
Gerechte Allokation medizinischer Leistungen

Josef Schuster

Die folgenden Überlegungen wollen als *ein* Baustein zur Lösung des Problems der gerechten Allokation medizinischer Leistungen verstanden werden, das unsere Gesellschaft seit mehr als einer Dekade intensiv beschäftigt. Dass zur angemessenen Lösungsstrategie eine breit angelegte gesellschaftliche und politische Debatte gehört, dürfte kaum strittig sein. Doch in Zeiten, in denen hierzulande diskursethische Ansätze in Moralphilosophie und -theologie eine gewisse Konjunktur haben, besteht die Gefahr, die Antwort auf Sachfragen von diskursiven Prozeduren zu erhoffen. Doch so wenig die wohldurchdachten Regeln des Schachspiels bereits eine gute Partie garantieren, ebenso wenig können die Regeln eines fairen Diskurses ein gutes Ergebnis verbürgen. Die Teilnehmer an solchen Diskursen brauchen ihrerseits Kriterien, um Sachargumente von strategischen Überlegungen und der Äußerung von Gruppeninteressen unterscheiden zu können. Wenn man sich unter den Bedingungen eines politischen und ethischen Pluralismus argumentativ verständigen will, bedarf es eines Mindestbestandes an Übereinkunft bezüglich einschlägiger Prinzipien, Regeln und Unterscheidungen, um zu verantwortbaren Lösungen zu kommen. Andernfalls setzen sich stets jene durch, die über die entsprechenden Machtmittel verfügen.

1. „Kostenexplosion“

Über ein Problem gibt es zwischen den verschiedenen Parteien des Gesundheitswesens weitgehend Einigkeit: Es gibt ein Finanzierungsproblem. Zu dem wachsenden Finanzbedarf trägt wesentlich der Fortschritt in Diagnostik, Therapie und Medikation bei, denn die moderne Medizintechnik und Pharmaindustrie bieten stets neue Produkte an, die man als „Add-on“-Technologien einstuft, d. h. die neuen Methoden ersetzen nicht eine umständliche durch eine schnellere Prozedur, sind also nicht als Substitutionstechniken einzuordnen, sondern sie eröffnen neue Möglichkeiten und erzeugen damit erst einen Bedarf, der zuvor jedenfalls in dieser Form nicht vorhanden war. Der Bedarf nach künstlichen Hüftgelenken, künstlichen Organen etc. ist immer dann erst gegeben, wenn solche Möglichkeiten angeboten werden. Das führt aber in vielen Fällen zu steigenden Kosten im Medizinbereich, denn Computertomografen, operative Laserverfahren und neue Transplantationstechniken fordern in der Regel hohe Investitionen, die sich amortisieren müssen. Ähnliches gilt für die High-tech-Ausstattung mancher Arztpraxen und Laboreinrichtungen außerhalb von Krankenhäusern und Kliniken.

Nun gibt es ein einfaches Mittel, um die Defizite der gesetzlichen Krankenkassen zu begleichen: kostendeckende Beitragserhöhungen. Sollen allen – also auch den Pflichtversicherten – alle Möglichkeiten der modernen Medizin offenstehen, soll es also keine Zwei-Klassen-Medizin für Pflichtversicherte und zahlungskräftige Privatversicherte geben, dann muss die Solidargemeinschaft für die daraus entstehenden Kosten aufkommen. Allerdings kann die Sozialgesetzgebung nicht ohne weiteres Beitragserhöhungen in entsprechender Größe beschließen, denn den Krankenkassen wird „Beitragsstabilität“ gesetzlich abverlangt (vgl. § 71 SGB V). Die Beiträge müssen nämlich für die abhängig Be-

schäftigten sozial verträglich sein und in angemessener Relation zum Realeinkommen stehen. Der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* wagte in seinem Sachstandsbericht 1994 folgende Prognose:

„Die Kumulation von demographischer Entwicklung mit steigender Multimorbidität, medizinischem und medizintechnischem Fortschritt, steigenden Ansprüchen an die Leistungsqualität bei Krankheit oder Leiden, Körperbehinderungen und chronischen Krankheiten läßt den Leistungsbedarf stärker ansteigen, als die Politik den Versicherten zur Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge zumuten will.“

Die jüngste Diskussion um die Erhöhung der Beiträge zur GKV um einen halben Prozentpunkt bestätigt nur, was die Sachverständigen bereits vor über zehn Jahren wussten.

