

MONIKA BOBBERT

Einheitliche Gesundheitsversorgung oder Basisabsicherung mit privater Zusatzversicherung?

Grundzüge einer Ethik des Gesundheitswesens

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der Finanzierungskrise der Gesetzlichen Krankenversicherung wird zunehmend die Frage diskutiert, ob eine öffentliche Gesundheitsversorgung wirklich immer umfassenden Charakter haben muss, oder ob nicht eine allgemeine, öffentlich garantierte Basisversorgung genügt, über die hinaus jede Einzelperson nach Maßgabe ihrer Bereitschaft und finanziellen Möglichkeiten selbst private Zusatzversicherungen abschließen muss, um für sich eine umfassendere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Häufig wird die letztgenannte Auffassung aus dem liberalen Spektrum der politischen Philosophie heraus vertreten. Auch der vorliegende Beitrag geht von einer liberalen Grundkonzeption – von dem in der Tradition Kants stehenden Ansatz des US-amerikanischen Ethikers Alan Gewirth – aus, kommt aber zu dem Ergebnis, dass zur Realisierung der Bedingungen der Handlungsfähigkeit der Menschen eine umfassende allgemeine Gesundheitsversorgung notwendig ist. Er zeigt, wie sich Rechte auf Hilfeleistungen durch andere begründet fordern lassen. Schwerpunkt des Beitrags bilden aber nicht Begründungs-, sondern Anwendungsfragen: Etwa die gegenwärtig diskutierten Fragen der Prioritätensetzung in der Versorgung, des Selbstbestimmungsrechts, der Gesundheitsprävention und eines entsprechenden Anreizsystems oder der Überprüfung institutioneller Strukturen auf ihre Legitimität hin. Obwohl es im Wesentlichen um das *Recht* auf eine umfassende Gesundheitsversorgung geht, wird schließlich die Notwendigkeit einer gesellschaftlichen *Kultur des Helfens* betont.

Schlüsselwörter

Alan Gewirth – Recht auf Gesundheitsversorgung – Ausgestaltung des Gesundheitssystems – Handlungsfähigkeit – Kultur des Helfens

1. EINFÜHRUNG

1.1 Grundlegende ethische Fragen zur Gesundheitsversorgung

Die Themenstellung dieses Beitrages enthält zwei grundlegende ethische Fragen: Ist eine Gesellschaft dazu verpflichtet, ihre Mitglieder im Krankheitsfall zu versorgen? Und falls eine solche Verpflichtung besteht: Auf welche Leistungen erstrecken sich diese Pflichten der Krankenversorgung bzw. wo verlaufen die Grenzen?¹ Wo also beginnt der Bereich, der einer

¹ Vgl. u. a. die aktuelle gesundheitspolitische Debatte über den so genannten ‚Leistungskatalog‘ der gesetzlichen Krankenkassen.

privaten Absicherung je nach individueller Risikofreudigkeit, Kaufkraft und Prioritätensetzung überlassen werden könnte?

Im Folgenden möchte ich zeigen, dass professionelle präventive Maßnahmen und konkrete Hilfen zur Heilung, Besserung oder Linderung von Krankheit nicht vom marktwirtschaftlichen Entscheiden und Handeln der einzelnen Akteure abhängig sein dürfen, sondern dass aus ethischer Sicht eine umfassende und garantierte Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger geboten ist. Weiterhin möchte ich zeigen, inwiefern sich mit dem von mir herangezogenen rechtbasierten Ansatz des Sozialethikers *Alan Gewirth* gute Gründe zur Bestimmung des Umfangs von Gesundheitsleistungen entwickeln lassen.

1.2 Inhaltliche Vielfalt von Gerechtigkeit als sozialetischer Norm

Seit langer Zeit beruht das Gesundheitswesen in Deutschland wesentlich auf einem Verständnis von sozialer Gerechtigkeit, gemäß dem Mittel und Leistungen nach Gleichheit, Bedürftigkeit und Dringlichkeit verteilt werden.² *Gerechtigkeit als Gleichheit* beinhaltet die Achtung der Würde jedes einzelnen Menschen und dementsprechend ein Diskriminierungsverbot. Alle sollen gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, niemand darf auf Grund äußerer Merkmale wie etwa Geschlecht, Vermögenslage oder Arbeitsfähigkeit bevorzugt oder zurückgestellt werden. Formal wird Gerechtigkeit weiterhin als Gleichheit in dem Sinne verstanden, dass gleich gelagerte Fälle bzw. Patienten in einer vergleichbaren Situation auch gleiche Hilfeleistungen erhalten. *Gerechtigkeit im Sinne der Berücksichtigung von Bedürftigkeit und Dringlichkeit* beinhaltet, dass die gesundheitlich stark Beeinträchtigten oder lebensbedrohlich Kranken Vorrang bei der Versorgung haben.

Neuerdings finden weitere, bislang anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens vorbehaltene Gerechtigkeitsverständnisse in das Gesundheitssystem Eingang, so etwa *Gerechtigkeit als Tausch- oder als Leistungsgerechtigkeit*. Im Sinne eines marktwirtschaftlichen Denkens sollen Kranke entsprechend ihren erbrachten Vorleistungen oder individuell ausgehandelten Tauschkonditionen Hilfe erhalten.

Für solche Transaktionen bedarf es selbstbestimmter und kompetenter Verhandlungspartner, die beide eine attraktive Ware oder Leistung an-

² Vgl. ausführlicher zum Begriff der Gerechtigkeit *Dietmar Mieth*, Ethik der Gerechtigkeit. Ansätze, Prinzipien, Kriterien, in: *Ders./Paul Magino* (Hg.), *Vision Gerechtigkeit?*, Düsseldorf 1992, 12–32.

zubieten haben. Die Annahme eines fachkundigen und mündigen Geschäftspartners, der eine Dienstleistung auswählt und einkauft, trifft jedoch in der Gesundheitsversorgung nur in wenigen Konstellationen zu. Denn die Situation des Krankseins ist in der Regel mit körperlicher und psychischer Schwäche verbunden, der Betroffene fühlt sich möglicherweise sogar existentiell bedroht und ist auf die Hilfe anderer angewiesen. Zudem hat er als Laie ein Informationsdefizit, das angesichts einer hohen Fachlichkeit, Spezialisierung und Arbeitsteilung der Medizin trotz Information eingeschränkt bleiben wird. Zwar finden viele wirtschaftliche Transaktionen durchaus unter der Bedingung mangelnder Sachkenntnis statt. Doch im Unterschied zur medizinischen und pflegerischen Versorgung betreffen etwaige negative Folgen nicht unmittelbar Leib und Leben des Vertragspartners, zudem ist dieser in der Regel in einer gesundheitlich stabilen Verfassung und hat daher die Möglichkeit vom Geschäftsabschluss zurückzutreten. Im Unterschied dazu betreffen Dienstleistungen der Krankenversorgung die Handlungsfähigkeit und die Lebensführung eines kranken Menschen in umfassender Weise: Seine Wahlfreiheit ist eingeschränkt, weil er auf Hilfe angewiesen ist und oft überraschend und unter Zeitdruck entscheiden muss. Weiterhin fehlt ihm häufig die Kompetenz, die medizinische oder pflegerische Qualität der Versorgung zu beurteilen – sofern er nicht zum Experten für seine Erkrankung geworden ist, etwa durch ein chronisches Leiden.

Aus diesen Gründen passt das Bild vom Patienten als Kunden oder Vertragspartner, der informiert und selbstbestimmt auf dem Markt der medizinischen Möglichkeiten wählt, nur in seltenen Fällen – unter bestimmten Voraussetzungen etwa bei der kosmetischen oder der Anti-Aging-Medizin³. Vielmehr wird es Rahmenbedingungen zum Schutz und zur Befähigung des Patienten geben müssen.

