

Rationierung und Gerechtigkeit: Ethische Überlegungen zur Verteilung begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem

Michael Rosenberger

Management Summary

I. Die Tabuisierung der Rationierung in der „Gesundheitsreligion“

II. Knappheit als Gegenstand zweier Wissenschaften

1. Ökonomie: Effizienzsteigerung (Rationalisierung) als Beitrag zur Lösung des Knappheitsproblems
2. Ethik: Freie und faire Selbstbegrenzung (Rationierung) als Beitrag zur Lösung des Knappheitsproblems

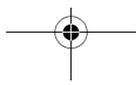
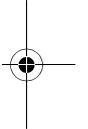
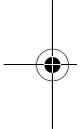
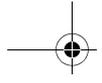
III. Die ethischen Implikationen der Rationalisierung

1. Qualität als Maßstab verantworteter Rationalisierung
2. Die gerechte Verteilung der Rationalisierungslasten und -gewinne
3. Die Grenzen der Ökonomisierung bzw. Rationalisierung

IV. Ethische Leitlinien der Rationierung

1. Bedingungen verantwortlicher Rationierung
2. Priorisierung als Königsweg der Rationierung
3. Priorisierung nach außermedizinischen Kriterien?
4. Priorisierung nach medizinischen Kriterien

Literaturverzeichnis



Management Summary

Neben der Ökonomie ist die Ethik jene Wissenschaft, die sich mit dem Problem knapper Ressourcen beschäftigt. Sie tut dies allerdings nicht unter Effizienz-, sondern unter Gerechtigkeitsaspekten. Gerechte Rationierung, nicht effiziente Rationalisierung ist ihr Thema. Gleichwohl hat auch jede Rationalisierung Auswirkungen auf die Frage der Gerechtigkeit. Der Artikel versucht daher zunächst, zentrale Kriterien einer gerechten und verantworteten Rationalisierung des Gesundheitssystems anzugeben. Anschließend stellt er die gängigen Rationierungsstrategien dar, wie sie in ethischen Diskursen vertreten werden, und bewertet sie. Hierbei stellt sich das scheinbar utilitaristische Modell einer Kosten-Nutzen-Rechnung medizinischer Maßnahmen als Königsweg einer transparenten und schlüssigen Priorisierung dar. Im deutschsprachigen Raum braucht dieses Modell freilich noch intensive Diskussionen, bis es gesellschaftlich akzeptiert werden wird.

I. Die Tabuisierung der Rationierung in der „Gesundheitsreligion“

„Die heimliche Rationierung muss endlich aufhören!“ Mit diesen Worten stieß der Präsident der deutschen Bundesärztekammer, *Hoppe*, beim 112. Deutschen Ärztetag in Mainz im Mai 2009 eine Debatte an, die aus der Sicht vieler ÄrztInnen längst überfällig ist. Denn dass rationiert wird, ist eine kaum noch zu bezweifelnde Tatsache – am beliebtesten über lange Wartezeiten der Patient(inn)en für bestimmte Untersuchungen an teuren Geräten, für Operationen, die schwer, aber nicht lebensnotwendig sind, oder für Behandlungen durch eine(n) Spezialisten/-in. Solche Wartezeiten mögen medizinisch erträglich sein, weil durch sie im Regelfall keine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes verursacht wird. Psychisch bedeuten sie allerdings häufig eine kaum zumutbare Belastung für die Betroffenen – weil die zermürbende Unsicherheit über ihre Diagnose oder auch die quälende Verlängerung ihrer Schmerzen die Folge ist.

Rationierung im Gesundheitswesen ist alltägliche Wirklichkeit – in Österreich genau so wie in Deutschland. Gleichwohl wirft die Behauptung, es gebe Rationierung, in regelmäßigen Abständen empörte Gegenreaktionen hervor – von Politiker(inne)n, Gesundheitsmanager(inne)n, Vertreter(inne)n der Krankenkassen usw. Rationierung darf es nicht geben – also gibt es sie nicht! Eine solche Tabuisierung eines Problems wirft für den/die Theologen/-in die Frage auf, ob hier nicht etwas vergöttert wird, was in Wirklichkeit nicht göttlich ist: Wird die Gesundheit in modernen säkularen Gesellschaften womöglich zum Goldenen Kalb, das die Menschen anbeten? Leben wir nicht längst im Zeitalter der „Gesundheitsreligion“, wie das der Mediziner und Theologe *Lütz* provokativ behauptet?¹ Nehmen Ärzte/-innen nicht vielfach die Rolle des Priesters und Krankenschwestern jene der Ministrant(tinn)en ein? Erwarten wir womöglich unbewusst das Heil von ihnen? Bei aller

¹ Vgl. Lütz, 2002.

Michael Rosenberger

Vorsicht vor zu starken Vereinfachungen kann man wohl doch sagen, dass in solchen Thesen ein Körnchen Wahrheit liegt.

Das Rationierungsthema bewusst anzuschauen und zu diskutieren bedeutet demnach ein Stück Entzauberung der Medizin, ein Wegnehmen ihrer religiösen Aura. Es ist ein Stück (theologischer!) Aufklärung im besten und ursprünglichsten Sinn, den dieser Begriff seit dem 18. Jh. besitzt. Warum soll es im Gesundheitswesen nicht ebenso Leistungsbegrenzungen geben wie in allen anderen Bereichen der Verteilungsgerechtigkeit? Würde das wirklich, wie nicht wenige mit großem Pathos behaupten, gegen das Prinzip der Menschenwürde verstoßen? Wäre es tatsächlich unethisch, Leistungen auch dort zu rationieren, wo es um Leben und Gesundheit, mithin um Grundgüter des Menschen geht, und nicht nur um einen bestimmten Komfort wie das Ein- oder Zweibettzimmer? Zur Beantwortung dieser Frage möchte ich in einem ersten Schritt die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass es klassischerweise zwei Wissenschaften gibt, die sich mit Knappheitsproblemen beschäftigen. Erst dann möchte ich aus ethischer Perspektive für beide Wissenschaften Hinweise geben, unter welchen Bedingungen die „Verwaltung“ der Knappheiten in der einen wie in der anderen Wissenschaft gerechtfertigt werden kann.

