

JOACHIM WIEMEYER

## Rationierung von Gesundheitsleistungen und alternative Absicherungsformen

### Zusammenfassung

Im deutschen Gesundheitswesen ist wegen der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts mit erheblichen Ausgabenanstiegen zu rechnen. Damit wird sich ein zunehmender Rationierungszwang ergeben. Im vorliegenden Beitrag werden verschiedene Rationierungsformen dargestellt und sozioethisch bewertet. Eine Milderung von Rationierungszwängen könnte sich durch kapitalgedeckte Demographierücklagen, Einschränkungen der Wahlfreiheiten von Ärzten und Patienten, eine stärkere Steuerung des Patientenverhaltens sowie der Lenkung des medizinisch-technischen Fortschritts ergeben. Abschließend werden alternative Wege der gesellschaftlichen Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen einer diskursiven Öffentlichkeit, durch finanzbezogene Entscheidungen der Versicherten und entscheidungsbefugte Expertengremien behandelt.

### Schlüsselwörter

Gesundheitsökonomik – Gesundheitsethik – Rationierung im Gesundheitswesen – Vertragstheorie

### 1. PROBLEMSTELLUNG

1977 wurde das erste Kostendämpfungsgesetz im Gesundheitswesen in Deutschland verabschiedet. Seither hat der Gesetzgeber fortlaufend versucht, die Ausgabenentwicklung zu steuern, um einen starken Beitragsatzanstieg zu vermeiden. Dabei hat die Gesetzliche Krankenversicherung auf der einen Seite ein Einnahmenproblem, weil die Zahl sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze stagniert bzw. zurückgeht und zugleich die Lohnsteigerungen bzw. Rentenanhebungen gering sind oder ganz ausbleiben. Auf der anderen Seite gibt es auch ein Ausgabenproblem, weil eine steigende Zahl an Anbietern (Ärzte) mit entsprechenden Einkommenserwartungen den Gesundheitsmarkt betreten, neue teure medizintechnische Leistungen möglich werden, durch die Überalterung der Gesellschaft höhere Kosten anfallen, teure neue Krankheiten auftreten (Aids) etc. Die Vielzahl der Eingriffe des Gesetzgebers, der die direkten Zuzahlungen der Kranken fortlaufend erweitert und erhöht hat (Zahnersatz, Brillen, Arzneimittel, Krankenhausaufenthalt etc.), Leistungen ganz ausgegrenzt oder beschränkt hat (Bagatellarzneimittel, künstliche

Befruchtung, Fahrten zum Arzt) und die Krankenkassen noch durch einen Zuschuss aus dem Staatshaushalt entlastet hat, haben Beitragssatzanstiege nicht verhindern können. Ebenso hat der Gesetzgeber versucht, durch vielfältige Maßnahmen wie die Einführung von *Diagnosis related groups* (DRGs) im Krankenhaus Kosten zu beschränken, durch Budgets die Ausgaben der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu begrenzen, Arzneimittelausgaben zu steuern etc. Obwohl seit 30 Jahren alle zwei bis drei Jahre größere gesetzgeberische Eingriffe in das Gesundheitswesen erfolgten, haben alle diese Maßnahmen nicht ausgereicht, um die Beitragssätze zu senken. Nach der letzten Reparatur am Gesundheitswesen von 2003, die in Übereinstimmung der großen Volksparteien SPD und CDU/CSU vereinbart wurde, sollte der Beitragssatz zu Beginn 2006 bei 12,65 % liegen, tatsächlich liegt er oberhalb von 14 %. Während Arbeitgeber und Versicherte sich über hohe Beitragssätze beklagen, fühlen sich Leistungsanbieter (Ärzte) unterbezahlt.

Die Finanzierungsprobleme im deutschen Gesundheitswesen bestehen, obwohl sich das Soziale Sicherungssystem in den Jahren bis 2010 in einer aus demographischer Perspektive außerordentlich günstigen Situation befindet, da die geburtenstarken Jahrgänge von Mitte der 50er bis Mitte der 60er Jahre in der Phase ihrer größten Leistungsfähigkeit sind, relativ schwache Jahrgänge nachwachsen, und noch wegen der Bevölkerungsverluste im 2. Weltkrieg die ältesten Jahrgänge ausgedünnt sind. Demographisch bedingte Ausgabenanstiege sind erst nach 2020 verstärkt zu erwarten. Während die offizielle ‚Reformkommission der Bundesregierung zur Nachhaltigkeit in den Sozialen Sicherungssystemen‘ (‚Rürup-Kommission‘) – im Gegensatz zu ihren Berechnungen für die Rentenversicherung – längerfristige Beitragsprognosen für die Gesetzliche Krankenversicherung scheute, gehen viele Gesundheitsökonominnen von deutlichen Beitragssatzsteigerungen in den nächsten Jahrzehnten aus. So hält der Gesundheitsökonom Friedrich Breyer<sup>2</sup> einen Beitragssatz von 23 %–26 % nach 2030 für möglich und das ifo-Institut erwartet für 2035 23 %<sup>3</sup>.

In der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur demographischen Entwicklung haben Modellrechnungen über die mögliche Beitragsentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung bei den Politikern einen Schock ausgelöst und Ratlosigkeit hervorgerufen. In einem

---

<sup>1</sup> Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (Hg.), *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssystemen*, Berlin 2003.

<sup>2</sup> Vgl. *Friedrich Breyer*, *Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten*, in: *Detlef Aufderheide/Martin Dabrowski* (Hg.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik*, Berlin 2002, 11–27.

<sup>3</sup> Vgl. *Hans-Werner Sinn*, *Ist Deutschland noch zu retten?*, 4. Aufl., München 2003, 357.

*Worst-case-Szenario* hält der Gesundheitsökonom Dieter Cassel<sup>4</sup> sogar einen Beitragssatz von 39,5 % in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2050 für möglich.

Die Problematik der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen und seiner langfristigen Prognostizierbarkeit hängt von folgenden Faktoren ab: (1) Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts: Welche kostentreibenden Entwicklungen sind in der Zukunft möglich?<sup>5</sup> (2) Auftreten neuer behandlungsbedürftiger Krankheiten: So konnte keine Zukunftsprognose vor 20 Jahren Aufwendungen für AIDS einbeziehen (heute: Vogelgrippe?). (3) Ausmaß gegenläufiger kostensenkender Faktoren wie bessere Behandlungsmethoden (Mikrochirurgie mit der Folge kürzerer Krankenhausaufenthalte) oder Präventionsanstrengungen. (4) Demographische Entwicklung: Werden Menschen gesund älter oder ist die längere Lebenserwartung von längeren chronischen Erkrankungen gekennzeichnet? (5) Werden ein demographisch bedingter Mangel an Pflegekräften sowie die wachsende Auslandskonkurrenz um Ärzte dazu führen, dass im Gesundheitswesen überproportionale Gehaltssteigerungen erfolgen müssen? (6) Wie groß ist das noch vorhandene Rationalisierungspotential bei Krankenkassen (Verwaltungen) und Leistungserbringern? (7) Können über das bisherige Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung hinaus zusätzliche Ressourcen erschlossen werden?

Daher ist nicht absehbar, wie groß in Zukunft ökonomisch bedingte Rationierungszwänge sein werden. Nur diese sollen hier näher thematisiert werden, so dass Fragen der knappen Organverteilung ebenso ausgeklammert werden wie die Zuteilung von medizinischen Ressourcen in Katastrophenfällen.

Rationierung betrifft die Frage, wie unter den Bedingungen eines vom Grundsatz her solidarischen, und daher nicht aus individueller Zahlungsfähigkeit, sondern kollektiv (Versicherungsbeiträge und/oder Steuern) zu finanzierenden Gesundheitswesens, knappe Ressourcen verwandt werden. Rationierungsprobleme treten also dann auf, wenn sich eine Diskrepanz zwischen dem medizinisch-technisch Möglichen und dem Finanzierbaren auftut.

---

<sup>4</sup> Vgl. *Dieter Cassel*, Die Notwendigkeit ergänzender Alterungsreserven und höherer Rentner-Beiträge in der GKV, in: *Wirtschaftsdienst* 83 (2003) 75–80, 76.

<sup>5</sup> Vgl. dazu *Thomas Kopetsch*, Der medizinische Fortschritt und die Grenzen seiner Finanzierbarkeit, in: *List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik* 26 (2000) 33–50.

## 2. FORMEN UND ANSATZPUNKTE DER RATIONIERUNG VON GESUNDHEITSLAISTUNGEN

Rationierung kann sich auf verschiedene Sachverhalte beziehen.<sup>6</sup> Zunächst ist zwischen einer *primären* und einer *sekundären* Rationierung zu unterscheiden. Eine sekundäre Rationierung tritt auf, wenn in einer akuten Notsituation nicht hinreichend Ärzte, Intensivbetten etc. zur Verfügung stehen. Damit ist man in einer akuten Bedarfssituation zu Auswahlentscheidungen gezwungen. Mittel- oder langfristig wäre diese Rationierung aber beseitigbar, wenn zum Beispiel verstärkt Ärzte oder anderes Personal ausgebildet würden, in Intensivbetten investiert würde etc. Die primäre Rationierung betrifft die Frage, welche Menge an medizinischen Ressourcen gesellschaftlich zur Verfügung gestellt werden soll, selbst wenn erwartet werden kann, dass die Nachfrage zeitweise oder dauerhaft das Angebot übersteigen sollte. Diese beiden Formen können also mit folgenden Fragen unterschieden werden: (a) *Sekundäre Rationierung*: Wie soll eine aktuell gegebene Menge an medizinischen Ressourcen auf eine größere Zahl potentieller Nachfrager verteilt werden? (b) *Primäre Rationierung*: Wie soll gesellschaftlich die Menge der vorgehaltenen medizinischen Ressourcen (Studienplätze für Ärzte, Krankenhausbetten) festgelegt werden?

