
Anspruch auf Gesundheit – Was muss der Staat leisten? Verfassungsrechtliche Aspekte der Rationierung

Wolfram Höfling

I. Einleitung

Bis etwa zur Wende zum 20. Jahrhundert erfolgte die Zuteilung medizinischer Leistungen weitestgehend nach der Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft. Gleichwohl sprach gegen dieses Zuteilungsprinzip aus ethischer Perspektive kaum etwas: Der Preismechanismus regulierte zwar die Nachfrage, nicht jedoch den Bedarf. Dieser war – um es mit den drastisch-plastischen Worten von Walter Krämer von vor einem knappen Vierteljahrhundert zu formulieren – „mangels Wirksamkeit der damaligen Medizin nicht vorhanden. Die Reichen mochten zwar Armeen von Leibwächtern und Apothekern unterhalten, sich subjektiv auch glänzend versorgt fühlen, aber vom heutigen Standpunkt gesehen, was hatten sie davon? Wenn sie länger lebten, dann wegen besserer Ernährung und Hygiene, aber nicht wegen (höchstens trotz) guter Dienstleistungen der damaligen Medizin. Diese blieben zwar den Armen durch den Marktmechanismus weitgehend vorenthalten, was aber deren Gesundheit im Durchschnitt nur zuträglich war.“¹ Inzwischen hat sich diese Situation nachhaltig verändert. Die Anzahl der Rettungsboote auf der Titanic „Öffentliches Gesundheitswesen“ sind knapp geworden. Wer –

wie der ehemalige Bundesverfassungsrichter Paul Kirchhof – insoweit gleichen Zugang für alle fordert, muss sich von manchen Philosophen entgegenhalten lassen, „daß Ungleichheit selbst mit Bezug auf fundamentale Lebenschancen im zukünftigen Gesundheitswesen eines liberalen Rechtsstaates westlicher Prägung unvermeidlich“ sei. Hartmut Kliemt, der soeben zitiert wurde, fährt fort: „Wir haben nur die Wahl zwischen Ungleichheit ‚vor dem Sensenmann‘ und Aufgabe essenzieller Prinzipien individueller Freiheit und Verantwortung. [...] Und wenn wir Anhänger des Rechtsstaates westlicher Prägung sind, beginnen wir besser jetzt unter nicht dramatischen Knappheitsbedingungen mit einem allmählichen Wandel unserer Überzeugungen und Institutionen, um für die künftigen, durch den medizinischen Fortschritt unweigerlich heraufkommenden dramatischen Knappheiten gewappnet zu sein“ – so Kliemt unter dem geradezu programmatischen Titel „Rechtsstaatliche Rationierung“.²

II. Begriffsklärungen

Eine verbreitete Terminologie unterscheidet zwischen direkter und indirekter Rationierung; andere Kategorisierungen differenzieren zwischen Rationierungen auf der Makroebene und der Mikroebene, wobei noch eine Zwischenebene, die Mesoebene, einbezogen wird.

(1) *Indirekte Rationierung* erfolgt bei der Kapazitätsplanung. Zu ihr kann es als Folge und Ausdruck der in jedem Gesundheitssystem erforderlichen politischen Entscheidungen über den Gesamtumfang des öffentlichen Gesundheitswesens (Makroebene) sowie die Kapazitätsverteilung innerhalb dieses Systems (Mesoebene) selbst kommen. Knappheit wird dabei vor allem in einzelnen Teilsystemen (z. B. den gesetzlichen Krankenkassen, Fachrichtungen

oder Regionen) auftreten. Die Folgen einer Rationierungsentscheidung lassen sich häufig lediglich statistisch abschätzen. Auch wenn man prognostizieren könnte, wie viele Menschenleben die Inkaufnahme von Knappheit kosten wird, scheidet doch eine Benennung der konkret Betroffenen aus.³

