auseinandersetzung mit Rawls wurden eine Reihe alternativer Ansätze entwickelt, von denen sich insbesondere Michael Walzers Ansatz der *Sphären der Gerechtigkeit* in den letzten Jahren als einflussreich herauskristallisiert hat. Während sich der Rawls'sche Ansatz durch ausführliche Überlegungen zur normativen Begründung von Gerechtigkeit sowie zur gesellschaftlichen Grundstruktur der gerechten Gesellschaft auszeichnet, liegt der Schwerpunkt bei Walzer auf unterschiedlichen Kontexten (»Sphären«) der Gerechtigkeit sowie der Frage, wie sich die normative Logik der einzelnen Sphären voneinander unterscheidet.

Hinsichtlich der Möglichkeit einer Lösung konkreter Verteilungsprobleme, wie sie uns in dem vorliegenden Beitrag interessieren werden, erscheint der Ansatz von Rawls jedoch als defizitär,

da er stark auf gerechtigkeitstheoretische Grundlagen fokussiert, während konkrete Probleme der Gerechtigkeit in den Hintergrund treten. Da dies eine direkte Folge des Theoriedesigns ist, ist es wenig verwunderlich, dass es auf der Anwendungsebene zu Defiziten kommt und wenig über die Bewertung konkreter Handlungen und Verteilungskonstellationen gesagt werden kann.

Eine Ausnahme stellen in dieser Hinsicht etwa die Arbeiten von Norman Daniels dar, der für den Bereich der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen den Rawls'schen Ansatz in Richtung einer angewandten Ethik weiterentwickelt hat.¹ Insbesondere in seiner Monographie *Just Health Care* aus dem Jahr 1985 vertritt Daniels dabei den Standpunkt, dass Rawls' grundlegende Prinzipien der Gerechtigkeit (Rawls 1999, Kap. 2, 11, S. 52ff.) in die Institutionen des Gesundheitswesens eingebbracht werden müssen. Wenn man davon ausgeht, dass diese Prinzipien bei Rawls für die gesamte Gesellschaft gelten sollen, stellt sich allerdings die Frage, unter welchen Bedingungen dies möglich ist. Weiterhin wurde Rawls' *Theory of Justice* ausdrücklich als eine ideale Theorie für eine wohlgeordnete Gesellschaft konzipiert (Rawls 1999, S. 7f., Kap. 8, 69, S. 397ff.). Es bleibt jedoch nach wie vor ein ungelöstes Problem, wie die Vorgaben dieser Theorie unter nicht-idealen Umständen umgesetzt werden können.

2. PLURALISMUS DER PRINZIPIEN DER GERECHTIGKEIT IN DER »NICHT-IDEALEN GESELLSCHAFT«?

Charakteristisch für Ansätze, die auf konkrete Verteilungsprobleme fokussieren, ist jeweils, dass sie unterschiedliche Kontexte oder Sphären (bei Walzer z.B. Sicherheit und Wohlfahrt, Geld und Waren, Arbeit, Erziehung und Bildung usw.) unterscheiden (siehe Abbildung 1), in denen bestimmte Regeln der Gerechtigkeit relevant sind. In diesem Zusammenhang kann man auch von einem »Kontextua-

1 | Vgl. dazu auch den aktuellen Beitrag von Birnbacher 2012.

lismus der Gerechtigkeit« sprechen.² Die Existenz dieser verschiedenen Sphären besitzt selbst einen normativen Hintergrund, wie Stefan Gosepath unter Verweis auf David Miller (1995) darlegt: »Wenn alles käuflich oder alles eine Frage der Macht ist, [...] [haben] die bereichsspezifischen Verteilungsregeln [...] ihre Zuständigkeit überschritten. Der Übergriff ist zu unterbinden, sonst wird besonders evident, daß Personen nicht als Gleiche geachtet werden« (Gosepath 2004, S. 283).

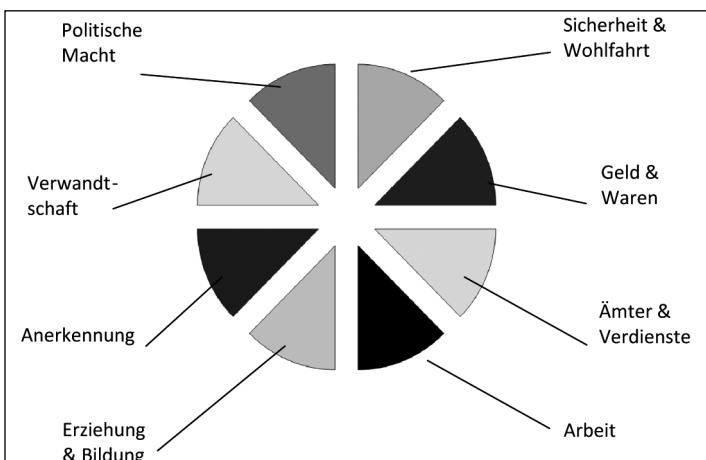


Abbildung 1: „Sphären“ der Gerechtigkeit (Walzer/modifizierte Darstellung durch den Autor)

Wie Walzer argumentiert, ist in Bezug auf soziale Gerechtigkeit jedoch nicht der Charakter der Dinge als individueller Besitz oder als Wertgegenstand von Bedeutung, sondern als soziales Gut, d.h. insoweit diese Güter eine allgemein anerkannte gesellschaftliche Relevanz haben (Walzer 2006, S. 32). Die persönlichen Präferenzen, die der Einzelne hat, werden überlagert von der gesellschaftlichen Be-

2 | Dabei gilt es jedoch, wie bereits Rainer Forst (Forst 1996, S. 10) formuliert, einen Ansatz zur Gerechtigkeit zu formulieren, »der den Vorwurf der Kontextblindheit ebenso vermeidet wie einen Kontextualismus, der den universalistischen Kern der Forderung nach ‚Gerechtigkeit‘ verkennt.«

deutung von Gütern wie etwa Nahrungsmitteln, Leistungen im Gesundheitswesen, ökonomischen Ressourcen, Zugang zu Bildungsgütern usw. Es ist nun eine wesentliche Beobachtung, dass diese Güter, gerade weil und insofern sie soziale Güter darstellen, in ihren Bereichen unterschiedlichen Verteilungslogiken unterliegen. Wie Walzer es ausdrückt, konstituiert »[d]as je einzelne soziale Gut oder Set von Gütern [...] gewissermaßen seine eigene Distributionssphäre, innerhalb deren sich nur ganz bestimmte Kriterien und Arrangements als angemessen und dienlich erweisen« (Walzer 2006, S. 36).

So werden etwa lebensnotwendige Güter wie Nahrung, Wasser und medizinische Versorgung im Katastrophenfall nach Bedarf zugeteilt, während ein spezialisierter Arbeitsplatz an die Bewerberin oder den Bewerber vergeben werden soll, der die geforderte Qualifikation aufweist. Wenn diese Verteilungen in dem genannten Modus durchgeführt werden, nennen wir sie nicht nur (wie Walzer) »angemessen und dienlich« (ebd.), sondern »gerecht«. Wenn aber diese Verteilungsmodi verletzt werden, wenn die lebensnotwendigen Güter im Katastrophenfall z.B. nicht den Bedürftigsten zukommen, sondern auf dem freien Markt an den Meistbietenden verkauft werden, so empfinden wir dies als einen Verstoß gegen die gerechte Vorgehensweise. An anderer Stelle spricht Walzer auch davon, dass die Grenzen dieser Sphären gegen Übergriffe aus anderen Bereichen (z.B. gegen wirtschaftliche Gesichtspunkte) »verteidigt« werden müssen (Walzer 2006, S. 327). Die Aufrechterhaltung des gerechten Zustandes folgt also nicht allein aus der Zuordnung eines Verteilungsmodus zu einem bestimmten Gut, sondern bedarf des aktiven Handelns, um eine als gerecht verstandene normative Ordnung zu bewahren.

Walzer's Rede von den »Kriterien und Arrangements« (s.o.) meidet die Sprache der Prinzipienethik und Deontologie. Doch wäre es überhaupt möglich, Walzers Ansatz in ein prinzipienethisches Kalkül zu übertragen? Diesen Versuch hat der Autor dieses Textes in der folgenden Tabelle (1) unternommen. Sicherlich bedurfte es, um die Tragweite und Produktivität eines solchen Ansatzes abschätzen zu können, einer weitaus ausführlicheren Behandlung sowie einer zusätzlichen theoretischen Fundierung, als sie an dieser Stelle möglich

ist. Doch immerhin zeigt die Übersicht und Zuordnung von Prinzipien zu einzelnen Bereichen, dass ein derartiger prinzipienethischer Ansatz immerhin möglich ist und einige Plausibilität besitzt.

