

Sebastian Klinke

# Altersrationierung von Gesundheitsgütern

Die us-amerikanische Debatte

Eine Darstellung ihrer Struktur und Funktion

Universität Bremen, November 1995

## **Inhalt**

Einleitung .....	1
1 Altersrationierung von Gesundheitsgütern und distributive Gerechtigkeit .....	3
2 Altersrationierung in den USA .....	6
3 Die wissenschaftliche Diskussion.....	8
3.1 Die empirisch-soziologische Sicht: Preston.....	10
3.2 Die philosophische Sicht.....	16
3.2.1 Daniels: der kluge Mensch plant vor .....	17
3.2.2 Callahan: keine lebensverlängernden Maßnahmen jenseits einer "natürlichen Lebensspanne" .....	22
4 Diskussion.....	32
Literatur.....	39

## **Einleitung**

Gesundheitspolitisch leben wir seit Mitte der 70er Jahre im Zeitalter der Kostendämpfung. Erklärtes Ziel der bundesdeutschen Politik ist die Eindämmung eskalierender öffentlicher Gesundheitskosten mit dem Mittel der Ausschöpfung von Rationalisierungspotentialen. Seit Mitte der 80er Jahre gibt es Stimmen in Politik und Wissenschaft, die eine Rationierung von Gesundheitsgütern aus legitimatorischen oder finanzpolitischen Notwendigkeiten für unabwendbar halten.<sup>1</sup>

Die Frage, die sich dann stellt, ist: wem will man mit welcher Begründung medizinisch sinnvolle Leistungen vorenthalten? In dieser Arbeit soll ein wesentlicher Strang der Debatte um Rationierung im Gesundheitswesen nachgezeichnet werden: Analysen denen es um die Gerechte Verteilung zwischen Generationen geht und in einer Rechtfertigung einer "Altersrationierung" von Gesundheitsgütern münden.

Anhand der in den USA bereits stattgefundenen Debatte soll zwei Fragen nachgegangen werden: (1.) Welcher analytische Rahmen wurde gewählt, um zu einer empirischen Thematisierung der Kostenproblematik als Problem der gerechten Verteilung zwischen Generationen zu gelangen und (2.) welche Problemwahrnehmung ist notwendig gewesen, um normative Vorschläge zur Altersrationierung von Gesundheitsgütern für diskussionswürdig zu erachten?

Einschränkend ist zu sagen, daß hier keine Einschätzung vorgenommen werden soll, ob Rationierung in den USA oder in der BRD (moral-)ökonomisch<sup>2</sup> gegenwärtig oder in absehbarer Zeit notwendig ist.

Im 1. Abschnitt dieser Arbeit wird versucht, die Relevanz einer Beschäftigung mit Vorschlägen zur Rationierung von Gesundheitsgütern im allgemeinen, und der Thematisierung von Altersrationierung im besonderen, zu begründen. Darauf folgt ein knapper Überblick über die in den USA stattgefundenene "Generational-Equity"-Debatte (2. Abschnitt). Im Hauptteil dieser Arbeit (3. Abschnitt) geht es um die exemplarische Darstellung von drei wissenschaftlichen Beiträgen zu dieser Debatte, um zu zeigen, wie die empirische Analyse der Verteilung von Gesundheitsgütern und die normative Rechtfertigung von Altersrationierung voneinander abhängig sind. In der abschließenden Diskussion wird die These vertreten, daß Altersrationierungsvorschläge erst dann legitimierbar erscheinen, wenn zuvor empirisch der "Nachweis"

---

<sup>1</sup> (Ärzteblatt 1991; Borchert 1994; Conrad 1990; Dießenbacher 1987; Gronemeyer 1991 (1989); Krämer 1989)

<sup>2</sup> zum Begriff der Moralökonomie vgl. Kohli (1989).

uneindämbarer Kostendynamiken und einer sozialpolitischen Besserstellung der Gruppe der Alten (im Vergleich zu anderen Altersgruppen) angetreten wurde, selbst wenn die normative Begründung unabhängig von absoluten Kostenproblemen konzipiert wurde.

Diese Arbeit hat mehr darstellenden Charakter, auch wenn der Autor derartigen Vorschlägen eher ablehnend gegenübersteht.

## **1 Altersrationierung von Gesundheitsgütern und distributive Gerechtigkeit**

Es folgt der Versuch einer Herleitung des Rationierungsgedankens.

Im Zuge der drastischen Ausgabensteigerungen 1970-75 wurde in der BRD der Begriff der Kostenexplosion geprägt. Von da an wurde von der Politik das Ziel der Kostendämpfung verfolgt. Bisherige Resultate waren die Kostendämpfungsgesetze der Jahre 1977, 1981, 1982, das Gesundheitsreformgesetz 1989 und das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 (Gesundheit) 1993, 2; Schulenburg 1990, 326f). Obwohl das Postulat der Beitragssatzstabilität mit dem Gesundheitsreformgesetz festgeschrieben wurde und seit dem Gesundheitsstrukturgesetz verschiedene Ausgabenposten "gedeckelt" wurden, waren die Erfolge bisher extrem temporär, da die strukturellen kostentreibenden Faktoren nicht angegangen worden waren. Im Kurs "Rationierung von Gesundheitsgütern" haben wir die verschiedenen kostentreibenden Faktoren im Gesundheitswesen kennengelernt.

Für staatliche, umlagefinanzierte Gesundheitssysteme wird in den nächsten 50 Jahren die zunehmende Alterung der Gesellschaft zu weiteren Steigerungen der absoluten Kosten führen. In Verbindung mit einem starken Anstieg des Anteils der Hochbetagten und einer Fortschreibung der Wirkung des medizintechnologischen Fortschritts, werden nicht nur die absoluten Gesundheitskosten für alte Menschen stetig steigen, sondern auch deren relativer Anteil an den gesamten Gesundheitsleistungen der Krankenkassen.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellte jüngst fest, daß die Krankenhausausgaben weiterhin nicht Beitragssatzneutral gestiegen sind und die Krankenkassen Beitragssatzerhöhungen angekündigt haben (SozpolU, 25.09.95, 17). Die Krankenhauskosten sind mit ca. 40% der größte Einzelposten und werden überproportional von alten Menschen in Anspruch genommen.

Bisher wurde in der BRD unter Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen die Ausschöpfung von Rationalisierungspotentialen verstanden. Sollte sich die Lage mit diesen Mitteln nicht entschärfen lassen, und es gibt bereits Stimmen, die dies prognostizieren, stellt sich unter dem Gesichtspunkt der Beitragssatzstabilität die Frage der Rationierung von Gesundheitsgütern. In jedem Fall erscheint es nicht unplausibel, daß irgendwann, aus Sicht der Beitragszahler, eine Schmerzgrenze erreicht ist. Gleiches gilt für die These, daß schon längst

rationiert worden wäre, wenn es sich dabei nicht um einen so sensiblen Bereich handeln würde.

Ansetzen müßte man bei den bestehenden Leistungsansprüchen und ihren normativen Grundlagen. In der BRD gilt der den Bedarf regelnde Grundsatz des Leistungsanspruchs auf alle zur Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen Maßnahmen. Verbreitet ist das normative Leitbild von der Gesundheit als "höchstem" Gut. Es herrscht also eine relative Deckungsgleichheit von gesellschaftlich definiertem Bedarf und individueller Bedürftigkeit. Wollte man explizite Rationierungsmaßnahmen einführen, müßte man zu einer Neubestimmung der Verteilungskriterien kommen: Wem soll welche medizinisch sinnvolle Leistung mit welcher Begründung vorenthalten werden?

In den USA hat sich, auf der Basis ähnlicher Kostenproblematiken und prognostizierter negativer Auswirkungen der Alterung der Gesellschaft auf umlagefinanzierte Sozialversicherungssysteme, eine heftige und kontroverse Rationierungsdebatte entwickelt, die sich auf die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit zwischen Generationen zugespitzt hat, da Kranken- und Rentenversicherung alleinig bzw. überproportional auf der Leistungsseite von alten Menschen in Anspruch genommen werden, jedoch überproportional auf der Beitragsseite von den zur Zeit Erwerbstätigen finanziert werden. Im Rahmen dieser "Generational-Equity"-Debatte wurden auch einige Vorschläge zu einer expliziten Rationierung von Gesundheitsgütern aufgrund des Alters eines Menschen diskutiert.

Aufgrund der Ähnlichkeit der Voraussetzungen (Kostendynamiken, Alterung der Gesellschaft, umlagefinanzierte Krankenversicherung) ist es m.E. nicht vollständig abwegig, daß es im Falle einer Zuspitzung der Beitragssatzproblematik auch in der Bundesrepublik zu einem Altersrationierungsdiskurs kommt.

Wenn im Folgenden von Altersrationierung die Rede ist, soll darunter die bewußte gesellschaftliche Vorenthaltung von Gesundheitsgütern allein aufgrund des Alters eines Menschen verstanden werden.

In der BRD könnte als Grundlage einer Debatte um Altersrationierung insbesondere der ungeschriebene Generationenvertrag und das Prinzip der Chancengleichheit (Schulenburg 1990, 318ff) dienen, deren normativer Gehalt die Basis liefert für Fragen nach "Gerechtigkeit" und "generationellem Ausgleich" zwischen Generationen und Kohorten.

Auch wenn in der BRD bisher harte Rationierungsvorschläge Mangelware sind, kann man davon sprechen, daß zumindest mit zunehmender Tendenz, in wissenschaftlichen Publikationen zum Thema Zukunft des Gesundheits- und Rentensystemsystems, der Frage nachgegan-

gen wird, ob es wahrscheinlich ist, daß es hier zu einer ähnlichen "Generationenkonflikt-Debatte" (vgl. den Sammelband von Sachße/Engelhardt 1990) wie in den USA kommen wird, in der die gegenwärtige Verteilungsposition einzelner "Versorgungsklassen"<sup>3</sup> - hier der "gierigen Alten" (Quadagno 1989, 353) - in Frage gestellt wird.

Dies ist der Anlaß für den Referenten, sich hier exemplarisch mit drei Protagonisten der US-amerikanischen Debatte zu befassen, um deren Argumente in knapper Form wiederzugeben und einer kurzen Diskussion anheim zu stellen. Herausgearbeitet werden soll die Struktur einer Debatte, die die Thematisierung einer ethischen Rechtfertigung von Altersrationierung ermöglicht.

---

<sup>3</sup> von Rainer M. Lepsius 1979 geprägter Begriff; zitiert nach Schmidt, 1988 , 20, Conrad, 1990 , 306 und Hradil 1990 , 87ff. Bei Alber (1989 , 154ff) findet sich eine kritische Auseinandersetzung mit dem postulierten Klassencharakter der Empfänger von Transferleistungen.

## **2 Altersrationierung in den USA**

Im Folgenden wird dargestellt, aus welchen Quellen derartige ausgrenzende "Gerechtigkeitsdebatten" in den USA gespeist wurden, worauf aufgebaut wurde und mit welchem Erfolg. Zuerst erfolgt als Einführung eine kleine Historie der Ursprünge.

Seit Ende der 70er Jahre finden sich in Fachzeitschriften, großen Nachrichtenmagazinen und Tageszeitungen vermehrt Anzeichen dafür, daß sich in den USA ein tiefgreifender Einstellungswandel gegenüber der älteren Generation vollzieht - zur Debatte steht das Bild vom bedürftigen und schwachen Alter, konterkariert durch Darstellungen von vitalen und wohlhabenden über 65jährigen (Conrad 1988, 217).

In den öffentlichen Debatten um Gerechtigkeit zwischen Generationen wurde der Frage nach "Gewinnern und Verlierern der sozialstaatlichen Expansion nach dem Zweiten Weltkrieg" (Conrad 1990, 297) nachgegangen. Konstatiert wird, daß das Risiko Alter im Vergleich zu anderen gesellschaftlichen Gruppen überkompensiert wurde, woran sich mehr oder minder starke Delegitimationsversuche der bestehenden Alterssicherungssysteme anschließen, insbesondere in Bezug auf die Krankenversicherung: "Anstatt den »Generationenvertrag« als mythischen Kitt der Gesellschaft zu beschwören, schüren solche Vergleiche den Konflikt zwischen Altersgruppen und Kohorten" (Conrad 1990, 297).

Gemeinsam ist diesen Beiträgen die Darstellung der Umverteilungswirkungen von Sozialleistungen aus der "Sicht von Altersgruppen und Kohorten" (Conrad 1990, 297), manchmal ausdifferenziert in weitere Richtungen, wie Geschlecht und Rasse, aber eben nicht entlang traditioneller sozialstruktureller Ungleichheitskategorien wie Klasse und Schicht.

Interessant ist die doppelte Struktur der Debatten in den USA: Die Wissenschaft liefert die methodischen Vergleiche altersspezifischer Wohlfahrtseffekte im Lichte der Demographie und damit entsprechendes empirisches Material, das politisch für Ausgrenzungs- und Stigmatisierungskampagnen genutzt werden konnte, z.T. gegen die Intention der Verfasser solcher Studien, aber zu einem erheblichen Teil auch mit ihr (Minkler/ Robertson 1991, 10).

