

Kulturelle Differenzen von Gesundheitssystemen

Von Stephan Goertz

A. Methodische Vorbemerkung: Von welchen anderen Disziplinen lernen?

Schlüssel zu konstruieren, vor denen die „Wirklichkeit aufspringt“, so Adorno in seiner Antrittsvorlesung 1931, könne die Philosophie nicht in Eigenregie.¹ Dies gilt in uneingeschränkter Weise auch für die Theologie und zumal für die theologische Ethik. Interdisziplinarität gehört zur „Selbstaufklärung der sittlichen Vernunft“², denn ohne die Hilfe der anderen Wissenschaften sind materiale ethische Urteile im Dienst eines menschlichen Lebens in Würde und Gerechtigkeit nicht mehr zu ermitteln. Angewandte Ethik ist ohne Interdisziplinarität undenkbar, ohne sie wäre „gespenstische Unwirklichkeit ... die Folge, moraltheologische Reflexion käme einem Verschiebebahnhof gleich und Probleme würden vertagt, anstatt gelöst zu werden.“³ Nicht zuletzt waren es bioethische Debatten, die dieser Erkenntnis innerhalb der Moraltheologie zum Durchbruch verholfen haben, auch wenn bis heute das interdisziplinäre Gespräch und dessen Auswirkungen auf die Konstituierung von Normen nicht ohne Skepsis von denen beobachtet werden, die sich dem Paradigma einer bestimmten Tradition naturrechtlichen Denkens verpflichtet fühlen. Unkritisch aber ist das Projekt Interdisziplinarität in der theologischen Ethik von Beginn an auch von denen nicht verfolgt worden, die für die Revision der traditionellen Begründungswege normativer Ethik eintraten. Schnell wurde deutlich, dass die komplexen Probleme der modernen Welt nicht nur zur Interdisziplinarität verurteilen, sondern dass diese oft kein einfacher Problemlösungsmechanismus ist, sondern zum Problembewusstsein erst verhilft. Nicht einfache und schnelle Antworten, sondern komplexere Problemwahrnehmungen und vorsichtigeren Lösungsangebote entspringen interdisziplinären Dialogen. Dabei ist darauf zu achten, disziplinäre

¹ Adorno (1973), S. 340.

² Demmer (1999), S. 15, vgl. zur Methodik theologischer Ethik auch Mieth (1997), S. 129 ff.

³ Demmer (1999), S. 16.

Blickverengungen nicht in der Ethik zu verdoppeln. Konkret bedeutet das für die Bioethik, dass diese nicht allein mit Hilfe einer naturwissenschaftlich eingeschränkten Perspektive der modernen Medizin ethische Fragen bearbeiten kann, sondern verstärkt mit den schon vom Selbstverständnis her inter- oder transdisziplinären Gesundheitswissenschaften den Dialog suchen muss. Bioethik ist mehr als eine medizinische Ethik, die das medizinische Handeln in den Mittelpunkt rückt und womöglich in einer Tugendethik des ärztlichen Berufes aufgeht. Problemen des Gesundheitswesens ist rein individualethisch nicht beizukommen. Jede Ebene des Sozialen verlangt nach der ihr entsprechenden Theorie und auch die Ethik wird mehrstufig zu konzipieren sein. Die Konjunktur des Begriffs der Verantwortung ist ein Zeichen für dieses gewachsene Komplexitätsbewusstsein innerhalb der Ethik.⁴ Der explizit gesundheitswissenschaftliche Zugang des Referates von Jens Holst kommt diesen methodischen Überlegungen von ethischer Seite erkennbar entgegen.

B. Der Wohlfahrtsstaat als kulturelle Errungenschaft

Die Entwicklung des chilenischen Gesundheitssystems wurde unter dem Pinochet-Regime mit marktwirtschaftlichen Mechanismen zu steuern versucht, die als neo- oder ultraliberal bezeichnet werden.⁵ Neben den konkreten Reformvorschlägen zur Korrektur der dadurch entstandenen Ungerechtigkeiten wirft Holst auch die Frage auf, „ob sich in Zukunft wieder verstärkt wohlfahrtsstaatliche Gedanken gegen die individuelle Profitmaximierung durchsetzen und moralische Werte wie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit in der chilenischen Gesellschaft mehrheitsfähig werden können.“⁶ Diese Aussage provoziert ethische Anschlussüberlegungen. Die Etablierung wohlfahrtsstaatlicher Politik, so zeigt die Geschichte Chiles im 20. Jahrhundert, folgt keinen evolutionären Gesetzen, sondern ist eine kontingente Errungenschaft, die sich aus historischen Erfahrungen und kulturell-moralischen Ressourcen speist und deren Weiterexistenz nicht garantiert ist.⁷ Auch die Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen des Kapitalismus (anglo-amerikanischer Kapitalismus, rheinischer Kapitalismus, asiatischer *crony* oder *network capitalism*) sind mit Differenzen in der religiösen Überzeugung und Lebensführung in Verbindung