Reduzierungen im Leistungskatalog der GKV seien aber – so der Rat – nur dann vertretbar, wenn zuvor alle Rationalisierungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien: also Rationalisierung vor Rationierung. Vier *Optionen* werden vorgeschlagen, um den Leistungskatalog der Krankenversicherung neu zu ordnen:

- (1) Ausgliederung bzw. Verlagerung von Leistungen, die nicht notwendig zum Leistungsumfang einer Gesetzlichen Krankenversicherung gehören müssen;
- (2) Zweiteilung der Gesundheitsleistungen in Kern- und Zusatzleistungen in Teilbereichen wie Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittel oder zahnärztliche Versorgung;
- (3) freiwillige Abwahl von solidarisch finanzierten Krankenversicherungsleistungen;
- (4) ein „Schichtenmodell“: gesundheitszielorientierte Aufgabenverteilung zwischen dem Staat, den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und dem Einzelnen.¹

Andere Finanzierungsvorschläge plädieren etwa für eine größere Selbstbeteiligung durch private Zusatzversicherung – z. B. 75 % zahlt die Kasse, 25 % der Versicherungsnehmer – oder für eine sog. Risikosteuer für gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen (von den Gewerkschaftlern als „Sündensteuer“ deklariert) für Raucher, Trinker, riskante Sportarten etc.² In Bezug auf die Kostendämpfung ist dieser Vorschlag falsch, weil rein statistisch betrachtet Versicherte, die zu dieser Gruppe gehören, in der Regel eine kürzere Lebensdauer haben und damit die Kassen früher entlasten als 90- und 100-Jährige. Es mag zynisch klingen, aber unter rein ökonomischen Gesichtspunkten verdienen sie eher eine Prämie. Dieser Vorschlag ist aber auch unter moralischer Rücksicht problematisch: Woher weiß man eigentlich, ob eine bestimmte Erkrankung auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen ist, wenn sich vergleichbare Symptome auch bei Patienten zeigen, die nur mäßig Alkohol konsumieren? Außerdem können Esssucht und Drogenabhängigkeit von Problemen verursacht sein, für welche die Abhängigen nur eingeschränkt verantwortlich sind. Ein solcher Risikozuschlag, der die genannten Faktoren nicht berücksichtigt, wird seinerseits ungerecht gegenüber denen, die für ihre Erkrankung im moralischen Sinne kaum verantwortlich sind. Außerdem gibt es riskante Verhaltensweisen, die gesellschaftlich keineswegs geächtet werden: körperliche Bequemlichkeit, Sonnenbaden, Arbeitswut, Hochleistungssport etc. Darf vermutet werden, dass mit einer Risikoabgabe gesundheitspolitisch jene Verhaltensweisen geahndet werden sollen, die man moralisch ablehnt?

In der Regel wird gegenüber solchen Vorschlägen der Vorwurf erhoben, damit werde eine Zwei-Klassen-Medizin installiert oder aber das Gesundheitsrisiko entgegen dem Solidaritätsprinzip privatisiert, und damit würden dann die gesetzlichen Krankenkassen dem Prinzip der Privatkas-

sen angeglichen, die in der Regel von einer Risikoabschätzung ausgehen.

Man muss kein Kritiker des Solidarsystems sein, um Gefahren zu erkennen: (1) Wer nicht für einen von ihm selber verursachten Schaden aufkommen muss, der nimmt auch leichter höhere Gesundheitsrisiken in Kauf, der sucht (2) im Zweifel stets den Arzt auf, der zieht (3) eine kostspieligere Behandlungsart einer weniger kostspieligen, aber ebenso effektiven leichter vor, der ist (4) eher zu einer stationären Behandlung bereit.

Es dürfte wohl schwerlich zu widerlegen sein, dass mit steigendem Wohlstand die Menschen in der Regel auch steigende Ansprüche an die Gesundheitsversorgung stellen. Dass sich ihr Gesundheitszustand dadurch aufs Ganze gesehen verbessert, ist statistisch – angesichts der steigenden Lebenserwartung – nicht zu widerlegen.