Wer hier wen befruchtet hat - die Wissenschaft die Politik oder umgekehrt - ist wohl kaum eindeutig nachzuweisen. Als Hintergrund kann jedoch genannt werden, daß der auslösende Bericht auf wissenschaftlicher Ebene von Samuel H. Preston (1984) in einem austeritären politischen Klima des Einfrierens der Sozialausgaben verfaßt wurde. Die Deckelung der Sozialausgaben lieferte der Wissenschaft den Rahmen für derartige vergleichende Studien (Hin-



richs 1993, 24). Weitere Rahmenbedingungen sind einerseits die Fortschreibung des bestehenden Finanzierungsmodells und andererseits die vorgefundene Verschlechterung der Einkommenssituation anderer Bevölkerungsteile. Dieser "Frame"<sup>4</sup> wurde als Grundlage der Studien und zur Formulierung auf ihnen basierender Handlungsoptionen akzeptiert.

Nimmt man diese Parameter als gegeben an, so ergibt sich eine Problemkonstellation, die auch lautere Wissenschaftlicher wie Christoph Conrad zu der Einschätzung führt, daß "eine tiefgreifende Herausforderung für die Legitimation der real existierenden Umverteilungspolitiken" (Conrad 1990, 298) besteht.

Bisher hat diese Debatte kaum zu Politikergebnissen auf Bundesebene geführt, vermutlich weil die bestehenden Programme für die Alten weiterhin einen starken Rückhalt in der Bevölkerung aufweisen. Umfrageergebnisse legen diesen Schluß nahe (Minkler/ Robertson 1991, 19). Einzelne Staaten haben jedoch im Gesundheitsbereich Rationierungsprogramme aufgelegt, die die Empfänger von Medicaid Leistungen betreffen. Am meisten diskutiert wurde der 1987 verabschiedete "Oregon Basic Health Services Act", der die Streichung gewisser lebensverlängernder Maßnahmen zugunsten einer verstärkten Basisversorgung vorsieht (Daniels 1991, 2232). Auch wenn der Anteil an alten Menschen unter den Empfängern von Medicaid Leistungen hoch ist, so ist dies keine explizite Altersrationierung, sondern eine Armutsrationierung.

## **Zusammenfassung**

Versucht man eine Grundstruktur der Argumentationen herauszudestillieren ergibt sich folgende Thesenkette: Die Sozialleistungsquote wird als politische Konstante gesetzt. Die Altersgruppen stehen damit im Verteilungswettkampf, da die Ressourcen knapp sind. Die Knappheit der Ressourcen erfordert deshalb einen gerechten Ausgleich zwischen den Generationen. Da das bestehende System die gegenwärtig Alten bevorzugt, müßten konsequenterweise die Ansprüche der Alten an der Versorgung reduziert werden.

---

<sup>4</sup> Rothgang und Haug (1993) entwickeln ein interessantes Bounded-Rationality-Modell, daß mit den Handlungsleitenden Komponenten Habits und Frames arbeitet. Beispielhaft werden Framing-Prozesse anhand einiger gesundheitspolitischer Entscheidungen nachgewiesen (Rothgang/ Haug 1993, 36ff). Zum Begriff des Frames vgl. Nullmeier (1993, 178ff).

### 3 Die wissenschaftliche Diskussion

Die in den us-amerikanischen Wissenschaften geführte "Generational Equity"-, "Age/Race-War"-Debatte, ist ein Versuch des empirischen Nachweises ungleicher Verteilung öffentlicher Ressourcen entlang von Altersmerkmalen.<sup>5</sup> Einige der beteiligten Autoren haben außerdem dezidierte Policy-Vorschläge entwickelt.

Es lassen sich folgende Hauptdiskussionstränge der empirischen Analyse unterscheiden:

1. *Junge* vs *Alte*

Preston

2. *Erwerbstätige* vs *Rentner*

Taylor

3. *Baby Boom G.* vs *Wohlfahrtsgeneration*

Thomson; Conrad; Longman

a) *Farbige* vs *Weißer ("race-war")*

Torres-Gil; Hayes-Bautista et al.

In den Analysen der 1. Kategorie (Preston 1984) wird das Schwergewicht auf einen Vergleich der Wohlfahrtsposition von Kindern mit der von Rentnern gelegt. Beklagt wird eine zunehmende Unterversorgung der Kinder bei gleichzeitiger Überversorgung der Rentner. Dies ist der Prototyp derartiger Analysen. Methodisch ist dieser Ansatz offen für weitere Ausdifferenzierungen. In der 2. Kategorie (Taylor 1986) wird der Ressourcentransfer im Lebenslauf zum Anlaß genommen, die Wohlfahrtsposition der Erwerbstätigen mit der der Rentner zu vergleichen. Es wird die These vertreten, daß die "Versorgungsklasse"<sup>6</sup> der Alten einen zu großen Anteil am Nationaleinkommen verkonsumiert, zu lasten der zur Zeit Erwerbstätigen. Analysen der 3. Kategorie (Longman 1987; Thomson 1990) beschäftigen sich mit Vergleichen errechneter Lebensnettotransfers verschiedener Generationen. Es wird die These

---

<sup>5</sup> Im Falle der "Race-War"-Debatte in Anlehnung an altersabhängige Statusmerkmale.

<sup>6</sup> vgl. Fußnote 5.

vertreten, daß sich die sogenannte Wohlfahrtsgeneration einen historisch einmaligen Nettogewinn verschafft hat, evolutionär bedingt oder sogar aktiv, auf Kosten der geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge, die damit "born to pay" sind. In Anlehnung an diese These wurde die Variable "Ethnizität" überprüft (Hayes-Bautista 1988; Torres-Gil/ Puccinelli 1994), mit dem Ergebnis, daß diese Wohlfahrtsgeneration überproportional aus Weißen besteht, während aufgrund von Kinderreichtum der ethnischen Minoritäten diese überproportional zur zahlenden Generation der "Baby Boomers" zählen. In den Medien wurde daraufhin das Bild von drohenden "age/race wars" an die Wand gemalt.

Obwohl durchaus unterschiedliche Blickwinkel vorherrschen, führt die Betrachtung von Wohlfahrtseffekten anhand von Altersmerkmalen anscheinend immer zu dem einem Ergebnis: Die derzeit Alten haben im Zeitraum 1970 bis heute ihre Wohlfahrtsposition entscheidend verbessert, während andere Altersgruppen negative Tendenzen zu verzeichnen haben. Diese Besserstellung, interpretiert als "Überversorgung", wurde von den Medien und der Politik vielfach zum Anlaß einer Skandalisierung genommen: vitale wohlhabende Alte leben auf Kosten der "ausgesaugten" Jugend (Hecló 1988, 381f).

Ein derartiger Problem-Frame öffnete die öffentlich-politische Debatte für radikale Reformvorschläge, im wesentlichen in Bezug auf das Gesundheitssystem als Hauptursache immer weiter steigender Leistungen für die Alten, die eine effektive und dauerhafte Kostendämpfung zum Ziel haben. Die Forderung nach einer Altersrationierung von Gesundheitsgütern war damit "salonfähig" geworden. Zumindest auf wissenschaftlicher Ebene<sup>7</sup> wurden zwei Vorschläge zur Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen (Callahan 1988; Daniels 1988) breit rezipiert und diskutiert, die unter gewissen Bedingungen die Altersrationierung bestimmter Leistungen - hier: lebensverlängernde Maßnahmen - rechtfertigen.

In den folgenden zwei Abschnitten werde ich exemplarisch drei Autoren vorstellen. Beginnen werde ich mit der Analyse von Preston (s.o.), als Prototyp einer empirischen Sicht (Abschnitt 3.1), die Wohlfahrtspositionen von Altersgruppen oder Kohorten untersucht. Als Vertreter einer auf eine derartige Problemverortung antwortenden Gerechtigkeitskonzeption, die in der Lage ist, eine Altersrationierung von Gesundheitsgütern zu legitimieren, werden die zwei Modelle der Philosophen/Medizinethiker Daniels und Callahan vorgestellt (Abschnitt 3.2). Die Abfolge der Vorstellung von empirischer und philosophischer Sicht erfolgt im Vorgriff auf die, in der abschließenden Diskussion, vertretene These einer Bezüglichkeit der beiden Sichten.

Es folgt eine Darstellung der Argumentationen.

### **3.1 Die empirisch-soziologische Sicht<sup>8</sup>: Preston**

Samuel Preston<sup>9</sup> veröffentlichte seine, heute als Prototyp derartiger Forschungsdesigns betrachtete (Conrad 1988, 218) vergleichende Studie (Preston 1984) mit dem Ziel, das Augenmerk von Wissenschaft und Politik auf die sich relativ zur Position der Alten verschlechternde Lage von Kindern in den USA zu richten, d.h. er untersucht Kohortenschicksale entlang der sozialpolitischen Statuszuschreibungskategorie "Alter".

Als methodischen Aufhänger für seine Studie benutzt Preston die Malthussche These<sup>10</sup> vom Gesetz der größeren Zahl in bezug auf die Verteilung begrenzter Ressourcen, wonach immer die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe vermehrt Ressourcenknappheit zu leiden habe (Malthus 1798), was im Zuge einer seit den 60er Jahren ständig wachsenden Anzahl an über 65jährigen, bei gleichzeitiger Abnahme der relativen und absoluten Größe der Kohorten der unter 15jährigen, zu der Erwartung führt, daß die relative Wohlstandsposition der letztgenannten Kohorten sich beständig verbessert haben müßte.<sup>11</sup>

Preston kommt in seiner Studie zum gegenteiligen Ergebnis und verknüpft diesen Befund mit der politischen These, daß öffentlich Ressourcen von der Altersgruppe der Jungen zu der der Alten verschoben wurden (Preston 1984, 436): "But let's be clear that the transfers from the working-age population to the elderly are also transfers away from children" (Preston 1984, 451).

### ***Indikatoren für die Schlechterstellung der Jungen gegenüber den Alten***

---

<sup>7</sup> zur Rezeption in den Medien oder der Politik stand leider kein Material zur Verfügung.

<sup>8</sup> unter empirisch soziologischer Sicht sollen hier empirische Untersuchungen und deskriptive Theorien verstanden werden.

<sup>9</sup> Preston ist ein Demographieforscher am Department of Sociology and Population Studies Center, University of Pennsylvania, Philadelphia. Die hier zitierte Studie war ursprünglich im Mai 1984 als Vortrag bei der Übernahme des Präsidentenamtes der Population Association of America gehalten worden.

<sup>10</sup> m.E. ist die Malthussche These, zumindest für Ökonomie und Soziologie, überholt. Die absolute Zahl einer Bevölkerungsgruppe wird nur noch als eine und nicht unbedingt entscheidende von mehreren Variablen betrachtet. In der Soziologie wird die Organisationsfähigkeit von Interessen als primäres Analyseinstrument von Verteilungspositionen betrachtet; z.B.: (Offe 1973; Olson 1968).

<sup>11</sup> Wenn Preston am Ende seines Artikels zum gegenteiligen Ergebnis kommt und die erfolgreiche Widerlegung der Malthusschen These proklamiert (Preston 1984, 450), erscheint dies etwas konstruiert, da sich das "Bevölkerungsgesetz" auf frühkapitalistische Gesellschaften bezieht, und politisch sich gegen Geltungs- bzw. Verteilungsansprüche des Proletariats richtete.

Anhand von Querschnittsdaten, die den Zeitraum 1960-82 abdecken, beschreibt Preston die sich verschlechternde Lage vieler Kinder, im Vergleich zur Gruppe der Alten (Preston 1984, 441-450). Als Indikatoren für diese Tendenz benutzt Preston (1.) Armutsquoten,<sup>12</sup> (2.) Sterbe- und (3.) Selbstmordraten (Preston 1984, 436-442).

Im Vergleich der Armutsquoten der Jahre 1970 und 1982 zeigt sich eine Umkehrung der Verhältnisse: Während 1970 sich 24,6% der über 65jährigen und 15,6% der unter 14jährigen unterhalb der Armutsschwelle befanden, waren es 1982 nur noch 14,6% der über 65jährigen aber dafür 23,1% der unter 14jährigen<sup>13</sup> (Preston 1984, 453). Bezieht man den Transfer von Sachleistungen (umgerechnet 6 Mrd. \$ 1968 und 98 Mrd. \$ 1982) mit ein, so wird die Differenz umso größer: bei den über 65jährigen sinkt dann die Armutsquote 1982 auf 3,5%, während die der unter 6jährigen nur auf 17,2% fällt. Die hier verrechneten Sachleistungen umfassen im wesentlichen medizinische Leistungen, deren primäre Nutznießer die Alten sind (Preston 1984, 436f).

