

Das Recht auf Gesundheit

Paul Kirchhof

I. Gesundheit im Rahmen verfassungsrechtlicher Ordnungsprinzipien

Wenn wir von einem Recht auf Gesundheit sprechen, wissen wir nicht präzise, was Gesundheit ist. Bei der Gesundheit verhält es sich ähnlich wie bei der Gerechtigkeit: Wer sie erlebt, nimmt sie für selbstverständlich. Fehlt sie ihm jedoch, wird das Gut der Gesundheit bewusst. Deshalb kann der Arzt sehr gut definieren, was eine Krankheit ist; die positive Definition von Gesundheit jedoch fällt ihm schwer. Ebenso kann der Jurist verlässlich erkennen, was Unrecht ist, tut sich aber schwer, allgemein auszudrücken, was Recht ist. Wenn wir sodann bei der Gesundheit nicht nur voraussetzen, dass die Elementarfunktion des Körpers erhalten sowie Krankheit und Schmerz beseitigt werden, sondern auch erwarten, dass die Normalwirkungen des Alters abgefangen, beispielsweise durch Seh- und Hörhilfen, oder durch eine neue Hüfte vermindert werden, so wird bereits in der Zielprojektion des Rechts auf Gesundheit bewusst, dass eine Ungewissheit auszuräumen ist.

Der Anspruch auf Gesundheit drängt – wie alle verfassungsrechtlichen Ansprüche – auf Gleichheit. Idealtypisch hat jeder Mensch in seiner Würde und Freiheit den gleichen Anspruch auf Gesundheit. Dieser Gleichheitssatz trifft allerdings auf die Tatsache, dass die Menschen unterschiedlich gesund sind und sie auf unterschiedliche Ärzte und Medikamente treffen, die ihre Gesundheit wieder herstellen können. Diese Unterschiede kann kein Staat, ins-

besondere nicht ein freiheitlicher Staat, beseitigen. Deshalb ist die These vom individuellen Recht auf Gesundheit staatsrechtlich eher ein Auftrag als ein gesicherter Befund.

Wenn wir aber wissen, dass jeder nicht die gleiche Leistung entgegennehmen kann, fragen wir nach Verteilungsmaßstäben und Verteilungsverfahren, die diese Auswahl möglichst gerecht treffen. Dabei gibt es zwei Alternativen: Erstens die Marktwirtschaft, in der ein Anbieter sich einen Nachfrager sucht, der ihm einen angemessenen Preis zahlt. Dieses Verteilungssystem hat sich im Wirtschaftsleben bewährt, um individuelle Bedürfnisse zu erkunden und zu befriedigen. Das zweite Verfahren ist das demokratische: Der Staat erbringt seine Leistungen nicht um der Gegenleistung, sondern um des Bedarfes willen. Dieses zeigt sich insbesondere beim Sozialstaat. Würde dieser nach dem marktwirtschaftlichen System seine Leistungen verteilen, würde er sich selbst widerlegen, weil gerade der Bedürftige einen Preis nicht bezahlen kann. Das Instrument, um den Bedarf der Menschen zu erkunden und sachgerecht zu befriedigen, liegt hier im Erfordernis der demokratischen Legitimation; jedes hoheitliche Handeln muss durch eine unmittelbare Legitimationskette auf den Wähler zurückgeführt werden. Stellen wir nun die Frage, welches dieser beiden Verfahren – das marktwirtschaftliche oder das demokratische – auf die Verteilung des knappen Rechtsguts Gesundheit angewandt werden sollte, stellen wir sehr bald fest, dass beide Verfahren nicht recht passen. Das marktwirtschaftliche genügt nicht, weil wir den Menschen, der nicht zahlen kann, nicht von der Gesundheitsvorsorge ausschließen dürfen. Das demokratische erscheint nicht hinreichend tauglich, weil wir dem Patienten die Entscheidung überlassen wollen, ob er sich krank fühlt und deswegen Gesundheitsleistungen nachfragt, ihm aber insbesondere auch bei der Auswahl der benötigten Leistungen ein Entscheidungsrecht vorbehalten wollen.

Ein weiteres Problem liegt in der Tatsache, dass alle unsere Vorsorgesysteme zur Gesundheitssicherung auf den Generationenvertrag bauen. Dadurch entsteht ein demografisches Problem: Dank der Leistungen der Medizin wird der Mensch immer älter, nimmt damit die Gesundheitsleistungen aber auch länger in Anspruch als ursprünglich im Generationenvertrag vorgesehen war. Sodann haben wir zu wenig Kinder, so dass uns in Deutschland bald der eine Vertragspartner, die Jugend, zu einem erheblichen Teil fehlen wird. Im Vergleich der Staaten dieser Erde steht Deutschland im Kapitalreichtum deutlich im Vordergrund, im Kindermangel hingegen unter den 191 Staaten an der Position 181. Deshalb müssen wir das Übel bei der Wurzel fassen und durch eine bessere Kinder- und Familienpolitik unsere eigene Zukunft sichern. Selbst wenn das Gesundheitssystem in Zukunft kapitalgedeckt finanziert würde, werden auch dem privaten Versicherer demnächst Beitragszahler fehlen, so dass er sein Kapital zur Befriedigung der Versichertenansprüche einsetzen und damit seine Substanz verlieren wird. Auch hier stehen wir vor der Frage, ob wir eine im Erwerbsstreben sterbende oder eine im Kind vitale Gesellschaft sein wollen.