Wenn man primäre Rationierung vermeiden möchte, müsste man alle medizinisch-technisch möglichen Leistungen kollektiv finanzieren. Dies setzt die Bereitschaft der Bürger voraus, im Interesse von Krankenversorgungsleistungen unbegrenzt Beitragssatzsteigerungen hinzunehmen, und den daraus bedingten Verzicht an Konsum für private Konsumgüter und öffentliche Güter (innere und äußere Sicherheit, Bildung etc.) zu akzeptieren.

Wenn ein kollektiv finanziertes Gesundheitssystem primäre Rationierung kennt, gibt es eine weitere Problematik. Soll es eine *harte* oder *weiche* Rationierung geben? Eine harte Rationierung würde bedeuten, dass eine Leistung in Deutschland nicht nur nicht von der Krankenversicherung bezahlt wird, sondern generell nicht angeboten wird bzw. sogar gesetzlich verboten ist. Eine solche harte Rationierung findet man bei ethisch überwiegend abgelehnten Methoden wie der Präimplantationsdiagnostik, die nicht nur nicht von der Krankenkasse bezahlt wird, sondern auch gesetzlich in Deutschland untersagt ist. Von einer weichen Rationierung

---

<sup>6</sup> Vgl. Friedrich Breyer/Carlo Schultheiss, Altersbezogene Rationierung von Gesundheitsleistungen, in: Eberhard Wille (Hg.), Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, Baden-Baden 2003, 169–193.

kann man immer dann sprechen, wenn eine Leistung nicht von der Krankenversicherung bezahlt wird, aber ein privater Kauf möglich ist. Dies gilt zum Beispiel für die Behandlungen bei Heilpraktikern und anderen Anbietern von Naturheilverfahren, die privat getragen werden müssen.

Das Beispiel der Präimplantationsdiagnostik, wo Deutsche solche Untersuchungen auf eigene Kosten in Nachbarländern nachfragen, zeigt, dass bei offenen Grenzen eine harte Rationierung nur begrenzt möglich ist, und eher nur dort durchgesetzt werden kann, wo sie nicht primär aus Kostengründen erfolgt, sondern aufgrund ethischer Ablehnung, die auch transnational getragen wird.

Wenn eine Gesellschaft eine primäre Rationierung vornimmt, ist eine weitere Unterscheidung wichtig: Die Rationierung kann *explizit* oder *implizit* erfolgen. Explizit ist eine Rationierung, die öffentlich thematisiert wird und gesellschaftlich bekannt ist, weil Rationierungsregelungen zum Beispiel im Krankenversicherungsgesetz enthalten sind. So gab es für künstliche Befruchtung unter anderem folgende explizite Rationierungsregelungen:<sup>7</sup> (1) Es wurde ein Mindest- (25 Jahre) und ein Höchstalter (40 Jahre für die Frau und 50 Jahre beim Mann) festgelegt. (2) Die Anzahl der Versuche für Paare war zahlenmäßig auf drei begrenzt (mit Selbstbeteiligung von 50 %).

Implizite Rationierung liegt dann vor, wenn faktisch rationiert wird, aber diese Rationierung nicht durch öffentliche Regelungen gesteuert ist, sondern aufgrund von intransparenten Einzelfallentscheidungen von Ärzten, Krankenhausverwaltungen oder Kassen erfolgt. Implizite Rationierung kann für den einzelnen betroffenen Patienten die Fiktion aufrechterhalten, dass alles medizinisch Mögliche für ihn getan wurde, obwohl ihm bestimmte Therapiemaßnahmen aus finanziellen Gründen vorenthalten wurden. Es wird in diesem Zusammenhang gelegentlich auch von „barmherziger Lüge“<sup>8</sup> gesprochen. An impliziter Rationierung können Ärzte ein Interesse haben, weil sie dann ohne feste Vorgaben über Einzelfälle entscheiden könnten, so dass ihr Dispositionsspielraum erhöht wird, zumal die Mehrheit der Patienten weder über die genaue Art ihrer Erkrankung und mögliche Krankheitsverläufe noch über alternative Therapiemöglichkeiten informiert ist.

---

<sup>7</sup> Vgl. *Deutscher Bundestag*, Drucksache 15/5980 vom 06.09.2005: Bericht der Enquete-Kommission ‚Ethik und Recht der modernen Medizin‘. Über den Stand der Arbeit, 27.

<sup>8</sup> *Thomas Gutmann/Volker H. Schmidt*, Einführung, in: *Dies.* (Hg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, 7–40, 24.

Rationierungsentscheidungen können sich auf unterschiedliche Ebenen (*Makro-, Meso- und Mikroebene*)<sup>9</sup> beziehen: Eine erste Rationierungsebene betrifft die Gesamtwirtschaft, indem für kollektiv finanzierte gesundheitliche Leistungen eine Obergrenze (zum Beispiel am Bruttosozialprodukt oder an der individuellen Beitragshöhe der Versicherten orientiert) festgelegt wird. Die zweite Rationierungsebene betrifft dann die Frage, wie die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel verteilt werden, zum Beispiel für Prävention oder Krankenbehandlung. Die Mittel für Krankenversorgungsleistungen sind wiederum auf einzelne Bereiche wie ambulante und stationäre Versorgung, Arzneimittel, zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz, Rehabilitation etc. zu verteilen. Eine weitere Rationierungsebene ist die des einzelnen Patienten, die Mikroebene, auf der ein Arzt, zum Beispiel im Rahmen eines vorgegebenen Budgets entscheidet, welcher seiner Patienten welche Leistungen erhält.

### 3. NORMATIVE PERSPEKTIVEN ZUR RATIONIERUNG

#### 3.1 Die Begründung einer solidarischen Gesundheitsversorgung

Wenn man die Frage des Gesundheitswesens normativ reflektieren will, stellt sich die Wahl nach dem angemessenen ethischen Instrumentarium. Hier wird vorgeschlagen, sich des vertragstheoretischen Instrumentariums in der Rawlsschen Variante zu bedienen.<sup>10</sup> Dabei geht es nicht um eine genaue Übernahme, sondern eine freie Handhabung seiner Grundstruktur.<sup>11</sup> Im Kontext einer christlich-sozialethischen Reflexion erscheint eine solche Rezeption als legitim, weil Rawls in kantischer Tradition von der gleichen Menschenwürde aller ausgeht. Mit dem ‚Schleier des Nichtwissens‘ ist in seiner Konzeption der zentrale Gesichtspunkt der Unparteilichkeit verankert. Auch enthält seine Konzeption eine besondere Rücksichtnahme auf Schwächere, so dass der aus der Theologie der Befreiung stammende Gesichtspunkt der ‚vorrangigen Option für die Armen‘ eine besondere Rolle spielt. Im Kontext dieses methodischen

<sup>9</sup> Vgl. ebd. 16–23.

<sup>10</sup> *John Rawls*, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt 1979, selbst hat Fragen des Gesundheitswesens ausgeklammert.

<sup>11</sup> *Werner Wertgen*, Solidarität und Eigenverantwortung – oder Rationierung? Ethische Überlegungen zur Strukturkrise des deutschen Gesundheitswesens, in: *Münchener Theologische Zeitschrift* 56 (2005) 258–272, insbes. 262f. spricht sich auch für eine kontraktualistische Perspektive aus, hält aber auch diskursive Normierungsansätze für sinnvoll, während er utilitaristische und libertarianistische Ansätze ablehnt.

Rahmens sind die institutionellen Grundlagen der Gesellschaft im Hinblick auf Fragen der Gesundheit zu analysieren. Dabei ist im Rahmen solcher fundamentaler Überlegungen zunächst festzuhalten, dass Gesundheit ein besonderes Gut<sup>12</sup> darstellt. Gesundheit ist für den Einzelnen eine wichtige Voraussetzung dafür, dass er andere Güter genießen und seine Lebenspläne verwirklichen kann. Die Gesundheit des Einzelnen hängt nun ab von: (1) Angeborener Gesundheitsveranlagung (vererbte Krankheiten etc.); (2) Gesundheitsbelastungen in der Umwelt (Lärm, Luftverschmutzung, Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse etc.); (3) Gesundheitsverhalten des Einzelnen selbst (Schlaf, Ernährung, Bewegung, Sport, Genussmittelmissbrauch); (4) Verbreitung des Gesundheitswissens in einer Gesellschaft (Hygiene, Vermeidung von Infektionen); (5) Krankenversorgungsleistungen.

