
Sozialstaatliche Fürsorge und „Wettbewerb“ im Gesundheitswesen – Überlegungen aus medizinethischer Sicht¹

Dominik Groß

1. Einleitung

Sozialstaatliche Fürsorge *und* Wettbewerb im Gesundheitswesen – ist eine solche additive Konjunktion aus medizinethischer Sicht überhaupt sinnvoll? Ein Medizinethiker wird sich durch diese Frage zumindest herausgefordert sehen – zum einen, weil das Thema „Wettbewerb“ nicht zu den klassischen Forschungsfeldern seines Faches gehört, zum anderen, weil es *prima facie* nahelegt, ein Spannungsverhältnis zwischen sozialer Fürsorge und Wettbewerb zu unterstellen oder aber von einer disjunktiven Beziehung (Sozialstaatlichkeit *oder* Wettbewerb) auszugehen. Hinzu kommen terminologische Unschärfen: Der Begriff des Wettbewerbs taucht in unterschiedlichen Bedeutungszusammenhängen auf und ist teilweise ideologisch aufgeladen. Befürworter von „Wettbewerb“ im Gesundheitswesen sprechen davon nicht selten wie von einem „Heilsbringer“ und „überfrachten“ den Begriff mit unrealistischen Erwartungen, während Kritiker in ihm einen Euphemismus sehen, mit dem eine „Aushöhlung des Solidarsystems“ legitimiert werden soll.²

Im Folgenden soll die Frage erörtert werden, inwieweit bzw. unter welchen Bedingungen sozialstaatliche Fürsorge

und marktwirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen vereinbar sind. Dabei möchte ich mich einer möglichen Antwort in vier Schritten nähern: Zunächst ist kurz auf die Prinzipien des Sozialstaates einzugehen (Abschnitt 2). Dann wende ich mich der Frage zu, ob es unter Marktbedingungen eine gerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen geben kann (Abschnitt 3). Danach richte ich den Fokus auf mögliche Grenzen des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung (Abschnitt 4), um schließlich am Beispiel der Unterscheidung zwischen Basisleistung und Zusatzversorgung die eingangs gestellte Frage erneut aufzugreifen (Abschnitt 5).

2. Die Prinzipien des Sozialstaates und die Gesundheitsfürsorge

Die Gesundheitsfürsorge stellt eine wichtige Säule des Sozialstaats dar. Daher erscheint es sinnvoll, den Blick auf einige grundlegende Aspekte dieses Sozialstaates zu richten – zumindest insoweit, als sie für die nachfolgenden Überlegungen erheblich und leitend sind:³

Die moderne sozialstaatliche Organisation ist charakterisiert durch vier verschiedene Prinzipien, nämlich durch die Solidaritätspflicht, die Ermöglichung von Vorsorge, die Gewährung von Freiheit und die Gewährleistung von Gleichheit, wobei Freiheit und Gleichheit sich in einem demokratischen Rechtssystem gegenseitig zur Voraussetzung haben.

Das erste Prinzip des deutschen Sozialstaats ist eindeutig die Solidaritätspflicht, d. h. die Pflicht, denen zu helfen, die in Not geraten sind.

Die zweite sozialstaatliche Kategorie, das Prinzip der Vorsorge, führt dazu, dass die Bürger bereits von Gesetzes wegen gehalten sind, regelmäßig in bestimmte Versiche-

rungen einzubezahlen, d. h. für (krisenhafte) Eventualitäten wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit, altersbedingte Einschränkungen etc. vorzusorgen. Das institutionalisierte Versicherungssystem des Sozialstaats befördert somit die Selbstbindung der Bürger – etwa indem diese regelmäßig bzw. obligatorisch in die Rentenversicherung einbezahlen; aber auch Präventionsleistungen sind dem Bereich Vorsorge zuzuordnen.

Als dritte Konstituente des Sozialstaats ist die Gewährleistung von Freiheit anzusehen. Angesprochen ist damit einmal die negative Freiheit: Hierbei muss der Staat sicherstellen, dass das Individuum in der Ausübung seiner Fähigkeiten und Talente nicht behindert wird. Angesprochen ist aber auch die positive Freiheit, d. h. die Gewährung von Voraussetzungen, um in Freiheit agieren zu können.

Bleibt das vierte Prinzip der modernen Sozialstaatlichkeit: die Gleichheit. Gemeint ist dabei *stricto sensu* die Rechtsgleichheit aller Bürger, aber in einem weiteren Sinne auch die Chancengleichheit, die als Voraussetzung für eine angemessene Umsetzung der eigenen Lebenspläne anzusehen ist. Der Begriff Chancengleichheit ist allerdings differenziert zu betrachten: John Rawls etwa meint damit nicht allein formale Chancengleichheit – z. B. gleiche gesetzliche Rechte auf eine bestimmte soziale Stellung –, sondern die Gewährleistung *fairer* Chancen: Menschen mit ähnlichen Fähigkeiten sollten ähnliche Lebenschancen besitzen. Hintergrund ist die Erkenntnis, dass ungleiche soziale oder natürliche Startbedingungen zu unterschiedlichen Möglichkeiten führen, z. B. bestimmte Qualifikationen zu erreichen. Daher bedarf es eines Regelsystems, das sicherstellt, dass Menschen mit gleichen Begabungen ungeachtet unterschiedlicher Startbedingungen vergleichbare Aufstiegschancen besitzen. Dies bedeutet – übertragen auf das Bildungssystem –, dass infolge staatlicher Unterstützung (z. B. Stipendienwesen) auch Leute studieren können, die zwar

begabt sind, aber die Studiengebühren nicht bezahlen können. Mit Blick auf das Gesundheitswesen besagt dieses Prinzip, dass Bürger, die einer bestimmten Risikogruppe angehören, einer besonderen Gesundheitsfürsorge bedürfen.⁴ In diesem Zusammenhang wird vielfach das Argument angeführt, dass Gesundheit eine zentrale Voraussetzung für die Realisierung von Lebensplänen darstellt, d. h. dass sie im Unterschied zu vielen anderen Gütern *konditional* ist. Krankheit und Krankheitsfolgen gefährden bzw. verhindern den Vollzug des Lebens. Auf eine plakative Formel gebracht, hieße dies: Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Die entscheidende Herausforderung besteht nun darin, diese vier Prinzipien des Sozialstaats auszubalancieren. Dabei setzen verschiedene Kulturen bzw. Staaten *unterschiedliche* Prioritäten:⁵

