
Alexander Rommel

Allokationsethik im deutschen Gesundheitswesen: Zur Diskrepanz von Rationierungsrealität und Rationierungsdebatte in Deutschland

Allocation Ethics Within the German Health System: The Discrepancy Between the Rationing Debate and Rationing Practice in Germany

Vor dem Hintergrund der Frage, inwieweit in Deutschland noch eine Gesundheitsversorgung für alle auf höchstem Niveau gewährleistet werden kann, wird das deutsche Gesundheitswesen auf seine allokativen Grundprinzipien hin untersucht. Die Art und Weise, wie die Rationierungsdebatte insbesondere auch in Bezug auf ihre ethischen Aspekte öffentlich ausgetragen wird, macht es notwendig, zunächst sowohl egalitaristische als auch utilitaristische Denksätze unter Berücksichtigung der Verteilung von Gesundheitsgütern zu unterscheiden. Mit Hilfe der so herausgearbeiteten Begrifflichkeiten wird es vor dem Hintergrund des Neokorporatismus im deutschen Gesundheitswesen möglich, einerseits die Rationierung von Gesundheitsgütern und andererseits die entsprechende Debatte analytisch zu fassen. Während sich Rationierung auch für Deutschland nachweisen lässt, wird Leistungsausgrenzung in der Diskussion zumeist noch als etwas Zukünftiges behandelt. Diese Diskrepanz von Realität und Debatte findet ihren Ausdruck nicht zuletzt in einer Rationierungspraxis, die den Prinzipien einer pluralistisch verfassten Gesellschaft entgegensteht. Abschließend wird besonders unter demokratisch legitimatorischen Gesichtspunkten der Rahmen des Vertretbaren abgesteckt.

Schlüsselwörter: Ethik, Gesundheitswesen, Rationierung, Neokorporatismus

This paper takes a close look at the distributive principles of the German health system and analyses to what extent the highest standard of health care can still be ensured for all patients in Germany. The way in which the public rationing debate is being conducted and ethical issues are being addressed, highlights the necessity to distinguish between egalitarian and utilitarian approaches to the distribution of health care services. The terminology derived by making this distinction can then be used to analytically classify the rationing of health care services as well as the debate surrounding the issue within the context of german neocorporatism. Whilst there is already clear evidence of rationing in Germany, in the debate the exclusion of health care services is generally treated as something that will become relevant in the future. This apparent discrepancy between debate and reality is also mirrored by a rationing praxis, which at times contravenes the principles upon which a pluralistic society is based. This paper concludes with an attempt to define the democratic bounds within which justifiable restrictions to current health care services can conceivably be carried out.

Keywords: ethics, health system, rationing, neocorporatism

1. Egalitaristische und utilitaristische Verteilungsethik

Allokationsentscheidungen sind grundsätzlich immer Entscheidungen darüber, wie knappe Ressourcen auf gesellschaftliche Teilbereiche oder Individuen verteilt werden sollen. Wenn ein Gut nicht knapp ist, bedarf es keiner gesellschaftlich geregelten Zuteilungsentscheidung. Es wird je nach individuellem Bedarf, unabhängig von einer etwaigen individuellen Kaufkraft angeeignet, ohne dass der Bedarf eines konkurrierenden Individuums Berücksichtigung finden müsste. Daran anknüpfend, wird Rationierung im weiteren als Form der gesellschaftlich geregelten Verteilung eines knappen Gutes verstanden, wobei dieser Begriff sowohl die positive Dimension einer Zuteilung bzw. eines rechtlichen Güterzugangs als auch die negative Dimension einer Vorenthaltung, also einer Rechtsverweigerung umfasst. Bei Allokationsentscheidungen handelt es sich also grundsätzlich immer um Rationierungen. Der Rationierungsbegriff ist grundsätzlich vom Begriff der Rationalisierung im Sinne einer Struktur- und Prozessoptimierung zu unterscheiden. Wenn man damit verbunden Anwendungsethik im Sinne von Sass als unterschieden von ethischen Letztbegründungen einer reinen Ethik versteht, so gelangt man notwendigerweise zu einer situations- und problembezogenen Güterabwägung, die als Legitimationsinstrument von Rationierungsentscheidungen an der Notwendigkeit einer immer neu solidarisch auszutarierenden „Kohärenz der Positionen“ (Sass 1991) und damit den gegebenen Rahmenbedingungen einer wertpluralistischen demokratischen Gesellschaft nicht vorbeikommt. Bei der Beantwortung der Frage, was anwendungsethisch gesehen in einer gegebenen Gesellschaft an Rationierungsmöglichkeiten legitimierbar und damit realisierbar ist, muss demnach die bis dato sozial vollzogene Legitimation sowohl von Rechtszugang als auch von Rechtsverweigerung grundsätzlich immer Berücksichtigung finden (vgl. Sass 1991 / vgl. Kliemt 1996).

Als erste für eine Allokationsdebatte relevante ethische Dimension soll hier das *egalitaristische Allokationsprinzip* behandelt werden. Egalitarismus bedeutet in Bezug auf den Zugang bzw. die Verweigerung von Rechten eine absolute Gleichbehandlung aller Individuen, die von einer Verteilungsentscheidung betroffen sind, unabhängig jeglicher Disparitäten, die ansonsten innerhalb der mit Zuteilung oder Verweigerung bedachten Population anzutreffen sein mögen. Bei einer egalitären Zuteilung knapper Güter wird der egalitäre Allokationsmechanismus erfahrungsgemäss von einem Teil der Population bspw. durch den nichtegalitären Verteilungsmechanismus des Schwarzmarktes gebrochen; und dies mit dem Ziel, den erhöhten individuellen Bedarf des Einzelnen unter Instrumentalisierung seiner Kaufkraft zu decken. Daran wird deutlich, dass es eine streng egalitäre Rationierung knapper Güter nicht geben kann, da ein Bedarf auch bei negativer Rationierung auf die ein oder andere Art zumindest teilweise gedeckt werden wird (zur Theorie von Schwarzmärkten als „rationierungsmindernde Institutionen“ vgl. Göke/Hartwig 1998).

Am Beispiel des Gesundheitswesens lässt sich dies verdeutlichen. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland galt über lange Zeit hinweg als ethisch egalitär ausgerichtetes System. Alles, was als medizinisch notwendig galt und wissenschaftlich machbar war, sollte jedem, ohne Ansehen seiner Person, im Falle einer Krankheit zur Verfügung stehen. Dennoch erweist die Existenz einer privaten Krankenversicherung, dass es schon von Beginn an ei-

nen Bereich gab, in dem der vom gesetzlichen System abgekoppelte Zukauf von medizinisch Machbarem und mehr oder weniger Sinnvollem möglich war; und dies in Abhängigkeit davon, welche Leistungen der gesetzlich definierte 'Besserverdienende' für sich persönlich als nützlich erachtete. Das egalitär ausgerichtete System der *Gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV) blieb so zum einen transparent, da der private Bereich kontrollierbar blieb, die Entstehung schwarzmarktähnlicher Strukturen so vermieden wurde; zum anderen war es als *quasi-egalitär* praktikabel, da über lange Zeit auch innerhalb der GKV die am *Bedarfsprinzip* orientierte Gleichverteilung eines therapeutischen Optimums weitestgehend garantiert werden konnte.

In diesem wie in anderen Systemen wurde als egalitärer Verteilungsmechanismus dabei überwiegend das Prinzip der Warteschlangen bzw. v.a. der Wartelisten praktiziert. Neben dem allseits bekannten Beispiel von Wartelisten zur Organtransplantation war Zeit, angefangen vom Arztbesuch bis zum Operationstermin, immer in mehr oder weniger starkem Maße eine notwendige Investition, um das Zugangsrecht zu medizinischen Gütern wahrzunehmen (– auch hier war und ist Geld eine medizinisch mehr oder weniger sinnvolle Investition, um durch eine private Krankenversicherung Zeitkosten zu minimieren). Wartelisten können jedoch nur dann als streng egalitär angesehen werden, wenn sie ansonsten, wie eine Lotterie, keine Kriterien beinhalten, die einen bevorzugenden bzw. verzögernden Rechtszugang nach sich ziehen würden. Wartelisten sind aufgrund ihres *first-come-first-serve-Prinzips* jedoch grundsätzlich besser geeignet als eine Lotterie, wenn es darum geht, knappe Güter in prekären Entscheidungssituationen zu verteilen (vgl. Calabresi/Bobbit 1978). Der Faktor Zeit wird beim Zugang zu einem Gut als gerechtes Kriterium empfunden, welches im Gegensatz zur Willkür der reinen Lotterie die Egalität der Individuen eher bewahrt als beeinträchtigt. Wie beim Prinzip der Lotterie werden jedoch individuelle Präferenzen genauso wenig wie Zahlungsbereitschaft und sonstige Anfangsausstattungen berücksichtigt (vgl. Theurl 1998).

