

Die beste Medizin für alle – um jeden Preis?

Die ethische Gestaltung des Gesundheitssystems angesichts begrenzter Mittel (*Erster Teil*)*

Im gegenwärtigen Reformdiskurs der Bundesrepublik Deutschland nimmt die Frage einer durchgreifenden Gesundheitsreform einen zentralen Platz ein. Denn an keinem der Teilsysteme sozialer Sicherung wurde in den letzten Jahrzehnten so viel herumgedoktert. Und kaum war eine Gesundheitsreform beschlossen, zeichnete sich bereits ab, daß ihr die nächste auf dem Fuße folgen müsse. Zu viele Lobbygruppen nahmen und nehmen auf die Ergebnisse Einfluß, so daß mittlerweile neben der Ineffizienz auch die Intransparenz des Systems kaum noch zu überbieten ist. Je mehr Lobbyinteressen sich durchsetzen, um so mehr Bürokratie ziehen sie nach sich, und um so weniger wird eine klare dogmatische Grundstruktur vorhanden sein, die dem System Haltbarkeit garantieren kann.

Da es sich beim Gesundheitssystem um ein System gesellschaftlicher Solidarität handelt, sind unweigerlich ethische Aspekte in den verschiedenen Reformplänen impliziert. Diesen soll in der gebotenen Konzentration auf das Wesentliche nachgegangen werden. Dazu gehe ich in drei Schritten vor: Im ersten frage ich nach den Ursachen der finanziellen Knappheiten im Gesundheitssystem. Im zweiten gehe ich kurz auf ökonomische Reformüberlegungen ein, ehe im dritten Schritt die im engen Sinn ethischen Verteilungsfragen behandelt werden.

Woher die Knappheiten kommen

Schon 1996 gaben in einer Befragung 59 Prozent der ÄrztInnen an, sie hätten den Eindruck, daß bereits rationiert werde. 1998 war dieser Wert dann auf 73 Prozent gestiegen¹, und so dürfte heute wohl kaum ein Arzt zu finden sein, der jegliche Beschränkung finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem abstreift. Das Motto «die beste Medizin für alle», von GesundheitspolitikerInnen gerne im Mund geführt, ist in der Praxis schon längst als Traum entlarvt. Die Rationierung medizinischer Leistungen ist bereits Alltag.

Als Hauptursache nennen die meisten Beteiligten die «Fortschrittsfalle», wie sie der Statistiker Walter Krämer erstmals 1996 beschrieben hat.² Durch den exorbitanten medizinisch-technischen Fortschritt sei immer mehr möglich, und was möglich sei,

das werde von den Menschen im Ernstfall auch verlangt. So könne der allgemeine Wohlstandszuwachs in den Industrieländern mit dem Zuwachs therapeutischer Möglichkeiten nicht mithalten – es komme zu einer Kostenexplosion durch Leistungsexplosion.³

Doch gilt es, die Zahlen genau anzuschauen. Laut Daten des Statistischen Bundesamtes und der OECD hat sich der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt in den letzten vier Jahrzehnten nur zweimal signifikant verändert: Von 1970 bis 1975 stieg er von 6,5 auf 9,1 Prozent und von 1990 bis 1995 von 9,3 auf 11,1 Prozent. In den übrigen Perioden des genannten Zeitraums veränderte er sich kaum. Nun geht aber der zweite dieser beiden Anstiege eindeutig auf das Konto der deutschen Wiedervereinigung: Nicht weil sich die Kosten für medizinische Maßnahmen deutlich steigerten, sondern weil das Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt (Pro-Kopf-BIP) durch Arbeitslosigkeit und geringere Produktivität im Osten in diesem Zeitraum deutlich fiel, muß der gesamtdeutsche Durchschnittsbürger heute rund 2 Prozent mehr von seinem Wohlstand für die Gesundheit aufbringen als der westdeutsche vor der Wende.