Art des Prinzips	Anwendungsbereich	Beispiele
Egalitäres Verteilungsprinzip	Güter, die allen Menschen oder allen Mitgliedern einer Gemeinschaft zukommen sollen	Bildung; Chancengleichheit im Zugang zu öffentlichen Ämtern und Positionen; Grundrechte; bedingungsloses Grundeinkommen
Ausgleichende Gerechtigkeit	Gericht; gesellschaftliche oder natürliche Ungleichheiten	Kompensation eines entstandenen Schadens; Ausgleich sozialer Benachteiligung
Bedarfsprinzip	Elementare Bedürfnisse	Ressourcen im Gesundheitswesen; Verteilung von Ressourcen im Katastrophenfall
Tauschgerechtigkeit	Markt; gesellschaftliche/ökonomische Kooperation	Freiwilliger Tausch oder Kauf von Gütern in der Marktwirtschaft
Verdienstprinzip/ Leistungsprinzip	Güter oder Positionen, die aufgrund besonderer Leistungen oder Verdienste verteilt werden sollen	Ämter und Positionen im Staat oder in privaten Organisationen; finanzielle Gratifikationen; Löhne
Nützlichkeitsprinzip/»Das größte Glück der größten Zahl“	Knappe Güter sollten mit maximalem Nutzen für die Gesellschaft verteilt werden	Priorisierung/Posteriorisierung von Gütern und Leistungen

Tabelle 1: Verschiedene Verteilungsprinzipien mit Anwendungsbeispielen

3. ZUM NUTZENBEGRIFF IN DER MEDIZIN

»Nutzen« ist ein Begriff, der in der Alltagssprache eher unkontrovers verwendet wird, wobei man jedem Sprecher zugesteht, den Nutzenbegriff aus seiner subjektiven Sichtweise zu bestimmen. Ganz anders steht es allerdings in der wissenschaftlichen, ethischen oder politischen Diskussion des Nutzenbegriffs, wenn es darauf ankommt, einen für eine größere Gruppe von Personen oder eine Institution verbindlichen Nutzenbegriff zu definieren. Neben der Problematik des Gegensatzes von subjektiv und objektiv zu bestimmendem Nutzen besteht zusätzlich die Schwierigkeit, dass sich verschiedene Disziplinen oder Subdisziplinen auf verschiedene Nutzenbegriffe beziehen. So gibt es Überlegungen zum Nutzen in der Ethik (z.B. im Utilitarismus oder im Rahmen des Benefizienzprinzips), in der Ökonomie und ihren Subdisziplinen (von betriebswirtschaftlicher oder volkswirtschaftlicher Seite) ebenso wie in der Medizin und Gesundheitsökonomie, wobei jeweils unterschiedliche Definitionen zugrunde gelegt werden. Für die vorliegende Untersuchung möchte ich mich auf vier Aspekte des Nutzenbegriffs beschränken, nämlich (a) den individuellen Nutzen, (b) den ökonomischen Nutzen, (c) den Gebrauch von QALYs³ sowie (d) den gesellschaftlich agglomerierten Nutzen, und zwar jeweils bezogen auf den Bereich der Medizin.

a) Individueller Nutzen

Innerhalb des medizinischen Systems kann man im Allgemeinen davon ausgehen, dass bei den meisten Behandlungen ein gewisser Konsens zwischen Arzt und Patient besteht, worin der Nutzen einer medizinischen Behandlung liegt. So formuliert die Musterberufsordnung (BÄK 2011), es sei die »Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte

3 | Vgl. hierzu auch die Ausführungen zum QALY-Konzept und anderen gesundheitsökonomischen Nutzen-Definitionen im Beitrag von Kathrin Dengler in diesem Band.

[...], das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern [und] Sterbenden Beistand zu leisten [...].« Wenn dies die Kernaufgaben der Ärzte sind, so lässt sich andersherum folgern, dass sich in der Erfüllung dieser Aufgaben wohl auch der wesentliche individuelle Nutzen ergibt, den die Patienten bei den Ärzten suchen.

Im Vorgriff auf die anderen Nutzenbegriffe (ökonomischer Nutzen etc.) können wir jedenfalls schon festhalten, dass der individuelle Nutzen der Patienten normalerweise strikt auf die individuelle Gesundheit bezogen ist. In anderen Konstellationen der Gesundheitsversorgung, insbesondere in anderen Gesundheitssystemen, werden sich die Patienten zusätzlich fragen, ob es ihrem ökonomischen Nutzen entspricht, eine bestimmte Behandlung durchführen zu lassen oder eine bestimmte Form der Versicherung zu wählen.⁴ Da die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland einerseits obligatorisch und in ihrem Umfang weitgehend festgelegt ist, die Versicherten andererseits auch nicht erfahren, wie teuer ihre Behandlungen sind, ist die Frage nach dem individuellen, ökonomischen Nutzen der GKV in Deutschland für den einzelnen Versicherten sinnlos. Selbst wenn er erfahren würde, dass er z.B. im Laufe eines Jahres 4.000 Euro mehr in die GKV einzahlt, als für seine Behandlungen ausgegeben wurde, so folgen daraus keine möglichen Konsequenzen (außer unter bestimmten Bedingungen der Wechsel in die Private Krankenversicherung).

Allerdings kann die individuelle Vorstellung des Patienten vom Nutzen einer Behandlung verschieden sein von der des Arztes oder dem Nutzen, der durch das Sozialrecht oder die zuständigen Gremien festgelegt wird. Auch können verschiedene Patienten einem vergleichbaren Eingriff einen unterschiedlichen, individuellen Nutzen zuordnen. Ein klassischer Fall ist die Therapie am Lebensende, wobei der Schwerpunkt einerseits auf Lebensverlängerung (als klassische ärztliche Aufgabe), andererseits auf die Bewahrung einer

4 | Vgl. hierzu die Ausführungen von Walter Pfannkuche in diesem Band.

möglichst hohen Lebensqualität gelegt werden kann. Der Fall des *Child B* aus Großbritannien ist ein ähnlich gelagerter Fall unter umgekehrten Vorzeichen, in dem bei einem an Leukämie erkrankten Kind (Entwistle et al. 1996) die zuständigen Behörden die Kostenübernahme für die weitere Behandlung ablehnten, die Familie der jungen Patientin die Behandlung aber weiterführen wollte.

Weitere Bereiche, in denen der individuelle Nutzen von der vorgesehenen Form der Behandlung abweicht, sind seltene Erkrankungen, innovative Behandlungen, die noch nicht von Versicherungen abgedeckt werden, sowie nicht medizinisch indizierte Behandlungen. Ein Beispiel aus dem letzten Bereich, das auch Eingang in die ethische und rechtliche Diskussion gefunden hat (Markus 2006), ist der medizinisch nicht indizierte Kaiserschnitt. Dabei kann der gesuchte Nutzen für die nicht medizinisch indizierte Sectio ebenso in der Vermeidung der Schmerzen der natürlichen Geburt liegen wie in (sub-)kulturell determinierten Vorstellungen des »schönen« Frauenkörpers.

Während wir im Normalfall der medizinischen Behandlung davon ausgehen, dass zwischen Arzt und Patient ein Konsens über das zu erreichende Behandlungsziel und damit den zu verwirklichenen Nutzen besteht, gibt es also eine Reihe von Bereichen, in denen individueller und allgemein definierter Nutzen auseinanderfallen. Wenn dies der Fall ist, wird das gewöhnlich dazu führen, dass eine medizinische Behandlung nicht von der Krankenversicherung bezahlt wird. Eventuell besteht dann die Möglichkeit, die Behandlung als Privateistung erbringen zu lassen. Eine Implikation der Ressourcenknappheit ist also, dass der »nur« individuelle Nutzen einer Behandlung im allgemeinen nicht als hinreichend angesehen wird, um die Kosten für eine Behandlung aus der öffentlichen Krankenversicherung erstatten zu lassen, und dass ein allgemein anerkannter Nutzen nachgewiesen werden muss. Bei schweren Erkrankungen, die evtl. mit einer innovativen Behandlung therapiert werden könnten bzw. bei Fragen der Therapiebegrenzung wie im Fall des *Child B* kann die dahinter stehende Problematik durchaus existenzielle Konsequenzen nach sich ziehen.

b) Ökonomischer Nutzen

Dem klassischen Verständnis nach ist »Ökonomie zunächst einmal die Kunst des guten Haushaltens, also des optimalen Einsatzes von knappen Mitteln zur Erreichung bestimmter Ziele« (Rüegger et al. 2012, S. 155). Umgangssprachlich wird der ökonomische Nutzen jedoch in erster Linie mit der Erwirtschaftung eines finanziellen Gewinns verbunden. Der ökonomische Nutzen kann nun einerseits darin bestehen, eine bestimmte Leistung mit geringem Ressourcenaufwand zu erbringen, andererseits darin, einen Gewinn aus ökonomischer Tätigkeit zu ziehen und zu maximieren. Das Verhältnis des Patienten zur Frage des ökonomischen Nutzens muss in einem marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem stark von der Bedeutung dieser Frage in einem öffentlichen Versicherungssystem divergieren. In einem marktwirtschaftlichen System muss der Patient sich selbst fragen, ob der geforderte Preis dem Nutzen einer zu erbringenden Leistung entspricht, während die Beantwortung dieser Frage in einem regulierten Versicherungssystem in die Institutionen ausgelagert wird.⁵ Da sich der Patient im letztgenannten Modell in vielen Fällen um die Bezahlung einer Behandlung nicht zu kümmern braucht, ist die Frage, die ihn hier interessiert, eher die, ob der erwartete Nutzen die mit der Behandlung verbundenen Belastungen und Risiken rechtfertigt. Durch Zuzahlungsregeln (Praxisgebühr, Gebühr für Krankenhausaufenthalt) versucht man, die Versicherten von der Inanspruchnahme nicht oder nicht ausreichend notwendiger Gesundheitsleistungen abzuhalten. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass die eigentliche Kaufentscheidung (Entspricht der erwartete Nutzen dem geforderten Preis?) in einem Versicherungssystem letztlich suspendiert ist (wobei man zurecht darauf hingewiesen hat, dass in einer Reihe von Fällen, z.B. bei der Versorgung von Notfällen, das Marktmodell auch inadäquat für die Regulierung des Gesundheitswesens ist).