II. Knappheit als Gegenstand zweier Wissenschaften

1. Ökonomie: Effizienzsteigerung (Rationalisierung) als Beitrag zur Lösung des Knappheitsproblems

Spontan würden die meisten vermutlich die Ökonomie als jene Disziplin nennen, die sich mit Knappheiten befasst. Und es stimmt: Per definitionem hat sie, das kann man in jedem Lehrbuch lesen, die Knappheit der Güter zum Materialobjekt. Wo Überfülle herrschte, bräuchte es keine Ökonomie, kein „Haushalten“. Und wenn man ein solches versuchen würde, würde es nicht greifen, weil es keinerlei Druckmittel gäbe, die zum sparsamen Umgang mit den Dingen anhalten würden. Ökonomie geht also selbstverständlich davon aus, dass die Bedürfnisse nach den allermeisten Gütern immer größer sein werden als deren tatsächliches Zuhanden sein.

Nun hat die Ökonomie ebenfalls per definitionem ein ganz bestimmtes Formalobjekt: Sie betrachtet das Knappheitsproblem unter der Perspektive der Effizienz, d.h. der Minimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Hier kann sie zwei Wege zur Lösung des Problems einschlagen: Entweder sucht sie mit gegebenen Mitteln den erstrebten Nutzen zu maximieren (Maximum-Variante) oder ein gegebenes Ziel mit minimalen Mitteln zu erreichen (Minimum-Variante).² Beide Wege entsprechen dem Gebot der Effizienz, das optimale Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erreichen. Aus ihnen ergibt sich unmittelbar das Gebot der Rationalisierung. Es gilt Maßnahmen zu ergreifen, die in der Organisation der Arbeitsabläufe und Kommunikationsprozesse zu Effizienzsteigerungen führen.

² Vgl. Hardes/Schmitz/Uhly, 2002, 2.

2. Ethik: Freie und faire Selbstbegrenzung (Rationierung) als Beitrag zur Lösung des Knappheitsproblems

Neben der Ökonomie, die schon in ihrer Definition vom Knappheitsproblem spricht, gibt es aber noch eine zweite Wissenschaft, die sich mit diesem beschäftigt: die Ethik. Auch sie hat die Knappheit der irdischen Güter als Materialobjekt. Denn sie reflektiert die Frage, wie der Mensch angesichts der Begrenztheit seiner selbst wie seiner Umwelt (theologisch nennen wir diese Begrenztheit ein zentrales Merkmal der Geschöpflichkeit) ein erfülltes Leben finden kann. Auf diese Weise wird die Güterabwägung zum Ursprung und Standardfall normativer Ethik: Ob intraindividuell („Soll ich heute Abend ins Kino gehen oder meine kranke Mutter besuchen? Beides schaffe ich angesichts der knappen Zeit nicht!“), interindividuell („Soll die eine vorhandene Spenderniere dem Patienten A oder dem Patienten B gegeben werden, die sie beide höchst dringlich brauchen?“) oder interkollektiv („Sollen wir mehr in die Bildung der jungen Generation investieren oder in die Gesundheit der älteren?“) – immer geht es um die Abwägung von Gütern, die selbst bei optimaler Effizienz nicht alle optimal verwirklicht werden können. Denn immer könnte sich der Mensch ein erstrebenswertes Mehr an Lebensqualität vorstellen, das die vorhandenen Möglichkeiten übersteigt.

Allerdings hat die Ethik ein vollkommen anderes Formalobjekt als die Ökonomie: Während diese Zahl und dieser Umfang notwendiger Güterabwägungen durch Effizienzsteigerungen „technisch“ zu minimieren sucht, nimmt die Ethik die Unausweichlichkeit von Güterabwägungen zur Kenntnis und fragt, wie der Mensch nicht nur trotz diesen, sondern in ihnen und durch sie zu Glück, Erfüllung und Selbstverwirklichung gelangen kann. Ethik kreist seit ihren Ursprüngen um die Frage nach dem rechten Umgang mit Begrenzungen. So war die Maßhaltung als das In-Einklang-Bringen von Einzelmensch („Seele“), Gesellschaft („Polis“) und Schöpfung („Kosmos“) in der griechischen Antike die Tugend *par excellence*, und die Gerechtigkeit, d.h. die feste und beständige Absicht, jedem das Seine zu geben, ihr nach außen gewandtes Spiegelbild.

Der ethische Weg zur Lösung des Knappheitsproblems ist also die maßvolle Selbstbeschränkung – um der eigenen und fremden Selbstverwirklichung sowie um der Gemeinschaft willen. Im sozialen und politischen Bereich, für den seit *Aristoteles* die Verteilungsgerechtigkeit das Kernmaß darstellt, heißt das insbesondere die faire Verteilung von Lasten und Entlastungen, von Kosten und Gewinnen. Genau dies ist mit dem Begriff der Rationierung angesprochen. Sie bedeutet die Verteilung knapper Güter nach transparenten und gerechten Kriterien und ist aus ethischer Sicht folglich ein absolutes Muss! Zu sagen, es dürfe keine Rationierung geben, weil diese der Menschenwürde widerspreche, ist kurzfristig. Gegen die Menschenwürde verstößt es vielmehr, wenn Zuteilungsbegrenzungen intransparent, heimlich und unter Ansehen der konkreten Person vollzogen werden, wenn also der beste Freund eines Arztes Leistungen erhält, die derselbe Arzt anderen Patient(inn)en vorenthalten muss, bloß weil er eben der beste Freund ist. Das wäre in der Tat gegen

Michael Rosenberger

die Menschenwürde. Aber eine transparente, demokratisch legitimierte Leistungsbegrenzung, die von den betroffenen Personen absieht, ist genau das, worauf Ethik zielt und wozu es ethische Erwägungen braucht.