Es ist daher zunächst wichtig festzuhalten, dass im Hinblick auf den individuellen Gesundheitszustand, von dem die Realisierung der Lebenspläne abhängt, die im Mittelpunkt der Rationierungsdiskussion stehenden Krankenversorgungsleistungen nur ein Faktor unter anderen ist. In einer grundlegenden gesellschaftlichen Reflexion ist weiterhin zu fragen wie hoch genau für den Einzelnen die Bedeutung von Gesundheit sind, und ob der Einzelne in einer freien Gesellschaft das Recht hat, zwischen Beeinträchtigung seiner Gesundheit und anderen Gütern abzuwägen. Faktisch finden solche Abwägungen statt: (1) Menschen machen zur Erzielung finanzieller Vorteile Überstunden, nehmen weitere Jobs zur Einkommensvermehrung an, akzeptieren Tätigkeiten mit höheren Gefahren wegen finanzieller Vorteile, obwohl diese ihre Gesundheit beeinträchtigen können. (2) Menschen verfolgen einen gesundheitsschädlichen Lebenswandel (Rauchen, Alkohol und Suchtmittel, Übergewicht, Schlafmangel, Bewegungsarmut) etc. (3) Menschen nehmen bewusst Risiken auf sich, suchen bewusst einen *Risikokick* (Motorradfahren auf Alpenpässen, andere Risikosportarten). (4) Menschen nehmen im Interesse ihnen hochwertiger erscheinender Güter ggf. auch eine Verkürzung ihrer Lebenserwartung hin, etwa indem sie sich für andere Menschen aufopfern.<sup>13</sup>

Insofern ist die längstmögliche Lebenszeit nicht unbedingt die erstrebenswerteste. Im Rahmen einer freiheitlichen Gesellschaft wird ein ge-

---

<sup>12</sup> Vgl. *Wolfgang Kersting*, Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik, in *Thomas Gutmann/Volker H. Schmidt* (Hg.), Rationierung und Allokation (Anm. 8), 41–89, 42.

<sup>13</sup> Diese Dimension ist im Kontext der christlichen Ethik immer vertreten worden. Vgl. *Antonellus Elsässer/Nikolaus Knoepffler*, Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Christliche Perspektiven, in: *Thomas Gutmann/Volker H. Schmidt* (Hg.), Rationierung und Allokation (Anm. 8), 221–234, insbes. 223.

sundheitsschädliches Verhalten des Einzelnen für seine individuelle Gesundheit – sei es für höhere Güter oder freiwillig auf sich genommene Risiken – auch hingenommen. Einschränkungen von Gesundheit bzw. bestimmte Gesundheitsrisiken werden auf Grund anderer Vorteile gesellschaftlich akzeptiert, etwa der Straßenverkehr mit einer hohen Zahl von Unfalltoten und Verletzten.

Dies bedeutet, dass der Gesundheit zwar ein hoher Rang in der Güterhierarchie zukommt, sie aber trotzdem auch in Abwägungsprozesse mit anderen individuellen wie kollektiven Gütern eingehen kann. Zudem darf in einer gesamtgesellschaftlichen Betrachtung das Ziel der Gesundheitserhaltung nicht auf Krankenversorgungsleistungen beschränkt werden, sondern muss umfassend in den Blick genommen werden. Daraus ergeben sich folgende Zielsetzungen: (1) Die materielle Grundversorgung (Existenzminimum) muss so bemessen sein, dass eine hinreichende gesundheitskonforme Ernährung für alle möglich ist (nicht nur ausreichende Kalorien, sondern gesunde, vitaminreiche Ernährung). (2) Eine Wohnung, die eine gesunde Lebensweise zulässt, muss für alle gegeben sein, zum Beispiel keine Überbelegung, die Hygiene schwierig macht und für eine schnelle Verbreitung von Infektionen sorgt. (3) Die einzelnen Bürger müssen ausreichend über die Voraussetzungen einer gesunden Lebensweise aufgeklärt sein. (4) Durch Arbeitsschutz- und Umweltschutzmaßnahmen sowie das Wohnumfeld müssen krankheitsfördernde Einflüsse von Einzelnen ferngehalten werden.

Selbst wenn alle diese Maßnahmen in der Gesellschaft ausreichend gegeben sind, gehören Krankheiten, letztlich Sterben und Tod, zu den anthropologischen Grundtatsachen des menschlichen Lebens. Jede halbwegs ernsthafte und nicht nur vorübergehende Erkrankung stellt in der Regel eine erhebliche Beeinträchtigung des gewohnten Lebens dar. Sie ruft Ängste hervor. Auch aus diesem Grund ist es sinnvoll, wenn sich solche Besorgnisse nicht auch noch auf den eigenen materiellen Lebensunterhalt beziehen müssen und die Sorge darum, wie Behandlungskosten getragen werden. Daher sind Regelungen einer Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und die Übernahme von Krankheitskosten durch eine Krankenversicherung sinnvoll. Die Krankenversicherungskosten sind deswegen solidarisch zu tragen. Dies wird auch von liberalen Ökonomen<sup>14</sup> geteilt, wenn

---

<sup>14</sup> Vgl. *Friedrich Breyer*, Gesundheitsreform: Solidarität und Eigenverantwortung stärken, in: *Klaus F. Zimmermann* (Hg.), *Deutschland – was nun? Reformen für Wirtschaft und Gesellschaft*, München 2006, 103–118. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, *Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen*. Jahresgutachten 2005/06, 5. Kapitel, 387–421.

sie die in Deutschland vorhandene Trennung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung kritisieren, die verhindert, dass die leistungsfähigsten Gesellschaftsmitglieder unmittelbar in den Sozialausgleich einbezogen sind.<sup>15</sup> Daher kann man davon ausgehen, dass ein solidarisches Gesundheitssystem prinzipiell konsensfähig ist und die Vorsorge für Krankheitsaufwendungen nicht der individuellen freiwilligen Vorsorge überlassen wird. Ein solches solidarisches Gesundheitssystem ist auch dadurch zu begründen, dass eine angeborene höhere Krankheitsanfälligkeit einer Person als ein ausgleichsbedürftiger Tatbestand angesehen wird. Hinter einem Rawlsschen ‚Schleier des Nichtwissens‘ muss man damit rechnen, dass man sich in einer realen Gesellschaft als eine so beeinträchtigte Person wiederfindet, die geringere Chancen der Einkommenserzielung und größere Belastungen für Krankheitskosten zu tragen hat.

### *3.2 Umfang und Niveau der solidarischen Absicherung bei Krankheit*

Mit der auf der fundamentalen Begründungsebene getroffenen Entscheidung für ein prinzipiell solidarisches Krankenversorgungssystem für alle Bürger ist eine Vielzahl von Anwendungsfragen dieses Systems nicht gelöst, unter anderem die folgenden:

(1) Was gilt als Krankheit, die grundsätzlich eine kollektive Zahlungsverpflichtung auslösen kann? Gilt dies für den Abbruch ungewollter Schwangerschaften, Sterilisation, empfängnisverhütende Mittel, künstliche Befruchtung, potenzsteigernde Mittel, plastische Chirurgie etc.?

Der Leistungskatalog einer kollektiv finanzierten Gesundheitsversorgung ist restriktiv zu handhaben. Nur die Leistungen, für die angenommen werden kann, dass ein breiter gesellschaftlicher Konsens besteht, dürfen kollektiv finanziert werden. Sonst würden auch von Personen, die solche Leistungen aus ethischen Gründen ablehnen oder bestimmte Leistungen niemals benötigen oder in Anspruch nehmen werden, dafür Zwangsbeiträge erhoben. Dabei kann man aber nicht jeder kleineren Gruppe in der Gesellschaft eine Vetoposition einräumen. So wird man zum Beispiel die Finanzierung von Bluttransfusionen nicht ausschließen, weil die Zeugen Jehovas dies ablehnen. Hier liegt eine hinreichende Re-

---

<sup>15</sup> Da Privatversicherte höhere Preise als gesetzlich Versicherte zahlen, und diese Preisunterschiede weit über Leistungs- und Qualitätsunterschiede hinausgehen, subventionieren sie indirekt die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, wenn erst die Zahlung der Privatversicherten bestimmte Angebote rentabel machen, z. B. die Anschaffung von Geräten in einer Arztpraxis.

spektierung der Gewissensfreiheit vor, wenn man nicht gezwungen ist, solche Leistungen selbst in Anspruch zu nehmen.

(2) Sind alle in der Gesellschaft angebotenen Behandlungsmethoden (zum Beispiel Heilpraktiker, Homöopathie, Naturheilverfahren) zu finanzieren oder darf die Gesellschaft Verfahren festlegen, nach dem nur bestimmte Behandlungsarten bei zugelassenen Anbietern kollektiv finanziert werden?

Bei Therapieverfahren, an deren Wirksamkeit nur ein Teil der Gesellschaftsmitglieder glaubt, die von großen Teilen der beruflichen Profession und Wissenschaft abgelehnt werden, ist ein Ausschluss aus dem solidarischen Leistungskatalog legitim. Sie sollten aber in einer freiheitlichen Gesellschaft grundsätzlich zugelassen werden. Dafür sprechen auch folgende beiden Gründe: In den Naturheilverfahren kann erstens Erfahrungswissen überliefert sein, dessen Wirkungsketten mit den gegenwärtigen naturwissenschaftlichen Verfahren (noch) nicht nachgewiesen werden können. Eine Aufdeckung der therapeutischen Zusammenhänge ist in Zukunft möglich. Zweitens handelt es sich bei vielen Erkrankungen um eine Mischung von biochemischen und psycho-sozialen Aspekten. Dabei können auf der biochemischen Ebene bisher nicht nachweislich wirksame Verfahren auf der psychisch-sozialen Ebene positiv wirken.

(3) Welches Qualitätsniveau von Krankenversorgungsleistungen soll kollektiv finanziert werden (zum Beispiel Größe und Ausstattung von Zimmern im Krankenhaus, die Frage der neusten Medikamente, der neusten technischen Geräte etc.)?