Dabei verdient auch der medizinische Befund Aufmerksamkeit, dass die Menschen, die im Alter mit Kindern umgehen, weil sie Großeltern sind, weniger krankheitsanfällig sind. Der Mensch bewahrt sich ein Stück Jugend nicht nur im Fitnesscenter, sondern vor allem in der Begegnung mit Kindern. Ähnliches gilt für die Ehe als soziale Einrichtung. Wenn es in Zukunft nicht mehr eine Selbstverständlichkeit sein sollte, dass der Mensch bei einer Krankheit sich auf den vertrauten Arm und das gewohnte Wort des Ehepartners stützen kann, sondern vielmehr sich Hilfsleistungen gegen Entgelt erwerben muss, werden sich die Kosten dieses Sozialstaates zumindest verdoppeln. Dieses kann der Staat sich schlechthin nicht leisten. Ein Grund-

recht auf Gesundheit verpflichtet deshalb auch zum besonderen Schutz von Ehe und Familie.

II. Gleiches Recht auf medizinische Behandlung, nicht freier Wettbewerb

Die Medizin steht unter dem Druck des Ökonomischen. Die daraus sich ergebende Verpflichtung zur sparsamen Bewirtschaftung knapper Ressourcen ist eine Selbstverständlichkeit. Jeder, der menschliche Arbeitskraft oder Wirtschaftsgüter in Anspruch nimmt, unterliegt der Anforderung wirtschaftlichen Handelns. Die daraus sich ergebende Pflicht zum sparsamen Umgang mit knappen Ressourcen trifft selbstverständlich auch die Medizin.

Das herkömmliche Instrument, um eine kostenbewusste Inanspruchnahme von Arbeitskraft oder Kapital zu sichern, ist die Gewährung von Leistungen auf Nachfrage je nach Zahlungsbereitschaft. Dieses System eines freien Wettbewerbs ist zur Verteilung medizinischer Leistungen nicht geeignet, weil es dem mittellosen Kranken die medizinisch notwendige Behandlung vorenthalten würde, dem nur begrenzt zahlungsfähigen Patienten einen geringeren medizinischen Standard anböte als dem finanzkräftigen.

Eine solche unterschiedliche Behandlung je nach Zahlungsfähigkeit widerspräche der Statusgleichheit jedes Menschen in seiner Würde (Art. 1 Abs. 1 GG). Die Verfassung schützt jeden Menschen als Person und Persönlichkeit gleich, gibt ihm ein Recht auf Leben, körperliche Unversehrtheit, auf medizinisch herstellbare Gesundheit. Mag ein Mensch in der Bewertung der Gesellschaft ein Taugenichts oder ein Wohltäter sein, mag er handlungsunfähig oder zu gemeindienlichen Spitzenleistungen begabt sein, mag er als selbstverschuldeter Alkoholiker oder

dank Disziplin als Asket leben, die Rechtsordnung heißt ihn als Mitglied dieser Rechtsgemeinschaft willkommen. Die Frage nach Wert und Würdigkeit zu leben, darf nicht gestellt werden, sobald menschliches Leben existiert. Eine unterschiedliche Zuteilung der für Existenz und Würde eines Menschen notwendigen medizinischen Leistungen nach Zahlungsfähigkeit, aber auch nach Alter, Geschlecht, Lebensführung und Verdienst ist deshalb ausgeschlossen.

Damit verliert der Arzt ein Stück seiner Berufsfreiheit. Wenn er grundsätzlich seine Leistung jedem Kranken erbringen muss, weil dieser behandlungsbedürftig ist, kann er seine Leistung nicht von der Entgeltzahlung des Patienten abhängig machen, also nicht selbst die Höhe seines Entgelts mit seinem Patienten vereinbaren. Die Verantwortlichkeit für ein der ärztlichen Leistung angemessenes Entgelt wächst dem Staat zu, der die medizinische Leistung verlangt. So wandelt sich der Inhalt der Berufsfreiheit: Aus dem Recht zur selbstbestimmten Erwerbsgrundlage wird ein Recht auf leistungsangemessene Teilhabe an gemeinschaftlichen Geldern. Der Staat sucht diese Verteilungsverantwortlichkeit in einem System der Sozialversicherung mit einer kollektiven Vorsorge zu verknüpfen. Er schöpft die Zahlungskraft potenzieller Patienten in einer Zwangsversicherung ab und stellt sie kollektiv, nicht individuell, medizinischen Leistungen zur Verfügung.