Diese „Temporalisierung der individuellen Bedarfsdeckung“ (Feuerstein 1998) gewährleistet eine Gleichbehandlung von Individuen in der Verteilung von Ressourcen, die stark mit der Charakteristik und Ethik des egalitär ausgerichteten Verständnisses eines klassischen *Arzt-Patient-Verhältnisses* verknüpft ist. Die nach wie vor gültige Beschreibung dieser Beziehung und auch der entsprechenden Rolle des Arztes stammt von Parsons (1951). Neben den Kriterien *funktionaler Spezifität* und *emotionaler Neutralität* spielen dabei bzgl. Egalität v.a. die Kriterien *Universalismus* und *Kollektivitätsorientierung* die entscheidende Rolle. Danach zeichnet sich die klassische Rolle des Arztes v.a. auch dadurch aus, dass der Arzt seine Patienten ohne partikuläre Prioritäten, d.h. ohne jedwede Bevorzugung nach sozialen Kriterien (*Universalismus*) und ohne das selbstbezogene primäre Eigeninteresse bspw. eines Unternehmers (*Kollektivitätsorientierung*) behandelt. Die Arztpraxis funktioniert nach eben diesem Prinzip, indem der Arzt in der jeweils individuellen Bewertung eines jeden Falls die Ressourcen seiner Expertise und der Einrichtung seiner Praxis als solcher 'der Reihe nach' seinen Patienten zugute kommen lässt. Abgesehen vom Notfallprinzip und dem marginalen Phänomen der privat Versicherten gibt es dabei keinerlei Kriterien, die Ungleichbehandlungen im Sinne zeitlicher oder anderer Bevorzugung rechtfertigen oder fördern würden. Das Arzt-

Patient-Verhältnis zeichnet sich dabei nicht zuletzt in seiner Bindung an den *Hippokratischen Eid* durch einen deontologischen Charakter aus. Dieser verpflichtet den Arzt, im Hinblick auf das individuell *identifizierbare Leben*, am einzelnen Patienten eine *Nutzen-Risiko-Analyse* durchzuführen, um anschließend die erforderlichen Ressourcen einzusetzen, ohne dabei eventuelle Opportunitätskosten gegenüber einer alternativen Verwendung abzuwägen.

Das dem Egalitarismus entgegengesetzte Prinzip ist das *utilitaristische Allokationsprinzip*. Es zeichnet sich im Gegensatz zur gleichen Bedarfsdeckung dadurch aus, dass es sich am größten Nutzen orientiert, der aus der Verteilung einer gegebenen Menge an Ressourcen potentiell resultieren kann. Betrachtet man nämlich die Funktion dieser verschiedenen Verteilungsprinzipien bzgl. ihrer Nutzenmaximierung, so ergeben sich für das egalitaristische Prinzip „Defizite in der allokativen Effizienz“ zugunsten einer ethisch begründeten Gleichbehandlung. Sind die gleichbehandelten Individuen nämlich „heterogen in der Einschätzung des Werts des zu erlangenden Rechtstitels, wird der Mittelwert des erwarteten Gesamtnutzens (...) unter jenem liegen, der sich in der Zuweisung an die Wirtschaftssubjekte mit (...) den höchsten Ertragsmöglichkeiten ergibt“ (Theurl 1998). Diese Sichtweise schlägt sich im Gesundheitswesen in zwei Denkarten nieder, die nicht unmittelbar in Verbindung stehen. Zum einen zeigt sie sich in der Forderung nach einer marktwirtschaftlichen Regelung der Verteilung von Gesundheitsgütern auf Basis der Deckung einer leistungsgesteuerten Nachfrage. Der Markt wird hier zum entscheidenden Allokationsmechanismus, wenn davon ausgegangen wird, dass derjenige, der Gesundheit am meisten wertschätzt und daraus folgend die entsprechenden finanziellen Ressourcen am ehesten für Gesundheitsgüter ausgibt, auch derjenige ist, dem damit der größte Nutzen zukommt, und der über diesen individuell gewonnenen Nutzen auch am ehesten wieder gesellschaftlichen Nutzen zu generieren imstande sein soll. Auch Verfechter eines solchen *Leistungsprinzips* gegenüber einem egalitär organisierten Bedarfsprinzip sehen jedoch eine gleiche medizinische Grundversorgung als notwendige Voraussetzung für faire gesellschaftliche Ausgangsbedingungen an. Dies vor dem Hintergrund, dass damit der einzelne überhaupt das physische Potential erreichen kann, um mit anderen um Leistungsfähigkeit und individuell verwendbare finanzielle Ressourcen konkurrieren zu können (vgl. Gäfgen 1989 / vgl. Sass 1988). Die ärztliche Nutzen-Risiko-Analyse wird jedoch in jedem Fall teilweise in das Individuum verlegt und geht mit einer *Kosten-Nutzen-Analyse* zwischen medizinischen und alternativen Verwendungsmöglichkeiten individueller Ressourcen einher.

Zum zweiten zeigt sich ein solches Nutzendenken, wenn die Ertragsmöglichkeiten eines gegebenen egalitären Ressourceneinsatzes, d.h. individuelle kurative Erfolge, mit dem alternativen Nutzen *statistischer Menschenleben* konfrontiert werden. Das heißt, es geht dabei um die Frage, ob nicht letztendlich ein größerer Nutzen für eine größere Zahl von Individuen erreicht werden kann, wenn dieselbe gegebene Ressource alternativ so eingesetzt wird, dass nicht mehr der gleiche Zugang, sondern der größte Nutzen entscheidendes Verteilungskriterium ist. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen hierbei nicht mehr individuelle Menschenleben, also identifizierbare Menschen, denen zu helfen versucht wird, sondern statistische Menschenleben als die größtmögliche, von einer gegebenen Ressource profitierende Zahl. Als ‘nützlicher’ diskutiert und

auch umgesetzt wurde eine solche negative Rationierung von kurativen Leistungen häufig im Zusammenhang mit den Wirkungen präventiver Maßnahmen auf die Gesundheit statistischer Menschenleben auf Kosten einer rein kurativen Behandlung. Einerseits setzt sich bspw. Mentzel (1983) – allerdings ohne letztendlich eine negative Rationierung zu fordern – mit der Abwägung statistischer gegenüber identifizierbaren Menschenleben auseinander und beschreibt die Möglichkeit eines durch Prävention gesteigerten Nutzens für eine statistisch höhere Zahl gegenüber einer kurativen Akutbehandlung. Andererseits hat eine solche Denkart u.a. im sogenannten *Oregon-Programm* ihren konkreten Ausdruck gefunden, indem hier für eine bestimmte Patientengruppe der rechtliche Zugang zu erwiesenermaßen sinnvollen kurativen Leistungen zugunsten eines statistisch nachweisbar höheren Nutzens einer alternativen Vorsorgemaßnahme verweigert wurde. Die reine ärztliche Risiko-Nutzen-Analyse wird hier ersetzt durch eine Kosten-Nutzen-Analyse, die zwischen möglichen alternativ profitierenden gesellschaftlichen Gruppen abwägt (vgl. Kühn 1991).

2. Neokorporatismus und Verteilungsethik

2.1 *Der Neokorporatismus im deutschen Gesundheitswesen*

Das deutsche Gesundheitswesen und mit ihm der Vollzug einer bestimmten Allokationsform sind geprägt durch den Ordnungstyp des *Neokorporatismus*. Dieser neue Typ des Korporatismus zeichnet sich im Gegensatz zu den stark zwanghaften, autoritär faschistoiden Kooperationsformen im Europa der ersten Jahrhunderthälfte vornehmlich dadurch aus, dass es hier nicht primär darum geht, ein undemokratisches Regime auf Basis einer organisierten Zwangseinkbindung der Gesellschaftsmitglieder zu stabilisieren; sondern vielmehr ist es die Aufgabe eines demokratischen Korporatismus, einen Beitrag zur Gewaltenteilung in der Weise zu leisten, als die gewachsenen, sich organisierenden Interessen einer Gesellschaft in einem bestimmten Bereich zusammengeführt werden sollen. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, den Staat nur noch als rahmensetzenden und gegebenenfalls intervenierenden *primus inter pares* in eine weitestgehend selbstverwaltete Steuerung öffentlicher Aufgaben zu integrieren.

Gerade der Neokorporatismus des deutschen Gesundheitswesens – neben den Tarifverhandlungen in Deutschland der wichtigste korporative Mechanismus – lässt dabei die Charakteristik gebündelter Kollektivinteressen besonders deutlich werden, die im Unterschied zu einer rein pluralistischen Konkurrenz den Einfluss allzu partikularer Sonderinteressen abschwächen sollen. Vor dem Hintergrund, unter Einbindung der wichtigsten gesellschaftlichen Ziele eine Art sachverständiges Optimum für alle erreichen zu wollen, ergibt sich eine charakteristische Machtkonstellation derjenigen Interessensvertreter (Verbände), die in die korporatistische Zielabstimmung, also in die Steuerung eines gesellschaftlichen Teilbereiches einbezogen sind. Bei der sogenannten Selbstverwaltung der GKV handelt es sich dabei v.a. um die Vertreter der verschiedenen Krankenkassen und der Ärzteschaft (v.a. *Kassenärztliche Vereinigungen* (KV)), die die Verteilung der über die Beitragssätze solidarisch aufgebrauchten finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens Jahr für Jahr neu verhandeln. Im weiteren Sinne, bspw. in der *Konzertierten Aktion im Gesund-*

heitswesen, sind u.a. auch Vertreter der Pharmaindustrie, von Arbeitgebern und Gewerkschaften vertreten. Diese Machtstellung verstärkt sich insgesamt noch dadurch, dass v.a. die beteiligten Verbände von Ärzten und Kassen aus der Zielsetzung universal gültiger Verhandlungsabschlüsse heraus ihre Stellung dem Prinzip der Zwangsmitgliedschaft verdanken. Die Beschlüsse werden dadurch für alle Mitglieder bindend und können weder von den Versicherten noch von den Ärzten durch ein *voting by feet* umgangen werden (vgl. Lehbruch 1988 / vgl. Gäfgen 1988 / vgl. Henke 1988 / vgl. Alber 1992 / vgl. Beske/Hallauer 1999).