Im angloamerikanischen Sprachraum wird vielfach das Prinzip der Freiheit im Unterschied zu den übrigen Aspekten (Solidarität, Vorsorge, Gleichheit) besonders hoch gewichtet. Ausgehend von dieser Einschätzung sollte es im Ermessen jedes Einzelnen stehen, in welchem Umfang und wogegen er sich (kranken)versichern möchte. Dies kann in Abhängigkeit von den jeweiligen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen dazu führen, dass ein Teil der Bürger *de facto* keine Absicherung gegen krankheitsbedingte Risiken besitzt. In den USA trifft das derzeit immerhin auf 46 Mio. Bürger zu.⁶

In Kontinentaleuropa steht die als erstes Prinzip erwähnte Solidaritätspflicht im Zentrum: Der deutsche Sozialstaat finanziert sich weitgehend über Abgaben von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen. Dabei gewährt der Staat nicht ausschließlich Bedürftigen staatliche Unterstützung, wie die Beispiele Kindergeld und Elterngeld zeigen. Julian Nida-Rümelin glaubt in dieser weitreichenden Form der Unterstützung die auf die Bismarck'sche So-

zialgesetzgebung zurückgehende „sozialstaatliche Form der Kooperation“ zu erkennen: „Es bindet die Berechtigung an soziale Kooperationen, als Arbeitnehmer generell (staatlicher Rentenanspruch, Arbeitslosengeld), als Arbeitnehmer eines Unternehmens (Betriebsrenten), als zahlendes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung etc.“ Da das gegenwärtige Finanzierungsmodell der GKV in Deutschland an offensichtliche Grenzen stößt,⁷ wird zunehmend über Alternativen nachgedacht.⁸ Die Ursache der Mittelknappheit liegt in der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und in deren Verteuerung; sie wird befördert durch einen medizinisch-technischen Fortschritt, der immer neue medizinische Leistungen ermöglicht, die ihrerseits weitere Nachfrage hervorrufen bzw. dieselbe verstärken, ohne dass sie in jedem Fall mit einem hinreichenden Grenznutzen verbunden wären.

Die vier skizzierten sozialstaatlichen Prinzipien gilt es im Hinterkopf zu behalten, wenn wir im Folgenden die Frage beleuchten, ob es unter Wettbewerbs- bzw. Marktbedingungen eine gerechte Gesundheitsfürsorge geben kann.

3. Gerechte Gesundheitsfürsorge unter Marktbedingungen?

Die bisherigen Ausführungen lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass Gesundheit eine unabdingbare Voraussetzung dafür darstellt, an dem sozialen Grundgut „Lebenschancen“ teilhaben zu können. Hieraus ließe sich ein Anspruch auf eine gerechte Verteilung der Gesundheitsfürsorge ableiten; dies schließt ein Anrecht auf solidarische Hilfe mit ein.⁹ Dass es sich hierbei indessen nicht um einen *absoluten* Anspruch handelt kann, zeigt bereits der Hinweis auf die Grenzen der Finanzierbarkeit. Umso drängender ist die Frage, mittels welcher Maßnahmen sich die

berechtigte Forderung nach einer möglichst weitreichenden und gerechten Gesundheitsfürsorge am ehesten verwirklichen bzw. sichern lässt.

Eine zunehmend diskutierte Maßnahme ist die stärkere Berücksichtigung von Marktmechanismen. Für den Markt spricht zumindest in der Theorie vor allem seine Effizienz: Wenn Marktbedingungen bzw. -mechanismen eingeführt würden, die Krankenkassen einer betriebswirtschaftlichen Logik folgten und die Bürger die freie Wahl hätten, wäre davon auszugehen, dass in kürzerer Zeit mit weniger Kosten mehr und Besseres produziert würde. Unter wirklichen Marktbedingungen ist noch ein zweiter Aspekt geltend zu machen: Jede Person wird (im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten) mit den Gütern versorgt, die sie zu den marktgängigen Preisen wirklich haben will. Individuen könnten sich am freien Markt individuell nach ihren Risikoeinschätzungen und Sicherheitsbedürfnissen versichern.¹⁰

Doch während die Bürger in der Regel genau beurteilen können, welches Konsumgut bzw. welche Dienstleistung sie einkaufen wollen, gilt dies für medizinische Dienstleistungen allenfalls bedingt: Ein Patient kann Nutzen und Kosten medizinischer Leistungen oft nicht genau abschätzen, d. h. es fehlt ihm vielfach die Fach- und damit die Entscheidungskompetenz. Auch wenn das Arzt-Patient-Verhältnis partnerschaftlicher strukturiert ist als noch vor wenigen Jahrzehnten, hat die folgende These im Grundsatz weiterhin Gültigkeit: Der Arzt besitzt die Expertenmacht, er verfügt über die Steuerungsmacht, und er hat die Deutungsmacht über Gesundheit und Krankheit inne.¹¹ Nicht der Patient, sondern der behandelnde Arzt stellt vielfach bei Therapieentscheidungen die Weichen. Damit ist eine zentrale Bedingung des freien Marktes im Gesundheitswesen nicht erfüllt.

Gegen eine voreilige „Marktgläubigkeit“ spricht aber zum Zweiten auch die fehlende Gerechtigkeit: In der Rea-

lität sind die Ausgangsbedingungen nie für alle Beteiligten gleich – weder in biologischer noch in sozialer Hinsicht. Bestehende Ungleichverteilungen im Einkommen werden auf die Allokation der Gesundheitsleistungen übertragen. Wer im Marktgeschehen erfolgreich ist oder besonders günstige wirtschaftliche und soziale Startbedingungen vorfindet, kann sich deshalb eine bessere Gesundheitsversorgung leisten.¹² Solange es aber Menschen gibt, die in eine existenzielle Notlage geraten – wozu schwerwiegende Erkrankungen zweifellos zählen –, ist Hilfe durch die Solidargemeinschaft erforderlich. Nicht nur individualethische Aspekte sprechen dafür, einer in Not geratenen Person das erforderliche Maß an Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Ebenso anzusprechen ist der allgemeine Nutzen, den die Gesellschaft daraus zieht, dass kranke Bürger unabhängig von Faktoren wie Einkommen und privater Vorsorge medizinische Leistungen in Anspruch nehmen können – etwa durch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Betroffenen oder ihrer Fähigkeit zu gemeinnützigem Engagement.¹³

4. Grenzen des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Anspruch auf Gesundheitsversorgung schon mit Blick auf die begrenzten finanziellen Ressourcen eingeschränkt werden muss. Hinzu kommt das Faktum, dass zwar eine ungerechte Verteilung der Lebenschancen ausgeglichen werden kann, dass aber Gesundheit als solche nicht gerecht verteilt werden kann. Sie ist vielmehr de facto ungerecht verteilt. Dies lehrt bereits unsere Alltagserfahrung: Bestimmte Krankheiten führen trotz optimaler Gesundheitsvorsorgung unweigerlich zum Tod; andere Personen erreichen ein hohes Alter bei besserer Gesundheit, ohne hierbei in nennenswertem Umfang

auf Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge zurückgreifen zu müssen.