Mit anderen Worten: Die Fortschrittsfalle hat in den letzten vierzig Jahren nur einmal zugeschnappt, und zwar zwischen 1970 und 1975 (es ist interessant, daß sich Höffe und andere immer auf diese halbe Dekade beziehen!), und das nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Industrieländern. So stieg z.B. in Österreich der Anteil der Gesundheitskosten am BIP von 1970 bis 1975 von 5,1 auf 6,9 Prozent, danach aber bis zum Jahr 2000 nur noch auf 7,6 Prozent. Die Rede von der gegenwärtig oder gar permanent durch eine Leistungsexplosion induzierten «Kostenexplosion» ist folglich ein Mythos.⁴ Die wahren Ursachen sind daher andernorts zu suchen. Eine erste scheint mangelnde Effizienz zu sein. Denn wenn man sieht, daß außer den USA (14 Prozent), Deutschland und der Schweiz (je ca. 11 Prozent) alle Industrieländer mit 7 bis 9 Prozent des BIP für ihr Gesundheitssystem auskommen und dabei eine ähnliche Lebenserwartung ihrer BürgerInnen gewährleisten, dann müssen die drei genannten Länder strukturell wohl doch etwas falsch machen. Klar, daß das keiner der am Gesundheitswesen beteiligten Akteure gerne hört.

³Ottfried Höffe, Besonnenheit und Gerechtigkeit. Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, in: Wolfgang Schlicht, Hans Herrmann Dickhuth, Hrsg., Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität? Schondorf 1999, 155-184, 91; Ders., Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, in: ZEE 44 (2000), 89-102.

⁴So auch Bernard Braun, Hagen Kühn, Hartmut Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt/M. 1998. Den Begriff «Kostenexplosion prägte im übrigen 1974 der damalige rheinland-pfälzische Sozialminister Heiner Geißler – seinerzeit zurecht!

*Zusammenfassung der Vorlesung bei den Salzburger Hochschulwochen 2005 «Ethik im Brennpunkt». Die Vorlesungen sind dokumentiert in: Heinrich Schmidinger, Gregor M. Hoff, Hrsg., Ethik im Brennpunkt. Salzburger Hochschulwochen 2005. Innsbruck 2005. Eine Kurzfassung des vorliegenden Textes erschien im «Deutschen Ärzteblatt» (103 [2006], A-764-767).

¹Vgl. Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), A-117.

²Vgl. Walter Krämer, Die Fortschrittsfalle oder Hippokrates versus Sisyphos, in: Deutscher Hochschulverband, Hrsg., Almanach IX (1996), 55-63.

Die zweite Ursache ergab sich bereits bei der Analyse der deutschen Entwicklung in den neunziger Jahren: Je höher die Arbeitslosigkeit anschwillt, um so teurer wird das Gesundheitssystem in Relation zum BIP des betreffenden Landes. Das gilt um so mehr, wenn der Löwenanteil des Gesundheitssystems durch lohnbezogene Beiträge der Pflichtversicherten und deren Arbeitgeber getragen wird (in Deutschland waren dies im Jahr 2000 laut OECD knapp 69 Prozent, in Österreich und der Schweiz nur knapp 43 Prozent). Denn höhere Lohnnebenkosten produzieren Arbeitsplatzverlagerung ins Ausland und damit einen Anstieg der Arbeitslosigkeit. Dann aber müssen wiederum die Versicherungsbeiträge erhöht werden – es handelt sich um ein sich selbst verstärkendes System.

Eine dritte Ursache ist absehbar, wird ihre Wirkung allerdings erst nach 2020 entfalten: Die demographische Entwicklung. Wenn die Generation der «Baby-Boomer», also der starken Geburtsjahrgänge 1955 bis 1965, in den Ruhestand tritt, müssen hundert potentiell Erwerbstätige zwischen zwanzig und sechzig Jahren nicht nur vierzig RuheständlerInnen tragen wie heute, sondern fast siebzig.⁵ Was das bedeutet, kann man sich ausmalen. Eine auf Zukunft orientierte Gesundheitsreform darf diesem Problem nicht ausweichen.

Ineffizienz, Arbeitslosigkeit und Kindermangel sind also die drei wirklichen Probleme, die das deutsche Gesundheitssystem ins Wanken bringen. Das erste und das dritte müssen dabei (auch) systemintern angegangen werden, das zweite hingegen läßt sich nur durch Maßnahmen weit jenseits der Gesundheitspolitik klären. Gleichwohl gehören Knappheiten zu den Grundgegebenheiten der Geschöpflichkeit. Begrenztheit und Endlichkeit sind prinzipiell unvermeidbar. Es gilt also als zentrale Herausforderungen, mit diesen Begrenzungen angemessen umzugehen. Klassisch gibt es zwei wissenschaftliche Disziplinen, die sich diesem Problem widmen: die Ökonomie unter Effizienzaspekten und die Ethik unter Gerechtigkeitsaspekten. Beiden soll im Folgenden nachgegangen werden. Denn auch die Ökonomie zeitigt ethische Implikationen und darf keinesfalls als ethisch neutral verstanden werden – allen Versuchen mancher ÖkonomInnen zum Trotz.