III. Die ethischen Implikationen der Rationalisierung

Gesundheit ist ein Basisgut, das uns Menschen (säkular betrachtet) durch „Zufall“ zufällt oder (religiös betrachtet) nach „Gottes unerforschlichem Ratschluss“ geschenkt oder vorenthalten wird. Gesundheit ist mithin ein Gut, das niemand im eigentlichen Sinne „verdient“ hat. Vielmehr gehört sie zu den schicksalhaften Faktoren des menschlichen Lebens. Daher wurde es von jeher als soziale Verpflichtung aller angesehen, einander in Krankheit beizustehen. Medizinische und pflegerische Hilfe sind folglich Ausdruck von Solidarität und ethisch betrachtet primär Gegenstand der Verteilungsgerechtigkeit, nicht der Leistungsgerechtigkeit. Auch wenn die Frage vorerst offen bleibt, bis wohin Solidarität sinnvoller Weise gefordert werden kann und wo sie an ihre Grenzen kommt, ist dies eine wichtige Klärung, um die Frage der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen richtig einzuordnen.

Gleichwohl kann ein ökonomischer Blick auf das Gesundheitssystem sehr heilsam sein. Vermeidbare Ineffizienzen sind in diesem System immer (!) ungerecht, denn es muss sie jemand „bezahlen“, der sie nicht verantwortet hat, – ob er will oder nicht. Effizienzsteigerungen sind folglich automatisch gerechter – allerdings nur, wenn drei Bedingungen beachtet werden.³

1. Qualität als Maßstab verantworteter Rationalisierung

Zunächst muss geklärt werden, an welchem Maßstab wir die Effizienz des Gesundheitssystems messen: Was wird als Kosten und was als Nutzen erachtet? Das Geld steht ja bestenfalls (!) als Symbol für jene Werte, die wir eigentlich erstreben – es hat keinen Eigenwert, ist kein Selbstzweck. Vielmehr muss die Gesellschaft ihre Werte vereinbaren – in einem ethischen Diskurs!

Als Ziel des Gesundheitssystems und seiner Anstrengungen definiert z.B. die Weltgesundheitsorganisation WHO einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Mithin geht es um medizinisch-pflegerisch-gesamt-menschlich optimale Lebensqualität. Daran müssen sich Rationalisierungsmaßnahmen messen lassen. Es darf z.B. nicht einfach die Zeit für menschliche Zuwendung und Gespräche gestrichen werden, weil man meint, diese sei nicht unmittelbar medizinisch relevant. Weiterhin muss die Nachhaltigkeit der erzielten Qualität garantiert sein. Es gilt, sie auf lange Sicht zu messen, nicht nur am Entlassstag aus dem Krankenhaus. Monetäre Effizienzsteigerungen zu Lasten der langfristigen Qualität sind keine Effizienzsteigerungen. Sie sind zwar kosteneffizient,

³ Zu konkreten Maßnahmen der Effizienzsteigerung siehe den Beitrag von Dorothea Greiling in diesem Buch.

aber weder nutzeffizient noch effizient im Blick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis.

2. Die gerechte Verteilung der Rationalisierungslasten und -gewinne

Wie alle Güter sind auch Rationalisierungsgewinne gerecht zu verteilen: Jeder, der zu ihnen etwas beiträgt, soll auch von ihnen profitieren. Eine Effizienzsteigerung muss all jene Gruppen fordern, die für die vorherige Ineffizienz mitverantwortlich waren, und all jene Gruppen begünstigen, die für die vorherige Ineffizienz nicht verantwortlich waren. Meist aber werden die Verantwortlichkeiten für eine Ineffizienz nicht so klar zuzuweisen sein. Dann gilt es, die Effizienzerzeugungskosten wie die Effizienzgewinne auf alle beteiligten Gruppen zu verteilen.

3. Die Grenzen der Ökonomisierung bzw. Rationalisierung

Jede Rationalisierung eines gesellschaftlichen bzw. ökonomischen Teilsystems hat ihre Grenzen. Die Welt ist einfach zu komplex, als dass sich die Teilsysteme menschlichen Zusammenlebens lupenrein voneinander trennen ließen. Insofern wird es in Solidarsystemen immer Räume geben, die nicht durchrationalisiert werden können. Insbesondere denke ich hier an die Tatsache der „Benachteiligung der kleinen Zahl“: In dünn besiedelten Landstrichen wird ein Krankenhaus nie so effizient wirtschaften können wie im Ballungsraum einer Großstadt. Die Erforschung extrem seltener Krankheiten wird nie so gewinnbringend sein können wie die Entwicklung von Medikamenten gegen sog. „Volkskrankheiten“. Und doch empfinden wir es als einen Verstoß gegen die Solidarität, würde die konsequente Rationalisierung des Gesundheitswesens ganze Menschengruppen ausschließen. Insofern werden wir Kliniken auf dem Land in der einen oder anderen Weise „subventionieren“, und wir werden auch in die Erforschung seltener Krankheiten eine gewisse Geldmenge investieren.

Über Strategien zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen (Ansetzen bei den Ursachen, nicht bei den Symptomen; Anreizstrukturen, um kreative Prozesse in Gang zu setzen) will ich hier nicht sprechen. Ich habe das an anderer Stelle getan – wer mag, lese es dort nach.⁴ Es wird aber im Folgenden vorausgesetzt, dass Rationierungsmaßnahmen erst dann gesetzt werden dürfen, wenn die Rationalisierungspotenziale (weitgehend) ausgeschöpft sind.

IV. Ethische Leitlinien der Rationierung

1. Bedingungen verantwortlicher Rationierung

Bereits seit 1996 ist die Mehrheit deutscher Ärzte/-innen davon überzeugt, dass es so etwas wie „Rationierung“ im Gesundheitswesen gibt.⁵ Damals stimmten 59%,

⁴ Vgl. Rosenberger, 2006a und 2006b.

⁵ Vgl. Kern u.a., 1999, A-117.