Gesundheit ist also nicht immer zu erhalten oder wiederherzustellen; sie ist damit auch nur bedingt eine Frage des Geldes. Der Sozialstaat stellt lediglich eine gewisse Korrekturinstanz für Benachteiligungen dar; er kann lediglich für einen Ausgleich von Ungerechtigkeiten bei der Verteilung von Lebenschancen sorgen.¹⁴

An dieser Stelle offenbart sich ein zentrales Problem: Obwohl der Anspruch auf Gesundheitsversorgung begrenzt ist, findet in der Öffentlichkeit keine wirkliche Abwägung zwischen verschiedenen bzw. verschieden teuren medizinischen Leistungen oder zwischen dem Gut Gesundheit und anderen konditionalen Gütern statt.¹⁵ Vielmehr zeigt sich weiterhin der (implizite) Anspruch, dass mögliche Behandlungsmaßnahmen auch dann zur Verfügung gestellt werden, wenn sie keinen Nutzen stiften, der ihre Opportunitätskosten übersteigt. Die fehlende Abwägung hat wiederum durchaus Auswirkungen auf das konditionale Gut Gesundheit: Es ist evident, dass Gelder, die in die Gesundheitsversorgung fließen, nicht mehr für andere Sektoren – wie z. B. Bildung, die nachweislich ebenfalls Rückwirkungen auf die Gesundheit der Bürger zeigt – verfügbar sind. Möglicherweise könnte aber ab einem bestimmten Standard der Gesundheitsversorgung durch eine Optimierung der Wohnverhältnisse oder eine Verbesserung der Umwelt- und Hygienebedingungen mehr für den Gesundheitszustand der Bevölkerung getan werden, als wenn dieselben Mittel in (zusätzliche) kostenintensive medizinische Leistungen mit geringem Grenznutzen investiert würden.¹⁶

Wenn wir umgekehrt vermehrt Mittel in den Umweltschutz investieren (und ansonsten keine weiteren Variablen¹⁷ verändern), treffen wir damit implizit eine Entscheidung gegen ihren Einsatz im Gesundheitswesen. Bereits diese einfache Rechnung zeigt, dass Rationierungsent-

scheidungen kein drohendes Szenario von Skeptikern, sondern alltägliche Praxis sind. Daher lautet die ethisch relevante Frage nicht, ob rationiert werden darf, sondern vielmehr, wie künftig rationiert werden soll. Eine ernsthafte Beschäftigung mit ethischen Fragen im Gesundheitswesen darf sich nicht auf idealtypische oder wünschenswerte Szenarien beschränken, sondern muss sich am Machbaren und an konkreten Erfordernissen orientieren; nur dann kann sie ernst zu nehmende Lösungsmöglichkeiten anbieten. Aus ethischer Sicht inakzeptabel und unmoralisch wäre es, auch weiterhin „wider besseres Wissen um die zukünftige Entwicklung die bestehenden Finanzierungsprobleme einfach zu ignorieren und abzuwarten, bis die sich bietenden Handlungsspielräume aufgezehrt sind“.¹⁸ Vor diesem Hintergrund ist Nutzenmaximierung ein ethisches Prinzip, d. h. der effiziente Umgang mit knappen Ressourcen ist nicht nur ethisch zu rechtfertigen, sondern vielmehr ethisch geboten.

Es bedarf also einer konkreten Verständigung darüber, wie die vorhandenen Mittel im Gesundheitswesen verteilt werden können, ohne dass dies zu sozial unverträglichen Ergebnissen führt. Dabei muss von der doppelten Prämisse ausgegangen werden, dass eine adäquate Gesundheitsversorgung Bestandteil sozialstaatlicher Fürsorge ist, dass aber andererseits der Anspruch auf medizinische Versorgung nicht absolut sein kann, sondern an den vorhandenen finanziellen Mittel orientiert sein muss und mit anderen konditionalen Gütern in Beziehung zu setzen ist. Die Frage lautet dann: Welche konzeptionellen Vorstellungen sollte man unter den Rahmenbedingungen der Sozialstaatlichkeit bei einer Reform des Gesundheitswesens zugrunde legen? Und inwiefern können hierbei Marktmechanismen eine Rolle spielen?

5. Basisversorgung und private Zusatzleistung –
Der Weg zu sozialer Fürsorge und „Wettbewerb“?
Anmerkungen aus ethischer Sicht

Zunächst erscheint es wesentlich festzustellen, dass eine öffentliche Auseinandersetzung über die Rahmenbedingungen einer Gesundheitsreform unabdingbar erscheint. Die Medizinethik hat in diesem gesellschafts- und gesundheitspolitisch höchst bedeutsamen Prozess keine übergeordnete Funktion. Ihre Rolle besteht vornehmlich darin, Orientierungswissen bereitzustellen, Suchrichtungen aufzuzeigen und die ethischen Implikationen von Allokationsfragen zu verdeutlichen.

Als möglicher Lösungsweg werden von verschiedenen Autoren Grundversorgungsmodelle¹⁹ diskutiert: Die – durch Steuern oder Beiträge – finanzierte öffentliche Gesundheitsversorgung wird auf eine (finanziell auch mittel- und langfristig tragfähige) Basisversorgung zurückgeführt; eine darüber hinausgehende Absicherung erfolgt durch freiwillige individuelle Zusatzversicherungen in der privaten Krankenversicherung (PKV) oder durch entsprechende Wahltarife in der GKV, wobei in diesen Bereichen der Zusatzversicherung verstärkt Marktmechanismen – und damit Wettbewerbselemente – zum Tragen kommen sollen.

Oben wurde ausgeführt, warum der Anspruch auf Gesundheitsleistungen Grenzen hat. Andererseits legt das Sozialgesetzbuch V fest, dass jeder das *medizinisch Notwendige* erhalten soll. Dies korrespondiert mit der Vorgabe des (bis 31.12.2004 bestehenden)²⁰ Bundessozialhilfegesetzes, auch Sozialhilfeempfängern eine „Normalversorgung“ zur Verfügung zu stellen; allerdings stellt sich die Frage, wie diese „Normalversorgung“ derzeit bzw. künftig auszusehen hat.

