

sie an die kirchlich-sakramentale Verortung erinnert: Es sei nicht gut, wenn Pastoralreferenten sich der Eucharistiefeier als dem Mittelpunkt des kirchlichen Lebens entfremdeten und als hauptamtliche Mitarbeiter anderen ein negatives Bild von der Kirche vermittelten.

In einer Stellungnahme zu „Meewerken in het pastoraat“ äußerte sich der gesamt-niederländische Zusammenschluß der „Vereinigungen katholischer Seelsorger“ in den Bistümern insgesamt positiv zu dem Papier. Diesen Vereinigungen, die nach bürgerlichem Recht organisiert sind, gehören sowohl Priester und Diakone wie Pastoralreferenten an; sie zählen landesweit 1250 Mitglieder. Man freue sich über die Anerkennung der Rolle der Pastoralreferen-

ten und des bleibenden Werts des Beitrags hauptberuflicher Laien in der Seelsorge durch die Bischöfe. Spiritualität und Professionalität würden in dem Dokument nirgends gegeneinander ausgespielt.

Für die kommenden Wochen und Monate sind in den niederländischen Bistümern Gespräche über „Meewerken in het pastoraat“ mit den Mitarbeitern in der Seelsorge vorgesehen. Die gemeinsamen Richtlinien des Dokuments müssen schließlich auf diözesaner Ebene umgesetzt werden. Der Text weist selber darauf hin, daß er nicht die Verantwortung des einzelnen Bischofs für die Gestaltung der Seelsorge in seinem Bereich ersetze.

Alle pastoralen Planungen für die kommende Zeit stehen unter dem Damo-

klesschwert des weiteren Rückgangs und der weiteren Überalterung beim niederländischen Klerus. Die Abgrenzung zwischen den Profilen des Priesters einerseits und des Pastoralreferenten andererseits wie die angestrebte Komplementarität der beiden Dienste in der Seelsorge können nur funktionieren, wenn genügend Priester zur Verfügung stehen. Dazu kommt, daß die Zahl der Theologiestudenten in den Niederlanden insgesamt rückläufig ist, so daß auch das Reservoir für Pastoralreferenten kleiner wird. In „Meewerken in het pastoraat“ heißt es denn auch: „Das Interesse für die theologischen Ausbildungsstätten und die pastorale Arbeit ist so beschaffen, daß die Frage offen ist, ob es zukünftig ausreichend professionelle Mitarbeit in der Seelsorge geben wird.“ U. R.

In der Rationierungsfalle

Medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende

Gesundheitspolitik steht immer vor der Aufgabe, die unbegrenzten Bedürfnisse und Wünsche auf der Seite des Patienten mit den begrenzten Ressourcen in Einklang zu bringen. Gelingt dies auf dem Weg der Rationalisierung, wie ihn die Bundesregierung in ihrer geplanten Gesundheitsreform 2000 vorsieht, oder ist eine Rationierung von Gesundheitsleistungen gefordert? Für die Urteilsbildung können ethische Kriterien hilfreich sein.

Wer in diesen Tagen die Diskussion um die von der rot-grünen Bundesregierung angestrebte *Gesundheitsreform 2000* verfolgt, muß den Eindruck gewinnen, das deutsche Gesundheitswesen stehe kurz vor dem Zusammenbruch. Betrachtet man jedoch die Lage im Gesundheitswesen mit etwas Abstand von den politischen Streitigkeiten, so wird man feststellen, daß sich die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland nach wie vor auf einem hohen Niveau befindet. In Deutschland ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 8,7 Prozent im Jahre 1990 auf 10,4 Prozent im Jahre 1997 angestiegen. Nur die Vereinigten Staaten von Amerika liegen höher und befinden sich mit 14 Prozent an der Spitze der Industrienationen, die Schweiz liegt mit 10,2 Prozent an dritter und Österreich mit

7,9 Prozent an elfter Stelle (vgl. *Gesundheitsreform 2000*. Daten zur Gesundheitsversorgung in Deutschland, Bonn, September 1999).