Michael Rosenberger

1998 sogar schon 73% aller Mediziner(innen) dieser Aussage zu. Dabei handelt es sich meist nicht um echte Rationierung, d.h. um Leistungseinschränkungen nach Regeln, die im transparenten und demokratischen Diskurs gewonnen sind, sondern um verdeckte, nicht rational begründete und damit letztlich unethische „Rationierung“. Deren tückischste (und ineffizienteste!) Form: Wartelisten, die in vielen Ländern Europas zunehmend das Mittel der „Wahl“ sind, um knappe Kassen von allzu großem Druck zu entlasten. Sie als gerechtes bzw. ethisch verantwortbares Mittel anzusehen, hält, so weit ich es sehen kann, niemand für vernünftig. Denn das klassische Prinzip „Wer zuerst kommt, mahlt zuerst“ ist (in der ursprünglichen Anwendung der mittelalterlichen Getreidemöhlen) ein Grundsatz der Leistungs-, nicht der Verteilungsgerechtigkeit.

Rationierung im Gesundheitswesen setzt drei Bedingungen voraus, die ich hier nicht diskutiere, die aber notwendig vollzogen sein müssen:

1. Es muss (auf der Makroebene I)⁶ geklärt sein, in welchem Umfang die Solidargemeinschaft Geld in ihr Gesundheitssystem investiert, damit nicht andere, ebenso wichtige Solidaraufgaben zu kurz kommen. In der Regel wird man in Industriegesellschaften von ca. 8–10% des BIP als Rahmenbudget für solidarische Gesundheitsleistungen ausgehen können und müssen.
2. Es muss geklärt sein, was unter die WHO-Definition von Gesundheit gerechnet werden und damit Gegenstand von Leistungen des Solidarsystems sein soll (und umgekehrt, was guten Gewissens in den Bereich freiwilliger Zusatzversicherungen gerechnet werden darf)⁷.
3. Es muss klar sein, dass prinzipiell jede(r) an der solidarischen Grundsicherung des Gesundheitssystems teilhat (= das Seine erhält) und zu ihrer Finanzierung angemessen beiträgt (= das Seine leistet). Das ist z.B. dann gewährleistet, wenn der Bereich der Grundsicherung durch eine allgemeine und reziproke Versicherungspflicht geregelt wird: Jeder Mensch muss sich versichern und entsprechend seinen finanziellen Möglichkeiten in die Versicherung einzahlen, und jede Pflichtversicherung muss ihn als Kunden akzeptieren und kann ihm nicht auf Grund seiner schlechten Gesundheit eine Versicherung verweigern. – Die Möglichkeit freiwilliger Zusatzversicherungen für weitere Leistungen ist damit nicht bestritten, sondern wird in einem marktwirtschaftlichen Gesellschaftssystem als selbstverständlich vorausgesetzt.

⁶ Bezüglich der Ebenen der Rationierung im Gesundheitswesen orientiere ich mich im Folgenden an der Einteilung im Beitrag von Dorothea Greiling in diesem Buch (Kapitel 3.2) und unterscheide: Makroebene I: Anteil der Gesundheitsausgaben am Gesamt-BIP eines Landes. Makroebene II: Sektorinterne Verteilung der Ausgaben des Gesundheitswesens. Mikroebene I: Prinzipien für die sektorinterne Verteilung der Mittel auf einzelne Krankheiten. Mikroebene II: Konkrete Ressourcenzuteilung an einzelne Patient(inn)en.

⁷ Zur ethisch richtigen Grenzziehung zwischen allgemein verpflichtender Grundversorgung und optionaler Wahlversorgung siehe: Schramm, 1997; Höffe, 1999 und 2000; Dabrock, 1999; Rosenberger, 2006a und 2006b.

2. Priorisierung als Königsweg der Rationierung

Nun tritt Rationierung im Gesundheitswesen per se vorrangig im Gewand der Priorisierung auf. Priorisierung bedeutet die ausdrückliche Festlegung von Vor- und Nachrangigkeiten für die Behandlung bestimmter Krankheiten.⁸ Es gilt eine bestimmte Menge Geld zu verteilen. Aber es ist nicht klar, welche Krankheit wie oft auftaucht und welche Kosten im Einzelfall zu ihrer Heilung anfallen. Insofern bietet es sich an, Ranglisten festzulegen, gemäß denen zunächst einmal die höher gereihten Krankheiten behandelt werden und nur bei guter Kassenlage auch die niedriger gereihten.

Priorisierung und Rationierung sind also nicht dasselbe, Priorisierung ist vielmehr eine Methode, um zu einem dynamischen, jederzeit anpassbaren System der Rationierung zu kommen. Ihre Alternative wäre ein starrer Leistungskatalog. Er hätte zur Folge, dass im Falle sinkender Einnahmen der Krankenkassen oder im Falle unerwartet steigender Ausgaben (etwa auf Grund einer Pandemie) gravierende Defizite aufliefen, im umgekehrten Fall aber auch riesige Rücklagen gebildet oder Gewinne angehäuft würden. Beides ist nur begrenzt zielführend.

Priorisierung ist in diesem Sinne ein sehr geschmeidiger Mechanismus. In der Debatte gilt sie als Königsweg der Rationierung. In jedem Fall muss sie sowohl die Makroebene II als auch die Mikroebene I, ggf. sogar die Mikroebene II umfassen. Potenziell kommt sie folglich für alle Ebenen der Rationierung unterhalb der Makroebene I in Frage. Wie aber könnte eine Rationierung mittels Priorisierung aussehen?

3. Priorisierung nach außermedizinischen Kriterien?

Zwar wenden sich einzelne Ethiker(innen) generell gegen das Prinzip der Priorisierung (so etwa *Pöltner* unter Berufung auf *Luf*⁹). Hier würde die Menschenwürde quantitativ nach „Würdigkeiten“ bemessen und damit relativiert. Allerdings war *Kant* nicht dagegen, den Träger der Würde auch (!) unter Nutzenaspekten zu betrachten. Einzig die ausschließliche Sicht von den „Würdigkeiten“ her lehnte er ab. Insofern gehe ich wie die Mehrheit der Ethiker(innen) davon aus, dass eine Priorisierung grundsätzlich verantwortbar ist. Entscheidend ist freilich, nach welchen Kriterien sie geschieht. Und hier werden in der Tat die unterschiedlichsten Vorschläge gemacht. In einem ersten Schritt möchte ich die zur Diskussion stehenden nichtmedizinischen Kriterien kurz darlegen, um zu zeigen, dass sie allesamt bestenfalls als nachgeordnete Kriterien in Frage kommen, wenn alle medizinischen Parameter zu keiner klaren Vorzugslage führen.