Es ist überhaupt nicht zu bestreiten, dass die rasante Entwicklung in der Medizintechnik zusätzliche Bedürfnisse geschaffen hat, über deren Notwendigkeit man sehr wohl streiten kann. Gehört es wirklich zum *Grundrecht auf Gesundheitsversorgung*, dass die Solidargemeinschaft jedwede medizinische Leistung mitzutragen hat? Schon derzeit übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen nur einen Teil der Kosten bei Zahnersatzbehandlungen, und für Brillen zahlt jeder selbst. Damit gerät aber das Solidarprinzip noch nicht in Gefahr. Denn man könnte dem umgekehrt entgegenhalten, das Solidarsystem sei gerade dann in Gefahr, wenn mehr und mehr Versicherte die Solidargemeinschaft ausbeuteten (vgl. Missbrauchsdebatte).

Ökonomische Fragen haben es in der Regel mit Knappheit an Finanzmitteln bzw. vorhandenen und zu verteilenden Gütern zu tun. Die philosophische und theologische Ethik hat diese Knappheit zur Kenntnis zu nehmen und zu fragen, nach welchen Kriterien die knappen Güter bzw.

Mittel zu verteilen sind. Es handelt sich also um Fragen der Gerechtigkeit.

2. Solidarität und Gerechtigkeit

2.1 Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit als Kriterium

In sozialetischen Beiträgen zur Reform des Gesundheitswesens wird u. a. die moralische Forderung nach Bedarfsgerechtigkeit als Kriterium statuiert.

„In der Anerkennung eines Grundrechts auf ganzheitliche und umfassende Gesundheitsversorgung³ liegt auch der Grund, weshalb eine radikale Ausweitung von Marktsteuerungen im Gesundheitssystem kritisch zu beurteilen ist. Das Grundrecht auf Gesundheit⁴ verlangt nämlich Bedarfsgerechtigkeit: Jeder Mensch hat im Krankheitsfall Anspruch auf alle gesellschaftlich verfügbaren Gesundheitsleistungen, deren er zur Heilung seiner Krankheit bedarf – unabhängig von Art, Ausmaß und Dauer seiner Krankheit, sowie unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit und gesellschaftlichen Stellung.“⁵

Zur Bedarfsgerechtigkeit gehört ferner ein „Belastungsausgleich“ zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten. Der Belastungsausgleich umfasst dabei auch das Pflegerisiko und die Pflegeversicherung. Da der Bedarf kranker und pflegebedürftiger Menschen sich nicht nach deren Kaufkraft richtet, muss in diesem Bereich der Marktmechanismus versagen.

Wie aber bestimmt man den „Bedarf“ im Gesundheitswesen? Kein Wirtschaftszweig bietet so unterschiedliche Leistungen an wie das Gesundheitswesen, und deshalb ist es nicht leicht, den Bedarf zu bestimmen, will man Bedarf

und faktische Nachfrage nicht einfach bedeutungsgleich verwenden. *De facto* geschieht das aber sehr häufig: „Bedarf“ ist gleich *realisierte Nachfrage* bzw. *Inanspruchnahme*. Dass diese Definition auf das Gesundheitswesen nicht übertragbar ist, wird daran ersichtlich, dass nach dieser Definition der Bedarf an Gesundheitsgütern in den Ländern der Dritten und Vierten Welt gegen Null geht.

„Nachfrage“ im Sinne der ökonomischen Theorie hängt ab von Einkommen, Zahlungswilligkeit, persönlichen Präferenzen und Preisen. Im Unterschied dazu wird „Bedarf“ von persönlichen Präferenzen abgekoppelt verstanden, d. h. „Bedarf“ wird in Absetzung von „Nachfrage“ zu einem normativen Begriff. So besteht zwar aufgrund persönlicher Präferenzen Nachfrage nach Pornofilmen, Rauschgift, Zigaretten und Alkohol, aber kein Bedarf an diesen Dingen. „Nachfrage“ hat es mit dem zu tun, was jemand will, „Bedarf“ mit dem, was jemand soll. Allerdings steht „Bedarf“ in vielen Bereichen für alles andere, nur nicht für einen objektiven Sachverhalt. Denn in Wahrheit bestimmen die Präferenzen der Bedarfsermittler mit, was als Bedarf zu gelten hat. Der ADAC und die GRÜNEN haben sehr unterschiedliche Auffassungen über den Bedarf an Autobahnen. Auch der Bedarf an Gesundheitsgütern wird wesentlich mitbestimmt von den persönlichen Präferenzen und Idealvorstellungen der Bedarfsermittler. Wer der Überzeugung ist, nach jedem mittelschweren operativen Eingriff sei eine vierwöchige Nachkur in einer entsprechenden Einrichtung angezeigt, der wird dafür auch den entsprechenden Bedarf ermitteln können. Denn es gibt genügend Patienten, die am Verdauungstrakt operiert werden, und es gibt auch eine bestimmte Anzahl von Plätzen in Kurhäusern.

