

GERECHTIGKEIT IM GESUNDHEITSWESEN - ZWISCHEN
WACHSENDEN ANSPRÜCHEN UND
ÖKONOMISCHEN ZWÄNGEN

Gerhard Kruij

EINFÜHRUNG

Seit Jahren wird in der breiten Öffentlichkeit immer wieder über Fragen der Reform des Gesundheitswesens diskutiert. Im Sommer 2003 waren es Äußerungen des JU-Vorsitzenden Philip Missfelder, die für Aufregung gesorgt haben. Er meinte, dass man aus Kostengründen und aus Gründen der intergenerationellen Gerechtigkeit zu Regelungen kommen müsse, die verhinderten, älteren Patienten ab einer bestimmten Altersgrenze (z.B. 85 Jahre) noch sehr teure und möglicherweise nicht mehr sinnvolle medizinische Leistungen wie etwa ein künstliches Hüftgelenk auf Kosten der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten zukommen zu lassen.⁸³ Es gab einen Schrei der Empörung, denn ein solcher Vorschlag wurde von vielen als ungerecht empfunden. Auch ich halte wie die meisten Ethiker/innen, die sich mit dieser Frage befassen, nichts von einer „Altersrationierung“, also von festen Altersgrenzen bei der Zuteilung von medizinischen Leistungen. Trotzdem zeigt diese Diskussion etwas Wichtiges an: Waren bisher im Bereich der Gesundheitsversorgung ein großer Teil der Handlungsgrenzen durch das *medizinisch Machbare* bestimmt⁸⁴, so werden in Zukunft die Handlungsgrenzen auf Grund des enormen medizinisch-technischen Fortschritts wohl stärker durch die *ökonomischen Möglichkeiten und Kosten* bestimmt.

⁸³ Siehe entsprechende Zeitungsberichte, z.B. FAZ vom 6., 7. und 8.8.2003.

⁸⁴ Experten diskutieren inzwischen sogar, ob überhaupt von einer „natürlichen“ Grenze des menschlichen Lebens ausgegangen werden kann. Grund genug für das Forschungsinstitut für Philosophie Hannover, im Jahr 2003 die wissenschaftliche Preisfrage „Welt ohne Tod - Hoffnung oder Schreckensvision?“ zu stellen. Die prämierten Preisschriften sind inzwischen veröffentlicht: Höhn 2004.

Eine solche Grenzziehung hat aber einen ganz anderen Charakter, denn sie ist gesellschaftlich produziert. Sie hängt eben davon ab, wie viel medizinische Versorgung wir uns als Gesellschaft leisten wollen und wie wir den Zugang zu ihr und ihre Kosten unter den Mitgliedern dieser Gesellschaft verteilen. Verschärft wird die Problematik noch dadurch, dass „Gesundheit“ ein Wert zu sein scheint, von dem man kaum je genug haben kann, zumindest, wenn man unter Gesundheit wie die Weltgesundheitsorganisation WHO ein „vollständiges physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ versteht, das noch dazu als etwas technisch „Herstellbares“ gilt und als ein Anspruch, der an andere bzw. eine Solidargemeinschaft gerichtet wird, ohne den Aspekt der Eigenverantwortung genügend zu berücksichtigen.⁸⁵

Die auch ethisch wichtige Problematik der wirtschaftlichen Kosten, ihrer Verteilung und die Frage nach wirtschaftlicher Effizienz und medizinischer Effektivität der Gesundheitsversorgung lassen sich auch nicht durch Rekurs auf eine traditionelle medizinische Ethik und daraus abgeleitete Ansprüche an die Freiheit des Arztes verdrängen. Jörg Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, warnte auf dem Deutschem Ärztetag am 18.5.04 vor einer „Kommerzialisierung“ des Gesundheitswesens und der „Merkantilisierung“ des Arztbesuchs. Auch der scheidende Bundespräsident Johannes Rau betonte auf der selben Veranstaltung, Gesundheit sei „keine Ware“, Ärzte seien „keine Anbieter“ und Patienten „keine Kunden“.⁸⁶ Sicherlich sind solche Äußerungen einerseits berechtigt, denn tatsächlich ist eine Gesundheitsdienstleistung etwas anderes als der Verkauf eines Autos. Dies gilt allein schon deshalb, weil der Patient als „Koproduzent“ seiner Gesundheit angesehen werden muss. Trotzdem dürfen solche Überlegungen nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch Gesundheitsdienstleistungen Geld kosten, das jemand bezahlen muss. Gesundheit ist zwar ein „transzendentes Gut“, insofern sie die Voraussetzung dafür ist, andere Güter überhaupt erstreben zu können. Trotzdem konkurriert sie mit anderen,

⁸⁵ Zum Gesundheitsbegriff vgl. z.B. Albus 2004.

⁸⁶ Siehe entsprechende Zeitungsberichte, z.B. Süddeutsche Zeitung, 18.5.04 und Hanoversche Allgemeine Zeitung 19.05.04.

teilweise ebenfalls transzendenten Gütern (z.B. Bildung), so dass durchaus über die „Opportunitätskosten“ einer immer weiter ausgebauten Gesundheitsversorgung zu sprechen ist. Denn es ist ethisch nicht gleichgültig, wie viel wir dafür zahlen, wer bezahlt und wer profitiert. Die Ablehnung des Modells Anbieter-Kunde für die Arzt-Patient-Beziehung darf auch nicht dazu dienen, jede Kritik an einer vielfach noch bestehenden Asymmetrie zwischen beiden zurückzuweisen, die in der Gefahr steht, zur Bevormundung und wirtschaftlichen Ausbeutung des Patienten missbraucht zu werden. Sicher, der Mensch hat eine Würde, keinen Preis. Daraus darf aber nicht gefolgert werden, dass eine medizinische Versorgung in der alleinigen Entscheidung des Arztes um jeden Preis gerechtfertigt wäre und von der Versichertengemeinschaft finanziert werden müsste.⁸⁷ Die medizinische Ethik darf nicht dazu missbraucht werden, den harten ökonomischen Fragen auszuweichen. Mehr Gerechtigkeit im Gesundheitswesen ist sicherlich nur möglich bei klarem Bewusstsein und verbesserter Transparenz der ökonomischen Aspekte aller dort ablaufenden Prozesse.

