

# Konkurrenz im Gesundheitssystem

---

A. KATARINA WEILERT, JULIA PFITZNER

## EBENEN DER KONKURRENZ IM GESUNDHEITSBEREICH

Eine Konkurrenzsituation im Gesundheitsbereich kann sich auf verschiedenen Ebenen mit ganz unterschiedlichen Bedeutungen einstellen. Der Deutsche Ethikrat hat in seiner Stellungnahme zu Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen drei verschiedene Ebenen der Konkurrenz im Gesundheitsbereich identifiziert.<sup>1</sup> Auf der *Makroebene* konkurriert der Gesundheitsbereich mit anderen Politikbereichen um die finanziellen Ressourcen. Auf dieser Ebene ist jedoch zu bedenken, dass die allgemeine Volksgesundheit durch zahlreiche Politikbereiche, wie etwa Umweltschutz und Bildung, gefördert wird. Teils wird von einem ganz erheblichen Einfluss dieser Faktoren auf die Gesundheit ausgegangen.<sup>2</sup> Es geht auf der Makroebene um eine gesellschaftliche Entscheidung im Hinblick auf die grundsätzliche Verwendung öffentlicher Mittel.<sup>3</sup> Während staatliche Ausgaben für Prävention (z.B. Aufklärungskampagnen gegen Aids, Hygienevorrichtungen etc.) und die allgemeine Förderung der Volksgesundheit häufig direkt aus öffentlichen Mitteln bestritten werden, wird die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) weitgehend aus den Beiträgen ihrer Mitglieder finanziert. Im Rahmen der Konkurrenz um Mittel aus dem Bundeshaushalt ist die GKV damit anderen Politikbereichen unterlegen. Diese politische Entscheidung hängt nicht zuletzt mit dem enormen Budgetbedarf zusammen: Die Ausgaben der GKV sind etwa halb

---

1 Deutscher Ethikrat 2011: 13 f.

2 Vgl. hier nur die Forschungen von Johannes Siegrist: Siegrist 1996; Siegrist/Marmot (Hg.) 2008, darin insbesondere den Beitrag von Siegrist/Theorell.

3 Vgl. auch Oduncu 2012: 364 f.

so hoch wie die Ausgaben des gesamten Bundeshaushaltes.<sup>4</sup> Daher ist die Konkurrenzsituation auf der Makroebene keine ökonomische, sondern eine politische Konkurrenz um die Frage, wie die öffentlichen Mittel zwischen den einzelnen, teils erheblich indirekt gesundheitsrelevanten Bedarfsbereichen zu verteilen sind und wie in diesem Rahmen ein solidarisch finanziertes Krankenversicherungssystem ausgestaltet werden kann (Steuerfinanzierung versus Beitragsfinanzierung). Im Rahmen der Finanzierbarkeit und Ausgestaltung eines Systems einer solidarischen Versicherung spielt auch die Frage nach dem Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen eine Rolle, da durch Anreize zur Kostensenkung eine höhere Effizienz erreicht werden kann.<sup>5</sup> Dem vorgelagert ist jedoch die Entscheidung, ob und inwieweit überhaupt eine Krankenversicherung solidarisch finanziert werden sollte. Hier stehen sich das System der PKV (Privaten Krankenversicherung) und der GKV in Konkurrenz um Beitragszahler gegenüber. Die Konkurrenz zwischen PKV und GKV ist sowohl eine ökonomische (insoweit die PKV durch ihr Leistungsspektrum oder niedrigere Einstiegsbeiträge attraktiver zu sein versucht als die GKV) als auch eine politische (insoweit der Markt reguliert wird und eine Pflichtmitgliedschaft für weite Bevölkerungsteile<sup>6</sup> in einer GKV besteht).

Auf der *Mesoebene* konkurrieren die einzelnen Pflege- und Gesundheitsbereiche miteinander um das Budget, das dem Gesundheitssektor zur Verfügung steht. Ausgaben für Arzneimittel stehen etwa in Konkurrenz zu Ausgaben für Rehabilitation oder Prävention.<sup>7</sup>

Auf der *Mikroebene* ist die individuelle Konkurrenz der Patienten um Anteile an Gesundheitsdienstleistungen oder Medizinprodukten angesiedelt. Erstens geht es um eine Konkurrenz um Gesundheitsdienstleistungen, die aufgrund des begrenzten finanziellen Budgets knapp sind. Innerhalb dieser Fallgruppe kann man wiederum verschiedene Konkurrenzsituationen voneinander unterscheiden. So kann in Frage stehen, ob etwa ein Mensch mit einer kurzen Lebenserwartung noch eine kostenintensive medizinische Behandlung (etwa eine teure Herz-Operation) erhalten sollte. Theoretisch könnte die Operation vorgenommen

---

4 Gerlinger/Burkhardt 2012.

5 Becker/Schweitzer 2012: 83.

6 In § 5 SGB V wird der Personenkreis definiert, für den die Versicherungspflicht gilt. Selbstständige gehören in der Regel nicht dazu. Versicherungsfreiheit genießen überdies nach § 6 SGB V vor allem Arbeiter und Angestellte mit einem die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigenden Verdienst und Beamte.

7 Deutscher Ethikrat 2011: 13 f.

werden, aber mittelbar hätte dies Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit anderer medizinischer Dienstleistungen für andere Patienten, deren Heilerfolg entweder aussichtsreicher wäre oder deren Lebensspanne voraussichtlich mehr gesteigert werden könnte. Eine zweite Konkurrenzsituation stellt sich unmittelbarer und drängender dar, nämlich wenn zwei Patienten gleichzeitig in ein Krankenhaus eingeliefert werden, deren Fortleben von demselben intensivmedizinischen Gerät abhängig ist, das jedoch nur noch für einen Patienten verfügbar ist. Hier muss ganz unmittelbar einem Patienten der Vorzug vor dem anderen gegeben werden. Schließlich gibt es eine dritte Konkurrenzsituation um die Qualität einer medizinischen Behandlung. So kann nicht jeder Patient vom Chef- oder Oberarzt behandelt werden und es müssen auch angehende Assistenzärzte die Chance bekommen, ihre Kenntnisse zu vertiefen. In dieser dritten Situation geht es zwar nicht um Leben und Tod, es kann aber in bestimmten Fällen zu merkbaren Qualitätsunterschieden kommen. Diese letzte Fallgruppe leitet bereits über zu einer zweiten Kategorie der Konkurrenz auf der Mikroebene, und zwar einer Konkurrenz, die nicht durch eine Erhöhung der Geldressourcen lösbar ist, weil sie auf einer natürlichen Knappheit beruht. Gemeint ist die Konkurrenz um Organe. Auch wenn durch politische Entscheidungen der Organmangel verringert werden könnte, sind die hierfür notwendigen Methoden (wie vor allem die »Widerspruchslösung«) entweder gesellschaftlich und ethisch stark umstritten oder verbieten sich (wie eine Regulierung durch Geld) aus ethischen Gründen gänzlich.

Die Knappheit medizinischer Dienstleistungen auf der Mikroebene bedeutet, dass eine Verteilungsentscheidung seitens der behandelnden Ärzte oder auf einer höheren Ebene getroffen werden muss,<sup>8</sup> sofern die Allokation nicht allein über Marktmechanismen, das heißt etwa den Einsatz finanzieller Mittel seitens der Patienten, gelöst werden soll. Obwohl es auf der Mikroebene um die Verteilung knapper Güter auf verschiedene Patienten geht, stehen die Patienten bisher nicht in einem direkten Konkurrenzverhalten zueinander, da sie die Verteilung der Gesundheitsleistungen selbst nicht beeinflussen können.

---

8 Ebd.: 14.

## KONKURRENZ ZWISCHEN DER PKV UND GKV

Das System der solidarisch ausgerichteten GKV steht in Konkurrenz zur marktwirtschaftlich organisierten PKV.<sup>9</sup>

### **PKV und GKV als ungleiche Wettbewerbsteilnehmer: Solidarität versus Wettbewerb**

Der Wettbewerb zwischen PKV und GKV besteht auf zwei verschiedenen Ebenen, einer *ökonomischen* Ebene und einer *politischen* Ebene. Auf der politischen Ebene geht es um einen Wettbewerb der Systeme, nämlich eines solidarischen Systems (GKV) und eines marktwirtschaftlich orientierten Systems (PKV). Die PKV beruht auf der Privatautonomie der Bürger und gestaltet sich durch vertragliche Beziehungen der Versicherten zum Versicherer. Sie geht von der Idee zur Selbstverantwortung befähigter Individuen aus. Aufgrund der unabhängig vom Verdienst zu entrichtenden Beitragszahlungen setzt sie finanziell leistungsstarke Personen voraus. Die GKV ist hingegen nicht durch Individualverträge, sondern durch Gesetz bestimmt und bemisst die zu entrichtenden Beiträge nach der Höhe des Arbeitsentgelts bzw. der Rente und ermöglicht auf diese Weise auch einer finanziell schwachen Gruppe eine vollwertige Absicherung für den Krankheitsfall. Die PKV erbringt ihre Leistungen durch Geldzahlungen, die GKV leistet in natura.<sup>10</sup> Politisch wird darum gestritten, welches System gerechter ist. Während die PKV für eine Leistungsgerechtigkeit steht und aufgrund der finanziellen Altersrückstellungen eine Generationengerechtigkeit befördert, steht die GKV für eine solidarische und soziale Gerechtigkeit. Politisch wird unterschiedlich gewichtet, welche Elemente der Gerechtigkeit wie hoch zu bewerten sind und wie eigenverantwortlich und autonom der Bürger handeln kann, muss oder darf. In die Gerechtigkeitsabwägungen fließen auch Bewertungen des »Systemfunktionierens« ein; denn ein Krankenversicherungssystem kann nur dann seinen Zweck der Absicherung erfüllen, wenn es nachhaltig finanziert ist und eine gewisse Kosten-Nutzen-Effizienz erfüllt.