Ohne die Klärung dessen, was als „Bedarf“ zu gelten hat, wird auch die Forderung nach Bedarfsgerechtigkeit leer bleiben. Gehören im Krankheitsfalle wirklich „alle gesellschaftlich verfügbaren Gesundheitsleistungen“ zur Be-

darfsgerechtigkeit? Richtet sich das Verständnis von Bedarf in diesem Kontext nicht lediglich nach den Leistungen und Gütern, welche die medizinischen Agenten anzubieten haben – also nach dem, was der Markt an möglicher Nachfrage zulässt? So verstanden wächst dann der Bedarf mit dem medizinisch-technischen Fortschritt: Wo ein Computertomograf zur Verfügung steht, dort besteht auch Bedarf zu seinem Gebrauch.

Um in dieser Frage mehr Klarheit zu gewinnen, ist zwischen Wünschen und Bedarf zu unterscheiden.

2.2 Wunsch und Bedarf⁶

Die Unterscheidung zwischen dem, was jemand möchte (wünscht), und dem, was er benötigt, zwischen Wunsch (*desire*) und Bedarf (*need*), ist insofern von Bedeutung, als Wünsche und Neigungen für sich genommen kein moralisches Kriterium sein können. Verdeutlicht sei der Sinn der Unterscheidung an einem Beispiel, das sich bei Thomas Scanlon⁷ findet: Wenn Person A aufgrund einer körperlichen Behinderung Hilfe benötigt, macht dies einen moralisch relevanten Unterschied zu Person B aus, die für ihre ausgefallenen Wünsche auf die Unterstützung anderer angewiesen ist. Während bei begrenzten Mitteln A eindeutig einen moralischen Anspruch auf Hilfe hat, sind die ausgefallenen Wünsche von B moralisch völlig irrelevant. Die körperliche Behinderung bietet ein objektives Kriterium, während die Wünsche von B rein subjektiver Natur sind. Der Inhalt von Wünschen hängt von meinen Vorstellungen ab, der Inhalt von dem, was ich brauche, also mein Bedarf, hängt von der Wirklichkeit ab.

Gegenstände von Bedürfnissen⁸ unterscheiden sich von anderen Mitteln dadurch, dass sie zu einer Klasse von Zielen gehören, für die sie notwendiges Mittel sind. Und diese Ziele sind derart, dass sie nicht in unser Belieben gestellt

sind, sie sind uns vielmehr vorgegeben. Beispiele für solche Ziele sind: „Freiheit von Schmerz, Gesundheit, Gebrauch unserer Sinne und Glieder [...] Gegenstand eines Bedürfnisses sind die Mittel, die wir brauchen, um diese notwendigen Ziele zu erreichen, z. B. Nahrung, Kleidung, Medikamente.“⁹

Die Kulturbedingtheit von Bedürfnissen besagt nicht, dass es keine Bedürfnisse gibt, die kulturinvariant sind, wie etwa die Notwendigkeit von Nahrung, von medizinischer Versorgung u. Ä., die der Erhaltung des Lebens dienen. Es gibt einen nicht kulturbedingten Mindestbestand von Bedürfnissen, die naturnotwendig sind. Alle Mittel, die zur Erfüllung dieser naturnotwendigen Ziele nötig sind, sind als notwendige Mittel zu verstehen. Damit haben wir eine Klasse von extrinsischen Gütern, von denen niemand im Ernst wird behaupten können, es handle sich dabei um rein subjektive Güter.

Leben ist das fundamentalste Gut, insofern es Voraussetzung zur Verwirklichung aller anderen Güter ist. Gesundheit ist ein Gut, das dem fundamentalen Gut des Lebens dient; es handelt sich um ein konditionales Gut, insofern ihm Ermöglichscharakter eignet. Unter dieser Rücksicht unterscheidet sich das Gut der Gesundheit von anderen Gütern, die man haben kann oder auch nicht, ohne dass dadurch die Bedingungen der Lebensführung eingeschränkt werden.