Um zeigen zu können, wie erfolgreich die Ausweitung öffentlicher Gesundheitsleistungen war, in Bezug auf die Überlebenschancen der Altersgruppen, wird die Entwicklung der Sterberaten der Jahre 1968 und 1980 untersucht. Es zeigt sich, daß die Lebenserwartung der über 65jährigen am meisten zugenommen hat, während die der Kinder und jungen Erwachsenen am wenigsten gewachsen ist. Obwohl nur bei den Frauen statistisch auffällig, vermutet Preston einen Zusammenhang zwischen dem Einsetzen des Medicare-Versicherungsschutzes mit Erreichen des 65sten Lebensjahrs und einem überproportionalen Anstieg der Lebenserwartung nach dieser Grenze (Preston 1984, 441f).

Als sozialer Indikator der Entwicklung des Wohlbefindens von Jungen und Alten vergleicht Preston die Selbstmordraten der Jahre 1960-61 und 1981-82. Der Steigerungsfaktor der Selbstmordraten, bezogen auf die Altersstruktur, betrug 1960-61 nahezu einheitlich 5 Prozentpunkte<sup>14</sup>. Bis 1981-82 hat sich diese Tendenz jedoch stark abgeschwächt und beträgt nur noch 1,5 Punkte, was an einem starken Rückgang der Selbstmorde unter Rentnern liegt, bei

---

<sup>12</sup> Wie immer besteht Unklarheit über die Aussagekraft der verwendeten Armutsschwelle (hier: Armutsschwelle des Census Bureau; Bedarfsermittlung: 3facher Satz des Economy Food Plan des Department of Agriculture). Zumindest auffällig ist, daß weitaus mehr ältere als jüngere Haushalte unmittelbar oberhalb der gewählten Einkommensgrenzen liegen. Außerdem führt eine Deaggregation der Altersgruppen zu ganz anderen Ergebnissen: z.B. zeichnet sich die in Zukunft besonders stark wachsende Gruppe der Hochbetagten (85+) durch eine überdurchschnittliche Armutsquote (insbs. alleinstehende Frauen) aus (Minkler/ Robertson 1991, 13f).

<sup>13</sup> errechneter Mittelwert aus Prozentzahlen dreier Altersgruppen.

<sup>14</sup> Altersgruppenbildung in 10-Jahres-Schritten, angefangen bei der Gruppe der 5-14jährigen; letzte Kategorie sind die über 85jährigen (Preston 1984, 453).

gleichzeitigem und ebenso starkem Anstieg der Selbstmorde unter 15-24jährigen (Preston 1984, 437, 453).

Die beschriebenen negativen Wohlfahrtseffekte für die nachwachsende Generation sind, nach Preston, bedingt durch (1.) Umbrüche in der Familienstruktur, (2.) den Niedergang des öffentlichen Bildungswesens, sowie (3.) die gesamte Verteilungsrichtung der Sozialausgaben seit den 70er Jahren.

Während die Altersversorgung sozialisiert worden ist, blieben die Kosten der Versorgung Minderjähriger im wesentlichen privatisiert, d.h. in der Familie. Ausführlich beschreibt Preston deshalb die veränderte gesellschaftliche Lage der Familie. Als problematisch betrachtet er insbesondere den größer werdenden Anteil alleinerziehender Mütter, aufgrund steigender Scheidungsraten, in Verbindung mit einer geringen Quote an Unterhalt zahlenden Vätern. 1978 erhielten nur 41,4% der von ihren Vätern getrennt lebenden Kinder Unterhaltsleistungen. Die Armutsquoten in diesen unvollständigen Familien ist entsprechend hoch: 1982 lebten 56% der Kinder von Alleinerziehenden Müttern unterhalb der Armutsschwelle. 1970 war der Prozentsatz entsprechend, so daß sich 44% der gestiegenen Armut unter Kindern mit der Variable "Anteil der Haushalte Alleinerziehender Mütter" erklären läßt .

Das Bildungswesen, als primärer Ort öffentlicher Transfers für die nachwachsende Generation, weist ebenfalls deutlich negative Tendenzen auf. Nimmt man die offiziell ermittelten Lernerfolgsquoten als Maßstab der Leistungsfähigkeit des Bildungssystems, ergibt sich folgender Trend: zwischen 1963 und 1980 sank die Summe der Testergebnisse um 90 Punkte (Preston macht keine Angaben zum Gesamtpunktniveau). Außerdem sank die Quote der High-School-Absolventen von 76,3% (1965) auf 73,6% im Jahre 1980. Erstmals in der Geschichte der USA drohte damit das Bildungsniveau einer Generation unter das ihrer Eltern zu sinken (Preston 1984, 440f). Erklären lassen sich dies mit einer Fehlallokation: statt in die Qualität der Lehrkräfte (durch Ausbildung und entsprechende Entlohnung) wurde in deren Quantität (kleinere Klassen) investiert (Preston 1984, 449f).

Preston betrachtet die Entwicklung der Sozialausgaben unter diesen Vorzeichen. Zwischen 1960 und 1979 blieb zwar die pro Kopf Verteilungsrelation konstant, jedoch bei starkem Mengenwachstum der Transfers. Die Relation der Ausgaben war 3:1 (Alt:Jung), so daß in absoluten Zahlen die Alten dreimal so stark vom Ausbau des Wohlfahrtsstaats profitiert haben. Nach 1979 kam es dann auch zu einer Veränderung der relativen Verteilungsposition. Im Zuge von Budget-Konsolidierungsmaßnahmen (schon unter Carter, aber insbesondere unter der Reagan Administration) wurden viele Programme, die die Wohlfahrt von Kindern

zum Ziel hatten, zusammengestrichen, während die Ausgabenblöcke für die Alten unangetastet blieben, oder sogar ein weiterer Leistungsausbau stattfand. In Bezug auf die Verteilung von Medicaid Leistungen, der Krankenversicherung für Arme, kam es zu einer parallelen Entwicklung: Der Anteil der Kinder an der Gesamtsumme der Leistungen sank von 14,9% (1979) auf 11,9% (1982), obwohl der Anteil der Kinder an den Leistungsberechtigten gestiegen ist. Die Bedarfsdeckung der "Hilfe für Familien mit abhängigen Kindern" (AFDC) fiel im gleichen Zeitraum von 72% auf 52%. Währenddessen stiegen die Medicare (Krankenversicherung der Rentner) und Medicaid Ausgaben um 63%. Im Endergebnis führte dies 1984 zu einer pro Kopf Verteilungsrelation von ca. 10:1 (Alt:Jung), im Vergleich der Budgets der wesentlichen öffentlichen Programme für Alte und Junge (Preston 1984, 437, 440).

### ***Gründe für die verteilungspolitische Schlechterstellung der Jungen gegenüber den Alten***

Gründe für die Ausweitung und Verschiebung staatlicher Transferleistungen hin zu der Gruppe der Alten sieht Preston (1.) in der kulturell und sozialpolitisch induzierten demographischen Verschiebung. Neben Bedarfsausweitungen durch gestiegene Lebenserwartung<sup>15</sup>, unterstellt er das Wirken eines Gesetzes der höheren Zahl in modernen Massendemokratien. Die Wirkung der demographischen Verschiebung wird als Kernvariable betrachtet und muß bei den folgenden zwei Begründungen mitgedacht werden (Preston 1984, 441, 450f).

Wesentlich sei außerdem (2.) die bessere Organisationsfähigkeit der Alten gegenüber den Jungen (Stärke der "Grey Lobby Groups"). Abgesehen von der durchschnittlich höheren Ressourcenausstattung der Alten, zur Verfolgung politischer Ziele, wird die bessere Organisationsfähigkeit auch mit dem Phänomen der doppelten Alterserfahrung begründet: entweder man ist schon alt oder geht davon aus es einmal zu sein. Für die Jungen gilt dies nicht, denn sobald man politikfähig wird, ist diese Statusphase beendet (Preston 1984, 446).

(3.) Allein die Eltern hätten ein rationales Interesse am Ausbau von Leistungen für Kinder und Jugendliche. Seit den 60er Jahren habe jedoch die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Familie abgenommen. Einmal dadurch bedingt, daß einfach immer weniger Kinder geboren wurden, außerdem bedingt durch Absentismus von Vätern, einer Zunahme der Scheidungsrate, sowie einer geringeren Verweildauer der Kinder im Elternhaus (Preston 1984, 443f, 446f). Letztere These, die Betonung negativer Effekte von Individualisierungsschüben,

---

<sup>15</sup> für den Gesundheitsbereich sieht Preston hier den klassischen Fall einer angebotsinduzierten Nachfrage (Preston 1984, 450).

durchzieht den gesamten Text. Insbesondere wird diese Einstellung in jenem Abschnitt deutlich, in dem Preston die erodierenden Familienverhältnisse beschreibt (Preston 1984, 441-445). In einer späteren Studie unternimmt er den Versuch der Formulierung einer "soziologischen Theorie der Fertilität in Industriegesellschaften", in der er den Wertewandel verantwortlich macht für Geburtenrückgang und damit Überalterung der Gesellschaft (Preston 1987).<sup>16</sup>

### **Schlußfolgerungen**

Preston stellt fest, daß die Kohorten der heute (1982) über 65jährigen weitaus stärker vom Ausbau des Wohlfahrtsstaates profitiert haben, als die heute unter 15jährigen. Neben dieser auf spezifische Kohorten bezogenen Diagnose bestehe, aus den o.g. Gründen, außerdem die generelle Tendenz einer Begünstigung des Risikos Alter gegenüber dem Risiko Kindheit und Jugend. Preston zeichnet das Bild einer kalten Gesellschaft: obwohl der grundsätzliche Förderungsbedarf für Kinder und Jugendliche zunimmt (erodierende Familienverhältnisse), der Ressourcentransfer ineffizient ist (leistungsschwaches Bildungssystem) und die Versorgung der Alten einen historischen Höchststand erreicht hat, findet keine sozialpolitische Umsteuerung statt (Preston 1984, 448ff).

In seinen Schlußfolgerungen legt Preston das Schwergewicht auf zwei Gegenüberstellungen. Erstens vertritt er die volkswirtschaftliche These, daß Ausgaben für die Alten generell rein konsumptiven Charakter besitzen, während Ausgaben für die Jungen immer auch Zukunftsinvestitionen darstellen, womit er indirekt den Wohlfahrtsgewinn der Alten verantwortlich macht für künftige ökonomische Krisen: "The reorientation towards the elderly is thus consistent with the declining share of GNP that is represented by savings and with dramatically rising debt service burdens on future generations" (Preston 1984, 452).

Zweitens sieht er die Gesellschaft vor die (rhetorische) Frage gestellt, ob als Basis politischer Entscheidungen künftig verstärkt das Gemeinwohl oder weiterhin die Förderung von Partikularinteressen dienen sollte. Letztere Option verknüpft er mit einem düsteren Ausblick: "If only our individual futures matter, then our concern will naturally focus on ourselves as older persons and we will continue down the road that we appear to be on" (Preston 1984, 452).

---

<sup>16</sup> Insofern ließe sich sein Artikel durchaus auch im Rahmen der Kommunitarismusdebatte verorten (vgl. Absch. 3.2), z.B. in den Erörterungen zum Thema Patriotismus als notwendiger Tugend zur Wahrung gesellschaftlich wünschenswerter Ziele; vgl. MacIntyre, 99f; Taylor, 110ff; in: (Honneth 1994)



Preston stellt fest, während die Bildungsausgaben den größten Anteil der staatlichen Transfers für Kinder und Jugendliche darstellen, sind Gesundheitsleistungen die primäre Quelle staatlicher Transfers für die Alten (Preston 1984, 441). Gerade dieser Sachverhalt hat in den Folgejahren, im Zuge weiter steigender Gesundheitsausgaben und Versuchen der Reagan Administration diese zu begrenzen (Adams 1992, 427), dazu geführt, daß Prestons These von der Wohlstandssteigerung einer Kohorte zu Lasten einer anderen zum Hauptanknüpfungspunkt einer in Medien, Politik und Wissenschaft geführten Generationenkonflikt-Debatte wurde (Conrad 1988, 218; Minkler/ Robertson 1991, 8).

### **Zusammenfassung**

Preston übernimmt mit seinem Forschungsdesign den bereits in der öffentlichen Diskussion befindlichen Frame der Postulierung einer verteilungspolitischen Konkurrenz zwischen den Jungen und den Alten um öffentliche Ressourcen. Die von ihm herangezogenen Querschnittsdaten der Jahre 1970 und 1982, zur jeweiligen relativen Wohlfahrtsposition der Alten und der Jungen, sind recht deutlich, was die Tendenz einer zunehmenden Besserstellung der Alten gegenüber den Jungen betrifft.

Für ursächlich hält Preston drei Variablen: 1. die demographische Verschiebung unter Bedingungen der Mehrheitsdemokratie, 2. die bessere Organisationsfähigkeit der Interessen der Alten und 3. die gesellschaftlichen Individualisierungsprozesse, womit er eine Abkehr von kollektiven Zielen (hier: Förderung der nachwachsenden Generation) verbindet.