Kritisiert wird diese Form einer ausgehandelten Steuerung zwischen Staatsdiktatorismus und pluralistischer Marktkonkurrenz v.a. in Hinblick auf die angezweifelte Repräsentations- und Integrationsfähigkeit riesiger Zwangsverbände. Danach ist grundsätzlich eher von einem Demokratiedefizit als -zugewinn auszugehen, da die Entstehung innerverbandlicher Besitzstände und die für die Mitglieder stark begrenzten Möglichkeiten, auf die verhandelnde Verbandsführung sanktionierend einzuwirken, dazu führen, dass sich die Verbandsbürokratie auf geradezu undemokratische Weise gegenüber ihren Mitgliedern verselbständigt. Die Unflexibilität derart 'globaler' Verhandlungen führt nach dieser Argumentation dabei auch zu suboptimalen Verhandlungsergebnissen innerhalb „integrativer Gremien-Idyllen“ (Gäfgen 1989), die aufgrund ihrer Allmacht und -zuständigkeit nur den kleinsten gemeinsamen Nenner aushandeln können; und die Forderungen nach mehr innerverbandlicher Demokratie sind nur die vorsichtigsten Interventionsvorschläge, die letztendlich an den Grundfesten des neokorporatistischen Ordnungsmodells in seiner bestehenden Form rühren (vgl. Streit 1988 / vgl. Gäfgen 1988 / vgl. Knappe 1988).

2.2 Die Realität negativer Rationierungen

Beim Verständnis des Begriffes der Rationierung wird in Deutschland in Bezug auf das Gesundheitswesen in aller Regel der positive Aspekt eines gewährten Rechtszuganges ausgeklammert. In diesem Sinne wird Rationierung implizit, d.h. häufig ohne genauer definiert zu werden, als Vorenthaltung medizinisch sinnvoller und damit notwendiger Güter verstanden, also als Ausgrenzung von Leistungen aus der GKV. Empirische Fakten zur Realität einer solchen, nach unserem Begriffsverständnis negativen Rationierung sind für Deutschland rar. Erste, auch öffentlich so wahrgenommene Einschnitte waren die Folgeerscheinungen der Budgetierungspolitik des Bundes in den vergangenen Jahren. Nach einer 1998 durchgeführten nichtrepräsentativen Umfrage unter den Lesern des *Deutschen Ärzteblattes* (DÄ) – also unter Ärzten – zeigte es sich, dass Leistungseinschränkungen dieser Art bereits als realer Aspekt der eigenen Tätigkeit wahrgenommen worden waren. Die überwiegende Mehrheit der Befragten (73.1%) gab danach an, dass es derartige Rationierungen im deutschen Gesundheitswesen bereits gäbe; und dazu befragt, wie viele Patienten noch optimal versorgt werden könnten, sahen nur noch 12.9% der Befragten diese Möglichkeit für 'Alle' Versicherten gegeben, 45.5% sahen sie für 'Mehr als die Hälfte', jedoch bereits 35% bzw. 5.5% sahen sie nur noch für 'Weniger als die Hälfte' bzw. 'Niemanden' als gesichert an (vgl. Kern/Beske/Lescow 1999).

Im Folgenden werden vier Muster real festzustellender Rationierungen in Deutschland dargelegt: (i) Die offensichtlich am ehesten wahrgenommene Form

einer Leistungsvorenthaltung zeigt sich in den Folgewirkungen der Budgetierungspolitik. Diese Politik ist grundsätzlich immer vor dem Hintergrund der häufig verwendeten Unterscheidung zwischen verschiedenen Allokationsebenen zu sehen. Danach gibt es Zuteilungsentscheidungen auf 1.) *Makro*-, 2.) *Meso*- und 3.) *Mikroebene*, d.h., es wird nicht nur 1.) entschieden, wieviel Geld das Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen gesellschaftlichen Bereichen zugeteilt bekommt; sondern es wird 2.) ebenso entschieden, wieviel Geld die einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens erhalten, und 3.), welche Leistungen der einzelne Patient erhält. Besonders am Beispiel der Budgetierung zeigt sich dabei der Effekt, dass sich Rationalisierungsentscheidungen der Makro- und Mesoebene auf der Mikroebene als negative Rationierungen äußern können. Für die Krankenhausversorgung lässt sich bspw. nachweisen, dass die volkswirtschaftlich intensivierte Begrenzung der finanziellen Ressourcen zu einem betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkül führt, welches im individuellen Handeln darauf hinausläuft, für das eigene Krankenhaus einen ausgewogenen „Patientenmix“ (Simon 1998) anzustreben, der gemessen an der Leistungsvergütung geeignet ist, die Kosten und Einnahmen des Krankenhauses vor dem Hintergrund eines gegebenen Budgets in der Waage zu halten. Dies führt erwiesenermaßen sowohl zu zeitlicher (längere Wartezeiten) als auch zu räumlicher (Abweisen von Patienten an andere Einrichtungen) Verschiebung medizinisch notwendiger Behandlungen. In Bezug auf die Behandlungsbereitschaft des einzelnen Krankenhauses entspricht ein solches Vorgehen durchaus konkreten Rationierungsentscheidungen auf der Mikroebene, also gegenüber einzelnen Patienten (vgl. Kuhlmann 1998 / vgl. Simon 1996 / vgl. Ziegler/Hirner 1994). Die Tatsache, dass besonders derartige Wirkungen der Budgetierungspolitik in der Öffentlichkeit bisher kaum diskutiert worden sind, führt dabei bei den Ärzten, die sich mit interpersonellen und damit ihrem Ethos entgegenstehenden Kosten-Nutzen-Abwägungen konfrontiert sehen, zu einem zusätzlich verstärkten Konflikt. Dieser wird in einem Verdecken der eigentlichen Rationierungsentscheidung gegenüber dem Patienten kompensiert, im Wissen darum, dass ein ethischer Rückhalt sowohl in der Gesellschaft als auch durch die Verantwortlichen, die eine bloße Rationalisierung auf der Makroebene bezweckt haben, nicht gegeben ist (vgl. Kuhlmann 1998). Rationierungen als Folge von Budgetierung lassen sich jedoch auch als Rationierung von Behandlungsqualitäten nachweisen. Besonders eine dem betriebswirtschaftlichen Kalkül verpflichtete Personalpolitik führt dabei im Zusammenhang mit Budgetierungen in der Konsequenz zu einer Einschränkung von Behandlungsqualitäten, z.B. in der nur noch begrenzt möglichen zeitlichen oder emotionalen Zuwendungen bspw. in Patientengesprächen durch Ärzte und Pflegepersonal. Auch derartige Restriktionen können v.a. in Bereichen wie onkologischer oder palliativer Versorgung durchaus als Rationierung medizinisch sinnvoller Leistungen auf der Mikroebene angesehen werden (vgl. Kuhlmann 1998 / vgl. Fuchs 1998).

(ii) Eine weitere Form der Rationierung lässt sich am Beispiel des Rettungswesens aufzeigen und macht deutlich, dass es auch in einem egalitär verstandenen System Notwendigkeiten der Anwendung eines utilitaristischen Kalküls gibt. Die infrastrukturelle Ausstattung des Rettungsdienstes erfolgt nicht zuletzt auch auf Basis einer Gesetzgebung die in die Kompetenz der Bundesländer fällt. Der Landesgesetzgeber legt mit der sogenannten 'Hilfsfrist' (in der

Regel 10-15 Minuten) den „Zeitraum zwischen dem Eingang der Notfallmeldung in der Leitstelle und dem Eintreffen des Rettungsdienstes am Unfallort“ fest (Beske/Hallauer 1999, Kap.17). Dieser Zeitraum, der nicht überschritten werden darf, determiniert damit eine Kapazitätsplanung, die einen statistischen Zusammenhang zwischen einem geretteten Menschenleben und den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen einzusetzenden Ressourcen generiert. Die Fälle, die mit Eintreffen des Rettungsteams nach bspw. drei Minuten noch gerettet werden könnten, werden nach der Kalkulation der Gesetzgebung ganz offensichtlich nicht als rettbar angesehen, obwohl der Einsatz höherer Kosten in Form einer dichteren Infrastruktur zu einem gesteigerten, offenbar aber als zu gering eingeschätzten Nutzen führen würde. Zugang und Verweigerung der Rettungsleistung erfolgen dabei notwendigerweise nach einem Kalkül der abwägenden Ressourcenzuteilung, wie sie in Kriegs- und Katastrophensituationen seit jeher unvermeidlich ist. Die Charakteristik einer Unvermeidlichkeit derartiger Rationierungen wird an unserem Beispiel deutlich, wenn man sich vor Augen hält, dass der größte Gewinn an geretteten Menschenleben dann zu erwarten wäre, wenn der Rettungsdienst bereits zum 'Zeitpunkt Null', also unrealistischerweise direkt bei Eintreten eines Unfalles vor Ort wäre (vgl. auch Rebscher 1998).

(iii) Schmidt (1996) zeigt, dass die Praxis eines Gewebegruppen-Matchings als Entscheidungskriterium bei der Vergabe von Transplantationsorganen den egalitären Verteilungsmechanismus der Warteschlange durchbricht. Zum einen ist die Überprüfung einer Gewebeübereinstimmung zwischen Empfänger und Organ nicht zwingend notwendig, da auch bei Nichtübereinstimmung eine Transplantation, wenn auch unter möglicherweise höherem Risiko, durchaus Erfolg haben kann. Zum anderen folgt daraus, dass die Verteilung nach dem Kriterium der Gewebeübereinstimmung nicht nach einem egalitaristischen Nutzen-Risiko-Kalkül am einzelnen Patienten erfolgt, da für diesen in jedem Fall – also auch im Falle einer Nichtübereinstimmung – eine medizinische Indikation gegeben wäre; sondern die Verteilung erfolgt nach interpersoneller Abwägung des Nutzens unter den potentiellen Organempfängern bzw. Empfängergruppen. Dabei wird jedoch die Gleichheit der Wartenden aufgegeben, indem die Fragestellung, welche Organempfänger die größten Erfolgchancen einer Transplantation aufweisen, zum entscheidenden Kriterium neben dem der Zeit gemacht wird. Die Rechtsverweigerung zugunsten des größten Nutzens für die größte Zahl durchbricht hier also das rein individualmedizinisch bedarfsindizierte und temporalisiert egalitäre Zugangsrecht der Warteschlange.

