

Altersabhängige Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen

JOHANNES ZINS, M.med.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Interdisziplinäres Zentrum
Medizin-Ethik-Recht

Herausgegeben von
Prof. Dr. Hans Lilie

Prof. Dr. Hans Lilie (Hrsg.), Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Band 38, 2012

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

ISSN 1862-1619

ISBN 978-3-86829-473-6

Schutzgebühr Euro 5

Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht (MER)
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Universitätsplatz 5
D- 06108 Halle (Saale)
mer@jura.uni-halle.de
www.mer.jura.uni-halle.de
Tel. ++ 49(0)345-55 23 142

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
1. Einleitung.....	2
2. Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	5
2.1 Die Pflichtversicherung in einem liberalen Rechtsstaat	7
2.2 Das Dilemma der solidarischen Gesundheitsversorgung	9
2.3 Die Notwendigkeit von Rationierungsmaßnahmen	11
2.4 Die Notwendigkeit einer öffentlichen Diskussion über Rationierungsentscheidungen	12
3. Norman Daniels' Theorie einer gerechten Gesundheitsversorgung	15
3.1 Eine Grundlage von Daniels' Theorie: John Rawls' <i>Theorie der Gerechtigkeit</i>	15
3.2 Die Gesundheitsversorgung ist kein Grundgut	17
3.3 Die Gesundheitsversorgung im Dienste einer fairen Chancengleichheit	19
4. Warum eine altersabhängige Rationierung gefordert wird.....	21
4.1 Gleiche Chancen auf das Erreichen eines durchschnittlichen Alters	23
4.2 Die Lebenszeit-Perspektive	25
4.3 Der Ansatz der klugen Lebensplanung	27
5. Kritik an der Behauptung eines altersabhängigen Möglichkeitenspektrums.....	31
5.1 Alter und Lebenspläne	32
5.2 Krankheit und Behinderung im Alter	34
5.3 Rationierung im Kontext stereotyper Alters-Bilder	36
6. Die Ausgrenzung alter Menschen ist nicht gerechtfertigt.....	38
7. Literatur	40

1. Einleitung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat gravierende Finanzierungsprobleme. Trotz zahlreicher Reformen und regelmäßig steigender Beitragssätze klappt die Scheere zwischen Einnahmen und Ausgaben auseinander. Die Einnahmeschwäche resultiert aus einem unterproportionalen Wachstum der Grundlöhne, der hohen Arbeitslosigkeit und einer wachsenden Anzahl von Rentnern. Die Gründe für den Anstieg der Ausgaben sind der medizinisch-technische Fortschritt und der insgesamt ansteigende medizinische Versorgungsbedarf einer alternden Bevölkerung. Unter gleichbleibenden Bedingungen werden sich die Finanzierungsprobleme zuspitzen.

Voraussichtlich lassen sich die Finanzierungsprobleme der GKV auf lange Sicht nicht durch Rationalisierungsmaßnahmen lösen. Weitgehende Einschränkungen des Leistungsumfangs könnten unumgänglich werden. Umstritten ist jedoch, welche Kriterien den Rationierungsentscheidungen zugrunde gelegt werden sollten.

Das zentrale Finanzierungsproblem der GKV liegt in der Krankenversicherung der Rentner. Es verwundert nicht, dass einige Ökonomen und Politiker gerade dort nach Einsparungsmöglichkeiten suchen, wo die meisten Kosten entstehen. So wird bisweilen vorgeschlagen, dass kostenintensive medizinische Leistungen ab einem bestimmten Lebensalter nicht mehr von der GKV übernommen werden sollten. Doch die Mehrheit der Bürger und der Gesetzgeber lehnen die Forderung nach einer altersabhängigen Rationierung medizinischer Leistungen strikt ab. Eine altersabhängige Rationierung gilt als unsozial und diskriminierend. Gleichwohl wird eingesehen, dass Einsparungen im Gesundheitswesen notwendig sind. Über das Gebot, Wirtschaftlichkeitsreserven freizusetzen, herrscht breiter Konsens. Doch die Kontroverse entzündet sich, weil speziell die Altersrationierung als eine Ungerechtigkeit empfunden wird. Würden notwendige Leistungen ab einem bestimmten Alter grundsätzlich ausgeschlossen, so wären die meisten Bürger wohl nicht nur enttäuscht, sondern es regten sich aller Voraussicht nach Protest und tiefe Empörung.

Der US-amerikanische Bioethiker Norman Daniels bezieht eine kontroverse Position, indem er versucht, überzeugende Gründe für die moralische Zulässigkeit der altersabhängigen Rationierung anzuführen. Primär geht es ihm allerdings darum, den Nachweis zu erbringen, warum es die Gesellschaft den armen Menschen überhaupt schuldet, eine für jeden zugängliche Gesundheitsversorgung zu finanzieren. Dabei bezieht sich Daniels auf John Rawls' *Theorie der Gerechtigkeit*. Demnach muss eine gerechte Gesellschaft über Institutionen verfügen, die für eine faire Chancengleichheit sorgen. Hier knüpft Daniels mit seiner Theorie eines gerechten Gesundheitssys-

tems an. Eine möglichst gute Gesundheit gehört zu den Voraussetzungen für eine faire Bandbreite an Lebenschancen.

Allerdings ist es aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht möglich, jedem Bürger eine Gesundheitsversorgung auf höchstem Niveau zu gewährleisten. Und auch die Forschung darf bei der Ressourcenverteilung nicht vernachlässigt werden. Daher sieht Daniels die Rationierung von Leistungen als notwendig an. Es stellt sich die Frage, wie eine faire Chancengleichheit trotz der Notwendigkeit von Rationierungsmaßnahmen gewährleistet werden kann.

Daniels' Ansatz der klugen Lebensplanung soll dabei helfen, eine Antwort auf diese Frage zu finden. Die Ressourcenverteilung unter den Altersgruppen ist demnach gerecht, wenn jede Altersgruppe genau das erhält, was ein kluger Planer dem entsprechenden Lebensabschnitt zuteilen würde, um seine eigene Lebenszeit bestmöglich zu gestalten.

Daniels ist der Überzeugung, eine Ungleichbehandlung aufgrund des Alters sei lediglich dem Anschein nach diskriminierend, aber dieser Anschein verflüchtigt sich, wenn man die gesamte Lebenszeit der Menschen in den Blick nähme. Nach dieser Darstellung haben alle benachteiligten alten Menschen ihre jüngeren Jahre und deren Vorteile bereits hinter sich. Und allen bevorzugten jüngeren Menschen steht noch eine ausgleichende Benachteiligung bevor. Daher vertritt Daniels die Meinung, dass die synchrone Ressourcenverteilung zwischen Altersgruppen so betrachtet werden sollte, als handelte es sich um die diachrone Ressourcenverteilung auf unterschiedliche Lebensabschnitte einer einzigen Generation. Demnach sollte nicht danach gefragt werden, wie die Ressourcen auf verschiedene Altersgruppen verteilt werden können, sondern wie sie auf die verschiedenen Lebensabschnitte verteilt werden sollten. Offensichtlich hängt die Antwort auf diese Frage zunächst einmal davon ab, welche Vorlieben und Lebensziele der Befragte hat, in welchem Lebensabschnitt er sich gerade befindet, wie es um seine Gesundheit steht, ob er pessimistisch oder optimistisch ist und ob es sich um einen risikofreudigen oder einen risikoaversen Menschen handelt. Da es jedoch bei diesem Gedankenexperiment darum geht, die gerechte Ausgestaltung einer für alle Bürger relevanten Institution festzulegen, sollen partikuläre Interessen und persönliche Präferenzen keine Rolle spielen. In Anlehnung an Rawls' kontraktualistische Theorie definiert Daniels die Bedingungen einer hypothetischen Wahl daher so, dass die Entscheidung hinter einem Schleier des Nichtwissens getroffen wird und partikuläre Interessen daher keine Entscheidungsgrundlage bilden können. Der Wähler weiß nicht, welche Position er einnehmen wird, wenn der Schleier fällt. Er kennt weder sein Alter, noch

seinen Gesundheitszustand. Er weiß nicht, wie seine persönliche Konzeption des guten Lebens aussehen wird.

Der kluge Wähler weiß allerdings, dass er sich zwischen zwei grundsätzlichen Möglichkeiten entscheiden muss: Wenn er einen großen Anteil der Ressourcen für seine letzten Lebensjahre anspart, erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, sehr alt zu werden. Allerdings stünden ihm diese Ressourcen dann nicht zur Verfügung, sollte er sie bereits in einem früheren Lebensabschnitt benötigen, was die wiederum Wahrscheinlichkeit, jung zu sterben, erhöhen würde. Verteilte er einen Großteil seiner Ressourcen jedoch auf seine mittleren Lebensjahre, so könnte er mit einer gewissen Sicherheit darauf vertrauen, ein durchschnittliches Alter zu erreichen. Wie würde ein kluger Planer seinen begrenzten Anteil an Gesundheitsressourcen über die verschiedenen Abschnitte seines Lebens optimal verteilen?

Wäre dem Wähler jeder Lebensabschnitt gleichermaßen wichtig, so müsste er sich neutral verhalten. Ob er sich nun dafür entscheidet, mit großer Wahrscheinlichkeit ein durchschnittliches Alter zu erreichen, oder ob er lieber sehr alt werden möchte und dafür auch die Gefahr in Kauf nimmt, möglicherweise früh zu sterben: keine der beiden Entscheidungen wäre unklug.

Doch auch wenn ein kluger Wähler hinter dem Schleier des Nichtwissens nicht mit Bestimmtheit wissen kann, welches Lebensziel er selbst haben wird, so müsse er Daniels' Ausführung zufolge doch bedenken, dass das hohe Alter im Lebensplan der meisten Menschen eine im Vergleich weniger bedeutende Rolle spiele. Im Ergebnis, so Daniels, würde sich ein kluger Wähler daher dafür entscheiden, wenig Ressourcen für das Alter aufzusparen. Daher sieht Daniels die altersabhängige Rationierung medizinischer Leistungen als gerechtfertigt an.

Dabei ist die dieser Argumentation zugrunde liegende Überzeugung, das Alter biete weniger Lebenschancen, einseitig. Daniels verkennt, dass das Alter im Leben vieler Menschen eine überaus bedeutende Rolle spielt. Der Lebensabschnitt des Alters ist reich an Möglichkeiten und Chancen. Dank moderner Medizin und einer zunehmend offenen Gesellschaft gilt dies oft sogar im Falle einer chronischen Erkrankung oder Behinderung.

Dass der demographische Wandel eine Herausforderung darstellt, ist nicht zu leugnen. Gesellschaft und Politik müssen auf die demographischen Veränderungen reagieren. Dabei dürfen alte Menschen jedoch nicht ausgeschlossen werden, sie sollten als Gleiche unter Gleichen behandelt werden. Gesellschaft, Politik und Wirtschaft müssen ihnen einen Platz in ihrer Mitte einräumen und sich auf sie einstellen. Die

Möglichkeiten, auch im Alter gleichberechtigt an den öffentlichen Institutionen partizipieren zu können, sollten gefördert werden, und nicht abgebaut.

2. Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung

Kein Mensch ist vor allen Gefahren gefeit. Doch indem man sich auf eventuelle Unglücksfälle vorbereitet, lässt sich ein Unheil zumindest abmildern. Gäbe es keine Versicherungen, so müsste man eine große Geldsumme in Reserve halten, um gegen Risiken gewappnet zu sein. Dies ist jedoch ungünstig, da die Finanzierungskosten solcher Reserven hoch sind. Außerdem ist es nicht jedem möglich, überhaupt Reserven anzusparen. Daher ist es klüger, sich zu einer Risikogemeinschaft zusammenzuschließen. Jedes Mitglied zahlt regelmäßig in einen gemeinsamen Topf ein und bekommt im Bedarfsfall bestimmte Kosten erstattet.

Einer Versicherung beizutreten, ist zunächst einmal eine individual- pragmatische Entscheidung. Allerdings befördert dieser Pragmatismus auch das kollektive Wohlergehen. Denn Menschen sind tendenziell eher dazu bereit, größere Unternehmungen zu wagen, wenn sie die Möglichkeit haben, eine Versicherung abzuschließen und so ihr persönliches Risiko zu minimieren. Dies fördert das Wirtschaftswachstum und kommt dem Kollektiv zugute.

Ob und wogegen man sich versichern sollte, hängt in vielen Bereichen von persönlichen Zielen und Präferenzen ab. Die Verbundenheit einer Risikogemeinschaft basiert darauf, dass einige Menschen bestimmte Prioritäten gemein haben: Industrielle wollen ihre Betriebe versichern, Sammler ihre erworbenen Werke und Sportler ihre körperliche Beweglichkeit. Wer dagegen einen risikoaffinen Charakter hat, versichert sich überhaupt nicht. Die Entscheidung, einer Versicherung beizutreten, ist zunächst einmal eine Privatsache. Einer privaten Versicherungsgesellschaft steht es im Prinzip ebenso frei, darüber zu entscheiden, ob und zu welchen Bedingungen sie jemanden aufnimmt. Nach dem Äquivalenzprinzip ist die Höhe der Beiträge, die eine Person zahlen muss, äquivalent zu dem Kostenrisiko, welches die Person für die Versicherung darstellt. Personen, die nicht genug zahlen können oder ein zu hohes Risiko darstellen, wird der Beitritt verwehrt.

Nicht nur vor Risiken wie Brand oder Raub, sondern auch vor Krankheit ist kein Mensch gefeit. Wie sehr man auch versuchen mag, gesund zu bleiben, man lebt permanent mit dem Risiko einer Erkrankung oder eines Unfalls. Einer Krankenversicherung beizutreten, ist daher ebenfalls eine individual- pragmatische Entscheidung.

Dennoch ist diese Entscheidung hierzulande und in vielen anderen Staaten keine reine Privatangelegenheit. Wird die Gesundheitsversorgung einer Staatsbevölkerung ausschließlich vom Privatsektor versichert, so ist leicht abzusehen, was daraus folgen muss: Weil Menschen arm sind, werden sie häufiger krank, haben öfter chronische Leiden und müssen früher sterben. Eine derart schwerwiegende Ungleichheit angesichts von Krankheit, Leid und Tod ist in einem modernen, wohlhabenden und sozialen Rechtsstaat nicht vorstellbar. Der soziale Rechtsstaat ist eine Kooperation unter Gleichen. Seine Bürger stehen grundsätzlich nebeneinander, nicht übereinander. In einer Gesellschaft freier und gleicher Bürger soll jeder die Möglichkeit haben, die Grundrechte wahrzunehmen, sich zu bilden und einen Beruf auszuüben. Jeder soll die Chance haben, am gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Leben zu partizipieren. Gesundheit ist eine Voraussetzung für Lebens- und Teilhabemöglichkeiten. Es reicht also nicht aus, wenn die Krankenversicherung >gut für jemanden< und >gut für das Kollektiv insgesamt< ist, sie hat darüber hinaus auch >gut für jeden Einzelnen< zu sein.