Gerechtigkeitsprobleme im Gesundheitswesen sind in den letzten Jahren mehr und mehr als genuin „sozialethische“ Fragen⁸⁸ ins Bewusstsein getreten, die die direkte Arzt-Patient-Beziehung übersteigen und Fragen gesellschaftlicher Institutionen, Organisationen und Strukturen berühren. So soll das Thema auch hier angegangen werden. Es ist dabei nicht möglich, die höchst komplexen ethischen Probleme im Gesundheitswesen auch nur annähernd in der nötigen Differenzierung zu behandeln, geschweige denn Lösungen vorzu-

⁸⁷ Vgl. Kersting 1999, 165: „Das menschliche Leben hat einen Wert und keinen Preis: Das ist unser ethisches Credo. Aber daraus folgt eben nicht, dass uns für unsere Gesundheit nichts zu teuer sein darf.“

⁸⁸ Auch christliche Sozialethiker/innen haben sich - teilweise schon vor Jahren - intensiv damit befasst, auch wenn das Gesundheitswesen nicht unbedingt zum traditionellen Arbeitsbereich der Sozialethik gehörte: Vgl. Dabrock 2002; Storm 2002; Mack 2001; Schramm 1997; Wiemeyer 1988. Vgl. für den englischen Sprachraum auch die Sammelbände Battin/Rhodes/Silvers 2002 und Marckmann/Liening/Wiesing 2003. Schließlich sind die Stellungnahmen der beiden Kirchen zur Reform des Gesundheitswesens erwähnenswert: Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland 2002; Kammer der EKD für Soziale Ordnung 1994 und Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/Kommission für karitative Fragen der DBK 2003.

schlagen. Ich möchte versuchen, in einem ersten Teil einen systematischen Überblick über die Gerechtigkeitsprobleme des Gesundheitswesens zu geben. Danach will ich im zweiten Teil einen gerechtigkeits-theoretischen Grundansatz formulieren und im dritten Teil auf zwei unterschiedliche Problemfelder, die Frage der Alters-rationierung und die Reform des Systems der Krankenversicherung eingehen.

I. TOPOGRAFIE VON GERECHTIGKEITSPROBLEMEN IM ZUSAMMENHANG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

In der Darstellung einer solchen Topografie müssen notwendigerweise Bereiche unterschieden werden, die in der Realität eng zusammenhängen und in einer dichten Wechselwirkung zueinander stehen. Ich möchte auf fünf Bereiche eingehen, von denen die ersten drei besonders wichtig sind. Es geht dabei um die gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems (Input-Seite), den gerechten Zugang zu seinen Leistungen (Output-Seite) und die Problematik der Effizienz des Systems (vielleicht könnte man dies den Throughput-Aspekt nennen). Darüber hinaus ist aber kurz darauf hinzuweisen, dass Gerechtigkeitsforderungen auch für die im Gesundheitswesen Beschäftigten erhoben werden müssen und spezifische Gerechtigkeitsprobleme durch mögliche Reformen und Systemumstellungen entstehen, die ebenfalls nicht vernachlässigt werden dürfen.⁸⁹

⁸⁹ Die Informationen zum folgenden Text habe ich bezogen aus allgemein im Internet zugänglichen Angaben des Statistischen Bundesamtes, des Bundesgesundheitsministeriums, aus dem „Rürup-Bericht“ (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2003) sowie dem „Herzog Bericht“ (Kommission Soziale Sicherheit 2003).

1. FINANZIERUNG

Die Kosten des Gesundheitswesens sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und erreichten im Jahre 2002 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 234,2 Milliarden Euro. Zum Vergleich: die öffentlichen Ausgaben für Wissenschaft, Bildung und Kultur betragen im selben Jahr nur etwa 90 Milliarden. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung je Versicherten sind seit 1991 um 53,6% gestiegen, das Volkseinkommen pro Einwohner nur um 29,8%. Deshalb muss auch ein immer größerer Teil des Einkommens für Gesundheit bzw. Krankenversicherung ausgegeben werden. Der durchschnittliche Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung stieg von 8,2% im Jahre 1970 über 11,4% im Jahr 1980 auf 14,4% im Jahr 2003, der monatliche Höchstbetrag von 183,60 (1980) auf heute 496,80 Euro.

Die Gründe für diesen weit über die Inflationsrate und das Wachstum der Kaufkraft hinausgehenden Kostenanstieg liegen in einer Vielzahl von Faktoren, vor allem im medizinisch-technischen Fortschritt, der genauere und teurere Diagnosen sowie entsprechende Behandlungen ermöglicht und erfreulicherweise zu medizinischen Erfolgen führt, die aber selbst wiederum durch die Zunahme chronischer Krankheitsverläufe Kosten nach sich ziehen, da eine größere Zahl von Menschen ihre Krankheiten überlebt, häufig dann aber auf langfristige medizinische Hilfe angewiesen ist. Hinzu kommt die Verlängerung der Lebenserwartung und die zurückgehende Zahl jüngerer Menschen, so dass eine geringere Zahl von Menschen, die aktiv im Erwerbsleben stehen, für eine wachsende Zahl von Rentnerinnen und Rentnern aufkommen muss. Verschärft wird dies noch durch eine Erosion der beitragspflichtigen Einkommen, da auf Grund der anhaltend hohen strukturellen Arbeitslosigkeit ein erheblicher Teil potenziell Erwerbstätiger als Beitragszahler ausfällt. Schließlich spielt auch die Veränderung der Struktur der sozialen Lebensformen eine gewisse Rolle. Bereits 17% der Bevölkerung leben in Ein-Personen-Haushalten (2002). Es ist bekannt, dass von dieser Gruppe medizinische Leistungen, z.B. stationäre Krankenhausaufenthalte, häufiger und länger in Anspruch genommen