Diese Überlegungen können zumindest helfen, den Begriff „Bedarf“ im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu präzisieren. Damit sind nicht alle offenen Fragen beantwortet, die etwa der Krankheitsbegriff in Inhalt und Umfang aufgibt. Zumindest ist eine Richtung gewiesen, die eine notwendige Präzisierung möglich macht.

2.3. Distributive (zuteilende und verteilende) Gerechtigkeit

Die Idee der distributiven Gerechtigkeit geht davon aus, dass die Interessen der Menschen, die einen gemeinsamen Lebensraum teilen, nicht einfach in Einklang miteinander stehen, sondern sich zum Teil diametral gegenüberstehen. Deshalb ist koordinierendes Eingreifen legitimer Autorität – Staat, staatliche und gesellschaftliche Institutionen etc. – notwendig, denn es sind Güter zu verteilen, die durch gemeinsame Kooperation erwirtschaftet werden und an deren Früchten die Beteiligten in einer angemessenen Weise partizipieren wollen. „Ihrer bedarf es, weil zahlreiche Güter, die das Wohl der Menschen ausmachen“ – hierzu gehören elementar die Leistungen des Gesundheitswesens –, „sowie ein nicht unerheblicher Teil der einer Gesellschaft zur Verfügung stehenden Ressourcen knapp sind und es deshalb zu verhindern gilt, dass notwendigerweise daraus resultierende Konflikte nach dem Modus des Rechts des Stärkeren ausgetragen werden.“¹⁰

Als Kriterium distributiver Gerechtigkeit wird u. a. genannt: „Jedem das Gleiche.“ Dabei gilt es allerdings zu unterscheiden, ob es sich um die Forderung nach Gleichheit in Bezug auf *Verfahren* oder *Sachen* handelt. Ist Ersteres der Fall, dann ist dieses Prinzip weithin bedeutungsgleich mit dem Prinzip der Unparteilichkeit. „In unparteiischer Weise“ gehört zur notwendigen Konstante jeglicher Gerechtigkeitsforderung, denn Parteilichkeit ist stets ungerecht. Die in diesem Kontext oft genannte Formel „Gleiches ist gleich, Ungleiches ist ungleich zu behandeln“ ist damit weitgehend identisch, wenn es sich zunächst auch nur um eine logische Formel handelt. Als logische Eigenschaft moralischer Urteile enthält sie aber kein materiales Werturteil. Nur wenn wir Aufschluss darüber haben, was in moralischer Hinsicht relevante Gleichheiten bzw. Ungleichheiten sind, können wir mit diesem Prinzip operieren.

„Chancengleichheit“ und „Erfolgsgleichheit“ sind weitere Kriterien distributiver Gerechtigkeit. Für das Gesundheitswesen bedeutet Chancengleichheit: Alle, ob arm oder reich, sollen im Krankheitsfalle oder bei der Vorbeugung in gleicher Weise Zugang zu den entsprechenden medizinischen Leistungen haben. Wer herzkrank ist und einer entsprechenden Operation bedarf, dem sollte sie auch gewährt werden.

Erfolgsgleichheit – also ein annähernd gleiches Resultat nach der Behandlung – kann das Gesundheitswesen nicht garantieren, denn kein Arzt kann garantieren, dass sein(e) Patient(in) nach erfolgter Therapie wieder gesund ist. Die notwendige Behandlung ist eine Forderung der Chancengleichheit; Erfolgsgleichheit gibt es im medizinischen Bereich nicht. Aus diesem Grunde ist es missverständlich, von einem Grundrecht auf Gesundheit zu sprechen, zumal man Krankheit nicht einfach als Unrecht ansehen kann.