1. Ein erstes denkbare Kriterium wäre die *gesellschaftliche Funktion der Patient(inn)en*: Vorzugsweise sollten nach diesem Vorschlag von der Solidarversi-

⁸ Vgl. Fuchs/Nagel/Raspe, 2009, B-475; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, 2000.

⁹ Vgl. Pöltner, 2002, 301.

- cherung Therapien von gesellschaftlich wichtigen Personen finanziert werden. Doch der Versuch von *Sitter-Liver*, dies zumindest für Mütter kleiner Kinder zu begründen, weil diese als Personen „unersetzlich“ seien,¹⁰ zeigt, dass eine solche Herangehensweise notwendig scheitern muss: Wer ist schon wirklich unersetzlich? Auch eine Mutter kann – Gott sei Dank – ersetzt werden, wenn sie stirbt.
2. In weit größerer Zahl wird der Vorschlag vertreten, das *Alter eines Menschen* zum Kriterium zu erheben. So argumentiert *Daniels* bereits 1985 in Orientierung an *Rawls* vertragstheoretisch:¹¹ Wenn man die Menschen unter dem Schleier des Nichtwissens einen Solidarvertrag über das Gesundheitswesen schließen ließe, würden sie dafür votieren, ab einem bestimmten Lebensalter nur noch Maßnahmen zu setzen, die der Schmerzlinderung dienen, auf lebensverlängernde Therapien jedoch zu verzichten.¹² Sie hätten schließlich zu diesem Zeitpunkt ihr Leben gelebt, und so wären sie kaum bereit, für eine weitere Lebensverlängerung noch sehr viel Geld einzusetzen (das ihnen dann in der Zeit vorher letztlich fehlen würde). In Deutschland hat dies zuletzt *Wiemeyer* als die einzig sinnvolle Generalperspektive bezeichnet.¹³ Anders als *Daniels* argumentiert er aber mit dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit: Jeder solle in etwa so viel aus der Krankenversicherung herausbekommen, wie er eingezahlt habe. Wenn also die meisten nicht übermäßig viel einbezahlen wollten, sei es nur gerecht, teure Versicherungsleistungen jenseits der Schmerztherapie auf ein bestimmtes Alter zu begrenzen: Das bedeute auch keine Altersdiskriminierung, denn: „Im Alter gelten für alle die gleichen Regeln.“¹⁴ Die scharfe Kritik, die dieser Vorschlag in der Öffentlichkeit erfuhr, könnte womöglich ein Indikator dafür sein, dass es mit der behaupteten Gerechtigkeit dieses Kriteriums so weit nicht her ist. Denn ist es gerecht, dass ein Sterbender im Alter von 79 Jahren einen Anspruch auf maximale Therapie hat, während ein insgesamt kerngesunder 81-Jähriger kein neues Hüftgelenk mehr bekommt, obwohl er damit vielleicht 90 oder 100 Jahre alt werden könnte? Nein, in einem Solidarmodell ist eine fixe Altersgrenze ungerecht und am gesellschaftlichen Gesamtnutzen gemessen auch ineffizient.

¹⁰ Vgl. *Sitter-Liver*, 2003, 456 f.

¹¹ Rawls entwickelt seine *Theory of Justice* 1971 (dt. Übersetzung 1979). Gerechtigkeit im Sinne gerechter Strukturen und Verfahren lässt sich für ihn dann bestimmen, wenn man einen fiktiven Urzustand annimmt, in dem die Menschen zwar alle „allgemeinen Tatsachen“ kennen (Naturgesetze, statistische Daten etc.), in dem aber alle personbezogenen Daten hinter dem „Schleier des Nichtwissens“ verborgen sind. Wenn die Menschen nun in einem solchermaßen definierten Urzustand miteinander einen Vertrag schließen, werden sie sich gegen ungünstige Widerfahnisse abzusichern suchen und so gerechte Institutionen herstellen, in denen sie im ungünstigsten Fall immer noch relativ günstig davonkommen. Dieser Vertrag beinhaltet folglich die Grundsätze der Gerechtigkeit, die Rawls in seiner weiteren Abhandlung auch benennt und begründet.

¹² Vgl. *Daniels*, 1985, 111.

¹³ Vgl. *Wiemeyer*, 2002.

¹⁴ *Wiemeyer*, 2002, 609.

3. Ein drittes vorgeschlagenes Kriterium ist das der *ausgleichenden Gerechtigkeit*: Wer im Laufe seines Lebens schon viele Krankheiten erlitten hat, soll im Zweifel den Vorzug erhalten. Doch *Birnbacher*, der diesen Vorschlag vertritt, schränkt ihn selbst ein und will das Kriterium nur als den medizinischen Kriterien nachgeordnetes zulassen.¹⁵
4. Schließlich schlägt der Gesundheitsökonom *Hohmeier* vor, das Behandlungsoptimum bei allen Patient(inn)en um den selben Prozentsatz der Kosten zu kürzen.¹⁶ Bei einer solchen *proportionalen Kürzung für alle* würde allerdings manche(r) Patient/-in extrem teuer noch ein paar Tage länger am Leben gehalten, während der/die andere sofort sterben müsste, etwa weil ihm/ihr eine 80-prozentige Herztransplantation nichts nützt. Würden das die Menschen im *Rawls'schen* Urzustand vereinbaren, wie *Hohmeier* behauptet?