werden als von solchen, die zuhause unproblematisch auf die Unterstützung und Hilfe von Angehörigen zurückgreifen können. Insgesamt dürfte jedoch ein Hauptgrund darin zu suchen sein, dass es innerhalb des Gesundheitssystems an Anreizen fehlt, Kosten zu senken. Teilweise funktioniert das Gesundheitssystem ja wie ein Supermarkt, in dem der Kunde und der Verkäufer sich gegenseitig unterstützend Waren in den Einkaufskorb legen, an der Kasse dann aber ein Dritter für die Rechnung aufkommen muss. Die Gesundheitsökonomik⁹⁰ vermag zu zeigen, dass im bestehenden System angesichts hoher Versicherungsbeiträge Anreize dafür vorhanden sind, möglichst viel aus dem System herauszuholen, um nicht andere faktisch subventionieren zu müssen. Auch gibt es klare Anzeichen dafür, dass ein wachsendes medizinisches Angebot eine höhere Nachfrage mit entsprechenden Kostensteigerungen provoziert, da es im Gesundheitssystem keinen Marktmechanismus gibt, der in einem solchen Fall für sinkende Preise sorgen würde. „Da Versicherte ihre Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung durch ihr Verhalten nicht beeinflussen können, verhalten sie sich bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nur begrenzt kostenbewusst. Die Leistungserbringer sind wiederum aufgrund ihrer höheren Sachkunde in der Lage, die Nachfrage nach ihren Leistungen zu einem großen Teil selbst zu bestimmen. Gleichzeitig setzt das Honorierungssystem Anreize zur Mengenausweitung.“⁹¹

Zumindest solange die Hauptlast der Kosten von den abhängig Beschäftigten über prozentuale Abgaben vom Einkommen getragen wird, dürfen die Kosten nicht weiter stärker steigen als diese Einkommen, weil sonst die Lohnnebenkosten weiter anwachsen und damit der Faktor Arbeit im Verhältnis zu anderen Produktionsfaktoren und im Verhältnis zu den Arbeitskosten in anderen Ländern so teuer wird, dass dies zu einem Rückgang der Beschäftigung führen muss, was dann jedoch wieder durch eine Erhöhung des Beitragssatzes aufgefangen werden muss, so dass ein verhängnisvoller Teufelskreis entsteht. Aus der notwendigen Begrenzung der Lohnnebenkosten jedoch eine Begrenzung des Gesundheitsbudgets abzuleiten, ist

⁹⁰ Als Standardwerk vgl. Andersen/Henke/Schulenburg 1992.

⁹¹ Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2003, 143.

eigentlich sachfremd, denn Gesundheit ist ein „superiores Gut“, das bei steigendem Wohlstand durchaus in plausibler Weise stärker nachgefragt wird. Aber selbst, wenn es gelingt, das Gesundheitssystem so zu finanzieren, dass die negativen Rückwirkungen auf die Arbeitskosten nicht eintreten, etwa durch eine stärkere Finanzierung über Steuern und vermehrte private Zuzahlungen, ist doch die Frage zu stellen, ob sich eine Gesellschaft ein im Vergleich zu anderen Gütern so teures Gesundheitssystem leisten will oder soll. Nur in wenigen Ländern wird ein größerer Teil des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit ausgegeben (z.B. in den USA), die meisten vergleichbaren europäischen Länder geben weniger dafür aus, ohne dass sich dies in schlechteren Gesundheitsdaten der Bevölkerung niederschlagen würde. Und wer soll darüber entscheiden - die Gesellschaft als Ganzes über einen demokratischen Prozess, oder die Individuen, indem ihnen die Möglichkeit gegeben wird, in unterschiedlicher Weise für den Krankheitsfall vorzusorgen? In jedem Fall ist ein allgemeiner oder erst recht ein auf bestimmte Gruppen eingegrenzter Versicherungszwang über eine gesetzliche Krankenversicherung begründungspflichtig. Möglicherweise könnte unsere Gesellschaft bei einer anderen Finanzierungsbasis eine Ausweitung des Gesundheitssektors sehr wohl verkraften, weil mit steigendem Wohlstand die Menschen auch bereit sind, mehr für Gesundheit auszugeben, wofür im übrigen der wachsende Anteil an privat nachgefragten Gesundheitsleistungen durchaus spricht.

Darüber hinaus gibt eine Reihe von spezifischen Gerechtigkeitsproblemen, die mit der besonderen Art der Organisation unseres Krankenversicherungswesens zu tun haben. In der Gesetzlichen Krankenversicherung ist eine erhebliche Umverteilungskomponente dadurch eingebaut, dass zwar alle Versicherten im Krankheitsfall die gleiche notwendige Leistung erhalten, die Versicherungsbeiträge aber vom Einkommen abhängen. Diese Umverteilung mag man (und ich tue das) für durchaus wünschenswert und für moralisch geboten halten, das Problem besteht jedoch darin, dass an den Kosten dafür nur die Gruppe der gesetzlich Versicherten beteiligt ist. Bestimmte Personen, vor allem die Wohlhabenderen, auch meistens diejenigen, mit den „besseren Risiken“, können sich durch

Ausweichen in eine private Krankenversicherung aus der Umverteilung befreien. Außerdem beteiligen sich gesetzlich Versicherte mit höherem Einkommen wegen der Beitragsbemessungsgrenze (die unterhalb der Pflichtversicherungsgrenze liegt) nur unterproportional an der Umverteilung. Schließlich werden in die Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags nicht alle Einkommensarten einbezogen, so dass diejenigen überproportional belastet werden, die ihr Einkommen nicht durch Mieten oder Zinserträge aufbessern können. Geht man vom reinen Äquivalenzprinzip aus (Entsprechung zwischen Einzahlung und Leistung im Schadensfall), dann ist die Integration einer Umverteilungskomponente in die Krankenversicherung genau so eine „versicherungsfremde Leistung“ wie die teilweise Finanzierung der Vereinigungslasten über das Sozialsystem. Weil dadurch „öffentliche Güter“ wie die Milderung der sozialen Ungleichheit erzeugt werden, von denen letztlich alle profitieren, wären hier eigentlich auch alle Bürgerinnen und Bürger entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu beteiligen, was eindeutig eine Finanzierung durch Steuern nahe legen würde, damit nicht nur die gesetzlich Versicherten, sondern alle einbezogen würden.