3. *Eigenverantwortung*

Im Mai 2003 veröffentlichte die Deutsche Bischofskonferenz eine Stellungnahme mit dem Titel *Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*¹¹. Einige Kommentatoren aus dem Bereich der Sozialethik argwöhnten in ersten Stellungnahmen, dass sich nun auch die Bischöfe in den Kreis der Befürworter eines Sozialabbaus einreihen, denn „Eigenverantwortung“ sei lediglich das Etikett für die Privatisierung der Krankheitsrisiken und der Einstieg in eine schleichende Entsolidarisierung in diesem sensiblen Bereich. Eine aufmerksame und weniger aufgeregte Lektüre des Papiers wird in diese „Hermeneutik des Verdachts“ nicht einstimmen können. So heißt es ausdrücklich: „Die Stärke unseres Gesundheitssystems ist die solidarische Absicherung der Krankheit einzelner durch alle

Versicherten“ (S. 8). Und die Forderung, dass mehr Markt und Wettbewerb das Gesundheitssystem steuern müssten, wird mit dem Hinweis kommentiert, dass beide die Solidarität im Gesundheitswesen nicht ersetzen können und dürfen, „sie gehören aber zu den Instrumenten, die Eigenverantwortung in der Solidarität zu stärken“ (ebd.).

Merkwürdig ist, dass Autoren, die andernorts für Autonomie und Verantwortung plädieren, im Kontext der notwendigen Reform des Gesundheitswesens bei der Vokabel „Eigenverantwortung“ nur Neoliberalismus und Sozialabbau „wittern“ können. Dabei sieht das Papier durchaus die Gefahr einer Engführung des Verständnisses von Eigenverantwortung. Der entsprechende Passus lautet im Zusammenhang: „Eigenverantwortung wird vielfach auf eine systementlastende Selbstbeteiligung an den Kosten enggeführt. Solch eine Selbstbeteiligung kann durchaus ein Instrument sein, die Gesetzliche Krankenversicherung vor einer übermäßigen Inanspruchnahme zu schützen. In den letzten Jahren hatte die Selbstbeteiligung der Versicherten an einzelnen Kostenpositionen jedoch vor allem die Funktion, mehr Geld ins System zu bringen. Die damit einhergehende faktische Erhöhung des eigenen Beitrags ohne jede Steuerungswirkung hat nicht zu Unrecht zu großem Unmut geführt. Das Instrument der Selbstbeteiligung hat nur Sinn, wenn davon eine Lenkungswirkung für die Nachfrage ausgeht und wenn diese so veränderte Nachfrage nicht in Konflikt gerät mit dem Ziel, dass jedem Menschen der Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung und Prävention offen steht“ (S. 15).

Andererseits gilt aber auch, dass Eigenverantwortung eine Konsequenz des Fairnessgebotes ist, das Gesundheitssystem nicht einfach zum eigenen Vorteil auszunutzen und damit die Solidargemeinschaft unnötig zu belasten. In vielen Bereichen unseres Lebens setzen wir selbstverständlich voraus, dass wir die Kosten unserer Entscheidungen zu tra-

gen haben und diese nicht einfach auf andere abwälzen können und dürfen.

Viele Krankheiten können mehrere Ursachen haben und haben sie wohl auch, dennoch ist die eigene Gesundheit stets auch aktiv und individuell beeinflussbar; sie geht nicht in jedem Falle auf ein rein schicksalhaftes Ereignis zurück, das Menschen einfach überkommt. Insofern aber gibt es durchaus eine Pflicht, mit der eigenen Gesundheit nicht Raubbau zu betreiben und im Maße des dem Einzelnen Möglichen für ihren Erhalt Sorge zu tragen. Und das gilt zunächst einmal ganz unabhängig von der Frage, wer im Krankheitsfalle die finanziellen Lasten zu tragen hat. Ethisch dürfte es kaum strittig sein, dass jeder zuerst für sich selber zuständig ist und dass er nicht auf andere abwälzen darf, was er selbst zu leisten vermag. Das Schreiben der Bischöfe sieht diese Forderung im Subsidiaritätsprinzip begründet.

Das Vermögen, mit Gesundheit wie Krankheit angemessen umzugehen, wächst dem Einzelnen aber nicht automatisch zu. Hierzu bedarf es auch gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und gesellschaftlicher Unterstützung, die von der Gesundheitserziehung in Familie und Schule bis zur Organisation und Gestaltung des Arbeitsplatzes reichen.

Wenn es auf der einen Seite unter ethischer Rücksicht nicht strittig sein dürfte, die Verantwortung für die eigene Gesundheit im Maße des Möglichen einzufordern, so stellt sich auf der anderen Seite die Frage, wie jene hierzu befähigt werden können, die in Gefahr stehen, aus dem solidarischen Gesundheitssystem ganz herauszufallen (vgl. S. 11). Denn die Wirklichkeit lehrt, dass ein bestimmter Anteil der Menschen zu eigenverantwortlichem Verhalten bezüglich der eigenen Gesundheit offensichtlich nicht in der Lage ist. Das Solidarprinzip fordert, dass gerade jenen zu helfen ist, die sich selber nicht helfen können. Die zeitgenössische christliche Sozialethik beruft sich hierzu u. a.

auf die „Option für die Armen“, der sich Christen aus religiösen wie auch aus allgemein humanen Gründen verpflichtet wissen.