---

9 Auch zwischen den einzelnen Krankenkassen der GKV besteht eine Konkurrenz um Versicherte, da gesetzlich Versicherte ihre Krankenkasse frei wählen können (§§ 173 ff. SGB V); näher hierzu Gaßner/Eggert 2011. Steuerungselemente sind z.B. Wahltarife und Zusatzleistungen. Ebenso gibt es einen Wettbewerb zwischen einzelnen Leistungserbringern, den die gesetzlichen Kassen für sich nutzbar machen können, vgl. Becker/Schweitzer 2012: 83.

10 Isensee 2010: 838.

Ließe man dem ökonomischen Wettbewerb zwischen beiden Systemen freien Lauf (keine Pflichtmitgliedschaft, keine Finanzierungshilfen), würde die PKV die GKV sehr wahrscheinlich verdrängen, da die GKV auf dem Grundsatz der Solidarität (nicht nur zwischen Gesunden und Kranken, sondern auch zwischen einkommenschwachen und einkommensstarken Menschen) beruht, der zu einem reinen Marktmechanismus in starker Spannung steht. Mindestens aber würde es zu einer solchen Schwächung der Finanzkraft der GKV kommen, dass eine dem heutigen technischen Stand angemessene Gesundheitsversorgung nicht mehr gewährleistet werden könnte. Es handelt sich bei PKV und GKV nämlich um gänzlich unterschiedliche Systeme mit unterschiedlichen Systemlogiken. Die politische Vorentscheidung, den Gesundheitsmarkt aufgrund übergeordneter sozialer Gerechtigkeitsinteressen nicht dem Markt zu überlassen, führt dazu, dass der ökonomische Wettbewerb zwischen beiden Systemen reguliert werden muss und damit eingeschränkt ist. Die weitreichendste Regulierung im Wettbewerb um Beitragszahler ist die sogenannte Versicherungspflichtgrenze. Über die Einkommenshöhe wird definiert, wer in der GKV pflichtversichert<sup>11</sup> ist. Durch die Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) werden der GVK Versicherungsnehmer garantiert, ohne dass sie sich durch ein markttaugliches Leistungsangebot in einem Marktwettbewerb bewähren muss. Die Versicherungspflichtgrenze basiert auf sehr unterschiedlichen Erwägungen: zum einen auf einem paternalistisch-fürsorgenden Staat, der einkommenschwache Arbeitnehmer davor bewahren will, keinen ausreichenden Versicherungsschutz zu haben, zum anderen auf der Idee, auch einkommensstärkere Gruppen in der solidarischen Versicherung zu binden, um die Finanzierung zu gewährleisten. Diese Wettbewerbsverzerrung zugunsten der GKV muss vor dem Hintergrund des Kontrahierungszwanges der GKV betrachtet werden, die ihre Versicherten nicht nach Leistungsstärke und Gesundheitsrisiko auswählen und deren Beitragszahlung nicht am Krankheitsrisiko ausrichten darf. Damit sind ihr die wesentlichen Mittel zur Beherrschung einer ökonomischen Konkurrenzsituation (Kosten-Nutzen-Analysen) entzogen. Hinzu kommen Bestimmungen im Fünften Sozialgesetzbuch<sup>12</sup> wie die der Familienversicherung (§ 10 SGB V), wonach Kinder und gegebenenfalls Ehegatten kostenlos in die Versicherungsleistungen einbezogen sein können, was ökonomisch betrachtet für die einzelne Krankenkasse ein bedeutsamer Nachteil wäre, wenn es hier keinen Ausgleich gäbe.<sup>13</sup>

---

11 Technisch gesprochen genießen jene Arbeiter und Angestellten, deren Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, Versicherungsfreiheit (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

12 Das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) regelt die gesetzliche Krankenversicherung.

13 Zwischen den einzelnen Kassen der GKV erfolgt der Ausgleich über den Gesund-

## Ethische Rechtfertigung für einen regulierten Wettbewerb

Die Regulierung des öffentlichen Gesundheitswesens mit dem Anspruch eines egalitären Zugangs für alle Menschen unabhängig von ihren finanziellen Ressourcen hat ihre Wurzeln bereits Ende des 19. Jahrhunderts in der Bismarckschen Sozialgesetzgebung. Das strukturbestimmende Element der Sozialversicherung ist seitdem der Solidaritätsgedanke. Die ethisch-politische Idee hinter einer solidarischen Versicherung ist die gegenseitige Verbundenheit der Versicherten, bestimmte Lebensrisiken (wie Krankheit und Unfall) gemeinsam zu tragen und dabei die Höhe der Leistungen nicht an Vorbedingungen (wie den Gesundheitszustand und die Höhe der Einzahlungen) zu koppeln. Solidarität bedeutete schon nach der Bismarckschen Idee der Krankenversicherung nicht nur eine finanzielle Solidarität der Versicherten untereinander, sondern auch der zu Beitragszahlungen verpflichteten Arbeitgeber mit den Arbeitnehmern.

Da Gesundheit als existentielles, konditionales<sup>14</sup> und transzendentes Gut<sup>15</sup> vielfach die Voraussetzung zur Verwirklichung der persönlichen Ziele und Pläne und zur vollen Teilhabe an der Gesellschaft ist, verpflichtet sich eine per Gesetz dazu bestimmte Solidargemeinschaft für ein hilfsbedürftiges Individuum im Bedarfsfall einzustehen.<sup>16</sup> Dadurch wird das sonst im Wettbewerb übliche Verfahren des Gleichgewichts von Leistungen und Gegenleistungen außer Kraft gesetzt.<sup>17</sup> Aus dem Solidaritätsgedanken ist allerdings kein allgemeines »ethisches Recht« auf Unterstützung und Hilfe ableitbar.<sup>18</sup> Eine isolierte Betrachtung des Solidaritätsprinzips, ungeachtet der individuellen Selbstverantwortung, birgt die Gefahr der »Aushöhlung des Sozialstaats und seiner Institutionen«. <sup>19</sup> Daher kann

---

heitsfond, indem die Krankenkassen pro versicherter Person eine risikoadjustierte Pauschale erhalten.

14 Oduncu 2012: 364.

15 Transzendente Güter besitzen einen Ermöglichungscharakter; ihr Besitz muss vorausgesetzt werden, damit die Individuen »ihre Lebensprojekte überhaupt mit einer Aussicht auf Minimalerfolg angehen, verfolgen und ausbauen können.« (Kersting 2000: 477) Siehe auch Kersting 1999: 152; Kersting 2008b: 30 f.

16 Marckmann 2010: 10.

17 In diesem Zusammenhang führt Kavelage ein Zitat von Oskar Lafontaine aus dem Wahlkampf 2005 an »Zwischen dem Schwachen und dem Starken unterdrückt die Freiheit und befreit das Gesetz.« (Kavelage 2014: 187)

18 Nothelle-Wildfeuer 2002: 200.

19 Ebd.

es nur gemeinsam mit dem Subsidiaritätsprinzip richtig interpretiert werden, wonach das Individuum im Grundsatz erst dann einen Anspruch auf Hilfe der Gemeinschaft hat, wenn es aus eigenen Kräften nicht dazu in der Lage ist.<sup>20</sup>

Würden Gesundheitsleistungen unter Marktbedingungen angeboten werden, müssten medizinische Leistungen nach der Zahlungsfähigkeit der Patienten verteilt werden. Einkommensungleichheiten und das Armutrisiko von Familien würden eine Zugangsbarriere zu Gesundheitsleistungen darstellen. Da in einer freien Marktgesellschaft die individuellen, finanziellen Ressourcen vorrangig von der sozialen Stellung der Bürger abhängen, käme es zu einer zusätzlichen Schlechterstellung von bereits benachteiligten Individuen.<sup>21</sup> Aufgrund der Blindheit des Marktes für soziale Belange wäre eine Unterversorgung bzw. Fehlversorgung die Folge.<sup>22</sup> Der in den Menschenrechten gründende<sup>23</sup> ethisch-soziale Anspruch der Bürger auf medizinische Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit und

---

20 Ebd. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips müssen sich Hilfsmaßnahmen an zwei Regeln messen lassen können: Das Kompetenzanmaßungsverbot fordert immer erst die Wahrung der eigenen Kompetenz indem jeder zunächst seine individuellen Aufgaben eigenverantwortlich ausführt. Es richtet sich also dagegen, »dass die soziale Sphäre den einzelnen Personen Zuständigkeiten entzieht« (Anzenbacher 1998: 213). Das Hilfestellungsgebot gewährt Individuen nur bei mangelnder Leistungsfähigkeit die Bereitstellung von Hilfeleistungen durch die größere Einheit im Sinne von »Hilfe zur Selbsthilfe«. Allerdings müssen »die je größeren und übergeordneten Sozialgebilde im Dienst der kleineren und untergeordneten« stehen. (Ebd.) Kalvelage setzt sich durchaus kritisch mit diesem Konzept auseinander und sieht in einer politisch diskutierten Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten eine potentielle Gefährdung der Gleichheit und warnt vor einem »Sozialabbau und einer Entsolidarisierung« (Kalvelage 2014: 187).