Angesichts divergierender Gerechtigkeitsverständnisse stellt sich die Frage, welches Verständnis von Gerechtigkeit, welche inhaltlichen Kriterien an das Gesundheitssystem anzulegen sind. Denn offensichtlich lässt

³ Zu denken ist bei dieser so genannten Life-Style-Medizin beispielsweise an chirurgische Eingriffe zur Haarverpflanzung, Halsstraffung, Bauchglättung, an die Injektion von Botulin oder Kollagen zur optischen Verjüngung, an Medikamente zur Verbesserung der Potenz in höherem Alter oder an die Einnahme von Cholesterinsenkern nach einem fetthaltigen Essen, um bedenkenlos schlemmen zu können. Vgl. Berichte über diesen wachsenden Markt z. B. von *Matthias Schulz*, Venus unterm Faltenhobel, in: *Der Spiegel* Nr. 41/2002, 212–228, oder *Angela Gattersburg*, Schönheitskult. Verschrumpelte Mickymäuse, in: *Der Spiegel* Nr. 12/2000, 84–89. Allerdings wären, was den Rahmen dieses Beitrags jedoch sprengen würde, die Versprechungen der Medizin und die gesellschaftlichen Erwartungen kritisch zu hinterfragen, die zur Nachfrage solcher Techniken der ‚Körperkultivierung‘ führen.

sich die ethische Norm der Gerechtigkeit sowohl historisch als auch systematisch sehr unterschiedlich füllen, etwa als Gleichbehandlung, Leistungsgerechtigkeit, Besitzstandswahrung, Chancengerechtigkeit, Tauschgerechtigkeit etc.⁴ Selbst die Norm sozialer Gerechtigkeit, wenngleich sehr häufig als Bedürfnisgerechtigkeit im Sinne eines gleichen Anspruchs aller auf die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse oder als Gerechtigkeit der Umverteilung von ‚oben nach unten‘ gefasst, bleibt mehrdeutig. Diese Interpretationsoffenheit macht eine Klärung des Gerechtigkeitsverständnisses und damit die Zuordnung der Norm Gerechtigkeit zu einer ethischen Theorie erforderlich.

1.3 *Ethische Argumentationsrichtungen*

In ethischen, aber auch in politischen oder rechtlichen Diskursen zur Gestaltung des Gesundheitswesens findet gegenwärtig eine Verschiebung ethischer Grundpositionen statt. Anstelle des bislang weithin geteilten Konsenses hinsichtlich einer auf Individualrechten basierenden Argumentation werden nun in verstärktem Maße Argumente aus anderen ethischen Richtungen in die Debatte eingeführt: So gewinnen vertragstheoretische Argumente, die davon ausgehen, dass sich strategisch-rational eingestellte Akteure auf Verpflichtungen einigen, an Raum.⁵ Die Inhalte der Normen entsprechen dem Interesse bzw. Belieben der Vertragspartner und eine Normbindung existiert nur im Fall einer Vereinbarung.

Zum anderen gehen mit ökonomischen Zielsetzungen häufig utilitaristische Argumentationsweisen einher: Hier gilt als oberste Norm, den Gesamtnutzen aller von einer Handlung oder Regelung Betroffenen zu maximieren.⁶ Neben der Offenheit der Definition von ‚Nutzen‘ ist bei dieser Argumentationsrichtung höchst problematisch, dass Einzelne und ihre legitimen moralischen Rechte mit vielfältigen Interessen, deren Legitimität jedoch ungeklärt ist, verrechnet statt garantiert werden.

⁴ Vgl. hierzu etwa *Walter Kerber*, Sozialethik, Stuttgart 1998, 79–87; *Otfried Höffe*, Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung, München 2001, 26–33.

⁵ Als Begründer dieser Argumentationsrichtung gilt Thomas Hobbes und als zeitgenössischer Vertreter z. B. David Gauthier. Vgl. für einen Überblick *Konrad Ott*, Moralbegründungen zur Einführung, Hamburg 2001, 123–138.

⁶ Als Begründer dieser Argumentationsrichtung gilt Jeremy Bentham und als zeitgenössischer Vertreter z. B. Peter Singer. Vgl. für einen Überblick *Otfried Höffe* (Hg.), Einführung in die utilitaristische Ethik, Tübingen 1992.

Im Folgenden wird in Absetzung von diesen Argumentationsrichtungen ein zeitgenössischer Ansatz vorgestellt, der auf individuellen moralischen Rechten basiert.

2. GRUNDLAGEN EINER ETHIK DES GESUNDHEITSWESENS

2.1 *Ein rechtebasierter ethischer Ansatz*

In der Auseinandersetzung um die Gestaltung der Gesundheits- bzw. Krankenversorgung sind allgemein nachvollziehbare ethische Argumente und Kriterien anzustreben. Häufig werden bei Verteilungsfragen solche ethischen Ansätze herangezogen, die sich explizit als Gerechtigkeitstheorien verstehen. Dabei wird angenommen, dass für eine gerechte Verteilung besondere ethische Kriterien erforderlich sind. Die sozial- bzw. institutionenethischen Fragen lassen sich jedoch von moralischen Individualrechten her, das heißt gewissermaßen ‚von unten nach oben‘ entfalten. Eine Gewinnung entsprechender Kriterien für die Gesundheitsversorgung ermöglicht der Ansatz des US-amerikanischen Ethikers Alan Gewirth (1912–2004), der in kantischer Tradition steht.⁷

Im Folgenden werden die Grundzüge dieses ethischen Ansatzes vorgestellt, der in der Lage ist, neben Abwehrrechten auch positive Anspruchsrechte bzw. Hilfspflichten zu begründen und der damit eine argumentative Basis dafür darstellt, einen Staat als Sozialstaat zu gestalten. Denn Gewirth begründet bestimmte moralische Individualrechte, die jedem Menschen unbedingt zukommen und die andere wiederum dazu verpflichten, Beeinträchtigungen zu unterlassen und bestimmte Hilfestellungen zu gewährleisten.⁸

Allerdings hat die kursorische Darstellung des Ansatzes von Gewirth ihren Schwerpunkt nicht in der Begründung der moralischen Rechte, sondern in ihrer Anwendung. Die grundlegenden Individualrechte werden auf den Bereich der Gesundheitsversorgung bezogen. Dies hat dann unter anderem Konsequenzen für das Gerechtigkeitsverständnis, das Leistungsspektrum der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung, die Frage der Zulässigkeit der Privatisierung von Versicherungsleistungen,

⁷ Vgl. *Alan Gewirth, Reason and Morality*, Chicago 1978; *Alan Gewirth, Die rationalen Grundlagen der Ethik*, in: *Klaus Steigleder/Dietmar Mieth* (Hg.), *Ethik in den Wissenschaften. Ariadnefaden im technischen Labyrinth?*, Tübingen 1990, 3–36.

⁸ Vgl. *Alan Gewirth, Reason and Morality* (Anm. 7); *Klaus Steigleder, Grundlegung einer normativen Ethik. Der Ansatz von Alan Gewirth*, Freiburg/München 1999.

die Frage des Schutzes besonders verletzlicher Personengruppen und für die Frage, auf welchen Ebenen Verteilungsentscheidungen angesiedelt sein sollten.

2.2 Individuelle Rechte in Bezug auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit

Im Ansatz von Gewirth hat das menschliche Handeln eine zentrale Stellung. Unter Handeln versteht Gewirth ein freiwilliges und zweckgerichtetes Tun oder Lassen. Kein Mensch, vorausgesetzt er hat minimale willentliche und kognitive Fähigkeiten, kann seinem Handeln entgehen. Um zu zeigen, dass jeder in dieser Weise handlungsfähige Mensch aus logisch zwingenden Gründen ein oberstes moralisches „Prinzip der Menschenrechte“⁹ anerkennen muss, legt Gewirth dar, wie ein handlungsfähiger Mensch, besinnt er sich auf die grundlegenden Bedingungen seines Handelns, zu allgemeinen Urteilen kommt.

Ein Handlungsfähiger muss unter anderem – so ein Ausschnitt der Begründungskette – anerkennen, dass zu den unbedingt notwendigen Voraussetzungen jeglichen Handelns bestimmte ‚Güter‘ zählen: Das Gut Freiheit und die so genannten Elementargüter, unter anderem Leben, physische Integrität, Bewegungsvermögen und geistiges Gleichgewicht. Weiterhin sind zum Handeln Voraussetzungen erforderlich, die zur Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit dienen. Zu diesen so genannten Nicht-Verminderungsgütern zählt beispielsweise, für die Zukunft planen zu können oder Wissen über Fakten zu haben, die für ein geplantes Handeln relevant sind. Schließlich braucht jeder Handlungsfähige notwendig bestimmte Voraussetzungen zur Erweiterung der Handlungsfähigkeit: Zu diesen so genannten Zuwachsgütern zählen zum Beispiel Wertschätzung durch andere oder die Möglichkeit, Bildung und Vermögen zu erwerben. Gewirth kann mit seiner Argumentation nicht nur zeigen, dass jeder Mensch die aufgeführten allgemeinen ‚Güter‘ notwendig braucht, um selbst gesetzte Ziele zu verfolgen, sondern er vermag auch auszuweisen, dass jeder Handlungsfähige ein moralisches Recht auf diese ‚konstitutiven Güter‘ hat.¹⁰ Das ‚Prinzip der Menschenrechte‘, welches die ent-

⁹ Alan Gewirth, *Reason and Morality* (Anm. 7), 64.