In Kombination mit der kostenlosen Mitversicherung nicht verdienender Ehepartner führt die Beitragsbemessungsgrenze noch zu einem weiteren erheblichen Gerechtigkeitsproblem. So zahlen unter Umständen Ehepaare mit dem gleichen Haushaltseinkommen sehr unterschiedliche Beiträge: ein Alleinverdiener-Ehepaar mit einem Einkommen, das das Doppelte der Beitragsbemessungsgrenze beträgt, zahlt, sofern es (freiwillig) in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt, nur *einen* Höchstbetrag, während ein Doppelverdiener-Ehepaar, deren beider Verdienst an der Beitragsbemessungsgrenze liegt, *zwei* Höchstbeträge zu zahlen hat.

2. ZUGANG ZU LEISTUNGEN, LEISTUNGSBEGRENZUNGEN UND „RATIONIERUNG“

Es wird immer offensichtlicher, dass nicht alles, was technisch möglich ist, auch medizinisch sinnvoll ist. Aber auch vieles, was

medizinisch sinnvoll wäre, wird zumindest dann kaum finanzierbar sein, wenn es in gleicher Weise auch von allen Versicherten in Anspruch genommen wird. Außerdem variiert die Einschätzung des medizinisch Sinnvollen von Arzt zu Arzt und von Patient zu Patient. Die Diskussion um die Frage nach dem „medizinisch Notwendigen“ hat keine eindeutigen Kriterien erbracht. Das „Medizinisch-Notwendige“ kann schon allein deshalb nicht allgemeinverbindlich und naturwissenschaftlich bestimmt werden, weil Krankheiten so individuell sein können wie die Persönlichkeiten und Lebensgeschichten der Kranken und weil die Definitionen von „Krankheit“ und „Gesundheit“ stark kulturabhängig sind. Es wird also immer ein erhebliches Maß an Grauzonen und damit den Zwang zu teilweise willkürlichen Festsetzungen geben. Um die Kosten im Gesundheitswesen nicht weiter ausufern zu lassen, müssen deshalb Prozeduren entwickelt und implementiert werden, die in einer sinnvollen und gerechten Weise zu einer Begrenzung medizinischer Leistungen führen. Dies ist eine der größten Gerechtigkeitsprobleme für die zukünftige weitere Entwicklung des Gesundheitswesens. Von „Rationierung“ von Gesundheitsleistungen ist eigentlich nur dann zu sprechen, wenn es sich um eine Begrenzung *notwendiger* Leistungen handelt. Faktisch gibt es eine „implizite Rationierung“ von Gesundheitsleistungen⁹², weil Ressourcen immer schon begrenzt waren. Die Problematik wird heute jedoch durch die Reformen verschärft, so dass die bislang unbeabsichtigte „implizite“ Rationierung zu einer ethisch höchst problematischen „verdeckten“ Rationierung wird, weil wegen fehlender Transparenz unklar bleibt, nach welchen Kriterien sie stattfindet, ob diese für alle in gleicher Weise gelten und ob sie ethisch gerechtfertigt werden können oder nicht. Es entspricht der Erfahrung vieler Patienten, dass Leistungen unterschiedlich ausfallen, je nachdem, wie informiert und selbstbewusst man dem Arzt gegenüber auftritt oder ob man mit Ärzten befreundet ist, die ihre Kontakte als Kollegen spielen lassen. Diese Aspekte dürften aber bei der Zuteilung von Leistungen keine Rolle spielen.

⁹² Vgl. z.B. den Bericht des Ausschusses „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ 2002. Siehe auch Bahro/Kämpf/Strnad 2001; Feuerstein/Kuhlmann 1998; Nagel/Fuchs 1998.

Als Kriterien für eine möglicherweise notwendige Begrenzung von Leistungen werden verschiedene Vorschläge diskutiert. Es ist hier nicht möglich, sie im einzelnen darzustellen und begründet Position zu beziehen. Trotzdem sollen die verschiedenen Möglichkeiten kurz angerissen werden. Ein Ansatz könnte sein, bei selbstverschuldeten Krankheiten eine höhere Eigenbeteiligung zu verlangen⁹³, z.B. wenn es um die medizinische Bewältigung der Folgen falscher Ernährung geht. Möglicherweise könnten bestimmte medizinische Leistungen, die besonders knapp sind, bei Eigenverschuldung ganz verweigert werden, z.B. eine Lebertransplantation für Alkoholranke.) Allerdings, wenn man dies genauer analysiert, ergeben sich erhebliche Probleme der Abgrenzung, des Nachweises und ggf. der Kontrolle, die solche Einschränkungen letztlich als wenig handhabbar erscheinen lassen. Es gibt nicht allzu viele Bereiche, in denen diese Abgrenzungsprobleme nicht auftreten. Beim Zahnersatz ist dieses Kriterium über den Nachweis regelmäßiger Untersuchungen zur Prävention längst in das bestehende System integriert. Leichter auszugliedern wären auch klar definierbare Schadensfälle, wie etwa bei Sportunfällen, für die diejenigen, die entsprechenden Sport treiben, dann auf privater Basis eine jeweilige Versicherung abschließen müssten.

Eine andere Möglichkeit der Steuerung zur Begrenzung von Leistungen besteht darin, generell Eigenbeteiligungen einzuführen. Hier zeigt sich, wie eng die Input- und die Output-Seite miteinander verknüpft sind. Dadurch, dass ein Teil der Kosten vom Patienten getragen wird, erhält dieser einen Anreiz, sich an der Abwägung von Kosten und Nutzen zu beteiligen und ggf. auch selbst auf eine Leistung zu verzichten. Seit der letzten Gesundheitsreform sind Elemente der Eigenbeteiligung bereits eingeführt worden, v.a. die Praxisgebühr und die erhöhte Zuzahlung zu Medikamenten. Diese Maßnahmen scheinen sehr wohl zu wirken. So gingen im 1. Quartal 2004 die Arztbesuche um 10% und der Kauf verschreibungspflichtiger Medikamente um 17% zurück. Deutlich treten dabei jedoch auch die Nachteile in Erscheinung. Zum einen führt dies zur Benachteiligung von Menschen mit geringerem Einkommen, für die