Ethische Bedingungen ökonomischer Rationalisierung

Gesundheit ist kein tauschbares Gut. Sie läßt sich nicht kaufen wie ein beliebiges Produkt. Zudem besitzt Gesundheit Ermöglichungscharakter: Sie ist nicht alles, aber ohne sie ist alles nichts.⁶ Aus diesen beiden Gründen kann das Gesundheitssystem nicht durch reine Marktwirtschaft reformiert werden. Gleichwohl können marktwirtschaftliche Elemente zu einer Effizienzsteigerung führen, die zugleich sozial verträglich ist. Und diese Effizienzsteigerung ist zweifelsohne dringend nötig. Denn innerhalb aller am Gesundheitssystem beteiligten Akteursgruppen lassen sich gewaltige Effizienzunterschiede der jeweiligen AkteurInnen nachweisen.

Für ökonomische Rationalisierungen, d.h. Steigerungen der Effizienz gilt der ethische Grundsatz: Ineffizienz ist auf jeden Fall ungerecht, denn sie schafft ohne Not Benachteiligte. Im Umkehrschluß aber ist nicht jede Effizienzsteigerung automatisch gerecht. Sie muß vielmehr ihrerseits nochmals auf den ethischen Prüfstand gestellt werden: Dient sie den Schlechtestgestellten? Wird der erzielte Rationalisierungsgewinn unter den Beteiligten gerecht geteilt? Treten keine gravierenden unerwünschten Nebeneffekte auf? Bleibt die therapeutische Qualität gesichert?

Rationalisierung braucht *Anreizstrukturen*. Diese werden ihrerseits vorwiegend ökonomischer Natur sein. Für die einzelnen Beteiligten im Gesundheitssystem kommen dabei folgende, teils schon realisierte, teils durch Lobbygruppen erfolgreich verhinderte Anreizmechanismen in Betracht:

⁵Jens Hohmeier, *Gerechtigkeit bei der Verteilung und Rationierung von Gesundheitsleistungen – eine wirtschaftsethische Analyse der gesetzlichen Krankenversicherung*. Herdecke 2000, S. 1.

⁶Wolfgang Kersting, *Gerechtigkeit und Medizin*, in: Ders., *Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend*. Frankfurt/M. 1997, 170-212, 185.

Erstens: Für die Kliniken und Arztpraxen das System fallbezogener Bezahlung: Für eine Leistung wird bundesweit jeweils der selbe Betrag gezahlt. Dazu werden die Krankheiten in Fallgruppen eingeteilt und jeweils nach Schweregrad nochmals individuell gewichtet. Daraus ermittelt sich der Gesamtbetrag, den die Krankenkasse an das Krankenhaus (und, wo dies eingeführt ist, auch an die Arztpraxis) ausbezahlt. Nicht mehr einzelne Behandlungsschritte werden also bezahlt, sondern pauschal die Gesamtleistung einer Therapie. Damit hat die Klinik ein Interesse, ihre Leistung so effektiv wie möglich zu erreichen. Unnötig lange Krankenhausaufenthalte und überflüssige Untersuchungen wird sie aus Eigeninteresse vermeiden. In Deutschland ist dieses System seit 2004 unter dem Kürzel DRG (Diagnosis Related Groups) für Kliniken eingeführt.⁷ In Österreich ist es bereits etliche Jahre unter dem Titel LDF (Leistungsorientierte Diagnose-Fallgruppen) in Funktion.

Zweitens: Für die *Versicherten* kennt man seit längerem die Praxis der Selbstbehalte. Dort, wo es eine Versuchung zu Mitnahmeeffekten gibt, wo also die Versicherten als Trittbrettfahrer etwas einzugewinnen und allein deswegen in Anspruch nehmen, weil es nichts kostet, machen solche Selbstbehalte Sinn – eine moderate Höhe vorausgesetzt. Das gilt z.B. für Medikamente und Arztbesuche, solange es nicht um chronisch Kranke geht. Ins Krankenhaus hingegen geht wohl kaum jemand freiwillig – hier sind Selbstbehalte eher kontraproduktiv. Hingegen sollten Arbeitslose und SozialhilfeempfängerInnen durchaus ihren Selbstbehalt zahlen, denn auch sie brauchen die monetäre Motivation, sich effizient zu verhalten. Die ihnen dadurch entstehenden Durchschnittskosten sollte man lieber auf Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe aufschlagen. Jedes Sozialsystem funktioniert am besten, wenn es ohne systemfremde «Implantate» auskommt.