5 | Dieser Frage nach der Verortung der Entscheidung geht Walter Pfannkuche in seinem Beitrag in diesem Band ausführlich nach.

Neben dem ökonomischen Nutzen, den sich der Einzelne von einem medizinischen Eingriff verspricht (z.B. die Erhaltung oder Wiederherstellung seiner Arbeitskraft), gibt es auch aus der gesellschaftlichen Perspektive einen hohen oder niedrigen Nutzen, der aus einem medizinischen Eingriff resultieren kann. Dementsprechend hat man die Frage untersucht, ob man diese Art von Nutzen als Kriterium für Allokationskriterien verwenden sollte. So kann in der zeitlichen Perspektive ein junger Mensch stärker z.B. von einer transplantierten Niere profitieren als ein alter Mensch. Und eine teure und lebenserhaltende medizinische Maßnahme erzeugt, bezogen auf die verbleibende Lebensspanne, bei einem jungen Patienten einen höheren Nutzen als bei einem alten Patienten. Solche Überlegungen konfigurieren aber offensichtlich mit unseren Vorstellungen von Gerechtigkeit, nach denen junge und alte Menschen denselben Zugang zu medizinischen Behandlungen haben sollten, unabhängig von einer Abschätzung darüber, bei welchem Patienten sich die Behandlung am Besten »rentiert«.

c) QALYs

Das Konzept der QALYs (*Quality Adjusted Life Years*) beruht letztlich auf der Idee einer unterschiedlichen Gewichtung von Lebensjahren gemäß der in diesen Jahren vorhandenen Lebensqualität. Ein Jahr bei perfekter Lebensqualität wird demnach mit dem Wert »1« gewichtet, während der Wert »0« das andere Extrem, den Tod des Patienten (keine vorhandene Lebensqualität) wiedergibt. Die zeitweilige Popularität des QALY-Konzeptes speist sich nach Beobachtung des Autors aus zwei verschiedenen Quellen, nämlich einmal dem Anspruch, lebensweltliche Erfahrungen im medizinischen Bereich (gesundheitliche Zustände und die Ergebnisse medizinischer Behandlungen) in einem theoretisch übersichtlichen Konzept handhabbar und anschlussfähig an ökonomische Modelle zu machen. Durch die Anschlussfähigkeit an die Ökonomie werden zugleich Verbindungen zu philosophischen Theorien wie dem Utilitarismus möglich, da ja mit dem QALY-Konzept, zumindest theoretisch, das

»größte Glück der größten Menge« nicht nur als Ziel postuliert, sondern auch faktisch evaluiert werden kann.⁶ Entscheidungen werden möglich, z.B. welche medizinische Behandlung eher in der Lage ist, mehr QALYs, also letztendlich mehr »Glück« und Wohlbefinden zu produzieren. Da der Utilitarismus auch ein radikaldemokratisches Konzept darstellt (das Wohlbefinden aller Individuen wird gleich gewichtet, es gibt keine Rechtfertigung der Bevorzugung einer Person vor einer anderen), ist er tief in den Ideen der Moderne verwurzelt und damit grundsätzlich attraktiv für sozialreformerische Ansätze.

Die zweite Quelle für die Popularität des QALY-Konzeptes besteht sicherlich in dem Bezug zur »Lebensqualität«, der eine Abwendung von der »Tonnenideologie« der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts darstellte (vgl. Musschenga 1997), nach welcher die Masse wichtiger ist als die Qualität der hergestellten Güter und Dienstleistungen.⁷ Lebensqualität stellt dann einen Oberbegriff dar, in den nicht nur die faktischen Lebensumstände einer Bevölkerung eingehen, sondern auch deren Bewertung durch die betroffenen Individuen. Der Erfolg der »grünen« Parteien in verschiedenen Ländern Europas in den letzten 30 Jahren wird auch als Ergebnis des Umdenkens breiter (meistens eher gebildeter und begüterter) Bevölkerungsteile im Bereich der Lebensqualität im Sinne eines »postmaterialistischen Denkens« gedeutet. Dennoch zeigt gerade das Phänomen der QALYs die Ambivalenz Lebensqualität-geleiteter staatlicher Maßnahmen, da die zugrundeliegende Annahme einer unterschiedlichen Gewichtung von Lebensjahren nur bedingt kompatibel mit denjenigen Verfassungswerten ist, die die Gleichheit aller Bürger vor dem Gesetz vorschreiben. Die Gleichheit muss aber

6 | Zur utilitaristischen Theorie vgl. den Beitrag von Günter Fröhlich in diesem Band.

7 | Der deutsche Begriff der »Tonnenideologie« scheint dabei insbesondere auf die 5-Jahrespläne der sozialistischen DDR und die in diesen ausformulierten ökonomischen Ziele zurückzugehen (vgl. etwa Malycha 2011, S. 30).

durch einen Ansatz verletzt werden, der unterschiedlichen Lebensjahren einen unterschiedlichen »Wert«⁸ zuordnet.

Auf der einen Seite wird niemand etwas dagegen haben, wenn der Staat versucht, mit allgemeinen Maßnahmen die Lebensqualität seiner Bürger anzuheben. Wenn Lebensqualität aber mit einem Effizienzkalkül verbunden wird (es gibt lohnende und weniger lohnende Investitionen in die Lebensqualität) und an die individuelle Versorgung zurückgebunden ist (ein Patient soll eine medizinische Leistung nicht erhalten, da sich diese für ihn nicht mehr »lohnt«), kommen problematische Implikationen des QALY-Ansatzes zum Vorschein.

Damit soll nicht bestritten werden, dass QALYs in einigen Bereichen durchaus einen sinnvollen Ansatz zum Vergleich z.B. verschiedener Therapieoptionen darstellen können. Sie eignen sich aus den genannten Gründen heraus aber nicht zur globalen Bewertung von Gesundheitsleistungen sowie als alleinige Systematik zur Mittelallokation im Gesundheitswesen. Wie Franz Porzsolt schreibt, muss man sich auch hüten, mit theoretischen Ansätzen Kommenturabilität und Vergleichbarkeit vorzutäuschen, wo diese de facto nicht besteht:

»Für die mehrdimensionale Bewertung stehen verschiedene Konzepte zur Verfügung, z.B. die quality of well being-Skala (QWB), der health utility-Index (HUI) und das Konstrukt der quality adjusted life years (QALYs). Diese Konzepte liefern jedoch keineswegs übereinstimmende Ergebnisse. Es ist unschwer zu erkennen, dass es äußerst problematisch sein kann, z.B. bei Schwerhörigkeit und bei Kniegelenksarthrose, jeweils vergleichbare Schweregrade zu definieren« (Porzsolt 2011, S. 182).

Alle genannten Ansätze basieren aber letztlich auf der Idee der Möglichkeit einer Vergleichbarkeit verschiedenster Zustände und Krankheitsentitäten. Hier muss möglicherweise noch mehr Arbeit in die bessere Eingrenzung theoretischer Konstrukte auf bestimm-

8 | Zum Wertbegriff vgl. Günter Fröhlich in diesem Band.

te Anwendungsbereiche (verbunden mit einer Diskussion der daraus entstehenden ethischen Implikationen) investiert werden, da nur so ein sinnvoller Beitrag zur Verteilungsdebatte entstehen kann.

d) Gesellschaftlich agglomerierter Nutzen

Während aus Sicht des Patienten legitimerweise die Frage nach dem individuellen Vorteil im Vordergrund steht, hat aus Sicht der Organisation des Gesundheitswesens die Zusammenfassung der Gesamtkosten wie des Gesamtnutzens einige Bedeutung. Die Frage ist allerdings, in welche Maßzahl man den Gesamtnutzen eines Gesundheitssystems zusammenfassen kann. Während die Kosten gewöhnlich als prozentualer Anteil am Bruttoinlandsprodukt dargestellt werden (also als Anteil an den insgesamt erzeugten Waren und Dienstleistungen, wobei reichere Gesellschaften dementsprechend in absoluten Zahlen mehr Ressourcen für Gesundheit aufwenden als ärmere Gesellschaften), könnte natürlich theoretisch der Gesamtnutzen durch eine ähnliche Kennzahl wie die der QALYs erfasst werden. Da es sich bei QALYs allerdings in den meisten Fällen um eine relative Erfassung des Nutzens (also eine Behandlung oder Therapie *im Vergleich* zu einer anderen Therapie) handelt, wäre dann die Frage, an welchem Basiswert sich eine solche Kalkulation orientieren sollte.

De facto hat sich eine andere Bewertungsmethode eingebürgert, nämlich wichtige Kennzahlen verschiedener Gesundheitssysteme wie z.B. die durchschnittliche Lebenserwartung oder die Säuglingssterblichkeit mit den aufgewandten Kosten in Beziehung zu setzen. Dieses Verfahren kann dann für einzelne Versorgungsbereiche detaillierter durchgeführt werden, also z.B. für die Behandlung von Patientinnen mit Brustkrebs oder der Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen.⁹ Diese Vorgehensweise ist weniger standardisiert.