⁹³ Dafür argumentiert beispielsweise Dietrich 2001.

solche Eigenbeteiligungen weit schmerzlicher sind als für andere. Zweitens können sie dazu führen, dass medizinische Leistungen auch dann nicht in Anspruch genommen werden, wenn sie notwendig wären, möglicherweise mit dem Effekt, dass langfristig größere gesundheitliche Schäden entstehen, die dann die Kosten noch weiter in die Höhe treiben. Diese Bedenken wiegen um so schwerer, je mehr man sich darüber klar wird, dass es schon jetzt eine deutliche Korrelation zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit bzw. Bildungsgrad und Gesundheit bzw. Lebenschancen gibt. Die Gründe liegen allerdings vorwiegend in einem gesundheitsschädigenden Verhalten, das durch Selbstbeteiligungen kaum verändert wird, und in besonderen Stresssituationen auf Grund harter Arbeit, die mit wenig Entlohnung und Anerkennung verbunden ist.⁹⁴

Unabhängig von einer Eigenbeteiligung, aber mit dieser leichter realisierbar, würde es wahrscheinlich auch einen disziplinierenden Effekt haben, wenn die Patienten zumindest wüssten, welche Kosten sie verursachen, noch mehr, wenn sie sie wie im Falle der Privatpatienten vorstrecken müssten. Vielen ist gar nicht klar, wie hoch die Kosten für die Leistungen sind, die sie in Anspruch nehmen. Und die damit verbundene größere Transparenz der Abrechnung könnte ein Beitrag dazu sein, betrügerische Abrechnungen von Gesundheitsdienstleistungen, die leider auch immer wieder vorkommen, erfolgreicher zu verhindern.

Auch die Altersdiskriminierung wird im Zusammenhang mit der Begrenzung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen diskutiert. Ich werde auf sie im letzten Teil dieses Artikels noch kurz eingehen.

3. EFFIZIENZ

Es gibt einen breiten Konsens darüber, dass alle Möglichkeiten der *Rationalisierung* ausgeschöpft werden sollten, bevor Maßnahmen der *Rationierung* ergriffen werden. Daran zeigt sich auch die enorme ethische Relevanz von Effizienz. Der (mittlerweile aufgelöste) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheits-

⁹⁴ Siehe dazu Siegrist 2001.

wesen⁹⁵ bezifferte das Rationalisierungspotenzial auf 20-25%. Es gebe eine massive Unter-, Über- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem. In manchen Bereichen entstünden zusätzliche Kosten, weil die Versorgung zu schlecht sei, in anderen, weil mehr getan würde, als nötig sei. Außerdem gebe es vor allem bei Medikamenten und manchen Diagnose- und Therapieverfahren auch Fehlversorgung. Durch bessere Prävention und mehr Qualität könnten Kosten gesenkt werden. Viele Fachleute vermuten, dass die mangelnde Effizienz auch daran liegt, dass auch die Patienten wegen zu geringen Bewusstseins ihrer eigenen Verantwortung zu wenig Prävention betreiben würden.

Andere Probleme liegen an nicht ausreichenden Abstimmungen an den „Schnittstellen“ innerhalb des Gesundheitssystems, etwa in der oft mangelnden Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Krankenhaus und Rehabilitation oder zwischen Krankenhaus und Pflege. Durch ein Hausarztmodell und integrierte Versorgungszentren, die direkt Verträge mit Krankenversicherungen zur Behandlung von deren Versicherten abschließen (sogenannte „managed-care“-Modelle) könnten möglicherweise Doppeluntersuchungen und ein von manchen Patienten offenbar betriebener „Ärztetourismus“ vermieden werden. Es sollte möglich sein, wichtige Behandlungsdaten unter Berücksichtigung des notwendigen Datenschutzes auf einer Versichertenkarte zu speichern, um Doppeluntersuchungen und die Schwierigkeiten der Informationsweitergabe unter Ärzten zu vermeiden. Auch das Nebeneinander verschiedener zuständiger Leistungserstatter bereitet Probleme, z.B. wenn Kosten zwischen Krankenversicherung, Rentenversicherung und Pflegeversicherung hin- und hergeschoben werden, weil nicht klar ist, wer der wirklich zuständige Versicherungsträger ist.

Immer wieder wurde gefordert, durch Positivisten und Leitlinien der evidence-based-medicine die Verschreibung von Medikamenten auf die nachgewiesenermaßen wirksamen Präparate und die Therapien auf effektive Heilungsmethoden einzuschränken, wodurch sich

⁹⁵ Vgl. dessen Gutachten: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001.

aber vor allem die Ärzte in ihrer Behandlungsfreiheit eingeschränkt fühlen. Auch seitens der Pharmaindustrie gibt es immer wieder Widerstand gegen solche Maßnahmen, weil hier natürlich massiv deren wirtschaftliche Interessen berührt werden. In den Bereichen von Pharmaindustrie, Medizintechnik, Apotheken und auch bei den Ärzten selbst gibt es teilweise immer noch überdurchschnittlich hohe Verdienstmöglichkeiten, auch wenn diese in den letzten Jahren eingeschränkt wurden. Nach Angaben des Gesundheitsexperten Karl Lauterbach verdienen praktische Ärzte in Deutschland durchschnittlich 111000 Euro brutto pro Jahr und haben damit im EU-Vergleich das höchste Einkommen.

Die derzeitigen Abrechnungsverfahren für ärztliche Leistungen, die ständig komplizierter werden, tragen sicherlich auch nicht zur Effizienzsteigerung bei. Nach Angaben des Ärztepräsidenten Jörg Dietrich Hoppe hat ein Facharzt für innere Medizin täglich 3,15 Stunden an Verwaltungsaufwand zu bewältigen. Ähnlich wirkt sich der zunehmende Verwaltungsaufwand der Kassen, z.B. im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich effizienzmindernd bzw. kostensteigernd aus.