⁴ Leistung und Grenze der Verantwortungsethik behandelt *Wieland* (1999).

⁵ Schon aus ökonomischer Perspektive, so der Hinweis von Klaus Liebig, konnten die durch das Pinochet-Regime installierten Mechanismen der Marktregulierung nicht erfolgreich sein. Chile dürfe deshalb auch nicht einfach als das Paradebeispiel für Marktversagen im Gesundheitsbereich herangezogen werden (vgl. das Korreferat von Liebig in diesem Band).

⁶ *Holst* (2002), S. 233.

⁷ In Anlehnung an *Kaufmann* (1997), S. 141–160. Zur z. T. innovativen Sozialgesetzgebung Chiles im 20. Jahrhundert vgl. *Reichard* (1996), S. 83 ff.

gebracht worden.⁸ Wohl deshalb lenkt Holst den Blick auf den wohlfahrtsstaatlichen *Gedanken*, was übersetzt werden könnte mit der Anerkennung gleicher Rechte für alle Mitglieder einer Gesellschaft und allgemeinen Partizipationsschancen an den verschiedenen gesellschaftlichen Teilsystemen. Die Soziologie spricht vom Prinzip der *Inklusion*⁹, das sich im Rechts- und Sozialstaat verwirklicht, der also nicht nur eine politische, sondern auch eine kulturelle Leistung darstellt. Denn dass allen Gesellschaftsmitgliedern die gleichen Rechte als Mensch und Bürger/Bürgerin zuerkannt werden, ist auch Ausdruck einer durch Christentum und Aufklärung gleichermaßen verteidigten moralischen Perspektive, die sich in Anerkennungskämpfen (Axel Honneth) Geltung verschafft. Diesen wohlfahrtsstaatlichen Gedanken kann aber nicht allein moralische Emphase aufrechterhalten. Sein ökonomischer, politischer und sozialer Nutzen ist ebenso bewusst zu halten, worauf an dieser Stelle aber nur verwiesen werden kann. Das „wohlfahrtsstaatliche Arrangement“¹⁰ stellt den Versuch dar, die wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und moralischen „Logiken“ zum gegenseitigen Vorteil zusammenzuhalten. Funktionsfähig bleibt der Sozialstaat nur, wenn der Glaube daran Plausibilität behält, dass er allen Beteiligten letztlich nutzt und insgesamt eine zumindest annähernd gerechte Ordnung darstellt. Soziale Abgaben sind demnach als der Preis für individuelle Entfaltungschancen mehr als nur milde Gaben. Der Sozialstaat legitimiert aus dieser Perspektive die Marktökonomie, indem er die mit ihr verbundenen Risiken und Ungleichheiten erträglich macht. Wenn also die Erwartungen des gegenseitigen Nutzens des Systems überstrapaziert oder enttäuscht werden, dann sinkt seine Akzeptanz und damit seine Leistungsfähigkeit. Solche Enttäuschungen können interessegeleitet produziert oder ignoriert werden, die Diskussion um die Krise des Sozialstaates oder des Gesundheitssystems wird auch von ideologischen Motiven mitbestimmt, ohne damit zu behaupten, die sich verschärfenden Interessenkonflikte hätten keine Basis in realen ökonomischen, demographischen und medizinischen Entwicklungen.

Die im Wohlfahrtsstaat stattfindenden Umverteilungsprozesse folgen also moralischen Einsichten, sind politisch und ökonomisch sinnvoll, aber nicht naturwüchsig stabil, sondern beruhen auch auf Anerkennung und Solidarität, die zu erhalten oder herzustellen wiederum nicht allein Resultat moralischer Appelle sein kann. Das Beispiel Chiles zeigt nun, dass wohlfahrtsstaatliches Denken sich gegen ökonomistisches und im Falle Chiles auch gegen patriarchales und rassistisches Denken zu behaupten hat.¹¹

⁸ Vgl. Graf (1999).