In diesem Kassensystem entfällt das herkömmliche Leistungskorrektiv der Entgeltzahlung durch den Nachfrager. Arzt und Patient begegnen sich in ständigem Bemühen um Leistungsverbesserung, also um Verteuerung. Der Arzt möchte seinem Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen lassen, der Patient kommt zum Arzt in der sicheren Gewissheit, dass für ihn das Beste gerade gut genug sei.

Die daraus sich ergebenden stetigen Kostensteigerungen, die Diskrepanz zwischen medizinisch Erwünschtem und Finanzierbarem werden gegenwärtig noch vermehrt,

weil die Erfolge der Medizin die Lebenserwartung des Menschen gesteigert und damit auch die Altersstruktur der Rechtsgemeinschaft verändert haben. Auch der Fortschritt der Forschung, insbesondere das Angebot von Apparate- und Präparatemedizin werden vermehrt, da chronische Zivilisationsschäden das Spektrum der Behandlungsbedürftigkeit erweitern und der Mensch an ständig verbesserte und vermehrte, öffentlich finanzierte medizinische Versorgung gewöhnt ist. Deshalb werden seine Leistungserwartungen ins Maßstabile und damit potenziell ins Maßlose gedrängt. Die Kultur des Maßes ist neu zu entdecken, das Maß im Ausgleich zwischen dem Recht des Patienten auf Gesundheit und der Berufsfreiheit des Arztes ist zu suchen. Das begrenzte Gesundheitsbudget ist also so zu verteilen, dass jeder Arzt eine seiner Leistung und Verantwortlichkeit entsprechende Honorierung erhält.

Dementsprechend erhofft sich der Patient eine Behandlung nach den Maßstäben der Spitzenforschung, nicht nur der normalen medizinischen Versorgung. Auch hier drängt die Gleichheit aller Menschen in der Unverletzlichkeit ihrer Menschenwürde, ihr gleicher grundrechtlicher Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit, auf immer mehr und immer bessere medizinische Leistungen. Deshalb ist die Kultur des Maßes für die Medizin neu zu entdecken. Es sind Leistungsmaßstäbe zu entwickeln, die den Maßstab des medizinisch Gebotenen nicht finanzwirtschaftlich verfremden, und den ausgewogenen Einsatz von Finanzkraft nicht zu Lasten der nicht medizinischen Lebensbereiche verschieben. Das Maß ist also im Rechtsverhältnis von Arzt und Patient zu suchen; die finanzierenden Kassen haben dienende Funktion.

III. Individuelle Freiheit und Recht auf Gesundheit

1. Pflicht zur gesundheitsgerechten Lebensführung?

Der erste Gedanke zur Entlastung des Medizinbudgets zielt auf die Selbstverantwortung des Patienten, der eine gesundheitsgefährdende Lebensführung unterlassen oder zumindest die Folgen der Selbstgefährdung finanziell tragen sollte. Selbstverständlich könnten wir den Unfallchirurgen entlasten, wenn wir nur noch Autos mit einer Spitzengeschwindigkeit von 30 km/h bauen würden. Wir könnten den Internisten von wesentlichen Aufgaben freistellen, wenn wir den Konsum von Alkohol und Tabak kategorisch verbieten würden. Wir könnten die Zahl der kardiologischen Betten reduzieren, wenn wir das Gewicht jedes Bürgers jeden Monat durch einen staatlichen Gewichtskommissar prüfen lassen würden.

Allerdings wäre der Preis dieser Gesundheitsvorsorge ein elementarer Verlust an Freiheit. Freiheit heißt, sein Leben selbstbestimmt gestalten und sich dabei von anderen unterscheiden zu dürfen. Wer sich sportlich ertüchtigt, verfügt über besondere Körperkraft und eine gute Gesundheit, wer stattdessen ein Musikinstrument übt, erreicht einen besonderen Grad der Bildung, vielleicht aber auch gesundheitserhebliche Blässe. Wer sich im Erwerbsleben anstrengt, nutzt seine Freiheit zu Einkommen und Reichtum, kann dadurch aber auch seine Gesundheit gefährden; wer den Müßiggang bevorzugt, wählt die Freiheit von den Lasten des Erwerbsstrebens, kann aber zugleich wirtschaftliche Grundlagen einer gesunden Lebensführung entbehren müssen. Wer seine Freizeit für Risikosportarten einsetzt, sucht die Freiheit von Wagnis und Selbstgefährdung und sieht gerade darin eine Pointe seines Lebens; wer stattdessen die Beschaulichkeit pflegt, zieht die Freiheit zu Selbstbetrachtung und Nachdenklichkeit vor. Wollen wir nicht den Freiheits-

gedanken als Elementarprinzip unserer Rechtsordnung aufgeben, werden wir hier die staatliche Intervention durch Ge- und Verbote abwehren.