¹⁰ Das Ansetzen bei der Handlungsfähigkeit bedeutet nicht, dass ausschließlich Handlungsfähige moralische Rechte haben. Argumentative Ergänzungen in Bezug auf besonders verletzliche Gruppen wie etwa Ungeborene, Menschen mit schwerer geistiger Behinderung oder starker Demenz liefern: Deryck Beyleveld, *Individualrechte und soziale Gerechtigkeit*, in: Ludger Honnefelder/Dietmar Mieth u. a. (Hg.), *Das genetische Wissen und die Zukunft des Menschen*, Berlin 2003, 375–388; Deryck Beyleveld/Roger Brownsworth,

sprechenden Individualrechte vor Augen hat, lautet dann: „Handle stets in Übereinstimmung mit den konstitutiven Rechten der Empfänger deiner Handlungen wie auch deiner selbst.“¹¹

2.3 *Abwehrrechte und Anspruchsrechte*

Da jeder Handlungsfähige ein Recht auf die notwendigen Bedingungen des Handelns hat, umfasst dies nicht nur Abwehrrechte, sondern auch Anspruchsrechte, das heißt Rechte auf Unterstützung. Denn jeder Mensch ist in zweifacher Weise von den Handlungen anderer Individuen abhängig: Zum einen ist er darauf angewiesen, dass andere seine Freiheit und die für die Handlungsfähigkeit notwendigen Güter nicht beeinträchtigen oder zerstören. Zum anderen muss er mit Situationen und Lebensumständen rechnen, in denen er die handlungsnotwendigen Güter nicht durch eigene Anstrengung erreichen, erhalten oder wiedererlangen kann und somit Unterstützung durch andere braucht. Daher ist es vernünftig anzuerkennen, dass ein Handlungsfähiger, vorausgesetzt, er schafft dies nicht aus eigener Kraft, ein Recht auf Hilfe hat, um diese ‚Güter‘, die für die allgemeine Handlungsfähigkeit notwendig sind, zu erreichen oder wiederherzustellen.

Der Anspruch auf Hilfe richtet sich nicht nur an andere Handlungssubjekte, sondern er macht zudem die Existenz bestimmter gesellschaftlicher Institutionen verpflichtend. Denn Institutionen bieten Schutz vor der Überforderung Einzelner und garantieren die effektive Verwirklichung und Sicherung der konstitutiven Rechte. In vielen Belangen, so etwa bei der Krankenversorgung, bedarf es zudem einer speziellen Form der Hilfe, die sich nur über Institutionen mit fachkundigem Personal gewährleisten lässt.

Nun könnte der Eindruck entstehen, dass die Hilfsansprüche unweigerlich zu einer Inflation konkreter Rechtsansprüche und damit zu einer moralischen Überforderung aller Beteiligten führen. Dies trifft jedoch nicht zu, da sich die positiven Rechte auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit beziehen. Mit abnehmender Notwendigkeit der Elementar-, Nichtverminderungs- und Zusatzgüter für die allgemeine Handlungsfähigkeit werden deshalb auch die diesbezüglichen Anspruchsrechte schwächer.

Human Dignity in Bioethics and Biolaw, Oxford 2001, Kap. 6, 7, 11. Denn das ‚Prinzip der Menschenrechte‘ beinhaltet positive Pflichten und ‚Vorsichtspflichten‘, die ein ‚Sich-Bemühen um‘ und ‚Sorgen für‘ Menschen umfassen, die keine Handelnden sind.

¹¹ *Alan Gewirth*, Die rationalen Grundlagen der Ethik (Anm. 7), 24.

2.4 Gesundheit als allgemeine Voraussetzung für die Handlungsfähigkeit

Da physische und psychische Gesundheit eine grundlegende Voraussetzung für die Fähigkeit darstellt, überhaupt zu handeln und selbst gesetzte Ziele zu verfolgen, hat jeder Mensch das Recht auf solche Gesundheitsleistungen, welche die allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit erhalten, schützen oder wieder herstellen. Mit Hilfe des Ansatzes von Gewirth lassen sich folglich gesellschaftlich finanzierte Leistungen zur Gesundheitsversorgung begründet fordern, denn Erkrankungen, Unfälle oder Behinderungen können die Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigen.¹²

Die oben kurz dargestellte Güterlehre beinhaltet eine Hierarchie der Notwendigkeit in Bezug auf die handlungsrelevanten allgemein notwendigen Voraussetzungen. So wird eine Erkrankung, die bestimmte Elementargüter beeinträchtigt, die Handlungsfähigkeit stärker einschränken als eine Erkrankung, die lediglich ein Zusatzgut oder möglicherweise keines der notwendigen allgemeinen ‚Güter‘ beeinträchtigt. Darüber hinaus kann das Ausmaß der Beeinträchtigung der handlungsrelevanten Güter variieren – etwa was Stärke oder Dauer der Beeinträchtigung oder die Zahl der betroffenen Güter angeht. So wird eine Erkältung kurzfristig das Elementargut Bewegungsvermögen einschränken, jedoch in der Regel nicht das Gut Leben oder geistiges Gleichgewicht. Demgegenüber wird bei Minderwuchs eher strittig sein, inwiefern eine notwendige allgemeine Voraussetzung der Handlungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Im Unterschied dazu sind bei einer Krebserkrankung oder bei einer chronisch-degenerativen Erkrankung wie Multiple Sklerose eindeutig zahlreiche der oben angeführten Elementar-, Nichtverminderungs- und Zuwachsgüter bedroht oder vermindert. Entsprechend den verschiedenen Einschränkungen der für die Handlungsfähigkeit notwendigen Güter bestehen nun, wie sich mit Gewirth zeigen lässt, unterschiedlich umfassende Hilfspflichten, etwa mittels medizinischer, pflegerischer oder psychologischer Maßnahmen zur Heilung oder Linderung einer Erkrankung.

¹² Vgl. dazu ausführlicher *Monika Bobbert*, Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth, in: *Ethica* 8 (2000) 405–440, hier 418 ff.

2.5 Kernbereich und Randbereich der Gesundheitsversorgung

Die Reichweite der Argumentation mit den allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit hängt davon ab, ob und inwieweit sich allgemeine physiologische und psychische Bedingungen der Handlungsfähigkeit aufzeigen lassen, die durch die Bereitstellung medizinischer Präventions-, Diagnose-, und Therapiemöglichkeiten gewährleistet werden können. Die meisten der derzeit faktisch als behandlungsbedürftig anerkannten Körper- und Geisteszustände beinhalten zumindest partielle Beeinträchtigungen der allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit. Insofern kann über den Ansatz von Gewirth, der unhintergehbare moralische Rechte jedes einzelnen Menschen begründet, ein recht umfangreicher Kernbereich solidarisch finanzierter Leistungen eingefordert werden.

Um die Grenze des Kernbereichs der geschuldeten Gesundheitsleistungen bzw. des Ausmaßes eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems zu bestimmen, müsste entweder gezeigt werden, dass eine Erkrankung die grundlegenden Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit nicht tangiert, es müsste sich also um ‚Bagatellerkrankungen‘ handeln. Oder aber es müsste gezeigt werden, dass die Beitragsleistungen mit anderen grundlegenden individuellen Rechten kollidieren, das heißt dass die solidarisch finanzierten (einkommens- und eventuell auch vermögensabhängigen) Beitragszahlungen die grundlegenden Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit einiger Zahlender beeinträchtigen. In einer relativ reichen Gesellschaft wie der unseren ist diese Grenze sicher noch nicht erreicht – zumal die Kostendebatte im Gesundheitswesen durch sehr abstrakte und hinterfragbare Bezüge zur Wirtschaftskonjunktur und Arbeitsmarktlage bestimmt wird.