(iv) Das letzte Beispiel zeigt die Alltäglichkeit von Rationierung im positiven wie im negativen Sinne, wie sie schon immer im Gesundheitswesen üblich war. Deutlich wird dieser Aspekt aber v.a. auch in der momentanen Diskussion über die Einführung von sogenannten Positivlisten, die dazu führen sollen, dass ausschließlich nachgewiesen wirksame Medikamente in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden sollen. So vernünftig und begrüßenswert ein auf wissenschaftlichen Kriterien fußender rationalisierender Wirksamkeitsnachweis sein mag, so rationierend kann eine solche Maßnahme auf der Mikroebene der subjektiven Empfindungen wirken. Dies zeigt sich nicht nur für den verschreibenden Mediziner, der möglicherweise auf Basis seiner persönlichen professionellen Erfahrung gerne auf ausgeschlossene Medikamente zurück-

greifen würde. In erster Linie zeigt sich dieser Effekt auch auf der Ebene von Patienten, die an die Verwendung bestimmter Präparate gewöhnt sind bzw. die – unabhängig davon, was die Mehrheit der Bevölkerung davon hält – bspw. größeres Vertrauen in von der GKV teilweise noch nie übernommene natürliche oder spirituelle Heilverfahren setzen. Bezieht man in diesen Gedankengang sogenannte Placeboeffekte mit ein, die unabhängig von der wissenschaftlich erwiesenen Wirksamkeit einer Therapiemethode unterstellt werden können, so wird deutlich, dass in diesem Bereich von jeher sowohl positive wie auch negative Rationierung nach dem Kriterium des vorgeblich größten gesellschaftlichen Nutzens betrieben worden ist (vgl. auch Rebscher 1998).

Fuchs hat unter Verwendung verschiedener Begriffspaare, anhand derer in der Literatur negative Rationierungen beschrieben worden sind, ein Analyseraster aufgestellt (sh. folgende Seite), welches auch hier dazu dienen soll, die dargestellten Formen von Rechtsverweigerung einzustufen und zu vergleichen: (i) Rationierung findet hier *verdeckt* und *direkt* auf der Mikroebene statt, als Folge von Rationalisierungsbestrebungen (Budgets) oberhalb dieser Ebene. Der Gesetzgeber auf der Makroebene intendiert und verantwortet keine Rationierung nach statistischen Kriterien sondern eine Rationalisierung der Verteilungspraxis durch Budgets auf der Mikroebene der Leistungserbringer. Diese Rationalisierung wirkt sich jedoch auf der Mikroebene *hart* rationierend aus, da für die in der GKV Versicherten ein Zukauf faktisch nicht möglich ist; und darüber hinaus wirkt sie *explizit*, da für den sogenannten 'Patientenmix' als Folge situativer Einzelentscheidungen eine Systematik im Ausschluss bestimmter Gruppen nach medizinökonomischen Kriterien anzunehmen ist.

hart weich	Zukauf legal nicht möglich Zukauf legal möglich
direkt indirekt	konkrete Einzelfallentscheidung auf der Mikroebene (Arzt-Patient) Entscheidung nach statistischen Kriterien oberhalb der Mikroebene
verdeckt offen	ohne öffentliche Transparenz transparent und öffentlich nachvollziehbar
explizit implizit	Ausschluss von Leistungen für Patientengruppen im System notwendig angelegte Zugangsbeschränkung für alle

nach Fuchs 1998

(ii) Diese Rationierung ist *hart*, *indirekt*, *offen* und *implizit* und stellt damit die Form von Rationierung dar, die besonders bzgl. ihrer Negativkomponente am besten legitimierbar sein dürfte. Wie beschrieben, begrenzt das System notwendigerweise die Mittel, Zukauf ist in der Notfallsituation und bei gegebener Infrastruktur nicht möglich, und der Patientengruppe, die unterhalb der Hilfsfrist der Hilfe bedürfen würde, wird der Rechtszugang versagt. Der Mechanismus ist öffentlich und transparent, für die genaue Auslegung übernimmt der Gesetzgeber die Verantwortung. – (iii) Auch die Organtransplantation nach dem Prinzip der reinen Warteliste entspricht diesen Kriterien. Bei Einführung des Gewebegruppenmatchings wird die Allokation von Transplantationsorganen jedoch zu einer *expliziten* Rationierung, da die Zuteilung von Patientengruppen abhängig gemacht wird. Sie bleibt jedoch indirekt, v.a. auch da der einzelne Arzt die Entscheidung nicht vertreten muss. – (iv) Hier handelt es sich

bei den Pflichtversicherten um eine *offene*, teils *harte* (Medikamente) teils *weiche* (verschiedene privat zugängliche Heilverfahren) Rationierung, die vom Arzt *direkt* vermittelt werden muss. Zwar kann man diese Rationierung als systemimmanent und damit implizit einstufen, allerdings erscheint es fraglich, ob wissenschaftsbasierte politische Entscheidungen angesichts der subjektiven Wirkungen solcher Maßnahmen zwingend genug sind, um von den Betroffenen als systemimmanent akzeptiert zu werden. Prinzipiell sind sie wohl eher als *explizit* einzustufen, da wissenschaftlich oder medizinisch weltanschaulich abweichend denkende Gruppen benachteiligt werden. Dennoch finden solche Rationierungen, da sie wissenschaftlich transparent vollzogen werden, eine weitgehende Legitimation bei gleichzeitig offen geführtem Diskurs mit den organisierten Interessen der Gegenseite.

2.3 Die Struktur der Allokationsdebatte in Deutschland¹

Die Debatte in der Bundesrepublik Deutschland zu möglicherweise notwendigen bzw. schon erfolgten Rationierungen negativer Ausprägung ist deutlich vom System der korporativen Ordnungsmechanismen geprägt. Dies drückt sich zunächst darin aus, dass es sich bei den Wortführern der Diskussion in aller Regel um die Vertreter der entsprechenden, auch an den Verteilungsverhandlungen beteiligten Interessensverbände handelt. Es soll nun im Folgenden weniger darum gehen, die öffentliche Diskussion umfassend systematisch zu analysieren, sondern vielmehr sollen typische Argumentationsmuster herausgearbeitet werden, anhand derer es möglich wird, den gemessen an den ethischen Grundprämissen unreflektierten Stand der Argumentationen deutlich zu machen. Dabei nehmen die Stellungnahmen von Mitgliedern ärztlicher Standesvertretungen und der GKV als den beiden wichtigsten korporativen Akteuren den entsprechend größten Raum ein.

Wenn man zunächst jedoch die Haltung der Bundespolitik betrachtet, so zeigt sich, dass mit dem Regierungswechsel der Hang zu einer Politik, die Rationierungen entweder verursacht (Budgetierung) oder direkt mit einschließt (Positivliste), genauso wie die Vorsicht im Umgang mit den entsprechenden verbalen Äußerungen erhalten geblieben ist. Als beispielhaft für die Argumentationen der Bundesregierung sind dabei Äußerungen des Sozialpolitikers der SPD Rudolf Dreßler anzusehen (in *Süddeutsche Zeitung* (SZ) 12.2.1999). Während gleichzeitig die Rettung des solidarisch finanzierten Systems über Beitragssatzstabilisierung infolge freizusetzender Rationalisierungen beschworen wird, zeigt sich darin auch die Tendenz, eine explizite Diskussion zu vermeiden, die auf Basis ethischer Abwägung bestimmen müsste, wieviel Gleichheit möglich ist und wo der Nutzen eine abwägende Verteilung erforderlich macht, die auch Ungleichheiten nach sich ziehen würde. Wie schon gezeigt, ist bspw. die Einführung einer Positivliste durchaus als Rationierungsmaßnahme zu betrachten, die neben der Gewährung von Rechtszugang v.a. im Vergleich mit der Vergangenheit auch stark negative Aspekte aufweisen würde.

¹ Da die Entstehung der Arbeit und ihr Veröffentlichungszeitpunkt ca. ein Jahr auseinanderliegen, konnten die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen und im Zusammenhang damit vor allem etwaige Veränderungen in der Struktur der Debatte in der Analyse keine Berücksichtigung mehr finden.

Wenn Dreßler die Positivliste dennoch als bloße Rationalisierungsmaßnahme deklariert, gleichzeitig jedoch den Unterschied zwischen der Bundesrepublik und der Schweiz von 53.000 gegenüber 8.000 verordnungsfähigen Präparaten hervorhebt, verwischt er damit den Unterschied zwischen der reinen Rationalisierung von Behandlungsprozessen und der konkreten Leistungsvorenthaltung. Besonders die Argumentation der Arznei- und Naturheilmittelbewertung nach „Nutzen und Nichtnutzen“, also nach wissenschaftlichen Kriterien, zeigt jedoch deutlich die zunehmende Bedeutung universal gültiger Nutzenbegriffe, die nicht nur die Autonomie des einzelnen Arztes einschränken, sondern, wie gesehen, auch rationierend wirken können und damit in einem sich selbst als egalitaristisch verstehenden System auf ethisch heikles Gelände führen. Gleiches gilt für die Wiederaufnahme der Budgetierungspolitik, deren rationierende Wirkung infolge eines zunehmenden betriebswirtschaftlich utilitaristischen Kalküls ganz offensichtlich ignoriert wird, wenn gleichzeitig die solidarische Finanzierung und damit vermeintlich einhergehend der gleiche Zugang für alle weiterhin beschworen werden.