All diese Unterschiede in freiheitlichem Verhalten begründen Unterschiede auch im Gesundheitszustand der Menschen und Bevölkerungsgruppen. Die unterschiedlichen medizinischen Ausgangsbefunde sind zu einem wesentlichen Teil auf Unterschiede in den Sozialverhältnissen, etwa der Höhe des Einkommens, des Bildungsstands oder des Grades gesundheitlicher Selbstgefährdung, und nicht auf eine unterschiedliche medizinische Versorgung zurückzuführen. Diese jeweiligen Ausgangslagen sind von den Freiheitsberechtigten zu verantworten, soweit sie diese Wirkungen willentlich herbeigeführt und deshalb in die Wahrnehmung ihres Freiheitsrechts einbezogen haben.

2. Finanzielle Mitbeteiligung des Patienten?

Deshalb wäre daran zu denken, die unmittelbare Selbstschädigung, etwa durch den Konsum von Tabak und Alkohol, durch ungesunde Ernährung oder Bewegungsmangel, durch die Risikobereitschaft von Sportlern und Verkehrsteilnehmern zum Ausgangspunkt einer speziellen Kostenverantwortung zu machen. Dabei denke ich weniger an gesundheitspolitische Prohibitivabgaben, wie wir sie von der Tabak- oder Alkoholsteuer her kennen; diese Steuern haben kaum einen Lenkungseffekt und sind ein unter dem Deckmantel der Gesundheitspolitik etwas sympathischer verpacktes Finanzierungsinstrument des Staates. Zu erwägen ist vielmehr, den Selbstschädiger vermehrt zu den Kosten seiner höchstpersönlichen Behandlung heranzuziehen.

Auch hier setzt das Individualrecht auf Gesundheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) aber jeder Einschränkung notwendiger medizinischer Leistungen je nach Mitverursachung durch den Betroffenen Schranken. Eine Rationierung medizi-

nischer Leistungen nach Eigenverantwortlichkeit ist schlechthin ausgeschlossen. Möglich bleibt das Einfordern einer finanzwirtschaftlichen Mitverantwortung, etwa durch Sonderzuschläge auf die allgemeinen Beitragspflichten zur Krankenversicherung oder durch eine Selbstbeteiligung bei Risikoerhöhung oder durch die prohibitiv-abgabenrechtliche Verteuerung gesundheitsschädlicher Konsumgüter.

Die finanzwirtschaftliche Eigenverantwortlichkeit des Patienten lässt sich deshalb am ehesten unabhängig von der Frage der Selbstschädigung stärken. Wenn jeder Patient für medizinische Leistungen einen gewissen Kostenanteil aus eigenem Vermögen zu zahlen hätte, würde dadurch eine Mitkontrolle von medizinischer Leistung und ihren Preis durch den Nachfrager veranlasst. Soziale Härten könnten durch entsprechende Bemessung der Sozialleistungen aufgefangen werden. Selbst wenn der Patient letztlich nur den Betrag an den Arzt weitergäbe, den er vorher – in typisierender Bemessung – von der Sozialhilfe erhalten hätte, würde er doch sorgfältig über die Frage nachdenken, ob er dieses Geld zum Arzt tragen oder aber anderen Verwendungen zuführen wollte.

3. Auftrag der Medizin

Bei dieser finanziellen Mitbeteiligung des Patienten bleibt jedoch gesichert, dass die notwendige medizinische Leistung nicht wegen Nichtzahlung einer Selbstbeteiligung verweigert werden darf. Der Anspruch auf notwendige Behandlung steht nicht unter Finanzierungsvorbehalt. Damit wendet sich alle Aufmerksamkeit der zentralen Frage zu, welche medizinischen Leistungen verzichtbar oder unverzichtbar sind, oder deutlicher: welche Leistungen notwendig, wünschenswert, hilfreich oder überflüssig sind.

Der Einsatz medizinischer Mittel rechtfertigt und begrenzt sich aus dem Ziel medizinischen Handelns, Krank-

heiten zu heilen und Schmerzen zu lindern. Bereits diese traditionelle Bestimmung der medizinischen Aufgabe ist heute allerdings fragwürdig geworden. Sie lässt die Frage offen, ob eine natürliche, insbesondere eine alters- oder zivilisationsbedingte Schwächung von Elementarfunktionen der menschlichen Organe zu einem Gegenstand der medizinisch notwendigen Grundversorgung, etwa durch Sehhilfen, Hörhilfen, Kieferorthopädie werden kann, weil heute alle schlecht Sehenden eine Brille tragen, alle schlecht Hörenden eine Hörhilfe in Anspruch nehmen und die meisten Menschen ihren Kiefer begradigen lassen wollen.