Dem Randbereich können als Bagatellerkrankungen bezeichnete ‚Gesundheitszustände‘ zugeordnet werden, wenn die Beschwerden sich nicht auf moralische Individualrechte in streng normativem Sinn, sondern auf individuelle Präferenzen und unterschiedliche Formen der Lebensführung beziehen lassen. Hier wäre eine Regelung über solidarische, aber auch über eine private Finanzierung zulässig. Im Fall der solidarischen Finanzierung sollten Entscheidungen über das weitergehende Leistungsspektrum durch faire und konsensorientierte Verfahren geregelt werden.¹³

¹³ Vgl. zur Regelung des ‚Randbereichs‘ über gesamtgesellschaftliche Verständigungsprozesse *Micha H. Werner*, Die Eingrenzung des Leistungsspektrums des solidarfinanzierten Gesundheitssystems als Herausforderung liberaler Konzeptionen politischer Ethik, in: Zeitschrift für Medizinische Ethik 48 (2002) 125–138, hier 134 ff.

Die große Zahl der potentiell oder faktisch Betroffenen, deren stark unterschiedliche Bedürfnislagen, die ungleiche Verteilung politischer Einflusschancen sowie die Komplexität der medizinischen, rechtlichen und moralischen Fragen sprechen dafür, einen repräsentativen Stellvertreterdiskurs einzurichten. Es sollte sich also um ein transparentes Verfahren handeln, das auf einen argumentativ nachvollziehbaren Konsens abzielt, und das vor allem auch diejenigen berücksichtigt, die ihre Interessen und Bedürfnisse nicht selbst vertreten können.

3. NORMATIVE FORDERUNGEN FÜR EINE GERECHTE VERTEILUNG VON MITTELN

Die Bestimmung des Leistungsspektrums der solidarisch finanzierten Krankenversorgung ist eine sehr komplexe und umstrittene Aufgabe. Gleichwohl lassen sich vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen einige normative Forderungen ableiten, um dem Anspruch einer gerechten Verteilung von Mitteln zu genügen.

3.1 Berechtigte Hilfsansprüche im Fall von Krankheit

Der Ausweis bestimmter individueller Rechte, die jedem Menschen unbedingt zukommen, zeigt, dass im Fall von Krankheit berechtigte Hilfsansprüche entstehen. Grad und Umfang der Verpflichtung anderer lassen sich mit Blick auf die allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit bestimmen und eine diese Voraussetzungen sichernde, wiederherstellende oder fördernde Versorgung sollte jeder Mensch im Krankheitsfall erhalten. Aufgrund der unbedingten Geschuldetheit bestimmter Hilfestellungen darf eine Versorgung im Krankheitsfall nicht von wirtschaftsliberalen Vorstellungen abhängig sein, nach denen zwischen souveränen Partnern individuell Verträge je nach Informiertheit, Risikofreudigkeit und Antizipationsvermögen geschlossen werden. Statt Tausch- oder Leistungsgerechtigkeit ist eine Sicherung für jedes Mitglied der Gesellschaft gefragt, die im Krankheitsfall zuverlässig greift. Außerdem ist ein solidarisch finanziertes Gesundheitsversorgungssystem zu fordern, weil jeder Mensch berechtigten Anspruch auf Hilfe durch andere hat, sofern er die handlungsnotwendigen Voraussetzungen nicht durch eigene Anstrengung erreichen kann.

3.2 Garantie der Hilfe durch Fachkräfte in Institutionen

Eine Gesellschaft bzw. ein Staat hat die Pflicht, die Erfüllung berechtigter Hilfsansprüche, welche die Möglichkeiten einzelner Helfer übersteigen, durch gesellschaftliche Institutionen zu garantieren.¹⁴ Da in den meisten Fällen eine angemessene und kontinuierliche medizinische und pflegerische Versorgung nur über einschlägige Institutionen mit entsprechender Ausstattung und Fachpersonal erfolgen kann, besteht eine gesellschaftliche Pflicht, ein funktionierendes Gesundheitssystem zu unterhalten. Die Art der professionellen Hilfe sollte fachlich anerkannten Qualitätsstandards entsprechen.

3.3 Prioritätensetzungen in der Versorgung

Die Frage, nach welchen ethischen Kriterien Prioritäten in der Versorgung zu setzen sind, lässt sich mit Gewirth's Kriterium der allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit und der damit verbundenen Güterhierarchie angehen. Eine Bewertung des Schweregrads und Hilfebedarfs bei verschiedenen Krankheitsbildern mit ihren speziellen Symptomen kann unter Bezugnahme auf die allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit, also die Elementar-, Nichtverminderungs- und Zusatzgüter erfolgen. Mit abnehmender Schwere einer Krankheit und der Stärke der Betroffenheit grundlegender individueller Rechte durch die krankheitsbedingten Beschwerden wird der Hilfsanspruch schwächer. Dementsprechend muss sich eine Verteilung der Mittel an einer Hierarchie individueller Rechte ausrichten. Mit seiner internen Hierarchie der Notwendigkeit für die Handlungsfähigkeit gibt der Ansatz von Gewirth Antwort auf die Frage, bei welchen gesundheitlichen Einschränkungen jeder kranke oder pflegebedürftige Mensch unbedingten Anspruch auf Hilfe hat. In Bezug auf den Randbereich, der Versorgungsleistungen erlaubt, die für die individuelle Lebensgestaltung zwar wichtig sein mögen, doch keine individuellen Rechte berühren, kann mit Hilfe zusätzlicher Kriterien und Aushandlungsprozesse eine gesamtgesellschaftliche Einigung herbeigeführt werden.

Durch die Prioritätensetzungen in Bezug auf Krankheiten und ihren Schweregrad ist allerdings noch nicht die Frage beantwortet, welche Maßnahmen zu forcieren sind. So wurden in der Vergangenheit beispielsweise viele Ressourcen in die Notfallmedizin und die kardiologische Akutme-

¹⁴ Vgl. hierzu den Ansatz von *Alan Gewirth*, *Reason and Morality* (Anm. 7), 247ff., 312ff.

dizin investiert. Welche Bereiche der medizinischen Prävention, Therapie oder palliativen Versorgung sollten künftig stärker ausgebaut werden? Welcher Stellenwert sollte anderen gesundheitsbezogenen Berufe mit ihren zum Beispiel pflegerischen, physiotherapeutischen, psychologischen oder logopädischen Möglichkeiten zugebilligt werden?

Die Frage nach der Art der Mittel führt über den Ansatz von Gewirth hinaus. Zum einen sind hier die berufspolitischen Interessen offen zu legen und kritisch zu diskutieren. Zum anderen bedarf es fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse, um Fragen der Effizienz und Effektivität nachzugehen. Zum dritten wären Fragen des guten Lebens und der Selbstbestimmung des Kranken zu berücksichtigen. Dies hieße unter anderem, solchen Maßnahmen den Vorzug zu geben, die eine ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ darstellen und zudem solchen Maßnahmen, die in Situationen großer Schwäche und Abhängigkeit Schutz und Fürsorge gewährleisten.

3.4 Einheitliche umfassende Versorgung oder Basisabsicherung?

Der Umfang einer so genannten ‚Basisabsicherung‘, die in politischen oder ethischen Auseinandersetzungen als Alternative zum bisher recht großen Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen angeführt wird, ist zunächst völlig unbestimmt und dient daher eher als rhetorische Formel dafür, den bisherigen Leistungsumfang in irgendeiner Weise kürzen zu wollen. Doch wie ließe sich eine so genannte ‚Basisversorgung‘ inhaltlich bestimmen und in der Folge auch ausweisen? Vermutlich wären bestimmte Mittel-Zweck-Relationen rasch konsensfähig, etwa der Einsatz kostengünstiger Antibiotika zur Heilung einer lebensbedrohlichen Infektion. Darüber hinaus ist aber unklar, worauf der Terminus Basisabsicherung abzielt: Auf Leib und Leben der Bürgerinnen und Bürger oder auf die Art der medizinischen Versorgung? Geht es darum, nur einfache medizinische Mittel und Maßnahmen einzusetzen oder darum, auf jeden Fall lebensrettende Maßnahmen – durchaus organisatorisch und technisch hoch entwickelt und kostenintensiv – bereit zu stellen? Geht es darum, in erster Linie schwere Schmerzzustände zu lindern oder auch darum, etwa nach einem Schlaganfall Rehabilitationserfolge zu erzielen, die zwar einen hohen zeitlichen und therapeutischen Aufwand erfordern, dabei aber das Handlungsvermögen des Betroffenen entscheidend verbessern?