9 | Dabei wird in einem ersten Schritt die Zahl der geheilten/und oder überlebenden Patientinnen und Patienten in Beziehung zu den entstandenen Kosten gesetzt. Ein Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme offenbart

siert, erlaubt aber aufschlussreiche Vergleiche verschiedener Versorgungsbereiche in unterschiedlichen Ländern, wobei natürlich regionale oder nationale Faktoren, die ebenfalls die Gesundheit beeinflussen, korrigiert werden müssten, um die Effektivität eines Gesundheitswesens bewerten zu können. Interessanterweise ist nun ein System mit starken marktwirtschaftlichen Elementen wie das der USA relativ ineffektiv in einem Vergleich der genannten Kennzahlen (s.u., in Bezug auf die Zahlen aus dem OECD-Bericht 2011). Der Grund dürfte darin bestehen, dass die Zuordnung medizinischer Ressourcen nach dem Vermögen (bzw. dem fehlenden Vermögen) der Patienten im Vergleich zum tatsächlich vorhandenen medizinischen Behandlungsbedarf zur Fehlallokation therapeutischer Ressourcen führt, wie sie z.B. auch für das deutsche System beschrieben wurde.

D.h. den Schwerkranken und stark Behandlungsbedürftigen werden in einem ineffektiven System signifikant *weniger* Ressourcen zugeordnet, als für eine erfolgreiche Behandlung notwendig wäre, während für die Behandlung der nur leicht Erkrankten signifikant *mehr* Ressourcen aufgewandt werden, als für die erfolgreiche Behandlung eigentlich notwendig gewesen wäre (z.B. durch Facharzt- oder Chefarztbehandlung, Einsatz teurer diagnostischer Methoden etc.). Im Ergebnis operiert dann ein System wie der britische *National Health Service* (NHS) als der Prototyp eines staatlich regulierten Gesundheitssystems erfolgreicher als z.B. das U.S.-amerikanische System.

Laut dem OECD-Report *Health at a Glance* in der letzten Fassung von 2011 gaben z.B. die USA insgesamt 17,4 % ihres Bruttoinlandsproduktes (BIP) oder pro Kopf 7.960 US-Dollar für Gesundheit und medizinische Versorgung aus (OECD 2011, S. 149, 151). Im Vergleich dazu haben die EU-Staaten Griechenland, Italien und Spanien nur 9,6 % (GR) bzw. 9,5 % (ITA, SP) des BIP bzw. pro Kopf nur 2.724

dann ein günstiges oder ungünstiges Versorgungsprofil in dem jeweiligen Behandlungsbereich. Siehe im Folgenden die unterschiedlichen Beispiele zur allgemeinen Lebenserwartung wie für den Bereich der Kardiologie.

US-Dollar (GR), 3.137 US-Dollar (ITA) bzw. 3.067 US-Dollar (SP) ausgegeben (ebd.) Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt lag in den EU-Staaten jedoch bei 80,3 (GR) und 81,8 (ITA, SPA) Jahren, in den USA hingegen nur bei 78,2 Jahren. Noch deutlicher fällt der Unterschied bei der Kindersterblichkeit ins Auge, die in den Mittelmeerlandern bei 3,1 (GR), 3,7 (ITA) und 3,3 (SP) verstorbenen Kinder auf 1.000 Lebendgeburten lag, in den USA hingegen rund doppelt so hoch bei 6,5 Kindern auf 1.000 Lebendgeburten (ebd., S. 37). Unter diesem Gesichtspunkt besteht also die Attraktivität eines staatlich (und »solidarisch«) organisierten Gesundheitssystems u.a. darin, dass eine Fehlallokation von Ressourcen entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit der Patienten vermieden werden und ein größerer medizinischer Nutzen bei (durch Umverteilung) gleichmäßiger Ressourcenverteilung erzielt werden kann.

Geht man stärker in die Details, so findet man etwa für Deutschland (das für seine gut ausgebauten Herzmedizin bekannt ist), einen internationalen Spitzenwert von 582 Koronarangioplastien¹⁰ pro 100.000 Einwohner, während z.B. in der Schweiz als partiell vergleichbarem Land lediglich 134 Angioplastien pro 100.000 Einwohner (23 % des deutschen Wertes) durchgeführt werden. Während in Deutschland im Jahr 2009 jedoch im Durchschnitt 6,8 von 100 Patienten nach Krankenhauseinweisung an einem Herzinfarkt verstarben, waren es in der Schweiz nur 4,5 Patienten von 100 (also 66 % des deutschen Wertes), in Dänemark sogar nur durchschnittlich 2,3 von 100 Patienten (ca. 34 % des deutschen Wertes, OECD 2011, S. 108). Ohne an dieser Stelle zu sehr in die Details dieser sicherlich diffizilen und hochkomplexen Materie eindringen zu wollen, ist auf diese Weise also ein Vergleich der allgemeinen Kennzahlen von Gesundheitssystemen sowie auch von einzelnen Bereichen (z.B. Herzerkrankungen) möglich, wobei Schwerpunkte, Erfolge und (an definierten Kriterien bemessene) Defizite einzelner Gesundheitssysteme sichtbar werden. Relativierend muss selbstver-

10 | Koronarangioplastie=Weitung verengter Herzkranzgefäß, z.B. mit der Technik der Ballondilatation.

ständlich noch hinzugefügt werden, dass ein methodisch einwandfreier Vergleich nur auf der Grundlage gleicher Arbeitsbedingungen der Gesundheitssysteme möglich wäre, d.h. in diesem Fall insbesondere unter der Voraussetzung vergleichbarer Patientenkollektive in den genannten Ländern. Einerseits gibt die OECD-Statistik nun selbst darüber Auskunft, dass diese Vergleichbarkeit nur bedingt gegeben ist, da es unterschiedliche Prävalenzen für Erkrankungen wie Diabetes, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc. gibt. Da allerdings im Wesentlichen die Industrie- und Schwellenländer Mitglieder der OECD sind, lässt sich eine Vergleichbarkeit im weiteren Sinne sicherlich nicht von der Hand weisen.

4. ALLGEMEINE ÜBERLEGUNGEN ZUM PHÄNOMEN DER KNAPPHEIT

Zurückgehend auf David Humes *Enquiry Concerning the Principles of Morals* (1777, 1975) werden in der heutigen philosophischen Diskussion gewöhnlich zwei Anwendungsbedingungen der Gerechtigkeit unterschieden, nämlich einmal die (objektive) Bedingung der »gemäßigten Güterknappheit« sowie zweitens die (subjektive) Bedingung des »eingeschränkten Egoismus« (Schramme 2006, S. 30). Humes Idee war dabei die Feststellung, dass Fragen der Gerechtigkeit generell nur unter gewissen Bedingungen interessieren, nämlich wenn erstens weder Überfluss noch absolute Knappheit der Ressourcen herrschen, und zweitens, wenn die Subjekte nicht völlig altruistisch oder völlig egoistisch agieren. Denn wenn Überfluss herrscht und eine Ressource für alle in ausreichendem Maß vorhanden ist, so bedarf es keiner Überlegungen zur Verteilungsgerechtigkeit; dasselbe ist der Fall, wenn absolute Knappheit vorherrscht, so dass beim besten Willen nicht daran zu denken ist, eine gerechte Verteilung durchzuführen. Auch im Fall hochgradig selbstlos und altruistisch agierender Akteure (z.B. einer Republik von Heiligen) bedarf man keiner Überlegungen zur Verteilungsgerechtigkeit, und dasselbe Ergebnis tritt ein, wenn alle Akteure so

egoistisch agieren, dass sie jeweils alle Ressourcen für ihre eigenen Zwecke einfordern. In diesem Zusammenhang ist es eine gute Frage, wie z.B. der *Homo oeconomicus* hinsichtlich der subjektiven Gerechtigkeitsbedingung agiert, und ob dieser als »eingeschränkter« oder als »absoluter« Egoist zu charakterisieren ist.

Wenn man so will, ist (gemäßigte) Güterknappheit also eine der Voraussetzungen und damit auch eines der konstitutiven Elemente jeder Debatte über Verteilungsgerechtigkeit. Diese gemäßigte Güterknappheit, so können wir mit Sicherheit feststellen, gehört nun auch zu den konstitutiven Elementen unseres Gesundheitssystems, so dass Überlegungen zur Gerechtigkeit (ganz im Einklang mit Humes Beobachtungen) hier am rechten Platz sind.