Auch bezüglich der Ärztedichte, der Zahl der Pflegekräfte, des medizinisch-technischen Standards, der Qualität der Arzneimittel und der Anzahl der Krankenhäuser nimmt die Bundesrepublik im internationalen Vergleich eine Spitzenstellung ein. Insgesamt sind auf dem Gesundheitssektor, der mit 526 Milliarden DM Umsatz schon jetzt größer ist als jeder andere Industriezweig in Deutschland, mehr als vier Millionen Menschen tätig. Trotz dieser guten Voraussetzungen für Nachfrager und Anbieter medizinisch-pharmazeutischer Leistungen birgt unser Gesundheitswesen aber auch Pro-

bleme unterschiedlichster Art, von denen ein fundamentales und dringliches die *Knappheit und Endlichkeit der Ressourcen* ist.

Wie der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, *Christoph Fuchs*, bemerkt, wird die medizinische Ressourcen-debatte in Deutschland vor allem im Hinblick auf Finanzmittel geführt, wobei man glaubt, mit einer ausreichenden Bereitstellung von Geldmitteln sei das Problem gelöst. Es geht aber nicht nur um Finanzmittel. Neben der Knappheit an Finanzen besteht auch eine Knappheit an realen Ressourcen: Spenderorgane, technische Einrichtungen wie Operationskapazitäten, Intensivpflegemöglichkeiten, hochspezialisiertes Personal, Zeit beim einzelnen Arzt, bestimmte Behandlungskapazitäten usw.

Die Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung wird immer breiter

Die Knappheit der Ressourcen hat ihren wesentlichen Grund in den erheblichen Ausweitungen der Leistungen im Gesundheitswesen, die wiederum bedingt sind insbesondere durch die enormen Fortschritte in der Medizin und die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung, sowie den damit einhergehenden Morbiditätswandel. Hinzu kommt die hohe Zahl der Arbeitslosen, die zu sinkenden Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung führt.

Die Medizin steckt – so der Dortmunder Wirtschaftsprofessor *Walter Krämer* – in der Fortschrittsfalle: Mit wachsendem Erfolg der Ärzte gebe es nicht etwa immer weniger, sondern immer mehr Kranke, weil mit der Rettung von Kranken durch die Hochleistungsmedizin selten vollständige Heilung verbunden sei, was kostspielige Weiterbehandlung bedeutet. Wir werden heute im Schnitt zwar mehr als doppelt so alt wie im letzten Jahrhundert – 1871 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern 35,6 und bei Frauen 38,5 Jahre, 1997 betrug sie bei Männern 73,6 und bei Frauen 80,0 Jahre –, doch wir sind statistisch gesehen nicht gesünder. Der medizinische Fortschritt – so noch einmal *Krämer* – habe eine unüberbrückbare Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung erzeugt, die mit jedem weiteren Fortschritt nicht enger, sondern breiter werde. Dem Gesundheitswesen drohe die Situation, in der medizinischer Fortschritt nur noch einer kleinen Zahl von Patienten zugänglich gemacht werden könne, weil seine flächendeckende Einführung mangels realer Ressourcen faktisch unmöglich oder aber unfinanzierbar sei.

Diskussionen über Kosten und Grenzen der Medizin werden in der Regel von Politikern, Medizinern und Ökonomen geführt, Philosophen und Theologen sind daran eher selten beteiligt. Dabei können diese durchaus zur Aufhellung und

Versachlichung der Diskussion beitragen, indem sie auf die in den politischen und ökonomischen Entscheidungs- und Handlungsoptionen implizit und explizit enthaltenen oder nicht enthaltenen Wirklichkeits- und Wertannahmen aufmerksam machen (vgl. dazu u. a. das Themenheft „Knappe Ressourcen“ der Zeitschrift für evangelische Ethik 43, 1999, Heft 1).

Die Knappheit an Ressourcen mag sich zwar für gewisse Zeit hinausschieben und tendenziell überwinden lassen, nicht aber auf Dauer. So glaubt Gesundheitsministerin *Andrea Fischer* (Bündnis 90/Die Grünen), daß im deutschen Gesundheitswesen noch Sparreserven in Millionenhöhe schlummern. Von dieser Vorstellung geht denn auch die Gesundheitsreform 2000 der Bundesregierung aus, die das Problem der knappen Ressourcen durch einen wirksameren Einsatz der Geldmittel, die die gesetzliche Krankenversicherung jährlich für die Gesundheitsleistungen ausgibt, lösen zu können glaubt.