21 Kersting 2002: 276. Schon jetzt zeigen Statistiken, dass sozial bessergestellte Bürger eine längere Lebenserwartung haben als sozial schwächere Menschen (Siegrist 2001: 37). Wilkinson und Pickett zeigen, dass die Möglichkeit eines sozialen Aufstiegs (soziale Mobilität) in Gesellschaften mit einer stärker nivellierten Einkommensverteilung höher ist. Demgegenüber treten in Gesellschaften mit großen Einkommensunterschieden einige soziale Probleme wie niedrige Lebenserwartung, psychische Erkrankung, Säuglingssterblichkeit, Übergewicht, Drogenkonsum, vermehrte Teenagergeburten, die Häufigkeit von Morden oder die relative Zahl von Gefängnisinsassen vermehrt auf. (Kalvelage 2014: 188)

22 Dietz 2011: 268.

23 Rauprich 2008: 140.

medizinische Gleichmäßigkeit der Versorgung verbietet daher die Allokation von Gesundheitsleistungen über den Markt.<sup>24</sup>

Dass die Bevölkerung eine alleinige Regulierung der Gesundheitsleistungen über Marktmechanismen mutmaßlich ablehnt, verdeutlichen zwei Gedankenexperimente. So nahmen Hunt und Sherman fiktiv an, dass auf einer Insel 1000 Kinder leben, die von einer Seuche bedroht sind. Der Ausbruch der Seuche lässt sich mit einem Impfstoff einschränken, der allerdings nicht unbegrenzt verfügbar ist. Es können genau 1000 Einheiten des Impfstoffs hergestellt werden. Die Sterbewahrscheinlichkeit der Kinder verringert sich bei einer einmaligen Impfung von 90% auf 10%; bei jeder weiteren Impfung reduziert sich die Sterbewahrscheinlichkeit zusätzlich, allerdings in deutlich geringerem Maße. In einem staatlichen Gesundheitssystem würde jedem Kind eine Impfung zustehen. Würde die Verteilung des Impfstoffs dem Marktmechanismus überlassen, würden die Kinder von wohlhabenden Eltern vier Mal geimpft werden (darüber hinausgehende Impfungen haben in dem Gedankenexperiment keine Wirkung mehr). Da die wohlhabenderen Eltern nur pflichtgemäß handeln, ist ihnen kein moralischer Vorwurf zu machen. Bei dieser Überlegung wird der Unterschied zwischen einer individualadressierten und einer institutionenorientierten Moral deutlich.<sup>25</sup> Eine Institutionalisierung gerechter Allokationsmuster ist notwendig, um eine gerechte und einkommensneutrale Verteilung des Impfstoffs zu gewährleisten. Dabei ist eine unparteiliche Perspektive zur Festlegung von fairen Allokationsregeln zur Vermeidung von Benachteiligungen bzw. Bevorzungen erforderlich. Um die Präferenzen der Probanden in einem unabhängigen Kontext zu untersuchen, wurden die Teilnehmer in einem Gedankenexperiment von John Rawls durch den sogenannten »Schleier des Nichtwissens« entindividualisiert.<sup>26</sup> Mit dem Ziel, parteiliche Entscheidungen zu verhindern, wurde den Individuen in einer fiktiven Entscheidungssituation sämtliches identitätsstiftendes Wissen über sich genommen.<sup>27</sup> Hintergrund für diese Entindividualisierung war die Grundannahme

---

24 Ebd.

25 Kersting 2008b: 33f.

26 Ebd.: 34; Rawls 2012: 29. Wird zum Teil auch als Schleier der Unwissenheit übersetzt.

27 Kersting 2008b: 34. Hierzu gehören der individuelle Gesundheitszustand, verfügbare finanzielle Ressourcen, physische und soziale Eigenschaften (z.B. Religionszugehörigkeit), sozialer Status, materieller Besitz, kognitive und sozio-emotionale Fähigkeiten, individuelle Neigungen (z.B. Risikoaversität) oder auch der individuelle Lebensentwurf. Weitere Grundvoraussetzungen dieses Gedankenexperiments waren die Annahme bestimmter idealisierender und Fairness garantierender Bedingungen



von Rawls, dass in diesem »Urzustand«<sup>28</sup> alle Menschen gleiche Interessen haben und ein gerechtes (verstanden als *fair*) System anstreben. Der Wunsch der Probanden wäre unter diesen Gegebenheiten, dass die Gesundheitsversorgung unabhängig vom finanziellen Status der Menschen gewährleistet wird. Zudem soll die Verteilung der Maßnahmen unter politischer Aufsicht und im Sinne des Solidaritätsprinzips erfolgen. Allein die Bedürftigkeit und nicht der Marktpreis sollte die Allokation von Gesundheitsleistungen regulieren.<sup>29</sup> Die so angenommene Präferenz der Gesellschaft für eine öffentlich regulierte Gesundheitsversorgung bedeutet allerdings nicht, dass das staatliche Gesundheitssystem jedem Bürger jede Therapie finanzieren muss oder gar dass die Gesundheit eines jeden Mitmenschen garantiert wird.<sup>30</sup>

### **Verfassungsrechtlicher Rahmen für den regulierten Wettbewerb**

Der regulierte Wettbewerb mit der Folge der Sicherung einer medizinischen Versorgung aller Bürger, unabhängig von ihrem Einkommen und sozialen Stand, ist Ausdruck des grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzips.<sup>31</sup> Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 I GG) verpflichtet den Staat, eine bestimmte – in ihrem Umfang umstrittene<sup>32</sup> – Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Das Recht auf Gewährung des Existenzminimums (aus Art. 1 I GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 I GG) umfasst mit dem physischen Wohl auch die medizini-

---

sowie die Annahme von rational entscheidenden und allein an der Durchsetzung der individuellen Präferenzen interessierter Menschen (Rawls 2012: 29; siehe auch Kersting 2008a: 278 f.).

28 Rawls nennt den Zustand »original position«. Die wörtliche Übersetzung ist Urzustand (Rawls 2012: 34 ff.). Gebräuchlich ist aber auch die Bezeichnung als »Naturzustand«.

29 Kersting 2008a: 278 f.

30 Kersting 2008b: 36.

31 Vgl. Becker/Schweitzer 2012: 82; Oduncu 2012: 364.

32 Mindestens muss die »Sicherung der nackten Existenz« staatlich garantiert werden; ob darüber hinaus die »soziale Gleichheit« bis hin zu einer Maximalversorgung zu garantieren ist oder nur eine Ermöglichung der »medizinischen Normalversorgung«, ist umstritten (näher Neumann 2006: 394; Huster 2010: 1077). Huster plädiert für eine »Normalversorgung«, deren Standard kulturell unterschiedlich ausfallen kann. Dazu soll empirisch ermittelt werden, wie viel ein durchschnittlicher Bürger als finanzielles Opfer bereit ist, für die Gesundheitsversorgung auszugeben.

sche Versorgung. Ein daraus resultierender verfassungsunmittelbarer Leistungsanspruch ist allerdings subsidiär und besteht nur, insoweit der Staat den Anspruch nicht durch weitere Gesetze konkretisiert hat und der Einzelne nicht aus eigener Kraft für sein medizinisches Existenzminimum sorgen kann.<sup>33</sup> Auch aus der Schutzpflicht des Staates für das Leben und die körperliche Unversehrtheit (Art. 2 II GG) kann die Pflicht zu einer Ermöglichung einer Basisversorgung abgeleitet werden.<sup>34</sup> Auf welche Weise und in welcher Form der Staat die medizinische Existenzsicherung verwirklicht, wird verfassungsrechtlich nicht vorgegeben. Insofern genießt die GKV als Institution keinen verfassungsrechtlichen Bestandsschutz, sondern der Staat könnte diesem Ziel zum Beispiel auch im Wege einer Auffangversorgung durch eine entsprechend ausgestaltete Sozialhilfe nachkommen.<sup>35</sup>

Da die staatlichen Regulierungen des Wettbewerbs in Freiheitsrechte sowohl der privaten Versicherungsunternehmer als auch der durch die Versicherungspflicht gebundenen Bürger eingreifen, steht in Frage, inwieweit diese Eingriffe verfassungsrechtlich gerechtfertigt sind. Weitreichende Folgen für die PKV und die Bürger hat insbesondere die Versicherungspflichtgrenze, die bedeutet, dass Arbeitnehmer erst ab einem bestimmten, verhältnismäßig hoch angesiedelten Einkommen von der Versicherungspflicht in der GKV freigestellt sind. Dem Arbeitnehmer wird dadurch faktisch die Möglichkeit genommen, sich die Versicherung nach Leistungsangebot und Kosten-Nutzen-Erwägungen auszusuchen. Vielmehr zahlt er aufgrund des Solidarprinzips für die gleiche Leistung unabhängig von seinem Gesundheitszustand unter Umständen mehr Beiträge als ein krankes Versicherungsmitglied mit geringem Einkommen. Für den Pflichtversicherten stellt sich dies als ein Eingriff in seine allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 I GG dar. Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Eingriff jedoch als gerechtfertigt angesehen.<sup>36</sup> Die Rechtfertigung stützt sich auf drei Erwägun-

---

33 Neumann 2006: 394.

34 Vgl. zu Judikatur und Schrifttum und den dort vertretenen unterschiedlichen Standpunkten Schmidt Aßmann 2001: 24 ff. Der sogenannte »Nikolaus-Beschluss« des BVerfG spricht von einer Schutzpflicht aus Art. 2 II GG ausdrücklich nur im Zusammenhang mit der Pflichtversicherung, nach der Prämisse: Wenn jemand verpflichtet wird, Mitglied der GKV zu sein, dann dürfen ihm nicht Therapiemöglichkeiten bei lebensbedrohlicher Krankheit verwehrt werden.