⁹ Vgl. dazu Nassehi (1999), S. 105–131. Nassehi zeigt hier, dass die Theorie gesellschaftlicher Differenzierung nicht blind gegenüber Gerechtigkeitsfragen sein muss.

¹⁰ Kaufmann (1997), S. 27–33.

¹¹ Vgl. Trumper/Phillips (1997).

Hinter diesen knappen Hinweisen steckt die Überzeugung, dass es eine Vielzahl von Steuerungsinstrumenten für soziale Gebilde gibt, von denen der Markt – neben der staatlichen Macht, Expertensystemen oder eben der hier herausgestellten Solidarität – nur eines darstellt.¹² Alle diese Formen der Steuerung haben ihre eigenen Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen, woraus sich die Diskurse über Markt-, Staats- oder Moralversagen ergeben. Verantwortliches Entscheiden und Handeln sollte daher mit problemspezifischen Instrumentarien arbeiten, d.h. Rücksicht nehmen auf die Eigenarten der Güter, um die es geht. Die Besonderheit des Gutes Gesundheit bedingt offenbar eine begrenzte Steuerungsfähigkeit durch den Markt¹³, ohne dass daraus die Exklusivität anderer Steuerungsformen abgeleitet werden darf. Nur der kombinierte Einsatz der verschiedenen Logiken wird der Problemstellung gerecht. Die Ethik kann von sich aus die notwendige Abstimmung der Instrumente nicht festlegen, gefragt ist hier jenseits der interdisziplinären Lösungsversuche immer auch die Urteilskraft und die Klugheit der PraktikerInnen.

C. Operationalisierbarkeit von Gerechtigkeit

Dass das Gesundheitssystem gerecht sein soll, ist ebenso unumstritten wie als Forderung für das politische Handeln in den meisten Fällen unpraktikabel. Über Gerechtigkeit als Prinzip und Ziel von Sozialpolitik wird man sich schnell einig werden, endlos jedoch scheinen die Debatten zu sein, was denn die richtige oder angemessene Gerechtigkeit ist. Gerechtigkeit ist ein Wort, das sowohl Konsens als auch Dissens herbeizuführen in der Lage ist. Gerechtigkeit soll sein, aber welche? Diese Diskussion wird auch in der Philosophie geführt, mit unterschiedlichen Ergebnissen. Weil der Streit um die Gerechtigkeit jenseits vorhandener Auslegungsgemeinschaften unlösbar sei, fordern die Einen den Abschied von den aufklärerischen Ansprüchen einer vernünftig-universalen Begründung von Moral¹⁴, während andere das moderne Verständnis von Gerechtigkeit prozedural erweitern¹⁵, einen Minimalkanon der auf den Grundrechten basierenden Gleichbehandlung begründen¹⁶ oder aber ein Abwägen

¹² Diese Steuerungsproblematik ist vor allem von Franz-Xaver Kaufmann, der die englische Formulierung *Pure Forms of Institutional Coordination* für präziser hält, in zahlreichen Arbeiten behandelt worden vgl. u. a. Kaufmann/Majone/Ostrom (1986), Kaufmann (1992), S. 102–109.

¹³ Vgl. Birkner/Bucher/Wasem (1999), S. 130–134. Insofern die Redeweise von dem Markt eine ideologieanfällige Abstraktion darstellt, könnte auch gesagt werden, dass das Gut Gesundheit besondere Marktregulierungen verlangt (vgl. dazu das Korreferat von Klaus Liebig in diesem Band).

¹⁴ MacIntyre (1988).

¹⁵ Habermas (1992), S. 49–76.

¹⁶ Höffe (2000).