Vor allem soll dies geschehen durch einen Abbau der Überversorgung der Patienten, Vermeidung von Doppel- und Mehrfachuntersuchungen, Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, Einsparungen bei Medikamenten (Positivliste), Einführung von Fallpauschalen für bestimmte Behandlungen bzw. Operationen, unabhängig von der Verweildauer des Patienten in der Klinik. Insgesamt dürfen die gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2000 (nur) 250 Milliarden DM für medizinische Leistungen ausgeben; sie legen selbst fest, wieviel Geld in welche Gesundheitsbereiche fließt, z. B. für Arzthonorare und Krankenhausausgaben (Globalbudget). Bei diesem Maßnahmenbündel handelt es sich – so die Gesundheitsministerin – um eine *Rationalisierung*, also um Einsparungen, die Art und Qualität des Versorgungsergebnisses unverändert lassen oder sogar verbessern. Eine Politik der *Rationierung* finde nicht statt (Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsreform 2000, Bonn ²1999).

Demgegenüber weisen die Ärzte und Standesvertretungen darauf hin, daß jetzt schon eine Rationierung von Gesundheitsleistungen vorliege, wenn man darunter den Umstand versteht, daß die Nachfrage nach bestimmten Gesundheitsleistungen größer ist als die bereitgestellten Mittel. Daß dieser Fall bereits eingetreten ist, mögen einige Beispiele zeigen: Die Einschränkung effektiver Medikamente als Folge des Arzneimittelbudgets, z. B. von CSE-Hemmern (senken die Cholesterinwerte im Blut) zur Prävention eines Herzinfarktes, oder die Entscheidung für das zweitbeste Antibiotikum, weil das Budget für das beste nicht reicht; Budgets bzw. Fallzahlbegrenzungen für aufwendige Eingriffe im Krankenhaus-Sektor; Wartelisten für Organtransplantationen (vgl. *A. Gandjour/K. W. Lauterbach*, Allokationsproblematik im Kontext beschränkter finanzieller Ressourcen, in: *Internist* 40, 1999, 255–259).

Allein durch Rationalisierung, Umverteilung und Ausgabenkontrolle, so sehen es zumindest ernstzunehmende Gesundheitsökonomien, sind die Einnahmen und Ausgaben in Deutschland wie auch in anderen hochindustrialisierten Ländern nicht mehr zu balancieren. Auch in Zukunft wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen die verfügbaren Mittel zur Finanzierung übersteigen. Und eben dieser Zustand verlangt nach einer Rationierung.

Die Gesellschaft könnte allerdings den Standpunkt vertreten, sie wolle keine Rationierung mit unbequemen Einschränkungen, und folglich sollten auch die Gesundheitsausgaben weiter steigen. Dieser Anstieg hätte aber zumindest drei Konsequenzen: Erstens, die Sozialversicherungsbeiträge und damit die Lohnnebenkosten würden steigen, mit der Konsequenz, daß es zu einer Reduktion des privaten Konsums und zur Minderung der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen kommt. Zweitens käme es zwar kurzfristig zu mehr Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor, deren Finanzierung würde aber von Jahr zu Jahr schwieriger. Und drittens, die Steuermittel, mit denen Gesundheitsleistungen finanziert werden, würden in anderen Bereichen, z. B. Bildung oder Wohnen, eingespart. Da davon auszugehen ist, daß die Gesellschaft keine dieser drei Konsequenzen wünscht, ist eine Rationierung nicht zu umgehen.

Wenn also eine Rationierung zu erwarten ist, bzw. in verdeckter Form schon besteht, müssen *Theorien, Prinzipien und Kriterien* zur Verfügung stehen, anhand derer die unterschiedlichen Formen der Rationierung beurteilt werden können. Die ethische Frage der Ressourcendebatte ist die nach den moralisch zulässigen Kriterien und den besten Verfahren für die Rationierung von Gesundheitsleistungen. In die Debatte über das Ob und Wie einer Rationierung sind alle Beteiligten, also auch die betroffenen Bürger, möglichst früh einzubeziehen (vgl. *J. Wasem, Das Gesundheitswesen in Deutschland, Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung*, Neuss 1999).