35 Neumann 2006: 394.

36 »Das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit ist betroffen, wenn der Gesetzgeber Personen der Pflichtversicherung in einem System der sozialen Sicherheit unter-

gen, erstens auf die *Schutzbedürftigkeit* von Arbeitnehmern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, zweitens auf den »*sozialen Ausgleich* zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Personen mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen«<sup>37</sup>, sowie drittens auf die Notwendigkeit der »*finanziellen Stabilität* und damit der Funktionsfähigkeit«<sup>38</sup> der GKV.

## **KONKURRENZ UM GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN INNERHALB DER GKV – LÖSUNG EINES KNAPPHEITSPROBLEMS BEI WEITGEHENDER AUSSCHALTUNG VON MARKTWIRTSCHAFTLICHEN KONKURRENZMECHANISMEN**

Da sich die Höhe der Beitragszahlungen und damit das zur Verfügung stehende Budget in der GKV nicht an primär wirtschaftlichen bzw. an das »Krankheitsrisiko« angelehnten, sondern vor allem an sozialen Kriterien orientiert, ist das Verteilungsproblem drängender als bei der PKV mit einem erhöhten Finanzvolumen einschließlich finanzieller Rücklagen. Damit stellt sich die Frage, wie die Ressourcen am gerechtesten auf die Versicherten verteilt werden.<sup>39</sup> Eine Konkurrenz der Versicherten um eine Leistung würde bestehen, wenn die Leistung an den Einen die unmittelbare Nichtleistung an den Anderen zur Folge hätte. Dies ist bei Organtransplantationsanwärtern mit ähnlichen Gewebemerkmale der Fall, die auf dasselbe Spenderorgan warten. Daher ist die Lösung der Konkurrenz um Organe von besonderer Brisanz.<sup>40</sup> Gleiches gilt, wenn nur ein intensiv-

---

wirft [...]. Sein Schutzbereich wird berührt, wenn der Gesetzgeber durch die Anordnung von Zwangsmitgliedschaft und Beitragspflicht in einem öffentlich-rechtlichen Verband der Sozialversicherung die allgemeine Betätigungsfreiheit des Einzelnen durch Einschränkung ihrer wirtschaftlichen Voraussetzungen nicht unerheblich einengt.« (Bundesverfassungsgericht 2005: 25, 42; vgl. Bundesverfassungsgericht 2009)

37 Bundesverfassungsgericht 2009: Tz. 229 juris, Hervorhebung A.K.W.

38 Ebd.: Tz. 233 juris; vgl. Isensee 2010: 841.

39 Der Leistungskatalog der GKV wird bestimmt vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), vgl. <http://www.g-ba.de/>.

40 Die Allokation von Organen wird gemäß dem Transplantationsgesetz mittels einer Warteliste nach den Kriterien der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht, näher bestimmt durch Richtlinien der Bundesärztekammer, vorgenommen.

medizinisches Gerät zur Verfügung steht, das von zwei eingelieferten Patienten benötigt wird. Bei anderen Gesundheitsdienstleistungen ist die Konkurrenz weniger unmittelbar. Die teure Herz-Operation an einem 90-jährigen Patienten hat nicht sofort zur Folge, dass für den 30-jährigen Patienten eine andere kostenintensive Therapie nicht mehr finanziert werden kann. Hier findet eine indirekte Konkurrenz um das Budget statt, deren Auswirkungen langfristiger zu denken sind.

Während die Organspende einen Sonderfall bildet, der nicht durch eine Erhöhung des Finanzvolumens zu lösen ist bzw. aus ethischen Erwägungen heraus nicht über den Preis gelöst werden soll, geht es in allen anderen Fällen um die gerechte Allokation des zur Verfügung stehenden Geldbudgets. Da die solidarische GKV die Leistungszuteilung nicht nach der Einzahlung oder individuell ausverhandelten Verträgen der Versicherten vornimmt, sind die Kriterien für eine gerechte Zuteilung zu diskutieren. Dies wirft äußerst schwierige Abgrenzungsfragen auf und ist derzeit eines der drängendsten Probleme des Gesundheitssystems. Leistungszuteilungen können entweder durch vorgelagerte Entscheidungen (auf der Mesoebene) geschehen, indem etwa Leistungskriterien ex ante formuliert werden, oder aber durch die Individualentscheidung eines Arztes (auf der Mikroebene), der etwa nur einen von zwei Patienten annehmen kann oder sonstige Auswahlentscheidungen trifft.<sup>41</sup>

Im Rahmen einer optimierten und gerechten *Allokation der vorhandenen Mittel* stehen besonders die Begriffe der Rationierung, Priorisierung und Rationalisierung im Vordergrund.

## Rationierung

In der Gesundheitswirtschaft ist mit Rationierung die Vorenthaltung von Leistungen gemeint. Sie ist das schärfste Mittel als Reaktion auf Ressourcenknappheit und ›Kostenexplosion‹. Bestimmte medizinische Dienstleistungen oder Medizinprodukte werden für bestimmte Patientengruppen nicht mehr von der solidarischen Versicherung getragen, obwohl ein positiver medizinischer Nutzen von ihnen zu erwarten ist und sie im Sinne von § 12 Abs. 1 SGB V »notwendig« sind.<sup>42</sup> Schon jetzt gibt es Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, deren Wirksamkeit

---

41 Deutscher Ethikrat 2011: 14.

42 § 12 Abs. 1 SGB V: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.«

nicht bestritten wird, die aber dennoch von einer Finanzierung aus der Solidargemeinschaft ausgenommen sind, da es sich entweder um »Lifestylepräparate« handelt oder um Arzneimittel an der Grenze zu Drogerieartikeln (»nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel«), die lediglich zur Linderung leichter Beschwerden eingesetzt werden.<sup>43</sup> Die Bezeichnung als Rationierung wird hierbei allerdings vermieden.

Um die Rationierung richtig einschätzen und bewerten zu können, muss man verschiedene Spielarten unterscheiden: harte versus weiche, direkte versus indirekte, offene versus verdeckte und implizite versus explizite Rationierung.

### **Umfang und Reichweite der Rationierung: harte versus weiche Rationierung**

Eine harte Rationierung bedeutet die absolute Vorenthaltung einer medizinischen Behandlung. Dies wäre der Fall, wenn es gesetzlich verboten wäre, dass sich der Patient die erwünschte Maßnahme privat (etwa durch eine Zusatzversicherung oder vollständige private Versicherung) hinzukaufte. Damit erhalten alle gleich viel und gleich wenig.<sup>44</sup> Eine weiche Rationierung würde hingegen die Knappheit der Mittel in der GKV nicht zu einer Knappheit in der Versorgung (Rationierung) für alle machen, sondern nur im Rahmen der solidarischen Versicherung wirken. Dies bedeutete, dass die sich an Kosten-Nutzen-Analysen (anstelle von Solidarität) ausrichtenden privaten Versicherer einen Wettbewerbsvorteil genießen würden, da gerade die Arbeitnehmer mit hohem Einkommen teils schon zu einer vergleichbaren oder sogar geringeren Prämie einen höheren Gesundheitsschutz durch die PKV erlangen können.

### **Modi der Rationierung**

Ging es bei der Frage nach einer harten versus weichen Rationierung um den Umfang der Rationierung, so zeigen die Begriffspaare der direkten versus indirekten Diskriminierung und offenen versus versteckten Rationierung die Art und Weise auf, mittels derer medizinische Leistungen vorenthalten werden.

Eine Rationierung kann *direkt oder indirekt* erfolgen. Bei einer direkten Rationierung werden bestimmte Patienten oder Patientengruppen von einer bestimmten medizinischen Versorgung bzw. ihrer solidarischen Finanzierung ausgeschlossen, indem zuvor definierte Kriterien der Rationierung festgelegt

---

43 Vgl. § 34 SGB V. Bei schwerwiegenden Erkrankungen gelten Ausnahmen im Hinblick auch auf sonst nicht verschreibungspflichtige Medikamente.

44 Deutscher Ethikrat 2011: 21 f.

werden.<sup>45</sup> Eine indirekte Rationierung trifft keine vorher festgelegten Patienten(gruppen), sondern potentiell alle,<sup>46</sup> zum Beispiel in Form von Budgetierungen. Als Folge müssen Ärzte auf der Mikroebene entscheiden, wer welche medizinischen Leistungen erhält.<sup>47</sup>

Das Begriffspaar »*offene versus verdeckte Rationierung*« soll den Umgang mit einer Rationierung bezeichnen. Die offene Rationierung macht transparent, dass rationiert wird und nach welchen *Kriterien* dies erfolgt. Sowohl die Öffentlichkeit als auch der Patient wird über die Rationierung informiert. Die verdeckte Rationierung erfolgt dagegen nach nicht benannten Kriterien, ist somit intransparent, und verschleiert die Tatsache der Rationierung. Eine verdeckte Rationierung überschneidet sich mit einer indirekten Rationierung, wenn weder offen gelegt wird, dass eine Rationierung erfolgt noch Kriterien für sie vorliegen.

