
Gerechtigkeit als Kriterium bei der Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen

Traugott Jähnichen

Einleitung

Das „Recht auf Gesundheit“, wie es in neueren europäischen und UN-Menschenrechtskonventionen verankert ist, lässt sich als Leitbegriff einer am Menschen als Person orientierten Medizin verstehen.¹ Dieses Recht zielt auf eine angemessene, das medizinisch Notwendige und Zweckmäßige umfassende Versorgung der Patienten, die jeweils unter Berücksichtigung der kulturellen Standards und nicht zuletzt der ökonomischen Ressourcen zu erfolgen hat. Das Ausmaß wie auch die Grenzen der Versorgung sind durch Regeln der Gerechtigkeit zu bestimmen, über deren Bedeutung und Geltung in der Gesellschaft z. T. heftige Kontroversen ausgetragen werden. In diesem Beitrag wird ein Verständnis von sozialer Gerechtigkeit vertreten, wie es sich in der jüngsten EKD-Denkschrift *Gerechte Teilhabe*² findet, und es wird versucht, dieses Verständnis auf die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen zu beziehen.

1. Zum Problem der „Ressourcenknappheit“ im Gesundheitswesen

Die Berücksichtigung der Ressourcenknappheit gehört zu den „Anwendungsbedingungen der Gerechtigkeit“³ und ist im Rahmen der medizinisch-ethischen Diskussion rela-

tiv jungen Datums. Die Politik hat seit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz von 1977 durch eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen und weiterreichenden sog. Reformgesetzen versucht, den seit dem Ende der 1970er Jahre zunehmend als problematisch wahrgenommenen Anstieg der Gesundheitsausgaben zu begrenzen. Zuvor galt dieser Anstieg weithin als Indikator gesellschaftlichen Fortschritts.

Seither wird auch in ethischer Perspektive über die Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen diskutiert. Der Begriff der Ressourcenknappheit scheint eindeutig bestimmt zu sein; es ist jedoch lohnend, ihn genauer zu befragen und zu klären. „Knappheit“ ist nämlich nicht naturgegeben und sollte von der Endlichkeit der Naturgüter unterschieden werden, da sie wesentlich durch soziale Wahrnehmungen und Festlegungen sowie nicht zuletzt durch technische Fähigkeiten bestimmt ist.⁴ Daher ergibt sich das nur scheinbar paradoxe Phänomen, dass Knappheiten aller Art in modernen Gesellschaften eher zu- und nicht abnehmen. Bezog sich „Knappheit“ in vor-modernen Gesellschaften im Sinn eines zyklischen Problems auf ein konkretes Gut oder betraf eine bestimmte Zeitperiode – häufig bedingt durch natürliche Ursachen –, so ist mit der neuzeitlichen Expansion menschlicher Verfügungsmöglichkeiten und menschlicher Bedürfnisse „Knappheit“ zu einer universalen Kategorie geworden.

Im Blick auf das Gesundheitswesen hat sich diese Expansion gerade in den letzten drei Jahrzehnten enorm beschleunigt: So haben

- die Bewertung von Gesundheit als die für die meisten Menschen zentrale individuelle Präferenz,
- die Erfolge der Leistungsexplosion der Medizin mit ständig neuen und zunehmenden therapeutischen Möglichkeiten bis hin zur Erforschung und Nutzung menschlicher Zellen und Organe

- sowie die Zunahme von chronischen Krankheiten und Veränderung von Krankheitsarten nicht zuletzt durch die demografische Entwicklung

zum Entstehen von Knappheiten geführt, die noch vor einer Generation schwer vorstellbar gewesen sind. Auf diese auch in Zukunft weiter zunehmenden Knappheiten – gegenwärtig verschärft durch eine relativ stagnierende Einnahmeseite – ist nicht allein fiskalisch zu reagieren, sondern sie führen unvermeidlich zu Verteilungskonflikten⁵ und fordern eine Neujustierung der gerechten Verteilung medizinischer Leistungen heraus.