Es erscheint unverzichtbar, an einem nach dem Gleichheits- und dem Solidaritätsprinzip ausgestalteten Zugang

zur Gesundheitsversorgung festzuhalten. Dies bedeutet, dass von einem verfassungsrechtlich gebotenen Mindeststandard auf dem Niveau der üblichen Gesundheitsversorgung auszugehen ist.²¹ Für die grundsätzliche Bereitstellung dieser Basisversorgung sollte es auch keine Rolle spielen, ob der Betroffene durch riskantes Verhalten die betreffende Erkrankung provoziert hat oder ob er selbst einen Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems leisten kann. Ebenso muss sichergestellt sein, dass die Versicherungen Patienten im Bereich der Grundversorgung nicht etwa aufgrund einer Gesundheitsprüfung ablehnen können.

Solange der gebotene Mindeststandard gewährleistet und überdies für jedermann zugänglich ist, scheint die Einführung von Grundversorgungsmodellen gerechtfertigt. Derzeit entspricht der Katalog de facto einer Normalversorgung, d. h. er umfasst alle gängigen medizinischen Leistungen. Demgegenüber legt es der allgemeine Gesichtspunkt einer Grundversorgung auf der Basis des medizinisch Notwendigen nahe, einen „Cut-Off-Point“ festzulegen, also Kriterien zu definieren, die eine Grenzziehung zwischen erforderlicher medizinischer Grundversorgung und Zusatzversorgung ermöglichen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Festlegung der Leistungsbestandteile einer Basisversorgung immer auch eine Werteentscheidung darstellt.

Zweifellos ist es notwendig, Einschränkungen der Handlungsfähigkeit, die schwere Notlagen darstellen bzw. nach sich ziehen, so weit wie möglich auszugleichen bzw. zu verhindern. Zudem ist zu berücksichtigen, dass der sozioökonomische Status das Gesundheitsverhalten und damit auch den Gesundheitszustand beeinflusst. Dieses Argument lässt allerdings auch eine entgegengesetzte Deutung zu: Soziale Ungleichverteilungen hinsichtlich Morbidität und Mortalität scheinen in Anbetracht der derzeit noch realisierten „Normalversorgung“ nicht primär durch finanzielle Zugangsbarrieren zum Gesundheitssys-

tem verursacht zu sein, sondern durch die Tatsache, dass in unteren sozialen Schichten tendenziell ein geringeres Gesundheitsbewusstsein sowie allgemein ungünstigere Lebensumstände anzutreffen sind.²²

In jedem Fall ist einzukalkulieren, dass die Möglichkeiten, über die Grundversorgung hinaus Zusatzversicherungen abzuschließen, von den jeweiligen finanziellen Verhältnissen abhängig sind. Auch werden unterschiedliche Einkommens- und Vermögensverhältnisse zu unterschiedlichen Kosten-Nutzen-Abwägungen führen.

Davon abgesehen ist die Existenz von Einkommens- und Vermögensunterschieden keine spezifische Frage der Gesundheitsversorgung, sondern der sozialen Gerechtigkeit. Der Sozialrechtler Huster weist etwa darauf hin, dass die Einkommens- und Vermögensverteilung in Deutschland weniger disparat ist als in anderen Industrienationen und kommt zu dem (leicht zynisch anmutenden) Schluss: „Solange der typische Durchschnittsverdiener einen Anstieg der Gesundheitskosten verhindern bzw. auf eine Zusatzversicherung verzichten will, um weiterhin Urlaubsreisen machen oder Autos und Wohnzimmerschrankwände kaufen zu können, kann wohl noch keine Rede davon sein, dass uns das aus dieser Abwägung resultierende Niveau der medizinischen Normalversorgung aus verfassungsrechtlichen Gründen zu einer radikalen Kritik der gegenwärtigen Vermögensverteilung zwingt oder uns dazu nötigt, alle irgendwie verfügbaren Mittel in die Gesundheitsversorgung zu investieren.“²³

Über den vordergründig entscheidenden und die Diskussion bestimmenden Aspekt der (notwendigen) Kostenreduktion hinaus lassen sich drei weitere Gründe für die Einführung eines Grundversorgungsmodells ausmachen: (1) der Respekt vor der Selbstbestimmung des Bürgers, (2) der Aspekt der Kostentransparenz hinsichtlich der vom Versicherungsnehmer gewünschten Zusatzleistungen und (3)

die mit der Einführung von Marktelementen einhergehende Effizienz.

Zu (1): Das Grundversorgungsmodell überträgt die Frage, wie viel über die Basisleistung hinaus für Gesundheit ausgegeben werden soll und welche Leistungen integriert werden sollen, dem Einzelnen. Insofern entsprechen Grundversorgungsmodelle eher dem Grundsatz des Respekts vor der individuellen Autonomie und Wahlfreiheit; demgegenüber sind derzeit GKV-Versicherte gezwungen, Leistungen zu finanzieren, die sie u. U. von sich aus nicht absichern würden. Dies betrifft auch Einsparungen im individuellen Gesundheitsbudget durch gesundheitsbewusstes, auf Risikovermeidung ausgerichteteres Verhalten im Rahmen einer bewusst wahrgenommenen Eigenverantwortung.²⁴

Zu (2): Während die GKV-Versicherten derzeit vielfach nicht wissen, welche Kosten bei welcher Behandlungsmaßnahme bzw. im Rahmen der Behandlung bestimmter Erkrankungen entstehen, werden solche Kosten im Rahmen der Absicherung der einzelnen Risiken, die in der Grundversorgung nicht enthalten sind, transparent. Dadurch kann der Einzelne individuelle Kosten-Nutzen-Abwägungen vornehmen. Dies führt zu einer Begrenzung der Kosten, die für das Gesundheitswesen aufzubringen sind: Viele Bürger werden (freilich in unterschiedlichem Umfang und mit durchaus verschiedener Schwerpunktsetzung) auf bestimmte Angebote im Leistungskatalog verzichten und sich stattdessen Wünsche erfüllen, die nicht den Gesundheitssektor, sondern andere Lebensbereiche betreffen.

Zu (3): Eine Vielzahl verschiedener Versicherungsanbieter und Gesundheitsdienstleister werden – so zumindest die Erwartung von Gesundheitsökonom²⁵ – um den Markt der „Zusatzleistungen“ konkurrieren und so für Preisdruck sorgen.

Unbeschadet dieser vier wesentlichen Argumente – Kostendruck, Respekt vor der Selbstbestimmung des Bürgers,

Kostentransparenz und Markteffizienz – wird die Erörterung des Themas „Grundversorgung“ durch zwei Probleme erschwert:²⁶

1. Während wir bei manchen konditionalen Gütern – etwa bei den ebenfalls existenziell bedeutsamen Themenbereichen Wohnen oder Ernährung – vergleichsweise klar festlegen können, was zum Grundbedarf gehört, ist dies mit Blick auf die Gesundheitsversorgung weit weniger offensichtlich.
2. In den erstgenannten Fällen sind die Grundbedürfnisse zudem weit weniger kostenintensiv bzw. unterliegen in geringerem Maße einer Kostenexplosion als (innovative) medizinische Leistungen, sodass Kosten-Nutzen-Erwägungen hier eine geringere Rolle spielen.