Von einer Mengenangabe als solcher können wir jedoch nicht auf die Knappheit einer bestimmten Ressource schließen. Knapp, ausreichend oder im Überfluss vorhanden ist eine Ressource nur in Hinsicht auf den Bedarf und die Ziele, die damit verfolgt werden sollen. Dementsprechend kann die Knappheit wiederum auf zwei konstitutive Elemente zurückgeführt werden, nämlich die Menge der Ressourcen und dem Bedarf danach. Entsprechend hat Schramme (Schramme 2006, S. 31f.) die oben angesprochene Objektivität des Knappheitskriteriums auch in Frage gestellt und unter Verweis auf den Bedarf von »relationaler Knappheit« gesprochen. Wir können folgern, dass mit Knappheit auf mindestens zwei verschiedene Arten umgegangen werden kann, nämlich einmal mit einer Erhöhung der Menge der zur Verfügung stehenden Ressourcen (wenn dies möglich ist), zum anderen mit einer Senkung des Bedarfs (was z.B. im medizinischen Bereich nicht so ohne Weiteres möglich ist). Es wird häufig als ein Axiom der Ökonomie dargestellt, dass die wirtschaftlichen Subjekte ein Interesse daran haben, von allen Ressourcen möglichst viel zu besitzen bzw. u.U. eine Monopolisierung der Ressourcen herbeizuführen. In seiner Arbeit *Gerechtigkeit und soziale Praxis* plädiert Schramme (Schramme 2006) aber mit überzeugenden Argumenten dafür, in der ethischen Diskussion an der Unterscheidung zwischen Bedürfnissen im engeren Sinne und darüber hinausführenden Wünschen nach einem Maximum an Res-

sourcen zu unterscheiden. Nicht zuletzt führt eben das Streben nach einem »Mehr« an Ressourcen selbst wieder dazu, dass Knappheit entsteht: »Doch gerade die Auszeichnung des Wunsches nach so viel wie möglich führt erst zur relationalen Knappheit, denn nur wenn alle Ziele als legitim gelten, sind Güter notwendigerweise knapp« (Schramme 2006, S. 32). Zur Gerechtigkeitstheorie gehört also auch eine Debatte darüber, für welche Ziele Ressourcen im gesellschaftlichen Rahmen legitimerweise aufgewandt werden sollen.

Notwendig knappe Güter <i>Bsp.: Organe zur Transplantation</i>	Notwendig nicht knappe Güter <i>Bsp.: Luft, Wasser</i>
Kontingent knappe Güter <i>Bsp.: Medizinische Versorgung</i>	Kontingent nicht knappe Güter <i>Bsp.: Lebensmittel, »ausreichend« vorh. Güter</i>
← → <i>Wechsel durch politische Entscheidungen oder andere Entwicklungen</i>	

Tabelle 2: Formen der Knappheit nach Schramme 2006, S. 33

Folgt man den Argumenten von Schramme, muss man vier verschiedene Arten von Knappheit bzw. der nicht vorhandenen Knappheit unterscheiden (vgl. Tabelle 2), die jeweils aus unterschiedlichen Gründen auftreten, damit aber auch unterschiedliche Implikationen für die Verteilungsgerechtigkeit haben: *Notwendig knappe Güter* sind deshalb knapp, weil sich ihre Menge nicht beliebig vermehren lässt. Dazu zählen z.B. die »positionellen Güter«, d.h. Güter, von denen es aus prinzipiellen Gründen immer nur sehr wenige gibt wie z.B. hohe Ämter im Staat. Im medizinischen Bereich ergibt sich die notwendige Knappheit teilweise aus anderen Umständen. So kann man zwar mit unterschiedlichen Gewinnungsregimes auf die Menge der für Transplantationen zur Verfügung stehenden Organe einwirken. Sie bleiben jedoch notwendigerweise knapp, weil ihre Gewinnung mit hohem Aufwand verbunden ist und der Bedarf die

Zahl der zur Verfügung stehenden Organe gewöhnlich übersteigt. Weiterhin gibt es die *notwendig nicht knappen Güter*, die laut philosophischer Tradition »im Überfluss« vorhanden sind. Auch diese Kategorie ist mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten, da, wie wir heute wissen, auch die natürlichen Ressourcen endlich sind, und bezogen auf die Zahl der zu versorgenden Menschen ernsthafte Limitierungen auftreten können.

In der nächsten Kategorie kommen nun mit dem Beispiel der medizinischen Versorgung die *kontingent knappen Güter*, die deshalb nur »kontingent knapp« sind, weil unsere Gesellschaft im Prinzip über genug Ressourcen verfügt, um solche Güter auch bedarfsdeckend oder sogar im Überfluss herzustellen. Aus Allokations- oder organisatorischen Gründen unterbleibt dies jedoch (es wird für wichtiger gehalten, die Ressourcen an anderer Stelle einzusetzen), so dass das Phänomen der Knappheit auftritt. Schramme führt an dieser Stelle auch das Beispiel der zur Verfügung stehenden Arbeitsplätze an. Es gab oder gibt Gesellschaftstypen, die in erster Linie versuchen, Arbeitsplätze zu schaffen und Fragen der Produktivität und Effizienz als weniger zentral ansehen. In Bezug auf die kontingente Knappheit ist nun die spannende Frage, ob ein rein marktwirtschaftliches System diese Form der Knappheit in der medizinischen Versorgung verschwinden lassen würde. Zu dieser Frage finden sich noch einige Überlegungen im weiteren Verlauf dieses Beitrages. Ein Beispiel, bei welchem der Zustand der Knappheit überwunden wurde, sind – zumindest in unserer Gesellschaft – die *kontingent nicht knappen Güter* wie etwa Lebensmittel, aber auch die meisten Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Auch in der medizinischen Versorgung gibt es weite Bereiche der Versorgung kleinerer und größerer Erkrankungen (z.B. leichte Verletzungen, Brüche, Infektionen usw.), in denen *de facto* Versorgung ohne Knappheit stattfindet.

Umgangssprachlich gehen wir eher davon aus, dass es sich bei der Knappheit um einen problematischen Endzustand von Verteilungsprozessen handelt, bei welchem wir eben feststellen, dass eine Ressource nicht in ausreichendem Maß vorhanden und daher

»knapp« ist. Folgt man der Hume'schen Analyse, so steht das Faktum der Knappheit (welches aus unterschiedlichen Faktoren resultiert) jedoch *zu Beginn* der Diskussion um die gerechte Verteilung. Vergleichbar verhält sich die Sache interesseranterweise in der klassisch-liberalen Nationalökonomie, die die Voraussetzung der Güterknappheit (oder anders gesagt: dass der Bedarf im Allgemeinen das Angebot übersteigt) als ein ökonomisches Grundaxiom oder die Voraussetzung allen Wirtschaftens betrachtet. So argumentiert Ludwig von Mises in seiner *Nationalökonomie*:

»Knappheit des Angebots im Hinblick auf den Umfang der Nachfrage ist Voraussetzung dafür, dass ein Gut überhaupt als wirtschaftliches Gut behandelt wird. Güter, die so reichlich zur Verfügung stehen, dass jede beabsichtigte Verwendung voll befriedigt werden kann, werden überhaupt nicht bewirtschaftet; für solche Güter werden keine Preise bezahlt« (von Mises 1940, S. 325).

Die Schlussfolgerung, welche die Ökonomie daraus zieht, ist jedoch eine andere als in der Theorie der Gerechtigkeit, nämlich dass knappe Ressourcen auf dem Markt gehandelt werden sollten. Dabei gehen die klassisch-marktwirtschaftlichen Ansätze mit einiger Emphase davon aus, dass der Markt, wenn er nur »richtig« reguliert und ausreichend liberalisiert ist, zugleich auch »gerecht« ist. Zusammenbrüche des Marktes werden daher gewöhnlich der Politik angelastet, die den Markt eben »falsch« reguliert hat, aber nicht der Gier der einzelnen Akteure. Gemeinhin negativ besetzte Phänomene wie Spekulation, exorbitante Preissteigerungen oder Insolvenz- und Pleitewellen werden aus der Perspektive dieser Schulen als »Signale des Marktes« bzw. »schöpferische Zerstörung« (Schumpeter 2005) angesehen, aber zugleich als ethisch gerechtfertigt betrachtet, da die betreffenden wirtschaftlichen Akteure im freien Wettbewerb des Marktes versagt haben.

Dies führt notwendigerweise zu einem Konflikt zwischen ethischer und ökonomischer Theorie in Bezug auf das Phänomen der Knappheit, der zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht als aufgelöst be-

trachtet werden kann. Einerseits kannte auch schon Aristoteles die Tauschgerechtigkeit als eine »Gerechtigkeit des Marktes« und setzte voraus, dass ein freiwilliger Gütertausch nur zustande kommen kann, wenn beide Tauschparteien von der Gleichwertigkeit der auszutauschenden Güter ausgehen (Aristoteles Nikomachische Ethik 2008, Buch V). Aus dieser Voraussetzung kann jedoch auch ein Zustand der Güterknappheit resultieren, wenn der Tausch aufgrund von Armut oder ungleich verteilter Ressourcen nicht zustande kommen kann. Auf der anderen Seite hat sich die Ökonomie mit den Neuerungen des 18. Jahrhunderts, wie sie sehr deutlich bei Adam Smith in *The Wealth of Nations* ausgeführt werden, von der traditionellen antiken ebenso wie der christlichen Ethik entfernt. Bekanntlich setzten Smith und andere Autoren ja voraus, dass der Egoismus der Marktakteure ebenso das Gemeinwohl und den »Reichtum der Nationen« befördert. Die antike Ethik, insbesondere in der einflussreichen aristotelischen Ausprägung, setzte demgegenüber auf eine Ökonomie des Maßhaltens, eine Ethik der »Goldenene Mitte« und der Vermeidung der Extreme und kritisierte das »Mehr-Haben-Wollen« (als aristotelischer Fachbegriff die *Pleonexie*) als eine Form der Ungerechtigkeit.