Der Umgang mit „Knappheit“ erfordert in Einklang mit dem Leitbegriff des „Rechtes auf Gesundheit“ aller Patienten Regeln der Gerechtigkeit. Die sich daraus ergebende Gleichbehandlung der Patienten sollte Maßnahmen, die zu einer impliziten Rationierung von medizinischen Leistungen führen, ausschließen. Dies ist insbesondere gegen das Instrument von Budgetierungen hervorzuheben, welches das Produkt aus Mengen und Preisen zu begrenzen versucht. Da die Preise in der Regel festgelegt sind, bedeutet dies eine Begrenzung der Mengen, „die in einem Sozialstaat aus guten Gründen in der Regel nicht zulässig ist. Rationierung im Sinne der Bewirtschaftung von Leistungen, auf die Patienten eigentlich angewiesen sind, darf es in einem sozialen Rechtsstaat nicht geben.“⁶ Die empirisch gut dargestellten Fälle von impliziter Rationierung, die entweder zufällig wirken oder durch Priorisierungsentscheidungen geregelt werden, stehen daher in einem Widerspruch zum Selbstverständnis des Rechtsstaates.⁷

Die Zuteilung medizinischer Leistungen nach dem Modell der in der Regel utilitaristisch begründeten Priorisierungsentscheidungen ist dann legitimierbar, wenn es sich um endliche Güter – etwa um eine durch die Zahl der Spender begrenzte Anzahl von Organen für die Transplantationsmedizin – handelt, nicht jedoch bei sozial konstru-

ierten „knappen“ Gütern. Dementsprechend sollten implizite Rationierungen im Rahmen der Regelversorgung nicht stattfinden müssen, höchstens unter eng definierten Ausnahmebedingungen. Angesichts zunehmender Knappheiten bedeutet dies eine zunehmende Anzahl von expliziten Rationierungen, d. h. des Leistungsausschlusses durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die medizinisch legitimierbar sein müssen.

Das Aufstellen von Regeln der Gerechtigkeit zur Verteilung knapper Ressourcen setzt des Weiteren eine elementare Bestimmung des anzustrebenden Gutes „Gesundheit“ voraus. Wenn, wie es die EKD in ihrer Studie *Mündigkeit und Solidarität*⁸ getan hat, „Krankheit (als) ein allgemeines Lebensrisiko“⁹ verstanden wird, dann muss dieses gesamtgesellschaftlich abgesichert werden. Allerdings wird von der EKD die Betonung der Absicherung von Krankheiten als Aufgabe der Gesellschaft durch den Verweis auf die Eigenverantwortung der Patienten eingeschränkt.

Die hier vorzunehmende Unterscheidung hat Otfried Höffe präziser herausgearbeitet: Danach weist das Gut „Gesundheit“ Eigenschaften eines privaten wie eines öffentlichen Gutes auf und ist somit als ein „Misch-Gut“¹⁰ zu bezeichnen. Daraus folgert Höffe, dass „die beiden Extrem Lösungen der Gesundheitsversorgung kritikwürdig“¹¹ sind, sowohl eine rein privatwirtschaftliche liberale Lösung wie auch eine ausschließlich öffentliche und egalitäre Versorgung. Da das Gut „Gesundheit“ nicht nur öffentlich ist, hat es im Unterschied zu Leib und Leben nicht als Ganzes einen transzendentalen Charakter, aufgrund seines öffentlichen Charakters ist jedoch die Bedeutung von Gesundheit als ein „konditionales Gut“¹² grundsätzlich zu berücksichtigen.

Schließlich führt Höffes Feststellung, dass Bedingungen, unter denen die Individuen ihre subjektiven Präferenzen

ohne nennenswerte Einschränkungen realisieren können, in hohem Maße ausbeutbar sind, zu der Einsicht, dass die gegenwärtige Finanzierungskrise des Gesundheitssystems auch auf eine ethisch zu reflektierende Problematik der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verweist, die er mit dem Stichwort „ausufernde Begehrlichkeiten“¹³ umschreibt. Da die Abgaben kollektiv finanziert und die Leistungen unabhängig hiervon zugeteilt werden, setzt die GKV zu wenig Anreize für Sparsamkeit oder einen verantwortungsvollen Ressourcenumgang. Die Beitragszahler haben Anspruch auf eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung. Ob und in welcher Weise sie gesundheitskonform gelebt, ob sie sich an Vorsorgeprogrammen oder Präventionsmaßnahmen beteiligt haben oder wie hoch ihre eigenen Beiträge zur GKV sind, spielt dabei kaum eine Rolle.