(2) Die *direkte Rationierung* betrifft die Kapazitätsvergabe, also eine Konstellation, in der trotz medizinischer Bedürftigkeit verfügbare Leistungskapazität knappheitsbedingt verweigert wird. Sie kann durch Nachfragesteuerung (einschließlich angebotsseitiger Beeinflussung der Nachfrage) erfolgen oder durch verteilungslenkende Rationierung. Entsprechende Festlegungen können in genereller Form durch staatliche Normgeber, durch normersetzende Richtlinien des medizinischen Subsystems oder durch den je behandelnden Arzt im konkreten Fall (auf der Mikroebene) erfolgen. Dabei gilt: Je weniger die Betroffenen Ausweichmöglichkeiten haben – mit anderen Worten: je schwieriger es für sie ist, die Leistung anderweitig zu beschaffen – desto härter trifft die Rationierung. Insoweit lässt sich sodann nochmals differenzieren zwischen einer normativ harten Rationierung im Sinne eines Beschaffungsverbots⁴ einerseits und faktisch harter Rationierung in Form von finanzieller Leistungsverweigerung (ohne Beschaffungsverbot).

III. Verfassungsrechtliche Grenzen der indirekten Rationierung

Rationierungsbedingte Knappheit im Gesundheitssystem insgesamt bzw. in bestimmten Teilsystemen ist Folge bzw. Ausdruck staatlicher Planungsentscheidungen. Im Verfassungsstaat der Bundesrepublik ist es Aufgabe vor allem des Gesetzgebers zu bestimmen, in welchem Umfange öffent-

liche Finanzmittel in den Gesundheitssektor fließen und wie sie dort auf die einzelnen Sektoren verteilt werden. Dabei bleibt dem Gesetzgeber ein weites politisches Ermessen.⁵ Nur in engen Grenzen trifft ihn eine verfassungsrechtliche Garantenstellung für die Existenz eines Systems der sozialen Sicherung einschließlich der Gesundheitsversorgung, die quantitativ und qualitativ aber nur überaus vage bestimmt ist. Solange der Staat für ein öffentliches Gesundheitswesen sorgt, das nicht offenkundig mangelhaft ist, bewegt er sich innerhalb des normativen Rahmens, den das insoweit primär einschlägige grundgesetzliche Sozialstaatsprinzip vorgibt. Hinsichtlich der Höhe der bereitzustellenden Mittel und der Einschätzung des Niveaus bzw. Standards eines Gesundheitssystems kommt dem Staat eine weitreichende Einschätzungsprärogative zu. Dabei ist nämlich zusätzlich zu bedenken, dass auch nicht-spezifische Gesundheitspolitiken – etwa die Umweltpolitik – weitreichenden Einfluss auf die psychische wie physische Befindlichkeit und Integrität der Bürger haben. Ob das Parlament sich für den Ausbau von Unfallkliniken entscheidet oder ob es das straßenverkehrsrechtliche Instrument der Einführung von Tempolimits setzt, ist verfassungsrechtlich jedenfalls nicht determiniert.⁶

Auch die grundrechtlichen Maßstabnormen des Art. 1 Abs. 1 GG und des Art. 2 Abs. 2 GG gebieten insofern keine grundsätzlich andere Einschätzung. Dies gilt unabhängig von der dogmatisch umstrittenen Frage, ob die genannten Normen, namentlich das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, für die vorliegende Problemkonstellation überhaupt in schutzrechtlicher Perspektive Relevanz erlangen.⁷ Festgehalten werden kann jedenfalls, dass das Sozialstaatsprinzip als objektiv-rechtliche Verpflichtung des Staates („was muss der Staat leisten“) durch die Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG eine subjektiv-rechtliche „Aufladung“ erhält („Recht

auf Gesundheit“). Art. 1 Abs. 1 garantiert – so das Bundesverfassungsgericht – „die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein“.⁸ Doch ist insofern lediglich ein „Menschenwürdesockel“ des Leistungsrechts (Hufen) gewährleistet, der auf einen minimalen Kernbestand beschränkt ist. Dieser ist aber in absehbarer Zeit jedenfalls für die Bundesrepublik Deutschland sicherlich nicht in Gefahr. Wenn man – wie das nicht selten geschieht – das öffentliche Gesundheitswesen bildhaft mit der Titanic vergleicht,⁹ wird man formulieren können: Die Anzahl der Rettungsboote auf der Titanic steht weitgehend im Belieben des Gesetzgebers.