Ein zentrales Problem des Grundversorgungskonzepts ist demnach die konkrete Bestimmung des Basispakets derjenigen Leistungen, die abgedeckt werden sollen:

Unbestritten ist, dass der Zugang zum Basispaket (oder Health Basket) nach dem Egalitätsprinzip ausgestaltet sein muss, d. h. jeder muss ein Recht auf dieses Basisleistungspaket haben, und im Bereich der Grundleistungen darf es keine Ungleichheiten geben. Die Bestückung eines so definierten Basisleistungspakets ist eine durchaus anspruchsvolle Aufgabe, denn sie garantiert zwar per se eine *gleiche* Versorgung, befördert damit aber nicht zwingend Chancengleichheit bzw. eine *gerechte* Verteilung. Vor diesem Hintergrund scheint es nicht übertrieben, in der adäquaten Bestückung eines Basispakets eine der größten gesundheitspolitischen Aufgaben zu sehen. Aus ethischer Sicht sind daher eine Reihe prozeduraler und inhaltlicher Kriterien anzuwenden bzw. einzuhalten. Bevor diese im Einzelnen besprochen werden, soll zunächst eine pragmatische Frage gestellt werden: Welchen Anteil des Einkommens würde ein Bürger mit durchschnittlichem Einkommen

und Gesundheitszustand in seine Krankenversicherung investieren, wenn die Bürger selbst über den Umfang ihrer medizinischen Versorgung zu entscheiden hätten?²⁷

Die vielfach erhobene Forderung, das Leistungsspektrum solle grundsätzlich nur die Behandlung von *Krankheiten* umfassen, kann nicht recht überzeugen. Entscheidend sollte sein, welche Bedeutung die jeweilige Leistung für die Bürger hat: Maßnahmen der Gesundheitsversorgung, die nicht in den Bereich der Therapie eingeordnet werden können – z. B. Schwangerschaftsabbruch oder präventive Maßnahmen –, können dieses Kriterium unter Umständen eher erfüllen als Maßnahmen, die sich unter einen bestimmten Krankheitsbegriff subsumieren lassen. Eine Basisversorgung, die weite Teile der Bevölkerung – nach *deren* Urteil – angemessen versorgt, sodass nur noch deutlich überdurchschnittlich wohlhabende Bürger eine Zusatzversicherung abschließen, wirft unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit weniger Probleme auf als eine Grundsicherung, die nur die am schlechtesten Gestellten versorgt, während sich der große Rest der Bevölkerung eine Zusatzversorgung leistet.²⁸

Für den deutschen Bereich fehlen relevante Erkenntnisse zum Investitionsverhalten der Bürger. Demgegenüber liegen z. B. weitreichende Erfahrungen aus den Niederlanden vor, wo man sich schon seit einiger Zeit mit der Ausgestaltung eines Basisleistungspakets befasst. Die 1991 einberufene und nach ihrem Vorsitzenden Dunning benannte Kommission legte der niederländischen Regierung als Kriterien den sogenannten Dunning-Trichter vor.²⁹ Für eine Aufnahme einer medizinischen Leistung in das Basisleistungspaket musste eine Leistung durch vier Siebe dieses Trichters passen bzw. folgende Fragenkaskade passieren: Ist die Leistung notwendig? Ist die Leistung effektiv? Ist die Leistung effizient? Kann die Leistung nicht der Eigenverantwortung überlassen werden? Darüber hinaus

kann man nunmehr über den Verlauf einer Dekade die Auswirkungen der Dunning-Kommission auf die niederländische Gesundheitspolitik verfolgen. Die Dunning-Vorschläge wurden zwar viel diskutiert;³⁰ auf der politischen Ebene fand jedoch keine Umsetzung des von der Dunning-Kommission vorgeschlagenen Verfahrens statt.³¹

Demgegenüber wurden Teilaspekte wie die Verbesserung der Informationslage zur Effektivität und Effizienz von Leistungen in Angriff genommen – im genannten Fall durch systematische Forschungsförderung. In zwei Fällen – bei homöopathischen Arzneimitteln und bei der zahnärztlichen Versorgung für Erwachsene – folgten die gesundheitspolitischen Entscheidungen der Kommissionsmeinung, die den Leistungsausschluss empfohlen hatte. Neben diesen Entscheidungen wurden weitere Leistungen aus dem Katalog der sozialen Krankenversicherung entfernt. Wenngleich es zu einfach wäre, Art und Umfang des Ausschlusses von Leistungen, wie er in den Niederlanden praktiziert wird, ohne Weiteres auf Deutschland zu übertragen, ist ein Blick auf die ausgeschlossenen medizinischen Leistungen von Interesse: Betroffen waren hier z. B. 1993 Brillen und Kontaktlinsen, 1994/95 nicht nachweislich effektive Medikamente, 1996 Langzeit-Physiotherapie, 1999 Inkontinenzwindeln, Taschen für einen künstlichen Darmausgang sowie teilweise Hörgeräte. Einige andere Ausschlussversuche blieben erfolglos; sie betrafen z. B. die Pille (Empfängnisverhütung), die In-vitro-Fertilisation, die Langzeit-Psychotherapie, den Krankentransport mit dem Taxi, die Sprachtherapie oder die häusliche medizinische Versorgung nach einer komplikationslosen Geburt.³²

Faktisch gehören zum niederländischen Basisleistungspaket die Primärversorgung durch die Hausärzte, die Facharztversorgung durch die Krankenhäuser (ambulante und stationäre Leistungen), eine begrenzte Zahnversorgung, begrenzte „paramedizinische“ Leistungen (Logopädie, Kran-

kengymnastik) und bestimmte häusliche Behandlungen (wie Heimdialyse).³³

Eine Kritik am Grundversorgungsmodell in seiner „klassischen“ Konzeption beruht auf der Existenz von nur zwei Leistungsklassen – nämlich im Basispaket eingeschlossen oder hiervon ausgeschlossen. Aus Patientensicht fehlen damit Einflussmöglichkeiten und Anreize: Bei Einschluss fällt entweder gar keine Selbstbeteiligung an oder diejenige, die in dem betreffenden Versorgungssektor für alle Leistungen gilt, wie etwa die Rezeptgebühren bei einem Arzneimittel. Bei einem Ausschluss der Leistung beträgt hingegen die Selbstbeteiligung in jedem Fall 100 %.³⁴ Dieses Manko ließe sich dadurch beheben, dass man zwischen die Kategorien „Bestandteil des Basispakets“ und „Kein Bestandteil des Basispakets“ eine Kategorie mit zusätzlicher Selbstbeteiligung oder mehrere Kategorien mit abgestufter Selbstbeteiligung einführen würde.³⁵

Wie erwähnt, kommt der Medizinethik keine übergeordnete Funktion bei der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung des Basispakets zu. Aus ethischer Sicht lautet die entscheidende Frage vielmehr: Nach welchen prozeduralen und inhaltlichen Kriterien sollte entschieden werden, welche Leistungen im Einzelnen in die Grundversorgung gehören?