Bei Betrachtung der Ärzteschaft zeigt sich zunächst einmal die Tendenz, dass die in der Öffentlichkeit gemachten Aussagen der Ärzteverbände nicht unbedingt mit den Erfahrungen der einzelnen Ärzte, wie sie anhand der Umfrage des DÄ bereits dargestellt worden sind, korrespondieren. So entsteht an anderer Stelle der Eindruck, dass gerade die Ärzteverbände sowohl gesundheitliche Ungleichheit als auch ungleiche gesundheitliche Versorgung noch nicht in ihrer umfassenden Bedeutung als Problem wahrgenommen haben. Schon allein zum Rücklauf einer hierzu durchgeführten schriftlichen Befragung kann dazu bemerkt werden, „(...) that the low response rate reflects their little interest in health inequalities“ (Mielck/Backett-Milburn/Pavis 1998); und die vergleichsweise geringe Bewertung der Wichtigkeit ungleicher Gesundheitsversorgung (Skalenwert 2.0 von 8) deutet auf die geringe Bedeutung hin, die von Ärzteverbänden diesem Problem bisher beigemessen wird (ebenda). Die entsprechende Rhetorik der ärztlichen Standesvertreter zeichnet sich daran anknüpfend dadurch aus, dass Ungleichheit der Versorgung bzw. die Rationierung von Gesundheitsleistungen in aller Regel nicht an sich, also als bestehendes Problem diskutiert wird. Anstelle einer anwendungs-ethisch ausgerichteten Diskussion, die der Unmöglichkeit vollständiger Gleichheit genauso wie der Unabänderlichkeit bestehender Ungleichheiten Rechnung tragen müsste, wird statt dessen das schemenhafte Schreckgespenst einer zukünftigen Rationierung bspw. unter dem Etikett des „englische(n) Patient(en)“ als Folge einer strukturverändernden Politik in die Debatte geworfen (Schorre, Vorsitzender der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* (KBV), in SZ 20./21.2.1999). Dies geschieht, ohne dass der Begriff adäquat bestimmt werden würde und vor allem, ohne dass eine ethische Abwägung bisheriger bzw. möglicher zukünftiger negativer Rationierungen bspw. mit Hilfe eines wie oben verwendeten Analyserasters durchgeführt werden würde (vgl. bspw. Hartmannbund-Magazin 2/99 / DÄ H.40, 1998/H.10, 1999). Selbst differenziertere Auseinandersetzungen mit dem Thema sprechen in Bezug auf Deutschland allenfalls im Bereich der Transplantationsmedizin klar von Rationierung, weichen jedoch vor der ethischen Auseinandersetzung zurück, wenn unter Berufung auf das ärztliche Ethos bspw. konstatiert wird: „Ein Arzt kann sich allenfalls in rationierende Rahmenbedingungen fügen; er kann sie nicht akzep-

tieren“ (Fuchs, *Bundesärztekammer* (BÄK), 1998). Das Annehmen einer in diesem Sinn passiven Rolle bzgl. der Frage von Leistungseinschränkungen geht dabei einher mit dem Eindruck, dass die Verwendung des Rationierungsbegriffs v.a. der Symbolisierung bedrohter, aber gleichzeitig als monolithisch statisch angesehener Werthaltungen dienen soll. Die eigentliche Debatte scheint sich dabei jedoch mehr darum zu drehen, innerhalb der Machtbalance des korporatistischen Ordnungsmodells die eigene Position zu verbessern bzw. bei den Ärzten diese Position nicht zu verschlechtern. Der ganz offensichtlich als bedrohlich empfundene Kompetenzverlust der KVen gegenüber den Krankenkassen und der niedergelassenen Ärzte gegenüber den Krankenhäusern wirkt dabei in Ermangelung differenzierter Abwägungen – auch in Strukturfragen jenseits von Leistungseinschränkung – mehr wie ein Kampf um gefährdete Besitzstände als um einen ethisch begründeten Versorgungsstandard (vgl. DÄ). In jedem Fall lässt sich für Außenstehende in der Argumentation der ärztlichen Ständesvertreter kaum eine klare Trennungslinie zwischen Einkommensängsten oder Besitzstandswahrung und einem ehrlichen Eintreten für das ärztliche Ethos bzw. für eine entsprechend egalitäre Ausrichtung des Gesundheitswesens ziehen.

Mit dieser vorherrschend diffusen Haltung geht die Tatsache einher, dass Aspekte der utilitaristischen Ethik schon längst in den Medizinbetrieb Einzug gehalten haben. Es wird insbesondere auch deutlich, dass die Argumentationsmuster der Ständesvertreter selbst bei aller Zurückweisung von rationierenden Maßnahmen utilitaristische Denkmomente beinhalten. So zeigt sich vor allem auch die Sinnlosigkeit einer rein negativen Rationierungsdefinition, wenn Schorre sagt: „Weniger als jetzt ist für mich noch lange keine Rationierung. (...) Das Wegnehmen von dem, was im Gesetz als notwendig beschrieben wird, müsste das Thema der Zukunft sein.“ (in Merke 1997). Es zeigt sich hier, dass der Rationierungsbegriff ganz offensichtlich je nach Interessenslage und subjektivem Dafürhalten gedehnt wird. Nach dem bisher verwendeten Begriff würde eine solche Aussage immer einer negativen Rationierung gleichkommen und zwar nicht nur aufgrund eines verweigerten Rechtszuganges; sondern sie wäre dies v.a. aufgrund der Tatsache, dass eine bisher vergesellschaftete und damit solidarisch finanzierte Therapie ausgegrenzt und die Krankheit bzw. ihre Vermeidung damit in die Eigenverantwortung des einzelnen zurückverlegt werden würde. Das System wäre nicht mehr quasi egalitär im Sinne einer weitestgehenden Gewährleistung von Maßnahmen auf dem höchsten wissenschaftlichen Stand, sondern erstens wären die gesellschaftlichen Kosten verglichen mit dem entsprechenden Nutzen einer Therapie für zu hoch befunden worden, und eine gesellschaftliche und/oder medizinische Gruppe würde damit möglicherweise davon ausgeschlossen; und zweitens würde dieser Kosten-Nutzen-Konflikt im Weiteren aus dem System heraus in das Individuum und damit auf seine Zukaufbereitschaft in Abhängigkeit von seiner Kaufkraft verlegt werden. Gerade die Forderung nach einer solchen Verantwortungsverlagerung bestimmter gesundheitlicher Risiken findet sich jedoch bei Ständesvertretern der Ärzteschaft des öfteren (z.B. Kossow, *Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands* (BDA), in Merke 1997). Gerade auch auf Körperschafts- und Verbändeebene erscheint die Argumentation mit dem ärztlichen Ethos damit teilweise als Instrumentalisierung dieses Ethos zugunsten bloßer Auseinandersetzung über Besitzstandsinteressen. Die teilweise sogar unver-

hohlene Befürwortung negativer Rationierung durch einzelne Vertreter unterstützt diese These und konterkariert die aktuelle allgemeine Blockadehaltung der Verbandsführungen um so mehr (z.B. Krimmel, KBV, in Merke 1997).

Die Krankenkassen zeigen sich im Umgang mit Leistungsausgrenzungen aus der GKV prinzipiell pragmatischer als die Ärzteschaft. Dies mag zum einen daran liegen, dass sie in ihrer Tätigkeit, die Finanzierung und Verwaltung der Versicherung zu gewährleisten, ohnehin gezwungen sind, einzelne Leistungsbereiche bzw. Empfängergruppen in abwägenden Kosten-Nutzen-Analysen unter die Lupe zu nehmen. Zum anderen sind sie nicht an ein einheitliches Berufsethos gebunden, wodurch sie flexibler sind, wenn es darum geht, Aspekte der quasi identifizierbaren Arzt-Patient-Beziehung genauso einzubeziehen, wie von dieser auf die Ebene statistischen Nutzens zu abstrahieren. Entsprechend unaufgeregt ist der Umgang mit Leistungsausgrenzungen, wenn Rebscher (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V., 1998) feststellt, dass die allgemein negative Bewertung von Leistungsausgrenzungen in der Öffentlichkeit in aller Regel eine Reaktion auf die Abweichung vom Bestehenden darstellt. „Dabei wird wenigstens subjektiv das Bestehende als das Normale und der Leistungsausschluss aus dem Bestehenden als das Bedrohliche gewertet. Wohingegen die selbstverständlich auch rationierend wirkende Entscheidung der Vergangenheit zur Definition des heute Bestehenden weitgehend als selbstverständlich hingenommen wird“ (Rebscher 1998). Demzufolge vertreten die Krankenkassen im Allgemeinen eine Position, die versucht, einen möglichst gleichen Zugang zu Gesundheitsgütern mit einer abwägenden Gewährung von Rechtszugang und -verweigerung in Verbindung zu bringen. Hierbei soll der Rationalisierung der Versorgungsstrukturen soweit möglich – aber nicht um jeden Preis – der Vorrang vor negativer Rationierung eingeräumt werden, mit dem Ziel, „die solidarische Basis durch effiziente Mittelverwendung (zu) sichern“ (vgl. auch Jacobs, AOK Rheinland, in Merke 1997).