4. GERECHTIGKEITSPROBLEME FÜR DIE BESCHÄFTIGTEN

Wenigstens kurz muss auch auf die ethischen Probleme hingewiesen werden, unter denen die Beschäftigten im Gesundheitswesen zu leiden haben. Bekannt ist die Problematik der unmenschlich vielen Überstunden in Krankenhäusern und die zu langen Arbeitszeiten, die am Stück bewältigt werden müssen (teilweise 24 Stunden und mehr). Erzwingen durch ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs, das verlangte, Zeiten des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeiten anzuerkennen, wird sich hier jedoch nach einer gewissen Übergangszeit etwas ändern. Zweitens sehen viele ein Gerechtigkeitsproblem unter der Ärzteschaft darin, dass verschiedene Ärzte unabhängig von der Qualität und dem Umfang ihrer Arbeit einfach dadurch sehr verschiedene Verdienstmöglichkeiten haben, weil sie in verschiedenen Bereichen arbeiten. So ist bekannt, dass beispielsweise

ein Röntgenarzt in der Regel höhere Verdienstmöglichkeiten hat als ein Kinderarzt, was an der unterschiedlichen Bewertung von Leistungen liegt bzw. an den unterschiedlichen Rationalisierungspotenzialen. Mit dem demografischen Wandel wird außerdem zunehmend zum Problem werden, dass die Arbeit des Pflegepersonals wegen sehr niedriger Verdienste und mangelnder Eigenständigkeit und Anerkennung der Arbeit wenig attraktiv ist. Schon heute sind enorme Nachwuchsprobleme bei Ärzten, noch mehr bei Pflegekräften absehbar.

5. SPEZIFISCHE GERECHTIGKEITSPROBLEME VON REFORMEN

Leider ist es so, dass Reformen, die im Streben nach größerer Gerechtigkeit und höherer Effizienz vorgenommen werden, selbst möglicherweise neue Gerechtigkeitsprobleme zur Folge haben. Die spezifischen Probleme von Übergängen müssen auch ethisch berücksichtigt werden. Das gilt für das Setzen von Stichtagen und die Festlegung von Fristen, die genügend lange sein müssen, um Härten zu vermeiden und den nötigen Vertrauensschutz zu gewährleisten. Immer wird es auch Verlierer von Reformen geben, und es muss überlegt werden, welche Opfer zumutbar sind, welche anderen ausgeglichen werden sollten. Manche Reformen werden schließlich auch ökonomische Nebenfolgen haben, die zu bedenken sind, etwa wenn Arbeitsplätze oder die flächendeckende Versorgung gefährdet werden. Durch die unter Effizienzgesichtspunkten voraussichtlich sehr sinnvolle Neueinführung von Fallpauschalen und Mindestfallzahlen im Klinikbereich könnten vor allem kleinere Krankenhäuser von der Schließung bedroht sein.

II. GERECHTIGKEITSTHEORETISCHER GRUNDANSATZ

Gerechtigkeit bedeutet nach Aristoteles ein Verhältnis der Proportionalität, wonach gleiches gleich, aber ungleiches ungleich zu behandeln ist. Damit stellt sich sofort die Frage, welche Eigen-

schaften in dieser Hinsicht relevant sind, in welcher Hinsicht es also auf Gleichheit ankommt, in welcher anderen Hinsicht nicht.⁹⁶ Es wäre absurd, Kranke und Gesunde gleich behandeln zu wollen, aber es würde unserem Gerechtigkeitsempfinden widersprechen, wenn Menschen mit der selben Erkrankung nur deshalb massiv ungleich behandelt würden, weil sie ein unterschiedliches Einkommen haben.

Überall dort, wo Fragen nach Gerechtigkeit gestellt werden, wird gerne auf die Theorie der Gerechtigkeit von John Rawls zurückgegriffen.⁹⁷ Dieser fordert zu einem Gedankenexperiment auf, das in der Vorstellung besteht, die Mitglieder einer Gesellschaft fänden sich in einem „Urzustand“ zusammen, um dort Regeln ihres späteren Zusammenlebens gemeinsam festzulegen, ohne dabei jedoch Informationen darüber zu haben, welchen Ort sie in dieser zukünftigen Gesellschaft einnehmen würden. Diese als „Schleier des Nichtwissens“ bezeichnete Nebenbedingung stellt sicher, dass sich alle Beteiligten des Urzustands in jede mögliche andere Perspektive hineinversetzen und Lösungen finden, denen alle zustimmen können. Emery K. Hunt und Howard J. Sherman haben das Gedankenexperiment von Rawls auf die Verteilung von medizinischen Leistungen angewandt.⁹⁸ Kurz zusammengefasst erzählen sie die Geschichte von einer Insel, auf der immer wieder eine Krankheit ausbricht, die nur Kinder befällt. Der knappe, zur Verfügung stehende Impfstoff reicht nicht aus, um alle Kinder so oft zu impfen, dass sie einen maximalen Schutz vor dem tödlichen Ausgang der Krankheit erhalten. Unter dem Schleier des Nichtwissens würde eine Verteilung gewählt, die die Zahl der Sterbefälle minimiert, was durch eine gleichmäßige Verteilung gewährleistet wird. Wählt man hingegen eine Marktlösung, verteilt den Impfstoff also entsprechend einer ungleich verteilten Kaufkraft der Eltern, dann erhalten einige Kinder den maximalen Schutz, sehr viele dafür jedoch umgekehrt gar keinen, so dass die Zahl der Sterbefälle erheblich höher liegt. Wenn man sich nun allgemein fragt, auf welches Gesundheitswesen sich rational ihre Interessen verfolgende Individuen unter der Be-

⁹⁶ Vgl. allgemein Höffe 2001.

⁹⁷ Rawls 1993; zur Einführung vgl. Kersting 2001;

⁹⁸ Hunt/Sherman 1984; siehe auch Kersting 1999.

dingung einigen, dass alle Interessen unparteilich in die Überlegung eingehen, so kommt man unter der Annahme, dass sich ähnliche Konstellationen wie im o.g. Gedankenexperiment auch in der sozialen Realität ergeben zu der Einsicht, dass eine reine Marktlösung für ein als gerecht zu bezeichnendes Gesundheitswesen ausscheidet. Zu sehr ist Gesundheit ein öffentliches Gut, um nur privaten Investitionen anvertraut zu werden; zu sehr ist hier mit Marktversagen zu rechnen; zu sehr ist Gesundheit als transzendentes Gut zudem ein Gut, das aus Gründen minimaler Beteiligungsgerechtigkeit auch demjenigen nicht vorenthalten werden darf, der selbst zu ihm kaum einen eigenen Beitrag leisten kann.