oder Kombinieren der verschiedenen Paradigmen von Gerechtigkeit favorisieren¹⁷. Gerechtigkeit ist zwar keine Leerformel, aber als formales Prinzip doch inhaltlich zu unbestimmt, um aus dem Begriff konkrete Forderungen ableiten zu können. Gerechtigkeit orientiert und legitimiert Forderungen, aber sie kann sie ohne Rücksicht auf den Kontext und die Situation nicht formulieren. Gerechtigkeit, verstanden als heuristischer Begriff, wird erst im interdisziplinären Dialog operabel werden, in materialer Hinsicht, so Ricken, sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit zwar „pluralistisch, aber nicht beliebig“¹⁸. Die Wirklichkeit einer differenzierten modernen Gesellschaft erzwingt eine differenzierte und kontextuelle Ethik, jede totalisierende normative Theorie stößt an natürliche Grenzen. Die Untersuchung von Holst folgt m.E. dieser Einsicht. Das chilenische System wird am Maßstab der Gerechtigkeit gemessen, aber zugleich sind die Vorstellungen eines gerechten Systems spezifisch genug, um bis zu konkreten Forderungen vorzudringen, etwa der Einführung eines verbindlichen Leistungspaketes, einer Altersrückstellung oder eines Risikostrukturausgleichs. Damit soll verschiedenen Phänomenen entgegengewirkt werden, die sich als ungerecht oder unsolidarisch qualifizieren lassen, weil sie entweder Informationsasymmetrien verstärken, Risiken zum Nachteil des öffentlichen Sektors selektieren oder unzureichend abdecken, Wahlfreiheit der Krankenversicherung nur für die Hälfte der Bevölkerung ermöglichen oder eine Sozialisierung der Verluste und der präventiven Maßnahmen zur Folge haben.¹⁹ Chile scheint zu zeigen, dass die Form eines zweigliedrigen Systems, das den Privatversicherungen auf Kosten der übrigen Krankenversicherungen die Selektion der guten Risiken ermöglicht, mit der Vorstellung einer gerechten Gesundheitspolitik nicht konform gehen kann, weil es missachtet, dass Gesundheit kein rein privates, sondern auch ein öffentliches Gut ist. Privatisierung kann mit dem Grundsatz der distributiven Gerechtigkeit in Konflikt geraten, das Gleiche gilt für die Abwälzung der Kosten „sozial produzierter“ Krankheiten auf die schwächeren Gesellschaftsmitglieder. Hier ist ein zweistufiges System, das einen gesellschaftlich auszuhandelnden Normalversorgungskatalog allen zur Verfügung stellt und zusätzliche Risiken privat absichert, aus ethischer Sicht deutlich zu bevorzugen. Dass dabei mit der Kategorie Risikogruppe behutsam umzugehen ist und nicht vorschnell soziale Risiken privatisiert werden dürfen, darauf weisen gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse hin. Wenn Risikoverhalten zur Verlagerung der Kosten auf die betroffenen Individuen führt, dann kann das als Signal, dass Trittbrettfahrer-Verhalten (*free rider*) nicht toleriert wird, positive sozialpsychologische Wirkungen haben²⁰, aber – und das zeigt die Ambivalenz des Umgangs mit Risikoverhalten – im Hintergrund kann

¹⁷ Birnbacher (1999).

¹⁸ Ricken (1998), S. 72.

¹⁹ Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Bertranou (1999).

²⁰ Vgl. Birnbacher (1999), S. 54.

auch eine im Endeffekt entsolidarisierende Moralisierung des Phänomens Gesundheit/Krankheit lauern.²¹ Zudem zählt die Festlegung dessen, was zu den Kern- oder Normalleistungen zu rechnen ist, zu den schwierigsten und umstrittensten Fragen des Gesundheitssystems. Das deutsche Sozialgesetzbuch spricht davon, dass „die Versorgung bedarfsgerecht, gleichmäßig, dem allgemeinen Stand der medizinischen Kenntnis entsprechen, ausreichend, zweckmäßig, wirksam und human sein und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“²² soll. Wer wollte dem widersprechen, aber wer wollte die Grenze zwischen Grund- und Wahlleistungen davon ableitend bestimmen? Welche Leistungen sollen aus dem Bereich der solidarischen Finanzierung herausgenommen werden und nach welchen Kriterien? Aus ethischer Perspektive sind als eine Art Minimalkatalog zumindest Diskriminierungsverbote, Vorzugs- und Verfahrensregeln zu formulieren.²³ Ein weiterer Aspekt: Wie wirkt sich die Ausgliederung von Leistungen aus der Grundversorgung auf das Vertrauen der Versicherten in das Gesundheitssystem aus? Die Sorge vor einer Zweiklassenmedizin ist ernst zu nehmen und kann zum Hindernis für die notwendige Akzeptanz von Reformen werden.