4. Priorisierung nach medizinischen Kriterien

Die bisherigen Versuche, eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen auf nicht-medizinischen Kriterien zu basieren, müssen daher als gescheitert gelten. Sie erinnern an analoge Überlegungen im Bereich der Zuteilung von Spenderorganen. Dort hat sich (jenseits des politisch bedingten Kriteriums einer national ausgeglichenen Bilanz von in den Eurotransplant-Pool gegebenen und daraus empfangenen Organen) als einziges nicht streng medizinisches Kriterium für die Organallokation die Wartezeit etabliert, die mit je nach Organ unterschiedlichem Gewicht in die Vorzugsentscheidung einfließt. Sie ähnelt dem Kriterium ausgleichender Gerechtigkeit, das *Birnbacher* vorschlägt. Allerdings ist sie zugleich auch ein medizinischer Indikator: Abgesehen von dringlichen Fällen, die bei der Organzuteilung eine Vorzugsbehandlung erfahren, sagt die Wartezeit ja auch etwas über den Progressionsgrad der Erkrankung. Erst recht folgt die Entscheidung der Notfallärzte/-innen, wem sie im Fall eines Massenunfalls zuerst eine Behandlung geben, ausschließlich medizinischen Kriterien. Alles andere wäre in der Kürze der Zeit ohnehin völlig unangemessen. Könnte es also sein, dass die Beschränkung auf medizinische Kriterien im Fall der Zuteilung von Gesundheitsleistungen der gerechteste Weg ist – nicht nur pragmatisch, sondern aus systematischen, sachimmanenten Gründen?

In der Praxis folgten bisher jedenfalls alle Versuche der Priorisierung dieser Strategie. So präsentierte der weltweit erste Versuch, der Oregon's Rationing Plan mit dem Titel „Prioritization of Health Services“, der seit 1994 in Kraft ist, eine Liste von siebzehn Kategorien, in die alle Krankheiten einzuordnen sind. Dann entscheiden die Verantwortlichen des allgemeinen Gesundheitssystems alljährlich je nach Budgetlage, bis zu welcher der 17 Stufen Krankheiten aus dem allgemeinen Geldtopf finanziert werden können und ab wo die Kranken selbst bezahlen müssen. Unter dem Motto „Allen etwas, aber nicht allen alles geben“ zielt der Plan auf eine

¹⁵ Vgl. *Birnbacher*, 1999, 61.

¹⁶ Vgl. *Hohmeier*, 2000, 305 ff.

Michael Rosenberger

Rationierung der Leistungen, nicht der Empfänger(innen) – an sich eine sehr gerechte Maxime. Allerdings ist eine solche Liste sehr bürokratisch, die 17 Kategorien folgen keiner erkennbaren inneren Logik und können daher einen gewissen Eindruck von Willkür nicht völlig von der Hand weisen.

Eine in dieser Hinsicht klarere Strategie verfolgen Versuche, die die Priorisierung am Kosten-Nutzen-Verhältnis ausrichten, genauerhin an den Kosten für ein durch die Therapie gewonnenes gutes Lebensjahr. Es wird also in einem ersten Schritt die durch eine medizinische Maßnahme erzielte Lebensqualitätssteigerung mit der Zeitdauer multipliziert, in der sie prognostiziert wird. Kann also durch eine Maßnahme die Lebensqualität eines Kranken für die Dauer eines Jahres von der Hälfte des Durchschnittswerts gesunder Menschen auf diesen Durchschnittswert gesteigert werden, so wird dies ebenso gewichtet wie die Lebensverlängerung um ein halbes Jahr mit normaler Lebensqualität. Im zweiten Schritt errechnet man dann die Kosten für jede Maßnahme und streicht jene Maßnahmen aus dem Finanzierungskatalog, die den schlechtesten Kosten-Nutzen-Faktor aufweisen. Pointiert gesagt legt die Gesellschaft auf diese Weise fest, wie viel sie sich ein Lebensjahr mit guter Lebensqualität kosten lassen kann und will.

Das Modell wird in zwei Varianten vertreten: Die eine bemisst den medizinischen Nutzen einer Maßnahme durch sog. QALYs („quality adjusted life years“ = „qualitätsbereinigte Lebensjahre“), wobei der Akzent für die Lebensqualität stark auf dem subjektivem Wohlbefinden liegt. Diese Methode schlägt z.B. das Manifest einer Arbeitsgruppe der Schweizer Bundesärztekammer von 1999 vor¹⁷. Die andere Methode misst den medizinischen Nutzen durch sog. DALYs („disability adjusted life years“ = „unfähigkeitsbereinigte Lebensjahre“). Hier liegt der Akzent auf den für das jeweilige Alter eines Menschen normalen Fähigkeiten, sein Leben zu gestalten und Grundvollzüge eigenständig zu realisieren. Diesen Weg praktiziert die Weltgesundheitsorganisation der UNO, die WHO, seit dem World Development Report von 1993.

Beide Modelle bedürfen einer Skala, die die Lebensqualität bzw. deren Beeinträchtigung misst. Eine solche festzulegen, die dann qualitative Wertentscheidungen in quantitative Messgrößen (ausgedrückt in der Qualitätszahl, die zwischen 0 = keinerlei Lebensqualität und 1 = volle Gesundheit oder umgekehrt liegt) übersetzt, ist Aufgabe eines ethischen Diskurses. M.E. sollte dieser primär von Fachleuten geführt und von im weiteren Sinne politischen Gremien entschieden werden.¹⁸ Eine Einbeziehung der Öffentlichkeit durch solche Gremien ist allerdings höchst wünschenswert, sofern eine allgemeine Akzeptanz der Ergebnisse angezielt wird¹⁹.

¹⁷ Vgl. Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“, 1999.

¹⁸ Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2007 empfiehlt die Installierung einer „Priorisierungskommission“.

¹⁹ Vgl. Diederich, 2009.