Wenn man dann aber daran geht, Gesundheitsleistungen über ein solidarisches Sicherungssystem zu gewährleisten, müssen Wege gefunden werden, wie alle Mitglieder einer Gesellschaft in fairer Weise an dessen Finanzierung beteiligt werden. Außerdem müssen Grenzen bestimmt werden, zwischen denjenigen Leistungen, die solidarisch abgesichert und jenen anderen Leistungen, die privat zu finanzieren sind, also zwischen Regel- und Wahlleistungen. Für diese Abgrenzungen reichen heute offenbar die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ nicht mehr aus, zu fließend sind die Grenzen zur „Life-Style-Medizin“ bzw. zur Kosmetik. Das Hauptkriterium für die Abgrenzung ist die Frage nach „öffentlich rechtfertigbaren Bedürfnisse“⁹⁹, also für alle einsichtigen Bedürfnisse nach Gesundheitsdienstleistungen, weshalb die zu findende Grenze nicht naturwissenschaftlich, auch nicht nur medizinisch, sondern nur in einem öffentlichen politischen Prozess bestimmt werden kann, der Transparenz und ein gewisses Maß an gemeinsamen Werten voraussetzt. Schon gar nicht kann diese Abgrenzung der individualisierten Arzt-Patient-Beziehung überlassen bleiben, weshalb „Leitlinien“ nicht nur aus medizinischen Gründen sinnvoll sind.¹⁰⁰ Eine weitere Ausdifferenzierung dieser Kriterien¹⁰¹ dürfte ergeben, dass die Höhe der finanziellen Belastung eine Rolle spielen sollte. Bagatelleleistungen können durchaus auch privat finanziert werden. Außerdem sollte der

⁹⁹ Zu dieser Denkfigur vgl. insbesondere Hinsch 2002, v.a. 179-194.

¹⁰⁰ Vgl. hierzu Fuchs 1999.

¹⁰¹ Zu solchen Differenzierungen auf der Basis eines allgemeinen „Rechts auf Gesundheit“ vgl. auch Kirchhof 2004 und Höffe 2000.

Grad der individuellen Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit (siehe die Regelung zum Zahnersatz) berücksichtigt werden. Je mehr eine Leistung zur Abwendung von Lebensgefahr notwendig ist, um so mehr ist sie ins Solidarsystem einzubeziehen.

Mit diesen Abgrenzungen ist bereits gesagt, dass unter der Rücksicht der Unparteilichkeit rational entscheidende Individuen auch keine 100%ige wohlfahrtsstaatliche Lösung mit einer maximalen Gesundheitsversorgung im Rahmen eines allgemeinen Zwangssystems wählen würden. Dieses wäre schon aus ökonomischen Gründen langfristig nicht haltbar. Darüber hinaus gibt es aber weitere Argumente gegen einen solchen Maximalismus. Würde man nämlich Wahlleistungen, private Zuzahlungen und Therapiefreiheit jenseits des solidarisch finanzierten etc. gänzlich verbieten, wären damit zu viel Freiheitseinschränkungen verbunden und das System würde einen Grad der Übereinstimmung in der Definition von „Gesundheit“ voraussetzen, der in pluralen Gesellschaften unmöglich geworden ist. Außerdem gibt es Gründe für die Annahme, dass eine private Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen jenseits des Systems solidarischer Sicherung Anreize für Innovationen und Erprobungen neuer Verfahren mit sich bringt und wegen des dort herrschenden stärkeren Marktmechanismus mögliche Modelle für die Lösung von Effizienzproblemen liefern kann, was dazu führen würde, dass langfristig auch diejenigen davon profitieren würden, die sich solche Gesundheitsdienstleistungen nicht leisten können. Unter dieser Bedingung wäre dann auch das berühmte Differenzkriterium von John Rawls erfüllt, das Ungleichheiten dann als gerechtfertigt ansieht, wenn es den Ärmsten unter der Bedingung dieser Ungleichheit besser geht als unter der Voraussetzung größerer Gleichheit.¹⁰² Eine 100%-ige wohlfahrtsstaatliche Lösung würde auch auf langes Sicht dazu beitragen, die Bereitschaft zur Eigenverantwortung verkümmern zu lassen und damit in Prozesse einmünden, die ein solches Solidarsystem selbst wieder unethisch werden lassen. „Es ist darum nicht nur ökonomisch vorteilhaft, sondern geradezu moralisch geboten, wenn die individuelle Gesundheitsversorgung wieder stärker sowohl durch die vorteilsorientierte

¹⁰² Ähnlich auch Lauterbach 1999.

Rationalität der sich selbst versorgenden Konsumenten als auch durch den Gedanken der Eigenverantwortlichkeit der Individuen für ihre Gesundheit bestimmt werden kann; wenn das Gesundheitsversorgungssystem individuelle Gesundheitsautonomie ermutigt und nicht erschwert, wenn die wohlfahrtsstaatliche Heteronomie im Gesundheitswesen durch sowohl ökonomische als auch ethische Selbstbeteiligung gemindert wird.¹⁰³

III. EXEMPLARISCHE FÄLLE

1. ALTERSRATIONIERUNG¹⁰⁴

Ein erheblicher Teil der Gesundheitskosten tritt im Lebenslauf in den letzten Monaten vor dem Tode auf. So verwundert es nicht, dass Reformer, die nach Kosteneinsparungen suchen, hier Einsparpotenziale vermuten und entsprechende Vorschläge machen. Dadurch, dass Rentner/innen meist weniger in die Krankenversicherung einzahlen als Erwerbstätige, findet hier auch eine Umverteilung zwischen den Generationen statt. Entgegen mancher Argumentation stellt diese Umverteilung jedoch keine Ungerechtigkeit dar, solange jede Generation in den Genuss einer solchen (oder einer noch besseren) Umverteilung kommt. Deshalb lässt sich daraus auch kein Argument für eine Altersrationierung generieren. Alle Bürger/innen werden nach einer relativ hohen Wahrscheinlichkeit ein Alter erreichen, in dem sie durch eine solche Umverteilung begünstigt werden, so dass sie sich nicht dagegen aussprechen würden. Als Vergleichsmaßstab können eben nur die über ein ganzes Leben hinweg in Anspruch genommenen Leistungen veranschlagt werden. Auch unter dem Schleier des Nichtwissens im Rawls'schen Gedankenexperiment würden sich die Beteiligten nicht für eine Altersrationierung

¹⁰³ Kersting 1999, 170-171.