Dieses System ermutigt die Versicherten – aber auch die Akteure auf der Anbieterseite medizinischer Leistungen – zu einem eigennutzorientierten Verhalten, weil in einer abstrakten und unpersönlichen Solidargemeinschaft – anders als in der Solidargemeinschaft Familie – der Begehrlichkeit keine moralischen und auch nur schwer institutionelle Gegenkräfte entgegengesetzt werden können. Das Gesundheitssystem leidet – wie tendenziell alle Sozialsysteme in Wohlfahrtsstaaten – an der Trittbrettfahrer-Mentalität, da es grundsätzlich von den „Opfern eigener Verantwortungslosigkeit“¹⁴ ausbeutbar ist. Angesichts dieser Situationsbeschreibung ist zu fragen, in welcher Weise Regeln der Gerechtigkeit eine Orientierungsfunktion bei der Neujustierung der Verteilung medizinischer Leistungen übernehmen können.

2. Impulse für eine Neujustierung der Regeln der Gerechtigkeit zur Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen

Höffe hat in der Konsequenz seiner Problembeschreibungen einen weitreichenden Alternativvorschlag zur Verteilung medizinischer Leistungen entwickelt, der ein vierstufiges System medizinischer Versorgung beinhaltet. Die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit im Sinne einer Grundstufe liegt in der Verantwortung des Gemeinwesens. Hier geht es um Seuchenprävention und -bekämpfung, Pflichtschutzimpfungen, Schulgesundheitspflege und Mütterberatung, wobei die Leistungen jeweils streng am Gleichheitsgrundsatz orientiert sein müssen und über Steuern zu finanzieren sind. Darüber hinaus sichert auf einer zweiten Stufe eine modifizierte gesetzliche Krankenversicherung eine Grundversorgung, die – wie die bisherige GKV – auf dem Solidarprinzip im Sinne der ausgleichenden Gerechtigkeit beruht, wobei ein Problem in der konkreten Abgrenzung dieser Basis-Versorgungsleistungen gegenüber den anderen Stufen besteht.¹⁵ Über die Basisversorgung hinaus soll eine verpflichtende Ausbaustufe als Ausdruck der Eigenverantwortung der Einzelnen installiert werden. Diese Versicherung kann von genossenschaftlichen oder privaten Krankenversicherungen getragen werden, wobei den Versicherungen das Recht der Berücksichtigung von Risikofaktoren – wie Alkohol- und Nikotinmissbrauch oder Übergewicht etc. – zur Bestimmung der Beitragshöhe zuzugestehen ist. Diese Ausbaustufe soll somit Leistungen beinhalten, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt weitgehend in den Bereich der GKV fallen. Als letzte, vierte Stufe schlägt Höffe schließlich eine sog. Abrundungsstufe vor, die privatversichert besondere medizinische Angebote wie die nicht-evidenzbasierte Medizin, Einbettzimmer im Krankenhaus u. a. beinhaltet.

Höffes Anliegen besteht darin, die notwendige Solidarität zu entlasten und die Patientenautonomie, welche die Gesellschaft beispielsweise gegenüber den Ärzten zu Recht betont, im Sinne einer Eigenverantwortung hinsichtlich der gewünschten Krankenversicherungen zu verstärken. Gerechtigkeitstheoretisch will Höffe die auf dem Solidar-system beruhende GKV mit ihrer Verteilungsgerechtigkeit entschieden durch eine Stärkung der Dimension der Tauschgerechtigkeit ergänzen.

Dieses Modell verdient eine konstruktive Weiterführung und Präzisierung, die im Folgenden unter Aufnahme des Gerechtigkeitsverständnisses der neuen EKD-Denkschrift *Gerechte Teilhabe* versucht werden soll. Grundlage der EKD-Denkschrift ist die Teilhabegerechtigkeit, welche auf eine „möglichst umfassende Integration aller Gesellschaftsglieder“¹⁶ zielt und dafür sorgt, dass niemand von den Zugangschancen auf eine eigenständige Lebensführung ausgeschlossen wird. Teilhabegerechtigkeit bedeutet vorrangig ein Recht auf Teilhabe an den sozialen Grundgütern einer Gesellschaft. Im Blick auf die Gesundheitsversorgung ist damit vorrangig die bei Höffe explizierte Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit gemeint, darüber hinaus ist aber auch an die Gesundheitsversorgung von Kindern zu denken. Da bei Kindern und Jugendlichen die Voraussetzungen für Selbstverantwortung im Blick auf eine gesundheitsbewusste Lebensführung sowie den Zugang zu und die Nutzung medizinischer Leistungen in der Regel kaum oder gar nicht gegeben sind und die ursprünglich zuständige Institution „Familie“ – gerade wenn Differenzierungen im Leistungsspektrum zukünftig stärker eigenverantwortlich gewählt werden sollen – zunehmend überfordert ist, drängt sich – analog zur öffentlichen Schulpflicht – eine öffentliche Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche aus Steuermitteln auf. Ziel ist hier unter dem Gesichtspunkt der Chancengerechtigkeit die

Ermöglichung einer positiv geprägten Gesundheitsbiografie zumindest bis zum Erwachsenenalter.