Mit Gewirth könnte die so genannte Basisabsicherung auf die Förderung oder Wiederherstellung der Elementargüter bezogen werden. Doch dies reicht nicht aus, vielmehr müssen auch die durch Krankheitssymp-

tome eingeschränkten Nichtverminderungs- und Zusatzgüter nach Möglichkeit wieder hergestellt werden. Nach Gewirth sollen die Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit bei jedem gesellschaftlichen Mitglied ein möglichst hohes Niveau erreichen, soll gemeinschaftlich für alle ein möglichst gleiches Niveau der allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit angestrebt werden.¹⁵ Dies bedeutet unter anderem, schwache Mitglieder der Gesellschaft zu fördern und im Fall einer Einschränkung durch Krankheit, Behinderung oder Alter die fachlich passenden Hilfen bereit zu stellen.

Welche Gesundheitsversorgungsleistungen dürften also ausgegliedert werden? Nur für so genannte ‚Bagatellerkrankungen‘ oder ‚Gesundheitszustände‘, die sich nicht auf moralische Individualrechte in streng normativem Sinn beziehen lassen, sondern bei denen sich Fragen der individuellen Präferenzen und Lebensführung stellen, wäre die Auslagerung in eine private Zusatzversicherung zulässig.

3.5 Gleichbehandlung gleicher Fälle

Das Recht auf Schutz, Wiederherstellung oder Förderung der allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit gilt für jeden Menschen in gleicher Weise. Die Gleichbehandlung gleicher Fälle bezieht sich unter anderem auf die Gleichheit des Zugangs zur Versorgung und auf ihre Qualität. So darf es beispielsweise kein zu großes Stadt-Land-Gefälle bei der stationären oder ambulanten Regelversorgung geben, das heißt die Institutionen der Gesundheitsversorgung müssen flächendeckend und zudem für alle leicht zugänglich sein. So ist beispielsweise für Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung der freie Zugang zu Versorgungsangeboten noch nicht verwirklicht, weil neben baulichen Hindernissen die niedergelassenen Ärzte häufig nicht auf deren spezielle kommunikative Belange eingestellt sind. Die Gleichbehandlung gleicher Fälle gilt außerdem in Bezug auf Wartezeiten, die Wirksamkeit der Therapien und damit verbundenen Risiken sowie Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen.

Auf Grund der hohen Bedeutung, welche die Gesundheitsverfassung für die Lebensführung hat, ist eine so genannte Zweiklassenmedizin zu vermeiden. Denn eine in weiten Teilen unterschiedliche medizinische und

¹⁵ Christoph Hübenal, Universität Nijmegen, danke ich für seine kritische Nachfrage, was den Kernbereich anbetrifft, und seine Interpretation von Gewirth‘ ‚The Community of Rights‘ im Sinne eines ‚Förderungsstaats‘. Vgl. Alan Gewirth, *The Community of Rights*, Chicago 1996.

pflegerische Versorgung würde sich in allen persönlichen und gesellschaftlichen Bereichen niederschlagen und insgesamt auf die Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit auswirken. Allenfalls in den Randbereichen der Versorgung wären Unterschiede zulässig, so dass nur hier und unter Ausweis des Bereichs als ‚Bagatellbereich‘ Anreizsysteme eingeführt werden dürften.

Ein pragmatischer Vorschlag bezieht sich auf die Einführung neuer medizinischer Verfahren, die unter Umständen kostenintensiv sind. In der Regel geschieht die Einführung neuer Verfahren in der klinischen Praxis eher ungerichtet und ohne Prüfung der Folgen im Hinblick auf Machbarkeits- und Gerechtigkeitsaspekte. Hier sollte mit Blick auf den Anspruch der Gleichbehandlung geprüft werden, ob sich ein Verfahren wirklich all denjenigen anbieten ließe (logistisch-strukturell, finanziell, in Bezug auf das erforderliche Wissen), für die es potenziell hilfreich sein könnte. Ein kostenaufwändiges Verfahren oder eine medizinische Innovation mit nur geringer Zusatzeffektivität würde dann vielleicht nicht oder erst später in die klinische Praxis übernommen.

3.6 Diskriminierungsverbot

Die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit stehen jedem Menschen zu – ungeachtet des Wertes, der ihm von außen zugebilligt wird. Es besteht also ein Diskriminierungsverbot, das heißt jeder Mensch hat ‚ohne Ansehen der Person‘ Anspruch auf die gleiche Unterstützung. Daher verbietet sich eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nach Kriterien wie zum Beispiel Alter, sozialer Status, Leistungsfähigkeit oder genetischer Ausstattung.¹⁶

Menschen mit Behinderung, mit Vorerkrankungen bzw. bekannten Erkrankungsrisiken oder Menschen in höherem Alter dürfen also nicht benachteiligt werden. Weder im Hinblick auf die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (etwa dadurch, dass bestimmte Gesundheitsleistungen, die diese Personengruppen in besonderer Weise benötigen, aus dem Leistungskatalog ausgegliedert und nur über private Zusatzversicherungen erhältlich wären), noch im Hinblick auf die im Bedarfsfall tatsächlich bereitgestellten Versorgungsleistungen.

¹⁶ Vgl. hierzu *Günther Pöltner*, Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen, in: *Ders.*, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien 2002, 304 ff.; und aus rechtsphilosophischer Sicht *Thomas Gutmann*, Gleichheit vor Rationierung. Rechtsphilosophische Überlegungen, in: *Ders./Volker H. Schmidt* (Hg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, 179–210, 202.

Denn nach Gewirth besteht für jeden aktuell oder prospektiv Handlungsfähigen gerade dann, wenn er in seinem Handlungs- und Entscheidungsvermögen stark eingeschränkt ist, das Recht, dass andere ihm bei der Erreichung der fehlenden allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit nach Kräften helfen und ihn fördern. Die Leistungen der Gesundheitsversorgung tragen dazu bei, bestehende gesundheitsbedingte Einschränkungen auszugleichen oder die damit verbundenen Beschwerden zu mildern und auf diese Weise die notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit und die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten zu erweitern. Das Gesundheitswesen ist hier in besonderer Weise gefordert, den speziellen Erfordernissen von Menschen mit einer Behinderung im Krankheitsfall fachlich kompetent und menschlich zugewandt zu begegnen.

Nicht zuletzt stellt gerade die fachliche Seite der Förderung häufig ein Problem dar. Denn Menschen mit einer so genannten geistigen oder mehrfachen Behinderung haben statistisch erhöhte Risiken für zusätzliche Gesundheitsstörungen und Krankheiten.¹⁷ Teilweise fallen die klinischen Symptome einer Krankheit bei dieser Gruppe anders als üblich aus oder seltene Krankheiten kommen noch hinzu.¹⁸ Eine gezielte Förderung gerade von Menschen mit Einschränkungen oder Behinderungen würde bedeuten, dass sich die medizinische Ausbildung und Versorgung nicht uniform an gesunden oder ‚normalen‘ Menschen orientiert, sondern gezielt die besonderen gesundheitlichen Problemen fokussiert, die Menschen mit einer Behinderung haben.

3.7 *Kein Zwang zur Inanspruchnahme von Hilfe*

Hat ein kranker Mensch neben dem Recht auf professionelle Hilfe, so sie denn verfügbar ist, vice versa die Pflicht, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen, vielleicht sogar bestimmte Formen der Behandlung mit sich geschehen zu lassen, weil er gewissermaßen eine Pflicht zur Wiederherstellung und zum Erhalt der für die allgemeine Handlungsfähigkeit notwendigen Bedingungen hat? Aus der Perspektive eines Handlungsfähigen wäre es selbstwidersprüchlich, einer Beschränkung seines Rechts auf Freiheit

¹⁷ So treten z. B. bei Menschen mit einer Querschnittslähmung häufiger Harnwegsinfekte auf, und bei einer Behandlung mit Antiepileptika steigt das Osteoporose-Risiko.

¹⁸ Vgl. hier ausführlicher *Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V. (BEB) u. a.* (Hg.), Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen, Reutlingen 2001, 12.

durch andere zuzustimmen, wenn er selbst keinen Wert auf Wiederherstellung oder Erhalt seines gesundheitlichen Zustands legt. Vorausgesetzt, es können keine berechtigten Zweifel an der Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit eines Menschen vorgebracht werden, gebietet es das Recht auf Freiheit (ein Elementargut), sich nicht einzumischen, es sei denn, der Betreffende beeinträchtigt oder gefährdet andere. Zusätzlich stützen das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit und das Recht auf geistiges Gleichgewicht dieses Verbot. Niemand kann also gegen seinen Willen zu diagnostischen (zum Beispiel genetischen) Untersuchungen oder Behandlungen verpflichtet werden, solange keine wesentlichen Individualrechte anderer verletzt sind.