D. Kultur des Gesundheitssystems

Abschließend soll nochmals der am Beispiel der chilenischen Entwicklung so deutlich zu Tage tretende Zusammenhang zwischen der Gestaltung des Gesundheitswesens und der weltanschaulich-kulturellen Grundausrichtungen einer Gesellschaft thematisiert werden. Eine kritische Analyse der Systemumstellung im Gesundheitswesen unter Pinochet kommt zu dem Schluss, dass die Einführung der Privatversicherungen „was motivated less by any desire to increase efficiency and enhance delivery than by ideology.“²⁴ Der Gesundheitsminister Alberto Spoerer wird zitiert mit einer Äußerung von 1973, wonach „health care is not given; rather it must be obtained by the people“²⁵. Ein Resultat der dieser Sichtweise entspringenden Reformen war, dass sich die durch die Privatversicherungen gebotenen Leistungen vornehmlich auf die Hauptstadt Santiago konzentrierten. In anderen Regionen und vor allem in den ländlichen Gebieten spielen die Privatversicherungen praktisch keine Rolle. Privatisierung wird zudem zur Legitimationsformel für Budgetkürzungen und Deregulierungsaktivitäten und, darauf weist auch Holst hin, es verändert das soziale Bewusstsein des

²¹ Vgl. dazu *Marmot* (1996).

²² *Henke/Göpffarth* (1998), S. 144.

²³ Vgl. die differenzierten Überlegungen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000).

²⁴ *Reichard* (1996), S. 88.

²⁵ Vgl. *ebd.*

Landes, so dass auch nach Abtritt des Militärregimes bestimmte Reformen nur schwer umzusetzen sind, weil ihnen der soziale Resonanzboden fehlt. Gilt Gesundheit primär als Angelegenheit des Individuums, dann wird die Absicherung eher privatisiert werden als wenn Gesundheit auch als soziales Gut betrachtet wird.²⁶ Erst die Anerkennung einer Solidargemeinschaft führt zur Verwirklichung der Prinzipien der Bedarfsgerechtigkeit und der gleichmäßigen Versorgung.²⁷ Die Tatsache, dass in Deutschland angesichts des Konflikts zwischen weiter steigendem Bedarf und erwünschter Begrenzung der Ausgaben die Reform des Gesundheitswesens ein Dauerthema ist und wohl auch bleibt, wird zur Diskussion der „ethische(n) und mentale(n) Orientierungen des Sozialstaates allgemein und des Gesundheitswesens im Besonderen“²⁸ führen. Fragen der Gesundheitsreform sind damit mehr als bloß pragmatische Fragen. Die Art der Reformen wird nicht unabhängig sein von den Vorstellungen über Gesundheit/Krankheit, über den Grad der persönlichen Mitverantwortung und über den Sinn von Solidargemeinschaften. Die oft weniger gewählte als erzwungene Individualisierung in modernen Gesellschaften kann in zwei Richtungen gehen. Sie kann zu einer Privatisierung in der Prävention, der Versicherung von Risiken und der Bewältigung der Folgen von Krankheiten führen, sie kann aber vielleicht auch zu einem stärkeren Bewusstsein der Mitverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit beitragen, was der vielbeschworenen Patientenautonomie mehr gerecht würde als eine Mentalität der Anspruchshaltung auf die Übernahme aller anfallenden Kosten durch die Gemeinschaft. Die Erfahrungen Chiles zeigen, dass Fragen des Gesundheitssystems nicht isoliert unter dem Blickpunkt der Effizienz von Einzelmaßnahmen betrachtet werden dürfen, sondern im Hintergrund auch Differenzen im Staatsverständnis und Menschenbild wirksam sind. Die Interessen, die hinter einer Krisenrhetorik oder der medialen Skandalisierung von Fehlleistungen des Sozialstaates stehen, müssen nicht Interessen an der Verbesserung des Sozialstaates sein. „Ohne Solidarität“, so der Sozialethiker Karl Gabriel in seiner Analyse der schwelenden Konflikte um den Sozialstaat, „ist die Hoffnung und das Recht aller auf ein menschenwürdiges Leben nicht realisierbar. An der Übereinkunft aller über diesen fundamentalen Sachverhalt finden auch die Gesetze des Marktes ihre Grenzen.“²⁹ Über die Formen der Solidarität ist damit noch nichts gesagt. Unter Beteiligung der verschiedenen Disziplinen und unter Berücksichtigung der Interessen aller Betroffenen ist nach institutionellen Lösungen zu suchen, damit der Ruf nach Solidarität nicht als schlichte Sozialromantik abgetan werden kann.

²⁶ Vgl. *Labisch/Paul* (1998), S. 128.