Als ergänzende Stufe dieser Form der Teilhabe an dem öffentlichen Gut „Gesundheit“ ist die Frage nach den Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Eigenverantwortung, die gerade im Blick auf Gesundheitsstandards stark vom Bildungsstand abhängt, zu thematisieren. In gerechtigkeits-theoretischer Perspektive geht es hier um die Dimension der Befähigungsgerechtigkeit im Sinn einer Steigerung der „Zugangschance zur Eigenverantwortung“.¹⁷ Dabei geht es wesentlich darum, vor allem auf dem Weg einer Gesundheitserziehung zu einem verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit, zu Prävention und Vorsorge sowie zu einer angemessenen Absicherung der eigenen Gesundheitsversorgung zu befähigen. Zumindest diese Basis der Gesundheitsversorgung im Sinn der Teilhabe- und der Befähigungsgerechtigkeit sollte steuerfinanziert sein, da alle Gesellschaftsglieder gemäß ihrer Leistungskraft zur Bereitstellung dieser grundlegenden Aufgaben des Gesundheitswesens herangezogen werden müssen.

Ausgehend von der Basis der Teilhabe- und der Befähigungsgerechtigkeit müssten – in Aufnahme und Weiterführung der Intentionen Höffes – in einem weiteren Schritt normative Kriterien entwickelt werden, welche die jeweilige Abgrenzung der einzelnen Leistungsstufen ethisch begründen helfen können. Die ethisch relevante Kernfrage lautet, wie weit sich das Element solidarischer Umverteilung – von den Einkommensstarken zu den Einkommensschwachen, von den Gesunden zu den Kranken, von den Singles zu Familien – im Sinn der Verteilungsgerechtigkeit erstrecken und ab wann der durch die Eigenverantwortung begründete Aspekt der Tauschgerechtigkeit greifen soll.

Das Modell Höffes ist problematisch, da sich die Entscheidung der Patienten, wie viel Schutz sie sich im Blick auf das konditionale Gut „Gesundheit“ leisten können

und wollen, auch auf medizinisch notwendige Leistungen beziehen soll und daher den Ausschluss solcher Leistungen nach sich ziehen würde. Auch die eher technisch begründete Ausgrenzung von einzelnen Leistungen, wie sie etwa die EKD-Sozialkammer mit dem Vorschlag des Aufbaus einer eigenen privaten Unfallversicherung anvisiert¹⁸ oder wie sie vereinzelt in der öffentlichen Diskussion für die Zahnbehandlung gefordert wird, ist aus gerechtigkeitstheoretischen Überlegungen nur bedingt überzeugend, da die Ausschlusskriterien rein formal und nicht vom Gut der Gesundheit sowie nur bedingt von der Eigenverantwortung her bestimmt sind. Das in der Öffentlichkeit häufiger genannte Kriterium selbstverschuldeter Krankheiten ist insofern problematisch, als ein Kausalzusammenhang hier in der Regel nicht eindeutig feststellbar ist, und der Ausschluss von Leistungen aufgrund des Lebensalters widerspricht der Würde und dem Recht auf Gesundheit aller Menschen.

Denkbar sind demgegenüber andere Unterscheidungsmerkmale, die eine Abgrenzung zwischen solidarisch und eigenverantwortlich finanzierten Leistungen des Gesundheitssystems ermöglichen können. Sinnvoll könnte ein Modell sein, das auf der Basis von durchschnittlichen Kosten-Nutzen-Bewertungen Höchstbeträge für notwendige medizinische Leistungen festlegt. Wählt der Patient eine besondere Behandlungsart oder ein Medikament, dessen Preis diesen Höchstbetrag übersteigt, muss er diesen selbst tragen, es sei denn, er hat eine private Zusatzversicherung abgeschlossen, die solche Mehrkosten übernimmt. Ferner könnte die Art der Leistungserbringung dadurch differenziert werden, dass die freie Wahl des Arztes oder des Krankenhauses im Rahmen der solidarisch organisierten Leistungen eingeschränkt wird. Schließlich ist die Einführung von Bonus- bzw. Malus-Punkten – orientiert u. a. an der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen oder an der Art der

Lebensführung¹⁹ – im Rahmen des solidarischen Gesundheitssystems sinnvoll. Auf diese Weise könnten Differenzierungen in der Beitragsgestaltung vorgenommen werden, welche die Eigenverantwortung berücksichtigen.