Jedoch führen in der klinischen Praxis manchmal lediglich Einzelaspekte einer Behandlung oder Diagnostik zu einer Weigerung der Betroffenen. Insofern ist im Einzelfall jeweils zu prüfen, welche anderen Behandlungen für die Lebensführung des Betroffenen und seine individuellen Zielsetzungen hilfreich sein könnte.

3.8 Schutzmaßnahmen für gesellschaftliche Randgruppen

Menschen aus gesellschaftlich stigmatisierten Randgruppen wie zum Beispiel Wohnungslose, AIDS-Kranke oder hochbetagte demente Menschen bedürfen besonderer Schutz- und Fördermaßnahmen, um die Bedingungen der Handlungsfähigkeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten wieder herzustellen oder zu bewahren, gesellschaftlich-strukturell bedingte Nachteile auszugleichen und Chancengleichheit zu fördern. So sollte ein Gesundheitswesen für diese Randgruppen, deren Gesundheitszustand teilweise durch schwierige Lebensumstände oder gesellschaftliche Ausgrenzung geschwächt oder deren Zugang zur Gesundheitsversorgung generell erschwert ist, besondere Schutz- und Fördermaßnahmen entwickeln.¹⁹ Es gilt zu vermeiden, dass sich gesellschaftlich bedingte Nachteile unmittelbar auf die gesundheitliche Verfassung und die Qualität der Gesundheitsversorgung (etwa im Hinblick auf Inanspruchnahme oder Kontinuität) auswirken.²⁰

¹⁹ Um z.B. Wohnungslose in das Gesundheitssystem zu integrieren, bedarf es niederschwelliger Angebote. Deshalb finanzieren in Nordrhein-Westfalen seit Anfang 2005 Krankenkassen, Kommunen und kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam eine ‚aufsuchende Gesundheitsfürsorge‘. Zur Schwierigkeit der Finanzierung und zur Notwendigkeit einer bundesweit einheitlichen Regelung vgl. *Martina Merten*, Medizinische Versorgung Obdachloser. Ohne Netzwerk unmöglich, in: Deutsches Ärzteblatt 101 (2004) 43, A 2866–2870.

²⁰ Vgl. für den Zusammenhang zwischen Armut bzw. sozialem Status und Krankheit

Darüber hinaus haben Mitglieder von Randgruppen oft nur geringe institutionelle und politische Mitsprachemöglichkeiten. Damit fehlen ihre Perspektiven und die für ihre Versorgung passenden speziellen Wege und Mittel. Etablierte Entscheidungsverfahren im Gesundheitswesen sollten auf Möglichkeiten der Integration dieser Gruppen und ihrer Anliegen hin überprüft werden.

3.9 Überprüfung und Veränderung institutioneller Strukturen

Insgesamt gilt für Organisations- und Ablaufstrukturen, dass sie sich am Ziel der Wahrung der individuellen Rechte ausrichten müssen. In der Vergangenheit hat sich beispielsweise deutlich gezeigt, dass eine stark ausdifferenzierte Arbeitsteilung im Bereich der sozialen und medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen rasch zum Problem werden kann, wenn Informationen nicht strukturiert gesammelt und weitergegeben werden, und wenn es keine Bezugsperson gibt, die für die Koordination und Planung der gesamten Versorgung eines Patienten verantwortlich ist. In der professionellen Pflege spiegeln Diskussionen über die Arbeitsorganisationsmodelle Funktions-, Gruppen- oder Bezugspflege diese Problematik wider.²¹ Aber eine Zergliederung der Leistungen kann nicht nur innerhalb einer Institution zu Problemen führen, welche einer guten fachlichen Qualität der Gesundheitsversorgung sowie ihrer Passung für die Betroffenen entgegenstehen. Vielmehr besteht die Herausforderung darin, zwischen den verschiedenen Institutionen Brücken zu schaffen. Ansonsten müssen Patienten und ihre Angehörigen individuell und immer neu diese Verknüpfungen und organisatorischen Übergänge selbst herstellen. Oft gelingt dies nicht, weil sie weder in fachlicher noch institutioneller Hinsicht über ausreichende Befugnisse und Kenntnisse verfügen. Die Zergliederung von Leistungen und die offene Frage, wer die professionellen Hilfen mit Blick auf die lebensweltliche Situation des Kranken koordiniert, bedürfen sicher noch neuer Strukturen und Verantwortungszuschreibungen.

die Dokumentation des 108. Deutschen Ärztetags, Bericht: Krankheit und Armut, in: Deutsches Ärzteblatt 102 (2005) A 1376–1378.

²¹ Vgl. für die aktuelle pflegerische Diskussion über Arbeitsorganisationsmodelle z. B. Hans-Ulrich Schmidt/Margaretha Riehle, Pflege im Wandel. Ein Praxisbuch für Führungskräfte im Krankenhaus, Stuttgart 2000, 199–218; vgl. für den Zusammenhang zwischen Patientenautonomie und Pflegeorganisation Monika Bobbert, Möglichkeiten der Achtung des Autonomierechts von Patient(inn)en durch Vorgaben des Pflegemanagements, in: Peter Bartmann/Ingolf Hübner (Hg.), PatientenSelbstbestimmung. Paradigmenwechsel und Herausforderung im Gesundheitswesen, Neukirchen-Vluyn 2002, 158–185.

Generell sind solche institutionellen Strukturen so zu wählen oder dahingehend zu optimieren, dass sie die grundlegenden Rechte von Patienten und Mitarbeitern garantieren. Erst im Anschluss an diese Zielsetzung dürfen andere Kriterien wie etwa Effizienz oder weitere ökonomische Gesichtspunkte verfolgt werden. Daher sollten alle Strukturen (zum Beispiel Einsatzpläne, Arbeitsabläufe etc.) im Einzelnen und als Gesamtes immer wieder vom Patienten her gedacht und geprüft werden: Wie nehmen die Patienten diese Struktur, diesen Ablauf wahr? Was könnte ihnen dabei Umstände oder Schwierigkeiten bereiten? Es gilt also, die Patientenperspektive und vor allem deren grundlegenden Rechte als Leitlinie und Korrektiv mitzuführen.

3.10 Entscheidungsebenen und Verfahrensfragen

Zur Klärung der komplexen Frage, wie die Prioritäten bei der Verteilung begrenzter Mittel zu setzen sind bzw. welchen Umfang der Leistungskatalog haben soll, ist es wichtig, die verschiedenen Entscheidungsebenen und Entscheidungsformen auseinander zu halten und zu erörtern, welche Entscheidungen auf welcher Ebene zu treffen sind.

Auf der unteren Mikroebene²² setzt der behandelnde Arzt fest, ob und welche medizinischen Maßnahmen an einem Patienten durchgeführt werden. Er ist also der primäre Verteiler von Leistungen, die Kosten verursachen und über viele Vermittlungsschritte Auswirkungen auf das Gesundheitsbudget haben. Der Arzt ist jedoch in erster Linie dem Wohl seines Patienten verpflichtet, das heißt, er soll ihm die bestmögliche medizinische Behandlung zukommen lassen und ihm nicht schaden.²³ Diese Ziele haben Vorrang vor ökonomischen Kosten-Nutzen-Abwägungen, weil die Würde des Menschen, oder mit Gewirth gesagt, die zentralen individuellen Rechte eines Menschen nicht verrechnet werden dürfen. „Adressat ärztlicher Verantwortung ist der hilfsbedürftige Patient, nicht aber das Gesundheitsbudget.“²⁴ Weil der Arzt in seiner moralischen Verantwortung nicht überfordert werden darf und das Arzt-Patient-Verhältnis zu schützen ist, kann und soll der Arzt nur eine sehr eingegrenzte Verantwortung für übergeordnete Kosten-Nutzen-Rechnungen haben.

²² Vgl. die mittlerweile gängige Unterscheidung von vier Ebenen der Ressourcenverteilung (untere und obere Mikroebene, untere und obere Makroebene) nach *H. Tristram Engelhardt*, *The Foundation of Bioethics*, Oxford/New York 1996, 387–390.

²³ Vgl. die lange berufsethische Tradition der Ärztinnen und Ärzte, die auf dem Eid des Hippokrates beruht.

²⁴ *Günther Pöltner*, Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen, in: *Ders.*, *Grundkurs Medizin-Ethik*, Wien 2002, 298.