Krankenversorgungsleistungen sollten sich auf dem üblichen gesellschaftlichen Niveau befinden und mit seiner Anhebung sich mitentwickeln. Das heißt es darf weder durch eine Unterfinanzierung im medizinischen Bereich ein Zurückfallen hinter die üblichen gesellschaftlichen Standards geben, noch ist jeweils die neueste Spitzentechnik flächendeckend erforderlich. In ihrem täglichen Leben nutzen die Menschen ja auch nicht jeweils die neusten Technologien, auch dann, wenn von älteren Technologien größere Gesundheitsgefahren ausgehen (ältere Handys) oder solche vermieden werden können (Airbag, Anti-Blockier-System bei Autos).

(4) Gilt eine solidarische Zahlungsverpflichtung auch für die Versicherten, die ihre Krankheit durch eigenes (Fehl-)Verhalten (mit-)verursacht haben und/oder die durch ihr Verhalten – zum Beispiel Missachtung der Therapievorschlüsse der Ärzte, Ärztehopping etc. – die Behandlungskosten unnötig erhöhen?

In einer Solidargemeinschaft gibt es Rechte und Pflichten. Das Recht besteht im Kontext einer Erkrankung darin, dass die Versichertengemeinschaft die Behandlungskosten übernimmt. Die primäre Pflicht besteht zunächst darin, dass der einzelne Versicherte seinen Beitrag leistet. Darüber hinaus hat er aber auch die Verpflichtung, für seine eigene Gesundheit zu sorgen und nicht unnötig die Versichertengemeinschaft in Anspruch zu nehmen. Weiterhin hat der Einzelne im Krankheitsfall das zu tun, was zur Wiederherstellung seiner Gesundheit erforderlich ist und in Zukunft unnötige Krankheitskosten zu vermeiden. Auf die Konsequenzen dieser ethischen Überlegungen wird noch näher einzugehen sein.

Mit diesen Problemen sind zwar normativ relevante Fragen einer solidarischen Gesundheitsversorgung angesprochen, ohne dass man damit aber zum Kern der Rationierungsproblematik vorgestoßen ist.

### *3.3 Sozialethische Beurteilung einzelner Rationierungsverfahren*

Da von dem fundamentalen Schritt der primären Rationierung alle weiteren Schritte bzw. Rationierungsformen abhängen, wird diese hier ausführlicher thematisiert.

#### *3.3.1 Zur Legitimation einer primären Rationierung*

In einer vertragstheoretischen Situation wird man zunächst entscheiden müssen, ob man eine primäre Rationierung für solidarisch finanzierte Krankenversorgungsleistungen einführen möchte. Da es in einer vertragstheoretischen Ausgangssituation um Gesundheit, nicht aber um Krankenversorgung geht, wird man mögliche gesellschaftliche Ausgaben für Krankenversorgungsleistungen gegen andere Leistungen, die mit Gesundheit zu tun haben, abwägen. Wenn zum Beispiel durch Kürzungen der Ausgaben für innere Sicherheit mehr Gewaltopfer durch Verbrechen vorhanden sind, nützt es diesen wenig, medizinisch gut versorgt zu werden. Man wird für den Gesundheitszustand der Bevölkerung nützliche Ausgaben für Bildung, Umweltschutz, Arbeitssicherheit etc. nicht kürzen, um eine bessere Krankenversorgung bereitzustellen. Private Konsumausgaben wie für Ernährung, Wohnen, aber auch Kultur und Erholung, sind für die physische und psychische Gesundheit von Menschen wichtig. Dabei muss ein freier Dispositionsspielraum beim Einkommen für Konsumgüter verbleiben, die dem einzelnen Menschen Lebensfreude vermitteln.

Um die Frage einer angemessenen Gesundheitsversorgung in der Gesellschaft zu thematisieren, ist es methodisch sinnvoll, diese Frage aus

der Perspektive eines für die Gesellschaft repräsentativen Individuums zu betrachten. Dies ist ein Durchschnittsverdiener mit durchschnittlichen Krankheitsrisiken, der im Rahmen eines solidarischen Gesundheitssystems weder Nettoempfänger noch Nettozahler ist. Durch diese methodische Reduktion wird die Frage der Gesundheitskosten zu einer Problematik der angemessenen Verteilung des Lebenseinkommens des Einzelnen. Wenn man die Verwendung des Lebenseinkommens analysiert, beinhaltet dies, dass man von anthropologischen Voraussetzungen und Grundannahmen ausgehen muss. Unter den Bedingungen eines vernünftigen Pluralismus können dies aber keine *starken*, das heißt inhaltlich gehaltvollen Annahmen sein. So wird man etwa im Kontext einer christlichen Anthropologie davon ausgehen, dass ökonomische Mittel für die eigene Religionsgemeinschaft bereitgestellt werden, dass Mittel zur Solidarität mit Bedürftigen (zum Beispiel in der Dritten Welt) verwandt werden, hingegen andere Ausgaben (übermäßiger Gebrauch von Genussmitteln, Glücksspiele etc.) eher als verpönt gelten. Da es aber um Regelsysteme für pluralistische Gesellschaften geht, kann es nur um die Grenzen kollektiver Bindungen und die notwendigen Freiräume für eigene Dispositionsspielräume gehen. Im Kontext solcher Abwägungen muss das repräsentative Individuum Prioritäten setzen und einzelne Ausgabenkategorien gegeneinander gewichten. Solche Abwägungsprozesse können etwa in diesem Kontext die Frage betreffen, ob der Durchschnittsbürger Ressourcen für Besitz und Gebrauch eines PKW und jährliche Urlaubsreisen haben möchte oder ob diese Ressourcen für Krankenversorgungsleistungen zu verwenden sind. Da Gesundheit für den Einzelnen große Bedeutung hat, wird man einen nennenswerten Teil des Lebenseinkommens für Krankenversorgungsleistungen verwenden. Da Menschen jedoch in der Regel nicht ihre *gesamte* private Lebensgestaltung (Schlaf, Ernährung, Bewegung, Genussmittelgebrauch) einer Askese im Sinne der Gesundheit unterwerfen möchten, werden sie im Sinne dieser relativen Bedeutung von Gesundheit auch nicht ihre freien Dispositionsspielräume im Einkommen der Krankenversorgung vollständig opfern. Sie werden vielmehr selbst die Aufwendungen für Krankenversorgungsleistungen in ihrem Lebenseinkommen rationieren.

Was für die individuellen Lebenspläne notwendig ist, wird man jenseits eines Bereichs von dem ein breiter gesellschaftlicher Konsens angenommen werden kann, den einzelnen Menschen selbst überlassen. Dies hat dann aber zur Konsequenz, dass das Ausmaß der gesellschaftlich kollektiv finanzierten Bereiche insgesamt begrenzt bleibt. Dies gilt auch dann, wenn in der Gesellschaft die für eine gesundheitsförderliche Lebensweise notwendigen Mittel falsch verwandt und freie Konsummöglichkeiten un-

sachgemäß, das heißt in diesem Kontext gesundheitsschädlich gebraucht werden. Eine Gesellschaft kann nicht bestimmte Formen guten Lebens vorschreiben und diese Formen durch gesellschaftliche Kontrollen und Regulierungen umfassend erzwingen. Auch ein hochrangiges Gut wie ‚Gesundheit‘ ist keine Rechtfertigung dafür, soweit von dem Einzelnen nicht Ansteckungsgefahren ausgehen, sondern dies nur seine eigene Gesundheit betrifft, eine umfassende Regulierung einzuführen. Entsprechend moralisch aufgerüstete Versuche zum Beispiel der Antialkoholbewegung in den USA oder in Schweden sind in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts ja gescheitert. Was Ergebnis der modernen Anti-Raucher-Kampagnen sein wird, muss abgewartet werden.

Man kommt also zur Schlussfolgerung, dass man in einer unparteiischen vertragstheoretischen Grundkonstellation eine primäre Rationierung von Krankenversorgungsleistungen beschließen wird, wenn das Ausmaß der Gesundheitsausgaben einen erheblichen Teil an der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung ausmacht, so dass zur Finanzierung von solidarisch finanzierten Krankenversorgungsleistungen andere, gesundheitlich auch relevante kollektiv finanzierte Bereiche reduziert werden müssten und zugleich der Teil der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung, der einer privaten Disposition unterliegt, stark eingeschränkt werden muss. Dieses Einräumen eines freien Dispositionsspielraums geschieht in dem Bewusstsein, dass ein Teil der Bevölkerung diese Mittel auch für gesundheitsgefährdende Aktivitäten ausgeben wird.

In der systematischen Logik dieser Argumentation ist *Rationierung die überlegte und freiwillig gewählte Selbstbeschränkung von Krankenversorgungsleistungen*. Damit ergibt sich ein fundamentaler Wechsel des Rationierungsverständnisses: Häufig wird Rationierung als eine (willkürliche) Vorenthaltung von Krankenversorgungsleistungen durch Fremde (den Staat, Krankenkasse, Krankenhausverwaltungen, Ärzte) verstanden. Daraus ergibt sich per se ihre grundsätzliche Ablehnung. Zwar ist in der Praxis eine solche ungerechte Form der Rationierung möglich. Daraus darf aber nicht auf die Ablehnung von Rationierung insgesamt geschlossen werden. In einer normativ reflektierten Sicht ist Rationierung von Krankenversorgungsleistungen legitim.