Das Argumentationsmuster, welches bei Vertretern von Kassen in diesem Zusammenhang häufig zu Tage tritt, äußert sich in der Betonung einer *solidarischen Finanzierung des medizinisch Notwendigen* mit dem Ziel, vor dem Hintergrund der Kostenproblematik zu vermeiden „was wir (...) gemeinsam nicht wollen: nämlich den medizinisch gestützten Fortschritt nicht für alle zur Verfügung zu stellen“ (Radke, AOK Rheinland, in Merke 1997 / vgl. auch Knieps, AOK-Bundesverband, in Merke 1997). Diese Argumentation ist eindeutig utilitaristisch, da sie darauf abzielt, an der einen Stelle – nämlich dem *Leistungsspektrum* – Kosten einzusparen, um diese gewonnenen Ressourcen mit dem Zweck einzusetzen, an anderer Stelle einen als höher bewerteten Nutzen – nämlich *Hochleistungsmedizin* für alle – zu generieren. Dabei lässt sich auch gerade an dieser Argumentationsweise aufzeigen, dass die Debatte grundsätzlich auch auf Seiten der Krankenkassen ethisch undifferenziert geführt wird. Nicht nur bleibt das gleichzeitige Bekenntnis zu Rationalisierung und Rationierung schwammig und in seiner proportionalen Ausgestaltung unbegründet und daher dehnbar; sondern darüber hinaus zeigt es sich, dass auch die Kassenvertreter dazu neigen, der Öffentlichkeit Beschränkungen auf das medizinisch Notwendige als Maßnahme zugunsten einer egalitär geprägten Gesundheitsversorgung zu verkaufen (vgl. die bisher ausgewiesenen Stellungnahmen). Hier wird jedoch mit einem ethisch undifferenzierten Fehlschluss gearbeitet.

Denn weder die Tatsache, dass das medizinisch Notwendige solidarisch finanziert ist, noch der Zweck, medizinischen Fortschritt weiterhin für alle zugänglich zu halten, lassen den Schluss zu, Rechtszugang oder -verweigerung seien gleich verteilt. Die Beschwörung einer im Sinne von Baker/Strosberg (1992) sozusagen egalitären Triage verwischt hier die ethischen Unterschiede zwischen den Denkweisen; und dies mit der bewussten oder unbewussten Intention, utilitaristisch begründete negative Rationierungsentscheidungen in einem System mit nach wie vor weitgehendem egalitärem Selbstverständnis besser legitimieren zu können. Dabei ist es egal, ob es sich bei der ausgegrenzten Gruppe um nahezu alle oder bestimmte Gruppen handelt, denn wie gesehen, würde allein die Notwendigkeit der Vermeidung von Schwarzmärkten die Einrichtung privater Zusatzversicherungen unvermeidbar machen und damit zu einer weiteren Fraktionierung der Versicherten nach dem Grad ihrer Ausgrenzung abhängig von ihrem Willen und ihrer Fähigkeit zum Wiedereinkauf führen. Dadurch wird deutlich, dass es eine egalitäre Triage nicht geben kann, da die Annahme einer gleichen Rechtsverweigerung einem logischen Fehlschluss entspringt, weil Rechtsverweigerung letztendlich immer eine gewisse Ungleichheit nach Abwägungskriterien generieren muss. Das *quasi-egalitäre* System der deutschen Krankenversicherung erweist sich in diesem Zusammenhang als Kunstgriff, und es ist prinzipiell nicht geeignet, eine weitere Aushöhlung des gleichen Zugangs ohne gleichzeitige Veränderung seiner ethischen Prämissen zu verkraften. Wie schon gezeigt, folgt auch der aktuelle Umgang mit der möglichen Einführung einer Positivliste einem ähnlichen Schema. Unabhängig davon, wie man eine solche Maßnahme einschätzt, führt auch sie nicht zu einem egalitären Leistungsausschluss (vgl. Ahrens, AOK-Bundesverband, in SZ 24./25.4.99). Letztendlich prägt der Korporatismus auch bei den Krankenkassen die Art und Weise, in der die Debatte geführt wird. Es geht v.a. darum, die eigene Position innerhalb eines schärfer werdenden Verteilungskampfes zugunsten der eigenen Aufgabenstellung und Besitzstände zu verbessern. So stellt die Debatte um eine Positivliste u.a. den Kampf der Interessensvertreter – hier zwischen Kassen und Pharmaindustrie – um zu verteilende Ressourcen dar. Der Schein von der ausschließlichen Orientierung am Wohle der Patienten wird durch eine ethisch eindeutig verwaschene Argumentation aufrechterhalten, die häufig in erster Linie dazu dient, die ethische Rechtfertigung einer Rechtsverweigerung zu umgehen.

Damit kann abschließend festgestellt werden, dass der Ordnungsmechanismus des Korporatismus die Debatte ganz offensichtlich in einer Art und Weise beeinflusst, die einer ethisch differenzierten Auseinandersetzung im Gesundheitswesen nicht eben zuträglich zu sein scheint. Anstelle einer allokatoren-ethischen Auseinandersetzung, die aufgrund der Realitäten angebracht wäre, findet eine *allokationstechnische Debatte* statt, bei der die Stellung ethischer Werte völlig unklar bleibt. Es entsteht der Eindruck, dass die notwendige öffentliche Rechtfertigung gesundheitspolitischer Maßnahmen zu einer Aufrechterhaltung einer längst nicht mehr realen Egalität führt. Der Versuch, die Legitimation der ureigensten Verbandsinteressen über eine undifferenzierte Diskussionsweise zu erlangen, ist dabei auch gegenüber den von den Verbänden zu Repräsentierenden als ethisch äußerst prekär anzusehen; denn sie sind als Wähler, Patienten und Ärzte längst mit einer von den Darstellungen abweichenden Realität konfrontiert.

3. Das ethisch Denkbare und das real Machbare

Wenn man nun nach der Ethik des modernen Verfassungsstaates und seiner Organisationsprinzipien fragt, so muss man diese Frage nach den vorangegangenen Analysen mit gewisser Vorsicht beantworten. Gleichmaßen beurteilt auch Baier (1988) den Sozialstaat und damit die Prinzipien des Neokorporatismus als „ethikfrei“. Dies zum einen, da der Staat gerade nicht ethisch prä-skriptiv sein, sondern ethischen Pluralismus möglich machen soll. Zum anderen, da die sozialstaatlichen Prinzipien von *Solidarität* und *Subsidiarität* keine ethischen Verbindlichkeiten nach sich ziehen. Auch ein streng utilitaristisch rationierendes Gesundheitswesen kann danach solidarisch finanziert und subsidiär organisiert werden. Baier kommt damit analog zu den vorliegenden Analysen zu dem Schluss, dass sich Ethik und Interessen besonders im Korporatismus zu einem intransparenten Geflecht verbinden, innerhalb dessen die Instrumentalisierung ethischer Normen zur Verbesserung der eigenen Durchsetzungsmacht zum entscheidenden Charakteristikum wird. Dies führt in einer demokratischen Gesellschaft in ein Legitimationsdefizit. Es wird besonders im deutschen Gesundheitswesen offenbar davon ausgegangen, dass der Bürger als Legitimationsadressat aller Allokationsentscheidungen einer Gesellschaft das Prinzip des egalitären Zugangs zu sinnvollen medizinischen Leistungen sehr hoch ansetzt. Gleichzeitig wird die Tatsache, dass dieser Zugang zunehmend abgebaut wird, verschleiert, indem sich einerseits Rationierungen erst auf der Mikroebene äußern, ohne von einer beteiligten Partei wirklich verantwortet zu werden; andererseits werden Rationierungen fälschlicherweise als egalitär deklariert. Es entsteht so ein Spannungsverhältnis, welches die Bevölkerung in der Diskrepanz von Versprechungen und tatsächlichem Abbau zu spüren bekommt und welches letztendlich zu einem Vertrauensabbau gegenüber der institutionalisierten Gesundheitsversorgung führt. Eine demokratische Gesellschaft, die sich nicht zuletzt über die Funktion ihrer Institutionen legitimiert, läuft damit Gefahr, das Vertrauen der Bevölkerung in die staatlich geregelte Ordnung an sich einzubüßen. Unter der Voraussetzung, dass man die wert-pluralistischen und verfassungsrechtlichen Grundzüge unserer Gesellschaft bei aller Verbesserungswürdigkeit prinzipiell befürwortet, ergibt sich aus diesem Legitimationsdefizit die durchaus ethische Notwendigkeit, in Richtung einer *verändernden Systemerhaltung* weiterzudenken. Diese Notwendigkeit, v.a. auch die Legitimationsstrukturen einer Gesellschaft zu reflektieren, macht es dabei in Bezug auf das deutsche Gesundheitswesen unerlässlich, den Realitäten Rechnung zu tragen und alte Denkverbote aufzuheben bzw. alte Denkwänge aufzubrechen. Wie gezeigt, ist das deutsche Gesundheitswesen schon von seiner Anlage her nur *quasi-egalitär*, und selbst wenn man die private Krankenversicherung vernachlässigt, hat die Entwicklung der letzten Jahre in der Realität Strukturen geschaffen, innerhalb derer utilitaristische Denk- und Handlungsstrukturen nachweisbar an der Tagesordnung sind.