Wen sollen Ärzte behandeln, wenn das Geld nicht für alle reicht?

In der öffentlichen Diskussion unseres Themas, die im Ausland übrigens schon seit Jahren geführt wird, begegnet man bezüglich der Verteilung der knappen Ressourcen einer Fülle von Distributionskriterien, die alle für sich beanspruchen, gerecht zu sein und von denen hier einige angeführt seien (vgl. dazu *B. Schöne-Seifert, Was sind „gerechte“ Verteilungskriterien?*, in: *J. Mohl/Ch. Schubert, Hg., Ethik der Gesundheitsökonomie*; Berlin 1992, 32–44):

Jedem den gleichen Anteil zukommen lassen. Das könnte bedeuten, daß jemand, dem wegen Komplikationen bei seiner Geburt eine extensive Behandlung zuteil wurde, später bei ei-

ner schweren Krankheit nicht mehr so kostenintensiv behandelt werden darf wie jemand, der bei seiner Geburt keine Schwierigkeiten hatte. Eine Variante dieses Modells geht von der Vorstellung aus, daß jedem Menschen ein begrenztes Gesundheitsbudget bereitgestellt wird, das er zu Anfang seines Lebens verplanen muß. Jeder vernünftige Mensch müßte dann dazu kommen, möglichst viele Ressourcen für eventuell am Anfang seines Lebens auftretende gefährliche Krankheiten bereitzustellen, ziemlich viele für die mittlere Lebensphase und eher wenige für das Lebensende, wo das Nutzenpotential verhältnismäßig gering ist.

Jedem nach seinen Bedürfnissen. Dieses in vielen Fällen überzeugende Prinzip hilft in unserem Fall nicht weiter, insofern es im Widerspruch zu unserer Grundvoraussetzung steht, daß rationiert werden muß und somit nicht jedem Patienten das gegeben werden kann, was er als Bedürfnis artikuliert.

Zuteilung nach aufgewendeter Mühe. Dieses Verteilungsprinzip wäre dann gerecht, wenn es einen eindeutigen Zusammenhang von Gesundheit und Gesundheitsfürsorge gäbe und Krankheit ein rein individuelles und gewollt herbeigeführtes Geschehen wäre. Nun können aber die wenigsten Krankheiten der individuellen Person angelastet werden.

Zuteilung nach Verdienst. Abgesehen davon, daß dieses Prinzip in der Praxis scheitern würde – es bräuchte z. B. eine neutrale Spezialinstanz, die über Verdienstlichkeiten befindet –, steht es in direktem Widerspruch zu unserem Versicherungswesen, das auf Parität und Solidarität aufbaut.

Zuteilung allein nach Zahlungsfähigkeit. Bei diesem Prinzip könnten in der Tat die Reichen sich Gesundheit kaufen und die Armen müßten sterben.

Zuteilung durch Zufallsverfahren. Hierbei wäre beispielsweise durch Los zu entscheiden, wer das knappe Gesundheitsgut erhalten soll. Dieser Ansatz bietet zwar Zugangs- und Chancengleichheit für jeden Patienten, aber er mutet deswegen ungerecht an, weil er zur Behandlung leichter auf Kosten schwerer Fälle führen könnte.

Zuteilung nach Lebensalter. Bei diesem, von dem Direktor des auch über die USA hinaus bekannten Instituts für medizinische Ethik, dem „Hastings Center“, *D. Callahan*, vertretenen Vorschlag fällt die normative Funktion dem biologischen Leben des Menschen zu. Der Mensch solle zum einen bedenken, daß die Natur eine Lebensspanne von 75 bis 80 Jahren vorgebe, und zum andern, daß der eigentliche Sinn des Alters darin bestehe, jüngeren Menschen Orientierung und Stütze zu geben, dabei aber von sich selbst und seiner eigenen Lebensverlängerung abzusehen. Unter diesen Voraussetzungen plädiert Callahan für eine drastische – aber selbstverfügte – Einschränkung geriatrischer Medizin. Diese solle auf Lebensverlängerung gänzlich verzichten und sich lediglich der Komfortabilisierung des ver-

löschenden Lebens zuwenden. Diese Vorstellungen könnten dann schließlich auch dazu beitragen, das Rationierungsproblem zu lösen.