Es hat sich als methodisch sinnvoll erwiesen, die Problematik von einem repräsentativen Individuum her zu konzipieren. Sie ist geeignet das *gesellschaftliche Niveau der Krankenversorgungsleistungen* am Lebensinkommen eines Menschen näher zu bestimmen. Diese methodische Betrachtung kann im Kontext empirischer Daten konkretisiert werden: Ob ein empirisches Gesundheitssystem kollektiv eine unerwünscht große

oder eine zu geringe Vorsorge betreibt<sup>16</sup>, könnte man zum Beispiel daran ablesen, ob ein solcher Durchschnittsbürger über den kollektiven Rahmen hinaus in erheblichem Umfang Zusatzleistungen privat bezahlt oder Zusatzversicherungen abschließt. Dies könnte auf ein zu geringes Niveau hindeuten. Wenn eine deutliche Beitragssenkung (mit Leistungskürzungen) nicht für private Zusatzzahlungen bzw. zusätzliche private Versicherungen verwandt würde, würde dies auf eine Überversicherung hindeuten.

Da im Kontext eines vertragstheoretischen Systems Fragen der Verteilungsgerechtigkeit eine große Bedeutung zukommt, ist der auf diesem Niveau festgelegte Anteil des Einkommens für Gesundheitsleistungen allen Gesellschaftsmitgliedern zu garantieren. Das heißt dass alle Gesellschaftsmitglieder, die ein unterdurchschnittliches Einkommen haben, trotzdem Anspruch auf Gesundheitsleistungen in einem Umfang haben, der dem durchschnittlichen Gesellschaftsmitglied entspricht, während alle diejenigen, die ein überdurchschnittliches Einkommen haben, zur solidarischen Finanzierung verpflichtet sind.

Im Kontext der ethisch reflektierten Verwendung von Lebenseinkommen stellt sich die Frage, ob man daraus auch für die Verwendung von Krankenversorgungsleistungen auf verschiedene Krankheiten Schlussfolgerungen ziehen kann. Im Kontext der Rawlsschen Denkstrukturen stellt sich im Gesundheitswesen die Frage, wer zu den schwächsten Gesellschaftsmitgliedern gehört, auf die in besonderer Weise Rücksicht genommen werden soll. Dies sind zweifellos Einkommensschwache, weshalb ja oben bereits die solidarische Gesundheitsversorgung gefordert wurde. Es könnte sich auch für Rationierungsentscheidungen die Frage stellen, ob innerhalb der kranken Personen eine besondere Gruppe von Bedürftigen auszumachen ist, für die eine prioritäre Berücksichtigung gelten müsste. Zu dieser prioritären Gruppe gehören zweifellos schwer erkrankte Personen, vor allem diejenigen, denen Dauerschäden drohen oder die vom Tod bedroht sind. Dies könnte dafür sprechen, dass man Krankenversorgungsleistungen, die nicht im Zusammenhang mit einer schweren Erkrankung verbunden sind, eher aus dem Leistungskatalog ausgliedern bzw. mit einer Direktbeteiligung belegen könnte. Dies ist aber nicht unproblematisch, weil zum Beispiel eine unzureichende Brille eine erhöhte Gesundheitsgefährdung etwa im Straßenverkehr darstellen kann. Grund-

---

<sup>16</sup> Ähnlich argumentiert *Stefan Huster*, Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: *Oliver Rauprich/Georg Marckmann/Jochen Vollmann* (Hg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn 2005, 187–211, insbes. 203.

sätzlich ist es aber sinnvoll, leichtere Erkrankungen auszugliedern und schwerwiegende Erkrankungen prioritär zu behandeln.

Im Kontext der Rationierungsdebatte ist noch auf folgende Problematik hinzuweisen: Zwischen der normativen Reflexion (hinter einem ‚Schleier des Nichtwissens‘) und den daraus erwachsenden Schlussfolgerungen und den Konsequenzen der als gerecht gebilligten Normen in der Realität können sich immer Diskrepanzen ergeben. Wenn man Abiturienten vor Beginn eines Studiums befragen würde, ob diejenigen, die von ihnen das Studium erfolgreich beenden und beruflich Karriere machen, über eine progressive Einkommenssteuer mehr zum Gemeinwesen beitragen sollten als diejenigen, die weniger verdienen werden, kann die Zustimmung größer sein, als wenn später konkret die progressive Einkommenssteuer zufasst. Ähnlich ist es, wenn kein Krieg absehbar ist, und man grundsätzlich die Frage von Wehrpflicht und Krieg thematisiert. Dann wird man einen demokratischen Rechtsstaat gegen einen diktatorischen Aggressor verteidigen wollen. Wenn man in Folge eines solchen Kriegs früh sterben muss oder lebenslang durch Kriegsverletzungen behindert wird, mag dies dann anders beurteilt werden. Insofern unterscheidet sich die normative Reflexion im Gesundheitswesen nicht von anderen Bereichen grundlegender sozialetischer Überlegungen.

### 3.3.2 Explizite Rationierung

Aus vertragstheoretischer Sicht gilt es, die im Gesellschaftsvertrag beschlossenen Grundentscheidungen in der gesellschaftlichen Realität durchzusetzen, praktisch anzuwenden und zu konkretisieren. Dazu sind im Gesellschaftsvertrag Verfahren der politischen Öffentlichkeit und der demokratischen Willensbildung institutionalisiert worden. Sowohl die Feststellung, dass das Ausmaß kollektiv finanzierter Gesundheitsvorsorge wie die gesamte Abgabenbelastung eine Grenze erreicht hat, die eine primäre Rationierung notwendig macht, bedarf eines offenen gesellschaftlichen Diskurses wie seiner Feststellung durch demokratische Entscheidungsprozesse.<sup>17</sup> Diese dürfen sich aber nicht darauf beschränken, zum Beispiel durch Budgetierung eine primäre Rationierung durchzuführen, aber dann anderen Akteuren die faktische Rationierung zu überlassen. Eine implizite Rationierung führt dazu, dass Ärzte nach eigenen Wertvorstellungen der Behandlung bestimmter Patienten Priorität einräumen, wie dies heute schon bei der Anmeldung zu Organtransplan-

---

<sup>17</sup> Vgl. *Peter Dabrock*, Menschenbilder und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 123 (2003) 210–213, 210.

tationen geschieht. Dort wird zwar rein medizinisch-naturwissenschaftlich argumentiert, faktisch aber verschleiert, dass es sich um politisch-ethische Fragestellungen handelt.<sup>18</sup>

Die Gefahr besteht darin, dass Patienten, die informiert und durchsetzungsfähig sind bzw. die über Angehörige mit diesen Fähigkeiten verfügen, eher Leistungen erhalten als Personen, die diese Möglichkeiten nicht haben. Im Sinne einer möglichst weitgehenden Gleichbehandlung sollten Rationierungskriterien explizit sein.<sup>19</sup> Dies kann auch für Entscheidungsträger vor Ort (wie Ärzte) eine Entlastung bedeuten.

### 3.3.3 Zur Legitimation einer weichen Rationierung

Aus ethischer Sicht gibt es sowohl für eine harte als auch für eine weiche Rationierung jeweils eine gute Begründung. Wenn man zwei Personen mit identischem Einkommen betrachtet, können sie unterschiedliche Präferenzen hinsichtlich medizinischer Güter haben, zum Beispiel in dem der eine Naturheilverfahren vertraut, ein anderer nicht. Auch kann einer bereit sein, einen höheren Anteil am Einkommen für Krankenversorgungsleistungen auszugeben als der andere. In einer freiheitlichen Gesellschaft wird man dem Einzelnen, der mehr Geld für Krankenversorgungsleistungen ausgeben will, dies gestatten.

Wenn man hingegen zwei Personen mit deutlich unterschiedlichem Einkommen betrachtet, und fragt, ob man beiden erlauben soll, Krankenversorgungsleistungen zu kaufen, wird derjenige, der erheblich größere Kaufkraft hat, größere Möglichkeiten des Zukaufs von Krankenversorgungsleistungen haben. Im Sinne eines möglichst gleichen Zugangs zu Krankenversorgungsleistungen wird man daher eher für eine harte Rationierung plädieren.

Wenn man in diesen Konflikt zwischen Freiheit und Gleichheit aber noch pragmatische Überlegungen mit einbezieht, muss bedacht werden, dass in einer Zeit offener Grenzen, eine harte Rationierung im Inland faktisch nicht durchsetzbar ist, weil dann Auslandsbezug auf eigene Kosten möglich bleibt. Daher ist nur eine weiche Rationierung praktikabel. Ihre Bedeutung wird dann gering sein, wenn die solidarische Absicherung von Krankenversorgungsleistungen ein hohes Niveau erreicht.

---

<sup>18</sup> Vgl. *Volker H. Schmidt*, Politik der Organverteilung. Eine Untersuchung über Empfängerwahl in der Transplantationsmedizin, Baden-Baden 1996.

<sup>19</sup> Vgl. *Werner Wertgen*, Solidarität und Eigenverantwortung (Anm. 11), 261.