Nach der bisher praktizierten Betrachtungs- und Verfahrensweise entscheidet eine Gruppe von Experten, ob eine Leistung in das Basispaket vollständig ein- oder ausgeschlossen wird. Mit anderen Worten: In der Vergangenheit war Gesundheitspolitik in Deutschland größtenteils Interessenpolitik mit einigen wenigen starken Akteuren, die über andere paternalistisch bestimmten. Derartige Systeme schwächen die Eigenverantwortung und vielfach auch die Bereitschaft, die individuellen Kräfte dafür einzusetzen. Verteilungsentscheidungen sollten daher durch demokratisch *legitimierte Institutionen* erfolgen; nur so

kann eine breite gesellschaftliche Abstützung erreicht werden. Sinnvoll wäre hier ein – im Einzelnen von der Ausgestaltung des Versorgungssystems abhängiges – Entscheidungsverfahren, „das medizinisches Expertenwissen, aber auch andere Aspekte und Sichtweisen integriert.“³⁶ Die beteiligten Institutionen sollen überdies ausreichend Distanz zur Regierung besitzen.

Benötigt wird zudem *Partizipation*, angefangen vom Parlament über Experten bis hin zur Einbindung von Selbsthilfegruppen. Fachgesellschaften und Vertreter der Gesundheitsbranche sollten Gelegenheit haben, ihre Meinung zu vertreten, z. B. im Rahmen von sog. Scoping-Workshops. Auch diejenigen, die sich nicht das notwendige Gehör verschaffen können, brauchen kompetente Fürsprecher, wie etwa PatientenanwälInnen und -organisationen, die ihre Interessen im Diskurs vertreten. Ein besonders prominentes Beispiel für Partizipation ist der Citizens' Council in Großbritannien.³⁷ Es handelt sich um einen Bürgerrat, der vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) vor acht Jahren einberufen wurde. Dem Rat gehören Personen an, die repräsentativ für die Bevölkerung sind; es handelt sich durchweg um medizinische Laien. Der Rat besteht aus 30 Mitgliedern: Ein Drittel scheidet jedes Jahr aus, das heißt, ein Drittel der Mitglieder wird jedes Jahr neu bestimmt. Auf der offiziellen Homepage von NICE heißt es hierzu: „Although the guidance that NICE issues is based on clinical and cost effectiveness evidence, there are key values and judgments on which decisions are made. NICE already has experts to provide the technical input. The Citizens' Council is an opportunity for a 30-strong group of people, drawn from all groups in the population, to have their say about social values.“

Abgesehen von den genannten Kriterien *Legitimität* und *Partizipation* sollten – in Anlehnung an Norman Daniels und James E. Sabin³⁸ – vier weitere prozedurale Gerechtig-

keitsbedingungen bei Verteilungsentscheidungen Berücksichtigung finden, nämlich

- *Transparenz*: Transparente Prozesse und explizite Kriterien entsprechen dem ethischen Gebot der Wahrhaftigkeit; Entscheidungen über Leistungsbegrenzungen müssen öffentlich zugänglich und die Entscheidungsfindungsprozesse nachvollziehbar sein.
- *Evidenz*: Die Gründe für die Entscheidung müssen von unparteiischen Personen als relevant angesehen werden.
- *Widerspruchsrecht*: Es muss möglich sein, Widerspruch gegen eine Entscheidung einzulegen und neue Argumente und Aspekte einzubringen – etwa dann, wenn einem Patienten der Zugang zu einer aus seiner Sicht unverzichtbaren Leistung verwehrt wird.
- *Durchsetzbarkeit*: Die drei genannten Aspekte müssen eingehalten bzw. durchgesetzt werden können; dies hat eine freiwillige oder öffentlich bestellte Institution sicherzustellen.

Weitere maßgebliche prozedurale Kriterien sind aus medizinethischer Sicht die *Konsistenz* der Zuteilungsregeln (d. h. Patienten in vergleichbarer medizinischer Lage sollten gleiche Therapieoptionen erhalten), die *Begründung* einer jeden Leistungsbegrenzung, wobei diese allen Akteuren (Versicherern, Leistungsanbietern, Patienten) zugänglich sein sollte, sowie eine (staatliche oder freiwillige) *Regulierung*, die gewährleistet, dass die formalen Verteilungskriterien auch zur Anwendung kommen.

Mit den neun genannten prozeduralen Kriterien soll sichergestellt werden, dass im Rahmen der Basisversorgung nicht allein eine *gleiche* Versorgung, sondern auch eine *gerechte* Versorgung erfolgt. Gerade für den letztgenannten Aspekt sind Kriterien wie Partizipation, Widerspruchsrecht und Begründungspflicht bei Leistungsbegrenzungen von besonderer Bedeutung.

Was die inhaltlichen Kriterien betrifft, so können die oben beschriebenen Siebe des *Dunning-Trichters* als Diskussionsgrundlage dienen. Grundsätzlich ist aus ethischer Sicht insbesondere auf das Prinzip der *medizinischen Bedürftigkeit* zu achten, welche sich u. a. am Schweregrad der Erkrankung und der Dringlichkeit der Behandlung orientiert. Daneben sollte dem erwarteten *medizinischen Nutzen* (evidenzbasierte Medizin) bzw. – soweit darstellbar – der *Kosten-Nutzen-Bewertung* eine besondere Bedeutung beigemessen werden.