Zuteilung nach Pareto-Vergleichbarkeit. In Anlehnung an den italienischen Soziologen und Nationalökonom *Vilfredo Pareto* († 1923) ist eine Verteilung gerechter als eine andere, wenn sie Pareto-besser ist. Pareto-besser bedeutet: Eine Verteilung ist dann besser, wenn es mindestens eine Person gibt, die sie vorzieht, und wenn es keine Person gibt, die eine andere Verteilung vorzieht.

Zuteilung nach Neidfreiheit. Demnach sind Verteilungen, bei denen niemand auf die Position einer anderen Person neidisch ist, gerecht. Hierbei wird allerdings nicht die Neidfreiheit in bezug auf die Verteilung eines einzelnen Gutes verlangt, sondern in bezug auf die gesamte Güterausstattung der Person. Um dies am Beispiel der Transplantationsmedizin zu illustrieren: Es ist anzunehmen, daß jede Person in der Gruppe der gesunden Beitragszahler nicht tauschen möchte mit der Güterausstattung der potentiellen Transplantationspatienten und zwar unter den heutigen Bedingungen und Beitragssätzen. Bis eine Person zu einem solchen Tausch bereit wäre, müßten die Beiträge der Gesunden wohl extrem steigen.

Zuteilung aufgrund von Priorisierung. Priorisierung geht von dem Erfordernis der Rationierung aus, also von der Tatsache, daß dem Patienten notwendige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Gründen vorenthalten werden. Dabei wird vorausgesetzt, daß nur relativ wenige Leistungen der Medizin im strengen Sinn (lebens)notwendig, d. h. ärztlich absolut indiziert sind. Der größte Teil ist mehr oder weniger nützlich. Manche Leistungen sind in ihrer Wirksamkeit umstritten oder unwirksam. Priorisierung bedeutet die Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patienten oder Verfahren vor anderen. Dies könnte anhand einer Rangliste geschehen, an deren Spitze das steht, was höchste Priorität hat, also unverzichtbar ist, und an deren Ende geringfügige oder selbstheilende Gesundheitsstörungen bzw. Verfahren stehen, die kaum noch einen Nutzen, vielleicht sogar Schäden stiften.

Im amerikanischen Bundesstaat Oregon hat man es unternommen, 696 medizinische Maßnahmen in eine Prioritätenliste einzuordnen. In der obersten Kategorie steht die Behandlung von lebensbedrohlichen Einschränkungen, wenn dadurch der unmittelbar bevorstehende Tod abgewendet oder der vorherige Gesundheitszustand wiederhergestellt werden kann. Die letzte Kategorie bezieht sich auf solche Behandlungsmaßnahmen, durch die nur eine minimale Lebensverlängerung oder eine minimale Verbesserung der Lebensqualität möglich wird.

Insgesamt scheint das Priorisierungskonzept auf eine Zuteilung der medizinischen Versorgung hinzudeuten: Auf einen Bereich des medizinisch Notwendigen, der von der Solidargemeinschaft abzudecken ist, und auf einen Bereich des

weniger Notwendigen bis hin zu dem, was man mit den Kategorien *fitness, wellness* und *beauty* umschreibt, der dann entweder der privaten Versicherung oder der Selbstfinanzierung zu überantworten ist (vgl. *H. H. Raspe*, Priorisierung im Gesundheitswesen – Anlässe, Methodik und ethische Positionen, in: *Spektrum der Wissenschaft*, Heft 2/1998, 57–61).

Die zuvor aufgelisteten Distributionskriterien leiten sich von unterschiedlichen Gerechtigkeitstheorien ab, die sich wiederum unterschiedlichen ethischen Grundpositionen verdanken.