### **Ethische Bewertung der Rationierung**

Die Knappheitssituation im Gesundheitswesen ist keine schicksalsmäßig gegebene Situation, sondern zumindest zum Teil das Ergebnis einer gesellschaftspolitischen Entscheidung. Eine Einschränkung der Ausgaben in anderen öffentlichen Bereichen zugunsten des Gesundheitsbudgets könnte die Rationierungsproblematik vermindern oder gar vermeiden.<sup>48</sup>

Im Hinblick auf die zunehmende Ressourcenknappheit<sup>49</sup> ist ein »Versorgungsmaximalismus«<sup>50</sup>, bei dem alle möglichen und denkbaren Gesundheitsleistungen solidarisch finanziert werden, weder ethisch geboten noch ökonomisch im Interesse der solidarisch Versicherten, die letztlich die damit verbundenen Kosten durch erhöhte Beiträge zu tragen haben.<sup>51</sup> Eine solidarische Bereitstellung aller verfügbaren Leistungen in Abhängigkeit von einem subjektiven Dringlichkeitsgefühl und den individuellen Versorgungspräferenzen einzelner

---

45 Ebd.: 22.

46 Winkelhake 2011: 1, 10.

47 Vgl. Oduncu 2012: 361.

48 Marckmann 2010: 10 f.

49 Marckmann/in der Schmitt 2011: 304.

50 Marckmann 2010: 11.

51 Im Hinblick auf das ökonomische Prinzip des abnehmenden Grenznutzens kann eine Maximierung des Gesundheitsnutzens (bei neuen Verfahren steht oft überproportional hohen Ausgaben ein vergleichsweise geringer Nutzengewinn gegenüber) nicht das primäre Ziel einer Gesellschaft sein (Marckmann 2010: 11). Siehe auch Kersting 2008b: 38; Marckmann/in der Schmitt 2011: 305; Kliemt 2002: 160; Rauprich 2008: 143 f.

Bürger würde das Gesundheitssystem schnell an seine Grenzen bringen. Die Festlegung des Ausmaßes der gemeinschaftlich finanzierbaren Versorgungsleistungen ist kein statischer Zustand, sondern muss normativ in Abhängigkeit vom medizinischen Entwicklungsstand, der ökonomischen Leistungsfähigkeit und den gesellschaftlichen Präferenzen definiert werden.<sup>52</sup> Denn »menschliche Bedürftigkeit ist plastisch und in hohem Maße kulturimprägniert, sozial codiert und interpretationsabhängig.«<sup>53</sup> Im Hinblick auf die zunehmende Mittelknappheit ist es an der Zeit, über Instrumente zur Regelung des Zugangs zu beschränkten Leistungen nachzudenken.<sup>54</sup>

Das Instrument der harten Rationierung ist aus ethischer Sicht zu vermeiden. Das Vorherrschen bestimmter Regeln, die eine gesundheitlich notwendige oder subjektiv gewünschte Versorgung im Einzelfall untersagen, beschränkt sowohl die Patienten als auch die Therapeuten unzulässig in ihrer Freiheit und zwingt zu »moralischem Übel«<sup>55</sup>. Um einzelfallbezogene, willkürlich erscheinende Entscheidungen zu vermeiden, sollten Rationierungen strukturell durch entsprechende transparente Regelungen und gesellschaftliche Institutionen abgesichert sein. Die zum Teil bereits auf der Mikroebene vorherrschende<sup>56</sup> verdeckte und implizite

---

52 Marckmann 2010: 11.

53 Kersting 2008b: 31.

54 Nach Kliemt sind sowohl in privaten als auch in öffentlichen Versicherungssystemen grundsätzlich drei Wege der formalen Beschränkung des Ressourceneinsatzes möglich: Vorgabe von begrenzten Budgets für die Behandlung von Gruppen und Patienten; Standardisierung der Behandlung mit fixiertem Maximalaufwand oder die Budgetierung der Behandlung einzelner Patienten (Kliemt 2002: 161).

55 Laufs 1993: 290.

56 In einer Studie von Beske et al. 1999 gaben 73% der befragten Leser des Deutschen Ärzteblatts an, dass schon heute Rationierungen von Gesundheitsleistungen stattfinden. Bei einer Studie von Boldt/Schöllhorn 2008 waren es 67% der befragten leitenden Ärzte deutscher Intensivstationen, die Rationierungen festgestellt haben. Bei einer Studie von Strech et al. 2009 gaben 79% der befragten Ärzte intensivmedizinischer und kardiologischer Abteilungen an, dass in den vergangenen 6 Monaten Maßnahmen, die für die Patienten nützlich gewesen wären, aus Kostengründen nicht durchgeführt bzw. ersetzt wurden. Im Hinblick auf die Häufigkeit von Rationierungsentscheidungen zeigte eine Studie von Strech und Marckmann 2010, dass 13% der befragten Ärzte häufig (mindestens ein Mal pro Woche) rationieren. Deutlich häufiger wurde rationalisiert: 60% bestätigten eine häufige Rationalisierung.

Rationierung ist problematisch,<sup>57</sup> da medizinische Entscheidungen bei Patienten mit demselben Krankheitsbild unterschiedlich ausfallen können.<sup>58</sup> In solchen Fällen liegt die Rationalisierungslast allein bei den Ärzten.<sup>59</sup>

Im Gegensatz dazu entstehen bei einer offenen und zugleich weichen Rationierung unter Knappheitsbedingungen nur dann ethisch drängende Probleme, wenn wichtige bis hin zu lebensnotwendigen Behandlungen oder Untersuchungen vorenthalten (d.h. nicht finanziert) werden. Denn bei Mittelknappheit sichern transparente Rationierungsregeln gleichartige Mindestchancen und bewahren Bürger vor einem »unfairen« Versorgungsausschluss.<sup>60</sup>

Daher wird in der Literatur vielfach die Etablierung eines Stufenmodells vorgeschlagen.<sup>61</sup> Darin wird zwischen einer unverzichtbaren Basis- und Grundversorgung und einer darüber hinausgehenden zusätzlichen Versorgung unterschieden.<sup>62</sup> Im Bereich der Grundversorgung verlangen die Menschenrechte eine »Rationierungsimmunität« und das »Recht auf Egalitarismus«.<sup>63</sup> Bei der Zusatzversorgung ist es hingegen ethisch und gerechtigkeitstheoretisch möglich, Ungleichheiten des Versorgungsniveaus zuzulassen. Gemäß dem Rawls'schen Differenzprinzip sind soziale und ökonomische Unterschiede gerecht, wenn sie an – im Sinne der Chancengleichheit – allgemein zugängliche Positionen und Ämter gebunden sind und gerade den benachteiligten Mitgliedern der Gesellschaft langfristig nützen.<sup>64</sup> Wenn über eine Zusatzversorgung höherwertige privat finanzierte medizinische Innovationen ins Gesundheitssystem eingebracht werden, ohne dass die Allgemeinheit über Pflichtbeiträge dafür aufkommt, können die weniger begünstigten Mitglieder einer Gesellschaft im Zeitverlauf

---

57 Wohlgemuth et al. 2009: 4; Jachertz/Rieser 2007: 23; Strech et al. 2009: 1261.

58 Herrmann/Kliesch 2011: 259.

59 In einer Studie von Strech et al. 2009 gaben 82% der Ärzte an, der zunehmende Kostendruck wirke sich negativ auf ihre Arbeitszufriedenheit aus. Zudem gaben 78% der befragten Mediziner an, die Situation gefährde die Arzt-Patienten-Beziehung. In Tiefeninterviews gaben Ärzte u.a. Gewissens- und Rollenkonflikte, emotionale Belastungen und willkürliche Entscheidungen als Folge des zunehmenden Kostendrucks an (Marckmann/in der Schmitt 2011: 306).

60 Kliemt 2002: 167.

61 Nothelle-Wildfeuer 2002: 200; Henke/Göpffarth 1998: 144; Kliemt 2002.

62 Mack 2001: 30.

63 Kersting 2008b: 30.

64 Rawls 1997: 12.



durchaus von dem daraus resultierenden Wissensaufbau profitieren.<sup>65</sup> Der definierte Leistungsumfang der Grundversicherung muss aber unter medizinischen Gesichtspunkten ausreichend sein, um Krankheiten zu lindern oder zu heilen.<sup>66</sup>

Zur Veranschaulichung, wie explizite Rationalisierungsentscheidungen in der Praxis umgesetzt werden können, hat der interdisziplinäre Forschungsverbund »Allokation« das Instrument der »Kostensensiblen Leitlinien« (KSL) erarbeitet. Auf Basis der wissenschaftlichen Evidenz zu Kosten und Nutzen ausgewählter Versorgungsleistungen werden Patientensubgruppen identifiziert, bei denen der zu erwartende medizinische Nutzen am größten ist. Diese werden bei der Verteilung des knappen Guts präferiert. Patientensubgruppen, bei denen eine teure Versorgungsleistung nur einen geringen zusätzlichen Nutzensgewinn erwarten lässt, wird eine kostengünstigere Alternative empfohlen, da ein vergleichsweise geringes »Nutzenopfer« erbracht wird. Die dadurch eingesparten Ressourcen kommen anderen bedürftigeren Patienten zugute.<sup>67</sup>

## **Priorisierung**

### **Definition der Priorisierung**

Priorisierung bedeutet, dass die knappen finanziellen Ressourcen der GKV entsprechend einer niedergeschriebenen oder gedachten Rangliste, die aufgrund von Vorrangigkeitserwägungen erstellt wurde, verteilt werden. Die Priorisierung erfolgt in Deutschland erst, »wenn trotz konsequenter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots das medizinisch Notwendige nicht mehr finanzierbar ist und deshalb nicht oder nicht sofort zur Verfügung gestellt werden kann.«<sup>68</sup> Eine offene und rechtlich in den Eckpunkten geregelte Priorisierung (und Rationierung) gibt es bei der Transplantation von Organen.<sup>69</sup> Hier traute sich der Gesetzgeber bereits, direkter mit der Priorisierung umzugehen, da es von den Patienten nicht als Systemversagen oder sozial ungerecht angesehen wird, wenn nicht genügend

---

65 Mack 2001: 30.

66 Mack (ebd.) schlägt vor, dass das Leistungsspektrum der Zusatzversicherung ausschließlich Methoden beinhaltet, die »aufwendiger, intensiver, schmerzfreier oder auch nur hochwertiger« sind. Uhlenbruck (1995: 431) erwägt die Einschränkung des Versorgungsspektrums der GKV bei sachfremden und nicht notwendigen Leistungen oder den Ausschluss versicherungsfremder Leistungen als ethisch rechtfertigbare Lösung.