5. RESSOURCENKNAPPHEIT IN DER MEDIZIN

Verfolgen wir den Gedanken aus dem letzten Abschnitt weiter, kommen wir in Bezug auf das Problem der Ressourcenknappheit in der Medizin zu dem Ergebnis, dass exakt in diesem Bereich eine Parallelität von marktförmiger Verteilung und anderen Verteilungsformen besteht. Es wurde verschiedentlich diskutiert, inwiefern Ressourcen aus dem Bereich des Gesundheitswesens von einer ökonomischen und marktförmigen Verteilung ausgenommen werden sollten. Dazu werden im Folgenden in verkürzter Form einige

Argumente angeführt, die in der bisherigen Diskussion eine Rolle gespielt haben¹¹:

- Insbesondere der schwerkranke Patient befindet sich nicht in einer Situation, in welcher er sich als Käufer oder Konsument frei und unabhängig für oder gegen den Erwerb einer bestimmten medizinischen Dienstleistung entscheiden kann.
- Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist keine rein geschäftliche, sondern der Patient erwartet vom Arzt einen Vorschlag, der im Sinne des besten Interesses des Patienten und seiner Gesundheit sein soll.
- Die Konsequenzen der marktförmigen Verteilung wie z.B. die Ungleichheit der Verteilung nach dem Vermögen der potenziellen Käufer, unerschwingliche Preise seltener und aufwendiger Behandlungen sowie die unterbleibende Befriedigung medizinischer Bedürfnisse sind im Gesundheitswesen unakzeptabel.
- Wenn der Staat die Verpflichtung hat, eine Basisversorgung mit existenziellen Gütern bereitzustellen, darf er gravierende Unterversorgung einzelner Individuen oder ganzer Bevölkerungsgruppen aufgrund gesellschaftlicher Ungleichheit nicht tolerieren.

Aus ökonomisch-marktliberaler Sicht wären alle diese Argumente zu kritisieren, da es ohne einen Markt mit freier Preisbildung auch nicht zu einer adäquaten Ressourcenallokation kommen kann. Insbesondere im medizinischen Bereich kommt aber dem in Tabelle 2 nach Schramme abgeleiteten Zusammenhang einige Bedeutung zu. Einige der Güter im medizinischen Bereich sind »notwendigerweise« knapp (wie z.B. Organe), da sie nicht beliebig vermehrbar sind bzw. da ihre Beschaffung (ob postmortal oder im Rahmen einer Lebendspende) die vorrangigen Rechte anderer Personen tangiert. Es gibt keine absolute Pflicht zur Organspende, und eben-

11 | Siehe dazu z.B. die Beiträge in den Sammelbänden von Heubel et al. 2010 sowie Wild et al. 2011.

so gibt es kein absolutes Recht, ein Organ zu erhalten, da dies die anerkannten Rechte anderer Personen berührt, die wiederum das Recht haben, über ihre Organe selbst entscheiden zu dürfen. Dieser Zusammenhang besteht unbenommen der Tatsache, dass es verschiedene Regelungen zur Organbeschaffung geben kann, die mehr oder weniger Organe zur Transplantation zur Verfügung stellen können.

Abhängig von der historischen und ökonomischen Entwicklung haben wir es in der Medizin überwiegend mit »kontingent knappen Gütern«, aber teilweise eben auch mit »kontingent nicht knappen Gütern« zu tun. Die kontingenkt knappen Güter sind deshalb knapp, weil sich die Gesellschaft (bzw. die dafür verantwortlichen Personen oder Institutionen) aufgrund expliziter oder impliziter Entscheidungen dazu entschlossen hat, nicht mehr von diesen Gütern produzieren zu lassen. Diese Entscheidung kann nun aus ethischer Sicht gut oder weniger gut begründet sein. Wie weiter unten noch zu klären sein wird, existieren aber jedenfalls Grenznutzenentscheidungen, bei denen die Kosten sehr hoch, aber der potenzielle Nutzen sehr gering ist, so dass sich eine entsprechende Behandlung mit Blick auf das Gesamtbudget verbietet. Die Behandlung *könnte* erbracht werden, aber die Kosten wären unverhältnismäßig im Vergleich zum Nutzen, so dass das bestehende Budget bei Erbringung derartiger Leistungen gesprengt werden würde und man dann Einsparungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen vornehmen müsste (also in Bereichen wie Bildung, Arbeitsmarkt, Rüstung, Wirtschaftsförderung usw.). Es ist eine interessante Frage, ob diese Behandlungen unter einem Marktregime erbracht werden würden, d.h. wenn allein Angebot und Nachfrage die Preise und damit auch die in Anspruch genommenen Leistungen regulieren würden. Unter einem Marktregime wäre die Art der erbrachten Leistungen sowie die gesamte Versorgungssituation jedenfalls eine andere als in der Situation einer obligatorischen Versicherungspflicht.

Eine interessante Einsicht besteht jedenfalls darin, dass es auch im Bereich der Gesundheitsversorgung große Bereiche gibt, in denen

wir letztlich *kontingent nicht knappe Güter* vorfinden. Viele Arten medizinischer Eingriffe (z.B. die Versorgung eines gebrochenen Beines) sind einerseits wichtig und andererseits mit den gegebenen Ressourcen unproblematisch zu erbringen. Mit ihrer Erbringung wird zugleich der bestehende Bedarf gedeckt.

Wie Franz Porzsolt (Porzsolt 2011, S. 8off.; vgl. Gossen 1854) ausführt, sind im Verhältnis von Ressourcenaufwand zu generierendem Nutzen die beiden Gossenschen Gesetze auch und gerade im Bereich der medizinischen Versorgung einschlägig. Das erste Gossensche Gesetz oder *Gesetz vom abnehmenden Grenznutzen* besagt, »dass der Konsum eines Gutes mit zunehmender Menge einen immer geringeren Zusatznutzen (Grenznutzen) stiftet« (Porzsolt, S. 8o) Wenn wir eine genügend leistungsfähige Infrastruktur für die Versorgung gebrochener Arme und Beine vorhalten, so stiftet es keinen zusätzlichen Nutzen, wenn wir noch weitere Ressourcen in diesen Bereich investieren. Das zweite Gossensche Gesetz bezieht sich auf die Frage, wie Ressourcen innerhalb eines Haushaltes oder eines Budgets derart auf verschiedene Bedürfnisse (oder z.B. medizinische Behandlungsformen) verteilt werden können, dass der größte mögliche Gesamtnutzen entsteht. Die ökonomisch optimale Lösung besteht darin, die Ressourcen so auf verschiedene Bedürfnisse (oder z.B. medizinische Behandlungsformen) zu verteilen, dass der »Grenznutzen für alle Güter, jeweils geteilt durch den Preis des Gutes, übereinstimmt« (Porzsolt, S. 8o).

Eine Person, die mit einem Budget haushalten muss, wird deshalb ihre Ausgaben so auf die einzelnen Bereiche verteilen, dass erstens alle fundamentalen Bedürfnisse abgedeckt werden und zweitens alle weiteren Bedürfnisse, gemessen an ihrer Wichtigkeit, in einem ähnlichen Ausmaß befriedigt werden, so dass daraus dann ein vergleichbarer Nutzen entsteht. Wer Ressourcen über ein vertretbares Maß des Grenznutzens hinaus in eher unwichtigen Bereichen verschleudert, der läuft Gefahr, für die entscheidenden Lebensbereiche keine Mittel mehr übrig zu behalten. Ebenso sollten wir in der medizinischen Versorgung nur dann z.B. große Ressourcen in den Bereich der MRT-Diagnostik investieren, wenn

wir damit einen vergleichbaren Nutzen wie in anderen Bereichen erzielen. Andernfalls sollten diese Mittel besser dort eingesetzt werden, wo ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis besteht. Wenn die in die einzelnen Bereiche investierten Mittel einen vergleichbar großen therapeutischen Nutzen für die jeweilige Patientengruppe erzielen, dann wird auch der Gesamtnutzen für alle Patienten am Größten sein.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird verständlich, dass in einigen Gesundheitssystemen wie z.B. dem britischen NHS eine universelle Kostengrenze (30.000 Pfund) pro gewonnenem QALY als Richtwert zur Beurteilung einer neuen therapeutischen Maßnahme angewandt wird. Denn ein solcher Richtwert verhindert zugleich, dass in einigen Bereichen des Gesundheitswesens übermäßig teure Mittel angewandt werden, ohne einen entsprechenden Nutzen zu generieren. Dieses utilitaristische Kalkül, das für den einzelnen Patienten durchaus inhumane Konsequenzen haben kann (und deshalb von vielen Kritikern kategorisch abgelehnt wird), hat in der Mittelverteilung aus der »Systemsicht« also durchaus eine gewisse Berechtigung. Zugleich wird plausibel, warum ein reines Marktsystem wie das U.S.-amerikanische in diesem Fall weniger effektiv ist als die gesteuerten Systeme, da es weder die Grenznutzenproblematik (das erste Gossensche Gesetz) noch die Verteilung entsprechend den verschiedenen Gesundheitsbedürfnissen einer Bevölkerung adäquat berücksichtigt.