Implizit sind seiner Analyse vier für die weitere wissenschaftliche Diskussion zentrale Thesen: 1. das Sozialbudget ist eine inelastische Ressource, 2. eine Verteilung *hin* zum Statusmerkmal "Alt" ist immer auch eine Verteilung *weg* vom Statusmerkmal "Jung", 3. die Kohorten der derzeit Alten sind vom Ausbau des Wohlfahrtsstaates überproportional begünstigt worden, und 4. die Tendenz einer sozialpolitischen Begünstigung des Risikos Alter wird weiter anhalten.

Auch wenn Preston selbst sich bezüglich der Policy-Implicationen sehr bedeckt hielt - andere waren da nicht so zurückhaltend...

### 3.2 Die philosophische Sicht<sup>17</sup>

Nach dieser empirischen Analyse des Problems folgt nun die Darstellung von zwei "Therapievorschlägen"<sup>18</sup>, namentlich der von Norman Daniels und Daniel Callahan. Beide Autoren nehmen die von Preston und anderen beschriebenen Umverteilungen von Jung zu Alt sowie die vorhandenen und erwarteten Kostendynamiken im Gesundheitswesen zum Anlaß, Modelle einer ethischen Begründbarkeit der Altersrationierung von Gesundheitsgütern zu entwerfen. In ihrer Letztbegründung sind die Argumentationen allerdings prinzipieller Natur, da sie auf der theoretischen Überlegung basieren, daß Gesundheitsgüter immer knapp sind, da Gesundheitsbedarfe nahezu unendlich seien. Brock stellt diese beiden Entwürfe in den Zusammenhang der in den USA sehr prominenten Kommunitarismus-Debatte: "Daniels' s argument is squarely within the tradition of political liberalism, while Callahan calls on a communitarian political philosophy" (Brock 1989, 298)<sup>19</sup>. Dies ist insofern interessant, als daß auf unterschiedlichen Wegen zu ähnlichen Schlußfolgerungen gelangt wird.

Beide Autoren setzen sich mit der Frage auseinander, ob und welche Arten von Verpflichtungen zur Versorgung der Alten bestehen. Unisono kommen sie zu dem Ergebnis, daß es für die Herleitung eines Primats der Versorgung durch die eigenen Kinder kein gültiges allgemeines moralisches Argument gibt und außerdem kein öffentlicher Konsens über Art und Höhe von Verpflichtungen gegenüber den Eltern besteht (Callahan 1988, 84ff; Daniels 1988, 28ff).<sup>20</sup> Im Lichte der demographischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und der daraus resultierenden erhöhten Gesundheitsbedarfe älterer Menschen, sehen Daniels und Callahan keine andere Möglichkeit, als daß über staatliche Institutionen eine gerechte Verteilung von Ressourcen erreicht wird.

1965 wurde vom Kongreß das Medicare-Gesetz<sup>21</sup> verabschiedet, daß den Anspruch zum Ausdruck bringt, daß alte Menschen ein Anrecht haben auf "the best possible physical and mental health which science can make available and without regard to economic status" (Callahan

---

<sup>17</sup> unter philosophischer Sicht sollen hier normative Theorien verstanden werden.

<sup>18</sup> in Anlehnung an die von Volker Schmidt im Kurs "Rationierung von Gesundheitsgütern" gewählte Systematik.

<sup>19</sup> zu einer ähnlichen Einordnung kommt auch Churchill (1989, 171).

<sup>20</sup> anscheinend gab es Mitte der 80er Jahre im Rahmen intendierter Budget-Entlastungseffekte verstärkt Versuche, den Subsidiaritätsgedanken auf die Versorgung alter Menschen mit Gesundheitsgütern anzuwenden (Callahan 1988, 84). Auch wenn diese Versuche weitgehend gescheitert sind, ist es m.E. für die neuere Wohlfahrtsstaatstheorie interessant, daß ein für konservative Wohlfahrtsstaaten typischer Regulierungsmodus in das Sozialleistungsrecht des Prototypen des "liberalen Wohlfahrtsstaates" (Esping-Andersen 1990) Eingang gefunden hat.

<sup>21</sup> Older Americans Act: Gesetz über die Einführung einer Sozialversicherung für Rentner.

lahan 1988, 109). Unter dieser Maßgabe, vorausgesetzt, daß ein gleicher Anspruch aller Altersgruppen existiert, würde unter Bedingungen begrenzter Ressourcen die medizinische Bedürftigkeit das alleinige Rationierungskriterium sein. Entgegen dieser vorherrschenden Meinung (Brock 1989, 299) versuchen Daniels und Callahan, wenn auch aus unterschiedlichen Richtungen kommend, eine altersrelationale Bedürftigkeit zu begründen: Die Rationierung von Gesundheitsgütern für alte Menschen sei damit zu rechtfertigen, daß eine Umverteilung von Ressourcen im Lebenslauf allen Bürgern zu einem früheren Zeitpunkt ihres Lebens zu gute käme<sup>22</sup> (Levinsky 1990, 1814).

Es folgt eine Darstellung der Positionen von Daniels und Callahan im Einzelnen.

### **3.2.1 Daniels: der kluge Mensch plant vor<sup>23</sup>**

Norman Daniels<sup>24</sup>, der sich schon lange mit Fragen der gerechten Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen beschäftigt, veröffentlichte ein Jahr nach Preston sein Buch *"Just Health Care"* (Daniels 1993)<sup>25</sup>, daß den Anspruch hegt, in Anlehnung an Rawls<sup>26</sup>, eine Theorie distributiver Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu sein. In dem später erschienenen Buch *"Am I my Parents Keeper?"* (Daniels 1988), daß eine Erweiterung des gleichlautenden 5. Kapitels des erstgenannten Buches ist, konzentriert er sich auf die Frage der gerechten Verteilung von Gesundheitsgütern zwischen den Generationen, wobei für ihn das entscheidende Problem die gerechte Allokation von Ressourcen im Lebenslauf ist: "The Prudential Lifespan Account". Insofern ist für ihn die von Preston und anderen thematisierte Kohortendivergenz sekundär<sup>27</sup>, d.h. eine Frage der Feinsteuerung (Daniels 1990, 59).

Da die Kohortenproblematik ein wesentlicher Aufhänger für die Generational Equity Debatte ist, könnte man an dieser Stelle Daniels als irrelevant für die Debatte ausklammern.<sup>28</sup> Abge-

---

<sup>22</sup> explizit bei Daniels und implizit bei Callahan, indem er eine Sinn- bzw. Funktionsbestimmung der drei Lebensphasen Kindheit/Jugend, Reife und Alter vornimmt (Callahan 1988, 43; Daniels 1988, 155).

<sup>23</sup> vorsicht: Ironie!!!

<sup>24</sup> Daniels ist Philosoph an der Tufts University in Boston.

<sup>25</sup> zuerst erschienen 1985.

<sup>26</sup> John Rawls ist Professor der Philosophie an der Harvard University. In seinem bedeutendsten Werk, "A Theory of Justice", zuerst erschienen 1971, widmet er sich unter anderem der Frage der gerechten Verteilung zwischen den Generationen. Mittels seiner Konzeption von Gerechtigkeit als Fairneß, kommt er zu dem Schluß, daß frühere Generationen eine Sparverpflichtung gegenüber folgenden haben (Rawls 1994, 319-327).

<sup>27</sup> allerdings sieht Daniels das genau anders herum, er unterstellt Preston eine unbewußte Adressierung der Altersgruppenproblematik, wenn dieser von individualistischer versus kollektiver Orientierung spricht (Daniels 1990, 60, 77; Preston 1984, 452).

<sup>28</sup> auf einer interdisziplinären Tagung über langfristige Perspektiven der Alterssicherung wurde ihm die Vernachlässigung der Kohortenproblematik vorgeworfen (Conrad 1988, 219).

sehen von seiner publizistischen Prominenz innerhalb der Debatte gibt es aber auch inhaltliche Gründe, seine Position als einen Standpunkt innerhalb der Debatte zu behandeln. Gerade sein Insistieren auf die Relevanz der Betrachtung von Altersgruppen bei der Frage nach einer gerechten Verteilung von Ressourcen ist ein, wenn nicht sogar *das* zentrale Konstrukt der Generationenkonfliktdebatte<sup>29</sup>. Daniels verallgemeinert die empirische Frage nach Gewinnern und Verlierern wohlfahrtsstaatlicher Expansion - die Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe ersetzt die bisher dominanten Kategorien der Schichtzugehörigkeit und Stellung auf dem Arbeitsmarkt bei der Analyse von Verteilungskonflikten (vgl. z.B. Schäfers, 1992, 180f) - in dem er, über die Kohortenanalyse hinausgehend, die Zeitgebundenheit sozialer Probleme ersteinmal ignoriert:

*"The Notion of an age group abstracts from the distinctiveness of birth cohorts and considers people solely by reference to their place in the lifespan (...) We are concerned with a common problem about justice between the old and the young that persists through the flux of ageing birth cohorts" (Daniels 1990, 58).*

Für Daniels ist dies eine integrative Betrachtungsweise, mit der er die soziale Sprengkraft des Generational-Equity Diskurses zu entschärfen trachtet: "Justice between age groups ... is a problem best solved if we stop thinking of the old and the young as distinct groups. We age. The Young become the old" (Daniels 1988, 18).

Er schlägt stattdessen vor, sich zu fragen, wie eine gerechte oder "faire" Verteilung an Ressourcen über das gesamte Leben eines Menschen aussehen könnte. Dies ist der Kunstgriff mit dem er sich dem Vorwurf des "ageism"<sup>30</sup> zu entziehen gedenkt: Das Alter eines Menschen ist deswegen eine für Theorien der Verteilungsgerechtigkeit zulässige Kategorie, weil im Gegensatz zur Diskriminierung nach Hautfarbe oder Geschlecht prinzipiell jeder diese Attribution und ihre Vor- oder Nachteile erfahren wird (Daniels 1988, 41f), womit dem allgemeinen Gleichheitspostulat der Verteilungsgerechtigkeit genüge getan wäre: "An institution which treats the young and the old differently will, over time, still treat people equally" (Daniels 1990, 61). Zur Konzeption von Gerechtigkeit im Folgenden mehr.

---

<sup>29</sup> wenn es, wie hier der Fall, um die allen Debattensträngen gemeinsamen Charakteristika geht, wird deshalb von *der* Generationenkonflikt-Debatte gesprochen, auch wenn es gute Gründe gibt von mehreren mehr oder minder parallelen Debattensträngen zu sprechen, sofern es um die Unterschiede geht.

<sup>30</sup> in der amerikanischen Debatte analog zu "racism", "sexism" verwendeter Begriff zur Abwehr von Angriffen auf den Wohlfahrtsstatus von alten Menschen.

### ***Maßstab der Gerechtigkeit: Die "normale Bandbreite an Lebenschancen"*<sup>31</sup>**

Jeder, der behauptet eine konsistente Gerechtigkeitsvorstellung als Maßstab seiner Erörterung zu benutzen, muß diese explizieren. Daniels leitet aus der Rawlsschen Gerechtigkeitstheorie, als seinem primären Maßstab einer Theorie der gerechten Verteilung von Gesundheitsgütern, die Forderung nach Chancengleichheit ab. Die Definition der zu wahrenen "normalen Bandbreite an Lebenschancen" beinhaltet eine Differenzierung der Bevölkerung nach Personen mit gleichen Fertigkeiten und Talenten, da nur innerhalb so geordneter Bevölkerungsgruppen die Bandbreite gleich ist. Demzufolge ist die "Fairneß"<sup>32</sup> oder Gerechtigkeit eines Gesundheitssystems damit bestimmt, welche Auswirkungen es auf die so definierte Chancengleichheit hat. Chancengleichheit ist dann gegeben, wenn die Verwirklichung von so definierten "vernünftigen" Lebenszielen nicht durch Krankheiten behindert wird (Daniels 1988, 70).

Bis zu diesem Punkt bewegt sich Daniels im Rahmen weitgehend akzeptierter Vorstellungen. Er fügt jedoch eine weitere Bestimmung in die Definition der "normalen Lebenschancen" ein - das Alter eines Menschen. Typischerweise sei es so, daß die Menschen in verschiedenen Lebensphasen, wie Kindheit, die Zeit der Erwerbstätigkeit und Alter, unterschiedliche und unterschiedlich gewichtete Lebensziele verfolgen. Daraus ergibt sich für Daniels eine "altersrelative normale Bandbreite an Lebenschancen"<sup>33</sup>, die eine lebensphasen-spezifische Allokation von Gesundheitsgütern nach sich zieht (Daniels 1988, 74-82).