67 Marckmann 2010: 13.

68 Andreas/Junghanns 2010: 312.

69 Näher siehe ebd.: 313.

Spenderorgane zur Verfügung stehen. Die Priorisierung dient der gerechten Ausgestaltung der Rationierung. Politisch schwieriger ist es, eine Priorisierung im Hinblick auf knappe *finanzielle* Ressourcen zu regeln, da jede Regelung bereits ein politisches Eingeständnis ist, dass nicht für Alle das medizinisch Mögliche geleistet werden kann.<sup>70</sup> Bislang erfolgt die Priorisierung in der ärztlichen Versorgung verdeckt.

Nicht nur die Frage, ob priorisiert werden darf, ist umstritten, sondern auch und vor allem, nach welchen Kriterien dies zu geschehen hat. In der Wissenschaft gibt es eine Reihe von Vorschlägen, die vom Alter über die Dringlichkeit, Kosten-Nutzen-Erwägungen und die Frage des Selbstverschuldens bis hin zu Vorschlägen einer Priorisierung im Losverfahren reichen.<sup>71</sup> Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (ZEKO) hat 2007 in einer viel beachteten Stellungnahme eine Kriterienliste mit den drei Merkmalen der medizinischen Bedürftigkeit, des zu erwartenden medizinischen Nutzens sowie der Kosteneffektivität vorgeschlagen.<sup>72</sup> Im Rahmen der medizinischen Bedürftigkeit werden von der ZEKO vier Stufen benannt: erstens der »Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen«, zweitens der »Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen«, drittens der »Schutz vor weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens« und viertens die »Verbesserung und Stärkung der Körperfunktionen«.

### **Ethische Bewertung der Priorisierung**

Bei der Begründung eines Verfahrens zur Einschränkung solidarisch finanzierter Gesundheitsleistungen präferieren einige Ethiker eine Kombination aus der Strategie der Transzendentalisierung und der Prozeduralisierungsstrategie.<sup>73</sup> Im Sinne der Transzendentalisierung muss der Bürger im Krankheitsfall dahingehend geschützt werden, dass seine Selbstständigkeit und Selbstbestimmung möglichst weitgehend gewahrt und wiederhergestellt wird. Die Solidargemeinschaft, ebenso wie der einzelne Arzt, besitzt die Pflicht, den körperlich und/oder

---

70 Vgl. die Rede von Hoppe 2009: »Manchmal schmerzt die Wahrheit, aber manchmal muss man auch den Mut haben, sie trotzdem auszusprechen. Ich weiß, dass ich mit meinen Ausführungen zur Priorisierung ein Tabu gebrochen habe – und zwar das Tabu, das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik nicht in Frage zu stellen.«

71 Andreas/Junghanns 2010: 313.

72 Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) 2007.

73 Habermas 1992: 565; Werner 2002: 128 ff.

geistig Benachteiligten so zu unterstützen, dass zumindest ein individuell erreichbares Mindestmaß an Teilnahme am Leben möglich ist.<sup>74</sup> Bei der Prozeduralisierungsstrategie wird primär auf ein wertneutrales, gerechtes Verfahren abgezielt, das eine faire Verteilung der Gesundheitsleistungen erlaubt.<sup>75</sup>

Dieser Gedanke wird in dem Stufenmodell von Marckmann aufgegriffen. Darin wird zwischen formalen Kriterien zur Sicherstellung eines fairen Allokationsverfahrens und materialen Verteilungskriterien, die zentrale inhaltliche ethische Maßstäbe zur gerechten Allokation festlegen, unterschieden. Zu den formalen Kriterien zählen Transparenz, Konsistenz, Legitimität, Begründung, Evidenzbasierung, Partizipationsmöglichkeit, Minimierung von Interessenkonflikten, Widerspruchsmöglichkeit und Regulierung.<sup>76</sup> Auf Ebene der materialen Verteilungskriterien nennt Marckmann die Kriterien der medizinischen Bedürftigkeit (gemessen an der Dringlichkeit der Behandlung und der Schwere der Krankheit), des zu erwartenden medizinischen Nutzens und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses.<sup>77</sup> Oduncu greift diese Kriterien auf und bringt sie in eine Rangfolge: Das von der ZEKO vorgeschlagene Kriterium der medizinischen Bedürftigkeit ist demnach das vorrangig zu berücksichtigende Entscheidungskriterium.<sup>78</sup> Inhaltlich geht es um die Bestimmung des Schweregrads der Krankheit, des davon ausgehenden Gefährdungspotentials und der Dringlichkeit der medizinischen Maßnahme.<sup>79</sup> Die übergeordnete Bedeutung dieses Kriteriums leitet sich aus den Prinzipien der Menschenwürde und des Lebensschutzes sowie aus dem Gleichheitsgrundsatz ab.<sup>80</sup>

Die nachfolgende Ebene der Entscheidungsfindung sollte sich – wie Oduncu vorschlägt – mit dem nachgewiesenen Nutzen und der Zweckmäßigkeit der Behandlungsmethode beschäftigen. Nur der Nutznachweis einer medizinischen

74 Der wichtigste Vertreter ist Norman Daniels, der Rawls Modell politischer Gerechtigkeit in Bezug auf gesundheitspolitische Fragen interpretiert. Weitere Vertreter dieser Theorie sind Christopher Boorse, Lennart Nordenfelts und Otfried Seewald (Werner 2002: 133 f.).

75 Ebd.: 135.

76 Marckmann/in der Schmitt 2011: 311; Marckmann 2010: 12 f.; siehe auch Daniels/Sabin 2002; Emanuel 2000; Marckmann 2008.

77 Marckmann 2010: 13. Bei der Definition der materialen Verteilungskriterien bezieht sich Marckmann auf solche, die sich bereits in anderen Ländern in einem politischen Prozess der Prioritätensetzung etablieren konnten.

78 Fuchs 2010: 439.

79 Oduncu 2012: 363; Marckmann 2010: 13.

80 Oduncu 2012: 363.

Maßnahme nach Evidenzbasierter Medizin EbM<sup>81</sup> (in der Regel mittels Hinzuziehung von RCTs) rechtfertigt ihre Durchführung auf Kosten der Allgemeinheit. Maßnahmen mit keiner bzw. nur marginaler Wirksamkeit verschärfen unnötig das Finanzierungsproblem und sind daher ethisch nicht ausreichend begründbar.<sup>82</sup>

Auf der nächsten Ebene wird auf die Kosten-Nutzen-Effektivität abgestellt. Bei Vorrang der Kriterien der medizinischen Bedürftigkeit und der Zweckmäßigkeit sind im Vergleich kosteneffektivere Maßnahmen vorzuziehen, da diese unter der Voraussetzung begrenzter Ressourcen den gesamtgesellschaftlich erreichbaren gesundheitlichen Nutzen maximieren.<sup>83</sup>

## **Rationalisierung**

### **Definition der Rationalisierung**

Die Reaktion auf Knappheit mit dem Mittel der Rationalisierung stellt die Kosten-Nutzen-Erwägungen im Sinne einer Effizienzsteigerung in den Mittelpunkt. Der Einsatz der Ressourcen soll verbessert werden, so dass weniger Mittel zu einer gleich guten oder sogar besseren Gesundheitsversorgung führen. Da die Rationalisierung ihrer Idee nach zunächst auf Effektivität ausgerichtet ist, geht sie Rationierungen und Priorisierungen vor. Dennoch kann auch eine Rationalisierung bedeuten, dass in einem bestimmten Punkte rationiert oder priorisiert wird, um insgesamt ein höheres Gesundheitsniveau zu erreichen.

### **Ethische Bewertung der Rationalisierung**

Wie Rationalisierungsmaßnahmen ethisch zu bewerten sind, hängt davon ab, ob sie mit einer Leistungskürzung verbunden werden oder lediglich einen besseren Einsatz der Ressourcen bei gleicher Versorgungsleistung bedeuten.