²⁷ So die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000), S. 409.

²⁸ *Labisch/Paul* (1998), S. 133.

²⁹ *Gabriel* (1996), S. 401.

Literatur

- Adorno*, Theodor W. (1973): Die Aktualität der Philosophie (1931), in: *Gesammelte Schriften* Bd. 1, Frankfurt a. M., S. 325–344.
- Bertranou*, Fabio M. (1999): Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Columbia, in: *Health Policy* 47, S. 19–36.
- Birkner*, Barbara / *Buchner*, Florian / *Wasem*, Jürgen (1999): Wirtschaftswissenschaftliche Zugänge zu den Gesundheitswissenschaften, in: *Hurrelmann*, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*, Berlin u.a., S. 125–177.
- Birnbacher*, Dieter (1999): Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen, in: *Brudermüller*, Gerd (Hrsg.): *Angewandte Ethik und Medizin*, Würzburg, S. 49–64.
- Demmer*, Klaus (1999): *Fundamentale Theologie des Ethischen* (= SthE 82), Freiburg i. Ue.
- Gabriel*, Karl (1996): Krise der Solidarität. Der Konflikt um den Sozialstaat und die christliche Gesellschaftsethik, in: *Stimmen der Zeit* (StZ) Bd. 214, S. 393–402.
- Graf*, Friedrich Wilhelm (1999): Religion und Globalisierung, in: *Merkur* 53, S. 1009–1015.
- Habermas*, Jürgen (1992): *Erläuterungen zur Diskursethik*, 2. Aufl., Frankfurt a. M.
- Henke*, Klaus-Dirk / *Göppfarth*, Dirk (1998): Gesundheitswesen, 3. Gesundheitspolitisch / gesundheitsökonomisch, in: *Lexikon der Bioethik* (LBE), Bd. 2, W. Korff u. a. (Hrsg.), S. 141–144.
- Höffe*, Otfried (2000): Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen – eine Replik, in: *Zeitschrift für evangelische Ethik* (ZEE) 44, S. 89–102.
- Holst*, Jens (2002): Lernen von anderen Ländern? Anreizsysteme für Krankenversicherer und PatientInnen in Chile (in diesem Band).
- Kaufmann*, Franz-Xaver (1992): *Der Ruf nach Verantwortung. Risiko und Ethik in einer unüberschaubaren Welt*, Freiburg i. Br.
- (1997): *Herausforderungen des Sozialstaates*, Frankfurt a. M.
- Kaufmann*, Franz-Xaver / *Majone*, Giandomenico / *Ostrom*, Vincent (Hrsg.) (1986): *Guidance, Control, and Evaluation in the Public Sector. The Bielefeld Interdisciplinary Project*, Berlin, New York.
- Labisch*, Alfons / *Paul*, Norbert (1998): Gesundheitswesen, 1. Zum Problemstand, in: *LBE* Bd. 2, S. 122–135.
- MacIntyre*, Alasdair (1988): *Whose justice? Which morality?* Notre Dame.
- Marmot*, Michael (1996): Das gesellschaftliche Muster von Gesundheit und Krankheit, in: *Kaiser*, Gert (Hrsg.): *Die Zukunft der Medizin: neue Wege zur Gesundheit*, Frankfurt a. M., New York, S. 392–413.
- Mieth*, Dietmar (1997): Die moralische Erfahrung in der Gegenwart – Bruch oder Brücke zwischen globaler Verantwortung und kontingenter Einsicht? In: *Lütterfelds*, Wilhelm / *Mohrs*, Thomas (Hrsg.): *Eine Welt – eine Moral?* Darmstadt, S. 118–135.

- Nassehi, Armin* (1999): Differenzierungsfolgen. Beiträge zur Soziologie der Moderne, Opladen.
- Reichard, Stephen* (1996): Ideology drives Health Care Reforms in Chile, in: *Journal of Public Health Policy* 17, S. 80–98.
- Ricken, Friedo* (1998): Gerechtigkeit, 1. Philosophisch, in: *LBE* Bd. 2, S. 71–73.
- Trumper, Ricardo / Phillips, Lynne* (1997): Give me Discipline and give me Death: Neoliberalism and Health Care in Chile, in: *International Journal of Health Services* 27, S. 41–55.
- Wieland, Wolfgang* (1999): Verantwortung – Prinzip der Ethik? Heidelberg.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik (JWE)* 5, S. 401–413.