### ***Das Problem und seine Lösung: Das "kluge Lebensspannen-Konto"*<sup>34</sup>**

Die Idee des "Prudential Lifespan Account" bündelt die sich aus den zuvor ausgeführten Gerechtigkeitskriterien ergebenden Konsequenzen für die Verteilung von Gesundheitsgütern unter spezifischen Bedingungen:

Daniels betrachtet die gegenwärtige Lage in den USA als eine Verteilungssituation unter Bedingungen gemäßiger Knappheit (Daniels 1988, 18), d.h. die eine oder andere Gesundheitsleistung kann nicht für alle, denen sie einen marginalen Gesundheitsnutzen bringen würde, verfügbar gemacht werden. Mittels eines Rawlsschen Gedankenexperiments wird nun ein

---

<sup>31</sup> "normal opportunity range" (Daniels 1988, 69).

<sup>32</sup> "Gerechtigkeit als Fairneß", Definition siehe Rawls (1994, 27-34).

<sup>33</sup> "age-relative normal opportunity range" (Daniels 1988, 74).

<sup>34</sup> "Prudential Lifespan Account" (Daniels 1988, 40-65).

"kluger Entscheider" ("prudential deliberator" (Daniels 1988, 73ff))<sup>35</sup> unter dem "Schleier des Nichtwissens"<sup>36</sup> mit der beschriebenen Situation konfrontiert und soll darüber befinden, wie die fixe Summe seiner ihm über die gesamte Lebensspanne zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen am besten zu verteilen ist, um den höchsten persönlichen lebensphasenspezifischen Durchschnittsnutzen zu erzielen. Da er nicht weiß, in welcher Lebensphase er sich befindet, kann er keine simplen Zeitfolgepräferenzen setzen.

### ***Skizze der Implikationen einer Umsetzung: Die "normale Lebensspanne"***<sup>37</sup>

Daniels isoliert ein zentrales Bezugsgrößenproblem: die "Lebensspanne". Je nachdem, ob man die derzeitige durchschnittliche Lebenserwartung oder eine Lebensspanne oberhalb dieser Lebenserwartung als Bezugsgröße wählt, verändert sich die Verteilungswirkung. Geht man von einem Nullsummenspiel<sup>38</sup> aus, müßte man im Falle des Ziels der bedarfsdeckenden Versorgung bis ins hohe Alter, Gesundheitsbedarfe zu einem früheren Zeitpunkt im Leben unterversorgt lassen. Dies hätte Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit, überhaupt alt zu werden: "we increase our chance of living a longer-than-normal lifespan at the cost of reducing our chances of reaching a normal lifespan" (Daniels 1988, 87). In Anwendung der "maximin"<sup>39</sup> Regel gäbe es eine eindeutige Entscheidung zugunsten der risikoaversen "normal lifespan". Nimmt man die "Standard" Regel<sup>40</sup>, muß als Zusatzbedingung eine typische Präferenzierung der frühen und mittleren Jahre als Maßstab der Verwirklichung von Lebensplänen unterstellt werden, um zum gleichen Ergebnis zu kommen.<sup>41</sup>

Unter den gemachten Annahmen gäbe es also Situationen, in denen es für einen "prudential deliberator" vernünftig sei, die verfügbaren Ressourcen so einzusetzen, daß er die Wahr-

---

<sup>35</sup> Anzumerken ist an dieser Stelle, daß m.E. sowohl Rawls als auch Daniels das Modell des Eigennutzen maximierenden Individuums nur benutzen, um mit möglichst schwachen anthropologischen Annahmen in einer pluralistischen Gesellschaft kollektive Ziele begründen zu können und nicht, weil sie dieses Modell für eine realistische Annahme halten.

<sup>36</sup> die hier verwendeten Nebenbedingungen sollen aus Sparsamkeitsgründen nicht ausgeführt werden. (Daniels 1988, 73-76; Daniels 1990, 63-66)

<sup>37</sup> "normal lifespan" (Daniels, 1988, 86-89)

<sup>38</sup> hier: keine Ressourcenvermehrung durch Beitragssatzsteigerung etc., sowie keine Zusatzeffekte durch unterschiedliche Verteilung im Lebenslauf.

<sup>39</sup> "maximin" = minimiere den GAU (in Umfang oder Eintrittswahrscheinlichkeit).

<sup>40</sup> "standard rule" = maximiere den erwarteten Nettogewinn; erwarteter Nettogewinn = Produkt aus Gewinn und Gewinnwahrscheinlichkeit. Sowohl diese als auch die "maximin" Regel sind anerkannte Rational Choice Verfahrensgrundsätze.

<sup>41</sup> An dieser Stelle wird m.E. deutlich, daß Daniels die Existenz institutionalisierter Lebensperspektiven voraussetzt und als Basis für die Konstruktion eines gerechten Gesundheitssystems benutzt.

scheinlichkeit maximiert, durchschnittlich alt zu werden, d.h die "normale Lebensspanne" als Bezugsgröße wählt, und nicht maximal Reserven zur Finanzierung lebensverlängernder Maßnahmen im hohen Alter aufspart (Daniels 1988, 86ff). Im Klartext: unter Bedingungen gemäßiger Knappheit hält es Daniels für vernünftig und damit gerecht, die eine oder andere Form der "reinen Altersrationierung"<sup>42</sup> einzuführen, wie z.B. keine Dialyse für über 75-jährige.

Die Anwendung des "Prudential Lifespan Account" würde jedoch in einem anderen Bereich die Ausweitung von Leistungen für ältere Menschen bedeuten: dem in den USA wohl sehr unterentwickelten Bereich der Versorgung mit Langzeit-Pflegediensten. Pflegebedarfe werden von Daniels charakterisiert als langfristige Beeinträchtigungen der Gesundheit, die normalerweise nicht lebensbedrohlich sind, aber einen, aufgrund ihrer Art und Langfristigkeit, gravierenden negativen Einfluß auf die Realisierbarkeit von ansonsten vernünftigen Lebensplänen haben. Um Familien vor übermäßigen Belastungen zu schützen, im Interesse sowohl der Jungen als auch der Alten, würde ein "kluger Entscheider" eine angemessen ausgestattete öffentliche und/oder private Pflegeversicherung einrichten:

*"Prudent deliberators would want to protect themselves against the contingency that they have no family supports to provide long-term care ... they would want to protect their normal opportunity range by providing the least restrictive forms of long-term care possible"*

Daniels räumt jedoch sofort ein, daß ein permanenter "trade-off" zwischen der Ausweitung von Pflegediensten und Akuttherapien besteht. Eine Folge könnte sein, daß es vernünftig erscheint, einige nur kurzfristig lebenserhaltenden Maßnahmen, selbst für junge Menschen, nicht vorzuhalten, zugunsten besserer Langzeit-Pflegedienste, da diese einen größeren Nutzen in Bezug auf die Verwirklichung von Lebensplänen zu einem späteren Zeitpunkt im Leben versprechen. Die Verallgemeinerung der Bedeutung dieser Lebensphase, durch die demographische Alterung der Gesellschaft, werde in Zukunft über das Gesundheitssystem hinausgehende Anpassungen notwendig machen (Daniels 1988, 103-116).

## **Zusammenfassung**

---

<sup>42</sup> "pure age rationing" = Die Nichtbehandlung wird einzig und allein mit der gesellschaftlichen Entscheidung begründet, Patienten ab einem gewissen Alter diese Leistung vorzuenthalten.

Daniels sieht als Problem, die den gesellschaftlichen Konsens gefährdende Generational Equity Debatte und die Tendenz des bestehenden Gesundheitssystems, eine nicht zu rechtfertigende Ausdehnung kostenintensiver minimal lebensverlängernder Maßnahmen für Hochbetagte zu begünstigen. Mittels seiner vertragstheoretischen Erwägungen propagiert er ein rationales Modell prozeduraler Gerechtigkeit, daß die Gesundheitsbedarfskomplexität durch Normalitätsannahmen zu reduzieren trachtet, um so zu eindeutigen Entscheidungssituationen zu gelangen. Dieses Entscheidungsmodell hält er für konsensfähig und auf aktuelle Probleme des Gesundheitswesens anwendbar. Eine Anwendung seiner Theorie würde eine Konzentration der Ressourcen auf die Gesundheitsbedarfe innerhalb der "normal lifespan" bewirken. Ausdrücklich wäre das Gesundheitssystem um Langzeit-Pflegedienste zu erweitern, um die Lebensqualität der alten Menschen zu erhöhen. Je nach Knappheit der Mittel gäbe sein System Anlaß zu einer mehr oder weniger starken Rationierung der Gesundheitsgüter für Hochbetagte.

### **3.2.2 Callahan: keine lebensverlängernden Maßnahmen jenseits einer "natürlichen Lebensspanne"**

Ebenso wie Daniels hat sich Callahan<sup>43</sup> schon seit längerem mit dem Thema der ethischen Begründbarkeit der Rationierung von Gesundheitsgütern befaßt. Wesentliche Positionen, mit denen er in seinem Buch "Setting Limits" (Callahan 1988) aufsehen erregte, hat er schon 1977 vertreten, als von Kostendämpfung im Gesundheitswesen noch kaum jemand sprach (Churchill 1989, 307).

In seinem Buch unternimmt Callahan den Versuch einer normativen Begründung von Altersrationierung in Zeiten gemäßiger Knappheit an Gesundheitsgütern bzw. ökonomischen Ressourcen. Auf eine solche Situation bezogen formuliert er Gerechtigkeitskriterien, anhand derer die Zuteilung von Gesundheitsgütern vernünftigerweise erfolgen sollte. Er vertritt in Anlehnung an Daniels ein rationales Modell<sup>44</sup> der Ressourcenverteilung im Lebenslauf, basierend auf der Annahme/sozialen Konstruktion einer "natürlichen Lebensspanne" (Callahan 1988, 116). Im Gegensatz zu Daniels sind Callahans Thesen anthropologisch weitaus bedingtvoller, da er versucht eine Bestimmung der Rolle des Alters und des Todes im menschlichen Leben vorzunehmen. Letztendlich sind seine Thesen daher unabhängig von realer Ressourcenknappheit: "Even if we had unlimited resources, we would still be wise to establish

---

<sup>43</sup> Callahan ist Direktor des Hastings Center, einer Forschungsgesellschaft, die sich speziell mit den Problemen der Medizin-Ethik befaßt.

<sup>44</sup> ausdrücklich wird auf den von Daniels verwendeten Begriff von "prudence" verwiesen (vgl. Daniels, 1993, 104f).



boundaries" (Callahan 1988, 116). Die politische Relevanz seines Beitrags ist m.E., genauso wie bei Daniels, allerdings sehr wohl von der Konstatierung einer absoluten Ressourcenknappheit abhängig (vgl. Abschnitt 4). Als zentrales Problem betrachtet Callahan den durch das derzeitige Gesundheitssystem institutionalisierten "Alters-Bias" der Versorgung, bei ständig wachsenden und theoretisch unendlichen Gesundheitsbedarfen alter Menschen.

### ***Gründe für die Entstehung der Problemkonstellation***

Als Hintergrund für die Errichtung von staatlichen Altersversorgungssystemen wird die Absicht genannt, die ansonsten überforderten familialen Verpflichtungen gegenüber den Alten von der ökonomischen auf die affektionale Ebene zu verschieben und dadurch das Verhältnis der Generationen zu entlasten (Callahan 1988, 115). 1965 wurde mit Medicare eine spezielle staatliche Krankenversicherung für Rentner geschaffen (Callahan 1988, 116), die somit zu einer Institutionalisierung der Unterscheidung von Gesundheitsausgaben für Alte und Junge führte.<sup>45</sup>

Einerseits sei damit die angestrebte finanzielle Entlastung der Familie nur partiell erreicht worden, verstärkt durch veränderte Familienstrukturen und die gestiegene Lebenserwartung: z.B. ist die finanzielle Belastung für Familien im Falle längerer Pflegebedürftigkeit weiterhin hoch. Das derzeitige System der sozialen Sicherheit der Alten lasse sich demnach charakterisieren als eines der minimalen finanziellen Absicherung bei gleichzeitig existierender stark subventionierter und ausgebauter Gesundheitsversorgung (Callahan 1988, 117).

Andererseits geriet dadurch die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung der Alten, unter dem Vorzeichen stark ansteigender Ausgaben für das staatliche Medicare-Programm, mit Steigerungsraten weit über der Inflationsrate<sup>46</sup>, unter ökonomischen und utilitaristischen Rechtfertigungsdruck mit Fragen wie: ist die Versorgung kosteneffektiv, findet eine gerechte Verteilung statt, ist das Versicherungssystem effektiv und bezahlbar, welche Forschungsschwerpunkte werden gesetzt, usw. (Callahan 1988, 117).

Callahan konstatiert im Zusammenspiel von demographischer und medizintechnologischer Entwicklung einen immer weiter ansteigenden Finanzierungsanspruch der Alten an den Staat, bzw. die Gesellschaft (Callahan 1988, 117): "The combination of a growing number and pro-

---

<sup>45</sup> Der US-amerikanische marginale Wohlfahrtsstaat weist einen konzeptionellen Altersbias auf.