Selbstredend tragen Arzt und Patient Mitverantwortung für die Gesundheitsausgaben. Im Sinne der Sparsamkeit ist beispielsweise bei medizinischer Gleichwertigkeit die kostengünstigere Variante der Behandlung zu wählen, Überdiagnostik zu vermeiden oder eine aller Voraussicht nach wirkungslose Behandlung zu unterlassen.

Generell stellen Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen in der Gesundheitsversorgung normative Urteile dar, deren Beantwortung ethischer Argumente und Kriterien bedarf. Insofern sollten übergeordnete Mittel-Zweck-Überlegungen nicht generell an beruflich oder institutionell organisierte Verfahren bzw. Gremien, neuerdings teilweise ‚runde Tische‘, Ethikkomitees oder Ethikkommissionen delegiert werden, die in der Regel pragmatische Kompromisse suchen und deren Legitimation letztlich unklar ist. Häufig werden auf diese Weise die ethischen Fragen nicht angemessen gelöst, sondern über den formalen Weg der Prozedur lediglich verlagert.

4. ZUR AKTUELLEN DEBATTE ÜBER DIE UMGESTALTUNG DES GESUNDHEITSWESENS

Die folgenden kritischen Anmerkungen gehen über den Ansatz von Gewirth hinaus und beziehen sich konkret auf die aktuelle Debatte über die Umgestaltung des Gesundheitswesens.

4.1 Überbetonung der Selbstbestimmung

Unter Absetzung vom ärztlichen Paternalismus und der Entmündigung von Patienten durch Institutionalisierung hat das Recht auf Selbstbestimmung in Politik, Medizinethik und klinischer Praxis an Gewicht gewonnen. So wichtig es ist, dem Patienten Wahlfreiheit zwischen bestehenden Behandlungs- oder Nichtbehandlungsoptionen einzuräumen, so problematisch ist eine Reduktion aller ethischen Fragen der Gesundheitsversorgung auf Fragen der individuellen Selbstbestimmung. Denn im Fall von Krankheit hat ein Mensch unter Umständen kaum Wahlmöglichkeiten, betrachtet man sein Handlungs- und Entscheidungsspektrum als Ganzes.

So hat nicht zuletzt die Autonomiedebatte in Bezug auf zunehmende Wahlfreiheit in der Reproduktionsmedizin zu der Einsicht geführt, dass Autonomie der Unterstützung und Beratung bedarf. Patientenrechte und

-souveränität sind sinnvoll, wenn es um Transparenz (zum Beispiel durch Patientenquittungen oder die Einsicht in erhobene Daten), um Informations-, Anhörungs- und Beteiligungsrechte geht. Problematisch wird es, wenn individuelle Patienten ohne Qualitätsvorgaben und -kontrollen durch Fachleute zwischen medizinischen Möglichkeiten wählen sollen.

Noch problematischer dürfte es sein, mögliche Krankheiten und Behandlungswege zu antizipieren und dann entsprechend der eigenen Vorerfahrung, Risikofreudigkeit und individuell unterschiedlichen Vorsorgementalität eine Zusatzversicherung abzuschließen oder davon abzusehen. Und dessen ungeachtet: Nach Gewirth bestehen bestimmte unbedingte Hilfspflichten anderer immer dann, wenn jemand in seinen Handlungsvoraussetzungen eingeschränkt wird. Diese Hilfspflichten sind nicht vom Vorhandensein einer Zusatzversicherung abhängig.

Eine einseitige Überbetonung der Selbstbestimmung im Sinne von Wahlfreiheit kann dazu führen, dass gesellschaftliche Verantwortung in unzulässiger Weise individualisiert wird. Denn wenn auf Freiheit verwiesen wird, muss sie auch verfügbar sein bzw. müssen Hindernisse abgebaut werden.²⁵

4.2 Gesundheitsprävention und Anreizsysteme

In jüngerer Zeit wird in der Gesundheitspolitik großes Gewicht auf Maßnahmen zur Gesundheitsprävention gelegt. Die Idee, gesundheitsbewusstes Verhalten durch Anreizsysteme zu fördern, scheint auf den ersten Blick sinnvoll. Statt einer privat zu finanzierenden Auslagerung von Versicherungsleistungen könnte also über Bonussysteme eine Steuerung und Einsparung erfolgen. Doch Prävention ist nicht um ihrer selbst willen anzustreben, sondern rechtfertigt sich erst durch eine Klärung und Begründung der verfolgten Ziele und Mittel.²⁶ Die Verhütung oder frühzeitige Erkennung bestimmter Krankheiten oder Beschwerden, welche die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit mit großer Wahrscheinlichkeit beeinträchtigen, wäre beispielsweise ein legitimes Ziel. Zusätzlich sind jedoch auch die Mittel, mit denen ein Präventionseffekt erzielt werden soll, kritisch zu betrachten. Das Ziel der Krankheitsvermeidung

²⁵ Vgl. dazu *Dietmar Mieth*, Die Therapie der Freiheit, in: *Erwägen Wissen Ethik* 14 (2003) 630–632, hier 631.

²⁶ Staatliche Gesundheitsprävention kann von einem auf Menschenrechte bezogenen individuellen Gesundheitsschutz über die Vermeidung hoher Kosten in der öffentlichen Gesundheits- und Invalidentversorgung bis hin zur Verbesserung des ‚Volkskörpers‘ in totalitären Staaten gehen.

oder -früherkennung, zum Beispiel bei Krebserkrankungen, darf nicht mit beliebigen Mitteln verfolgt werden, soll nicht das Abwehrrecht auf Freiheit und einen individuellen Lebensstil verletzt werden. Somit ist Präventionsmaßnahmen wie Information, Aufklärung und Beratung der Vorzug zu geben gegenüber Leistungsanreizen, da deren Erfolg, etwa Verhaltensänderungen, in irgendeiner Weise kontrolliert werden müsste. Außerdem muss bei allen Präventionsbemühungen in Rechnung gestellt werden, dass zahlreiche gesellschaftliche Gruppen, etwa Wohnungslose, hochbetagte Menschen oder Menschen mit einer so genannten geistigen Behinderung häufig nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, Informationen zur gesunden Lebensführung oder Krankheitsvermeidung aufzunehmen und umzusetzen.

4.3 ‚Mehr Eigenverantwortung‘?

Bei der derzeit in der Politik häufig zu vernehmenden Beschwörung von ‚mehr Eigenverantwortung‘ der Versicherten ist zwischen verschleiender Rhetorik und berechtigtem Appell zu differenzieren. So kann die Rede von der Eigenverantwortung legitim sein, wenn es um eine gesunde Lebensweise geht. Doch hier wäre zu klären, wer eigentlich Adressat sein soll, welche Fördermaßnahmen zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit bestehen, und wem dies abverlangt werden kann. Generell ist der Verweis auf die Eigenverantwortung nur dann konstruktiv, wenn man davon ausgehen kann, dass mit der Eigenverantwortung die entsprechende Befähigung vorliegt oder aber beabsichtigt ist, diese Fähigkeit durch Unterstützung von außen zu stärken.

Darüber hinaus ist es zulässig, an die verantwortungsbewusste Inanspruchnahme der Dienstleistungen des Gesundheitswesens zu appellieren, das heißt keine ‚Versicherungsmentalität‘ zu entwickeln und als Einzahler Leistungen sogar dann zu fordern, wenn keine oder nur sehr geringfügige gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Ebenso besteht in Bezug auf die Erfüllung der Beitragspflichten eine Eigenverantwortung. Anders jedoch sieht es im Fall von Zuzahlungen im Krankheitsfall aus. Denn eine ‚Eigenverantwortung‘ im Krankheitsfall widerspricht nicht nur dem sozialstaatlichen Prinzip der Solidarversicherung, sondern bedeutet eine Benachteiligung Kranker.

Davon abgesehen ist hinsichtlich der Rhetorik von ‚mehr Verantwortung‘ im Gesundheitswesen zu prüfen, welche gesellschaftlichen Gruppen stärker in ihrer Fremdverantwortung angefragt werden müssten – zum Beispiel Beamte, Selbstständige, einkommensstarke Versicherte. Aus sozial-

ethischer Sicht wäre es naheliegend, den Schutz der Gesundheit stärker als bisher zur Aufgabe gesellschaftlicher Institutionen oder Interessenverbände – etwa der Nahrungsmittelindustrie, ökologisch belastender Industriezweige, Werbeagenturen oder Institutionen des öffentlichen Bildungswesens – zu machen.