Der solidarische Grundsatz der GKV lautet entsprechend: „Einer für alle und alle für einen.“ Jeder hat Anspruch auf die gleichen Leistungen, unabhängig von seiner Zahlungsfähigkeit. Zugleich ist jeder verpflichtet, nach seinen Möglichkeiten zum Wohle aller beizutragen. Der solidarische Grundsatz erinnert stark an die in alten Kulturen vorherrschende Institution der Großfamilie, die als häusliche Gemeinschaft eine Einheit bildet, auch im wirtschaftlichen Sinn. Die Institution dieser familiären Einheit ist von Vorteil für jedes einzelne Familienmitglied, denn die Kooperation ermöglicht jedem ein besseres Leben, zugleich hat jeder die Pflicht, gemäß seinen Fähigkeiten zum gemeinsamen Wohl beizutragen.¹ Alte und kranke Familienmitglieder erhalten Unterstützung und Hilfe von den Gesunden und Jungen. Das gilt grundsätzlich auch für die GKV: Die Starken leisten den Schwachen Hilfe. Diese Dichotomie kann im Kontext der GKV auf viererlei Weise konkretisiert werden: Gesunde helfen Kranken, Junge helfen Alten, Wohlhabende helfen Armen und Alleinstehende helfen Familien.

¹Schon Platon argumentiert, dass die geordnete Kooperation auch im Selbstinteresse des Einzelnen liegt. Aus dieser Koinzidenz lässt er die Polis hervorgehen. Vgl. Platon: Politeia. Buch II 369 a – 376d.

2.1 Die Pflichtversicherung in einem liberalen Rechtsstaat

Im Vergleich zwischen der Großfamilie und der GKV zeigt sich ein weiterer gemeinsamer Aspekt: Die Bande zwischen den Mitgliedern dieser Gemeinschaften ist in der Regel unfreiwillig. Jeder deutsche Bürger muss krankenversichert sein. Sofern man nicht überdurchschnittlich gut verdient oder einen bestimmten Beruf ausübt, muss man der GKV beitreten. Dass man sich seine Familie nicht aussuchen kann, liegt in der Natur der Sache. Dass man nicht frei darüber bestimmen darf, ob und mit wem man sich zu einer Risikogemeinschaft zusammenschließen möchte, versteht sich dagegen nicht von selbst. Da solidarische Leistungen der GKV von denjenigen, die gesund sind und ein Gehalt verdienen, erst einmal erarbeitet werden müssen, sollte man die Hilfsbereitschaft nicht einfach voraussetzen. Dies gilt umso mehr, als es sich bei der Versichertengemeinde nicht um die eigene Familie handelt, sondern um Fremde. Weil Arbeit meist unliebsame Mühe macht und nutzbare Materialien in der Regel knapp sind, ist die freiwillige Bereitschaft zu Geben im Allgemeinen begrenzt. Nur in der Vorstellung eines Schlaraffenlands, in welchem weder Güterknappheit noch die Mühen der Arbeit bekannt sind, „scheint einleuchtend, daß in einem so glücklichen Zustand jede andere soziale Tugend blühen und sich verzehnfachen würde, aber von der vorsichtigen, argwöhnischen Tugend der Gerechtigkeit wäre nicht einmal geträumt worden.“² Knappheit und Konkurrenz sind die Bedingungen, unter denen die „argwöhnische“ Gerechtigkeit hervortritt. Diese Rede von Gerechtigkeit inauguriert die Angemessenheit der Güterverteilung in Bezug auf die persönlichen Leistungen und Fähigkeiten sowie eine symmetrische Ausgewogenheit im Geben und Nehmen. Ein gerechter Mensch, der andere nicht betrügt oder übervorteilt, andererseits aber auch nie mehr gibt, als er im Sinne der Tauschgerechtigkeit schuldet, wahrt seine eigenen Interessen. Die so verstandene Gerechtigkeit ist ganz offensichtlich herrschaftsfrei und somit auch unter libertär eingestellten Denkern unumstritten.

Die Solidarität in der GKV geht allerdings über die gerechte Wechselseitigkeit hinaus. Dies wird besonders im Hinblick auf den Generationenvertrag deutlich. Junge und gesunde Versicherte, die aufgrund der Lastverschiebung mehr geben, als sie später in ihrem Leben zurückerhalten werden, könnten daher immer häufiger zu der Auffassung gelangen, das Solidarprinzip brächte „die Überzeugung zum Ausdruck, man

²Hume, D.: Eine Untersuchung über die Prinzipien der Moral. Stuttgart 1996, S 101f.

dürfe andere Menschen zur Arbeit zwingen oder ihren Besitz konfiszieren.“³ Man mag diese Einstellung zwar für verfehlt halten, doch im Rahmen eines pluralen Rechtsstaates kann das eigene Urteil nicht ohne Weiteres als Rechtfertigung für Zwangsbeugnisse dienen, auch wenn man selbst davon überzeugt sein sollte, das moralisch Richtige oder Gute zu wollen. Die Ansicht, die eigene moralische Überlegenheit böte eine Berechtigung dafür, seiner Auffassung durch Staatsgewalt Geltung zu verschaffen, verstößt gegen die Prinzipien des Rechtsstaates. Auch wenn es sich um das Urteil der Mehrheit handelt, rechtfertigt dies allein noch keinen Zwang. Denn zum Wesen des Rechtsstaates gehört, die Rechte von Minderheiten zu schützen.

Doch ein Anhänger des liberalen Rechtsstaats wird eben sowenig dazu genötigt, jede staatlich koordinierte Umverteilung grundsätzlich abzulehnen. Im Gegenteil: Die Redistribution, so legt es Hartmut Kliemt dar, ist sogar eine Voraussetzung für die Existenz des liberalen Rechtsstaates: „Der Rechtsstaat fällt nicht einfach vom Himmel. Er ist steuerfinanziert. Steuererhebungen sind Zwangsmaßnahmen.“⁴ Auch die negativen Abwehrrechte sind, sofern sie staatlich gewährt und durchgesetzt werden, „öffentlich ‚produziert‘“⁵. Die Sicherung der fundamentalen Grundrechte wird nicht von allen Bürgern zu gleichen Teilen finanziert. Dennoch kommen jedem Bürger die gleichen fundamentalen Grundrechte zu. Folglich findet eine Umverteilung statt, auch wenn die Verwendung dieses Begriffes in diesem Kontext ungewohnt ist. Dies trifft sogar auf einen minimalen Nachwächterstaat zu. Nach einem Terminus von Hartmut Kliemt handelt es sich dabei um eine *harte (oder auch starke) Rationierung*. Das bedeutet, dass feste Quantitäten unabhängig von Zahlungsbereitschaft oder -fähigkeit zugeteilt werden, und dass kein Zukauf und keine Veräußerung der zugeteilten Quantitäten möglich ist.⁶ Die streng egalitäre Verteilung von fundamentalen Grundrechten gehört zum Kernbereich des Rechtsstaates. Da jeder die gleichen unveräußerlichen fundamentalen Grundrechte hat, kann sich niemand in Sklaverei verkaufen und niemand darf einen anderen gewaltsam unterdrücken. Die Pflicht der Zahlungsfähigen, den Rechtsstaat durch Steuerabgaben zu finanzieren, ist daher keine Einschränkung der Freiheit, sondern vielmehr eine Bedingung für die garantierten Frei-

³Engelhardt jr., T.H.: *Das Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Gerechtigkeit und Fairness bei der Verteilung medizinischer Leistungen: Frustrationen im Angesicht der Endlichkeit*. In: *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Hg. v. Marckmann, G.; Liening, P.; Wiesing, U.. Stuttgart 2003, S.55f.

⁴Kliemt, H.: *Rationierung im pluralen Rechtsstaat*. In: *Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang*. Hg. v. Marckmann, G.. Stuttgart 2003, S.65.

⁵Kliemt, H.: *Solidarität in Freiheit*. Von einem liberalen Standpunkt. Freiburg, München 1995, S. 75.

⁶vgl. Kliemt, H.: *Rationierung im pluralen Rechtsstaat*. In: *Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang*. Hg. v. Marckmann, G.. Stuttgart 2003, S.65.

heitsrechte. Als Anhänger des Rechtsstaates kann man eine staatlich regulierte Umverteilung also nicht prinzipiell als oktroyiert begreifen. Setzt man voraus, dass man es nur mit solchen Menschen zu tun hat, die Freiheit und den Rechtsstaat wollen, stellt sich daher nicht die Frage, ob eine staatlich erzwungene Umverteilung überhaupt legitim ist, sondern lediglich, wie weit diese gehen sollte.

Eine streng egalitäre Verteilung von Wohnraum oder Nahrung wäre in einem pluralen Rechtsstaat nicht vorstellbar.⁷ Die Menschen sollen freie Wohnungswahl haben und sich ihre Nahrung selbst aussuchen können. Allerdings verhelfen moderne und wohlhabende Rechtsstaaten denjenigen zu Wohnraum und Nahrung, die es sich auf dem Markt nicht leisten können. Hier handelt es sich nach Kliemts Terminologie um eine *weiche (oder schwache) Rationierung*: Über das Maß der staatlich garantierten Quantitäten hinaus dürfen diese Güter sehr ungleich verteilt sein.⁸ Die weiche Rationierung hat einen Versicherungscharakter. Eine staatlich erzwungene Pflicht für solche Versicherungen ist unstrittig zumindest dann gerechtfertigt, „wenn es um die Sicherung der liberalen Rechtsordnung geht.“⁹ Klafft die Schere zwischen Arm und Reich so weit auseinander, dass dies den Rechtsstaat gefährdet, ist eine Umverteilung auch aus einer extrem liberalen Perspektive gerechtfertigt. Ein gewisses Maß an Sozialstaatlichkeit ist nötig, um Frieden, gegenseitige Akzeptanz und das Vertrauen in den Rechtsstaat zu erhalten. Demnach sind Teilhaberechte „legitime Mittel zur Sicherung negativer Abwehrrechte.“¹⁰ Der eigentliche Zweck der öffentlichen Gesundheitsversorgung besteht demnach nicht darin, der Gesundheit der Menschen zu dienen, sondern die liberale und plurale Rechtsordnung zu bewahren.

2.2 Das Dilemma der solidarischen Gesundheitsversorgung

Der Begriff der Rationierung wird im Kontext gesundheitspolitischer Diskussionen oft äquivalent zu dem Begriff des Vorenthaltens verwendet. Der Tatbestand des Vorenthaltens bedingt allerdings, dass ein berechtigter Anspruch auf das Vorenthaltene besteht. Dass einer Person der Zugriff auf ein Gut verwehrt wird, auf welches sie keinen

⁷Vgl. Kliemt, a.a.O., S. 64ff.

⁸Vgl. Kliemt, a.a.O., S.60.

⁹Kliemt, H.: *Rationierung im pluralen Rechtsstaat*. In: *Gesundheitsversorgung im Alter*. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang. Hg. v. Marckmann, G.. Stuttgart 2003, S. 69.

¹⁰Kliemt, a.a.O., S. 69.

Anspruch hat, erfüllt diesen Tatbestand nicht. Diese Form des Ausschlusses findet man schon im Recht auf Privateigentum.¹¹ Die Frage lautet also, welche Ansprüche berechtigt sind.

Selbst aus einer sehr liberalen Perspektive kann eine gemeinsame Anstrengung zugunsten einer öffentlichen Gesundheitsversorgung gerechtfertigt werden. Umstritten ist jedoch die grundlegende Frage, ob jeder das Recht auf die gleichen Leistungen haben sollte, oder ob Unterschiede in der Versorgungsqualität zugelassen werden müssen. Wie sollte – um auf Hartmut Kliemts Termini zurückzugreifen – der Zugang zur Gesundheitsversorgung reguliert werden: Auf die Weise der harten Rationierung oder der weichen Rationierung?

In Deutschland herrscht diesbezüglich eine ambivalente Haltung. Die Gesundheitsversorgung lässt sich nicht eindeutig einer der Kategorien 'harte Rationierung – weiche Rationierung – freier Markt' zuordnen. Einerseits handelt es sich um eine weiche Rationierung, da privat bezahlte Zusatzleistungen erlaubt sind. Darüber hinaus haben einige Menschen sogar die Option, einer privaten Krankenversicherung beizutreten. Weiche Rationierung und Privatisierung haben zur Folge, dass die Gesundheitsversorgung ungleich ist. Wohlhabende Menschen können sich eine bessere Gesundheitsversorgung leisten. Andererseits halten viele Menschen die Forderung nach einer egalitären Verteilung von Gesundheitsleistungen für gerechtfertigt. Lange Zeit war eine weitgehend gleiche Verteilung eines hohen Versorgungsstandards im deutschen Gesundheitswesen auch tatsächlich finanzierbar. Die zunehmende Notwendigkeit von Leistungskürzungen wird in der Regel nicht transparent gemacht. Glaubt man den Sonntagsreden der Gesundheitspolitik, strebt die Gesundheitsversorgung nach wie vor eine weitgehende Gleichheit auf höchstem Niveau an.

Die Forderung nach einer egalitären Gesundheitsversorgung führt, so Hartmut Kliemt, in ein Dilemma.¹² Aufgrund der ökonomischen Zwänge ist es schlicht unmöglich, jedem Bürger eine Versorgung auf höchstem Niveau und nach dem neuesten Stand der Technik zu garantieren. Es bleiben also nur zwei Möglichkeiten: Entweder man gibt das Ideal der Gleichheit auf, oder man beschränkt die Ansprüche aller auf ein gleiches, finanzierbares Maß. Die zweite Möglichkeit setzte das Verbot voraus, privates Vermögen für Gesundheitsleistungen auszugeben. Plädiert man für diese Möglichkeit, so ist man der Überzeugung, dass privates Vermögen angesichts der funda-

¹¹Vgl. Kliemt, a.a.O., S. 59.

¹²Vgl. Kliemt, H.: *Rationierung im pluralen Rechtsstaat*. In: *Gesundheitsversorgung im Alter*. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang. Hg. v. Marckmann, G.. Stuttgart 2003, S. 66-68

mentalener Bedeutung von Gesundheit und Leben keinen Unterschied machen dürfe. Kliemt sieht hierin einen Widerspruch in sich: „Wenn es jedoch der höchste Wert ist, zu überleben und das eigene Überleben zu sichern, dann müsste es jedem Einzelnen erlaubt sein, eigene Mittel in beliebigem Umfang der Erreichung dieses höchsten Zieles zu widmen. Verboten werden könnte es nur, wenn man das Gleichheitsziel höher stellte als das Überlebensziel.“¹³ Eine starke Rationierung der Gesundheitsversorgung würde, so Kliemt, gegen die Prinzipien des Rechtsstaates verstoßen, da es zentrale Grundfreiheiten einschränkte. Demnach muss die Vorstellung einer streng egalitären Gesundheitsversorgung aufgegeben werden.

2.3 Die Notwendigkeit von Rationierungsmaßnahmen

Obwohl der Gesetzgeber ein Ansteigen des Beitragsatzes der GKV nur ausnahmsweise vorsieht, zeigt die Entwicklung der letzten 40 Jahre, dass steigende Beitragssätze die Regel darstellen. Es gilt zwar der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs.1 SGB V, dennoch „nahm der durchschnittliche Beitragssatz von 8,2 % im Jahre 1970 auf derzeit über 14 % zu.“¹⁴ Weder die seit den 1970er Jahren betriebene strukturkonservative Kostendämpfungspolitik, noch die zunehmende Wettbewerbsorientierung seit dem Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1992 konnten den beachtlichen Zuwachs des Beitragssatzes verhindern.