Wenn basierend auf dem Prinzip des Wohltuns und des Nichtschadens bewiesenermaßen ineffektive Leistungen unterlassen werden, ist dies von allseitigem Nutzen. Gemäß dem deutschen Sachverständigenrat zur Begutachtung

---

81 »Evidenzbasierte Medizin (EbM = beweisgestützte Medizin) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.« (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. 2011)

82 Vgl. Buyx et al. 2009: 93 f. und insbes. 95 ff., die die marginale Wirksamkeit »kostenblind« definieren.

83 Fuchs 2010: 439; Oduncu 2012: 363.

der Entwicklung im Gesundheitswesen<sup>84</sup> kann eine Eliminierung der bestehenden Über- bzw. Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem finanzielle Mittel in nicht unerheblichem Umfang freisetzen.<sup>85</sup> Die Vermeidung unnötig teurer Maßnahmen bei einer Verfügbarkeit alternativer, kostengünstigerer aber qualitativ gleichwertiger Versorgungsleistungen ist eine weitere ethisch gebotene Rationalisierungsstrategie.<sup>86</sup> Eine unproblematische Rationalisierung kann auch darin liegen, dass der Patientenwille stärker berücksichtigt wird. Unter dem Begriff der Verteilungsgerechtigkeit würde dann nicht mehr die Gleichheit unter prinzipiell allen Berechtigten verstanden werden (»jedem das Gleiche«), sondern das Prinzip »jedem das Seine«.<sup>87</sup> Eine Multicenter Studie von Schneidemann et al. konnte zeigen, dass eine Berücksichtigung des Patientenwillens vor allem in der letzten Lebensphase zu einer Elimination teurer, aber unerwünschter Maßnahmen führen könnte.<sup>88</sup> Allerdings gilt es zu bedenken, dass hier schnell unter dem Deckmantel der »Patientenautonomie« auch ungewünschte Therapieevolutionen geschehen können – je nach Art der Aufklärung über eine Maßnahme schätzen Patienten den persönlichen Nutzen unterschiedlich ein.

---

84 Ehemals Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Seinen jetzigen Namen erhielt der Sachverständigenrat 2004 nach der Abschaffung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (2003).

85 Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (Deutscher Bundestag 2001: 125 ff.); siehe hierzu auch Marckmann et al. 2014. Im deutschen Gesundheitssystem sieht Kalvelage folgende (ethisch unproblematische) Einsparmöglichkeiten: Regulierung der Facharztinanspruchnahme, Veränderung der Anreizwirkung zur Mengenausweitung in der Gebührenordnung, Kontrolle des Einsatzes von Großtechnik, Etablierung einer Zweitmeinung bei chirurgischen Eingriffen zur Vermeidung nichtindizierter Eingriffe, Steuerung der pharmazeutischen Produktion und Kontrolle der Zulassung von teuren Me-too-Präparaten (Kalvelage 2014: 196).

86 Dass gerade diese Überlegung in der Praxis Relevanz hat, zeigt eine Studie von Strech et al. So stimmen 98% der befragten Ärzte intensivmedizinischer und kardiologischer Abteilungen der Aussage zu, dass sie auf kostengünstigere, aber ebenso effektive Maßnahmen umsteigen (Strech/Marckmann 2010).

87 Nothelle-Wildfeuer 2002: 200.

88 Marckmann/in der Schmitt 2011: 309. Aufgrund eines potenziellen Interessenskonflikts empfiehlt es sich aber eine solche Berücksichtigung des Patientenwillens eng durch die Ethikkommission begleiten zu lassen.

Ethisch problematischer sind Rationalisierungsüberlegungen auf Basis interpersoneller Kosten-Nutzen-Abwägungen, da in diesem Fall sozialetische Aspekte im Vergleich zu der individualetischen Sichtweise bedeutender sind.<sup>89</sup> In diesem Fall verfolgt eine Rationalisierung nämlich das Ziel der Nutzenmaximierung einer Gemeinschaft im Sinne der medizinischen Effizienz.<sup>90</sup> Der Utilitarismus dient oftmals als ethische Begründung dieser Effizienzbestrebungen.<sup>91</sup> Empirische Studienergebnisse zeigen, dass die erforschten persönlichen gesundheitsbezogenen Präferenzen nicht immer mit Rationalisierungsentscheidungen übereinstimmen. So konnten Ubel et al. nachweisen, dass die Befragten nicht vorrangig das Ziel einer gesundheitlichen Gesamtnutzenmaximierung anstreben.<sup>92</sup> Bei einer utilitaristischen Nutzenmaximierung sind die Lebensrettung sowie die Behandlung schwerkranker Patienten signifikant geringer bedeutend als dies nach der Meinung der Bevölkerung angenommen wird.<sup>93</sup> Eine rein utilitaristische Rationalisierungsstrategie stellt also keine adäquate Rekonstruktion unserer Moralvorstellungen dar.<sup>94</sup> Sie führt unter Umständen zu kontraintuitiven und ethisch bedenklichen Ergebnissen. Daher besteht die Gefahr einer Benachteiligung von Einzelnen, vor allem von Minderheiten. Ebenso können persönliche Freiheitsrechte beschnitten werden. Sofern Kosten-Nutzen-Erwägungen zur Lösung des Kostendrucks unabdingbar sind, sollte im Sinne der Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit und der Lebenswertdifferenz<sup>95</sup> nicht nur das

---

89 Rothgang/Staber 2009: 496.

90 Kersting 2008b: 26 f.; Nothelle-Wildfeuer 2002:197; siehe auch Höffe 1992: 10 f.; Rawls 2012: 44.

91 Bedeutende Vertreter des Utilitarismus sind Jeremy Bentham, John Stuart Mill und Henry Sidgewick (Marckmann/Siebert 2002: 172).

92 Ubel et al. 1996, zitiert in Marckman/Siebert 2002: 185.

93 Dieses Ergebnis war stabil, unabhängig von der verwendeten Methode (Rating Scale-, Standard Gamble- oder Time Trade-off-Verfahren) (Marckmann/Siebert 2002: 185).

94 Dies verdeutlicht das Oregon Experiment. Siehe hierzu eine kurze Einführung in Güntert 2008: 288–290.

95 Das Prinzip der Lebenswertindifferenz untersagt eine gesamtgesellschaftliche Maximierung der Interessen auf Kosten des individuellen Lebens- und Gesundheitsinteresses. Folglich ist es ethisch problematisch, das Leben der Staatsbürger in Abhängigkeit von der Funktionsfähigkeit des Organismus, des Alters, der gesellschaftlichen Rolle oder ähnlichem, also nach Kriterien, die allein auf nicht-medizinischen Überlegungen basieren, als weniger oder mehr lebenswert zu kategorisieren und davon das Ausmaß der Unterstützung im Krankheitsfall abzuleiten. Die Verrechnung von einzelnen

Wohl der Allgemeinheit, sondern auch das individuelle Wohlbefinden Berücksichtigung finden.<sup>96</sup>

## FAZIT

Konkurrenz existiert im Gesundheitssystem auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Formen. Von besonderer Bedeutung ist die Konkurrenz zwischen den Systemen der solidarischen (GKV) und der marktwirtschaftlichen (PKV) Versicherung in Form der politischen Konkurrenz um eine gerechte Organisation der Gesundheitsversorgung und Auslotung des Maßes staatlicher Verantwortung in diesem Bereich sowie in Form der ökonomischen Konkurrenz um Beitragszahler der nicht-pflichtversicherten Personen. Die politische Grundentscheidung, den Zugang zu medizinischen Leistungen allen Menschen unabhängig von ihrer Finanzkraft zu gewährleisten, führt darüber hinaus im Rahmen der GKV zu einer Konkurrenz um Gesundheitsdienstleistungen, jedenfalls unter der Prämisse, dass nicht unbegrenzt Steuermittel in die GKV einfließen sollen (was zu Lasten anderer, auch teils gesundheitsrelevanter Politikbereiche ginge!) und dass die Beiträge nicht unerschöpflich erhöht werden sollen. Die Knappheitsproblematik lässt sich dabei nur zu einem Bruchteil durch Rationalisierung entschärfen, indem vorhandene Mittel effektiver eingesetzt werden. Zentral steht hier in Frage, wie die Verteilungsproblematik über einen effektiven Mitteleinsatz hinaus ohne marktwirtschaftliche Konkurrenzmechanismen gelöst werden kann. Will man der Knappheitsproblematik nicht durch eine ethisch nicht zu vertretene harte Rationierung begegnen, bei der niemandem erlaubt wäre, jede technisch mögliche Gesundheitsdienstleistung zu erlangen, so führt dies unweigerlich zu einer weichen Rationierung unter Maßgabe von Kriterien auszuhandelnder Priorisierung, bei der ein Bereich verbleibt, der nicht solidarisch finanziert wird, sondern privat durch Zusatzversicherung oder Zuzahlungen bezahlt werden muss. Eine völlige Ausschaltung marktwirtschaftlicher Preisgestaltung auch in diesen Randbereichen würde die Knappheitsproblematik am Ende nicht lösen, sondern eher

---

gegenüber konkurrierenden Personen oder Gruppen ist daher ethisch höchst problematisch (Oduncu 2012: 362). Zudem würde ein solches Verfahren den Prinzipien der Menschenwürde, dem Gleichheitsgebot und der Solidarität widersprechen. Deshalb hat John Rawls, der prominenteste Kritiker des Prinzips der Nutzenmaximierung, die Theorie der Gerechtigkeit als Gegenentwurf dargestellt (siehe Rawls 2012: 336 ff.).

96 Rothgang/Staber 2009: 496. Siehe auch Brantl 2011.

erweitern und die Stabilität des Systems der solidarischen Versicherung insgesamt in Frage stellen. Zentral ist es dabei, Rationierungen offenzulegen und die Kriterien hierfür im Rahmen einer demokratischen Grundsätzen genügenden Priorisierung unter Beachtung von gesellschaftlich auszuhandelnden Gerechtigkeitsvorstellungen zu finden. So gilt es, im Gesundheitsbereich einen politisch-ökonomischen Sonderweg zu finden, um die auf verschiedenen Ebenen bestehenden Konkurrenzen jeweils angemessen und sozial verträglich zu gestalten.