Die ethische Prämisse einer *verändernden Systemerhaltung* verlangt nun zweierlei: Zum einen wird es in Hinblick auf die Legitimationsnotwendigkeit des politischen und gesellschaftlichen Systems zunehmend unerlässlich sein, die ethischen Grundprämissen der Verteilungsmechanismen im Gesundheitswesen transparent und öffentlich zu machen. Die Folgen einer Verschiebung zwischen utilitaristischen und egalitaristischen Prinzipien müssen immer wieder

fallorientiert aufgeführt und innerhalb einer gesellschaftlich offen geführten Auseinandersetzung legitimiert werden. Gerade Ungleichheiten untergraben eine gesellschaftliche Ordnung dann, wenn sie verschleiert werden sollen, obgleich sie permanent an Präsenz und Augenscheinlichkeit gewinnen. Eine solche Auseinandersetzung muss jedoch, so breit sie auch geführt wird, letztendlich innerhalb institutionalisierter Entscheidungsstrukturen Ergebnisse erbringen. Bei aller Kritik ist der Korporatismus hierzu durchaus das geeignete System, denn beim korporatistischen Ordnungsmodell handelt es sich gerade nicht um „historisch zufällige Strukturen“ (Henke 1988), sondern um das historisch gewachsene Ergebnis von Verteilungskämpfen, die man sich volkswirtschaftlich nicht zurückwünschen kann (vgl. Alber 1992, Kap. 1.2.). Vor dem Hintergrund, dass hier jedoch nichtstaatliche Akteure in einer Demokratie quasi staatliche Regelungsaufgaben übernehmen, müssen besonders die an den Verteilungsverhandlungen beteiligten Institutionen auf ihre Demokratietauglichkeit überprüft werden. Denn wie gesehen steht eine Willensbildung, die allein und damit elitär auf der Ebene der Verbandsbürokratien stattfindet und gerade auch die Beitragszahler trotz demokratischer Elemente von der Mitgestaltung faktisch ausschließt, einer breiten gesellschaftlichen Ethikdebatte entgegen. Zum anderen kann daraus folgend eine solche Auseinandersetzung nur auf Basis eines anwendungsorientierten ethischen Diskurses vonstatten gehen. Wie eingangs formuliert, beruht eine angewandte Ethik jedoch grundsätzlich immer auf der Aushandlung bereits vorhandener Werthaltungen in einer pluralen Gesellschaft und wird dadurch zum adäquaten Mittel einer verändernden Systemerhaltung. Wenn man in Bezug auf die Verteilung von Gesundheitsgütern die egalitaristische und die utilitaristische Ethik als Extrempole ansieht, so muss dementsprechend bei der Diskussion konkreter Verteilungsfragen innerhalb dieser Extreme letztendlich alles denkbar sein.

Dennoch schaffen die vorhandenen ethischen Werthaltungen auch Restriktionen bzgl. dessen, was real machbar ist, teilweise festgeschrieben in einer verfassten Gesellschaftsordnung, die akzeptiert und damit prinzipiell bis auf weiteres legitimiert ist. Dieser Rahmen des ethisch auf breiter Basis Legitimierbaren und daher Machbaren, lässt sich partiell auch empirisch abstecken. So kommt Aust (1994) bei der Sekundäranalyse verschiedener Zufriedenheitsstudien zur Gesundheitsversorgung zu dem Ergebnis, dass die Deutschen auch im internationalen Vergleich eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen ihres Gesundheitssystems aufweisen. Diese Zufriedenheit schwankt jedoch stark, wenn nicht mehr eine allgemeine Zufriedenheit, sondern eine Zufriedenheit mit konkret erfahrenen Aspekten oder Bereichen erfragt wird. Daran zeigt sich, dass Unzufriedenheit und damit ein Schwinden von Legitimation dort entsteht, wo die Realität mit abweichenden Werthaltungen kollidiert. Auch wenn man, wie gesehen, annehmen kann, dass das Bestehende häufig eine hohe Akzeptanz besitzt, so muss dennoch davon ausgegangen werden, dass es durchaus ethisch neuralgische Punkte gibt, die bzgl. dessen, was machbar ist, eine Grenze ziehen. Obwohl bspw. 84% der GKV-Mitglieder nicht bereit sind, höhere Beiträge aufgrund der demographischen Entwicklung zu zahlen, sind gleichzeitig auch nur knapp 8% bereit, Leistungseinschränkungen für ältere Menschen hinzunehmen (vgl. Hallauer/Kern/Beske 1996). Bei der Überlegung, wie eine Legitimation zwischen Beitragssatzsteigerung und Leistungseinschränkung bewerkstelligt werden kann, muss damit bspw. akzeptiert werden,

dass der Ausschluss nach sozialen Kriterien im Allgemeinen und/oder im Speziellen anwendungsethisch gesehen möglicherweise denkbar aber nicht machbar ist. Die utilitaristische Argumentation einer expliziten Benachteiligung der einen zum Nutzen einer anderen Gruppe scheitert hier an vorherrschenden egalitären Werthaltungen der Bevölkerung und damit an der ethischen Prämisse von Systemerhaltung und Legitimation.

Abschließend soll abgesteckt werden, was in Deutschland zum heutigen Zeitpunkt, abgesehen davon, was ethisch denkbar ist, anwendungsethisch auch machbar erscheint. Wie gesehen sind seit jeher sowohl egalitaristische als auch utilitaristische Elemente im deutschen Gesundheitswesen angelegt und auch akzeptiert. Zum anderen zeigen verfassungsrechtliche Untersuchungen, dass aus dem Grundgesetz der Anspruch auf einen streng egalitären Zugang zu Gesundheitsgütern nicht abgeleitet werden kann. Das Sozialstaatsprinzip garantiert über die gesetzlich geregelte Gesundheitsversorgung demnach nur eine Mindestversorgung, deren konkrete Ausformung nicht im Verfassungstext vorgenommen worden ist, sondern die das Ergebnis einer öffentlich immer wieder neu auszutragenden Debatte sein sollte. (vgl. Taupitz 1998 / vgl. Höfling 1998). Damit ist die Untergrenze des garantierten Rechtszugangs im Gesundheitswesen so festgelegt, dass Zahlungsunfähigkeit und in der Folge Krankheit oder Tod nicht verhindern dürfen, dass individuelle Lebensziele frei verfolgt werden können (vgl. Kliemt 1996).

Harte Rationierung ist prinzipiell auf Dauer kaum durchzusetzen, da mit ihr zwangsläufig ein Schwarzmarkt für Gesundheitsgüter oder ein reger Gesundheitstourismus ins Ausland entstehen würde. Eine Zweiklassenmedizin, in der sich die obere Klasse der wirtschaftlich Stärkeren quasi illegal versorgen würde, wäre jedoch ethisch und verfassungsrechtlich genauso wenig legitimierbar wie die Einschränkung von Freiheitsrechten bei der Verhinderung von Gesundheitstourismus. Innerhalb unserer Gesellschaft erscheint damit nur die Durchführung *weicher* Rationierung, also unter Einschluss von Zukaufmöglichkeiten (bspw. Krankenzusatzversicherungen) praktikabel (vgl. Kliemt 1996). In der Transplantationsmedizin liegen die Dinge anders. *Harte* Rationierung ist hier eine ethisch begründete, legitimatorische Notwendigkeit. – *Direkte* Rationierungen kollidieren mit dem ärztlichen Ethos, wenn die Rationierungsentscheidung nicht medizinisch begründbar ist. Es lässt sich grundsätzlich nachweisen, dass die Akzeptanz der Gesundheitsversorgung mit der Qualität des Arzt-Patient-Verhältnisses korreliert (vgl. Aust 1994). Daraus ist zu folgern, dass das Berufsethos der Ärzteschaft auch in eine stark ethisch geprägte Erwartungshaltung der Patienten Eingang gefunden hat. Rationierungsszenarien, die dieses Verhältnis in seinen Grundzügen gefährden, dürften mit diesen ethischen Grundhaltungen nicht vereinbar und damit kaum legitimierbar sein (vgl. Kap.3.2/(i)). Daraus folgt, dass die Verantwortung *indirekt*, also oberhalb der Mikroebene übernommen werden muss. Entscheidungen auf dieser Ebene gibt es bereits (vgl. Kap.3.2/(ii)), bzw. sind sie unter verfassungsrechtlichen und legitimatorischen Aspekten denkbar (Positivliste). – *Verdeckte* Rationierung geht in der Realität oft mit Formen der soeben ausgeschlossenen, nichtmedizinisch direkten Rationierung einher. (vgl. Kap.3.2(i)). Dies geschieht bspw. auch in der britischen Praxis einer Dialyseverweigerung gegenüber älteren Patienten, die durch den Arzt fälschlicherweise medizinisch am Einzelfall begründet werden muss, obwohl die Ent-

scheidung indirekt nach dem Alterskriterium erfolgt ist (vgl. Schmidt 1996). Eine absolute Verheimlichung ist in einer Demokratie auf Dauer nicht praktikabel, da sowohl Gesundheits- als auch politisches System damit das zunehmende Misstrauen der Bevölkerung auf sich ziehen. Die Willensbildung bzgl. der Verteilung solidarisch finanzierter Ressourcen geht an den Bürgern vorbei und betrifft sie doch unmittelbar in ihrer Gesundheit. (vgl. auch Smith 1998). Eine Entmündigung in der Weise, dass man meint, rationierende Kosten-Nutzen-Analysen seien nicht zumutbar, da Entscheidungen nur als egalitär zu legitimieren seien, ist dabei nicht nur undemokratisch, sondern wahrscheinlich auch falsch. Auf die Frage, wie der Nutzen einer Beitragsstabilität erreicht werden könnte, nehmen bei den Befragten rationierende Optionen (z.B. weniger Kuren/weniger Arzneimittel/nur noch notwendige Leistungen) als von allen zu erbringende Kosten eine wichtige Bedeutung ein (vgl. Hallauer/Kern/Beske 1996). Zudem beweist gerade auch die breite Akzeptanz der Zuteilungspraxis in der Transplantationsmedizin, dass die *offene* Auseinandersetzung und daran anschließend transparente, nachvollziehbare Verfahren auch dann legitimierbar sind, wenn auch andere Mechanismen von Zugang und Verweigerung denkbar wären. - *Explizite* Rationierung ist v.a. dann vorstellbar, wenn nicht nach konkreten sozialen Gruppen rationiert wird, sondern wenn bspw. der Rechtszugang in einem liberalisierten Versicherungssystem nach der vom einzelnen gewählten Versicherungsart erfolgt. Die Tatsache, dass die Versicherungsart mit sozialen Kriterien korreliert (bspw. Armut) ist nicht gänzlich zu vermeiden und wird in einem gewissen Rahmen akzeptiert werden. Für die *implizite* Rationierung sollten begrifflich enge Kriterien angelegt werden. Am Beispiel von Transplantationsmedizin und Rettungswesen lässt sich zeigen, dass ein immanenter Systemzwang dann vorliegt, wenn eine komplette Bedarfsdeckung aus gegebenen Restriktionen heraus noch nicht einmal vorstellbar ist. Innerhalb eines solchen Definitionsrahmens ist die Notwendigkeit – nicht unbedingt die konkrete Ausformung – von Rationierung ethisch unproblematisch und damit legitimierbar.