Gerechtigkeitstheorie des Utilitarismus. Der Utilitarismus als eine eigenständige ethische Theorie hat keine direkte und eindeutige Theorie der Gerechtigkeit ausgebildet. Dem Utilitarismus nach ist die Moralität einer Handlung an ihren Folgen für alle Betroffenen zu messen und zwar insofern, als deren Nutzen etwa für das größte Glück der größten Zahl (*Bentham*) oder etwa für das größte Maß an durchschnittlicher Interessenbefriedigung der Betroffenen (*Singer*) in Rechnung zu stellen ist. Dem Utilitarismus nach müßte es also um eine Maximierung von Gesundheit gehen, vorausgesetzt, daß Gesundheit als Glücksfaktor angesehen wird.

Weder Versorgungsmentalität noch reine Marktorientierung

Gerechtigkeitstheorie des Liberalismus. Dem reinen Liberalismus nach hat die Selbstbestimmung freier Menschen Vorrang gegenüber allen Gerechtigkeits- und Wohltätigkeitsüberlegungen. Das einzig gerechte Verfahren sind die Mechanismen des freien Marktes. Solange nicht Übervorteilung, Manipulation, Zwang oder anderes Unrecht zu bestimmten Verteilungsmustern führten, seien diese gerecht, wie auch immer sie aussehen mögen. Wenn freie Menschen eine bestimmte Krankenversicherung abschließen oder auch nicht, Gesundheitsrisiken eingehen oder auch nicht, könne dies zwar zu unglücklichen, aber niemals zu ungerechten Unterversorgungen von Patienten führen. Solchem Unglück abzuwehren, habe niemand eine moralische Verpflichtung, wenn auch die Abhilfe moralisch lobenswert sei.

Gerechtigkeitsidee des Kontraktualismus. Dem Kontraktualismus (z. B. *Hobbes, Locke, Rousseau, Kant*) nach beschränkt sich Gerechtigkeit auf die Übereinstimmung mit dem abgeschlossenen Vertrag. Wie beim Liberalismus handelt es sich hierbei nicht um ein Verteilungsmuster, sondern um ein Verfahren. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf die Gerechtigkeitstheorie des amerikanischen Sozialphilosophen *John Rawls* hinzuweisen. Rawls entwickelt seine Theorie aus Kritik am Utilitarismus. Danach ist es ethisch unzulässig, wenn, wie in der utilitaristischen Theorie legitimiert, eine benachteiligte

Minderheit zum Nutzen der Mehrheit aufgeopfert wird. Ressourcen sollen gleich verteilt werden, außer eine ungleiche Verteilung wäre zum Vorteil der am wenigsten Begünstigten. Ungleichheiten sind somit zulässig, wenn sie den ursprünglichen gleichen Anteil eines weniger Begünstigten verbessern, aber unzulässig, wenn sie den ursprünglichen Anteil des weniger Begünstigten schmälern. In diesem Zusammenhang fordert Rawls die Einigung auf allgemeinverbindliche Regeln durch einen Vertrag. Der Inhalt des Vertrages soll so gewählt werden, wie eine Gesellschaft im „Urzustand“ ihn bestimmen würde. Rawls argumentiert, daß wir einen Vertrag wählen würden, welcher einen Minimalstandard garantiert.

Gerechtigkeitsidee des Kommunitarismus. Gegen die liberale Vertragstheorie ist die in den letzten Jahren in den USA entwickelte und inzwischen auch zu uns herübergekommene kommunitarische Theorie gerichtet. Der Liberalismus sei zu sehr am Bild des atomistischen Individuums orientiert und auf die bloße Maximierung des Eigeninteresses gerichtet (Sandel), was schließlich zu bloßem Subjektivismus führe (MacIntyre). Kommunitarier betonen demgegenüber die gemeinschaftlichen Werte sowie soziale und wirtschaftliche Egalität, was schließlich auch eine völlige Gleichverteilung der Gesundheitsgüter beinhaltet. Kommunitarischem Denken entspricht beispielsweise das System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei der Verteilung von Gesundheitsgütern reicht die Orientierung an medizinischen und ökonomischen Kriterien allein nicht mehr aus. Vor allem die Komplexität der Distributionsstabilität und die damit einhergehende Unsicherheit sind der Anlaß, auch ethische Kriterien miteinzubeziehen. Einigkeit besteht unter den Ethikern darüber, daß die Verteilung der begrenzten Ressourcen das Gerechtigkeitsprinzip nicht verletzen soll; schwer, bzw. kaum möglich ist es jedoch, ein einziges und einfaches Kriterium der Verteilungsgerechtigkeit anzugeben und zu begründen in dem Sinne: Wenn wir dieses Kriterium anwenden, ist die Verteilung optimal geregelt. Je nach den Gegebenheiten der Allokationsproblematik und der durch sie veranlaßten Güterabwägung wird die Entscheidung über die Zuteilungspriorität nach unterschiedlichen Kriterien erfolgen. Ihre Leistungsfähigkeit werden die Kriterien in der Praxis erweisen müssen.