Die Frage, was behandlungsbedürftig ist, beantwortet sich nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft, also auf der Grundlage des gegenwärtig erreichten wissenschaftlichen Fortschrittes. Die Therapie folgt dem stets sich erweiternden und verbessernden Kenntnisstand der Medizin, gibt dem Patienten damit aber auch einen Anspruch auf Behandlung nach bestem medizinischen Wissen über Behandlungsmethode, aber auch den Behandlungsgegenstand. Wie etwa die Methoden der Sonographie eine Früherkennung ermöglichen, bevor noch die natürlichen Warnsignale des Schmerzes beim Patienten einsetzen, wie die Möglichkeiten des Organersatzes nicht nur die Wiederherstellung, sondern die Verbesserung des vorpathologischen Zustandes erlauben, so kann und muss die medizinische Kunst auch ihre Fähigkeiten gegen das vorzeitige Altern, die Altersgebrechlichkeiten, aber auch den Abbau von Organfunktionen einsetzen. Gerade die kardiologischen Erfolge im Kampf gegen den Alterungsprozess des Herzens, insbesondere die koronare Herzerkrankung, lehren uns, dass wir heute einen wesentlichen Teil unserer Gesundheit medizinischen Eingriffen verdanken. Das Ziel der Medizin ist deshalb nicht nur, Krankheiten zu heilen und Schmerzen zu lindern, sondern auch, dem Menschen eine gesundheitlich zumindest kontinuierliche Lebensfüh-

nung zu ermöglichen und eine selbstbestimmte Lebensgestaltung zu eröffnen.

4. Differenzierung des Auftrages: notwendige, wünschenswerte, hilfreiche, überflüssige medizinische Leistung

Dieser normativ-wertende Begriff der Behandlungsbedürftigkeit fordert die Unterscheidung zwischen der notwendigen, der wünschenswerten, der hilfreichen und der überflüssigen Behandlung. *Notwendig* ist die medizinische Verhinderung des vermeidbaren Todes, die Heilung und Linderung von Krankheiten und des damit verbundenen Schmerzes. Diese Grundversorgung ist Pflichtaufgabe einer beitragsfinanzierten Medizin. Der Patient hat einen Individualanspruch auf Gesundheit ungeachtet individueller Zusatzzahlungen.

Wünschenswert ist die medizinische Behandlung bei der Unterstützung und Steuerung natürlicher Abläufe in der Entwicklung des menschlichen Lebens, insbesondere der medizinische Kampf gegen das Nachlassen des Herz-Kreislaufsystems, der Sehfähigkeit, des Gehörs, des Gedächtnisses und anderer Vitalfunktionen. Auch diese medizinische Hilfe in besonderen Risikolagen und die Bewahrung der medizinischen Normalität gegen entwicklungsbedingte Minderungen der Gesundheit gehören nach heutigem wissenschaftlichen Standard und der Allgemeinerwartung gegenüber der Medizin zu den Aufgaben, die von der beitragsfinanzierten Krankenversicherung finanziert werden müssen.

Die *hilfreichen* Leistungen umfassen Maßnahmen der Pflege, Betreuung und Gesundheitserziehung, berühren also den Grenzbereich zwischen Medizin und Sozialstaatspolitik. Wenn eine Klinik einen Süchtigen in mehrwöchiger Behandlung zu einer medizinisch selbstbestimmten Le-

bensführung in der Normalität erziehen will, eine Rehabilitationsklinik das Unfallopfer zur Rückkehr in das Arbeitsleben befähigt, eine Pflegestation dem altersgebrechlichen Menschen in seiner Hilflosigkeit ein Mindestmaß an Würde erhält, wenn die vorbeugende Impfung oder Vorsorgeuntersuchung zukünftige Krankheiten und damit eine medizinische Grundversorgung vermeiden, sind dieses wertvolle und für den Betroffenen oft freiheitsbestimmende Leistungen.

Die Frage ist deshalb nicht, ob diese Leistungen erbracht werden sollen, sondern ob sie in die Verantwortlichkeit der Medizin und des Krankenversicherungssystems fallen. Die Lasten dieser Medizin erwachsen vielfach aus einem Verständnis der Familie, das individuelles berufliches Erwerbsstreben höher bewertet als die Erziehung der Kinder und ihre Begleitung in der Krise, das in der langfristigen beruflichen Bindung keinen Platz mehr lässt für die Pflege und Betreuung alter Menschen, obwohl familiäre Erziehung und Betreuung immer individueller, stetiger und Würde wahrer ist als institutionelle es sein kann. Hier stellen sich grundsätzliche Fragen der auch finanzwirtschaftlich erheblichen Elternverantwortung für die Erziehung des Kindes, Fragen der Familienverantwortung für die Betreuung des alten Menschen, Fragen der Neuorientierung eines Wirtschafts- und Gesellschaftssystems, das für das Kind und die Mutter keinen Platz zu brauchen glaubt, finanzrechtlich vor allem auch Fragen der Zukunftsverantwortung der kinder- und familienlosen Bürger, die in Krankheit und Alter auf helfende Menschen hoffen, ohne dass sie für deren Existenz selbst etwas hätten beitragen können.