Es bleibt damit abschließend festzuhalten, dass ein gesellschaftlicher Diskurs letztendlich klären muss, wieviel gleichen Güterzugang eine Gesellschaft sich leisten will, bzw. wo Nutzen- und Leistungsprinzip über Rechtszugang oder Rechtsverweigerung entscheiden. Eine absolut gleiche Versorgung kann es bei knappen Gütern nicht geben, und die Verschleierung bereits vorhandener, utilitaristisch begründeter Ungleichheiten vermindert diese nicht. Die Besitzstandsstrukturen der Interessensverbände neigen bisher dazu, ethische Aspekte von Allokationsentscheidungen weitgehend auszuklammern oder Rationierungen als egalitär zu deklarieren, was sie jedoch nicht sein können. Um von dieser ethisch undifferenzierten, rein allokationstechnischen Debatte zu einem ethisch geschärften, demokratischen Diskurs zu gelangen, bedarf es der Reform des Korporatismus in der Weise, dass die Betroffenen, also v.a. Leistungserbringer und Beitragszahler die Möglichkeit erhalten, sich innerhalb ihrer Interessensverbände bzgl. der Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse zu engagieren. Zwischen Utilitarismus und Egalitarismus ist damit der Rahmen des ethisch Denkbaren genauso abzustecken, wie das Spektrum der Maßnahmen, die in einem weitestgehenden Konsens gesellschaftlich akzeptiert werden können, wenn es darum geht Rechtszugang zu gewähren oder zu verweigern.

Literatur

- Alber, J. (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt a. M./ New York.
- Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin (WZB-Paper).
- Baier, H. (1988): Gibt es eine Ethik des Sozialstaats? – Über Moral und Interessen im Sozial- und Gesundheitswesen. In: G.Gäfgen, 1988.
- Baker, R. / Strosberg, M. (1992): Triage and Equality: An Historical Reassessment of Utilitarian Analyses of Triage. In: Kennedy Institute of Ethics Journal Vol.2, No.2.
- Beske, F. / Hallauer, J.F. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Köln 1999.
- Calabresi, G. / Bobbit, P. (1978): Tragic Choices. New York/London.
- Feuerstein, G. (1998): Symbolische Gerechtigkeit. Zur verfahrenstechnischen Ausblendung von Wertkonflikten in der Mikroallokation medizinischer Behandlungsressourcen. In: G.Feuerstein/E.Kuhlmann, 1998.
- Feuerstein, G. / Kuhlmann, E. (Hrsg.) (1998): Rationierung im Gesundheitswesen Wiesbaden.
- Fuchs, C. (1998): Was heißt hier Rationierung. In: E.Nagel/C.Fuchs, 1998.
- Gäfgen, G. (Hrsg.) (1988): Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden 1988.
- Gäfgen, G. (1988): Kollektivverhandlungen als konstitutiver Allokationsmechanismus korporatistischer Ordnungen. In: G.Gäfgen, 1988.
- Gäfgen, G. (1989): Gesundheit, Gerechtigkeit und Gleichheit: Distributive Aspekte der Gesundheitsversorgung. In: G.Gäfgen/P.Oberender (Hrsg.) 'Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen' Baden-Baden.
- Göke, M. / Hartwig, K.-H. (1998): Schwarzmärkte. In: M.Tietzel, 1998.
- Hallauer, J.F. / Kern, A.O. / Beske, F. (1996): Erwartungen des Beitragszahlers an eine leistungsfähige Krankenversicherung. Kiel.
- Henke, K.-D. (1988): Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG). In: G.Gäfgen, 1988.
- Höfling, W. (1998): Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat. In: G.Feuerstein/E.Kuhlmann, 1998.
- Kern, A.O./Beske, F./Lescow, H. (1999): Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? In: Deutsches Ärzteblatt H.3.
- Kliemt, H. (1996): Rationierung im Gesundheitswesen als rechts-ethisches Problem. In: P.Oberender (Hrsg.): Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen. Gräfelting.
- Knappe, E. (1988): Neokorporatistische Ordnungsformen als Leitbild einer Strukturreform im Gesundheitswesen? In: G.Gäfgen, 1988.
- Kühn, H. (1991): Rationierung im Gesundheitswesen – Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte. Berlin (WZB-Paper).
- Kuhlmann, E. (1998): (Zwischen zwei Mahlsteinen(– Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings. In: G.Feuerstein/E.Kuhlmann, 1998.
- Lehmbruch, G. (1988): Der Neokorporatismus in der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. In: G.Gäfgen, 1988.
- Mentzel, P. (1983): Medical Costs, Moral Choices. New Haven/London.
- Merke, K. (Hrsg.) (1997): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen. Berlin.
- Mielck, A./Backett-Milburn, K./Pavis, S. (1998): Perception of Health Inequalities in Different Social Classes, by Health Professionals and Health Policy Makers in Germany and in the United Kingdom. Berlin (WZB-Paper).
- Nagel, E./Fuchs, C. (Hrsg.) (1998): Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart/New York.
- Parsons, T. (1951): The Social System. Chapter X. London.
- Rebscher, H. (1998): Rationalisierung und Rationierung aus Sicht der Krankenversicherung. In: E.Nagel/C.Fuchs, 1998.

- Sass, H.-M. (Hrsg.) (1988): Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Berlin/Heidelberg/New York.
- Sass, H.-M. (1988): Persönliche Verantwortung und gesellschaftliche Solidarität. In: H.-M.Sass, 1988.
- Sass, H.-M. (1991): Ethische Expertise und Güterabwägung. In: H.-M.Sass/H.Viefhues (Hrsg.): Güterabwägung in der Medizin. Berlin/Heidelberg/New York.
- Schmidt, V.H. (1996): Veralltäglicung der Triage. In: Zeitschrift für Soziologie 25, H.6.
- Simon, M. (1996): Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 4.
- Simon, M. (1998): Krankenhausfinanzierung und Rationierung. In G.Feuerstein/ E.Kuhlmann, 1998.
- Smith, R. (1998): Plädoyer für eine offene Rationierungsdebatte. In: Deutsches Ärzteblatt 40.
- Streit, M. (1998): Neokorporatismus und marktwirtschaftliche Ordnung. In: G.Gäfen, 1988.
- Taupitz, J. (1998): Gesundheitsversorgung bei Ressourcenknappheit – Rechtliche Aspekte. In: E.Nagel/C.Fuchs, 1998.
- Theurl, T. (1998): Zufallsmechanismen (Lotterien). In: M.Tietzel, 1998.
- Tietzel, M. (Hrsg.) (1998): Ökonomische Theorie der Rationierung. München.
- Ziegler, M./Hirner, A. (1994): Auswirkungen des GSG auf Kliniken der Maximalversorgung. In: M.Arnold/D.Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report '94. Stuttgart/Jena.

Weitere Quellen

Diskussionsbeiträge und Vorträge in Merke 1997:

H.Bourmer – Ehrenpräsident der Ärztekammer Nordrhein

G.Glaeske – Barmer Ersatzkasse

L.Hansen – Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

W.Jacobs – Vorstandsvorsitzender der AOK-Rheinland

W.Klitzsch – Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein

F.Knieps – AOK-Bundesverband

K.-D. Kossow – Bundesvorsitzender des Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland

L.Krimmel – Geschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

W.Radtke – AOK-Rheinland

H. Rebscher – Vorsitzender des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen

J. Robbers – Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft

W.Schorre – Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

‘Deutsches Ärzteblatt’ H.40, 41, 45, 1998 / H.1/2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 1999

‘Hartmannbund Magazin’ H.2, 1999

Interview mit J.-D. Hoppe – Präsident der Ärztekammer Nordrhein in ‘Focus’ H.11, 1999

Interview mit R. Dreßler – Sozialpolitiker der SPD in ‘Süddeutsche Zeitung’ 12.2.1999

Interview mit H.-J. Ahrens – Vorsitzender des AOK-Bundesverbandes in

‘Süddeutsche Zeitung’ 24./25.4.1999

‘Süddeutsche Zeitung’ 20./21.2.1999 – „Kommt der ‘englische Patient’?“

Alexander Rommel, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V.

Godesberger Allee 54, 53175 Bonn

Tel. 0228-8104172, Fax. 0228-8104155

eMail: WIAD.Bonn@t-online.de