Dabei geht es v.a. um folgende Werte, die ich relativ übereinstimmend zwei anerkannten Skalen, nämlich dem EQ-5D (EuroQol 5 Dimensions) und dem HUI-II (Health Utility Index Mark II) entnehme (auch umfangreichere Kriterienkataloge wie der SF-36 wären denkbar!): Mobilität; Sinneswahrnehmungsfähigkeit; kognition/geistige Fähigkeiten; Vollzug normaler Tätigkeiten; Schmerzen; psychisches Befinden (Emotionen, Angst, Depression, ...); Selbstfürsorge. Ethischerseits geht es erstens darum, diese Gesichtspunkte untereinander entsprechend zu gewichten, und zweitens darum, innerhalb jedes Gesichtspunkts eine Skala von empirisch beobachtbaren Beeinträchtigungen unterschiedlicher Schwere festzulegen.

Auf den ersten Blick haben beide Varianten der Priorisierung von Gesundheitsleistungen gemäß ihres Kosten-Nutzen-Verhältnisses einen gravierenden Nachteil: Sie sind „utilitaristisch“. Denn sie streben nach dem größtmöglichen Gesamtnutzen, der sich mit einem begrenzten Gesundheitsbudget erzielen lässt. Theoretisch könnte es vorkommen, dass einzelne Menschen „geopfert“ werden und vom Kuchen nichts abbekommen, damit andere umso gesünder und besser leben können. Das aber ist für die kontinentaleuropäischen Gesellschaften noch immer ein unverzeihlicher Makel. Insofern scheint es fast ein wenig hilflos, wie sich das Manifest der Schweizer Ärztekammer gegen den Ruch des Utilitarismus wehrt und in der Berufung auf *Rawls* Zuflucht sucht.

Zwei Dinge aber werden im Utilitarismusvorwurf völlig übersehen, die eine grundlegende Differenz ausmachen: Erstens wird in allen Modellen der DALYs und QUALYs selbstverständlich vorausgesetzt, dass jedes Mitglied der Gesellschaft am Gesundheitssystem teilhat. Die Frage, ob um der größeren Nutzensumme willen einzelne Personen aus der Gesundheitsversorgung gänzlich ausgeschlossen werden sollten, stellt sich für sie überhaupt nicht. Genau genommen werden also im Ernstfall knapper Kassen nicht Menschen geopfert, sondern konkrete Möglichkeiten von Menschen. Nicht mehr und nicht weniger. Zweitens ist es ebenso entscheidend, dass hier allein Therapien im engen Sinn gegeneinander abgewogen werden.²⁰ Die Abwägung konfligierender Güter betrifft hier nur jene Maßnahmen, die Krankheiten heilen. Schönheitsoperationen und Wellnessangebote, so sehr sie auch zur Lebensqualität von Menschen beitragen können, gehören nicht in die solidarische Pflichtversicherung. Das Opfer, das jemand also ggf. durch den Verzicht auf eine hilfreiche Therapie erbringen muss, wird zugunsten anderer hilfreicher Therapien für andere kranke Menschen vollzogen – nicht um des noch größeren Späßes von Gesunden! Insofern hat *Kersting* mit der Behauptung Recht, Nützlichkeitsabwägungen dürften im Rahmen von Gerechtigkeitsabwägungen sehr wohl eine Rolle spielen, wenn sie nur in den Kontext eines egalitären Verteilungssystems implementiert seien.²¹

Welche Priorisierung ermöglicht mit begrenzten Mitteln die aufs Ganze gesehen optimale Wirkung? Diese Frage leitet mit Erfolg seit Jahrzehnten die Überlegungen

²⁰ Vgl. Regel 2 des Schweizer Manifests.

²¹ Vgl. *Kersting*, 1997, 188.

Michael Rosenberger

der Notfallmedizin im Einsatz bei Massenunfällen und die Allokationssysteme der Organtransplantation. Sie empfiehlt sich analog auch für die Priorisierung der Leistungen einer zukunftsfähigen Grundversicherung im Gesundheitswesen. Sie ist transparent, rational und – ich hoffe es gezeigt zu haben – gerecht.

„Die Rationierung medizinischer Leistungen würde gegen das Prinzip der Menschenwürde verstoßen.“ Diese Aussage verkennt die Wirklichkeit. Nicht die echte, ehrliche und demokratisch vereinbarte Rationierung stellt ein ethisches Problem dar – im Gegenteil. Das eigentliche Problem ist vielmehr die Heimlichkeit und Willkür von Leistungsbegrenzungen. Sie sind tatsächlich entwürdigend – für die dadurch Benachteiligten, aber auch für die Bevorzugten – und für jene, die sie zu exekutieren haben, d.h. die Ärzte/-innen.

Literaturverzeichnis

- Alkofer, A. P., „Zieh den Regelkreis nicht zu eng...!“ Theoretische Gerechtigkeit im globalen Gesundheitswesen?, in: Internationale katholische Zeitschrift *Communio* 2002, 31. Jg., 540–555.
- Aufderheide, D./Dabrowski, M., *Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens*, Berlin 2002.
- Birnbacher, D., *Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen*, in: *Angewandte Ethik und Medizin*, hrsg. von Bruder Müller, G., Würzburg 1999, 49–64.
- Brand, A. u.a., *Individuelle Gesundheit versus Public Health? Jahrestagung 2001 der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.*, Hamburg 2002.
- Dabrock, P., *Tauschgerechtigkeit im Gesundheitssystem?*, in: *Zeitschrift für evangelische Ethik* 1999, 43. Jg., 2–22.
- Dabrock, P./Gabriel, K., *Einladung zum Missbrauch? Eine Kritik aktueller gesundheitspolitischer Stellungnahmen der Kirchen*, in: *Herder Korrespondenz* 2003, 57. Jg., 403–406.
- Daniels, N., *Just Health Care*, Cambridge 1985.
- Daniels, N./Sabin, J., *Setting Limits Fairly. Can We Learn To Share Medical Resources?*, Oxford/New York 2002.
- Deutsche Bischofskonferenz, *Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und Kommission für caritative Fragen, Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*, Bonn 2003.
- Diederich, A. u.a., *Priorisierung: Öffentlicher Diskurs erforderlich*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2009, 106. Jg., A 654–656.
- Donges, J. u.a., *Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*, Berlin 2002.
- Evangelische Kirche in Deutschland, *Kammer für soziale Ordnung, Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*, Hannover 2002.