### 3.3.4 Zur ethischen Bewertung unterschiedlicher Rationierungsebenen

Rationierung kann sich auf gesamtwirtschaftlicher Ebene hinsichtlich des für Gesundheit allgemein aufzuwendenden Budgets beziehen, es kann hinsichtlich der Zuteilung auf einzelne Behandlungsformen erfolgen und den einzelnen Patienten betreffen. Eine Rationierung auf gesamtwirtschaftlicher Ebene ist legitim, weil die Gesellschaft abwägt, welche Lebensbereiche ihr wie viel Geld wert sind. Dabei nimmt die Gesellschaft im Sinne statistischer Wahrscheinlichkeiten hin, dass zum Beispiel bei Diagnoseverfahren und Operationen marginal höhere Prozentsätze von Erfolgen zu enorm hohen Kosten nicht akzeptiert werden. Dabei ist offen, welche Personen in der Gesellschaft einmal von solchen Risiken betroffen sein werden.<sup>20</sup>

Das gesellschaftliche Leben ist überall davon gekennzeichnet, dass für die Gefährdung von Gesundheit und Leben von Menschen freiwillig gewisse statistische Wahrscheinlichkeiten vorhanden sind. Diese Risiken gehen die Menschen ein im Verkehr, bei Autos, Bahnreisen und im Flugverkehr, in der Energieversorgung (Kernkraftwerke), in der Arbeitswelt (Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten etc.). Solche Risiken sind akzeptiert, wenn es offen ist, wen es treffen wird. So kann etwa in einem Jahr voraus eine Anzahl von 5000–6000 Verkehrstoten und einer großen Zahl an Verletzten (Vielfach mit Dauerschäden) sicher prognostiziert werden. Man weiß nur noch nicht, wen es treffen wird, wobei es alle treffen kann. Analog ist es im Gesundheitssystem, wo möglicherweise durch bestimmte Ausgaben solche Wahrscheinlichkeiten gesenkt werden können. Im Bereich der Makroebene wird man abwägen, wo ein höherer Mitteleinsatz zum Beispiel eine größere Anzahl von Lebensjahren oder an Lebensqualität verspricht.

Diese Überlegungen gelten ebenso auf der Mesoebene, wo zwischen Aufwendungen für Prävention und Krankenbehandlung und innerhalb der Krankenbehandlung wiederum zwischen verschiedenen Behandlungsformen gewichtet werden muss. So kann man zum Beispiel zwischen Aufwendungen für Zahnbehandlungen und Zahnersatz und anderen Behandlungsformen abwägen, wo ein höherer Mitteleinsatz mehr bewirkt.

---

<sup>20</sup> *Walter Krämer*, Korreferat zu „Altersbezogene Rationierung Gesundheitsleistungen“, in: *Eberhard Wille*, Rationierung im Gesundheitswesen (Anm. 6), 195–201, plädiert für eine primäre Rationierung, die Einfluss auf statistische Wahrscheinlichkeiten nimmt, persönlich aber nicht zurechenbar ist.

Hingegen ist die Mikrorationierung ethisch bedenklich<sup>21</sup>, wenn es um konkrete Patienten geht, wenn im Einzelfall abgewogen werden soll, ob sich ein solch hoher Aufwand für diesen Patienten mit seinen Heilungschancen und seiner Lebenserwartung noch lohnt. Dass über einzelne Patienten eine entsprechende Kosten-Nutzen-Rechnung angestellt wird, ist abzulehnen, weil es dann um die Bewertung des Lebens bzw. der Lebensqualität eines Menschen durch andere Menschen geht.

Autoren<sup>22</sup>, die ebenfalls eine individuelle Kosten-Nutzen-Analyse ablehnen, plädieren aber mit Gerechtigkeitsüberlegungen für Rationierungsentscheidungen auf der Mikroebene: Wer durch eigenes Verhalten seine Gesundheit geschädigt und damit Gesundheitsbedarf herbeigeführt hat, bei dem sollten nach dem Verursacherprinzip Rationierungsmaßnahmen ansetzen. Die von allen Menschen geforderte Eigenverantwortung müsse entsprechende Konsequenzen für die Behandlung nach sich ziehen. Leider stellen die Autoren nicht konkret heraus, wie sie sich Rationierungsentscheidungen nach dem Verursacherprinzip in der Praxis vorstellen. So wird man einen Risikosportler auch dann behandeln, wenn er durch leichtsinniges Verhalten seine Behandlungsbedürftigkeit selbst herbeigeführt hat. Ein Ausschluss der Behandlung wird faktisch nicht möglich sein, so dass nur noch ein nachträglicher Ausschluss der Kostenübernahme denkbar ist. Dies wird aber nicht in allen Fällen durchsetzbar sein, so dass die Anbieter oder die Solidargemeinschaft die Kosten tragen müssen.

Das Verursacherargument hat insoweit ein Gerechtigkeitsargument für sich, soweit durch Direktbeteiligung, Risikozuschläge etc. ein Verhalten zu Lasten der Versichertengemeinschaft sanktioniert werden sollte. Ein Leistungsausschluss auf der Mikroebene erscheint aber als problematisch. Man wird in einer unparteiischen Ausgangssituation anderen Menschen weder eine individuelle Kosten-Nutzen-Analyse über die Therapie eines einzelnen Menschen noch ein Urteil über die ‚Würdigkeit‘ des Patienten hinsichtlich seines Mitverschuldens zugestehen.

---

<sup>21</sup> Vgl. dazu *Thomas Gutmann*, Gleichheit vor der Rationierung. Rechtsphilosophische Überlegungen, in: *Thomas Gutmann/Volker H. Schmidt* (Hg.), Rationierung und Allokation (Anm. 8), 179–210.

<sup>22</sup> Vgl. *Jörg Althammer/Elmar Nass*, Gesundheitspolitik zwischen Ressourcenknappheit und sozialetischem Anspruch, in: *Johannes Eurich/Alexander Brink/Jürgen Hädrich/Andreas Langer/Peter Schröder* (Hg.), Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskonzepte, Wiesbaden 2005, 89–103. Vgl. auch *Elmar Nass*, Gesundheitsökonomie zwischen Güterknappheit und Humangerechtigkeit, in: *Ge-sundheits- und Sozialpolitik*, 58, 3–4 (2004) 8–13.

#### 4. ALTERNATIVEN ZUR RATIONIERUNG

Ob und in welchem Ausmaß Krankenversorgungsleistungen rationiert werden müssen, hängt zunächst von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und dann von gesellschaftlichen Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen ab. Bei einem hohen Wirtschaftswachstum ist es möglich, größere Teile des Realeinkommenszuwachses in Krankenversorgungsleistungen zu lenken. Bei einer stagnierenden Wirtschaft ist hingegen mit einer scharfen Rationierungsproblematik zu rechnen, vor allem wenn kostenintensive Arzneimittel und/oder medizinisch-technische Geräte importiert werden müssen. Auch wird die Gehaltsdiskrepanz zum Ausland für Ärzte und anderes Personal immer größer, so dass deren Einkommen im Verhältnis zum Durchschnittseinkommen der Versicherten deutlich steigen müsste, um eine stärkere Abwanderung ins Ausland zu unterbinden. Dies würde dann andere Fragen der Verteilungsgerechtigkeit hervorrufen, wenn ein Arzt durchschnittlich zum Beispiel das zehnfache des durchschnittlichen Einkommens der Versicherten bezieht, die durch ihre Beitragssätze diesen Arzt finanzieren müssen. Einige Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen, die Rationierungszwänge zum Teil mildern, zum Teil aber auch verlagern, sollen nachfolgend thematisiert werden.

##### *4.1 Kapitalgedeckte Demographievorsorge*

In den Prognosen über den erheblichen Beitragsanstieg in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach 2020 spielt neben dem medizinisch-technischen Fortschritt die demographische Entwicklung eine wichtige Rolle. Eine größere Anzahl älterer und ältester Personen in der Gesellschaft, die typischerweise chronisch behandlungsbedürftig sind, wirkt kostentreibend, da die Gesundheitsausgaben mit steigendem Lebensalter deutlich ansteigen. Es bietet sich daher an, für die Zeit gravierender demographischer Probleme nach 2020 Vorsorge zu betreiben, indem in demographisch günstigen Zeiten eine ergänzende kapitalgedeckte Vorsorge betrieben wird, die dann wieder in den demographisch besonders ungünstigen Konstellationen abgebaut wird. Cassel<sup>23</sup> hält dafür eine Anhebung des Beitragssatzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung um ca. 3–4 % (bei einer günstigen Zukunftsprognose) für erforderlich. Dieser

---

<sup>23</sup> Vgl. Dieter Cassel, *Alterungsreserven* (Anm. 4). Vgl. ders., *Wege zur nachhaltigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung* (Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften, Vorträge I/13), Paderborn 2005.

Zusatzbeitrag müsste in eine Kapitalrücklage, die dem Zugriff für laufende Ausgaben entzogen wäre, zufließen. Wie weit zwischen Familie mit Kindern und Kinderlosen hier differenziert werden müsste, kann in diesem Kontext nicht näher thematisiert werden.

#### *4.2 Einschränkungen der Freiheiten für Patienten und Ärzte*

Ein wesentlicher Kostenfaktor im deutschen Gesundheitssystem ist, dass für Patienten und Ärzte der Freiheitsbegriff hochgehalten wird. Für Patienten wird eine freie Arztwahl proklamiert. Diese Arztwahl wird lediglich durch die geringe Hürde erschwert, dass für einen Besuch eines anderen Arztes, zu dem sie nicht zum Beispiel wegen einer Fachbehandlung von ihrem Arzt überwiesen werden, im Quartal die weitere Zahlung einer Praxisgebühr anfällt. Die Wahlfreiheit für Patienten betrifft auch fast alle Ärzte, weil es nur wenige Ärzte gibt, die ausschließlich Privatpatienten behandeln und nicht mit der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Die Freiheit der Patienten ist insoweit ein hohes Gut, da Patienten zu ihrem behandelnden Arzt Vertrauen haben müssen.<sup>24</sup> Daher ist die direkte Zuweisung eines Patienten zu einem bestimmten Arzt zum Beispiel durch eine Krankenkasse oder durch ein örtliches Verteilungssystem abzulehnen. Um insbesondere durch laufenden Wechsel von Patienten zu anderen Ärzten erhöhte Kosten abzuwenden, ist es aber sinnvoll, Wahl- und Wechselmöglichkeiten von Versicherten zu beschränken, weil jeder Erstbesuch bei einem Arzt erhöhte Kosten verursacht.