Die Überforderung der Medizin und ihres Finanzbudgets hat ihre Ursachen hier also in der primären Ausrichtung unserer Gesellschaft auf den beruflichen Erwerb und die Vernachlässigung der familiären Verantwortung. Die Kos-

tenfolge betrifft Staat und Gesellschaft insgesamt, also nicht nur das System der Krankenversicherung, sondern letztlich den Steuerzahler.

Medizinische Vorsorgeleistungen, die nur durch den Arzt erbracht werden können und eine zukünftige medizinische Grundversorgung erübrigen, sind teils notwendig, teils erwünscht, teils hilfreich. Die Palette der medizinischen Leistungen reicht von der Notwendigkeit der Impfung bis zur hilfreichen Aufklärung und Beratung in den Lebensgewohnheiten der Ernährung, der Bewegung und des Arbeitslebens. Hier stehen wir unmittelbar vor einem Kosten-Nutzen-Problem. Eine Untersuchung über eine Prävention koronarer Herzerkrankungen durch die Einführung der Statine hat ergeben, dass etwa 35 Prozent der Bevölkerung – weitgehend altersunabhängig – therapiebedürftig ist. Würde man nur die Hälfte davon behandeln, ergäben sich bei rund 80 Millionen Einwohnern in Deutschland und einem Preis von lediglich 2 DM pro Patient und Tag für die Behandlung mit Statinen Gesamtkosten von 10,220 Milliarden DM pro Jahr. Diese Summe entspricht etwa dem Budget von 75 Prozent aller deutschen Universitätskliniken.

Bereits dieses Beispiel zeigt, dass wir wesentliche Bereiche der Vorsorgeuntersuchungen und Vorsorgemedizin heute in den Bereich der hilfreichen Aufgaben einbeziehen müssten, die für eine nicht medizinspezifische allgemeine Finanzierung zugänglich sind, aber auch auf Zuzahlungen des Begünstigten ausgerichtet werden können. Gleiches gilt für die Zusatzversorgung, etwa mit höheren als normalen wissenschaftlichen Standards, oder eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, etwa eines stationären Aufenthalts. Für diese Zusatzleistungen können marktähnliche Verteilungsprinzipien der Entgeltbereitschaft eingeführt werden; eine Zuteilung je nach Meistgebot ist nicht ausgeschlossen.

Schließlich eröffnet die Kategorie der *überflüssigen* Leistungen ein großes Potenzial an Einsparungsmöglichkeiten. Doppelerhebungen, Mehrfachdokumentationen, übersteigerte Dokumentationspflichten, eine schlecht abgestimmte ambulante und stationäre Behandlung, unnötige Weiterverweisungen, die Länge des stationären Aufenthalts eines Patienten, medizinisch nicht mehr erforderliche Gewohnheitsmedikamente, die Intensivbehandlung von Alltagsbeschwerden wie eines grippalen Infektes, die üppig ausgestattete Reiseapotheke und die Müllhalden ungenutzter Medikamente, auf denen nach Schätzung erfahrener Mediziner jede zweite Tablette landet, verletzen das Sparsamkeitsprinzip, das hier mit den Erfordernissen medizinischer Vernunft Hand in Hand geht.

Auch ist kaum nachvollziehbar, dass neue Techniken wie der Patientenchip, auf dem die einmal erhobenen Daten festgehalten werden können, zur Erleichterung der Patientenlast und der Aufgabe des Arztes aus Datenschutzgründen nicht angemessen genutzt werden können. Wer seinem Arzt – dem Arzt seiner Wahl und seines Vertrauens – seinen Chip vorlegt, um ihn zu informieren und ihm damit eine Grundlage für eine gute Behandlung, auch für das Vermeiden übermäßig belastender Diagnosewiederholungen zu geben, ist individuell in seiner Privat- und Persönlichkeitssphäre nicht nachteilig betroffen.

Schließlich muss auch innerhalb der notwendigen und wünschenswerten Medizin das gegenwärtige Leistungsangebot auf seine medizinische Richtigkeit hin überprüft werden. Dabei wird sich zeigen, dass bestimmte Eingriffe medizinisch nicht geboten und auch wirtschaftlich nicht zu rechtfertigen sind.