- Fuchs, C./Nagel, E./Raspe, H., Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung – was ist gemeint?, in: Deutsches Ärzteblatt 2009, 106. Jg., A 564–567.
- Glaeske, G. u.a., Weichenstellungen für die Zukunft. Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, in: Der Internist 2002, Nr. 2, 26–37.
- Ham, C./Glenn, R., Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting, in Health Care, Maidenhead/Philadelphia 2003.
- Hardes, H.-D./Schmitz, F./Uhly, A., Grundzüge der Volkswirtschaftslehre, 8. Aufl., München/Wien 2002.
- Höffe, O., Besonnenheit und Gerechtigkeit. Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, in: Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität?, hrsg. von Schlicht, W./Dickhuth, H. H., Schorndorf 1999, 155–184.
- Höffe, O., Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. Eine Replik, in: Zeitschrift für evangelische Ethik 2000, 44. Jg., 89–102.
- Hohmeier, J., Gerechtigkeit bei der Verteilung und Rationierung von Gesundheitsleistungen – eine wirtschaftsethische Analyse der gesetzlichen Krankenversicherung, Herdecke 2000.
- Jacobs, L./Marmor, T./Oberlander, J., The Oregon Health Plan and the Political Paradox of Rationing: What Advocates and Critics Have Claimed and What Oregon Did, in: Journal of Health Politics, Policy and Law 1999, Vol. 24, 161–180.
- Jähnichen, T., Die soziale Konstruktion von „Knappheit“. Über die Unausweichlichkeit von Verteilungskonflikten im Sozialsystem, in: Zeitschrift für evangelische Ethik 1999, 43. Jg., 22–25.
- Kern, A. u. a., Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen?, in: Deutsches Ärzteblatt 1999, 96. Jg., A 113–117.
- Kersting, W., Gerechtigkeit und Medizin, in: Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend, hrsg. von Kersting, W., Frankfurt/Main 1997, 170–212.
- Kick, H. A./Taupitz, J., Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, Münster 2005.
- Lütz, M., Lebenslust – Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult, München 2002.
- Marckmann, G./Liening, P./Wiesing, U., Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Stuttgart 2003.
- Nationaler Ethikrat, Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin 2006.
- Noichl, F., Medizin und die begrenzten Ressourcen. Ethische Überlegungen zum Problem der Rationierung im Gesundheitswesen, in: Salzburger theologische Zeitschrift 2001, 5. Jg., 167–180.
- Nord, E., Cost-Value Analysis in Health Care. Making Sense out of QALYs, Cambridge/New York 1999.

Michael Rosenberger

- Oberender, P./Hebborn, A., Allokation 2. Gesundheitsökonomisch, in: Lexikon der Bioethik Band 1, Gütersloh 1998, 116 f.
- Obermann, K., Rawls'sche Gerechtigkeitstheorie und die Rationierung medizinischer Leistungen – kann ein theoretisches Konzept in der Praxis angewandt werden?, in: Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie 2000, 86. Jg., 412–422.
- Pöltner, G., Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen, in: Grundkurs Medizin-Ethik, hrsg. von Pöltner, G., Wien 2002, 287–312.
- Raspe, H., Müssen, können und dürfen wir in unserer medizinischen Versorgung Prioritäten setzen?, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2001, 6. Jg., 327–342.
- Rauprich, O./Marckmann, G./Vollmann, J., Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn 2005.
- Rawls, J., Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt/Main, 1979.
- Reiter, J., In der Rationierungsfalle. Medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende, in: Herder Korrespondenz 1999, 53. Jg., 553–557.
- Römelt, J., Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild? Knappheit ökonomischer Mittel und verantwortbare Verteilung der Ressourcen, in: Stimmen der Zeit 1995, 213. Band, 261–269.
- Rosenberger, M., Die beste Medizin für alle – um jeden Preis?, in: Deutsches Ärzteblatt 2006a, 103. Jg., A 764–767.
- Rosenberger, M., Die beste Medizin für alle – um jeden Preis? in: Orientierung 2006b, 70. Jg., 125–128 und 141–144.
- Rosenberger, M., Kann Rationierung fair sein? Ethische Überlegungen zur Gerechtigkeit im Gesundheitssystem, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2007, Nr. 101, 356–361.
- Schlicht, W./Dickhuth, H. H., Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität?, Schorn-dorf 1999.
- Schramm, M., Umbau des sozialstaatlichen Gesundheitssystems, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1997, 43. Jg., 233–244.
- Sitter-Liver, B., Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie 2003, 50. Jg., 438–463.
- Sommer, J. H., Muddling Through Elegantly. Rationierung im Gesundheitswesen, Basel 2001.
- Taupitz, J./Brewer, M., Biomedizin im Zeitalter der Globalisierung und Medizinische Versorgung in Zeiten knapper Kassen. Herausforderungen für Recht und Ethik, Berlin u.a. 2001.
- Ubel, P. A., Pricing Life. Why It's Time for Health Care Rationing, Cambridge/London 2000.
- Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“, Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen, in: Schweizer Ärztezeitung 1999, Nr. 45, 1–9.

Rationierung und Gerechtigkeit

- Wiemeyer, J., An Haupt und Gliedern. Eckpunkte für eine umfassende Gesundheitsreform, in: Herder Korrespondenz 2002, 56. Jg., 605–610.
- World Health Organization, Priority Medicines for Europe and the World, Genf 2004.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung: Müssen und können wir uns entscheiden?, Bonn 2000.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Berlin 2007.
- Zimmermann-Acklin, M., Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen. Überlegungen aus ethischer Sicht, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, 130. Jg., 2343–2346.
- Zimmermann-Acklin, M., Gesundheit – Gerechtigkeit – christliche Identität. Begründung und Gestalt der gesundheitlichen Versorgung aus der Perspektive einer theologischen Ethik, in: Jahrbuch der Christlichen Sozialwissenschaften 2006, 47. Jg., 103–128.