Neben der freien Arztwahl spielt in der Gesundheitspolitik die Therapiefreiheit des Arztes eine wesentliche Rolle. Hier wird die Vorstellung eines freien Berufes vertreten: Wer ihn ausübt, handelt eigenverantwortlich. Da der niedergelassene Arzt den Schlüssel zu den Kassen der Krankenversicherung in den Händen hält, weil er das Vielfache des eigenen Honorars noch durch seine Verordnungen an Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Krankenhauseinweisungen verursacht, ist diese Rolle problematisch.

Patienten wie Ärzte haben einen zu großen freien Zugriff auf die Ausgaben des solidarischen Krankenversorgungssystems, während die Kassen weder auf ihre Versicherten noch auf die Ärzte einwirken können. Dazu fehlt ihnen bei vielen Leistungen die unmittelbare Information, weil sie

---

<sup>24</sup> *Thomas Bohrmann*, *Organisierte Gesundheit. Das deutsche Gesundheitswesen als soziales Problem*, Berlin 2003, 249–260 ist zwar in seinen Grundüberlegungen zur Wahlfreiheit Recht zu geben. Bei einer deutlichen Kostenersparnis würden Patienten aber eine gewisse Beschränkung der Wahlfreiheit wählen.

über Diagnosen und Einzelleistungen ihrer Versicherten nicht informiert sind. Durch eine stärkere Eingrenzung der Wahlfreiheit des Patienten hinsichtlich der freien Arztwahl wie der Therapiefreiheit der Ärzte könnten erhebliche Kosten gesenkt werden. Dies könnte vor allem auch dann erfolgen, wenn sich gut aufeinander abgestimmte Netzwerke verschiedener Behandlungsstufen (akuter Krankenhausaufenthalt, Rehabilitationsklinik, ambulante Versorgung wie Hausärzte und Fachärzte etc.) entwickeln würde. Dazu bieten sich *Managed Care*-Verfahren nach Vorbild der USA an. Da Patienten dann nur zu Mitgliedern bzw. Einrichtungen des Netzwerkes gehen dürfen, wird deren Wahlfreiheit beschränkt. Aus ethischer Sicht stellt sich die Frage, ob solche Beschränkungen normativ akzeptabel sind. Im Sinne der Kostenvermeidung kann man eine solche Beschränkung als legitim ansehen, zumal eine breite Auswahl medizinischer Anbieter sowieso nur in Großstädten besteht, während sie bereits heute in dünner besiedelten ländlichen Räumen beschränkt ist.

#### *4.3 Sanktionierung von Patienten und Versicherten*

Da es bisher keine Gesundheitschipkarte gibt, auf der alle medizinischen Informationen eines Patienten vermerkt werden und die Krankenversicherungen aus Datenschutzgründen bisher nicht über alle Diagnosen, Therapien, Arzneimittelverordnungen etc. jedes ihrer Mitglieder informiert werden, ist es ihnen nicht möglich, für diejenigen ihrer Versicherten gezielte Programme zu entwickeln, die für die Versichertengemeinschaft hohe Kosten verursachen. Sonst wäre es möglich, dass Krankenversicherungen gezielt auf diese Mitglieder zugehen und ihnen umfassende Hilfen anbieten. Dies könnte sich sowohl auf krankheitsfördernde Ursachen in ihrer Lebenswelt (Familie, Wohnung, Arbeitswelt – zum Beispiel Krankheit als Folge von Mobbing) wie im individuellen Verhalten beziehen. Sie könnten für die Umstellung ihrer Lebensführung Hilfestellungen bieten. Ziel ist es, die Patienten/Versicherten umfassend, zum Beispiel durch Gesundheitsbildung/Ernährungsschulung zu einer verstärkten Wahrnehmung von Eigenverantwortung zu befähigen. Dazu können positive Anreize gesetzt werden, aber auch Sanktionspotentiale (zum Beispiel höhere Beiträge) in Aussicht gestellt werden. Ein solcher Weg würde weit über das bisherige System der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen.

#### 4.4 Steuerung des medizinisch-technischen Fortschritts

Eine wesentliche Kostendynamik im Gesundheitswesen geht vom medizinisch-technischen Fortschritt aus. Dieser führt zu einer Eigendynamik, weil er von Hochschulen und anderen Forschungseinrichtungen sowie Unternehmen unabhängig voneinander vorangetrieben wird. Er wird also nicht von der Krankenversicherung finanziell gesteuert. Krankenversicherungen würden eher Forschungen fördern, die bei großen Ausgabenblöcken ansetzen, um dort zu Kostenminderungen zu führen. Die Forschungsförderung ist dadurch bestimmt, dass man im Gesundheitswesen einen wichtigen Zukunftsmarkt sieht, der auch zum Beispiel im Arzneimittelbereich und der Medizintechnik gute Exportchancen bietet. Bei einer Steuerung der Forschung kann man in drei Schritten ansetzen: (1) Prioritätensetzung in der Forschung; (2) Einführung der Forschungsergebnisse beim medizinischen Regelangebot (Medizintechnik, Arzneimittel); (3) Kostenübernahme durch ein solidarisches Gesundheitssystem.

Die medizinische Forschung könnte dadurch gesteuert werden, dass prioritär kostensenkende Maßnahmen durch öffentliche Forschungsförderung unterstützt werden. Wenn Unternehmen aufgrund eigener Forschungsleistungen neue teure medizinisch-technische Apparaturen oder Arzneimittel anbieten, könnte deren Einführung einer strengen Bewertung unterzogen werden, indem die neuen Möglichkeiten nach ihrem therapeutischen oder diagnostischen Fortschritt, nach ihrem Patientennutzen, nach den verursachten Zusatzkosten usw. sowie hinsichtlich einer eventuell vorhandenen ethischen Problematik umfassend bewertet werden. Auch könnten neue Großgeräte nur in begrenzter Zahl zugelassen werden, um nur nach strengen Anforderungen genutzt zu werden, weil bei vielen medizinisch-technischen Leistungen die Anbieter eine gute Geräteauslastung anstreben. Viele Leistungen werden aus diesem Grunde in Deutschland häufiger als in Nachbarländern erbracht.

## 5. GESELLSCHAFTLICHE STEUERUNG UND ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IM GESUNDHEITSWESEN

### 5.1 Diskursive Öffentlichkeit und parlamentarische Entscheidungen

Aus vertragstheoretischer Sicht ist die Gestaltung der Regeln und Institutionen des Gesundheitswesens von den Interessen aller Bürger als Versicherte und (potentielle) Patienten her zu gestalten. Aus normativer

Perspektive nehmen diese die medizinische Forschung, die Leistungsanbieter, die Krankenversicherungen etc. in ihren Dienst. Daher müssten die Versicherten bei der Steuerung des Gesundheitswesens systematisch den Vorrang haben. Tatsächlich gibt es aber keinen so hoch organisierten Wirtschaftszweig wie den der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen. So gehören die meisten Ärzte bereits zwei Zwangsvereinigungen (Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung) sowie einer Vielzahl weiterer Ärzteverbände an. Ähnliches gilt für Apotheker, die Pharmaindustrie etc. Bei den Krankenkassen sind in der Selbstverwaltung (Ausnahme Angestelltenersatzkassen) vorwiegend Gewerkschafts- und Arbeitgeberfunktionäre vertreten. Die demokratisch legitimierten Parlamentarier sollten eigentlich die Interessen der Versicherten und Patienten vertreten. Dazu müssten sie diese Interessen faktisch erheben und präzise definieren können.

Auch die Wissenschaft leistet auf diesem Gebiet keinen hinreichenden Beitrag, sind doch viele Wissenschaftler mit industrieabhängigen Forschungsprojekten verbunden, haben andere Wissenschaftler bezahlte Gutachten angefertigt oder sind zu gut bezahlten Vorträgen von Interessengruppen geladen worden. Wissenschaftler werben teilweise in der Öffentlichkeit mit weitreichenden Versprechungen, um Forschungsgelder zu akquirieren. Selbsthilfe- oder Patientengruppen stellen ebenfalls eine problematische Erscheinung dar, weil diese teilweise von Leistungsanbietern initiiert, zumindest aber gesponsert wurden, um politischen Druck auszuüben, um bestimmte Verfahren in den Leistungskatalog der Krankenversicherung aufzunehmen.

In den Medien lassen sich Fragen der Gesundheitsversorgung stark emotionalisieren, so dass eine fundierte gesellschaftliche Diskussion mit rationalen Argumenten über Grundfragen des Gesundheitswesens nicht stattfindet. Vielfach sind „Tabuisierungen“<sup>25</sup> üblich.