Ein zweiter Anreiz für Versicherte existiert mindestens in den privaten Versicherungen: Ein moderates Bonussystem für jene, die sich durch einen gesunden Lebensstil, präventive Körperpflege und sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen fit halten und damit nachhaltig ihre Gesundheitskosten senken. Hier gibt es gerade in Deutschland unbestritten noch ein hohes Potenzial zur Effizienzsteigerung.

Drittens: Während für Krankenhäuser, Arztpraxen und Versicherte seit längerem Anreize zu effizientem Verhalten bestehen, werden die *Pharmahersteller* noch relativ zögerlich in die Pflicht genommen. Immerhin sind seit einigen Jahren die sogenannten Generika auf dem Markt, die für eine gewisse Konkurrenz sorgen und einen Effizienzdruck aufbauen. Doch so lange der Patentschutz für ein Medikament gilt, der einzig an dieser Stelle in den Gesundheitsbereich hineinreicht(!), werden monopolistische und damit ineffiziente Strukturen nicht vermeidbar sein. Sinnvolle Alternativmodelle zur Wahrung der Interessen der ErfinderInnen gibt es leider nicht.

Viertens: Auch die (gesetzlichen) *Versicherungen* haben sich bisher dem Effizienzdruck weitgehend erfolgreich widersetzt. Nötig wäre eine marktwirtschaftliche Konkurrenz durch tatsächlich freie Kassenwahl und die Beseitigung der bisherigen monopolistischen Strukturen. Jeder Versicherte sollte frei wählen, wo er sich versichert, und die Kasse sollte gezwungen sein, jeden zu akzeptieren – auch den chronisch Kranken oder Sterbenden. Eine Aufhebung der Unterschiede zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen wäre dazu freilich unabdingbar. Erst dann könnte sich zeigen, welche Kasse mit der schlankesten Bürokratie ihre KundInnen am besten betreut.

Rahmenbedingungen für Anreizsysteme

Die Rahmenbedingungen für die Anreizsysteme müssen, da es um ein System gesellschaftlicher Solidarität geht, selbstverständlich vom Gesetzgeber definiert und laufend auf ihre Zielgenauigkeit

⁷Für genauere Informationen weltweit siehe: <http://www.drgonline.de/DRG/DRG-Systeme/drg-systeme.html>; bezogen auf das deutsche System: <http://www.g-drg.de>.

geprüft werden. Eventuell sind Nachjustierungen nötig. Vor allem aber muß unter allen Umständen verhindert werden, daß Effizienzsteigerungen zu Lasten der Qualität gehen. In diesem Sinne wird ein unabhängiges «Zentrum für Qualität in der Medizin», wie es der Gesundheitsexperte Karl Lauterbach seit Jahren vorschlägt, unabdingbar sein.⁸ Ähnlich wie andere Bundesbehörden, die die Sicherheit verschiedener Arbeitsbereiche überwachen, braucht auch das Gesundheitssystem eine solche Kontrollinstanz, wenn es unter marktwirtschaftlichen Regeln verlässlich arbeiten soll.

Aus ethischer Sicht entscheidend scheint mir zu sein, daß die Rationalisierung des Gesundheitssystems von *allen* erbracht werden muß und nicht nur von den ÄrztInnen und PatientInnen. Insbesondere letztere haben keine Lobby und werden in den politischen Debatten daher schnell als die einzigen «Opfer» von Reformen auserkoren. Hier wird auf eine Ausgewogenheit von Lasten und Gewinnen zu schauen sein.