4.4 *Eigenverantwortung und Subsidiarität*

In der Diskussion um das deutsche Gesundheitssystem fällt weiter auf, dass das Subsidiaritätsprinzip oft missverstanden wird. Das Subsidiaritätsprinzip zielt auf einen schonenden Ausgleich zwischen sozialen Einheiten ab.²⁷ Die Auffassung, dieses Prinzip plädiere für Sozialabbau und Privatisierung und dafür, Kranke oder sozial Schwache an ihre Eigenverantwortung zu erinnern, stellt eine weit verbreitete Fehlinterpretation dar. Vielmehr besagt das Subsidiaritätsprinzip, dass das, was der einzelne Mensch aus eigener Initiative und Kraft nicht leisten kann, nicht zwingend von einer gesellschaftlichen Zentralgewalt zu übernehmen ist, sondern dass die Staatsgewalt viele Hilfestellungen kleineren Gemeinwesen überlassen sollte. Von unten nach oben vorgehend sollte das, was die unterste Ebene (etwa Gemeindebezirke über Nachbarschaftshilfe) nicht leisten kann, von der nächst höheren übernommen werden. Das Prinzip der Subsidiarität erklärt sich aus der Stufenordnung einer Gesellschaft und weist darauf hin, dass es nicht förderlich ist, den Staat zu stark vereinheitlichen zu wollen. Subsidiarität als Organisationsprinzip verhindert, dass das je größere und übergeordnete Sozialgebilde dem kleineren, untergeordneten seine Kompetenzen entzieht. In erster Linie aber verpflichtet dieses Prinzip die Gesellschaft, für ihre Mitglieder in solidarischer Subsidiarität jene Bedingungen zu schaffen, die erforderlich sind, um in Freiheit ein menschenwürdiges Leben zu führen.

Das hier kurz skizzierte sozialstaatliche Prinzip der Subsidiarität ergänzt die Forderung von Gewirth nach einschlägigen Institutionen der Krankenversorgung, welche die Erfüllung berechtigter Hilfsansprüche garantieren. Auch bei Gewirth ist fremde Hilfe nur dann nötig, wenn der Betroffene sich nicht selbst helfen kann. Und selbstredend ist jeder Form der

²⁷ Die klassische Formulierung des Subsidiaritätsprinzips, auf das sich sozialpolitische und europarechtliche Interpreten beziehen, findet sich in der Enzyklika *Quadragesimo anno*, Nr. 79f., von 1931; abgedruckt in *KAB – Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands* (Hg.), *Texte zur Katholischen Soziallehre. Die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente*, 8. Aufl., Bornheim/Kevelaer 1992, 61–120.

Hilfe zur Selbsthilfe, die dem Betroffenen die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit zugänglich macht, der Vorzug gegenüber einer Hilfe zu geben, die ein eher stellvertretendes Handeln darstellt.

4.5 Eigenverschulden und Hilfsansprüche

Immer wieder wird die Frage diskutiert, ob die Hilfeleistungen im Krankheitsfall nicht auch von der Frage des Eigenverschuldens abhängig gemacht werden sollten. Zu denken ist an gesundheitliche Spätfolgen durch Alkoholismus oder andere Suchterkrankungen, an Erkrankungen, die durch kostenlose Vorsorgeuntersuchungen hätten vielleicht frühzeitig erkannt und geheilt werden können, oder an eine ungesunde Lebensführung mit Bewegungsmangel und schlechten Ernährungsgewohnheiten. Hiergegen ist zum einen einzuwenden, dass Risikofaktoren sich meist nur auf statistische Korrelationen und in den wenigsten Fällen auf kausale Zusammenhänge beziehen, so dass die wissenschaftliche Grundlage der Ursachenzuschreibung vage bleibt. Zum anderen ist insbesondere bei Suchterkrankungen unklar, inwiefern sich in Bezug auf das selbstschädigende Verhalten Entscheidungsfreiheit unterstellen lässt. Insofern sind bereits auf der Ebene der Verursachungs- und Verantwortungszuschreibung oft Zweifel angebracht. Aber selbst im Falle eines eindeutigen Selbstverschuldens, das heißt dann, wenn die Kriterien Freiwilligkeit und Intentionalität eindeutig erfüllt waren, bestünde für andere die Pflicht, diesem Menschen bei der Wiederherstellung der notwendigen allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit Beistand zu leisten. Die Frage des Verschuldens entbindet die anderen also nicht von vornherein von ihren Hilfspflichten.

4.6 Effizienter Einsatz der gemeinsam finanzierten Mittel und Leistungen

Es besteht selbstredend eine gegenseitige Verpflichtung für alle Mitglieder des Gesundheitswesens, das heißt alle Berufsgruppen und alle Versicherten bzw. Patienten, die gemeinsam finanzierten Mittel und Leistungen effizient einzusetzen. An die Versicherten richtet sich, wie gesagt, die Forderung, Leistungen nur im wirklichen Bedarfsfall zu beanspruchen. Hinter der berechtigten Forderung an die Ärzte, unnötige und Kosten treibende Aspekte ärztlichen Handelns zu vermeiden, verbirgt sich jedoch ein Problem: Um zwischen Rationalisierung und Rationierung überhaupt

unterscheiden zu können²⁸, bedarf es empirischer Daten hinsichtlich der Behandlungserfolge und Prognosen. An solchen Daten fehlt es häufig, so dass sich nicht feststellen lässt, ob das, was als Maßnahme zur reinen Effizienzsteigerung bezeichnet wird, nicht bereits die Qualität der Versorgung einschränkt.²⁹ Denn abgesehen von einer vernünftigen Schrittfolge diagnostischer Abklärungen lassen sich medizinische Maßnahmen lediglich entlang eines Kontinuums zunehmender Vorteilhaftigkeit anordnen. Letztlich ist also die Frage, wo zwischen den beiden Extremen einer eher nutzlosen oder aber sehr Erfolg versprechenden medizinischen Maßnahme der Schnitt zu setzen ist.

5. SCHLUSS

Es wurde gezeigt, auf welche Weise sich die individuellen Rechte als Maßstab für eine gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen heranziehen lassen. Der ethische Ansatz von Alan Gewirth ist in der Lage, einen Bereich des unbedingt Geschuldeten auszuweisen und liefert damit grundlegende ethische Kriterien und gute Gründe für Verteilungsfragen.

Obwohl durchgängig von individuellen Rechten und Pflichten die Rede war, darf es in der Gesundheitsversorgung nicht nur um die Einlösung moralischer Rechte und Pflichten gehen, sondern darüber hinaus um eine institutionelle und gesellschaftliche Kultur des Helfens, die den Anderen als Mitmenschen in den Blick nimmt. Angehörige, Nachbarn und Bekannte aus dem sozialen Umfeld wie auch die professionell Helfenden können Haltungen entwickeln, die sich auf Begegnung im Sinne einer zugewandten Kommunikation und Anteilnahme richten und auf die Anerkennung der Autorität Leidender. Auf der Ebene der Institutionen dürfen diese Haltungen und die Möglichkeit zur Flexibilität im Einzelfall nicht durch einen zu großen Arbeits- und Zeitdruck sowie übermäßige bürokratische Kontrollen verstellt werden.

In den Diskussionen über die Gestaltung des Gesundheitswesens, sei es auf gesundheitspolitischer, sozialrechtlicher, berufsständischer oder medizinethischer Ebene, sollte trotz der vor allem durch Wirtschaftskon-

²⁸ ‚Rationierung‘ wird hier verstanden als Vorenthalten einer nützlichen medizinischen Leistung. Hierzu zählen auch Einsparungen durch eine Reduktion der medizinischen Qualität. Davon zu unterscheiden ist die ‚Rationalisierung‘, das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven, indem der gleiche medizinische Effekt mit weniger finanziellen Mitteln erzielt wird.

²⁹ Vgl. *Bettina Schöne-Seifert*, Was sind ‚gerechte‘ Verteilungskriterien?, in: *Jürgen Mohr/Christoph Schubert* (Hg.), *Ethik der Gesundheitsökonomie*, Berlin 1992, 34–44, 35.

junktur und Arbeitsmarkt motivierten Sparinteressen nicht aus dem Blick geraten, dass es um Regelungen geht, welche Menschen elementare Handlungsvoraussetzungen wieder ermöglichen oder aber vorenthalten.