Es käme also darauf an, die Willensbildung im Gesundheitsbereich systematisch vom Patienten-/Versicherteninteresse her zu steuern. Grundscheidungen im Gesundheitswesen müssten medizinisch fundiert, ökonomisch begründet, rechtlich durchführbar, administrativ handhabbar und ethisch begründbar sein. Um ausgewählte Aspekte der Entwicklung der Medizin zu behandeln, hatte der Deutsche Bundestag eine Enquetekommission ‚Recht und Ethik der modernen Medizin‘ eingesetzt. Dort gehörte aber der Unterarbeitsgruppe zur Allokation im Gesund-

---

<sup>25</sup> Vgl. *Stefan Huster*, Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit (Anm. 16), 206.

heitswesen seltsamerweise kein Gesundheitsökonom an.<sup>26</sup> Bisher steht in der Bundesrepublik ein institutionalisiertes Verfahren zur Steuerung im Gesundheitswesen aus. Versuche des Gesetzgebers, gemäß dem Subsidiaritätsprinzip sich lediglich Grundsatzentscheidungen vorzubehalten, aber Detailregelungen etwa der Selbstverwaltung von Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten zu überlassen, sind gescheitert.

Die Auswahl und Legitimation der Versicherten ist das zentrale Problem der Willensbildung im Gesundheitssystem. Dies gilt vor allem dann, wenn es darum geht, überproportionale Ausgabenanstiege des Versicherungsbeitrages zu legitimieren.

### *5.2 Legitimation durch direkten Einfluss der Bürger*

Da in öffentlichen Willensbildungsprozessen sich nicht alle Bürger artikulieren können und Bürger jeweils in jener Perspektive für Forderungen eintreten, die ihnen Vorteile bringt, wobei mögliche Lasten anderen auferlegt werden, ist zu fragen, ob es nicht Verfahren gibt, in denen Bürger unmittelbar mit Vorteilen und Konsequenzen ihres Handelns konfrontiert werden.<sup>27</sup> Dies könnte so aussehen, dass reale Anhebungen von Krankenversicherungsbeiträgen von der Zustimmung (direkte Abstimmung) der Versicherten abhängig gemacht werden. Wenn man zum Beispiel von einer Gesundheitsprämie in Höhe von 200 Euro mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich ausgeht, könnte diese von den Verwaltungsorganen der Versicherung in Höhe der allgemeinen Preissteigerungsrate bzw. der gesamtgesellschaftlichen Einkommensentwicklung angehoben werden. Reale Beitragssatzanhebungen (mit Steigerung des Anteils am Bruttosozialprodukt) sollten hingegen von der Zustimmung der Versicherten abhängig gemacht werden, indem ihnen die Versicherung genau aufzeigen würde, welche neuen Leistungen bzw. Leistungsverbesserungen (zum Beispiel Abbau von Wartezeiten) sie erhalten könnten. Die Versicherten müssten dann entscheiden, ob der höhere Beitrag mit der Einschränkung der Konsummöglichkeit für andere Zwecke dies ihnen wert wäre. Wenn die Mehrzahl der Versicherten für eine Anhebung von 200 auf 220 Euro monatlich votierten, würde der mehrheitlich gewünschte Leistungskatalog auch für alle einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen gelten.<sup>28</sup> Die Höhe des sozialen Ausgleichsbetrages müsste angehoben werden. Wenn die Bevölkerung sich bei einer solchen Wahl ausschließlich an ihrer

<sup>26</sup> Vgl. zur Zusammensetzung: *Deutscher Bundestag*, Drucksache 15/5980 (Anm. 7), 88.

<sup>27</sup> *Stefan Huster*, Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit (Anm. 16), 207–209.

<sup>28</sup> Ähnlich ebd. 203.

ökonomischen Lage orientiert, müssten sich die einkommensstärkeren Versicherten eher gegen Beitragsanhebungen entscheiden, weil sie nicht nur den höheren Beitrag, sondern zusätzlich auch den höheren Sozialausgleich Schwächerer zu bezahlen hätten. Ihnen könnte eine private Zusatzversicherung günstiger erscheinen. Hingegen würden Einkommensschwächere für eine Ausweitung des Leistungspakets plädieren, das sie dann quasi kostenlos erhalten würden, wenn der höhere Beitragssatz voll sozial kompensiert würde. Ausschlag würden dann die mittleren Wähler geben, die weder Nettozahler noch Nettoempfänger sind.

Problematisch könnte dieses Verfahren sein, wenn Abstimmungen über die Aufnahme neuer teurer Leistungen für kleinere Gruppen (zum Beispiel die Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen oder Aids-Behandlungen) in das Paket zur Abstimmung anstehen und die Mehrzahl der Versicherten für sich keine Erkrankungsgefahr sieht. Es könnte aber über ein größeres Leistungspaket abgestimmt werden, das auch nach seiner Fairness gegenüber Minderheiten in der Öffentlichkeit überprüft werden könnte, so dass eine Benachteiligung von Minderheiten nicht bestehen wird. Weiterhin stellt sich bei diesem Verfahren das Problem des Kassenwettbewerbs, wenn Versicherte einer Kasse eine Leistungsausweitung mit Beitragssatzerhöhung beschließen würden, die Mitglieder anderer Kassen aber nicht. An welchen Kassen sollte dann der gesellschaftliche Solidarausgleich ausgerichtet werden?

### *5.3 Unabhängiges Expertengremium*

Eine dritte Möglichkeit besteht darin, dass ein unabhängiges Expertengremium mit Entscheidungskompetenz eingerichtet wird. In der Bundesrepublik gibt es dafür zwei Vorbilder: Dies ist erstens das Bundesverfassungsgericht, das sich in den Augen der Bürger eine hohe Reputation erworben hat. Ähnliches galt für den Zentralbankrat der Deutschen Bundesbank, der Vertrauen in eine stabile Währung herstellte.<sup>29</sup> Solche Gremien sind dadurch politisch legitimiert, dass ihre Mitglieder von demokratischen politischen Instanzen für eine sehr lange Amtszeit ohne Wiederwahlmöglichkeit gewählt werden. Ihre Unabhängigkeit ist institutionell garantiert. Wegen des Ansehens solcher Institutionen ist es möglich, dafür hochqualifizierte Mitglieder zu gewinnen. Der Zentralbankrat der Deutschen Bundesbank sowie das Bundesverfassungsgericht trafen

---

<sup>29</sup> Mit Abstrichen gilt dies auch für das Bundeskartellamt.

bzw. treffen weitreichende, aber gesellschaftlich akzeptierte Entscheidungen, die sie gegenüber der Öffentlichkeit begründen.

Es wäre möglich, auch einen nationalen Gesundheitsrat zum Beispiel für zwölf Jahre zu wählen, der vor allem das Recht hätte, über die Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren unter Berücksichtigung der Kostengesichtspunkte zu entscheiden. Ein solcher nationaler Gesundheitsrat wäre also nicht wie der nationale Ethikrat ein reines Beratungsgremium. Von seinen Aufgaben her müsste ein solches Gremium aus hochqualifizierten Medizinern, Juristen, Ethikern, Gesundheitsökonomen und Gesundheitsforschern bestehen. Diese für das Gesundheitswesen unabdingbare Voraussetzung hätte im Unterschied zur Bundesbank und zum Bundesverfassungsgericht den Nachteil, dass die – im Vergleich zu den Juristen des Verfassungsgerichts und den Ökonomen (und wenigen Juristen) der Bundesbank – erheblich größere Heterogenität der Zusammensetzung die Willensbildung schwierig machen würde. Auf die Dauer könnte sich hier aber eine Diskussionskultur einstellen. Die Legitimation der Mitglieder könnte analog der Verfassungsrichter durch Wahl von Bundestag und Bundesrat erfolgen. Es würde sicher einige Jahre dauern, bis ein solches Gremium gesellschaftliches Ansehen und Akzeptanz finden würde. Es wäre enormem Druck der Pharmaindustrie, der Medizintechnik etc. ausgesetzt, neue therapeutische Verfahren zu Pflichtleistungen einer solidarischen Krankenversicherung zu erklären. Seine Entscheidungen hätten auf die Einkommenslage praktisch aller Bürger (zum Beispiel durch Erweiterung des Leistungskatalogs und dadurch erzwungene Beitragshebungen) erhebliche Auswirkungen. Dies galt allerdings auch für die Zinspolitik der Bundesbank, die je nach Entscheidung Sparer begünstigte und Kreditnehmer belastete oder umgekehrt. Die demokratische Kontrolle über Expertengremien mit Entscheidungskompetenz erfolgt über die gesellschaftliche Öffentlichkeit und wissenschaftliche Kritik. Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit, die Entscheidungen zu korrigieren bzw. bei den regelmäßigen Neubesetzungen des Gremiums auf andere Entscheidungen hinzuwirken.

## 6. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Im Sinne einer reflektierten Verwendung begrenzter ökonomischer Mittel ist eine Beschränkung der Ausgaben für kollektiv finanzierte Krankenversorgungsleistungen sinnvoll. Rationierung ist damit die freiwillige und selbstgewählte Beschränkung von Krankenversorgungsleistungen

am Lebensinkommen. Weil aus guten normativen Gründen Krankenversorgungsleistungen mittels einer kollektiven Finanzierung für alle Gesellschaftsmitglieder bereitgestellt werden sollten, stellt sich die Problematik, nach welchem Verfahren der Umfang und die Qualität kollektiv finanzierter Krankenversorgungsleistungen festgelegt werden. Wesentlich ist dabei, wie beim kostenintensiven medizinisch-technischen Fortschritt Prioritäten und Posteritäten festgelegt werden. Dann könnte ein unabhängiges Expertengremium mit Entscheidungskompetenz ein geeignetes Instrument sein.