IV. Medizinische Kunst und schicksalhafte Entwicklung

Ein großer Teil – teilweise mehr als die Hälfte – der gesamten Gesundheitskosten fällt in den letzten sechs Monaten des Patienten vor seinem Tode an. Selbstverständlich kann auch der erfahrene Arzt oft nicht voraussagen, wann diese letzten sechs Monate beginnen. Dennoch stellt sich ihm die Frage, ob die vorgefundene Bestimmung eines schwerkranken oder altersgebrechlichen Menschen zum Tode eine Zurückhaltung bei medizinischen Eingriffen fordert, wenn die medizinische Kunst dem Patienten zwar das Leben retten, nicht aber die Normalität eines Lebens in Würde und Freiheit bewahren kann. Die Rechtsordnung weist dem Arzt hier die Verantwortlichkeit zu, zwischen einer Fortdauer des bisherigen Zustandes des Patienten ohne medizinischen Eingriff und dem durch den Eingriff erreichbaren Zustand des Patienten abzuwägen. Es geht also weniger – wie es traditionell formuliert wird – um die Frage, ob der Arzt den Patienten – aktiv – töten oder durch Untätigkeit sterben lassen darf. Vielmehr zwingt die individuelle Krankheitslage den verantwortlichen Arzt in Respekt vor dem natürlichen Ablauf des menschlichen Lebens zu der Entscheidung, ob der Ablauf der Krankheit ohne medizinischen Eingriff als schicksalhaft akzeptiert werden muss oder die ärztliche Kunst zur Besserung der Lage des Patienten beitragen kann.

Fünf Orientierungsregeln

Für diese ärztliche Entscheidung, die allein aus der Sicht der Medizin zu treffen ist und finanzwirtschaftlich nicht verfremdet werden darf, die aber erhebliche finanzwirtschaftliche Folgewirkungen nach sich ziehen kann, deutet die Rechtsordnung fünf Eck- und Orientierungspunkte an:

1.) Erlaubt die ärztliche Verantwortung die begründete medizinische Prognose, dass die Gesundheit des Patienten annähernd wieder hergestellt werden kann, so ist der Arzt grundsätzlich – die Einwilligung des Patienten vorausgesetzt – zur Behandlung verpflichtet.

2.) Begründet die gediegene medizinische Prognose die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient nach dem medizinischen Eingriff das Bewusstsein nicht wieder erlangen wird, so verspricht der medizinische Eingriff nach den Wertungen des Art. 1 GG (Menschenwürde) und Art. 2 GG (freie Entfaltung der Persönlichkeit) keine Besserung und hat deshalb zu unterbleiben.

3.) Wird der medizinische Eingriff das Leben des Patienten voraussichtlich verlängern, ihm dafür aber erhebliche Behinderungen und Schmerzen für die Dauer seines verbleibenden Lebens zufügen, und erscheinen diese Eingriffsfolgen im Vergleich zum natürlichen Ablauf unzumutbar, so kann der Tod eine Erlösung sein, insoweit der Heileingriff die Lage des Patienten nicht verbessert. Hier ist der Arzt nicht zum Eingriff verpflichtet. Seine Entscheidung bestimmt sich vorrangig nach ärztlicher Verantwortbarkeit, weniger nach willentlicher Disposition des Patienten, mag aber durch Verfahrenserfordernisse – insbesondere ein Patientengespräch, eine Beteiligung von Ehegatten und Verwandten – abgestützt werden. Für den Pflichtenstatus des Arztes gewinnt die medizinische Indikation also ein deutliches Gewicht vor der individuellen Einwilligung.

4.) Sind medizinische Diagnose und Therapiechancen über die allgemeinen Prognoserisiken hinaus unsicher, so ist die rechtfertigende Kraft der medizinischen Indikation geschwächt, der Wille des Patienten tritt in den Vordergrund. Hier trifft den Arzt vor allem die Verantwortlichkeit sach-

gerechter Aufklärung, die den Patienten befähigt, in der Selbstbetroffenheit die verschiedenen Alternativen des möglichen Geschehensablaufs zu verstehen, abzuwägen und für sich zu beurteilen.

5.) Ist der medizinische Eingriff nicht nur zur Heilung des Patienten, sondern auch zur Gewinnung von Forschungserkenntnissen geplant, so bedarf es für diesen Eingriff einer weiteren, sich auf die forschungsbedingten zusätzlichen Risiken und Belastungen beziehenden Einwilligung des Patienten. Die medizinische Indikation rechtfertigt nur den – auf erprobte Methoden gestützten – Heilversuch; das Heilexperiment, das ungesicherte Behandlungsmethoden erprobt, muss vom Patienten nicht nur im Willen zur Gesundheit, sondern auch im Willen zum höchstpersönlichen Forschungsbeitrag explizit mitgetragen werden. Das Erfordernis der beiden Einwilligungen trennt auch die Finanzierungsmittel zumindest dem Grunde nach: den Behandlungsetat und den Forschungsetat.