Bereits im Abschnitt zu den allgemeinen Überlegungen zur Knappheit wurde festgestellt, dass wir von einer bestimmten Menge an Ressourcen oder einem bestimmten Anteil am Bruttosozialprodukt noch nicht auf den Grad der Knappheit einer Ressource schließen können. Ob eine bestimmte medizinische Versorgung zu knapp oder ausreichend vorhanden ist, ergibt sich erst in Hinblick auf den Bedarf und die Wichtigkeit der Ziele, die wir mit einer bestimmten Ressource verfolgen. Diese Wichtigkeit wird in einem reinen Marktsystem anhand der Preisbildung bestimmt. Wie wir gesehen haben, sprechen aber im Bereich des Gesundheitssystems wichtige Argumente gegen eine Anwendung des Marktprinzips im

Gesundheitswesen. Die Wichtigkeit einer bestimmten Behandlung im Vergleich zu anderen muss daher in einem demokratischen Prozess unter Berücksichtigung medizinischer, ethischer, rechtlicher und politischer Faktoren gewonnen werden. Man sollte allerdings nicht zu pessimistisch sein und dem »common sense« bei der Beurteilung dieser Fragestellungen vollständig misstrauen. Wie wir im nächsten Abschnitt sehen werden, gibt es durchaus nachvollziehbare Überlegungen, warum bestimmte medizinische Behandlungen wichtiger sind als andere und daher auch prioritätär erbracht werden sollten.

6. DER UMGANG MIT BEGRENZTEN RESSOURCEN

6.1 Ergebnisse der norwegischen Kommission zur Priorisierung der Gesundheitsversorgung

Insbesondere in den skandinavischen Ländern gibt es bereits seit den 1980ern Jahren eine dezidierte Diskussion zur Verteilung medizinischer Ressourcen. Diese Diskussion ist für uns an dieser Stelle gerade deshalb besonders interessant, weil auch dort die Entscheidung getroffen wurde, keine rein marktmäßige Steuerung des Gesundheitswesens vorzusehen, sondern sich vielmehr über sinnvolle medizinische Kriterien der Ressourcenverteilung Gedanken zu machen. Die Norwegische Kommission zur Priorisierung der Gesundheitsversorgung entwickelte aus dieser Diskussion heraus eine Stufenleiter der Priorität von Gesundheitsleistungen (Tabelle 3).

Stufe 1	Lebensrettende Maßnahmen
Stufe 2	Notwendige Eingriffe mit guter Wirksamkeit, um die langfristige Schädigung von Patienten zu vermeiden
Stufe 3	Eingriffe mit dokumentierter Wirkung, bei denen die Folgen einer Nicht-Behandlung weniger schwer sind
Stufe 4	Dienste, die nachgefragt werden, aber mit geringem oder keinem Schaden bei Nicht-Behandlung
Priorität 0	Dienste, die nachgefragt werden, die aber keinen nachgewiesenen Nutzen bringen

Tabelle 3: Ergebnisse der Norwegischen Kommission (Lønning Committee) zur Priorisierung der Gesundheitsversorgung. Aus: Norwegische Kommission 1987, Calltorp et al. 2009, S. 217f.; Sabik und Lie 2008, S. 3.

Das Ergebnis ist auch deshalb interessant, weil die klassischen nutzenorientierten Kandidaten für Prinzipien der Ressourcenverteilung wie z.B. QALYs, aber auch das Patientenalter (etwa für aufwendige und teure Behandlungsformen) dabei keine Rolle spielen. Eine unterschiedliche »Wertigkeit« der Behandlung individueller Patienten wird damit vermieden.

Im Zentrum dieser Überlegungen stehen vielmehr die Vermeidung schwerwiegender Schädigungen, die medizinische Notwendigkeit der Eingriffe, die Wirksamkeit einer therapeutischen Maßnahme sowie der damit potenziell zu erbringende Nutzen. Der Nutzen bzw. nicht vorhandene Nutzen der Behandlungen für verschiedene Patientengruppen muss dabei (ähnlich der bisherigen Vorgehensweise im System der deutschen GKV) im Expertenkonkonsus ermittelt werden (im Einklang mit klinischen Studien usw.)

Damit sind auch gewisse Anknüpfungspunkte an die »mittleren Prinzipien« der Medizinethik gegeben (Prinzip der Schadensvermeidung, Benefizenzprinzip), ohne aber grundsätzliche Bedenken preiszugeben. Medizinisch notwendige Behandlungen sollen in jedem Fall erbracht werden. Das vorhandene Budget wird dabei prioritär für die als wichtig definierten medizinischen Leistungen aufgewandt, während die unteren Behandlungsstufen nur nachrangig aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Unter der Prämisse, dass es im medizinischen Bereich mit den lebensrettenden Maßnahmen eine Kategorie von Eingriffen gibt, die in jedem Fall erbracht werden müssen, werden Überlegungen der Kosteneffizienz gegenüber Fragen der Effektivität in den Hintergrund gestellt. Die dahinterstehende Rationale zielt mehr darauf, notwendige und bekannte Maßnahmen wirksame Eingriffe durchzuführen, nicht notwendige und wenig wirksame Eingriffe aber zurückzustellen. Eine solche Herangehensweise kann Forderungen von verschiedener Seite erfüllen, da auch unter ethischen und medizinischen Gesichtspunkten unwirksame und überflüssige Eingriffe nicht erbracht werden sollten. Wenn eine Krankheit nach allgemeiner Einschätzung eine gewisse Schwere und Behandlungsbedürftigkeit aufweist, wirksame Behandlungsmethoden bestehen, und die Nichtbehandlung bei der betroffenen Person eine weitere Schädigung hervorruft, kann sie in die Stufen 1-3 des in Tabelle 3 beschriebenen Schemas verortet und entsprechend in den Katalog der zu vergütenden Gesundheitsleistungen aufgenommen werden. Ein weiterer Vorteil einer solchen kategorialen Einteilung besteht darin, dass unangemessen wirkende Abwägungsentscheidungen (z.B. welche Behandlung ist »wichtiger«: die Versorgung eines Armbruchs oder die Behandlung einer Lungenentzündung) nach Art von League-Tables o.ä. vermieden werden können. Dass Gesamtbudget müsste dann entsprechend so gestaltet werden, dass Leistungen der Prioritätsstufen 1-3 in jedem Fall erbracht werden können, während es dem politischen Ermessen obliegt, darüber hinausgehende Behandlungen in den Leistungskatalog mit aufzunehmen.

Die Effektivität medizinischer Eingriffe lässt sich nicht nur für ein Land erheben, sondern auch international, so dass man hier eine konzertierte Aktion der OECD-Staaten durchführen könnte. In diesem Bereich scheint es allerdings trotz einer Reihe internationaler Organisationen in punkto gemeinsamer Aktivitäten noch einige Defizite zu geben, so dass man nicht von einer ausreichenden Abstimmung und Weiterentwicklung vergleichbarer Gesundheitssysteme zum Beispiel der OECD-Länder oder der Länder der Europäischen Union ausgehen kann.

6.2 Unterschiedliche Priorisierungs- und Verteilungsformen im Vergleich

Worin besteht nun der Unterschied der im letzten Abschnitt beschriebenen Form der Priorisierung medizinischer Behandlungen im Vergleich zu einer globalen Bewertung von Gesundheitsleistungen mit QALYs bzw. einer Verteilung von Gesundheitsdienstleistungen auf einem deregulierten Markt? Wahrscheinlich wird eine sachkundig durchgeführte QALY-Bewertung von medizinischen Eingriffen tatsächlich zu einer Erhöhung der Zielgröße, also eben der *Quality Adjusted Life Years* führen. Wie wir gesehen haben, liegen die Probleme aber in der Akzeptanz der QALYs als Zielgröße sowie den damit verbundenen problematischen normativen Implikationen. Derselbe, z.B. lebensrettende Eingriff, bei derselben Krankheit, aber bei Patienten unterschiedlichen Alters angewandt, kann eine stark abweichende Anzahl von QALYs zum Ergebnis haben. Ebenso profitiert eine Patientengruppe mit einem durchschnittlich höheren Alter in der Bewertung des QALY-Kalküls weniger stark von einer Behandlung als eine jüngere Patientengruppe. Dasselbe gilt im Prinzip für Patientengruppen, die stärker oder weniger stark von Komorbiditäten betroffen sind. Eine Evaluation mit QALYs wird also zu dem paradoxen Ergebnis führen, dass bei Patienten höheren Alters mit vergleichsweise mehr Komorbiditäten ein insgesamt geringerer Behandlungsnutzen entstehen wird als bei jüngeren und gesünderen Patienten. Wie wir im letzten Absatz gesehen haben,

konzentriert sich der Vorschlag zur Priorisierung der norwegischen Kommission aber auf die Schwere einer Erkrankung sowie die Effektivität der Behandlung und sieht von den Eigenschaften der Patienten weitestgehend ab.¹²

Eine ausschließlich marktwirtschaftliche Zuteilung medizinischer Ressourcen würde wiederum dazu führen, dass sich finanziell schlechter gestellte Patienten in Bezug auf ihr Vermögen allzu teure Behandlungen nicht leisten können. Die Situation sieht leicht anders aus, wenn man sich ein privatwirtschaftliches Versicherungssystem als Vergleichsstandard nimmt. Wenn in einem solchen System aber nicht ein breiter Behandlungsumfang als obligatorischer Standard definiert wird, muss es unweigerlich zum Phänomen der Unterversicherung kommen, welches dann nur durch staatliches Eingreifen verhindert oder wenigstens gemildert werden kann. Wie bereits im Abschnitt zum *gesellschaftlich agglomerierten Nutzen* ausgeführt wurde, kann ein marktwirtschaftliches System im Bereich der Gesundheitsversorgung zur Fehlallokation von Ressourcen führen, da Bedarf und medizinische Versorgung durch die Ressourcenverteilung in einer Gesellschaft gewissermaßen »überformt« werden. Die Orientierung an der Krankheitsschwere und der Effektivität einer Behandlung kann dem jedoch entgegen steuern.