Solche Abgrenzungen ermöglichen Differenzierungen jenseits des medizinisch Notwendigen. Die darauf aufbauende Ausbau- und Abrundungsstufe (wie sie etwa von Höffe vorgeschlagen wird) soll somit vor allem auch die Art der Leistungserbringung erweitern. In diesem Sinn könnte eine Regelversorgung etabliert werden, die eine solidarisch organisierte, verlässliche Gesundheitsversorgung nachhaltig ermöglicht.

Ein letzter Aspekt des Gerechtigkeitsverständnisses betrifft die Offenheit für die Einzelfallgerechtigkeit, welche in der abendländischen Ethik als Ausdruck der „Billigkeit“ (grch. *epikia*, lat. *aequitas*) interpretiert worden ist. Billigkeit eröffnet einen Ermessensspielraum der Akteure, hier vor allem der Ärzte, wobei die allgemeinen Regeln zu beachten sind, gleichzeitig jedoch die Berücksichtigung des Einzelfalls ermöglicht werden soll. Der Natur der Sache nach lässt sich die Einzelfallgerechtigkeit nicht in allgemeine Regeln fassen, sondern basiert auf dem persönlichen Ethos. Immerhin müsste die Ermöglichung von besonderen Einzelfallentscheidungen – ggf. auch ein ökonomisch fixierter Spielraum von besonderen medizinischen Leistungen – bedacht sein, damit sich die Regeln der Gerechtigkeit in einzelnen Situationen nicht in ihr Gegenteil verkehren.

Der Beitrag der Kirchen in den gesundheitspolitischen Debatten müsste darin bestehen, eindrucklich auf diese normativen Grundlagen der gesundheitspolitischen Entscheidungen hinzuweisen. Dabei kommt dem Hinweis auf die Bedürfnisse und Lebenslagen von sozial Schwachen im Sinn einer vorrangigen Option für die Schwachen (vgl. Mt. 25,40) als wichtigem Entscheidungsmaßstab eine zen-

trale Bedeutung zu. Daneben haben die Kirchen eine wichtige orientierende Aufgabe gerade im Hinblick auf den gesellschaftlichen Stellenwert von Gesundheit. Das Gut „Gesundheit“ ist differenziert zu würdigen, aber gleichzeitig ist auch vor überzogenen Hoffnungen oder gar einer Fixierung auf Therapieformen oder Medikationen, die Heilsversprechen gleichkommen, deutlich zu warnen. Das Wohlbefinden ist umfassender als rein medizinisch oder somatisch zu definieren. „Gesundheit“ darf nicht nur als Abwesenheit von Störungen, sondern kann auch als die Fähigkeit, mit ihnen angemessen umzugehen und zu leben, definiert werden.²⁰ Daher ist in der Situation des Kranken eine ganzheitliche Betreuung, die kommunikative, soziale und dabei auch seelsorgerliche Aspekte einschließt, notwendig, nicht zuletzt auch deswegen, weil viele Krankheitsphänomene auf sozial und psychisch defizitäre Lebenslagen verweisen.

Schlussbemerkung

Die sozialen Sicherungssysteme, insbesondere das Gesundheitswesen, basieren nicht allein auf einer effektiven und effizienten Funktionsweise, sondern ebenso auf dem Vertrauen der Betroffenen. Auch dieses Vertrauen ist eine „knappe Ressource“, die durch fragwürdige Entscheidungen oder das Aufschieben notwendiger Reformen verbraucht bzw. verspielt werden kann. Daher kommt es darauf an, transparent und fair Regeln zur Verteilung der medizinischen Leistungen zu setzen, die von den Betroffenen als gerecht empfunden werden und die eine nachhaltige Sicherung der medizinischen Versorgung ermöglichen.

Anmerkungen

¹ Vgl. *Kreß, Hartmut*: Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin. Stuttgart u. a. 2003, 75ff.

² Gerechte Teilhabe. Befähigung zu Eigenverantwortung und Solidarität. Eine Denkschrift des Rates der EKD zur Armut in Deutschland. Gütersloh 2006.