Eine etwas andere Akzentuierung erfährt die Problematik der indirekten Rationierung, wenn man sich der – oftmals so bezeichneten – Mesoebene¹⁰ zuwendet: Die Verteilung auf einzelne Sektoren des Gesundheitssystems ist insofern sensibler zu betrachten, als damit aus der potenziellen Jedermann-Betroffenheit ein ggf. deutlich erhöhtes Risiko für spezifische Patientengruppen resultieren kann. Hier können ggf. spezifischere Schutzverpflichtungen des Staates entstehen; man denke etwa an die Transplantationsmedizin.¹¹

IV. Verfassungsrechtliche Direktiven für Formen direkter Rationierung

Direkte Rationierung kann grundsätzlich in zwei Richtungen wirken:

- einmal im Wege einer Nachfragesteuerung, wobei hier leistungsausschließende Zustands-Behandlungs-Relationen im Mittelpunkt stehen,
- und zum anderen über eine Verteilungslenkung.¹²

1. Direkte Rationierung durch Nachfragesteuerung bzw. angebotsseitige Nachfragebeeinflussung

a) Leistungsausschließende Zustands-Behandlungs-Relationen

Zunächst ist denkbar, dass die Vergabe knapper medizinischer Behandlungskapazitäten auf dem Wege ausschließender Zustands-Behandlungs-Relationen gesteuert wird. Mögliche Beispiele wären der Ausschluss von Sozialhilfeempfängern aus der transplantationsmedizinischen Versorgung; Altersgrenzen für Hüftgelenksprothesen usw.

Innerhalb eines GKV-Systems mit Zwangsmitgliedschaft ist insoweit aus verfassungsrechtlicher Perspektive vor allem Art. 14 GG, die Eigentumsgarantie, zu beachten. Begründung und Ausformung einer Pflichtversicherung greifen in erheblicher Weise in die Freiheitssphäre ein.¹³ Vor dem Hintergrund des Art. 14 Abs. 1 GG ist deshalb die öffentliche Gewalt dazu verpflichtet, die Angemessenheit von Leistung und Gegenleistung zu gewährleisten. Mit anderen Worten: Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht so ausgedünnt werden, dass sich eine unverhältnismäßige Divergenz zu dem Preis-Leistungs-Verhältnis entwickelt, zu dem private Krankenversicherungen gleichen Deckungsumfangs angeboten werden. Allerdings ist insoweit auch in Rechnung zu stellen, dass das System gesetzlicher Krankenversicherungen auf dem Prinzip gegenseitiger Solidarität beruht. Insofern ist es mit Art. 14 grundsätzlich vereinbar, wenn das Preis-Leistungs-Verhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung für *einzelne Mitglieder* hinter dem zurückbleibt, was private Krankenversicherungen ihnen vor dem Hintergrund eines anderen Zuschnitts der Versicherungsgemeinschaft anbieten können.

Vor dem Hintergrund des einfachgesetzlich vorgegebenen Wirtschaftlichkeitsprinzips sind auch Kosten-Nutzen-Erwägungen nicht *a limine* unzulässig.

Andere Erwägungen sind im Blick auf die Grenzen *sozialhilferechtlicher Festlegung* von Zustands-Behandlungs-Relationen anzustellen. Insofern markieren das Sozialstaatsprinzip und vor allem die Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG nach Maßgabe des Kriteriums absoluter Bedürftigkeit die Untergrenze dessen, was die Gewährleistungsverantwortung des Staates sicherzustellen hat. Insoweit wird man aus verfassungsrechtlicher Perspektive nicht sagen können, dass der heutige Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen in Gänze diesen Mindeststandard beschreibt. Wie etwa das Beispiel des Asylrechts zeigt, ist die verfassungsrechtlich geforderte staatliche Einstandspflicht für bedürftigkeitsabhängige medizinische Versorgung nicht unbedingt auch auf aufschiebbare medizinische Behandlungen zu erstrecken. Das Asylbewerberleistungsgesetz sieht beispielsweise insoweit vor, dass Asylbewerber zahnmedizinische Leistungen nur dann in Anspruch nehmen können, wenn ein Aufschub nicht tragbar ist. Dies ist aus verfassungsrechtlicher Perspektive verallgemeinbar.¹⁴

b) Direkte Rationierung durch Quotierung

Hier geht es um Formen von Nachfragesteuerung, die ihrerseits durch das Verhalten der Leistungserbringer, also angebotsseitig, beeinflusst werden. So kann die Festlegung von Gesamtbudgets die Vertragsärzte durchaus dazu bewegen, medizinisch indizierte Leistungen nicht zu erbringen. Regelmäßig wird dies allerdings in Formen heimlicher Rationierung geschehen, weil der betroffene Patient nicht erkennen wird, dass ihm eine an und für sich erforderliche Leistung zur Vermeidung der negativen Folgen einer Überschreitung des Budgets nicht gewährt wird. Gerade die Intransparenz aber führt zu Fehlallokationen.