Die bisherigen Ausführungen bezogen sich im Wesentlichen auf prozedurale und inhaltliche Kriterien bei der Ausgestaltung des Basispakets. Nicht explizit diskutiert wurde bisher die Frage, ob es zu rechtfertigen ist, dass sich Individuen über die Leistungen des allgemeinen Gesundheitssystems hinaus auf dem freien Markt in unterschiedlichem Maße Zusatzleistungen kaufen. Meines Erachtens ist die Frage klar zu bejahen: Sofern ein gleicher Zugang zur Basisversorgung mit klaren Kriterien gewährleistet ist, sollten individuell unterschiedliche Zusatzleistungen möglich sein. Diese Verfahrensweise ist denjenigen, die sich mangels Ressourcen diese Leistungen nicht zusätzlich einkaufen können und sie daher definitiv nicht bekommen, zumutbar. Handelt es sich nämlich um eine Leistung, die nach Einführung einer Grundversorgung in der Regel zusätzlich versichert wird, so spricht dies für eine Aufnahme dieser Leistung in das Basisleistungspaket. Verzichten die Bürger dagegen nach einer Kosten-Nutzen-Kalkulation mehrheitlich darauf, die betreffende Leistung zusätzlich zu versichern, so ist ihre Nichtberücksichtigung im Basispaket zu vertreten.³⁹

Anders als innerhalb der Grundversorgung darf es also innerhalb der Zusatzversorgung aus Gründen der Mittelknappheit oder des Anreizes Ungleichheiten geben. Hieraus resultierende Ungleichheiten sind keine Ungerechtigkei-

ten, wenn die Kriterien der Bestückung des Basispakets den genannten ethischen Kriterien folgen und die inhaltliche Ausgestaltung dieses Pakets gesellschaftlich breit abgestützt und akzeptiert ist. Zu diskutieren wäre des ungeachtet über die Frage, ob privat finanzierte Zusatzleistungen einen Anteil enthalten sollen, welcher der Finanzierung des Gesamtsystems (Basisversorgung) zugutekommt.

Aus ethischer Sicht ist es geboten, mit knappen Ressourcen effizient und verantwortlich umzugehen. In diesem Zusammenhang ist die Diskussion um die Einrichtung einer Basisversorgung legitim und notwendig; nicht das *Ob*, sondern das *Wie* bedarf einer besonderen ethischen Betrachtung und Kommentierung. Die Zulassung eines privaten Gesundheitsmarktes über die gesetzlich gesicherte Grundversorgung hinaus führt nach Ansicht führender Gesundheitsökonom⁴⁰ dazu, dass die Gesundheitsversorgung insgesamt ein höheres Niveau erreicht als in einem rein gesetzlichen Krankenversicherungssystem. Für eine private Zusatzversicherung spricht zudem, dass Personen ihr privates Einkommen – über ihren Beitrag zur Finanzierung des (Sozial-)Staates hinaus – nach ihrer eigenen Interessenlage einsetzen können. Individuen sollen sich folglich je nach Gesundheitszustand, Sicherheitsbedürfnis und Prioritätensetzung auf dem freien Markt Zusatzleistungen kaufen dürfen. Letzten Endes ist es angesichts der knappen finanziellen Ressourcen nicht nur zulässig, sondern sogar notwendig, die Bürger anzuregen, in das Gut Gesundheit zu investieren.

Literatur

Breyer, Friedrich: Das Lebensalter als Abgrenzungskriterium für Grund- und Wahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung? In: Schöne-Seifert, Bettina / Buyx, Alena M. / Ach, Johann S. (Hrsg.): Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn 2006, 149–161.

- Brouer, Werner B. F. / Rutten, Frans F. H.:* Das Basisleistungspaket. Herzstück eines sozialen Krankenversicherungssystems. Karlsruhe 2007.
- Daniels, Norman:* Is There a Right to Health Care and, If So, What Does it Encompass? In: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hrsg.): A Companion to Bioethics. Oxford 1998, 316–328.
- Daniels, Norman:* Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge 2007.
- Daniels, Norman / Sabin, James E.:* Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers. In: Philosophy and Public Affairs 26 (1997), 303–350.
- Dworkin, Ronald:* Justice and the High Cost of Health. In: ders., Sovereign Virtue. Cambridge 2000, 307–319.
- Esping-Andersen, Gösta:* The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge 1990.
- Groß, Dominik / Schäfer, Gereon:* Die Auswirkungen von E-Health auf die Arzt-Patient-Beziehung – Medizinethische Überlegungen zu einem ungeklärten Verhältnis. In: Groß, Dominik / Jakobs, Eva-Maria (Hrsg.): E-Health und technisierte Medizin. Neue Herausforderungen im Gesundheitswesen. Münster 2007, 13–28.
- Huster, Stefan:* Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: Schöne-Seifert, Bettina / Buyx, Alena M. / Ach, Johann S. (Hrsg.): Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn 2006, 121–145.
- Kopetsch, Thomas:* Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden 2001.
- Leidl, Reiner:* Koreferat zu „Elemente einer Basisversicherung“. In: Eberhard Wille (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen. Baden-Baden 2003, 41–49.
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs of The Netherlands (Hrsg.): Government Committee on Choices in Health Care. Choices in Health Care. Rijswijk 1992.
- Nida-Rümelin, Julian:* Rationierung im Gesundheitswesen und die Grundlagen des Sozialstaats. In: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Ge-

rechtigkeit im Gesundheitswesen. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006. Berlin 2007, 103–119.

Pearson, Steven D.: Das Beispiel USA. In: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006. Berlin 2007, 93–119.

Rabbata, Samir: Chance oder unkalkulierbares Risiko – Ärzte streiten über Wettbewerb. In: Deutsches Ärzteblatt 105/9 (2008), C383f.

Raspe, Heiner H.: Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: Taupitz, Jochen / Brewe, Manuela (Hrsg.): Biomedizin im Zeitalter der Globalisierung und medizinische Versorgung in Zeiten knapper Kassen. Berlin 2001, 45–48.

Rauprich, Oliver: Gerechte Gesundheit und soziale Gleichheit. In: Schöne-Seifert, Bettina / Buyx, Alena M. / Ach, Johann S. (Hrsg.): Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn 2006, 51–87.

Rawlins, Michael: Das Beispiel Großbritannien. In: Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006. Berlin 2007, 75–81.

Rawls, John: Eine Theorie der Gerechtigkeit. Berlin ²2006.

van der Grinten, Tom E. D. / Kasdorp, Jan P.: Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities. In: Health Policy 50/1–2 (1999), 105–122.

Zimmermann-Acklin, Markus: Rationierung im ethischen Disput. Positionen und Argumente. In: Zimmermann-Acklin, Markus / Halter, Hans (Hrsg.): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel 2007, 57–66.

Anmerkungen

¹ Für inhaltliche Anregungen und konstruktive Kritik danke ich insbesondere meinen Kolleginnen Sabine Müller und Dagmar Schmitz.

² Rabbata 2008, C383.

³ Ich folge hier in weiten Teilen den Ausführungen von Nida-Rümelin 2007.

⁴ Rawls 2006.

⁵ Esping-Andersen 1990.