Es besteht allgemeiner Konsens darüber, dass die Freisetzung von Wirtschaftlichkeitsreserven angesichts der Knappheit geboten ist. Die §§ 3 und 12 SGB V erfordern ohnehin eine „wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung“. Doch Rationalisierung allein kann die Finanzierungsprobleme der GKV aller Voraussicht nach nicht lösen. Selbst wenn das Gesundheitssystem verschwenderisch wäre und ein großes Potential an Rationalisierungsmöglichkeiten aufwiese, würde das Finanzierungsproblem wahrscheinlich nur hinausgeschoben. Ab einem gewissen Punkt müssen Steigerungen der Wirtschaftlichkeit unweigerlich in substantielle Leistungskürzungen übergehen.

¹³Kliemt, H.: *Rationierung im pluralen Rechtsstaat*. In: *Gesundheitsversorgung im Alter*. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang. Hg. v. Marckmann, G.. Stuttgart 2003, S.68

¹⁴Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.): *Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität*. Bd.1: Finanzierung und Nutzenorientierung. Baden Baden 2003, S. 32f. Zur Zeit der Abfassung dieser Arbeit ist der Beitragssatz bei 15,5% festgeschrieben (Stand: August 2011).

Doch es ist fraglich, ob das Gesundheitssystem überhaupt wesentliche Rationalisierungspotentiale aufweist. Denn schon bei den Verhandlungen über den gegenwärtigen Leistungskatalog¹⁵ der GKV wurden die Kosten einer Leistung bereits in Betracht gezogen und gegenüber dem Nutzen gewichtet. Wenn die Gesundheitsversorgung solidarisch finanziert wird, ist eine Rationierung von Leistungen unabdingbar. H. Tristram Engelhardt jr. bezeichnet diesen Sachverhalt pointiert als ein Glücksspiel: „Die vielen Unsicherheiten medizinischen Wissens und die hohen Kosten für medizinische Eingriffe laden dazu ein, mit menschlichem Leben und Leiden ein Glücksspiel zu betreiben. Solche Glücksspiele sind Teil des menschlichen Lebens. Man baut Brücken, Autos und Fabriken, die bis zu einem gewissen Grad, aber nicht vollkommen sicher sind. [...] Im Allgemeinen lehnen es die Leute ab, sich diesen Umstand einzugestehen. [...] Gerade bei der Gesundheit müssen jedoch solche Entscheidungen ständig getroffen werden.“¹⁶ Die solidarische Gesundheitsversorgung zielt im Prinzip immer schon auf angemessene Standards. Insofern ist der im Kontext der GKV oft genannte Satz: „Jedem nach seinem Bedarf“, nicht so zu verstehen, als ob jeder einen Anspruch auf alles hätte. Die GKV hat gegenüber ihren Mitgliedern die Verantwortung, die begrenzten Ressourcen effizient einzusetzen und somit die Ansprüche von vornherein zu beschränken. Mit der Neuverhandlung über Leistungen unter der Vorgabe, Ausgaben einzusparen, würden daher nicht nur marginale Leistungen mit fraglichem Zusatznutzen wegfallen, sondern notwendige Leistungen.

2.4 Die Notwendigkeit einer öffentlichen Diskussion über Rationierungsentscheidungen

Rationierung wird in Deutschland kaum diskutiert. Dafür lassen sich verschiedene einleuchtende Erklärungen finden. So ist es plausibel, dass, wie Weyma Lübke meint,¹⁷ die Tabuisierung der Rationierung auch damit zu tun hat, dass der Rationierungsbegriff hierzulande oft mit dem menschenverachtenden Denken und Handeln

¹⁵Einen positiv festgeschriebenen Katalog gibt es nicht. Der Begriff des Leistungskatalogs steht für alle Leistungen, die von der GKV übernommen werden.

¹⁶Engelhardt jr., T.H.: *Das Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Gerechtigkeit und Fairness bei der Verteilung medizinischer Leistungen: Frustrationen im Angesicht der Endlichkeit*. In: *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Hg. v. Marckmann, G.; Liening, P.; Wiesing, U.. Stuttgart 2003, S. 75f.

¹⁷Vgl. Lübke, W.: Sondervotum. In: Deutscher Ethikrat (Hg.): *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung*. Stellungnahme. Berlin 2011. S.101-103.

des Nationalsozialismus assoziiert wird: Rationierung erinnert an Selektion, „die Rampe in Auschwitz, das „Euthanasie“-Programm, das „lebensunwerte Leben“, das zu bewahren sich gesellschaftlich nicht mehr lohnt.“¹⁸ Diese Parallelisierung sei, so Lübke, jedoch unsachlich.¹⁹ Eine Rationierung steht nicht im Dienst einer „Rassenhygiene“. Es wird auch nicht beabsichtigt, die Arbeitsproduktivität oder Zeugungsfähigkeit zu steigern.

Dass Rationierung in den USA bereits seit Jahrzehnten ausführlich diskutiert wird, ist wohl kein Zufall: Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist in den USA weltweit am größten.²⁰ Dennoch sind ca. 46 Millionen US-amerikanische Bürger nicht krankenversichert, was zur Folge hat, dass dort jedes Jahr rund 45.000 unversicherte Erwachsene im erwerbsfähigen Alter aufgrund fehlender oder unzureichender medizinischer Behandlung sterben.²¹ Das deutsche Gesundheitswesen ist im Vergleich effektiver und effizienter: Obwohl die Ausgaben hierzulande geringer sind als in den USA (Deutschland belegt weltweit den dritten Platz), erhält jeder eine Versorgung auf hohem Niveau. Doch Knappheit und Kostendruck werden auch in Deutschland immer deutlicher spürbar.

In der Vergangenheit wurde die Knappheitsproblematik durch Kostendämpfungsmaßnahmen und steigende Beitragssätze verdeckt. Die Versicherten haben zwar den Anstieg des Beitragssatzes und die Eingriffe des Gesetzgebers wahrgenommen, aber die Notwendigkeit von Leistungskürzungen wurde nicht ausreichend transparent gemacht. Obwohl die Knappheitsproblematik immer offensichtlicher wird, bleibt die Rationierung ein Tabu. Die Effizienzsteigerung, so der Tenor vieler öffentlicher Äußerungen, dürfe nicht auf Kosten der Patienten gehen.²²

Dabei nimmt der Kostendruck im Gesundheitswesen zu. Die Ärzteverbände sehen es daher als Problem an, dass die Politik keine Entscheidungen trifft: „Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu Wartelisten,

¹⁸Lübke, a.a.O., S. 101.

¹⁹Vgl. Lübke, a.a.O., S. 102.

²⁰Quelle: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Health Data 2011. URL.: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Stand: 5.9.2011).

²¹Vgl. Wilper, A. P., et al.: Health Insurance and Mortality in US Adults. In: American Journal of Public Health 99 Nr.12 (2009).

²²So sagte der Minister Dr. Rösler in einem Interview im Deutschlandfunk am 5. Juni 2010: „Unser System muss effizienter werden. Sparen würde immer am Ende zu Leistungskürzungen führen, deswegen muss man da sehr vorsichtig sein, weil wir die Menschen nicht zusätzlich belasten sollen, sondern man muss dafür sorgen, dass das System so arbeiten kann, dass das Geld auch bei den Menschen tatsächlich ankommt.“ Das Interview kann auf der Internetseite des Deutschlandfunks nachgelesen werden.

URL.: http://www.dradio.de/dlf/sendungen/interview_dlf/1197309/ (Stand: 5.9.2011).

Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Ärzteschaft kann nur noch Sorge dafür tragen, die knappen Mittel möglichst effizient für die Patienten einzusetzen. Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung jedoch nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden.²³ Die Ärzte beklagen die Belastung des für den Heilerfolg äußerst wichtigen Arzt-Patient-Verhältnisses durch die Abwälzung des Kostendrucks auf ihre Schultern, wodurch auch das traditionelle Berufs-Ethos verletzt wird.

Der Druck, die knappen Mittel „möglichst effizient einzusetzen“, birgt die Gefahr, dass informelle und verdeckte Rationierungsentscheidungen zunehmen könnten. Verdeckte Einzelentscheidungen darüber, wer eine Behandlung erhält und wer nicht, sind jedoch in jedem Fall ungerecht. Für die Patienten sind sie weder vorhersehbar noch nachvollziehbar. Entgegen dem Grundsatz „audiatur et altera pars“ (Auch die andere Seite ist anzuhören.), haben die Patienten gar nicht erst die Möglichkeit, für ihre Belange zu streiten. Sie können sich gegen das Risiko, nicht behandelt zu werden, nicht einmal versichern. Es sind gesetzlose Einzelfallentscheidungen, daher sind sie willkürlich und haben stets die Ungleichbehandlung von Patienten zur Folge.

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass das Alter eines Patienten ein wirksamer Faktor bei informellen Rationierungsentscheidungen ist, „bis hin zum Vorenthalten adäquater Maßnahmen“.²⁴ Das medizinische Personal gibt unterschiedliche Begründungen für solche Entscheidungen an.²⁵ Die häufige Multimorbidität alter Menschen ist ein oft genannter Grund für eine verdeckte Altersrationierung, vor allem dann, wenn eine akute Erkrankung mit einer fortschreitenden degenerativen Grunderkrankung verbunden ist. In diesen Fällen wird eine willkürlich von außen abgewertete Lebensqualität (etwa die von Demenzerkrankten) gegenüber den Kosten einer Behandlung gewichtet. Eine andere Begründung bezieht sich nicht auf das biologische, sondern auf das chronologische Lebensalter. Eine Studie zitiert eine befragte Ärztin folgendermaßen: „Oft, wenn es halt wirklich fortgeschrittenes Alter ist, da sagt man, der hat halt sein Leben gehabt, so nach dem Motto.“²⁶ Es wird auf eine paterna-

²³Ulmer Papier – Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft. Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008. S.20.

URL.: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf> (Stand 5.9.2011).

²⁴Reiter-Theil, S.; Albisser Schlega, H.: *Alter Patient – (K)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten.* In: Notfall + Rettungsmagazin 3 (2007), S. 191.

²⁵Reiter-Theil, S.; Albisser Schlega, H.: „Alter“ und „Kosten“ - *Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden.* In: Ethik in der Medizin 2 (2007). S.108 f.

²⁶Zitat nach Reiter-Theil, S.; Albisser Schlega, H.: „Alter“ und „Kosten“ - *Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden.* In: Ethik in der Medizin 2 (2007), S. 110.

listische Art behauptet, dass jemand seinen gerechten Anteil an Lebenszeit gehabt hat. Dies ist jedoch keine objektive, sondern eine willkürliche Feststellung.²⁷

Gerade für verdeckte Rationierungsentscheidungen am Krankenbett ist das Alter ein wirksamer Faktor. Daher sollte man die Allokationsdiskussion besonders dann nicht tabuisieren, wenn man die altersabhängige Rationierung für ungerecht hält. Eine offene und umfassende Diskussion über mögliche Rationierungskriterien ist die Voraussetzung für Meinungsbildung und politische Entscheidungen. Wenn die Rationierungsdebatte jedoch tabuisiert wird und der Gesetzgeber keine Entscheidung trifft, wird der Druck auf Institutionen zunehmen, was der Gerechtigkeit nur schaden kann.

3. Norman Daniels' Theorie einer gerechten Gesundheitsversorgung

Norman Daniels versucht in einem ersten Schritt nachzuweisen, dass die Gesundheitsversorgung überhaupt eine moralische Bedeutung hat. Anschließend geht es ihm darum, auf der Grundlage einer Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung wichtige von weniger wichtigen Leistungen zu unterscheiden.

Die Gesundheitsversorgung soll einen Beitrag zur fairen Chancengleichheit leisten. Das normale Spektrum an Lebensmöglichkeiten soll möglichst nicht durch Krankheit eingeschränkt werden. Bezweckt eine medizinische Behandlung, den Umfang an Lebenschancen über das normale Maß zu erweitern, ist sie zu posteriorisieren.

3.1 Eine Grundlage von Daniels' Theorie: John Rawls' *Theorie der Gerechtigkeit*

Warum schulden wir einander ein solidarisches Gesundheitssystem? Diese Frage versucht Daniels zu beantworten, indem er die Gesundheitsversorgung mit anderen sozialen Grundgütern vergleicht. Dabei bezieht er sich auf die *Theorie der Gerechtigkeit* von John Rawls.²⁸

Rawls definiert Grundgüter als „Dinge, von denen man annehmen kann, daß sie jeder vernünftige Mensch haben will. Diese Güter sind gewöhnlich brauchbar, gleich-

²⁷ Siehe Kapitel 4.1: Gleiche Chancen auf das Erreichen eines durchschnittlichen Alters

²⁸ John Rawls *Theorie der Gerechtigkeit* ist sehr komplex und in einigen Punkten diskussionswürdig. Darauf kann und soll hier jedoch nicht eingegangen werden. Zur Annäherung an Daniels' Theorie der gerechten Gesundheitsversorgung muss der Versuch genügen, einige grundlegende Argumente von Rawls darzustellen.

gültig, was jemand für einen Lebensplan hat.“²⁹ Die willkürliche Fügung bewirkt eine Ungleichverteilung dieser Güter. Glückliche Menschen werden in eine reiche Familie hineingeboren oder verfügen über gefragte Talente. „Doch die Menschen brauchen sich diesen Zufällen nicht zu unterwerfen, das Gesellschaftssystem ist keine für Menschen unveränderliche Ordnung, sondern ein menschliches Handlungsmuster.“³⁰ Gerechte Institutionen sollen zwischen den Gewinnern und den Verlierern der sozialen und natürlichen Lotterien einen Ausgleich bewirken.

Rawls lehnt metaphysische Theorie als Grundlage für Gerechtigkeitsüberlegungen ab.³¹ Die Menschen kennen „keine vorgegebenen moralischen Bindungen aneinander.“³² Dennoch erkennt Rawls die unverletzlichen Menschenrechte an: „Jeder Mensch besitzt eine aus der Gerechtigkeit entspringende Unverletzlichkeit, die auch im Namen des Wohles der ganzen Gesellschaft nicht aufgehoben werden kann.“³³ Die Gerechtigkeit als „erste Tugend sozialer Institutionen“³⁴ ist kategorisch gültig. Rawls versucht, diese unbedingte Geltung vertragstheoretisch zu begründen.

In einem Gedankenexperiment stimmen die Mitglieder einer Gesellschaft gleichberechtigt darüber ab, nach welchen Grundsätzen ihr kooperatives Zusammenleben gestaltet werden sollte. Die hypothetischen Wähler sollen einander weder lieben noch hassen. Jeder Wähler soll sich aus vernünftigem Eigeninteresse heraus mit der Wahl einverstanden erklären können.

Grundsätzlich sind alle Wähler frei und gleich. Sie werden nicht durch ihre partikulären Interessen bestimmt, sondern durch das allgemeine Interesse, Lebenspläne umsetzen zu können und gegebenenfalls auch die Möglichkeit zu haben, sie zu revidieren. Parteilichkeit soll keine Entscheidungsgrundlage sein: „Der Urzustand ist so bestimmt, daß Einstimmigkeit möglich ist; die Überlegungen eines beliebigen Menschen gelten für alle.“³⁵ Daher befinden sich die Wähler hinter einem Schleier des Nichtwissens: Sie kennen ihre Position in der Gesellschaft nicht, wissen nicht, über welche Fähigkeiten sie verfügen, welche Ziele sie haben, welcher Generation sie angehören und ob sie risikobereit sind. Darüber hinaus wissen sie auch nicht, in welcher wirt-

²⁹Rawls, J.: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main 1975, S. 83.