2. Auswahlentscheidungen zwischen Anspruchsberechtigten

In diesem Zusammenhang geht es um die Frage, ob und inwieweit die öffentliche Gewalt berechtigt ist, bei der Vergabe knapper Mittel eine rationierende Auswahlentscheidung zwischen anspruchsberechtigten Bedürftigen zu treffen bzw. Dritten zu ermöglichen.

Dabei kommen drei denkbare Steuerungsansätze in Betracht:

- durch die Festlegung abstrakter Verteilungsregeln durch staatliche Normgeber,
- durch die Delegation dieser Entscheidungsbefugnis an den „Sachverstand“ des medizinischen Subsystems sowie
- durch Überlassung der Rationierungsentscheidung an den einzelnen Arzt in der konkreten Behandlungssituation.

Zu den beiden erstgenannten Aspekten abschließend nur einige knappe Bemerkungen, illustriert an einem Referenzgebiet, das einerseits besonders eindringlich die Probleme vor Augen führt und andererseits auch schon Gegenstand gesetzgeberischer Regelungsversuche war: der Transplantationsmedizin.

a) Die staatliche Festlegung von Zuteilungsregeln

Ausgangspunkt der Überlegungen muss insoweit die sog. Wesentlichkeitslehre des Bundesverfassungsgerichts sein. Danach sind alle wesentlichen, grundlegenden Entscheidungen im grundgesetzlichen Gemeinwesen dem unmittelbar demokratisch legitimierten Parlament vorbehalten. Der durchaus unscharfe Begriff der Wesentlichkeit verweist dabei auf grundlegende gesellschaftliche Konfliktlagen, für die eine spezifische Grundrechtsprägung charakteristisch ist,¹⁵ und in vielen Fällen liegt es auf der Hand, dass

namentlich die Entscheidungen über die Zuteilung knapper Organe Entscheidungen über Leben und Tod sind und damit an geradezu existentieller Grundrechtsrelevanz kaum zu überbieten sind.

Schon für den weitaus weniger gravierenden Bereich der Zuteilung beruflicher Lebenschancen hat das Bundesverfassungsgericht im Zuge des Numerus-Clausus-Urteils die Verantwortung des Gesetzgebers herausgestellt: In einem freiheitlichen Rechts- und Sozialstaat könne es nicht der freien Entscheidung der staatlichen Organe überlassen bleiben, den Kreis der Begünstigten nach ihrem Gutdünken abzugrenzen. Vielmehr müsse der Gesetzgeber „selbst die Verantwortung dafür übernehmen, wenn als Folge unzureichender Kapazitäten der Kreis der Begünstigten unter Inkaufnahme schwerwiegender Ungleichbehandlung einzuschränken ist“.¹⁶ Namentlich die Regelungen über die Auswahl von Bewerbern gehören wegen ihrer einschneidenden Bedeutung zum Aufgaben- und Verantwortungsbereich des Parlaments. Dieses habe auch im Falle einer Delegation seiner Regelungsbefugnisse „zumindest die Art der anzuwendenden Auswahlkriterien und deren Rangverhältnis untereinander selbst festzulegen“. Da eine solche Auswahl zwangsläufig „mit einer Ungleichbehandlung an sich Gleichberechtigter“ verbunden sei, könne die Auswahlregelung auch nicht den ansonsten für den Gleichheitssatz typischen Gestaltungsspielraum für sich in Anspruch nehmen. „Daß die Regelung frei von Willkür im Sinne evidenter Unsachlichkeit sein muß, versteht sich von selbst. Gerade hier sind die Verantwortlichen gehalten, sich in steter Orientierung am Gerechtigkeitsgedanken um eine auch für die Benachteiligten zumutbare Auswahl zu bemühen. Insbesondere muß die Regelung jedem zulassungsberechtigten Bewerber eine Chance belassen.“¹⁷