<sup>46</sup> Im Zeitraum von 1985-89 erfolgte für das Medicare-Programm ein durchschnittliches Ausgabenwachstum von 12,9% pro Jahr. Dies bedeutet eine um das ca. 2,7 fache höhere jährliche Steigerungsrate, als die der Verbraucherpreise (berechnet nach Callahan, 1988, 117; SozpolU, 1994, 208).

portion of the elderly and the application of constant medical progress to them ist the main engine of rising costs for the elderly" (Callahan 1991, 29).

Gegenübergestellt wird von Callahan sodann die Endlichkeit der medizinischen Bedürfnisse der "Jungen", deren Erreichen eines Durchschnittsalters im Wesentlichen zum Standard geworden ist, während im endlosen Kampf der "Alten" um das Herauszögern des letztendlich unabwendbaren Todes eine Motivation liege, grenzenlos Ressourcen zu verbrauchen (Callahan 1988, 134):

*"If we continue to believe the elderly are entitled to whatever medical progress might bring in the way of saving and extending life, then there are an infinite number of future medical possibilities and a no less infinite number of ways to spend money in pursuing them" (Callahan 1991, 30).*

Behauptet wird eine im Moment zwar nur relative Knappheit der Ressourcen, aber eine absolute Knappheit in der Zukunft, verursacht durch die Gesundheitsbedürfnisse der Alten.

### ***Die Frage nach den Grenzen der Versorgungsansprüche der Alten***

Daraufhin stellt Callahan die Frage, ob der Staat oder die Gesellschaft eine unbegrenzte Verpflichtung gegenüber den Bedürfnissen des Altenanteils der Bevölkerung haben (Callahan 1988, 115f). Diese Frage wird mit dem Hinweis verneint, daß es auch noch andere legitime Bedürfnisse in der Gesellschaft gibt, die befriedigt werden sollen. Ein Nullsummenspiel suggeriert, daß notwendigerweise dem Einen nur gegeben werden kann, was dem Anderen genommen wurde. Als soziale Gruppe mit ebenfalls unbefriedigten Bedürfnissen wird die der Jungen zum Vergleich herangezogen, gegenüber denen reziproke Verpflichtungen bestehen (Generationenausgleich): "Neither the elderly nor any other age group can make unlimited claims on resources, nor can the old make unlimited claims on the young" (Callahan 1991, 30).

Selbst wenn steigende Gesundheitskosten nicht als absolutes Problem angesehen werden, so stellt sich für Callahan die Frage, ob es für eine Gesellschaft eine "weise" oder "kluge" Allokation von Ressourcen darstellt, einen relativ großen Teil des Sozialprodukts für die Gesundheitsbedürfnisse der Alten auszugeben (Callahan 1988, 126).

### ***Die Kosten- und Legitimitätskrise***

Wie Daniels bezieht sich auch Callahan auf die Studie von Preston, um seine These von der Notwendigkeit der Altersrationierung zu erhärten. Dem Kostenargument wird jedoch weitaus umfangreicher Rechnung getragen als bei Daniels (Callahan 1988, 119-122, 123f, 126, 225ff). Rationierungspotentialen wird ihre Existenz oder Realisierbarkeit abgesprochen, da dies seit den 70er Jahren ohne Erfolg versucht worden sei (Callahan 1988, 125, 130-133).

Das Akzeptanzproblem steigender Gesundheitsausgaben wird als ein wichtiges Moment erkannt: Während Meinungsumfragen häufig eine Bereitschaft der Bevölkerung signalisieren noch mehr für die Gesundheit auszugeben, lasse sich andererseits das Erreichen der allgemeinen Steuerbelastungsgrenze nachweisen (Callahan 1988, 124, 128).

Ein weiterer Grund, weshalb die Notwendigkeit bestehe, ein System zu entwerfen, daß die knappen Güter gerecht verteilt, sei das rationale Bestreben der verschieden Lobby-Gruppen, ihren Anteil am Kuchen beständig zu erweitern (Callahan 1988, 127). Auch wenn die Begrenzung von Ausgaben für die Alten nicht notwendigerweise dazu führe, daß das eingesparte Geld sinnvoll verwendet werde, so sei zu bedenken, daß weiter steigende Ausgaben fast mit Sicherheit verhinderten, daß genügend Geld für andere gesellschaftliche Bedarfe vorhanden sei (Bsp. Medicaid; (Callahan 1988, 128).

Dem Argument der doppelten Alterserfahrung begegnet er damit, daß durch die demographische Verschiebung und den technologischen Fortschritt induzierte Kostensteigerungen zu einer übermäßigen Verschuldung künftiger Generationen führen und somit künftige Generationen ein weitaus ungünstigeres Beitrags-/Leistungsverhältnis haben werden (Callahan 1988, 128f).

### ***Der Maßstab der Gerechtigkeit: die "natürliche Lebensspanne"***

Für seine weiteren Überlegungen konstruiert Callahan folgende Situation: Man nehme an, der Anteil der Gesundheitsausgaben für die Alten am Bruttosozialprodukt habe eine kritische Größe erreicht und die Gesellschaft entscheide sich in einem demokratischen, am besten konsensualen Verfahren für eine Begrenzung dieses Ausgabenpostens, um die so frei gewordenen Mittel anderweitig zu verwenden. Die Rationalisierungskapazitäten sind ausgeschöpft, unerheblich oder nicht realisierbar (Callahan 1988, 125). Es soll also eine Kostendämpfung durch Rationierung erreicht werden, doch wie, mit welchen Mitteln, nach welchen Kriterien?

Ein Kriterium der Rationierung steht damit, für Callahan unhinterfragbar, fest: das Alter eines Menschen. Doch welches Alter und welche Gesundheitsleistungen, alle oder nur bestimmte?

Sein Vorschlag lautet: Die Gesellschaft besitze gegenüber den Alten nur eine Verpflichtung zur Ermöglichung der Realisierbarkeit ihrer Lebensziele innerhalb einer "natürlichen Lebensspanne" (Callahan 1988, 64f). Explizit lebensverlängernde Maßnahmen sollen nur bis zu einem gewissen Alter, daß der Erreichung dieses Ziels dient, erfolgen (Callahan 1988, 116). Nach Überschreitung dieser Altersgrenze sollen keine kurativen Maßnahmen mehr gewährt werden, sondern nur noch Schmerz- und Leidenslinderung, die ein humanes Sterben ermöglichen (Callahan 1988, 118).

Callahan ist sich bewußt, daß eine solche These erst einmal auf weitverbreitete, wenn nicht sogar totale Ablehnung stoßen wird. Er gibt jedoch zu bedenken, daß unser Leben in Überfluß und die Weigerung Grenzen zu akzeptieren dazu geführt hätten, daß wir einige tiefere Wahrheiten über das Leben, namentlich dessen Endlichkeit und damit den Platz von Altern und Tod in ihm, nicht zur Kenntnis nehmen:

*The young ... most justly and appropriately spend their time preparing for future roles ... The mature adult has the responsibility to procreate and rear the next generation and to manage the present society ... It should be the special role of the elderly to be the moral conservators of that which has been ... Their indispensable role as conservators is what generates what I believe ought to be the primary aspiration of the old, which is to serve the young and the future." (Callahan 1988, 43)*

Allgemeine Handlungsmaxime der Politik sollte es sein, ökonomische und andere Ressourcen so zu verteilen, daß sie der Wohlfahrt der gesamten Gesellschaft und ihrer verschiedenen Altersgruppen dienen, und nicht ausschließlich der Gesundheit und Wohlfahrt der Alten (Callahan 1988, 118): "even with relatively ample resources, there will be better ways in the future to spend our money than on indefinitely extending the life of the elderly" (Callahan 1988, 53).

Der Frage, weshalb er eine Kategorisierung von Menschen entlang ihres Alters und nicht ihrer Bedürftigkeit vorschlägt, begegnet er mit dem Argument, daß gerade in bezug auf ihren Gesundheitszustand, bzw. ihren Bedarf an Gesundheitsleistungen, sich die Alten als eine Statusgruppe mit besonderen und besonders hohen Bedarfen gegenüber anderen Altersgruppen auszeichnen. Die Alten nicht als Statusgruppe zu betrachten würde außerdem andere richtige Generalisierungen, von denen sich Ansprüche ableiten lassen, negieren (Callahan 1988, 123).

### ***Begründung für das Modell einer "natürlichen Lebensspanne"***

Callahan bezweifelt, daß es unter den gegenwärtigen wirtschaftlichen Bedingungen weiterhin möglich sein wird, unbegrenzt die Wohlfahrt der Alten zu fördern. Wenn es also unausweichlich ist, daß rationiert werden wird, so sei es klüger schon jetzt eine breite öffentliche Debatte darüber zu führen, welche Allokationspolitik für die Bedarfe der Alten langfristig am sinnvollsten ist, anstatt die gegenwärtige Tendenz zu ad hoc Rationierungen sich weiter verstärken zu lassen (Callahan 1988, 133).

Postuliert wird ein Bedarf an der Herbeiführung eines gesellschaftlichen Konsenses über die Gesundheitsbedürfnisse unterschiedlicher Altersgruppen, insbesondere der Alten, und der Festlegung von Prioritäten diese zu befriedigen. Maßstab der Prioritätensetzung soll die Langfristigkeit ihrer Kostendämpfungsfähigkeit sein. Hierfür erscheint es ihm zentral, daß "the nexus between need and technological possibility has to be broken" (Callahan 1988, 135).

In Erkenntnis, daß "Bedürfnis" nur teilweise ein empirischen Konzept ist, sondern immer auch ein Reflex der ihm zugrunde liegenden Werthaltungen, soll sich die Gesellschaft zu einem Altersideal bekennen, daß sich an dem Ziel des Auslebens einer "natürlichen Lebensspanne" orientiert, welche die Verwirklichung der "normalen" Möglichkeiten des Lebens beinhaltet. Damit erfolgt eine Abkehr von der ausschließlichen Definition der Bedürfnisse der Alten über individuelle Wünsche, wie dem, länger zu leben, hin zu einem kollektiven Ideal (Callahan 1988, 135), das sowohl altersabhängig (Ziel des Auslebens einer "natürlichen Lebensspanne"), als auch bedürfnisabhängig (unterschiedliche Bedarfe der Individuen dieses Ziel zu erreichen) ist (Callahan 1988, 136). Plakativ fordert Callahan: "Every young person should have an opportunity to become an old person, and it is only fair to limit assistance to those already old to make that possible - the elderly already have that which the young lack" (Callahan 1991, 30).

### ***Die Definition der "normalen Lebenschancen"***

Er übernimmt hierbei das von Daniels formulierte Prinzip der Gewährleistung "normaler Lebenschancen"<sup>47</sup>, woraus das Konzept einer "Altersrelativität der Lebenschancen"<sup>48</sup> abgeleitet wird (Callahan 1988, 136). Bei Callahan findet dieses Konzept eine Erweiterung in der Frage, was die normativen Grundlagen der Bewertung dessen, was als "normale Lebenschancen" zu

---

<sup>47</sup> "normal opportunity range" (Daniels 1993, 103).

<sup>48</sup> "age-relative opportunity range" (Daniels 1993, 105).

gelten hat, sind. In der Absicht, eine zeitlose Definition zu liefern, schlägt er drei Prinzipien vor:

1. der Staat hat die Pflicht, den Menschen das Ausleben einer "natürlichen Lebensspanne" zu ermöglichen, jedoch endet die aktive Hilfe nach Erreichen dieses Alters.
2. der Staat ist nur verpflichtet diejenigen lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, die dem Ziel der Gewährleistung einer "natürlichen Lebensspanne" dienen. Nicht die Verfügbarkeit einer lebensverlängernden Maßnahme, sondern das Ziel bestimmt die Pflicht zur Anwendung.
3. Nach Erreichen dieser Altersgrenze ist der Staat nur zur Bereitstellung leidenslindernder Maßnahmen verpflichtet. (Callahan 1988, 137f)

### ***Die anthropologische Legitimation der Altersrationierung***

Legitimiert sei diese Form der Altersrationierung dadurch, daß Alter eine bedeutungsvolle und universelle Kategorie ist, sowohl auf der Ebene des "common sense" (Alltagsverstand) als auch auf der Ebene politischer Entscheidungen und nicht zuletzt für die Alten selbst, indem ein Ideal des Alters vertreten wird, daß auf der Qualität des Lebens und nicht dessen bloßer Verlängerung beruht (Callahan 1988, 138). Er sieht sein Konzept der Altersrationierung, entgegen vielfach geäußerter Kritik, in Abwehr zu utilitaristischen Tendenzen im Umgang mit der sozialen Kategorie Alter, da sein Altersstandard alle gleich behandelt und nicht nach der Produktivität des Einzelnen fragt<sup>49</sup>. Altersrationierung sei "fair", wenn sie dem Zweck dient, "Fairneß" ("equity") zwischen den Generationen zu gewährleisten (Callahan 1988, 140).