V. Die Stärkung der Verantwortlichkeit als Wirtschaftlichkeitsprinzip

Im Ergebnis wird der Vorbehalt des Finanzierbaren durch eine Stärkung individueller Verantwortlichkeit von Arzt und Patient erfüllt, braucht also medizinische Entscheidungen nicht finanzwirtschaftlich zu verfremden. Im Dreieck zwischen Patient, Arzt und Kassen werden die Kassen wieder in ihre Funktion als dienende Finanzträger des Gesundheitswesens verwiesen und die Entscheidung über die jeweilige medizinische Leistung in die Hand von Arzt und Patient zurückgegeben:

Der Patient kann durch eine finanzielle Selbstbeteiligung, auch durch Beitragsrückerstattungen in die Ein-

schätzung einbezogen werden, ob eine Behandlung erforderlich ist. Es ist verständlich, dass die ausufernde Begehrlichkeit jedes Menschen nach individuell nützlichen Leistungen gerade beim Patienten auf die bestmögliche Behandlung drängt. Deshalb muss ein Stück seines Geschäftssinns als Gegensteuerungsprinzip eingesetzt werden.

Auch die ärztliche Verantwortlichkeit fordert die Beachtung dieses Übermaßverbotes: Wenn eine kostenaufwändige Medizin absichernder Vorsicht auch die entferntesten Risiken vorsorglich abklären und damit überflüssige diagnostische Maßnahmen vornehmen will, so ist dieses ein Behandlungsfehler und zugleich ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip. Die Doppelerhebung von Befunden und die Wiederholung diagnostischer Maßnahmen sind medizinisch nicht indiziert und könnten in einem sehr einfachen Verfahren von der Kassenfinanzierung ausgenommen werden. Das Doppelungsverbot betrifft in gleicher Weise auch die ärztliche Aufklärungs- und Dokumentationspflicht und wird ergänzt durch das Erfordernis, gesteigerte Verwaltungsanforderungen an den Arzt zurückzunehmen. Zudem ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen neu zu ordnen. Wenn die jeweils leistungsfähigere Institution wegen der an sie gerichteten höheren Anforderungen und höheren Risiken auch höher honoriert wird, andererseits eine sich selbst überschätzende Institution vermeidbare Komplikationen und Nachbesserungserfordernisse selbst finanziell verantworten muss, so wird die gestufte Honorierung und Haftung die Aufgaben der verschiedenen Kliniken, aber auch das Zusammenwirken zwischen Krankenhaus und Arztpraxis, sachgerecht definieren helfen.

Das Wirtschaftlichkeitsprinzip verlangt so eine verschärfte medizinische Indikation, verbessert Kooperation und Arbeitsteilung unter den medizinischen Einrichtungen, mäßigt eine Medizin der absichernden Vorsicht, und

erinnert erneut an die Frage, welcher Krankheitsverlauf als schicksalhaft hingenommen werden muss.

Gesundheit ist ein lebensnotwendiges Gut wie Wasser. Das Wasser zum Trinken ist unverzichtbar, das Wasser zum Waschen kulturnotwendig, das Wasser für die Vielzahl von Schwimmbädern vertrauter Überfluss, das Wasser für Wasserspiele Verschwendung, das Wasser für das Mühlrad technische Vergangenheit. Drängt gegenwärtig ein stetig steigender Bedarf das Wasser aus dem Fluss gleichmäßiger und maßvoller Versorgung zum Überfluss, so muss die Rechtsordnung eine Kultur des Maßes wieder herstellen. Lassen Sie uns dabei wieder auf die Wasserkundigen und die Durstigen hören. Dann werden wir Wasser sparen, ohne zu verdursten, ohne die Hygiene zu gefährden, ohne die Dringlichkeit des jeweiligen Bedarfs unbewertet zu lassen, aber auch ohne den Wert des Wassers durch Verschwendung und Überfluss zu mindern.

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. theol. Michael Albus, ZDF-Journalist, Mainz; Universität Freiburg und Frankfurt.

Dr. rer. nat. Norbert Arnold, Leiter AG Gesellschaftspolitik der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Berlin.

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt, Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Köln.

Monika Brüning, MdB, CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag.

Prof. Dr. med. Volker Diehl, Direktor der Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinik Köln.

Dr. med. Dr. jur. Rainer Erlinger, Süddeutsche Zeitung, München.

Dr. phil. Regina Görner, Ministerin für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes, Mitglied des CDU-Bundesvorstandes.

Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin.

Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke, Lehrstuhl für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie, Technische Universität Berlin.

Prof. Dr. theol. Martin Honecker, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Bonn.