Wir sollten uns darüber hinaus auch mit dem Gedanken anfreunden, daß eine pluralistische Verfahrensweise, die möglichst viele Gesichtspunkte berücksichtigt, wohl am ehesten zu vertretbaren Entscheidungen führen kann (vgl. dazu auch: Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit. Wort des Rates der EKD und der DBK zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland, Hannover – Bonn 1997, Nr. 185). Wenn ich hier dennoch für eine mögliche Lösung optieren soll, dann scheint mir von den angeführten Gerechtigkeitsideen das Rawlsche Konzept in Verbindung mit dem kommunitarischen Anliegen am geeignet-

sten zu sein, um in einer pluralen Gesellschaft zu einer gerechten Verteilung begrenzter Ressourcen zu gelangen. Denn unter Beachtung beider Konzepte wird sowohl eine reine Nützlichkeitsethik als auch eine parteiische Gruppenmoral verhindert; es wird sowohl einer Versorgungsmentalität als auch einer reinen Marktorientierung entgegengetreten.

Solidarische Grundversorgung – risikoäquivalente Zusatzversicherung

Von dieser Position her läßt sich auch eine Gliederung in eine solidarisch finanzierte *Grundversorgung* und eine risikoäquivalente *Zusatzversicherung* als Alternative zu der ansonsten implizierten Leistungsrationierung im Rahmen der Budgetierung der gesamten Versorgung vertreten (vgl. auch Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Eine Studie der Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für soziale Ordnung, Gütersloh ²1995).

Die Diskussion um Konzepte der Allokation ist in Deutschland relativ neu, sie wird durch zunehmende Expansion medizinischer Möglichkeiten und entsprechend wachsender Kosten an Intensität zunehmen. Das Problem der knappen Ressourcen und ihres effizienten Einsatzes führt dazu, daß der Arzt nicht nur ärztlich, sondern auch ökonomisch handeln muß. Gefährlich wäre hierbei jedoch jedes einseitige Verständnis von ökonomisch. Ökonomie als Lehre von der guten Haushaltung beinhaltet in der traditionellen Ethik immer auch die Aspekte von Gerechtigkeit, Klugheit und Besonnenheit. In der gegenwärtigen Diskussion über die Allokationsproblematik besteht die Gefahr, daß der Aspekt der Klugheit auf die Vermeidung von verschwenderischem Umgang mit Ressourcen und der Aspekt der Gerechtigkeit auf die Vermeidung von unzumutbarer Bevorzugung reduziert werden.

Demgegenüber sollten Gerechtigkeit und Klugheit zunächst erkennen helfen, was der Kranke braucht, und dann erst, wo Verteilung und Auswahl verschwenderisch und ungleich werden. Vom Versicherten kann verlangt werden, daß er im Hinblick auf die Solidargemeinschaft mit seiner Gesundheit pfleglich umgeht und medizinische Leistungen „besonnen“ in Anspruch nimmt (O. Höffe). Im Zusammenhang mit der Allokationsproblematik könnte der Theologe auch ein Element der Religiosität in einer säkularen Gesellschaft wiederbeleben: das Bewußtsein der Endlichkeit. Es steht im Kontrast zum nahezu unendlichen Bedürfnis nach lebens- und gesundheitserhaltenden Maßnahmen. Anerkennung von Realität, auch der von Krankheit und Einschränkungen, ist Abbau von Illusionen, auch von illusionären Gesundheitserwartungen (F. J. Illhardt/H. Piechowiak).

Johannes Reiter