³ *Höffe, Otfried*: Besonnenheit, Gerechtigkeit, Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen – eine Replik. In: Zeitschrift für evangelische Ethik 44 (2000), 89.

⁴ Vgl. *Jähnichen, Traugott*: Zur sozialen Konstruktion von „Knappheit“. In: Zeitschrift für evangelische Ethik 43 (1999), 22–25.

⁵ Verteilungskonflikte sind „keine Krisensymptome, sondern Bestandteil der Sozialpolitik“ (*Kaufmann, F.-X.*: Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt a. M. 1997, 167). Zu fragen ist, ob die in Deutschland notorisch hohe Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, die einerseits angesichts konkreter Qualitätsmängel zwar nachvollziehbar, andererseits angesichts einer fairen und gerechten Verteilung im internationalen Vergleich zumindest diskussionswürdig ist, nicht unwesentlich durch eine problematischen Kommunikation der Verteilungskonflikte zu erklären ist. Zu Leistungen, Defiziten und Einschätzungen des deutschen Gesundheitssystems vgl. *Greß, Stefan / Maas, Stephanie / Wasem, Jürgen*: Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitswesen (10/2006). Expertise der Hans-Böckler-Stiftung, download: www.boecklerimpuls.de

⁶ So die Stellungnahme der EKD-Kammer für soziale Ordnung „Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“. Hannover 2002, Nr. 20 (S. 8).

⁷ Der Bericht „Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen“. Bericht für die diakonische Konferenz 2000 aus der Arbeit des Ausschusses „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“, hrsg. vom Diakonischen Werk der EKD. Stuttgart 2000 hat detailliert auf viele Fälle impliziter Rationierung aufgrund des seinerzeit in Kraft stehenden Globalbudgets für Krankenhäuser hingewiesen. Ähnliches gilt gegenwärtig aufgrund der Budgetierung der Arzneimittelausgaben von Ärzten. Der Bericht fordert, an die Stelle impli-

ziter Rationierungen kriteriengeleitete explizite Bestimmungen zu setzen.

⁸ Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Eine Studie der EKD, hrsg. vom Kirchenamt der EKD. Gütersloh 1994.

⁹ Ebd., Ziffer 76.

¹⁰ Vgl. Höffe, *Besonnenheit* (Anm. 3), 97.

¹¹ Ebd., 97.

¹² Vgl. *Kersting, Wolfgang*: *Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend*. Frankfurt a. M., 170ff.

¹³ Höffe, *Besonnenheit* (Anm. 3), 97.

¹⁴ *Frey, Christofer*: Zweifel an der Solidarität. In: *Zeitschrift für evangelische Ethik* 49 (2005), 86.

¹⁵ Höffe zitiert diesbezüglich in verschiedenen Beiträgen *Buchanan, Allen*: Zur ethischen Bewertung des Gesundheitswesens in den USA. In: *Sass, Hans-Martin* (Hrsg.): *Ethik und öffentliches Gesundheitswesen*. Berlin 1988, 191ff, der eine Minimalversorgung beschreibt, zu der neben der Geburtshilfe eine moderne und vertretbar schnelle Notarztversorgung für Unfallgeschädigte, routinemäßige Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuche alle drei Jahre sowie relativ billige chirurgische Eingriffe mit geringem Risiko gehören, die zur Behebung von Zuständen dienen, die Körperfunktionen unmöglich machen oder ernsthaft behindern (194).

¹⁶ Gerechte Teilhabe (Anm. 2), Nr. 60 (S. 43).

¹⁷ *Dabrock, Peter*: Tauschgerechtigkeit im Gesundheitssystem? Kritische Anfragen an Otfried Höffes Forderung nach einem Paradigmenwechsel. In: *Zeitschrift für evangelische Ethik* 44 (2000), 15; vgl. auch *Dabrock, Peter*: Capability-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen. In: *Zeitschrift für evangelische Ethik*, 45 (2001), 202–215.

¹⁸ Vgl. Solidarität und Wettbewerb (Anm. 6), Nr. 30 j.

¹⁹ Diese Überlegungen finden sich auch in der Stellungnahme „Solidarität und Wettbewerb“ (Anm. 6), Nr. 30 h.

²⁰ Vgl. *Strohm, Theodor*: Art. „Gesundheit/Gesundheitspolitik“. In: *Evangelisches Soziallexikon*. Neuausgabe. Hrsg. von Martin Honecker u. a. Stuttgart 2001, 598.