Vor diesem Hintergrund bestehen durchgreifende Bedenken gegen die Regelung des deutschen Transplantations-

gesetzes, das allein die – ungewichteten – Kriterien der Erfolgsaussicht und der Dringlichkeit benennt und im Übrigen die Entscheidungsbefugnisse an die Bundesärztekammer delegiert und dabei deren Richtlinientätigkeit unzutreffend als Implementierung rein medizinischer Erkenntnisse qualifiziert. Dabei liegt es auf der Hand, dass es schlechterdings keine medizinischen Gründe gibt, eine Heilung oder eine Verlängerung des Lebens, die möglich und indiziert ist, nicht zu versuchen.¹⁸ Abgesehen davon ist hervorzuheben, dass Erfolgsaussicht und Dringlichkeit keineswegs normativ gleichwertig nebeneinander stehen. Ein relativer Vorrang des individuellen Dringlichkeitskriteriums gegenüber dem utilitaristischen Erfolgsaussichtskriterium ist die Mindestvoraussetzung, die der Gesetzgeber hätte festlegen müssen.¹⁹ Angesichts der auch vom Bundesverfassungsgericht mehrfach betonten Lebenswertindifferenz-Konzeption des Grundgesetzes ist es darüber hinaus fraglich, ob und in welchem Maße überhaupt auf patientenbezogene Erfolgsaussichten abgestellt werden darf.²⁰

Darüber hinaus könnte der Gesetzgeber beispielsweise auch die Diskriminierungskriterien des Art. 3 Abs. 3 GG als Negativkriterien ausdrücklich benennen.

b) Die Delegation an die Richtlinienkompetenz des medizinischen Subsystems

Hochproblematisch ist es aus verfassungsrechtlicher Perspektive, Rationierungsentscheidungen an Akteure des medizinischen Subsystems zu delegieren – wie es insbesondere der deutsche Transplantationsgesetzgeber getan hat.²¹ Wenn und soweit transplantationsmedizinische Entscheidungen eingebunden sein müssen in ein legislativ verantwortetes Modell rechtsstaatlicher und demokratischer Herrschaftsausübung, dürfen derartige Entscheidungen nicht (weitgehend) ungebunden an nichtstaatliche Entscheidungsträger delegiert werden. Immer hat der Gesetzgeber auf die

Sicherstellung eines hinreichenden Legitimationsniveaus der Entscheidungsträger und des Entscheidungsprozesses zu achten. Insoweit aber sind erhebliche Legitimationsdefizite im Blick auf die Richtlinienätigkeit der Bundesärztekammer zu konstatieren. Erhebliche Lücken ergeben sich zunächst schon im Blick auf die sachlich-inhaltliche Legitimation.²² Die irreführende Formulierung in § 16 Abs. 1 Transplantationsgesetz, wonach die Bundesärztekammer in ihren Richtlinien lediglich bestimmte „Feststellungen“ medizinischer Art trifft, verdeckt den verfassungsrechtlich relevanten Umstand, dass die Richtlinienätigkeit der Bundesärztekammer substantiell eigene Wertungen von existentieller Bedeutung enthält. Der insoweit bestehende Bewertungsspielraum wird dabei nicht durch aussagekräftige parlamentsgesetzliche Vorgaben gesteuert (siehe oben). Die somit defizitäre sachlich-inhaltliche Legitimation wird auch nicht durch eine erhöhte organisatorisch-personelle Legitimation kompensiert. Ganz im Gegenteil: Auch diese ist aus verfassungsrechtlicher Perspektive deutlich zu schwach. Die Allokationsrichtlinien werden vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet, dessen Mitglieder aber nur Repräsentanten funktionaler Selbstverwaltung sind. Die Organallokation aber ist nichts weniger als eine Selbstverwaltungsaufgabe der Ärzteschaft.²³ Im Übrigen schweigt sich das Gesetz auch über das Verfahren zur Rekrutierung der Mitglieder der Ständigen Kommission Organtransplantation und ebenso über das Verfahren innerhalb der Kommission aus, die den eigentlichen Inhalt der Richtlinien erarbeitet. Dies genügt nicht den Anforderungen, die das Bundesverfassungsgericht für vergleichbare Gremien aufgestellt hat.²⁴

All dies zeigt, dass die Delegation von Allokationsentscheidungen an das medizinische Subsystem mit schwerwiegenden Bedenken konfrontiert ist. Will man – was durchaus sinnvoll sein kann – medizinischen Sachverstand

dort einbeziehen, wo es wirklich um medizinische Aspekte geht, bedarf es darüber hinaus jedoch der Mitwirkung staatlicher Instanzen und klarer normativer Vorgaben durch den Gesetzgeber selbst.