³⁰Rawls, a.a.O., S. 123.

³¹Vgl. Rawls, a.a.O., S. 70.

³²Rawls, a.a.O., S. 151.

³³Rawls, a.a.O., S. 19.

³⁴Rawls, ebd.

³⁵Rawls, J.: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main 1975, S. 296.

schaftlichen oder politischen Lage sich ihre Gesellschaft befindet und wie ihre Kultur entwickelt ist.³⁶

Die entpartikularisierte Vernunft einer klugen Wahl hinter einem „Schleier des Nichtwissens“ lässt sich entscheidungstheoretisch durch die Maximin-Regel beschreiben. Man vergleicht die schlechtestmöglichen Ergebnisse aller möglichen Handlungen und entscheidet sich für diejenige, deren Folgen am wenigsten schlimm sind. Diese Entscheidungsregel ist nach Rawls in solchen Situationen vernünftig, die drei Eigenschaften erfüllen:³⁷ Erstens können die Risiken nicht abgeschätzt werden, zweitens ist der mögliche Gewinn nicht jedes Risiko wert und drittens hat man etwas zu verlieren. Da der hypothetische Wähler nicht wissen kann, in welcher Position er sich nach dem Lüften des Schleiers wiederfindet und bei der Wahl etwas sehr wichtiges zu verlieren hat, nämlich sein Lebensglück, entscheidet er sich dafür, die für ihn möglicherweise negativen Auswirkungen der Lotterie abzumildern. Er strebt jedoch nicht danach, sie völlig auszugleichen. Leistungsanreize durch höhere Einkommen sind wichtig für das kollektive Wohl. Allerdings sollte jeder, der über entsprechende Fähigkeiten verfügt, eine faire Chance darauf haben, eine begehrte Position oder ein hohes Amt einzunehmen. Privilegien sollten nur dann erlaubt sein, wenn sie auch den am schlechtesten Gestellten nutzen. Wem es am schlechtesten geht, lässt sich anhand des Vermögens und des Einkommens feststellen. Geringverdiener, Erwerbsgeminderte, Arbeitssuchende, arme Rentner und Kinder armer Eltern haben daher einen Anspruch auf Hilfe. Es widerspricht einer gerechten Gesellschaft, die Schwachen sich selbst zu überlassen. Der gerechte Sozialstaat muss die Menschen befähigen, selbstbestimmt leben zu können.

3.2 Die Gesundheitsversorgung ist kein Grundgut

Grundlegend ist Norman Daniels der Überzeugung, dass jeder Mensch ein fundamentales Interesse daran hat, seinen persönlichen Lebensplan verwirklichen zu können. Doch kranke und behinderte Menschen haben oft weniger Chancen, ihre Lebenspläne zu realisieren. Daniels sieht hier eine Lücke in Rawls Theorie. Rawls setze, so Daniels, voraus, dass alle Menschen gesund seien: „In effect, *there is no distribu-*

³⁶Vgl. Rawls, a.a.O., S. 159 ff.

³⁷Vgl. Rawls, a.a.O., S. 177 ff.

*tive theory for health care because no one is sick!*³⁸ Wäre es demnach nicht angebracht, die Gesundheit als ein Grundgut zu betrachten, welches „ein vernünftiger Mensch haben möchte, was auch immer er sonst noch haben möchte“?³⁹

Daniels erachtet es als problematisch, Gesundheit auf die Liste der Grundgüter zu setzen: „Rawls's second Principle of justice, which requires inequalities to work to the advantage of the worst-off (representative) individuals, would be to drain excessive resources into the satisfaction of the special needs of persons with extreme health care needs.“⁴⁰ Erstens ist umstritten, welchen Patienten es am schlechtesten geht, und zweitens hätte die Konzentration auf die kleine Gruppe derer, denen es am schlechtesten geht, zur Folge, dass viele andere vernachlässigt würden.

Es wird mitunter behauptet, es ginge denjenigen Patienten am schlechtesten, die sich in einem lebensbedrohlichen Zustand befinden. Priorisierte man dementsprechend die lebensverlängernden Maßnahmen, so würden immer bessere und aufwendigere Technologien in diesem Bereich entwickelt. Solange nicht alle Ressourcen verbraucht wären, ließe sich kein Ende des medizinisch-technischen Fortschritts absehen. Die absolute Priorisierung von sterbenskranken Patienten hätte dann zur Folge, dass es vielen anderen Patienten, die an einer nicht-tödlichen Krankheit leiden, schlechter ginge, weil sie unterversorgt würden. So könnte es sogar dazu kommen, dass einige Patienten erst aufgrund von einer Unterversorgung in einen lebensbedrohlichen Zustand kämen. Konzentrierte man die Ressourcen auf die Gruppe derjenigen Patienten, die ohne eine maximale Versorgung versterben würden, so resultierte daraus, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt verschlechterte.

Es stellt sich also die Frage, wie viele Ressourcen aufgewendet werden sollten, um die Lage der am schlechtesten gestellten Gruppe zu verbessern. Orientierte man sich vorrangig am Gleichheitsziel, so hätte dies zur Folge, dass sich der Gesamtertrag verringerte. Das hält auch Daniels für unplausibel. Wie schon Hartmut Kliemt, scheint es Norman Daniels abzulehnen, dem Gleichheitsziel einen höheren Stellenwert einzuräumen als der Gesundheit.⁴¹ Demnach sind Ungleichverteilungen auch dann gerechtfertigt, wenn sie nicht dazu dienen, die Lage der am schlechtesten gestellten

³⁸Daniels, N.: *Just Health Care*. Cambridge 1985, S. 43.

³⁹Rawls, J.: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main 1975, S. 113.

⁴⁰Daniels, N.: *Just Health Care*. Cambridge 1985, S. 44.

⁴¹Siehe Kap. 2.2: Das Dilemma der solidarische Gesundheitsversorgung.

Individuen zu verbessern. Das Problem der angemessenen Abwägung zwischen dem Gleichheitsziel und der Maximierung des Gesamtnutzens kann Daniels zwar nicht lösen, aber er versucht, eine Theorie zu entwickeln, die dabei helfen soll, in dieser Frage eine gewisse Orientierung zu gewinnen.

3.3 Die Gesundheitsversorgung im Dienste einer fairen Chancengleichheit

Der Zweck der öffentlichen Gesundheitsversorgung besteht nach Daniels Auffassung darin, dass sie einen Beitrag zur fairen Verteilung von Lebenschancen leistet. Daher soll das Gesundheitswesen zu denjenigen Institutionen gezählt werden, die für eine faire Chancengleichheit sorgen: „Because meeting health care needs has an important effect on the distribution of opportunity, the health care institutions are regulated by a fair equality of opportunity principle.“⁴²

Voraussetzung für eine normale Bandbreite an Lebensmöglichkeiten sei, so Daniels, eine normale arttypische Funktionsfähigkeit: „Our hypothesis, then, is that the needs which interest us are necessary to achieve or maintain species-typical normal functioning.“⁴³. Eine faire Gesundheitsversorgung sollte sich dementsprechend darauf konzentrieren, einen normalen Umfang an medizinischen Bedarfen (*needs*) zu decken.

Daniels fasst den Krankheitsbegriff primär in einem objektivistischen biomedizinischen Sinn auf. Krankheit ist demnach die Abweichung von einer normalen arttypischen Funktionsfähigkeit. Dennoch geht Daniels davon aus, dass der als „normal“ geltende Spielraum an Möglichkeiten auch von anderen Maßstäben definiert wird. Denn das, was als normal gilt, hängt auch von den grundsätzlichen Fähigkeiten und Talenten eines Individuums ab. Das Prinzip der fairen Chancengleichheit zielt nicht darauf ab, allen Menschen die gleichen Möglichkeiten zu gewährleisten. Es fordert lediglich, dass Menschen mit ähnlichen grundlegenden Fähigkeiten und Talenten gleiche Chancen haben.

Jemand, der beispielsweise von einer spektakulären Karriere als Wissenschaftler träumt, aber nicht über entsprechende Fähigkeiten verfügt, könnte das Bedürfnis entwickeln, seine Chancen durch einen neurotechnologischen Eingriff zu erhöhen, in

⁴²Daniels, N.: *Just Health Care*. Cambridge 1985, S. 45.

⁴³Daniels, a.a.O., S. 26.

der Hoffnung, dieser Eingriff perfektioniere seine kognitiven Fähigkeiten. Ein bescheidener Mensch dagegen braucht für sein Lebensglück keine hochkomplizierte Neurotechnologie. Es wäre jedoch ungerecht, einem Anspruchsvollen einen größeren Umfang an Leistungen zuzugestehen, bloß weil er nicht bescheiden ist. John Rawls ist daher der Überzeugung, dass ein Individuum verantwortlich für die Verhältnismäßigkeit seiner Lebenspläne ist.⁴⁴ Daniels geht dementsprechend davon aus, dass bei der Bestimmung des Umfangs der zu gewährleistenden Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden muss, welche Bedürfnisse den individuellen Fähigkeiten und Talenten angemessen sind. Dies ist jedoch, wie Daniels einräumt, ein ausgesprochen grobes Kriterium. Indem man auf die Angemessenheit einer Leistung in Bezug auf Fähigkeiten und Talente verweist, lässt sich lediglich rechtfertigen, warum ganz allgemein solche Leistungen nicht solidarisch finanziert werden sollten, die ausschließlich dazu dienen, persönliche Chancen über das eigentliche Maß hinaus zu vergrößern. Neuroenhancement, Doping-Mittel und Schönheitsoperationen sollten demnach nicht im Leistungskatalog enthalten sein.

Verstünde man die von Daniels geforderte Angemessenheit der Gesundheitsleistungen in Bezug auf die individuellen Fähigkeiten in einem konkreten Sinn, so hätte dies absurde Folgen. Frühzeitiger Haarausfall kann für einen jungen und sehr talentierten Schauspieler unter Umständen eine große Einschränkung seiner effektiven Chancen (*effective opportunity*) darstellen. Es würde die geschuldete Gerechtigkeit jedoch überstrapazieren, wenn die Behandlung von Haarausfall solidarisch finanziert würde, nur weil Kahlköpfigkeit einen negativen Einfluss auf eine konkret gewünschte Karriere hat: „we do not want to be in the business, I believe, of deciding who gets what medical services on the basis of occupation or other result of prior individual choices of a similar sort.“⁴⁵

Der Begriff der normalen arttypischen Funktionsfähigkeit hat auch eine soziale Dimension. Was als normal gilt, hängt immer auch von der gegebenen Gesellschaft und ihren spezifischen Anforderungen an den Einzelnen ab. In einer analphabetischen Gesellschaft stellt eine Dyslexie keine Beeinträchtigung der normalen Bandbreite an Lebensmöglichkeiten dar, in einer schriftlichen Gesellschaft hingegen wiegt diese Einschränkung schwer.⁴⁶ Die normale Funktionsfähigkeit kann außerdem nicht

⁴⁴Vgl. Rawls, J.: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main 1975, S. 113 u. S. 445 ff.

⁴⁵Daniels, N.: *Just Health Care*. Cambridge 1985, S. 35.

⁴⁶Vgl. Daniels, a.a.O., S. 34.

ohne einen Bezug zu den gegebenen medizinisch-technischen Möglichkeiten bestimmt werden.

Welches Maß an Gleichheit sollte also angestrebt werden? Die Antwort auf diese Frage hängt davon ab, was genau unter einer normalen arttypischen Funktionsfähigkeit zu verstehen ist. Daniels räumt ein, dass dieses Kriterium ein ziemlich grobes Maß darstellt, das lediglich zur Orientierung dienen kann.⁴⁷ Aus diesem Begriff allein lässt sich kein konkreter Leitungskatalog herleiten. Doch zumindest wird deutlich, dass Daniels ein eher hohes Leistungsniveau inauguriert. Denn die Gesundheitsversorgung soll möglichst verhindern, dass Menschen, die krank oder behindert sind, weniger Chancen haben, als sie ohne Beeinträchtigung hätten.

Offen bleibt allerdings, welchen Status rein lebensverlängernde oder palliative Maßnahmen haben, da sie nicht dem Erhalt oder der Wiederherstellung der normalen Bandbreite an Lebensmöglichkeiten dienen. Sie als niederrangig oder gar als der Solidarität unwürdig zu betrachten widerspricht jedoch der allgemeinen Überzeugung, dass die Sicherung des bloßen Überlebens und die Linderung von Leid von hohem Wert sein können.

4. Warum eine altersabhängige Rationierung gefordert wird

Rentner decken mit ihren Beiträgen weniger als die Hälfte ihrer Kosten.⁴⁸ Es hat daher zunächst vielleicht den Anschein, als ob die Erwachsenen mittleren Alters belastet und die Alten bevorzugt würden. Doch wenn man das Augenmerk auf die ganze Lebensspanne eines Versicherten richtet, sieht man, dass idealerweise eine Wechselseitigkeit herrscht. Um dies zu verdeutlichen, kann man sich die GKV nochmals als eine traditionelle Großfamilie vorstellen: Kinder, die elterliche Fürsorge erfahren, geben ihren Eltern zu einem viel späteren Zeitpunkt etwas zurück, wenn sie die alt gewordenen Eltern pflegen und unterstützen. Erwachsene, die ihren pflegebedürftigen Eltern helfen, erwarten wiederum, dass auch sie eines Tages von ihren Nachkommen unterstützt werden. Dieses wechselseitige Geben und Nehmen zwischen Altersgruppen ist auch ein essentieller Bestandteil der Sozialversicherung. Da der familiäre Zusammenhalt seit Anbeginn der Moderne immer lockerer wurde, gewährleistet der Sozialstaat diese ursprünglich innerfamiliären Aufgaben. In der Sozialver-

⁴⁷Vgl. Daniels, a.a.O., S. 35.

⁴⁸Quelle: Berié, H. et al.: Grundlohnentwicklung und Ausgaben in der GKV. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Institut für Wirtschaft und Soziales GmbH (WISO), Berlin 2002, 2003. S. 6f.

sicherung trägt die wechselseitige Solidarität zwischen den Altersgruppen den Namen „Generationenvertrag“. Für die Finanzierung sind vor allem die Erwerbstätigen mittleren Alters zuständig. Die Rentner zahlen weniger ein, als sie verbrauchen (im Fall der Rentenversicherung zahlen sie nichts ein). Doch die Erwerbstätigen mittleren Alters erhalten das, was sie geben, unter günstigen Umständen auch zurück. Denn sie waren einmal jung, und mit einiger Wahrscheinlichkeit werden sie auch alt. Dass sich das Verhältnis von Geben und Nehmen mit zunehmendem Alter verschiebt, ist also für eine solidarische Gemeinschaft ganz normal.