Im Blick auf die Versicherten (und eigenartiger Weise nur im Blick auf diese!) wird dabei gern und oft von *Eigenverantwortung* gesprochen. Grundsätzlich ist das ein richtiger und wichtiger Verweis. Kein Mensch soll von den solidarischen Systemen abhängig gemacht und in Unselbständigkeit getrieben werden. Die katholische Soziallehre vertritt seit langem das Grundprinzip der Subsidiarität: So viel Eigenverantwortung wie möglich, so viel Hilfe wie nötig. Doch setzt der Appell an die Eigenverantwortung gerade in dieser etablierten Formel voraus, daß der Adressat seine Verantwortung auch ausüben kann. Und dabei darf nicht übersehen werden, daß diese Befähigung ungeheuer milieuhängig ist: Gerade arme Menschen verhalten sich oft sehr ungesund – aus Mangel an Wissen, an positiven Grunderfahrungen gesunden Lebensstils, an persönlichen Befähigungen zum Umgang mit dem Gesundheitswesen. Hier wäre die Frage, ob nicht viel stärker begleitende und beratende Sozialarbeit nötig wäre, um die Gesundheitskosten zu reduzieren. Womöglich wäre es im wohl verstandenen Eigeninteresse von Krankenversicherungen, wenn sie Sozialarbeiter für Leistungen der Gesundheitsberatung und -betreuung bezahlen würden. Auf jeden Fall aber hat die Solidargemeinschaft hier die Pflicht, sich zu engagieren: «Ein Einfordern von Eigenverantwortung ohne ein entsprechendes Fördern, das von unterschiedlichen Fähigkeiten zur Eigenverantwortung in Unter- und Mittelschichten ausgeht, läuft Gefahr, als faktisches Instrument zur Entsolidarisierung gegenüber den Schwächsten in der Gesellschaft mißbraucht zu werden.»⁹

Ethisch bedeutsam scheint mir auch die da und dort verhandelte Frage nach der *Kostentransparenz*. Wenn überhaupt Eigenverantwortung aller Beteiligten erreicht werden soll, dann muß die höchstmögliche Klarheit über die Kosten einer Maßnahme hergestellt werden. Der sogenannte «informed consent», Leitbild der modernen Medizinethik, umfaßt auch das: Jeder Beteiligte sollte – sofern er entscheidungsfähig ist – vorher wissen, was eine bestimmte Therapie oder ein eingesetztes Medikament kostet. Er sollte aber zumindest nachher auch erfahren, wie viel Verwaltungskosten seine Versicherung berechnet. Natürlich kann das nicht heißen, daß das ärztliche Aufklärungsgespräch vor einer Operation zum Verkaufsgespräch degeneriert, in dem über Preise und Rabatte verhandelt wird. Aber dort, wo eine Entscheidung über alternative Therapiemöglichkeiten große Kostendifferenzen beinhaltet, sollte dieser finanzielle Aspekt auch nicht von vorneherein zum Tabu erklärt werden. Denn in den Köpfen der behandelnden Ärzte wird er ja ohnehin mitgedacht, und so ist es auch ein Akt der Ehrlichkeit, dem Patienten offen und entscheidungsoffen (!) zu sagen, was Sache ist.

Ein letzter, von den Lobbygruppen gerne verdrängter Schritt der Effizienzsteigerung wäre die Einforderung der *Leistungsevidenz*:

⁸Vgl. Gerd Glaeske, Karl Lauterbach, Bert Rürup, Jürgen Wasem, Weichenstellungen für die Zukunft. Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, in: Der Internist 2/2002, 26-37.

⁹Peter Dabrock, Karl Gabriel, Einladung zum Missbrauch? Eine Kritik aktueller gesundheitspolitischer Stellungnahmen der Kirchen, in: Herder Korrespondenz 57 (2003), 403-406, 406.

Für Medikamente wie für Therapien muß endlich die Evidenzbasierung ihrer Wirksamkeit Voraussetzung dafür sein, daß eine Bezahlung durch die Kassen überhaupt in Frage kommt. Will ein Arzt oder ein Patient eine nicht evidenzbasierte Maßnahme durchführen, dann liegt es in ihrer eigenen Verantwortung, wie sie das finanzieren.

Ethische Kriterien gerechter Rationierung

Schon durch Rationalisierung, d.h. durch Steigerung der ökonomischen Effizienzen werden beträchtliche Einsparungspotentiale im Gesundheitsbereich realisierbar. Dennoch werden sie auf lange Sicht nicht jenen Umfang erreichen, der vor allem auf Grund der oben aufgezeigten demografischen Entwicklung nötig ist. Insofern muß zur Rationalisierung die Rationierung hinzukommen. Unter Rationierung versteht man die Verteilung knapper Grundgüter nach rationalen und transparenten Kriterien. Wie erwähnt geht bereits seit 1996 die Mehrheit der ÄrztInnen in Deutschland davon aus, daß es «Rationierung» gibt – allerdings bisher meist ohne transparente, von den zuständigen Institutionen rational festgelegte Kriterien. Die Zuteilung knapper Ressourcen erfolgt bisher willkürlich und intuitiv. Darüber hinaus wird sie in der Regel den ÄrztInnen angelastet, während eigentlich Politik und Gesellschaft verantwortlich wären, auf demokratischem Wege Verteilungsregeln zu definieren.