12 | Die Schwere einer Erkrankung ergibt sich dabei letztlich aus den gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungen des Patienten in einem dreidimensionalen Krankheitsmodell (subjektive, objektive, relationale Dimension; vgl. Lenk 2002 sowie Lenk 2011), während die Effektivität einer Behandlung (bezogen auf die jeweilige Erkrankung) aus den Heilungsraten, der Morbidität und Lebensqualität, sowie der Mortalität einer Patientengruppe abgeleitet werden muss. Auch wenn es unterschiedliche Ansätze zur Feststellung der Behandlungseffektivität gibt, so wird genau dieses Ziel von klinischen Arzneimittelprüfungen, Behandlungsregistern sowie Studien zur Anwendungsbeobachtung verfolgt.

7. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der vorliegende Beitrag hat versucht, das Phänomen der Knappheit und damit verbunden die Frage des Nutzens verschiedener Formen der Güterverteilung nicht wie üblich aus der Sicht einer einzigen wissenschaftlichen Disziplin mit der dabei zwangsläufigen Verengung der Perspektive darzustellen, sondern mehrere Perspektiven und Traditionen zu Wort kommen zu lassen. Dies entspricht auf der theoretischen Ebene Ansätzen zur Gerechtigkeit wie z.B. dem Walzerschen, die von einem Prinzipienpluralismus und unterschiedlichen »Sphären« der Gerechtigkeit ausgehen. Dem Bereich der Gesundheitsversorgung kommt dabei, wie oben ausgeführt wurde, eine besondere Bedeutung zu. Insbesondere in unserer heutigen Gesellschaft kann Gesundheit als eine der in der öffentlichen Meinung anerkannten Grundlagen individuellen wie gesellschaftlichen Wohlergehens gelten. Wie wir gesehen haben, produziert diese allgemein anerkannte Wichtigkeit als Nachfrage dabei fast zwangsläufig Formen der Knappheit, die jedoch insbesondere im Bereich der Medizin differenziert betrachtet werden müssen. Es gibt unterschiedliche Formen medizinischen Bedarfs, von denen viele relativ unproblematisch gedeckt werden können.

Die Wahrnehmung einer zunehmenden Kommerzialisierung oder Ökonomisierung der Medizin hat dabei die Aufmerksamkeit für die Frage geschärft, inwiefern marktwirtschaftliche Elemente Eingang in die medizinische Versorgung finden sollten. Während aus Sicht der liberalen Marktwirtschaft eine freie Preisbildung die Voraussetzung der Güterallokation darstellt, überwiegen in den meisten Gesundheitssystemen Formen staatlich regulierter Gesundheitsversicherungen. Die Argumente gegen einen deregulierten Gesundheitsmarkt wurden entsprechend dargestellt.

Die Überlegungen zur Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen müssen zwei unterschiedlichen Maßstäben entsprechen, nämlich einmal übergeordneten Kriterien wie z.B. der Menschenwürde, die in demokratischen Staaten letztlich durch die Verfassung vorgegeben werden, und andererseits der Eigenlogik der »Sphären«, in

denen eine besondere Konstellation aus der gesellschaftlichen Bedeutung eines bestimmten Gutes, bestimmten Formen der Knappheit und vorhandenen Möglichkeiten der Verteilung vorliegt. Im Bereich der Gesundheitsversorgung spielt dabei insbesondere die »Bedarfsgerechtigkeit« oder das »Bedarfsprinzip« eine wichtige Rolle.

Nach wie vor wird immer noch diskutiert, ob nicht persönliche Eigenschaften der Patienten wie z.B. das Alter zur Güterallokation in der Medizin herangezogen werden sollen. Im vorliegenden Beitrag wurde dabei das Problem der Güterallokation nach solchen Kriterien zumindest im Zusammenhang mit QALYs angerissen. Das in Tabelle 3 dargestellte Priorisierungsschema folgt jedoch der ethischen Tradition (und auch der landläufigen moralischen Intuition) insofern, dass bei Verteilungsfragen bei Gütern von existenzieller Bedeutung wie in einigen Bereichen der Medizin eine Allokation *ohne Ansehen der Person* vorgenommen werden sollte.

Dabei stellt eine solche Form der Priorisierung nach Ansicht des Autors ein gelungenes Beispiel dar, wie aus verschiedenen wichtigen Kriterien die normative Eigenlogik eines Bereiches herausdestilliert werden kann. Auch die Auseinandersetzung über die medizinischen Fragen z.B. der Effektivität einer Behandlung birgt aber leider in Zeiten verschärften Lobbyismus reichlich Konfliktstoff. Doch mit der Schaffung von Institutionen wie z.B. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) in Großbritannien oder dem IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) in Deutschland wurden in diesem Zusammenhang sicherlich die richtigen Schritte unternommen. Noch defizitär ist möglicherweise der internationale Vergleich sowie die Vernetzung der Gesundheitspolitik, um aus Entwicklungen und Erkenntnissen vergleichbarer Länder noch besser als bisher lernen zu können.

LITERATUR

- Aristoteles (2008): *Nikomachische Ethik* (übersetzt und hg. von Ursula Wolf). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Birnbacher, D. (2012): Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung? In: Brudermüller, G. und Seelmann, K. (Hg.): *Zweiklassenmedizin?* Würzburg: Königshausen & Neumann, 9-30.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2011): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. Zu finden unter: www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_o8_2011.pdf, Zugriff: 17.11.2012.
- Calltorp, J.; Larivaara, M.; Johnsen, J. (2009): Changing Perceptions of Equity and Fairness. In: Magnussen, J.; Vrangbaek, K.; Saltman, R.B. (Hg.) (2009): *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Maidenhead/Berkshire (England): Open University Press, 214-232.
- Entwistle, V.A.; Watt, I.S.; Bradbury, R.; Pehl L.J. (1996): Media Coverage of the Child B Case. *British Medical Journal* 312: 1587-1591.
- Forst, R. (1996): *Kontexte der Gerechtigkeit – Politische Philosophie jenseits von Liberalismus und Kommunitarismus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, 1996.
- Gosepath, S. (2004): *Gleiche Gerechtigkeit. Grundlagen eines liberalen Egalitarismus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Gossen, H.H. (1854): *Entwickelung der Gesetze des menschlichen Verkehrs, und der daraus fließenden Regeln für menschliches Handeln*. Braunschweig: Friedrich Vieweg & Sohn.
- Heubel, F.; Kettner, M.; Manzeschke, A. (Hg.) (2010): *Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hume, D. (1777): *An Enquiry Concerning the Principles of Morals*. Oxford: Clarendon Press 3rd Ed. 1975.

- Lenk, C. (2002): *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin*. Münsteraner Bioethische Schriften, Bd. 2, Münster: Lit Verlag.
- Lenk, C. (2011): Enhancement vor dem Hintergrund verschiedener Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Viehöver, W.; Wehling, P. (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript Verlag, 67-87.
- Magnussen, J.; Vrangbaek, K.; Saltman, R.B. (Hg.) (2009): *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Maidenhead/Berkshire (England): Open University Press.
- Malycha, A. (2011): Der Ausbau des neuen Systems (1949 bis 1961). In: Bundeszentrale für Politische Bildung (Hg.): *Geschichte der DDR. Informationen zur politischen Bildung Nr. 312*, Bonn, 19-36.
- Markus, N. (2006): *Die Zulässigkeit der Sectio auf Wunsch. Eine medizinische, ethische und rechtliche Betrachtung*. Frankfurt a.M.: Peter Lang Verlag.
- Miller, D. (1995): Complex Equality. In: Miller, D.; Walzer, M. (Hg.): *Pluralism, Justice and Equality*. Oxford: Oxford University Press, 197-225.
- Mises, L. von (1940): *Nationalökonomie*. Genf: Editions Union Genf.
- Musschenga, B. (1997): The Relation Between Concepts of Quality-of-Life, Health and Happiness. *Journal of Medicine and Philosophy* 22(1): 11-28.
- Norwegische Kommission zur Priorisierung der Gesundheitsversorgung (1987): *Retningslinjer for prioritering innen helsevesenet (Richtlinien zur Priorisierung der Gesundheitsversorgung)*. Oslo: Norges offentlige utredninger (NOU).
- OECD (2011): *Health at a Glance: OECD Indicators*, OECD Publishing.
Zu finden unter: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en. Zugriff: 17.11.2012.
- Porzsolt, F. (2011): *Grundlagen der Klinischen Ökonomik*. Berlin: PVS Verlag.
- Rawls, J. (1999): *A Theory of Justice*. Revidierte Fassung, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

- Rüegger, H.; Pfister Lipp, E.; Heuss, L.; Hillewerth, K.; Widmer, W. (2012): Zur sogenannten Ökonomisierung des Gesundheitswesens. *Ethik Med* 24: 153-157.
- Sabik, M.L.; Lie, R.K. (2008): Priority Setting in Health Care: Lessons From The Experiences of Eight Countries. *International Journal for Equity in Health* 7: 4.
- Schramme, T. (2006): *Gerechtigkeit und soziale Praxis*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Schumpeter, J.A. (2005): *Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie*. Stuttgart: UTB.
- Walzer, M. (2006): *Sphären der Gerechtigkeit. Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Wild, V.; Pfister, E.; Biller-Andorno, N. (Hg.) (2011): *DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