Allerdings wird das Verhältnis zwischen den Altersgruppen zunehmend unausgeglichener. Die demographische Entwicklung bedingt, dass die Gruppe der alten Menschen insgesamt zunehmend profitiert, während die Last der Jüngeren immer schwerer wiegt. In einem umlagefinanzierten System wie der GKV ist eine relativ konstante Altersstruktur der Bevölkerung eine grundlegende Bedingung dafür, dass zwischen den Altersgruppen keine Lastverschiebung stattfindet. Doch die Gesellschaft altert. Der Zugewinn an Lebenszeit und die Abnahme der Geburtenziffer bewirken, dass das Durchschnittsalter in Deutschland ansteigt. Dieses Phänomen wird als „doppelter Alterungsprozess“ bezeichnet. Auf 100 Personen zwischen 20 und 60 Jahren kommen momentan rund 40 ältere Personen. Die Gruppe der nominell Berufstätigen dominiert also momentan noch, doch aller Voraussicht nach werden in 50 Jahren andere Verhältnisse herrschen. Die Gruppe der über 60-Jährigen könnte sich verdoppelt haben. Zusammen mit den unter 20-Jährigen wird ihre Zahl die der potentiell Berufstätigen übertreffen.⁴⁹

Mit der Alterung der Gesellschaft verändert sich auch der Bedarf an bestimmten Gesundheitsleistungen.⁵⁰ Daraus resultiert, dass bei der Verteilung des Gesamtbetrags vornehmlich diejenigen Teilbereiche mit Mitteln ausgestattet werden, die vorrangig alten Menschen nutzen. Beispielsweise werden die Krankenhausfälle aufgrund des demographischen Wandels insgesamt steigen. Ein Großteil der Krankenhausbetten wird von alten Menschen belegt. Die so gebundenen Ressourcen stehen nicht für andere Bereiche zur Verfügung, die durchschnittlich öfter von Jüngeren genutzt werden.

⁴⁹Quelle: Statistisches Bundesamt (Hg.): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060*. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009. URL.: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf (Stand: 5.9.2011).

⁵⁰Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hg.): *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen*. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Berlin 2009. S. 76-97.

Da sich das Verhältnis von Geben und Nehmen zwischen den Altersgruppen immer einseitiger gestaltet, ist kaum verwunderlich, dass in der Öffentlichkeit immer wieder vereinzelte Stimmen laut werden, die eine altersabhängige Rationierung fordern.⁵¹ Mit zunehmend einseitiger Belastung der jüngeren Menschen könnte die Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung sinken. Es werden mitunter sogar Verteilungskämpfe für die nahe Zukunft prognostiziert.

4.1 Gleiche Chancen auf das Erreichen eines durchschnittlichen Alters

Nach der Theorie von Norman Daniels ist die Gesundheitsversorgung deshalb wichtig, weil sie einen Beitrag zur fairen Chancengleichheit leistet. Nach dem Prinzip der fairen Chancengleichheit könnte man argumentieren, dass alte Menschen unter Knappheitsbedingungen nicht mehr versorgt werden sollten, damit alle die gleiche Chance auf das Erreichen eines durchschnittlichen Alters haben.

Gegen dieses Argument ist jedoch einzuwenden, dass es keineswegs klar ist, ob das chronologische Alter Aufschluss darüber geben kann, wann ein Individuum sein gerechtes Maß an Chancen gehabt hat. Während einige Menschen in der glücklichen Lage sind, einer anständigen, erfüllenden Arbeit nachzugehen und ein zufriedenes Leben zu führen, haben andere nicht so viel Glück. Viele Menschen sehen den Ruhestand als einen Ausgleich für ein belastendes Berufsleben an. Erst der Ruhestand gibt ihnen die Gelegenheit, sich zu bilden, sich um die Familie zu kümmern oder einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachzugehen. Glückliche Menschen haben diese Freiheiten schon in jungen Jahren, doch viele andere erfahren sie erst spät im Leben.

Angenommen, ein 70-Jähriger und ein 65-Jähriger benötigten beide ein Transplantat, von dem nur eins verfügbar ist. Das Transplantat würde beiden Patienten noch fünf weitere Lebensjahre ermöglichen. Nach dem Argument der fairen Chancengleichheit sollte der jüngere Patient das Transplantat erhalten, denn dann würden beide Patienten etwa im gleichen Alter versterben und hätten demnach die gleichen Chancen auf das Erreichen eines durchschnittlichen Alters gehabt. Doch der 70-jährige Patient könnte nun einwenden, dass nicht einzusehen sei, warum er wegen dem geringen Altersunterschied von nur fünf Jahren sein Leben opfern solle. Wäre

⁵¹ Aufsehen erregte z.B. ein Interview mit P. Mißfelder im Tagesspiegel vom 03.08.2003: „Die Alten sollen sich stärker an dem beteiligen, was den Sozialstaat wirklich ausmacht: Nehmen und Geben! (...) Ich halte nichts davon, wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekommen.“ URL.:<http://www.tagesspiegel.de/politik/keine-hueftgelenke-fuer-die-ganz-alten/436080.html> (Stand: 5.9.2011)

der jüngere Patient erst 20 Jahre alt, so würde der Ältere vielleicht sogar freiwillig zurücktreten. Doch der geringe Unterschied zwischen einem 65-Jährigen und einem 70-Jährigen könne, so das Argument des Älteren, die enorme Ungleichbehandlung in keiner Weise rechtfertigen. Eine radikale Ungleichbehandlung aufgrund marginal ungleicher Lebenschancen wäre unangemessen und daher unfair.

Gestünde man als Befürworter der fairen Chancengleichheit zu, dass die Ungleichheit zwischen einem 65-Jährigen und einem 70-Jährigen disproportional zu einer Ungleichbehandlung ist, die über Leben und Tod entscheidet, so bliebe immer noch die Möglichkeit, ein gewichtetes Losverfahren vorzuschlagen, das die Chancen des Älteren proportional zum Altersunterschied verkleinert, ihn aber nicht jeder Chance beraubt. Je geringer der Altersunterschied wäre, desto symmetrischer wäre die Chancenverteilung. Klage der ältere Patient nun darüber, dass er 40 Jahre lang 50 Stunden in der Woche hart arbeiten musste, dass er seit gerade einmal fünf Jahren im Ruhestand wäre und dass er nun die freie Zeit dazu nutzen wolle, endlich seine Vorstellung eines anständigen Lebens zu verwirklichen, so sollte man nach dem Prinzip der fairen Chancengleichheit doch auch diese Umstände berücksichtigen. Würde man nun feststellen, dass der etwas jüngere Patient auf ein freieres und glücklicheres Leben zurückblickte, weil er einen besseren Job hatte, so müsste die Gewichtung des Loses wiederum zugunsten des Älteren verschoben werden. Um dies zu vermeiden, könnte der jüngere Patient behaupten, dass er zwar eine gute Arbeit hatte, aber aufgrund verborgener Umstände ein unfreies Leben führte und erst jetzt anfinge, das Leben als lebenswert zu betrachten. Im Endeffekt könnte die Situation damit enden, dass jeder versuchte, sein Leben so schlecht wie möglich aussehen zu lassen, um das Transplantat zu erhalten. Niemand könnte sagen, ob solche Behauptungen wahrhaftig wären oder nicht. Es ist also unklar, wie darüber entschieden werden könnte, dass eine Person ihren fairen Anteil an gerechten Chancen auf ein anständiges Leben gehabt hat.

Werden die singulären Umstände jedoch nicht berücksichtigt, sodass das Prinzip der fairen Chancengleichheit direkt und pauschal auf die Lebensjahre ausgeweitet wird, dann wird berechtigterweise der Vorwurf der Willkür laut. Denn die Ansicht, dass das Erreichen eines durchschnittlichen Lebensalters von vorrangiger Bedeutung für den Ertrag an Lebenschancen sei, ist einseitig und klischeehaft. Diese Ansicht engt das tatsächliche Spektrum an vernünftigen Lebensplänen auf Vorstellungen ein, die mittlerweile eindeutig überkommen sind. Viele Menschen sind im Alter noch sehr aktiv und messen diesem Lebensabschnitt einen hohen Wert bei. Das Alters-Bild eines

passiven, langweiligen und deprimierten Lebensabends sollte angesichts der gesellschaftlichen Realität aufgegeben werden.

Das Alter ist essentiell für den Gesamtertrag an Chancen auf ein anständiges Leben. Viele Menschen nehmen die Belastungen eines anstrengenden, monotonen und undankbaren Jobs nur aus dem Grund in Kauf, weil sie wissen, dass sie ihr Leben nicht ganz aus der Hand geben und wenigstens im Alter die Möglichkeit haben, ihre Vorstellungen eines zufriedenen Daseins zu verfolgen. Mit der Rentenreform im Jahr 1957 gab es in der Bundesrepublik erstmals einkommens- und beitragsbezogene Lohnersatzleistungen und die Renten stiegen. Das Kapitaldeckungsverfahren wurde durch die Umlagefinanzierung ersetzt und der Generationenvertrag wurde geschaffen. Zugleich wurde die medizinische Versorgung immer besser. Rente war nicht mehr an Verfall und Hinfälligkeit geknüpft. Die frühere „Invaliditäts- und Alterssicherung“ wurde zum „Ruhestand“ und versprach späte Freiheit. 1973 ging man mit 60 oder 63 Jahren in den Ruhestand. Auch Arbeiter konnten jetzt einen Lebensabend genießen, der noch ein Jahrhundert zuvor den oberen Schichten vorbehalten war. Menschen, die ihr Leben lang gearbeitet haben, bekamen das Recht auf einen Ausgleich. Die Chancen und Möglichkeiten im Alter wuchsen stetig. Auch der durchschnittliche Gesundheitszustand alter Menschen verbesserte sich. Doch die negativen Klischees vom Alter halten sich bis heute.

Daniels gründet seine Rechtfertigung der altersabhängigen Rationierung nicht direkt auf die Forderung nach einer fairen Chancengleichheit. Er versucht, die Altersrationierung zu rechtfertigen, ohne Klischees oder willkürliche Wertungen vorauszusetzen. Zu diesem Zweck greift er auf den hypothetischen Wähler hinter einem Schleier des Nichtwissens zurück. Der hypothetische Wähler soll als unparteiische Entscheidungsinstanz fungieren, die keinem Lebensmodell und keinem Lebensalter von vornherein den Vorzug gibt.

4.2 Die Lebenszeit-Perspektive

Schreibt man einer Gruppe von Menschen bestimmte Eigenschaften pauschal zu, dann hat man Vorurteile. Werden Personen aufgrund von Vorurteilen kategorisch benachteiligt, so ist dies diskriminierend. Alte Menschen werden oft zur Zielscheibe negativer Zuschreibungen. Nicht selten werden sie aufgrund dieser Vorurteile gegenüber Jüngeren benachteiligt. Alte Menschen gelten beispielsweise oft als unproduktiv. Daher haben sie bei gleicher Qualifikation durchschnittlich schlechtere Chancen auf

einen Arbeitsplatz als Jüngere. Es wurden einige Initiativen ergriffen, um diese Diskriminierung im Arbeitsmarkt zu bekämpfen. Altersdiskriminierung wird von der Mehrheit der Gesellschaft und vom Gesetzgeber abgelehnt.

Stellt man sich nun vor, dass die GKV lebensnotwendige, aber kostenintensive Behandlungen wie Bypass-Operationen oder Dialysetherapie ab einem bestimmten Lebensalter grundsätzlich nicht mehr übernehmen würde, so lässt sich prognostizieren, dass die Bürger aller Voraussicht nach nicht nur enttäuscht, sondern tief empört wären. Gerade dann, wenn es um so wichtige Belange wie die Gesundheitsversorgung geht, duldet die Gesellschaft keine Altersdiskriminierung.

Norman Daniels versucht darzulegen, warum der Diskriminierungsvorwurf gegenüber der Altersrationierung unbegründet ist. Wenn jeder alte Mensch benachteiligt würde, so Daniels, dann könnte man nicht von einer Ungleichbehandlung sprechen, weil die Menschen auf lange Sicht gar nicht ungleich behandelt würden: Jeder Einzelne, der alt ist, war einmal jung, und alle jungen Menschen altern (obschon nicht alle alt werden). Der Diskriminierungsvorwurf scheint haltlos zu werden, wenn man auch an die Vergangenheit und an die Zukunft denkt. So betrachtet haben alle benachteiligten alten Menschen ihre jüngeren Jahre und deren Vorteile bereits hinter sich. Und allen bevorzugten jüngeren Menschen steht noch eine ausgleichende Benachteiligung bevor. Die Ungleichheit scheint so gesehen nicht mehr ungerecht zu sein.

Ein ähnliches Argument rechtfertigt auch den Generationenvertrag. Beim Generationenvertrag geht es ebenfalls um einen zeitversetzten Ausgleich. Die Belastung der Menschen mittleren Alters wird dadurch ausgeglichen, dass sie zu einem anderen Zeitpunkt Unterstützung erhalten. Da der Mensch zumindest als Kind und als Greis auf Hilfe angewiesen ist, ist es für jeden Einzelnen gut, sich an dem zeitversetzten Geben und Nehmen zu beteiligen. Die Benachteiligungen werden durch die Vorteile aufgewogen.

Der Generationenvertrag rechtfertigt die Belastung der Menschen mittleren Alters also durch eine ausgleichende Entlastung im Alter. Daniels Vorschlag steht dem diametral entgegen: Die Benachteiligung der Alten soll durch die vorangegangene Bevorzugung der Menschen mittleren Alters gerechtfertigt werden. Beide Argumente blicken auf die ganze Lebenszeit und achten auf einen zeitversetzten Ausgleich. Doch es gibt einen wichtigen Unterschied: Finanzielle Belastungen können zu einem späteren Zeitpunkt ausgeglichen werden, aber die Gesundheit kann in vielen Fällen nicht wieder zurückgegeben werden, und das Leben, ist es einmal verloren, auch nicht. Erwägt man, dass eine Unterversorgung der Jungen dazu führen würde, dass eine ausgleichende Überversorgung im Alter oft gar nicht mehr möglich wäre, so wird

deutlich, dass das Kompensationsargument nicht jede beliebige Verteilung von Gesundheitsressourcen rechtfertigen kann.

Es gibt neben dem Kompensationsargument noch ein weiteres Argument dafür, bei der Frage nach der gerechten Ressourcenverteilung zwischen Altersgruppen auch die Vergangenheit und die Zukunft im Blick zu haben. Gemeinhin erwartet man, dass berufstätige Menschen, die es sich leisten können, einen Teil ihres Gehalts in Form von Rentenbeiträgen für ihr Alter sparen.⁵² Wer zeitlebens über Geld verfügte, aber nie welches in eine Rentenkasse einzahlte, hat auch keinen Anspruch auf eine Rente. Trägt jemand die alleinige Verantwortung für seine schlechte Lage im Alter, so hat dies nach allgemeiner Ansicht Auswirkungen auf seinen Anspruch auf solidarische Unterstützung. Die Zuschreibung von Verantwortung bedingt, dass man seinen Blick nicht auf einen Zeitpunkt richtet, sondern auf eine Zeitspanne.

Wenn man sein Augenmerk also auf die gesamte Lebenszeit richtet und voraussetzt, dass die Institutionen, die für die Verteilung zuständig sind, stabil bleiben, so ist die Lösung des Problems nach Daniels Überzeugung offensichtlich: Man sollte die verschiedenen Altersgruppen so betrachten, als handelte es sich um verschiedene Lebensabschnitte innerhalb eines Lebens. Eine Altersgruppe repräsentiert demnach den entsprechenden Lebensabschnitt eines Einzelnen. Das intergenerationelle Verteilungsproblem dreht sich dann um die Frage, wie man den eigenen Anteil an Ressourcen rationieren sollte. Man sollte das Problem demnach nicht als eine Frage zwischenmenschlicher Gerechtigkeit behandeln, sondern als eine Frage der bestmöglichen Lebensplanung.