Die wahrscheinliche Hinwendung wohlhabender Bevölkerungsschichten zu zusätzlichen Privatversicherungen, um auch nach Überschreitung der Altersgrenze in den Genuß lebensverlängernder Maßnahmen zu kommen, sieht Callahan als marginale Verletzung egalitärer Prinzipien, da deren Vorteile innerhalb kurzer Zeit durch den Tod beendet würden (Callahan 1988, 157).

### ***Skizzierung einer Umsetzung***

---

<sup>49</sup> Positiv gewendet geht es ihm darum, die Unbestimmbarkeit des Wertes menschlichen Lebens zu bestärken: das Leben eines Individuums soll an und für sich *respektiert* werden und nicht für seine soziale oder ökonomische Nützlichkeit (Callahan 1988, 116). *Niemals, unter allen Umständen soll das Alter eines Menschen Anlaß für Erniedrigung oder Abwertung bieten* (Callahan 1988, 117).

Keine Technologie soll für die Alten entwickelt oder angewendet werden, die nicht große und preiswerte Verbesserungen ihrer Lebensqualität verspricht, egal wie sehr sie lebensverlängernd wirkt. Eine derartige offizielle Politik<sup>50</sup> würde Medizintechnologie Produzenten den Anreiz zur Entwicklung marginal nützlicher Geräte nehmen. Die Dialyse wäre in Zukunft genau die Art von Therapie, die nicht angewandt/entwickelt werden sollte, da sie die Lebenserwartung um nur 5 Jahre verlängert, bei schlechter Lebensqualität (Callahan 1988, 143). Auch "Standardtechnologien" sollen hinsichtlich ihrer "Wirksamkeit", im Hinblick der routinemäßigen Anwendung auf alte Menschen, kritisch hinterfragt werden (Callahan 1988, 145f).

In bezug auf das Älterwerden, sei die größte Angst nicht die vor dem Tod, sondern vor Gebrechlichkeit und Verarmung. Gerade das Problem der Verarmung durch chronische Erkrankung und Pflegebedürftigkeit sein ein dem gegenwärtigen System Innewohnendes. Jedoch ist die Finanzierung einer Reform des Gesundheitssystems, mit dem Ziel der Gewährleistung ökonomischer Sicherheit im Alter, erst dann wahrscheinlich, wenn die Kostendynamik der Medizintechnologie unter Kontrolle gebracht werden konnte. Callahan versteht seinen Vorschlag zur Altersrationierung, wie auch Daniels, als nur im Zusammenhang mit derartigen Reformen sinnvolles Ziel (Callahan 1988, 146ff).

Als "natürliche Lebensspanne" schlägt er das Erreichen des gegenwärtigen Durchschnittsalters plus ein paar Jahre vor, konkret: Ende 70 bis Anfang 80: "The fact that some people want to live to a hundred does not mean that public policy must be shaped to help them obtain that goal" (Callahan 1991, 30).

Daraus ergibt sich die Forderung nach einer Konzentrierung der Medizinforschung auf diejenigen Krankheiten/Ursachen die gegenwärtig hauptverantwortlich sind für den vorzeitigen Tod von Menschen (Callahan 1988, 148f).

## **Zusammenfassung**

Callahan beschwört die soziale Funktion des Alters als Transmitter von Traditionen und Vorbereitung auf den Tod. Altersrationierung wird vorgeschlagen als eine technologieunabhängige Variable der Begrenzung von Gesundheitsleistungen, um so eine Sicherstellung der Gesundheitsversorgung jüngerer Generationen zu gewährleisten. Selbst ohne unmittelbare ökonomische Notwendigkeit gebe es bessere Möglichkeiten die vorhandenen Mittel zu verwenden, als sie in die Bemühungen zur endlosen Lebensverlängerung zu stecken (Callahan 1988,

---

<sup>50</sup> bezogen auf den Medicare Leistungskatalog (Callahan 1988, 143).

53): "the future lies always with the young rather than the old ... In the struggle between young and old for resources, the young should be given the advantage" (Callahan 1991, 31).

Zugegebenermaßen sei ein solcher Einstellungswandel schwer zu erreichen. Nur eine langjährige öffentliche Debatte werde zu dem, für eine solche Maßnahme, nötigen breiten gesellschaftlichen Konsens führen (Callahan 1988, 158, 199f).





## **4 Diskussion**

Nachdem nun diese drei Autoren vorgestellt wurden, möchte ich zunächst nochmal ganz knapp deren methodischen Ansatz und die jeweilige Kernthese benennen.

Prestons historische Pioniertat war der Entwurf eines Forschungsdesigns, daß den jeweiligen Wohlfahrtsgewinn einer Altersschicht mit dem einer anderen vergleicht. Preston stellt fest, daß die Gesundheitsausgaben den größten Anteil staatlicher Transfers für die Alten ausmachen. Gleichzeitig waren im untersuchten Zeitraum die Gesundheitsausgaben absolut und pro Kopf immer weiter gestiegen, auch dann noch, als andere staatliche Programme bereits von Kürzungsmaßnahmen betroffen waren. Seine empirischen Befunde, bezüglich einer zunehmenden Besserstellung der Alten im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, oder im Vergleich zu den gegenwärtig Erwerbstätigen, wurden mehrfach bestätigt<sup>51</sup>, in Form der Thomson-These einer "Wohlfahrtsgeneration" dann historisch zugespitzt.

Daniels und Callahan nehmen Explizit bezug auf die Studie von Preston und anderen derartigen Vergleichen der relativen und absoluten Wohlfahrtsposition von Altersgruppen. Alle drei Autoren stimmen explizit oder implizit der Begrenztheit monetärer Ressourcen zu, insbesondere was eine weitere Ausdehnung der Sozialleistungsquote betrifft. Daraus wird gefolgert, daß die empirisch nachweisbare Verbesserung der Wohlfahrt der Alten nur zu Lasten der Jungen geschehen konnte, also beide Altersgruppen im Verteilungswettkampf stehen. Da die Gesundheitsausgaben die am stärksten expandierende Transferleistung der letzten 20 Jahre waren und sind, ist im Umkehrschluß nur durch eine Beschränkung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für alte Menschen eine Förderung der Wohlfahrtsposition der Jungen zu erreichen.

Eine derartige Problemwahrnehmung führt also quasi zwanghaft zum Rationierungsgedanken. In Verbindung mit der altersabhängigen Kostenverursachungsstruktur, unter dem Eindruck des wachsenden Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung, liegt es nahe über Altersrationierung nachzudenken.

Mit Bezug auf die gesundheitspolitische Debatte in den USA spricht Brody (Brody 1988) in diesem Zusammenhang von der Ausbildung von "Standardansichten". Mit diesem Begriff meint er nicht eine bestimmte Menge an Sichtweisen, die von vielen Akteuren in ihrer Ge-

---

<sup>51</sup> z.B. widmet sich ein kompletter Sammelband der Überprüfung der Prestonschen Befunde, mit dem Ergebnis einer weitgehenden Bestätigung (Palmer/ Smeeding/ Torrey 1988).

samtheit explizit geteilt werden, sondern eher ein "Ensemble von Ansichten ... von denen jede einzelne ein erhebliches Maß an Zustimmung hat und die zusammen ein kohärentes Bild abgeben" (Brody 1988, 48). Prozeßhaft lassen sich drei Hauptforderungen darstellen, die in ihrer Konsequenz Rationierung als Notwendigkeit erscheinen lassen: 1. Verschwendung vermeiden, durch Rationalisierung lasse sich Kostendämpfung verwirklichen; 2. das Übergewicht der kurativen Medizin zugunsten der Präventivmedizin beseitigen, zur Einsparung von Kosten bevor sie entstehen; 3. das alles reicht nicht aus, das Rationalisierungspotential ist nicht groß genug oder nicht realisierbar, eine Verbesserung der Gesundheit durch Vorsorge führt nur zu einer Lebensverlängerung und im Zusammenspiel von medizinischem Fortschritt und Alterung der Gesellschaft zu weiterhin unkontrollierbaren Kostensteigerungen; 4. deshalb muß rationiert werden, im Interesse anderer gesellschaftlicher Bedarfe, die sonst unberücksichtigt blieben (Brody 1988, 49ff).

Hier setzen Daniels und Callahan ein und entwickeln zwei Modelle einer ethischen Begründbarkeit der Rationierung von Gesundheitsgütern, unter Wahrung spezifischer Auffassungen von Verteilungsgerechtigkeit. Während Daniels sich im Rahmen vertragstheoretischer Erörterungen bewegt, tritt Callahan für eine dezisionistische Rückbesinnung auf traditionelle Moralvorstellungen ein. Um Altersrationierung begründen zu können, müssen beide mit der vorherrschenden Bedürftigkeitskonzeption brechen, da sie zu einer altersabhängigen Bedarfsermittlung kommen wollen. Daniels tut dies, indem er seinen "klugen Entscheider" darüber befinden läßt, welches die beste Verteilung eines fixen Gesundheitsbudgets im Lebenslauf wäre. Als Ziel wird die Gewährleistung durchschnittlicher Lebenschancen verstanden. Ergebnis ist die Präferenzierung einer Konzentration der Verteilung innerhalb der "normalen Lebensspanne". Je nach Ressourcenausstattung wäre eine mehr oder minder starke Diskriminierung des hohen Alters (+75) die Folge. Callahan greift diesen Gedanken auf und vertritt die gesellschaftliche Institutionalisierung einer "natürlichen Lebensspanne" als Maßstab der Verteilung. Er appelliert an die Menschen einzusehen, daß nicht automatisch sinnvoll ist, was heutzutage medizinisch möglich ist, da wir erst wieder lernen müßten, die Endlichkeit des Lebens zu akzeptieren, so daß Alter und Tod ihren spezifischen Sinn erhalten. Nach Vervollendung der "natürlichen Lebensspanne" (+80) soll es deshalb keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr geben, sondern nur noch leidenslindernde Maßnahmen.

Daniels Modell ist durch die Budgetvariable nicht kategorisch altersrationierend. Allerdings wird die derzeitige Situation in den USA als eine der gemäßigten Knappheit eingestuft, so daß schon heute einige nur minimal lebensverlängernde aber kostenintensive Therapien nicht für Hochbetagte zugänglich sein sollten. Callahan argumentiert von vornherein kategorisch,

indem er postuliert, daß es ihm weniger um eine absolute Kostenproblematik geht, sondern um eine gesellschaftlich verbindliche Lösung der Frage nach der Bedeutung der Endlichkeit menschlichen Lebens. Unisono versuchen beide Autoren glaubhaft zu machen, daß ihre Vorschläge nicht als reine Kostendämpfungsmaßnahmen Konzipiert sind, sondern als genereller Maßstab der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. Dem Vorwurf, Vertreter eines dezidierten "ageism" zu sein, treten sie entgegen, mit dem Argument, daß im Kontext ihrer Modelle eine Ausweitung von Pflegeleistungen wünschenswert erscheint. Außerdem wird darauf hingewiesen, daß wesentliche Vorarbeiten zu ihren Gerechtigkeitskonzeptionen bereits in den 70er Jahren erfolgt sind, als von Rationierung noch nicht die Rede war.

Der subjektiven Ehrlichkeit der Autoren soll hier nicht widersprochen werden. Es wird jedoch hier die These vertreten, daß, in Anlehnung an Brody, die Existenz eines Kostendämpfungsdiskurses, der in seinem Verlauf zu einer "Standardansicht" der Überkompensation des Risikos Alter geführt hat, erst die wissenschaftliche Thematisierung dieser rigorosen philosophischen Entwürfe ermöglicht hat. Daniels und Callahan sind insofern auf Preston und die empirischen Analysen anderer Autoren angewiesen, weil diese die Daten geliefert haben, die Vorschlägen einer normativen Begründbarkeit von Altersrationierung erst ihre gesellschaftliche Relevanz gegeben haben. Es ist anzumerken, wenn auch hier nicht zu überprüfen, daß die empirischen Analysen zumindest auch in Abhängigkeit zu einem politischen Klima stehen, das einem derartigen Forschungsframe Relevanz verleiht. Das Henne und Ei Problem ist allerdings nicht eindeutig zu lösen (vgl. Abschnitt 2).

In ihrem Versuch einer Dekonstruktion der "Generational-Equity"-Debatte stellen Minkler/Robertson (1991) die Umdeutung des gesellschaftlichen Altersbildes in den Vordergrund. Diese Umdeutung sei möglich gewesen, aufgrund der a-politischen Begründung der wohlfahrtsstaatlichen Programme zugunsten der Alten in den 60er und 70er Jahren. Damals, in Zeiten wirtschaftlicher Stabilität, wurde zur Rechtfertigung der sozialpolitischen Programme ein Bild der Alten als schwach, bedürftig, politisch machtlos und arm geprägt. In den 80er und 90er Jahren, Zeiten der wirtschaftlichen Stagnation und Rezession, konnten die Erfolge sozialpolitischer Regulierung zur Widerlegung dieses Bildes herangezogen werden und durch ein neues, genauso generalisierendes Bild von den Alten als vital, kraftvoll und finanziell gesichert ersetzt werden (vgl. Anhang 1).