⁶ Pearson 2007, 93. Vgl. ferner www.arzt-in-europa.de/pages/2007JB_US-Verhaeltnisse.html;
<http://usa.usembassy.de/gesellschaft-health.htm>.

⁷ Besonders komplex ist die Diskussion in Deutschland natürlich auch deshalb, weil hier das gesetzliche und das private System der Krankenversicherung nebeneinander bestehen und damit zugleich unterschiedliche Finanzierungsmodelle existieren.

⁸ Vgl. hierzu die Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer mit dem Titel „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/LangfassungPriorisierung.pdf>.

⁹ Vgl. hierzu etwa die Beiträge von Daniels (1997, 1998 und 2007).

¹⁰ Voraussetzung hierfür wäre allerdings, dass der Zugang zu einer Versorgung mit Gesundheitsleistungen für alle Bürger besteht. Dies bedeutet wiederum, dass die Versicherer Kunden nicht ohne Weiteres aufgrund einer Gesundheitsprüfung ablehnen können.

¹¹ Für Details vgl. Groß und Schäfer 2007.

¹² Eine rein durch den Markt regulierte Gesundheitsversorgung könnte andererseits dazu führen, bestehende Chancenungleichgewichte noch zu verstärken.

¹³ So beginnt das Sozialgesetzbuch V in § I mit den Worten: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe ...“. Auch historisch gesehen spielten Verteilungsgesichtspunkte eine wichtige Rolle bei der Entstehung der GKV: Sie ist 1883 aus einer politischen Auseinandersetzung um die soziale Lage der Arbeiter hervorgegangen.

¹⁴ Die Frage nach der Finanzierbarkeit von Gesundheit offenbart im Übrigen ein ethisches Dilemma: Angesichts der Mittelknappheit muss eine Bewertung menschliches Lebens unter finanziellen Aspekten erfolgen. Andererseits teilt das Gros der Bevölkerung die Grundüberzeugung, dass menschliches Leben unbezahlbar bzw. nicht in Geldwert zu bemessen ist. Dies erklärt die Entrüstung,

die insbesondere dann einsetzt, wenn von dieser Überzeugung abgewichen wird bzw. werden muss, etwa bei der Festlegung von Obergrenzen von Leistungen oder bei ökonomischen Evaluationen auf der Grundlage von QALYS (Quality Adjusted Life Years).

¹⁵ Zum vergleichsweise geringen Einfluss medizinischer Leistungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand vgl. Kopetsch 2001, 87ff, auch erwähnt bei Huster 2006, 122.

¹⁶ Grenznutzen ist ein Terminus aus der Ökonomie, der von der Erkenntnis ausgeht, dass mit zunehmendem Verbrauch der Nutzen eines Gutes für das betroffene Individuum abnimmt. Er bezeichnet den Nutzenzuwachs, der durch die jeweils letzte verbrauchte Einheit erzielt wurde. (Beispiel: Wie viel mehr an gesundheitlichem Nutzen bringt eine dritte gegenüber einer zweiten Nachkontrolle nach erfolgter Wundversorgung?)

¹⁷ Z. B. Kürzungen in anderen Bereichen oder Steuererhöhungen.

¹⁸ Breyer 2006, 160.

¹⁹ Vgl. etwa Leidl 2003, Zimmermann-Acklin 2007, Breyer 2006 und Huster 2006, der wiederum auf S. 121 weitere Beiträge zu diesem Thema verzeichnet.

²⁰ Vgl. http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/bshg.htm.

²¹ Der verfassungsrechtliche Mindeststandard wird damit allerdings „systemrelativ“ definiert, d. h. in Abhängigkeit von dem Gewicht, das dem Gut der Gesundheit üblicherweise in unserer Gesellschaft beigemessen wird. Vgl. hierzu Huster 2006, 140.

²² Vgl. dazu etwa den differenzierten Beitrag von Rauprich (Rauprich 2006).

²³ Huster 2006, 142.

²⁴ Dieser Vorteil ginge jedoch verloren, wenn jenseits der Grundversorgung eine Pflicht zur Zusatzversicherung eingeführt wird. Dies spricht etwa gegen den Vorschlag des Hartmannbundes, das Krankengeld aus dem GKV-Katalog zu entfernen, gleichzeitig aber eine Verpflichtung zum Abschluss einer entsprechenden Zusatzversicherung einzuführen (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 9.1.2001, 17).

²⁵ Vgl. hierzu die Beiträge von Peter Zweifel und Klaus-Dirk Henke in diesem Band.

²⁶ Vgl. dazu auch Raspe 2001.

²⁷ Vgl. hierzu Dworkin 2000 und Huster 2006, 135ff.

²⁸ Den Unterschied zwischen diesen beiden Szenarien betont auch Daniels 1998, 324.

²⁹ Government Committee on Choices in Health Care 1992. Vgl. auch van der Grinten und Kasdorp 1999 sowie Brouwer und Rutten 2007.

³⁰ Kritikpunkte waren u. a. die Schwierigkeit, das Kriterium der „Notwendigkeit“ zu definieren, und die fehlenden Informationen zur Bestimmung von Effektivität und Effizienz; vgl. van der Grinten und Kasdorp 1999, 112f.

³¹ Bei der eigentlichen Umsetzung erwies sich der Aspekt Eigenverantwortung de facto als nachrangig: Brouwer und Rutten 2007, 20.

³² Vgl. van der Grinten und Kasdorp 1999, 113.

³³ Brouwer und Rutten 2007, 20.

³⁴ Natürlich ist hierfür wiederum eine Zusatzversicherung denkbar.

³⁵ Vgl. hierzu auch Leidl 2003, 46f: „Für chronisch Kranke und Einkommensschwache könnten Ausnahmen geschaffen oder die Absolutbeträge der kumulierten Selbstzahlung pro Jahr an Einkommensanteilsgrenzen abgeregelt werden. Bei der Entscheidung über eine neue Leistung wären zwei Punkte festzulegen: erstens die Einordnung der Leistung in eine der ... Klassen, und zweitens eine Bereichsbestimmung der Klassen, in die eine Einordnung der Leistung ebenfalls noch akzeptabel wäre.“

³⁶ Huster 2006, 138 (mit weiteren Literaturangaben zu diesem Themenbereich).

³⁷ Vgl. Rawlins 2007, 80.

³⁸ Vgl. Daniels und Sabin 1997.

³⁹ Allerdings bringt die Anwendung dieses Kriteriums eine zeitliche Verzögerung der fundierten endgültigen Entscheidung über die Aufnahme in das Basispaket mit sich.

⁴⁰ Vgl. hierzu nochmals die Beiträge von Peter Zweifel und Klaus-Dirk Henke in diesem Band.