4.3 Der Ansatz der klugen Lebensplanung

Norman Daniels ist der Überzeugung, dass Vorstellungen vom guten Leben keinen Anspruch auf allgemeine Anerkennung erheben können. Hierin folgt Daniels wiederum John Rawls und dessen liberaler Grundüberzeugung, nach welcher „eine Vielzahl von Einzelpersonen mit getrennten Zielsystemen eine wesentliche Eigenschaft menschlicher Gesellschaften ist.“⁵³

⁵²Ob eine Rentenversicherung kapitalgedeckt ist oder umlagefinanziert wird, spielt für dieses Argument keine entscheidende Rolle.

⁵³Rawls, J.: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main 1975, S. 47.

Wie würde eine Person ein individuelles Konzept für ihre Krankenversicherung entwerfen? Sie müsste zunächst einsehen, dass ihr nur eine bestimmte Menge an Ressourcen zur Verfügung stünde. Sie weiß, dass nicht jedes Bedürfnis befriedigt werden kann. Also muss sich diese Person fragen, welches Bedürfnis zu welchem Zeitpunkt gedeckt werden sollte. Wie viel sollte sie sparen, was sollte sie wann ausgeben? Die Wahl eines Versicherungskonzeptes wird wesentlich davon beeinflusst, welche Vorlieben und Lebensziele jemand hat, in welchem Lebensabschnitt man sich gerade befindet, wie es um die eigene Gesundheit steht, ob man einen pessimistischen oder optimistischen Charakter hat und ob man zu risikofreudigen oder risikoaversen Entscheidungen neigt. Allerdings können sich Vorlieben und Lebensziele mit der Zeit ändern. Handelte es sich um eine junge und optimistische Person, so würde sie vielleicht ein Versicherungspaket bevorzugen, das die Bedürfnisse im Alter vernachlässigt. Im Alter würde sich diese Person dann wohl wünschen, sie hätte in früheren Zeiten mehr gespart. Wer sich im Rausch der Jugend befindet, hält das Leben im Alter häufig für wenig lebenswert, oft zählen dann nur die Ziele, die man gerade vor Augen hat. Doch die Lebensziele werden sich im Laufe der Jahre mit großer Wahrscheinlichkeit verändern. Daher sollten aktuelle Lebensumstände und Präferenzen keine Rolle bei der Konzeption einer lebenslangen Gesundheitsversorgung spielen.

Wählte eine Person dagegen ein vernünftiges Versicherungspaket, so würde sie ihre Entscheidung auch später nicht bereuen. Eine solche vernünftige Wahl setzt voraus, dass man von seinem gegenwärtigen Standpunkt absieht und sich fragt, welche Verteilung fair gegenüber jedem Lebensabschnitt wäre. Am vernünftigsten wäre also eine Planung, mit der man zu jedem Zeitpunkt seines Lebens einverstanden sein könnte. Ein kluger Wähler muss berücksichtigen, dass sich die aktuellen Präferenzen und Lebensziele grundlegend verändern könnten. Er würde sich nicht selbst der Freiheit berauben, sein Leben auch anders ausrichten zu können, falls sich die Präferenzen oder die Lebensumstände verändern sollten. Daher würde er kein einseitiges Versicherungspaket wählen.

Indem Daniels diese Überlegungen als ein Modell für die Lösung des Problems der gerechten Ressourcenverteilung zwischen den Altersgruppen nimmt, gelangt er zu dem Ansatz der klugen Lebensplanung (*prudential life-span account*). Ein kluger Planer entscheidet so, dass Menschen jeden Alters diese Entscheidung akzeptabel finden könnten. Die Wahl würde jedem Einzelnen insgesamt die größte Chance auf ein anständiges Leben ermöglichen. Da über politische Regelungen entschieden wird, die gegenüber allen Bürgern gerecht sein sollen, definiert Daniels in Anlehnung an

Rawls einen Urzustand, in welchem eine hypothetische Wahl hinter einem Schleier des Nichtwissens getroffen wird, sodass partikuläre Interessen und persönliche Präferenzen keine Entscheidungsgrundlage bilden. Der hypothetische kluge Wähler weiß nicht, welche Position er einnehmen wird, wenn der Schleier fällt. Er kennt weder sein Alter, noch seinen Gesundheitszustand. Er weiß auch nicht, wie seine persönliche Konzeption des guten Lebens aussehen wird. Der Wähler fällt seine Entscheidung aus einem vernünftigen Egoismus heraus. Diejenige Entscheidung ist die klügste, die mit der größtmöglichen Wahrscheinlichkeit gewährleistet, dass der hypothetische Wähler einen normalen Umfang an Lebensmöglichkeiten hat, welches Alter er auch immer haben wird, wenn der Schleier fällt.

Eine vernünftige Überlegung in der Frage nach der Ressourcenverteilung auf die Lebenszeit hat demnach drei Merkmale: Erstens berücksichtigt sie die ganze Lebenszeit. Zweitens gibt sie keinem Lebensabschnitt den Vorzug. Drittens soll sie gewährleisten, dass zu jeder Lebenszeit ein normaler Umfang an Lebensmöglichkeiten gewährleistet wird. Betrachtet man diese drei Entscheidungsprinzipien, so wird ersichtlich, dass die Verteilung einzig und allein davon abhängt, ob man den verschiedenen Lebensabschnitten einen jeweils spezifischen Umfang an normalen Lebensmöglichkeiten zuordnet oder nicht.

Ist man der Ansicht, dass sich der Umfang der normalen Bandbreite an Lebensmöglichkeiten das ganze Leben lang nicht ändert, so müsste der kluge Entscheider jedem Lebensabschnitt die notwendige Menge an Ressourcen zuteilen, um eine normale Bandbreite an Möglichkeiten zu gewährleisten. Um dies tun zu können, müsste er wissen, wie hoch die Erkrankungswahrscheinlichkeit bezogen auf die Lebensabschnitte ungefähr ist. Wenn dementsprechend ein größerer Teil der Ressourcen für die letzten Lebensjahre gespart würde, erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, sehr alt zu werden. Allerdings stünden die fürs Alter gesparten Ressourcen nicht zur Verfügung, sollte man sie bereits in einem früheren Lebensabschnitt benötigen, was wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöhen würde, jung zu erkranken oder zu sterben.

Zu dieser Überlegung gibt Daniels eine vereinfachende Veranschaulichung: Entweder, man würde mit 100-prozentiger Wahrscheinlichkeit 75 Jahre alt, müsste dann aber sterben, oder man erreichte mit einer jeweils 50-prozentigen Wahrscheinlichkeit das 50. oder das 100. Lebensjahr.⁵⁴ Der Kluge müsste sich neutral verhalten. Denn die

⁵⁴Vgl. Daniels, N.: *Das Argument der Altersrationierung im Ansatz der klugen Lebensplanung*. In: *Gesundheitsversorgung im Alter*. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang. Hg. v. Marckmann, G. Stuttgart 2003. S. 153.

Gesamtsumme ist ein Gleiches, egal welche Option gewählt würde. Angenommen, man spielte ein Glücksspiel und die genannten Zahlenwerte stünden nicht für Wahrscheinlichkeiten und Lebensjahre, sondern für Wahrscheinlichkeiten und Gewinn. Wie sich der Spieler auch entscheiden würde: Keine der beiden Optionen wäre klüger als die andere. Die Entscheidung hinge lediglich von der Risikobereitschaft des Spielers ab.

Der hypothetische Wähler weiß nicht, wie alt er sein wird, wenn der Schleier fällt und er mit seiner Entscheidung leben muss. Wenn ihm das Leben im Alter als genauso wichtig und lebenswert erscheint, wie das Leben in mittleren Jahren, so könnte er sich für beide Möglichkeiten entscheiden: er könnte sich mit einem akzeptablen Ergebnis zufrieden geben (Altersrationierung) oder er könnte ein Risiko eingehen, um eventuell das bestmögliche Ergebnis zu erzielen, wobei dann auch die Gefahr bestünde, Pech zu haben (Rationierung per Losentscheid). Unklug wäre die Risiko-Option nur dann, wenn die Wahrscheinlichkeit des Verlustes höher ist als die des Gewinns.

Daniels ist der Ansicht, dass die persönliche Risikobereitschaft eines Wählers in dem Gedankenexperiment keine Rolle spielen sollte. Dennoch würde der kluge Wähler nach seiner Überzeugung die Altersrationierung gegenüber dem Losentscheid bevorzugen. Wie begründet Daniels diese Wahl? Ein Ausgangspunkt des Ansatzes der klugen Lebensplanung lautet: Eine kluge Wahl soll gewährleisten, dass zu jeder Lebenszeit ein normaler Umfang an Lebensmöglichkeiten gewährleistet wird. Würde für das Alter ein geringerer Umfang an Lebensmöglichkeiten als normal gelten, so müssten einem alten Menschen demnach auch weniger Chancen gewährleistet werden. Konkurrieren dann junge und alte Menschen um knappe Ressourcen, dann sollte bei den Alten gespart werden. Doch wie kommt Daniels zu der Auffassung, dass der normale Umfang an Lebensmöglichkeiten relativ zum Alter sei?

Daniels' Theorie einer gerechten Gesundheitsversorgung beschreibt den Begriff der normalen Lebensmöglichkeiten in Relation zu den persönlichen Fähigkeiten und Talenten. Darüber hinaus spielen auch die jeweilige Gesellschaft und die medizinischen Möglichkeiten eine Rolle.⁵⁵ Daniels' Rechtfertigung der Altersrationierung gründet nun darauf, dass er dem Begriff des normalen Umfangs an Lebenschancen noch eine weitere Dimension hinzufügt: Das Lebensalter. Man müsse, so Daniels, bedenken, „dass in den späten Lebensjahren, sagen wir ab 75 Jahren, mit wesentlich höherer

⁵⁵Siehe Kap. 3.3: Die Gesundheitsversorgung im Dienste einer fairen Chancengleichheit.

Wahrscheinlichkeit irgendwelche Formen von Beeinträchtigungen auftreten.“⁵⁶ Alte Menschen sind häufiger krank, daher wäre es unklug, „den zu erwartenden Ertrag später Lebensjahre genauso hoch zu bewerten wie den Ertrag von Jahren, die mit höherer Wahrscheinlichkeit frei von körperlichen und geistigen Gebrechen sind.“⁵⁷ Aufgrund der höheren Erkrankungswahrscheinlichkeit solle für alte Menschen, so Daniels, ein geringeres Spektrum von Möglichkeiten als normal gelten. Da nach Daniels Theorie das normale Maß darüber bestimmt, welchen Leistungsumfang ein Individuum für sich beanspruchen kann, wird das Alter zu einem bedeutsamen Faktor. Welche Hilfeleistungen einem Individuum geschuldet werden, hängt danach auch von dessen Lebensalter ab.

Der kluge Entscheider hinter dem Schleier des Nichtwissens kann zwar nicht ausschließen, dass er selbst einmal in eine Situation kommen könnte, in welcher er seine Entscheidung, den alten Menschen weniger zuzugestehen, bereute. Möglicherweise hat er erst im Alter anständige Lebenschancen. Dennoch ist Daniels der Auffassung, dass es unklug wäre, das Alter genauso hoch zu bewerten, wie die vorhergehenden Lebensjahre, weil solche Lebensläufe eher untypisch seien. Kluge Planer würden dies berücksichtigen, „daher würden sie es als wahrscheinlicher einschätzen, dass sie typische Pläne anstatt Pläne hinsichtlich eines goldenen Alters verfolgen.“⁵⁸

5. Kritik an der Behauptung eines altersabhängigen Möglichkeitenspektrums

Die Behauptung, das Spektrum an Lebensmöglichkeiten nähme im Alter ab, stellt keine unparteiliche und objektive Feststellung dar. Erstens lässt sich einwenden, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeit im Alter keine feststehende Größe ist. Zweitens kann eingewendet werden, dass – selbst wenn Alte in einer Gesellschaft tatsächlich weniger Lebenschancen hätten – sie keineswegs akzeptieren müssten, einen geringeren Umfang an Lebensmöglichkeiten zu haben. Die Gesellschaft kann und sollte sich auf kranke und alte Menschen einstellen.

In einigen Gesellschaften gilt auch heutzutage noch, dass Frauen einen geringeren Umfang an Lebensmöglichkeiten haben als Männer. Dies ist jedoch nicht „normal“,

⁵⁶Daniels, N.: *Das Argument der Altersrationierung im Ansatz der klugen Lebensplanung*. In: *Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang*. Hg. v. Marckmann, G. Stuttgart 2003. S. 155

⁵⁷Daniels, a.a.O., S. 155

⁵⁸Daniels, a.a.O., S. 156

sondern ungerecht. Wenn arme Männer mehr Transferleistungen erhalten würden als arme Frauen, so könnte dies nicht durch die Behauptung gerechtfertigt werden, dass der typische Umfang an Lebensmöglichkeiten geschlechtsspezifisch sei.

5.1 Alter und Lebenspläne

Die Chancen alter Menschen hängen auch von der Gesellschaft und den jeweiligen Bildern des Alters ab. Wie eine Gesellschaft mit alten Menschen umgeht, ist jedoch veränderbar. Alte Menschen müssen sich daher keineswegs damit abfinden, wenn behauptet wird, dass es normal sei, wenn sie weniger Lebensmöglichkeiten haben.

Norman Daniels vertritt die Auffassung, dass man in den jungen und mittleren Jahren normalerweise wichtigeren Aufgaben nachginge als im Alter: „it is easy to observe that lives have phases in which different general tasks are central: nurturing and training in childhood and youth, pursuit of career and family in adult years, and the completion of life projects in later years.“⁵⁹ Diese Ansicht verleitet Daniels zu der Aussage, das Alter sei auch unter glücklichen Umständen typischerweise nicht mehr als „nur das Sahnehäubchen auf dem Rest des Lebens.“⁶⁰

Beschreibt man das Alter als einen Lebensabschnitt, der durch Unproduktivität geprägt ist, so hat man Vorurteile. Stereotype Alters-Bilder sind weit verbreitet und haben eine sehr lange Geschichte. Die eigentlich schon überkommenen Klischees des stetigen Abbaus körperlicher und geistiger Fähigkeiten, der Lebensunlust, des Starrsinns und der Kraftlosigkeit werden vor dem Hintergrund der Herausforderungen des demographischen Wandels wieder aktuell. Slogans wie „Dramatische Vergreisung der Gesellschaft“ (Spiegel online vom 19.03.2008) und Schlagwörter wie „sozialverträgliches Frühableben“ (Unwort des Jahres 1998) konstruieren begriffliche Zusammenhänge zwischen 'alt', 'krank' und 'kostenintensiv'. Solche Darstellungen verfestigen das Klischee der kranken und unproduktiven Alten, deren Existenz die Jüngeren belastet.

Die pauschalen Verurteilungen treffen alle, die eine bestimmte kalendarische Altersgrenze überschreiten. Auf ein Individuum bezogen ist das kalendarische Alter jedoch nicht aussagekräftig. Gerade im Alter weisen die Menschen große individuelle Diffe-

⁵⁹Daniels, N.: *Just Health Care*. Cambridge 1985, S. 104.