Erst durch ein solches generalisiertes Bild vom Alter, in Verbindung mit einer stagnativen Wirtschaft, gestützt auf wissenschaftlich fundiertes Zahlenmaterial, erhalten gerechtigkeits-

theoretische Vorschläge einer Altersrationierung von Gesundheitsgütern eine öffentliche Diskussionsfähigkeit. Erst wenn ein allgemein anerkannter Sparzwang vorhanden ist, wird es nachdenkenswert einer bestimmten Gruppe von Menschen, z.B. denen es am besten geht, etwas wegzunehmen, um es anderen unterversorgten Bedarfen zur Verfügung zu stellen. Ob dies generell die Gruppe der Alten sein sollte ist m.E. zweifelhaft, da z.B. die Gruppe der Hochbetagten weiterhin überdurchschnittlich von Armut betroffen ist und eine Deaggregation der Gruppe der Alten starke ethnische Varianzen des Wohlstands zu Tage treten läßt. Außerdem werden zur Zeit in den USA 45% der Gesundheitskosten von den Alten aus der eigenen Tasche bezahlt (Minkler/ Robertson 1991, 13).

Gesundheitsversorgung ist m.E. eine Grundversorgungsinstitution wohlhabender Nationen, so daß vor derartigen "tragic choices", wie von Daniels und Callahan vertreten, erst eine Ausschöpfung anderer Ressourcen treten sollte, bevor jemandem das Lebensrecht abgesprochen wird, oder mit Menzel gesprochen, er die Pflicht hat "billig zu sterben" (Menzel 1990). Gerade diese Tatsache, daß Rationierung im Gesundheitswesen im Zweifelsfall nicht nur Lebenschancen beschneidet sondern das Leben komplett beendet, ist eine Besonderheit dieser Institution, weshalb der Standpunkt eines "klugen Entscheiders" oder Reflektionen über den Sinn des Lebens zwar individuell handlungsleitend sein können, jedoch als gesellschaftliche Norm zur Regelung von Gesundheitsbedarfen untragbar sind. Ineffizienzen des Gesundheitssystems, in einem umfassenden Sinn, sind somit gesellschaftlich zu tollerierende Kosten, sofern sie der Wahrung individueller Entscheidungsfreiheit, betreffend der Endlichkeit des eigenen Lebens, dienen. Daniels und Callahan gemein ist m.E. die Nichtberücksichtigung eines nicht-hintergehbaren Wertpluralismus moderner Gesellschaften.<sup>52</sup> Ausgeklammert bleibt auch weitgehend eine Einschätzung der Wirkung der vorgebrachten Vorschläge im Rahmen bestehender Institutionen und Herrschaftsverhältnisse.

Die hier vorgebrachten Einwände sind nicht gemeint als Versuch einer Widerlegung der theoretischen Position, sondern als Stützung der These, daß Vorschläge einer ethischen Begründbarkeit von Rationierung im Gesundheitswesen und Altersrationierung im Besonderen, erst dann diskutierbar werden, wenn gesellschaftlich die Variable Sozialbudget zur Konstanten umdefiniert wird.

---

<sup>52</sup> Entwaffnend begegnet Daniels dem Einwand der Politikunfähigkeit seiner Vorschläge mit dem Satz: "We then need an account of what is permissible when what ought to be justifiable is politically infeasible. Here philosophers have generally fallen silent, and I shall too" (Daniels 1988, 97). In seiner Kritik schlägt Churchill implizit in die Kerbe der "local justice" Forschung, da er als Ausweg eine stärkere Berücksichtigung der in der Bevölkerung vorfindbaren Befindlichkeiten für die Konzeptionierung von Gerechtigkeitstheorien vorschlägt (Churchill 1989, 176).

Abschließend kann es sich der Verfasser nicht verkneifen, einen generellen Einwand gegen einen öffentlichen Rationierungsdiskurs zu wagen: von Rationierung kann man immer sprechen, d.h. die Existenz faktischer Rationierung auf der Mikroebene wird zugestanden; damit ist Rationierung als analytischer Begriff zutreffend, aber bei einer Übertragung auf die politische Ebene gefährlich, da er hier als Einfallstor der Legitimation von Rationierung auf der Makroebene dienen kann. Es ist m.E. besser hohe Ideale als Soll-Bestimmung zu erhalten, als analytischer stringenz gehorchend, eine Debatte um die gerechte Rationierung von Gesundheitsgütern einzufordern, um unkontrollierte Rationierung zu vermeiden. Das Recht auf Gesundheit als Grundfreiheit verstanden, ermöglicht eine Einklagbarkeit bei zu großer Abweichung von dieser Norm, als Kontrollinstanz bei zu starker wildwüchsiger Rationierung auf der Mikroebene.

## Literatur

- Adams, Willi P. et al. (Hg.), 1992: *Länderbericht USA*, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Alber, Jens, 1989: *Der Sozialstaat in der Bundesrepublik 1950-1983*, Frankfurt/M.; New York: Campus.
- Ärzteblatt, Deutsches, 1991: "Zukunfts-dilemma Rationierung", in: *Deutsches Ärzteblatt* 88, 14: 761.
- Borchert, Jürgen, 1994: "Sozialstaat unter Druck: Überalterung - Umweltprobleme - Staatsverschuldung", in: *Zeitschrift für Sozialreform* 40, 1: 1-23.
- Brock, Dan W., 1989: "Justice, Health Care and the Elderly", in: *Philosophy and Public Affairs* 18, 3: 297-312.
- Brody, Baruch A., 1988: "Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit", in: Sass, Hans-Martin (Hg.): *Ethik und öffentliches Gesundheitswesen*, Berlin; Heidelberg: Springer: 45-63.
- Callahan, Daniel, 1988 (1987): *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, New York; et al.: Touchstone.
- Callahan, Daniel, 1991: "Health Care Struggle between Young and Old", in: *Society* 28, 6: 29-31.
- Churchill, Larry R., 1989: "Private Virtues, Public Detriment: Allocating Scarce Medical Resources to the Elderly", in: *Ethics* 100: 169-176.
- Conrad, Christoph, 1988: "Arbeit, Ruhestand und Gerechtigkeit zwischen Generationen. 1850-2050", in: *Sozialer Fortschritt* 37, 10: 217-220.
- Conrad, Christoph, 1990: "Gewinner und Verlierer im Wohlfahrtsstaat. Deutsche und internationale Tendenzen im 20. Jahrhundert", in: *Archiv für Sozialgeschichte* 30: 297-326.
- Daniels, Norman, 1988: *Am I my Parents Keeper?*, Oxford; New York: Oxford University Press.
- Daniels, Norman, 1990: "Justice and Transfers Between Generations", in: Johnson; Conrad; Thompson (Hg.): 57-79.
- Daniels, Norman, 1991: "Is the Oregon Rationing Plan Fair?", in: *JAMA* 265, 17: 2232-2235.
- Daniels, Norman, 1993 (1985): *Just Health Care. Studies in Philosophy and Health Policy*, Cambridge (US): Cambridge University Press.
- Dießenbacher, Hartmut, 1987: "Gibt es einen gesundheitspolitischen Gerontozid? Zur Ethik und Ökonomie des Generationenkonflikts im Gesundheitssystem", in: *Neue Praxis* 17, 3: 257-265.
- Esping-Andersen, Gøsta, 1990: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit), 1993: *Die Gesetzliche Krankenversicherung*, Bonn: BMG.
- Gronemeyer, Reimer, 1991 (1989): *Die Entfernung vom Wolfsrudel. Über den drohenden Krieg der Jungen gegen die Alten*, Frankfurt/M.: Fischer.
- Hayes-Bautista, D.; Schinck, W. O.; Chapa, J., 1988: *The Burden of Support: The Young Latino Population in an Aging Society*, Palo Alto, Cal.: Stanford University Press.
- Hecló, Hugh, 1988: "Generational Politics", in: Palmer; Smeeding; Torrey (Hg.): 381-411.
- Héritier, Adrienne (Hg.), 1993: *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hinrichs, Karl, 1993: "Public Pensions and Demographic Change: Generational Equity in the United States and Germany", 16/93, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.: Bremen.
- Honneth, Axel (Hg.), 1994 (1993): *Kommunitarismus*, Frankfurt/M.; New York: Campus.
- Hradil, Stefan, 1990: "Epochaler Umbruch oder ganz normaler Wandel? Wie weit reichen die neueren Veränderungen der Sozialstruktur in der Bundesrepublik?", in: Hradil, Stefan (Hg.), *Umbrüche in der Industriegesellschaft. Herausforderungen für die politische Bildung*, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung: 73-99.
- Johnson, Paul; Conrad, Christoph; Thompson, David (Hg.), 1990: *Workers Versus Pensioners: Intergenerational Justice in an Ageing World*, Manchester; New York: Manchester University Press.
- Kohli, Martin, 1989: "Moralökonomie und Generationenvertrag", in: Haller, Max; Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim; Zapf, Wolfgang (Hg.), *Kultur und Gesellschaft. Verhandlungen des 24. Deutschen Soziologentags, des 11. Österreichischen Soziologentags und des 8. Kongresses der Schweizerischen*

- Gesellschaft für Soziologie in Zürich 1988*, Frankfurt/M.; New York: Campus: 532-555.
- Krämer, Walter, 1989: Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin, Frankfurt/M.: Fischer.
- Levinsky, Norman G., 1990: "Age as a criterion for rationing health care", in: *New England Journal of Medicine* 322, 25: 1813-1816.
- Longman, Phillip, 1987: *Born to Pay: The New Politics of Aging in America*, Boston: Houghton Mifflin Co.
- Malthus, Thomas R. (anonym), 1798: *An Essay on the Principle of Population*, London.
- Menzel, Paul T., 1990: *Strong Medicine. The Ethical Rationing of Health Care*, New York; Oxford, Oxford University Press.
- Minkler, Meredith; Robertson, Ann, 1991: "The Ideology of Age/Race Wars: Deconstructing a Social Problem", in: *Ageing and Society* 11, 1: 1-22.
- Nullmeier, Frank, 1993: "Wissen und Policy-Forschung. Wissenspolitik und rhetorisch-dialektisches Handlungsmodell", in: Héritier (Hg.): 175-196.
- Offe, Claus, 1973: *Strukturprobleme des kapitalistischen Staates*, Frankfurt/M.
- Olson, Mancur jr., 1968 ((1965)): *Die Logik des kollektiven Handelns*, Tübingen.
- Pabst, Stefan, 1992: "Der kränkelnde Lebensbaum - Ursache der Morbosität des Gesundheitswesens? Zur Bedeutung des gesellschaftlichen Alterungsprozesses für das Gesundheitssystem", Studienbegleitender Leistungsnachweis im Studiengang Politik, Diplom, Fachbereich 8, Universität Bremen: Bremen.
- Palmer, John L.; Smeeding, Timothy; Torrey, Barbara Boyle (Hg.), 1988: *The Vulnerable*, Washington D.C.: Urban Institute Press.
- Preston, Samuel H., 1984: "Children and the Elderly: Divergent Paths for America's Dependents", in: *Demography* 21, 4: 435-457.
- Preston, Samuel H., 1987: "Changing Values and Falling Birth Rates", in: Davis, Kingsley; Bernstam, Mikhail S.; Ricardo-Camphell, Rita (Hg.), *Below-Replacement Fertility in Industrial Societies: Population and Development Review*, Supplement to Volume 12: 176-195.
- Quadagno, Jill, 1989: "Generational Equity and the Politics of the Welfare State", in: *Politics & Society* 17, 3: 353-377.
- Rawls, John, 1994: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, übersetzt von Hermann Vetter, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rothgang, Heinz; Haug, Karin, 1993: "Habits und Frames in der Sozialpolitik: Konzeptionelle Überlegungen", 9/93, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.: Bremen.
- Sachße, Christoph; Engelhardt, H. Tristram (Hg.), 1990: *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates*, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Schäfers, Bernhard, 1992: "Gesellschaft", in: Andersen, Uwe; Woyke, Richard (Hg.), *Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland*, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung: 178-182.
- Schmidt, Manfred G., 1988: *Sozialpolitik. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich*, Opladen: Leske + Budrich.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf von der, 1990: "Die ethischen Grundlagen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland", in: Sachße; Engelhardt (Hg.): 313-335.
- SozpolU, 1993-95: "diverse Titel", in: Sozialpolitische Umschau, hrsg. vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Bonn.
- Taylor, P., 1986: "The Coming Conflict as we soak the Young to Enrich the Old" in *Washington Post*. Washington D.C.
- Thomson, David, 1990: "The Welfare State and Generation Conflict: Winners and Losers", in: Johnson; Conrad; Thompson (Hg.): 33-56.
- Torres-Gil, Fernando M.; Puccinelli, Michele A., 1994: "Mainstreaming Gerontology in the Policy Arena", in: *The Gerontologist* 34, 6: 749-752.