## LITERATUR

- Andreas, Manfred & Junghanns, Klaus 2010: Priorisierung im Gesundheitswesen. *ArztRecht* 45 (12): 312–316.
- Anzenbacher, Arno 1998: Christliche Sozialethik. Einführung und Prinzipien. Paderborn, Schöningh.
- Becker, Ulrich & Schweitzer, Heike 2012: Wettbewerb im Gesundheitswesen. Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs der Versicherer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen? *NJW-Beilage* 65 (3): 82–86.
- Beske, Fritz; Kern, Axel O. & Lescow, Hanna 1999: Auswertung einer Leserumfrage: Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? *Deutsches Ärzteblatt* 96 (3): 113–117.
- Boldt, Joachim & Schöllhorn, Thilo 2008: Intensivmedizinische Versorgung: Rationierung ist längst Realität. Ergebnisse einer Fragebogenaktion auf deutschen Intensivstationen. *Deutsches Ärzteblatt* 105 (19): 995–997.
- Brantl, Johannes 2011: Wer soll das bezahlen ... ? Ärztlicher Auftrag und Kostendruck im Gesundheitswesen. *ETHICA* 19 (3): 195–225.
- Bundesverfassungsgericht 2005: Alternativmedizin, sog. »Nikolausbeschluss«, Urteil vom 06.12.2005, BVerfGE 115: 25–51.
- Bundesverfassungsgericht 2009: PKV-Basistarif, Gesundheitsreform 2007, Urteil vom 10.06.2009, BVerfGE 123: 186–267.
- Buyx, Alena M.; Friedrich, Daniel R. & Schöne-Seifert, Bettina 2009: Marginale Wirksamkeit als Posteriorisierungskriterium. Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen. *Ethik in der Medizin* 21: 89–100.
- Daniels, Norman & Sabin, James E. 2002: Setting limits fairly. Can we learn to share medical resources? New York, Oxford University Press.
- Deutscher Bundestag 2001: Drucksache 14/6871 Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerech-



- tigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III-3: Über-, Unter- und Fehlversorgung, 2000/2001.
- Deutscher Ethikrat 2011: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme. Berlin, Deutscher Ethikrat.
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. 2011: Definitionen. [online] <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen> (aufgerufen am 01.03.2014).
- Dietz, Alexander 2011: Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit – Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin. *Ethik in der Medizin* 23: 263–270.
- Emanuel, Ezekiel J. 2000: Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources. *Hastings Center Report* 30 (3):8–16.
- Fuchs, Christoph 2010: Demographischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen. Positionsbestimmung der Ärzteschaft. *Bundesgesundheitsblatt* 53 (5): 435–440.
- Gaßner, Maximilian & Eggert, Albrecht 2011: Wettbewerb in der GKV – Kartellrecht versus Sozialrecht. *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 20 (7): 249–255.
- Gerlinger, Thomas & Burkhardt, Wolfram 2012: Woher kommt das Geld für die Gesundheit? In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Dossier Gesundheitspolitik. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72315/einfuehrung-gkv-finanzierung-heute> (aufgerufen am 11.03.2014).
- Güntert, Bernhard J. 2008: Ökonomie oder Politik – was ist ethisch? In: Wiesing, Urban (Hg.): *Ethik in der Medizin: Ein Studienbuch*. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart, Reclam: 288–291.
- Habermas, Jürgen 1992: Faktizität und Geltung – Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats, Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Henke, Klaus-Dirk & Göppfharth, Dirk 1998: Gesundheitswesen 3: Gesundheitspolitisch/gesundheitsökonomisch. In: Korff, Wilhelm; Beck, Lutwin & Mikat, Paul (Hg.): *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2. Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus: 141–145.
- Herrmann, Beate & Kliesch, Fabian 2011: Wie viel Markt verträgt das Gesundheitswesen? Chancen, Grenzen und Risiken der Ökonomisierung von klinischer Tätigkeit. *Ethik in der Medizin* 23: 259–261.
- Höffe, Otfried 1992: Einführung in die utilitaristische Ethik. Tübingen, UTB.
- Hoppe, Jörg-Dietrich 2009: Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung. Rede zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages am 19. Mai 2009 in Mainz. [online] <http://www.bundes.aerztekammer.de/page.asp?his=0.2.6499.7209> (aufgerufen am 12.03.2014).

- Huster, Stefan 2010: Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. *Deutsches Verwaltungsblatt* 2010: 1069–1077.
- Isensee, Josef 2010: GKV und PKV: Das zweigliedrige deutsche Gesundheitssystem in verfassungsrechtlicher Sicht. *Zeitschrift für Versicherungswesen* 61 (23): 839–841.
- Jachertz, Norbert & Rieser, Sabine 2007: Rationierung im Gesundheitswesen. Grenzen für den Fortschritt. *Deutsches Ärzteblatt* 104 (1/2): 21–25.
- Kalvelage, Bernd 2014: Klassenmedizin. Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst. Heidelberg, Springer.
- Kersting, Wolfgang 1999: Über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 4: 143–147.
- Kersting, Wolfgang 2000: Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung. In: ders. (Hg.): Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist, Velbrück Wissenschaft: 467–505.
- Kersting, Wolfgang 2002: Kritik der Gleichheit – Über die Grenzen der Gerechtigkeit und der Moral. Weilerwist, Velbrück Wissenschaft.
- Kersting, Wolfgang 2008a: Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Grundversorgung. In: Wiesing, Urban (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart, Reclam: 276–279.
- Kersting, Wolfgang 2008b: Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung. In: Schöffski, Oliver & Graf von der Schulenburg, Johann-Matthias (Hg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Dritte, vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Springer: 23–47.
- Kliemt, Hartmut 2002: Behandlungsleitlinien als Rationierungs- und Qualitätssicherungsinstrumente. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 48 (2): 159–169.
- Lampert, Thomas & Kroll, Lars E. 2010: Armut und Gesundheit. (= Robert Koch-Institut Berlin (Hg.): GBE kompakt 5/2010). [online] <http://www.rki.de/gbe-kompakt> (aufgerufen am 22.02.2014).
- Laufs, Adolf 1993: Standards, Kostendruck und Haftpflichtrecht. In: Nagel, Eckhard & Fuchs, Christian (Hg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen: Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin. Heidelberg, Springer: 290–301.
- Mack, Elke 2001: Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialethisches Problem. *Ethik in der Medizin* 13: 17–32.
- Marckmann, Georg 2008: Gesundheit und Gerechtigkeit. *Bundesgesundheitsblatt* 51 (8): 887–894.

- Marckmann, Georg 2010: Ethische Grundlagen der Priorisierung im Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53 (9): 887–894.
- Marckmann, Georg & in der Schmitt, Jürgen 2011: Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. *Ethik in der Medizin* 23: 303–314.
- Marckmann, Georg & in der Schmitt, Jürgen 2014: Kostenbewusste ärztliche Entscheidungen. Normative Orientierung im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie. *Unfallchirurg* 117 (5): 406–412.
- Marckmann, Georg & Siebert, Uwe 2002: Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 48 (2): 171–190.
- Neumann, Volker 2006: Das medizinische Existenzminimum. *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 2006: 393–397.
- Nothelle-Wildfeuer, Ursula 2002: Stichwort Verteilungsgerechtigkeit. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 48 (2): 196–201.
- Oduncu, Fuat S. 2012: Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung – das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht. *Medizin Recht* 30 (6): 359–367.
- Rauprich, Oliver 2008: Utilitarismus oder Kommunitarismus als Grundlage einer Public-Health-Ethik? *Bundesgesundheitsblatt* 51 (2): 137–150.
- Rawls, John 2012: Eine Theorie der Gerechtigkeit. 18. Auflage. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Rawls, John 1997: Die Idee des politischen Liberalismus. 2. Auflage. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Rothgang, Heinz & Staber Jeanine 2009: Ethik versus Ökonomie in Public Health? Zur Integration ökonomischer Rationalität in einen Public-Health-Ethik-Diskurs. *Bundesgesundheitsblatt* 52 (5): 494–501.
- Schmidt Aßmann, Eberhard 2001: Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen. De Gruyter, Berlin
- Siegrist, Johannes 1996: Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen, Hogrefe.
- Siegrist, Johannes 2001: Distributive Gerechtigkeit und Gesundheit: eine medizinsoziologische Perspektive. *Ethik in der Medizin* 13 (1–2): 33–44.
- Siegrist, Johannes & Marmot, Michael (Hg.) 2008: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern, Huber.

- Siegrist, Johannes & Töres, Theorell 2008: Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In: Siegrist, Johannes & Marmot, Michael (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern, Huber: 99–130.
- Strech, Daniel; Danis, Marion; Löb, M. & Marckmann, Georg 2009: Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134 (24): 1261–1266.
- Strech, Daniel & Marckmann, Georg 2010: Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht? Wie genau wir es wissen und warum es nicht die wichtigste Frage sein soll. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 135 (10): 1498–1502.
- Uhlenbruck, Wilhelm 1995: Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin. *Medizin Recht* 13: 427–437.
- Werner, Micha H. 2002: Die Eingrenzung des Leistungsspektrums des solidarfinanzierten Gesundheitssystems als Herausforderung liberaler Konzeptionen politischer Ethik. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 48 (1): 125–135.
- Winkelhake, Olaf 2011: Formen von Rationierung. [online] <http://winkelpedia.org/uploads/rationierungsformen.pdf> (aufgerufen am 11.03.2014).
- Wohlgemuth, Walter A.; Alber, Kathrin; Bayerl, Brigitta & Freitag, Michael H. 2009: Die DFG Forschungsgruppe FOR655: Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wohlgemuth, Walter A. & Freitag, Michael H. (Hg.): Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze. Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 1–10.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) 2007: Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Stellungnahme, Zusammenfassung. [online] <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/KurzfassungPriorisierung.pdf> (aufgerufen am 12.03.2014).