Noch immer gibt es unübersehbar eine gewisse Verweigerungshaltung. Denn nicht wenige folgern aus dem in der Allgemeinen Menschenrechtserklärung der UN in Artikel 25 (1) formulierten «Grundrecht auf medizinische Versorgung» ein Menschenrecht auf Maximalversorgung. Doch ist unbestritten, daß alle Menschenrechte, sogar das Grundrecht auf Leben, im Konfliktfall zu Gunsten anderer gleich- oder höherwertiger Grundrechte zurückgestellt werden können und müssen. Menschenrechte stehen in Konkurrenz und konfliktieren miteinander. Ihre Abwägung im Konfliktfall fordert aus Achtung vor der Menschenwürde der beteiligten Personen vor allem Unparteilichkeit und Rationalität. Eine Gesellschaft hat gewisse Grenzen ihrer Tragekapazität. So haben die halbnomadischen Indianer-Stämme Nordamerikas anlässlich ihrer langen und anstrengenden Wanderung in die Winterquartiere jene Alten zurückgelassen, die nicht mehr in der Lage waren, aus eigener Kraft mitzuziehen. Die Alternative zu dieser Praxis, die letztlich einen fairen und rationalen Generationenvertrag darstellte, wäre der Untergang des gesamten Stammes gewesen, und den konnte niemand wünschen.

Für eine moderne Industriegesellschaft geht es zweifelsohne nicht mehr um das kurzfristige Überleben als solches wie bei den Indianern. Dennoch bleibt es eine Frage intergenerationeller Gerechtigkeit, welchen Anteil an der gesamten Wirtschaftsleistung eine Gesellschaft vernünftigerweise und dauerhaft für Gesundheitsleistungen ausgeben kann. Wenn etwa zugunsten einer perfekten Gesundheitsversorgung an der nötigen Verkehrs- und Kommunikationsinfrastruktur gespart wird, dann fällt das nicht nur nachteilig auf das Gesundheitssystem selbst zurück, das diese Infrastruktur direkt nutzt, sondern beeinträchtigt zudem in erheblichem Maße die mittlere Generation, die das Geld für die Gesundheit erwirtschaften soll. Und wenn die Optimierung der Gesundheitsvorsorge Einsparungen an Bildung und Forschung nötig macht, gilt Analoges im Blick auf die jüngere Generation. Otfried Höffe hat also Recht, wenn er hier eine Betrachtung unter dem Blickwinkel der intergenerationellen Gerechtigkeit fordert.¹⁰

Das Menschenrecht auf medizinische Versorgung ist also nur als Grundrecht auf Grundversorgung zu verstehen: «Das Recht auf einen fairen Anteil an der öffentlichen Gesundheitsversorgung bedeutet: jeder hat ein Recht auf ein vernünftiges medizinisches Versorgungsminimum.»¹¹

Der erste Schritt innerhalb einer Rationierungsdebatte für das Gesundheitssystem wäre folglich die Bestimmung des gerechten

¹⁰Vgl. Otfried Höffe, Besonnenheit und Gerechtigkeit (vgl. Anm. 3), 155-184.

Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP einer Gesellschaft. Ein Blick auf die überwältigende Mehrheit der Industrieländer zeigt, daß dieser Wert bei genügender Effizienz zwischen 7 und 10 Prozent liegen wird. Paradigmatisch für den zweiten Schritt, die Verteilung des so definierten «Kuchenstücks», wären dann zwei Bereiche, in denen die Rationierung medizinischer Leistun-

¹¹Wolfgang Kersting, *Gerechtigkeit und Medizin* (vgl. Anm. 6), 170-212, 195.

gen absolut unumgänglich und daher längst üblich ist: Die Organallokation im Transplantationswesen (hier herrscht absolute Organknappheit) und die Erstbetreuung von Verunglückten bei Massenunfällen (hier herrscht absolute Zeit- und Personalknappheit). In beiden Fällen gibt es anerkannte Vorzugsregeln für die Frage, wer in den Genuß medizinischer Leistungen kommt und wer nicht. An ihnen sollen die hier darzulegenden Überlegungen am Schluß dieses Artikels gemessen werden. (*Zweiter Teil folgt.*)

Michael Rosenberger, Linz