⁶⁰Daniels, N.: *Das Argument der Altersrationierung im Ansatz der klugen Lebensplanung*. In: *Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang*. Hg. v. Marckmann, G.. Stuttgart 2003. S. 156.

renzen auf, so dass es fraglich ist, wann jemand überhaupt als alt gelten kann. Üblicherweise lässt man das Alter mit dem Ruhestand beginnen, also ungefähr mit 65 Jahren. Dies ist jedoch eine Bestimmung, die nichts zum Verständnis über das Alt-Sein beiträgt. Man lässt das Alter mit dem Ruhestand beginnen und begründet diesen dann in zirkulärer Weise durch das Alter: Ein Mensch ist alt, weil er in den Ruhestand geht, und er geht in den Ruhestand, weil er alt ist.

Doch mit dem Eintritt in ein bestimmtes Lebensjahr wird man nicht automatisch schwach, unflexibel, immobil oder zerstreut, sodass jeder, der dieses Alter erreicht, in den Ruhestand treten müsste. Aktivität und Alter schließen sich keineswegs gegenseitig aus. Einige Schriftsteller, Maler und Komponisten schufen ihre bedeutsamsten Werke im Alter. Seit jeher werden viele wichtige Positionen und Ämter vorrangig von Alten besetzt. Schon Platon forderte für hohe Ämter ein Mindestalter von 50 Jahren, da man erst im hohen Alter über genügend Einsicht verfüge.⁶¹

Gerade in Zeiten des demographischen Wandels wandelt sich auch das „normale“ Verhalten alter Menschen. Diese Wandlungen sind notwendig und auch politisch gewollt. Alte Menschen werden zukünftig länger arbeiten. Die Rente mit 67 stärkt die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung und leistet einen Beitrag zur Generationengerechtigkeit: „Die Folgen der demografischen Entwicklung sind gerecht auf alle Generationen zu verteilen. Die Anhebung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung auf 67 Jahre leistet hierfür einen wichtigen Beitrag.“⁶²

Völlig gradlinige Lebensläufe, die sich streng an die Reihenfolge 'Bildung-Arbeit-Ruhestand' halten, werden immer seltener. Karrierebrüche und Neuorientierungen werden zur Normalität. Das betrifft auch alte Menschen. Die Maßnahmen der Arbeitsförderung nach SGB III – darunter fallen Arbeitsgelegenheiten, Eingliederungszuschüsse, Beschäftigungszuschüsse oder Förderungen von Selbständigkeit – wurden in den letzten Jahren zunehmend von älterer Teilnehmern genutzt. Die Initiative 50Plus fördert gezielt die Weiterbildung Älterer. Das Stichwort lautet „lebenslanges Lernen“. Alte Menschen sind keineswegs unflexibel. Sie nutzen neue Chancen. Gesundheitliche Aufklärung und Präventionsmaßnahmen sollen bewirken, dass die Arbeitsfähigkeit immer länger erhalten bleibt. Daher werden die Bürger dazu aufge-

⁶¹Vgl. Platon: Gesetze (Nomoi). Buch II. Darmstadt 1990, 653a.

⁶²Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.): *Aufbruch in die altersgerechte Arbeitswelt*. Bericht der Bundesregierung gemäß § 154 Abs. 4 des 6. Buches Sozialgesetzbuch zur Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre. Berlin 2010, S.28.

fordert, kontinuierlich am Erhalt ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit und ihrer Gesundheit zu arbeiten.

Auch wenn ein alter Mensch nicht mehr in der Lage oder willens ist, seiner früheren Lohnarbeit nachzugehen, so kann man deswegen noch nicht behaupten, dass er unproduktiv und passiv sei. Viele alte Menschen sind aktiv, machen sich nützlich und finden in neuen Tätigkeiten Erfüllung und Zufriedenheit, zum Beispiel in der Betreuung und Erziehung von Enkeln. Da die Großeltern heutzutage durchschnittlich aktiver und gesünder sind als früher, nimmt die Großelternrolle einen immer größeren Stellenwert ein.

Das Alter stellt in vielen Lebensentwürfen einen eigenen Lebensabschnitt dar, dessen Vorzüge genauso charakteristisch und wertvoll sind, wie die der Jugend oder des Erwachsenenalters. Es ist mittlerweile längst kein Randphänomen mehr, wenn Alte neue Lebenschancen ergreifen. Daher hat sich die Rede vom „dritten Alter“ und vom „vierten Alter“ etabliert. Menschen im dritten Alter sind auch dann, wenn sie in Rente sind, keineswegs passiv, sondern sie bilden sich, engagieren sich ehrenamtlich, kümmern sich um die Familie und helfen aus, wenn sie gebraucht werden. Norman Daniels' Ansicht, das Alter diene hauptsächlich dazu, Lebensprojekte zu komplettieren, und sei daher von nachrangiger Bedeutung, wird angesichts dieser gesellschaftlichen Umwandlungen fragwürdig.

5.2 Krankheit und Behinderung im Alter

Das Chancenspektrum eines Menschen kann durch körperliche oder geistige Beeinträchtigungen stark eingeschränkt werden. Ein kluger Planer würde sich nach Daniels' Ansicht dafür entscheiden, dem Lebensabschnitt des Alters weniger Ressourcen zuzuteilen, weil er berücksichtigen müsse, dass alte Menschen für gewöhnlich häufiger krank oder behindert sind, sodass es unklug wäre, diesen Lebensabschnitt für genauso wichtig wie die früheren Lebensjahre zu halten.

Norman Daniels verkennt, dass das Alter auch dann reich an Möglichkeiten ist und eine bedeutende Rolle spielt, wenn mit krankheitsbedingten Einschränkungen gelebt werden muss. Dank einer zunehmend offenen Gesellschaft und des medizinischen Fortschritts bietet das Leben auch dann Chancen auf Erfolg und Glück, wenn man körperlich oder geistig nicht dem Durchschnitt entspricht. Beispielsweise soll durch barrierefreie Arbeitsplätze und eine bevorzugte Einstellung von behinderten Menschen bei gleicher Qualifikation bewirkt werden, dass Behinderte möglichst gleiche

Chancen haben. Auch schon die als selbstverständlich geltende Regelung, dass der Lohn beim krankheitsbedingten Arbeitsausfall fortgezahlt wird, erhöht die Lebenschancen von Kranken. Ob Krankheit und Behinderung die Lebensmöglichkeiten einschränkt oder nicht, ist auch eine Frage der Gesellschaft. Gesellschaftliche Regelungen sind wandelbar. Man sollte nicht danach fragen, wie ein Wähler, der aus vernünftigem Egoismus heraus entscheidet, einer Ausgrenzung von Behinderten und Kranken am klügsten begegnen kann, sondern man sollte überlegen, wie die Gesellschaft offener gestaltet werden könnte.

Ein anderer Punkt, den Daniels außer Acht lässt, ist, dass der durchschnittliche Gesundheitszustand alter Menschen keine unveränderliche Größe darstellt. Entgegen allen gängigen Klischees haben Krankheit und Behinderung im Alter in den letzten Jahren abgenommen. Die bei guter Gesundheit verbrachte Lebenszeit jenseits des 65. Lebensjahres ist allein in der Dekade der 1990er Jahre durchschnittlich um zweieinhalb beziehungsweise eineinhalb Jahre (bei Männern) gestiegen.⁶³

Über die zukünftige Entwicklung des durchschnittlichen Gesundheitszustands im Alter gibt es zwei grundsätzlich verschiedene Auffassungen. Die eine Einschätzung besagt, dass die Morbidität im Alter dank einer leistungsfähigeren Medizin nur geringfügig oder gar nicht zunimmt.⁶⁴ Die gewonnenen Lebensjahre sind demnach hauptsächlich gesund verbrachte Lebensjahre. Andere gehen davon aus, dass die Morbidität zunimmt und Leistungen länger in Anspruch genommen werden.⁶⁵ In diesem Fall würde das steigende Alter unwiderruflich zu immer höher steigenden Ausgaben der GKV führen.

Sind die gewonnenen Jahre also ein „Trojanisches Pferd“? Nun gibt es eindeutig Krankheiten, die alterstypisch sind. An erster Stelle stehen die Arteriosklerose und ihre Folgen wie koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und der Schlaganfall. Es folgen Krankheiten des Bewegungsapparates, Tumorerkrankungen und Demenz.

In einigen Fällen kann die Anzahl der Neuerkrankungen gesenkt werden.⁶⁶ Die Herzinfarkt-Letalität sinkt beispielsweise jährlich. Das liegt vor allem daran, dass es weniger Herzinfarkte gibt, was der Prävention und dem geänderten Lebenswandel zu

⁶³Vgl. Kocka, J. et al. (Hg.): Gewonnene Jahre. Empfehlungen der Akademiengruppe Altern in Deutschland. Stuttgart 2009, S. 81 ff.

⁶⁴Vgl. Fries J.F.: *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. In: The New England Journal of Medicine 303 (1980) S. 130-135.

⁶⁵Vgl. Gruenberg, E. M.: *The failures of success*. In: Milbank Memorial Fund Quaterly. Health and Society 55 (1977) S. 3 – 24.

⁶⁶Vgl. Kocka, J. et al. (Hg.): Gewonnene Jahre. Empfehlungen der Akademiengruppe Altern in Deutschland. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2009, S.81.

verdanken ist. Auch der tödliche Ausgang eines Infarkts wird dank des medizinischen Fortschritts seltener. Die Verbreitungen von Krankheiten des Bewegungsapparates, von Lungen- und Dickdarmkrebs und von Arteriosklerose lassen sich ebenfalls durch Umstellungen des Lebenswandels eindämmen. Andere Arten von Krebserkrankungen lassen sich durch Maßnahmen der Früherkennung heutzutage besser behandeln als früher. Es gibt also gute Gründe, auf die Möglichkeit einer zunehmend komprimierten Morbidität im Alter zu hoffen.

Das hohe Alter muss also keinesfalls ein „Danaergeschenk“ sein. Letztendlich kann diese Frage jedoch noch nicht eindeutig entschieden werden. Einige aktuelle Studien sprechen eher für die Richtigkeit der Kompressionsthese.⁶⁷ Andere dagegen versuchen zu zeigen, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeit im Alter deutlich steigt.⁶⁸ Vieles spricht jedenfalls dafür, dass eine Kompression der Mortalität im Alter zumindest möglich ist. Dies hängt stark davon ab, ob genügend Menschen ihren Lebenswandel ändern.

5.3 Rationierung im Kontext stereotyper Alters-Bilder

Der demographische Wandel ist ein überaus populäres Thema. Die Medien berichten häufig über die Gefahren und Herausforderungen der alternden Gesellschaft. Allerdings berichten sie oft auf eine sehr schrille Art, die allein schon durch die gewählten Begriffe diskriminierend, aber leider auch verkaufsfördernd ist. Allerorten wird von der „Überalterung“ gesprochen. Solche Begriffe drücken ein Zuviel-des-Guten aus. Es wird hierzulande wohl wenige alte Menschen geben, die davon nicht berührt oder beeinflusst werden.

Wenn Menschen auf eine bestimmte Weise klassifiziert werden, gleichen sie sich tendenziell ihrer Beschreibung an. Für dieses Phänomen bieten alte Menschen ein gutes Beispiel. Wenn ein Individuum in die Schublade 'alter Mensch' gesteckt wird, wächst er oft in die an ihn herangetragene Rolle hinein. Die Klassifikation 'alt' wird gemeinhin mit bestimmten Beschreibungen verbunden. Diesen Alters-Bildern passt sich der Einzelne in einem gewissen Maß an, ob er sich dessen bewusst ist oder

⁶⁷Vgl. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Berlin 2009.

⁶⁸Vgl. Zweifel, P. et al.: *Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the „Red Herring“*. Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice 29 (2004) S. 652–666.

nicht. Simone de Beauvoir beschreibt dieses Phänomen als eine Art Spiegelungseffekt. Der Einzelne nimmt das Alter primär nicht selbst *an sich* wahr, sondern übernimmt die Bilder *für sich*: „Der gealterte Mensch fühlt sich alt auf Grund der anderen, ohne eine entscheidende Veränderung erfahren zu haben“.⁶⁹ Die Rolle des alten Menschen wird vor allem von außen an das Subjekt herangetragen. Vermittelt wird die Rolle durch die Spiegelung des Individuums in den Augen der anderen, durch die sich äußernde Erwartungshaltung gegenüber den Alten. Man erwartet, dass sich ein alter Mensch auf eine bestimmte Art verhalten muss, um altersgemäß zu sein und dem Bild zu entsprechen. Die Alters-Bilder decken sich nicht mit der Innenperspektive: „Das Alter ist etwas, das jenseits meines Lebens liegt, etwas, wovon ich keine innere Gesamterfahrung haben kann.“⁷⁰ In Anlehnung an Jean-Paul Sartre beschreibt de Beauvoir das Alter als *unrealisierbare* Kategorie. Das Dasein als Objekt in der Welt entspricht nicht dem subjektiven Erleben. Der alte Mensch kann sich also letztlich nicht ganz und gar mit seiner Rolle identifizieren.

Der Spiegelungseffekt ist nicht einseitig. Alte Menschen übernehmen nicht einfach nur ihre Rolle, sie modifizieren sie auch. Indem sie Eigenarten in die Rolle einbringen, wird die Beschreibung des Alters verändert. Insofern handelt es sich um einen wechselseitigen Rückkopplungseffekt. Zwischen den beschreibenden Alters-Bildern und den durch sie beschriebenen Menschen entsteht eine dialektische Struktur. Alters-Bilder sind also keineswegs starr. Sie unterliegen einem ständigen Wandel. Alte Menschen sind heutzutage aktiver und gesünder denn je. Diese Eigenart prägt auch die gängigen Rollenbilder. Dennoch werden Beschreibungen des Alters immer noch durch ein Vokabular des Verfalls und der Passivität dominiert.

Der reale Status alter Menschen in der Gesellschaft drückt sich nicht in Beschreibungen und Bildern aus, sondern muss sich an der Lebenssituation und dem tätigen Umgang mit alten Menschen bemessen lassen. Alters-Bilder und die tatsächlichen Umgangsformen mit alten Menschen sprechen oft nicht die gleiche Sprache. So ist das alte, aber auch heute noch gängige Bild des leidenschaftslosen, altruistischen, freiwillig verzichtenden und zurückgezogenen Alten weit verbreitet. Hinter diesem idealisierten Bild der Alters-Würde verbirgt sich die Hoffnung darauf, dass Alte ihre Bürden klaglos hinnehmen, anstatt Rechte einzufordern.

Wenn man von alten Menschen fordert, eine altersabhängige Rationierung zu akzeptieren, weil sie vernünftig sei, so formuliert man dieses Bild des anspruchlosen Alten

⁶⁹de Beauvoir, S.: Das Alter. Hamburg 2004, S. 374.

⁷⁰de Beauvoir, S.: Das Alter. Hamburg 2004, S. 374.

auf eine neue, aber doch wiedererkennbare Weise. Viele alte Menschen übernehmen dieses Rollenbild für sich. Aber dennoch wird dieses Bild zunehmend modifiziert. Alte Menschen sind nicht anspruchslos und dem Leben entrückt. Sie haben Leidenschaften, folgen eigenen Interessen und nehmen am Leben teil. Die Gesellschaft sollte dies anerkennen.