Anmerkungen

¹ Krämer, Walter: Wer leben will, muß zahlen, 1982, 109.

² Kliemt, Hartmut: Rechtsstaatliche Rationierung, in: Kirch, Wilhelm / Kliemt, Hartmut (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, 1997, 21; zu den Rahmenbedingungen der Mittelknappheit im Gesundheitssystem siehe etwa Marckmann, Georg: Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Schulz, Stefan u. a. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 2006, 183 (184ff).

³ Hierzu und zum Vorstehenden mit Nachweisen *Nettesheim*, Verwaltungsarchiv 93 (2002), 315 (318f). – Zur Unterscheidung zwischen dem aggregierten Zurverfügungstellen von Gesundheitsleistungen einerseits und der nachfolgenden Verteilung siehe auch *Dworkin, Ronald*: Justice in the Distribution of Health Care, McGill Law Journal 38 (1993), 883 (885).

⁴ Beispielsweise das Verbot des Organhandels.

⁵ Dazu und zum Folgenden näher *Höfling*, Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat, in: Feuerstein/Kuhlmann (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, 1998, 143 (146ff); *Nettesheim* (Anm. 3), 326ff.

⁶ Siehe auch *Kirchhof*, Das Grundgesetz als Maßstab für ärztliches Forschen und Heilen, in: Herfarth/Buhr (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen der Medizin, 1994, 40 (48).

⁷ Dazu *Höfling* (Anm. 5), 148f; *Nettesheim* (Anm. 3), 326f.

⁸ BVerfGE 40, 121 (133); 48, 346 (361); näher dazu auch *Höfling*, in: Sachs (Hrsg.): Grundgesetz-Kommentar, ⁴2007, Art. 1 Rn. 32.

⁹ Siehe schon *Krämer* (Anm. 1), 110; *Höfling* (Anm. 5), 144 und 150.

¹⁰ Zu den Unterscheidungen mit weiteren Nachweisen *Höfling* (Anm. 5), 145.

¹¹ Siehe auch *Nettesheim* (Anm. 3), 329f.

¹² Hierzu und zum Folgenden *Nettesheim* (Anm. 3), 330ff.

¹³ Siehe zum Problem auch *Isensee*, Verwaltung des Mangels im

Gesundheitswesen – verfassungsrechtliche Maßstäbe der Kontingenzierung, in: Söllner (Hrsg.): Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze, 2005, 417 (432f.).

¹⁴ *Nettesheim* (Anm. 3) S. 334ff.

¹⁵ Siehe z. B. BVerfGE 33, 1 (10ff); 34, 165 (192f); 45, 400 (417f); 58, 257 (268).

¹⁶ Siehe BVerfGE 33, 303 (321f und 337).

¹⁷ BVerfGE 33, 303 (345f).

¹⁸ Siehe beispielsweise nur *Schmidt, Volker*: Politik der Organverteilung, 1996, 128f; *Lang*, *Medizinrecht* 2005, 269 (275f) m. w. N.

¹⁹ Näher hierzu *Gutmann, Thomas*: Für ein neues Transplantationsgesetz, 2006, 132ff m. w. N.

²⁰ Siehe auch BVerfGE 39, 1 (59f).

²¹ Zur Kritik siehe etwa *Höfling*, in: ders. (Hrsg.): Kommentar zum Transplantationsgesetz, 2003, § 16 Rn. 7ff; *Gutmann* (Anm. 19), 113ff – beide m. w. N.

²² Hierzu und zum Folgenden eingehend auch *Schmidt-Aßmann, Eberhard*: Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, 103f.

²³ In diesem Sinne auch nachdrücklich *Haverkate*, Verantwortung für Gesundheit als Verfassungsproblem, in: Häfner (Hrsg.): Gesundheit – Unser höchstes Gut?, 1999, 119 (126).

²⁴ Siehe BVerfGE 83, 130 (150f).