Das Prinzip der Eigenverantwortung gibt aber fast unlösbare Probleme auf, wenn es als Kriterium für Rationierung und retrospektiv für Selbstbeteiligung dienen soll. Die Gründe sind u. a.: Wie soll gerade bei multifaktoriell verursachten Krankheiten das Maß der Eigenverantwortung festgestellt werden? Wie weit sind z. B. Suchtkranke überhaupt in der Lage, frei über ihr Tun und Lassen zu entscheiden? Ändert sich nicht das Verhältnis von Arzt und Patient, wenn aus dem Heiler zugleich der Gutachter wird? Andererseits aber gilt auch: Wer schuldhaft anderen Lasten aufbürdet, der kann nicht einfach davon dispensiert werden, für die Folgen seines Verhaltens in Maße des Möglichen einzustehen. Ob diesem Anliegen ein Bonus-Malus-System gerecht werden kann, wäre zumindest ernsthaft zu prüfen.

Anmerkungen

¹ Diese Hinweise habe ich entnommen *Schwewe, Eve-Elisabeth: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000*. In: *Sozialer Fortschritt* 43 (1994), 102.

² *Reiners, Hartmut: Die solidarische und paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung*. In: *Soziale Sicherheit* 43 (1994), 24–26, hält diesen Vorschlag für „grobem Unfug“ (24), weil diese Steuer – unter fiskalischen und gesundheitserzieherischen Gesichtspunkten durchaus sinnvoll – zur Mitfinanzierung der medizinischen Versorgung nicht taugt. „Sie läuft auf einen gesundheitspolitisch zynischen und ökonomisch dubiosen Effekt hinaus, dass die Finanzierung des Gesundheitswesens um so besser abgesichert ist, je ungesünder die Menschen leben.“ (24/2) Das ist allerdings kein Gegenargument, denn gesundheitlicher Raubbau wirkt ja nicht kostensenkend!

³ Das ist eine dehnbare Formulierung. Sie kann besagen, dass zur Bedarfsgerechtigkeit alles gehört, was medizinisch an Leistungen angeboten wird.

⁴ Gemeint ist wohl ein Grundrecht auf medizinische Hilfe in der Prävention, im kurativen Bereich und auch bei Medikamenten und anderen Hilfsmitteln. Ein Grundrecht auf Gesundheit gibt es nicht, sondern allenfalls ein Grundrecht auf Versorgung im Krankheitsfall; denn auch der beste Mediziner kann aufgrund seiner therapeutischen Maßnahmen keine Gesundheit garantieren.

⁵ So *Hengsbach, Friedhelm / Möhring-Hesse, Matthias*: „Mehr Markt“ macht nicht gesund. In: Sozialer Fortschritt 41 (1992), 119–124, 121/1.

⁶ Vgl. hierzu u. a. auch *Wiggins, David*: Needs, Values, Truth. Essays in the Philosophy of Value. Oxford ³1998, bes. 1–57.

⁷ *Scanlon, Thomas*: Preference and urgency. In: The Journal of Philosophy 72 (1976), 655–669.

⁸ „Bedürfnisse“ ist hier wie im Folgenden stets im Sinne des Plurals von „Bedarf“ zu verstehen.

⁹ *Ricken, Friedo*: Allgemeine Ethik. Stuttgart ⁴2003, 214.

¹⁰ *Witschen, Dieter*: Gerechtigkeit und teleologische Ethik. Freiburg i. Ue./Freiburg i. Br. 1992, 139.

¹¹ Hrsg. v. der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn Mai 2003. Erarbeitet wurde das Papier von der Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und der Kommission für die Caritas. Einige Monate vorher hat die EKD eine Stellungnahme veröffentlicht, die sich mit der gleichen Problematik befasst: Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Hannover 14.10.2002 (EKD-Texte 74). Die Stellungnahme bezieht sich ausdrücklich auf die Studie „Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen“ von 1994.