Durch die tägliche Konfrontation mit einer „alternden Gesellschaft“ wird zumindest ein Schweigen gebrochen, das über lange Zeit Vorurteilen und diffusen Ängsten gegenüber dem Alter Vorschub geleistet hat. Das Thema 'Alter' wurde lange kaum beachtet. Die Aufgabe der Debatten sollte es nun sein, die Vorurteile und Ängste abzubauen, anstatt sie noch zu verstärken. Der demographische Wandel könnte dann zum Katalysator für eine tiefgreifende Auseinandersetzung darüber werden, was wir uns letztlich selbst Wert sind. Mit dem neuen Stellenwert des Alters im öffentlichen Bewusstsein erwächst die Chance auf ein vorurteilsfreies und aufgeklärtes Verhältnis zum Alter. Vielleicht – das bleibt zu hoffen – folgen einem so geschaffenen Bewusstsein entsprechende Taten, so dass alte Menschen tatsächlich in der Mitte unserer Gesellschaft ankommen.

Der sachliche Gehalt der Diskussionen um den demographischen Wandel ist – im Gegensatz zu den blendenden Überzeichnungen ihrer Darstellung – für unsere Gesellschaft sehr wichtig. Es ist nicht zu leugnen, dass der demographische Wandel angesichts der gesellschaftlichen Ordnung Probleme mit sich bringt und zum Handeln drängt. Der Wandel bedingt einen Paradigmenwechsel. Gesellschaft, Politik und Wirtschaft müssen auf die demographischen Veränderungen reagieren.⁷¹ Im Mittelpunkt stehen dabei die Fragen nach den Auswirkungen des demographischen Wandels auf das Rentensystem und auf das Gesundheitssystem.

6. Die Ausgrenzung alter Menschen ist nicht gerechtfertigt

Für die Zukunft der GKV ist es notwendig, Ausgaben einzusparen. Daniels versucht nachzuweisen, dass Sparen dann gerecht ist, wenn man klug spart. Kluges Sparen besteht nach Daniels Überzeugung darin, den Totalgehalt des Wohlergehens zu maximieren. Ein kluger Lebensplaner würde, so Daniels, an der Versorgung im Alter sparen, da dies die Chance darauf, ein anständiges Leben zu führen, am wenigsten

⁷¹Die Akademiengruppe „Altern in Deutschland“ bemerkt dazu: „Überraschenderweise könnte eine „alternde Gesellschaft“ deshalb dynamischer als eine junge sein.“ Kocka, J. et al. (Hg.): Gewonnene Jahre. Empfehlungen der Akademiengruppe Altern in Deutschland. Stuttgart 2009, Bd. 9, S.17.

verringere. Es kann jedoch bezweifelt werden, dass dies eine treffende und unparteiliche Behauptung ist.

Geht man jedoch davon aus, dass kluge Planer vernünftigerweise auch andere Versorgungsmodelle wählen könnten und die Altersrationierung demnach nicht im Interesse jedes Einzelnen liegen würde, so stellt sich die Frage, „ob Nachteile, die einigen auferlegt werden, durch eine größere Summe von Vorteilen anderer aufgewogen werden können, oder ob vielmehr die Gerechtigkeit gleiche Freiheit für jeden fordert und nur solche wirtschaftlichen und sozialen Ungleichheiten zulässt, die in jedermanns Interesse liegen.“⁷² In einem Rechtsstaat jedenfalls wird die Diskriminierung einer Minderheit nicht geduldet, auch dann nicht, wenn sie der Gesellschaft insgesamt nützen würde.

Selbst wenn sich herausstellen sollte, dass der Ausschluss von notwendigen Leistungen trotz aller Anstrengungen tatsächlich unumgänglich ist, sollte das Alter nicht als grundlegendes Kriterium für Rationierungsentscheidungen fungieren. Die Einführung der Altersrationierung stünde im Widerspruch zu den Werten der Freiheit und Gleichheit. Der soziale Rechtsstaat sichert jedem Bürger die Möglichkeit zur gesellschaftlichen und politischen Partizipation, ohne Ansehen seiner Ethnie, seines Geschlechts oder seines Alters. Einer Gesellschaft freier und gleicher Bürger darf man nicht Ausgrenzung und Diskriminierung alter Menschen vorwerfen können. Eine Privatisierung der Gesundheitsversorgung für alte Menschen würde der gesellschaftlichen und politischen Orientierung an Freiheit und Gleichheit entgegenstehen.

Gerade ältere Menschen, die an chronischer Krankheit leiden oder mit einer Behinderung leben, verfügen oft nicht über genügend Kaufkraft, um sich auf einem freien Gesundheitsmarkt selbst zu versorgen. Nicht selten mangelt es sehr alten Menschen auch an Durchsetzungskraft gegenüber profitorientierten Anbietern. Viele alte Menschen könnten sich angesichts eines Ausschlusses aus der GKV wohl nicht mehr selbst helfen. Daher kann das Subsidiaritätsprinzip gerade auf alte Menschen, die krank sind, nicht angewendet werden.

⁷²Rawls, John: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main 1975, S. 52.

7. Literatur

de Beauvoir, S.: Das Alter. Hamburg 2004.

Berié, H.; Fink, U.: Grundlohnentwicklung und Ausgaben in der GKV. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Institut für Wirtschaft und Soziales GmbH (WISO). Berlin 2002/2003.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.): Aufbruch in die altersgerechte Arbeitswelt. Bericht der Bundesregierung gemäß § 154 Abs. 4 des 6. Buches Sozialgesetzbuch zur Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre. Berlin 2010. URL.: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/anlagebericht-der-bundesregierung-anhebung-regelaltersgrenze.pdf;jsessionid=6E8C422D9314C476C149F3189AC2D1CA?__blob=publicationFile (Stand: 5.9.2011).

Daniels, N.: Just Health Care. Cambridge 1985.

Daniels, N.: Das Argument der Altersrationierung im Ansatz der klugen Lebensplanung. In: Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang. Hg. v. Marckmann, G.. Stuttgart 2003.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hg.): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Berlin 2009.

Engelhardt jr., H. T.: Das Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Gerechtigkeit und Fairness bei der Verteilung medizinischer Leistungen: Frustrationen im Angesicht der Endlichkeit. In: Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Hg. v. Marckmann, G.; Liening, P.; Wiesing, U.. Stuttgart 2003.

Fries, J. F.: Aging, natural death, and the compression of morbidity. In: The New England Journal of Medicine 303 (1980) S. 130 – 135.

Gruenberg, E. M.: The failures of success. In: Milbank Memorial Fund Quaterly. Health and Society 55 (1977) S. 3 – 24.

Hume, D.: Eine Untersuchung über die Prinzipien der Moral. Stuttgart 1996.

Kliemt, H.: Solidarität in Freiheit. Von einem liberalen Standpunkt. Freiburg/ München 1995.

Kliemt, H.: Rationierung im pluralen Rechtsstaat. In: Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang. Hg. v. Marckmann, G.. Stuttgart 2003.

Kocka, J.; Staudinger, U. M.(Hg.): Gewonnene Jahre. Empfehlungen der Akademiengruppe Altern in Deutschland. Stuttgart 2009.

Lübbe, W.: Sondervotum. In: Deutscher Ethikrat (Hg.): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme. Berlin 2011. S. 98-124.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Hg.): Health Data 2011. URL: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Stand: 5.9.2011).

Platon: Gesetze (Nomoi). Buch I – IV. Darmstadt 1990.

Platon: Politeia. Frankfurt am Main 2006.

Rawls, J.: Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt am Main 1975.

Reiter-Theil, S.; Albisser Schlega, H.: Alter Patient – (K)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten. In: Notfall + Rettungsmagazin 3 (2007) S. 189-196.

Reiter-Theil, S.; Albisser Schlega, H.: „Alter“ und „Kosten“ - Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. In: Ethik in der Medizin 2 (2007) S. 103-119.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.): Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Bd.1: Finanzierung und Nutzenorientierung. Baden Baden 2003.

Statistisches Bundesamt (Hg.): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009. URL.: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf (Stand: 5.9.2011).

Ulmer Papier – Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft. Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008. URL.: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf> (Stand 5.9.2011).

Wilper, A. P.; Woolhandler, S.; Lasser, K. E.; McCormick, D.; Bor, D. H.; Himmelstein, D. U.: Health Insurance and Mortality in US Adults. In: American Journal of Public Health 99 Nr.12 (2009) S.1-7.

Zweifel, P.; Felder, S.; Werblow, A.: Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the „Red Herring“. Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice 29 (2004) S. 652–666.

Der Autor:

Johannes Zins studierte Philosophie und neuere deutsche Literatur in Berlin. 2009 schloss er das Studium mit einer Masterarbeit über Helmut Plessners anthropologische Philosophie ab. Das anschließende Masterstudium „Medizin – Ethik – Recht“ an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg schloss er 2011 mit einer Arbeit über die altersabhängige Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen ab.

In dieser Reihe sind bisher folgende Bände erschienen:

- Band 1 Prof. Dr. Gerfried Fischer „Medizinische Versuche am Menschen“, 2006
- Band 2 Verena Ritz „Harmonisierung der rechtlichen Regelungen über den Umgang mit humanen embryonalen Stammzellen in der EG: Bioethik im Spannungsfeld von Konstitutionalisierung, Menschenwürde und Kompetenzen“, 2006
- Band 3 Dunja Lautenschläger „Die Gesetzesvorlagen des Arbeitskreises Alternativentwurf zur Sterbehilfe aus den Jahren 1986 und 2005“, 2006
- Band 4 Dr. Jens Soukup, Dr. Karsten Jentsch, Prof. Dr. Joachim Radke „Schließen sich Ethik und Ökonomie aus“, 2007
- Band 5 Prof. Dr. Hans Lilie (Hrsg.) „Patientenrechte contra Ökonomisierung in der Medizin“, 2007
- Band 6 Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG)

Auszug aus dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG)

Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz - TFG), 2007
- Band 7 Dr. Erich Steffen „Mit uns Juristen auf Leben und Tod“, 2007
- Band 8 Dr. Jorge Guerra Gonzalez, Dr. Christoph Mandla „Das spanische Transplantationsgesetz und das Königliche Dekret zur Regelung der Transplantation“, 2008
- Band 9 Dr. Eva Barber „Neue Fortschritte im Rahmen der Biomedizin in Spanien: Künstliche Befruchtung, Präembryonen und Transplantationsmedizin“ und „Embryonale Stammzellen - Deutschland und Spanien in rechtsvergleichender Perspektive“, 2008
- Band 10 Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel „Was ist der Mensch? Gedanken zur aktuellen Debatte in der Transplantationsmedizin aus ethischer Sicht“

Prof. Dr. Hans Lilie „10 Jahre Transplantationsgesetz - Verbesserung der Patientenversorgung oder Kommerzialisierung?“, 2008
- Band 11 Prof. Dr. Hans Lilie, Prof. Dr. Christoph Fuchs „Gesetzestexte zum Medizinrecht“, 3. Auflage, 2011
- Band 12 PD Dr. Matthias Krüger „Das Verbot der post-mortem-Befruchtung

- § 4 Abs. 1 Nr. 3 Embryonenschutzgesetz –Tatbestandliche Fragen, Rechtsgut und verfassungsrechtliche Rechtfertigung“, 2010
- Band 13 Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Dr. Marlis Hübner „Ärztlich assistierter Suizid - Tötung auf Verlangen. Ethisch verantwortetes ärztliches Handeln und der Wille des Patienten“, 2010
- Band 14 Philipp Skarupinski „Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Notwendigkeit einer Kinderarzneimittelforschung vor dem Hintergrund der EG-Verordnung 1901/2006“, 2010
- Band 15 Stefan Bauer „Indikationserfordernis und ärztliche Therapiefreiheit: Berufsrechtlich festgelegte Indikation als Einschränkung ärztlicher Berufsfreiheit? Dargestellt am Beispiel der Richtlinie zur assistierten Reproduktion“, 2010
- Band 16 Heidi Ankermann „Das Phänomen Transsexualität – Eine kritische Reflexion des zeitgenössischen medizinischen und juristischen Umgangs mit dem Geschlechtswechsel als Krankheitskategorie“, 2010
- Band 17 Sven Wedlich „Konflikt oder Synthese zwischen dem medizinisch ethischen Selbstverständnis des Arztes und den rechtlich ethischen Aspekten der Patientenverfügung“, 2010
- Band 18 Dr. Andreas Walker „Platons Patient – Ein Beitrag zur Archäologie des Arzt-Patienten-Verhältnisses“, 2010
- Band 19 Romy Petzold „Zu Therapieentscheidungen am Lebensende von Intensivpatienten – eine retrospektive Analyse“, 2010
- Band 21 Dr. Andreas Linsa „Autonomie und Demenz“, 2010
- Band 20 Stephanie Schmidt „Die Beeinflussung ärztlicher Tätigkeit“, 2010
- Band 22 Dr. Cerrie Scheler „Der Kaiserschnitt im Wandel – von der Notoperation zum Wunscheingriff“, 2010
- Band 23 Lysann Hennig „Wenn sich Kinder den Traumkörper wünschen – Schönheitsoperationen, Piercings und Tätowierungen bei Minderjährigen“, 2010
- Band 24 Dr. Michael Lehmann „Begründen und Argumentieren in der Ethik“, 2011
- Band 25 Dr. Susanne Kuhlmann „Der Dialyseabbruch: Medizinische, ethische und juristische Aspekte“, 2011
- Band 26 Dr. Katharina Eger „Off-label use - Eine Übersicht mit Beispielen aus dem Fachgebiet Neurologie“, 2011

- Band 27 Annette Börner „Die Macht der Sachverständigen im Arzthaftungsfall - Rolle und Auswirkungen der Sachverständigengutachten unter besonderer Berücksichtigung von Medizin, Ethik und Recht“, 2011
- Band 28 Susanne Weidemann „Von der Wirkmacht der Messwerte. Überlegungen zum verschwundenen Einzelfall in der medizinischen Praxis“, 2011
- Band 29 Christian Albrecht „Das Patientenverfügungsgesetz - Eine Bilanz der praktischen Umsetzung“, 2011
- Band 30 Dr. Erich Steffen „Macht und Ohnmacht des Richters im Arzthaftungsrecht“, 2011
- Band 31 Franziska Kelle „Widerspruchslösung und Menschenwürde Eine verfassungsrechtliche Untersuchung zur Begründbarkeit einer Organspendepflicht und zur Vereinbarkeit von Menschenwürde und Widerspruchslösung unter Berücksichtigung ethischer und medizinischer Aspekte“, 2011
- Band 32 Maria Busse „Transsexualität als Krankheit? Einordnung im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung unter Berücksichtigung medizinischer und ethischer Aspekte“, 2011
- Band 33 Dr. Daniel Ammann „Psychotherapie im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine interdisziplinäre Analyse struktureller Versorgungsprobleme und möglicher sozialrechtlicher Lösungsansätze insbesondere am Beispiel der unipolaren Depression und der Borderline-Persönlichkeitsstörung“, 2011
- Band 34 Clemens Heyder "Das Verbot der heterologen Eizellspende", 2012
- Band 35 Dr. Uta Baddack "Der Patient zwischen Autonomie und Compliance", 2012
- Band 36 Andreas Raschke "Der intensivpflichtige Patient und die ärztliche Schweigepflicht", 2012
- Band 37 Prof. Dr. Klaus Peter Rippe „Ethik der Tierversuche Auf der Suche nach einem neuen Paradigma“, 2012