¹⁰⁴ Zum folgenden insgesamt Eibach 2001 und Fleischhauer 1999, der insbesondere die US-amerikanische Diskussion zum Thema aufgearbeitet hat, in der z.B. Positionen wie die von Daniels (1985, 1996), Callahan 1990 und Battin 1987 eine wichtige Rolle spielten. Vgl. Oberender 1996.

aussprechen, weil sie immerhin wissen, dass sie alle mit hoher Wahrscheinlichkeit einmal zu diesen Alten gehören werden. Freilich spricht viel dafür, dass es zu einer Regelung käme, die ausschliesse, dass die Versorgung für die Alten eindeutig auf Kosten der Jüngeren ginge. Eine solche Alternative stellt sich aber in aller Regel nicht.

Medizinische Leistungen in der letzten Lebensphase sollten sich am Wohl des Patienten und am erklärten Willen des Patienten (möglicherweise zugänglich über eine Patientenverfügung) orientieren. Beides verlangt nicht unbedingt das maximal technisch Machbare. Problematisch erscheint die Orientierung am zu erwartenden Nutzen einer Maßnahme, abgeschätzt aus der Zahl der zu erwartenden weiteren Lebensjahre mit einer bestimmten Lebensqualität, zumindest dann, wenn nicht der Betroffene selbst das entscheidende Subjekt dieser Abschätzung ist bzw. wenn nicht der Nutzen für ihn sondern der Nutzen des Betroffenen für die Gesellschaft abgeschätzt wird. Es widerspricht eindeutig der Forderung nach dem Respekt vor der Würde des Menschen, wenn Menschen und ihre Gesundheit utilitaristisch verrechnet werden. Doch selbst, wenn man bereit *wäre*, nach einer solchen Maxime zu verfahren, so ließe sich kein allgemeines Maß nach dem erreichten chronologischen Alter definieren. Zu unterschiedlich sind gerade bei alten Menschen die Lebenssituationen, die noch zu erwartenden Lebensjahre und die Heilungsaussichten, als dass sich die Festlegung eines bestimmten Alters als Grenze rechtfertigen ließe. Sogar rein ökonomische Argumente lassen sich gegen bestimmte Leistungsausschlüsse vorbringen, verhindern doch manche künstlichen Gelenke die Pflegebedürftigkeit und sind deshalb auch wirtschaftlich sinnvoll. Allein schon aus diesem Grunde scheidet eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nach einem festgelegten chronologischen Alter aus.

Viele Menschen haben heute den Verdacht, dass in der letzten Phase des Lebens vielfach Behandlungen vorgenommen werden, die das Wohlergehen des Patienten gar nicht mehr verbessern, sondern aus einer gewissen Hilflosigkeit gegenüber dem Sterbeprozess oder möglicherweise sogar aus ökonomischen Interessen auch im letzten Moment noch eingesetzt werden. Es ist klar, dass dies, wo es

passiert, abgestellt werden muss: es darf keine Anreize für unnötige Diagnosen und Behandlungen geben, im Gegenteil braucht es Prozeduren und Anreize, die den Respekt vor dem Willen des Patienten fördern, der in der Regel eher wünscht, dass nicht mehr alles medizinisch Mögliche gemacht wird. Immer stärker wird das Bewusstsein dafür, dass es ab einem bestimmten Zeitpunkt des Krankheitsprozesses, der in einen Sterbeprozess mündet, sinnvoll ist, das Behandlungsziel zu ändern. Nicht mehr die Genesung, sondern die Leidminderung unter Akzeptanz des herannahenden Todes, nicht mehr die Verlängerung des Lebens, sondern die Verbesserung der Qualität der letzten Lebensmonate und -tage sollte dann im Mittelpunkt der ärztlichen Maßnahmen stehen (Palliativmedizin). Das Problem liegt natürlich darin, dass die dafür erforderliche Sicherheit der Prognose oft nicht gegeben ist und es häufig schwierig ist, eine solche Prognose gegenüber dem Patienten und den Angehörigen zu vermitteln. Aber trotzdem lassen sich Probleme der Altersrationierung möglicherweise bereits dadurch vermeiden, dass dem Wohl und dem Willen des Patienten eindeutig der entscheidende Stellenwert eingeräumt wird.

Etwas anders mag sich die Situation in echten Dilemma-Situationen darstellen, wenn auf Grund nicht zu überwindender Knappheit nicht alle Patienten in den Genuss bestimmter medizinischer Leistungen kommen können, z.B. wenn für Schwerstverletzte oder Schwerstkranke nicht genügend Plätze für die Intensivmedizin zur Verfügung stehen. Doch auch in einem solchen Fall, wird bei der Entscheidung das chronologische Alter nicht der wichtigste Faktor sein, sondern Dringlichkeit der Maßnahme und die Überlebenschance. Und insgesamt muss das Gesundheitssystem so ausgestaltet werden, dass solche Dilemma-Situationen, von Katastrophenfällen abgesehen, möglichst nie vorkommen und die Ärzte nie vor eine solche Alternative gestellt werden. Jedenfalls darf ein Gesundheitssystem nicht so angelegt sein, dass es eine Patientengruppe auf Kosten einer anderen prinzipiell benachteiligt, egal, ob es sich dabei um jüngere oder ältere Patienten handelt. Fleischhauer kommt zu dem Ergebnis, dass es eine Vielzahl von Möglichkeiten gebe, „das deutsche System der Krankenversicherung so zu reformieren, dass eine

Legitimation für die Heranziehung des chronologischen Lebensalters als Kriterium für die Eingrenzung von Leistungen nicht gegeben ist.“¹⁰⁵

2. BÜRGERVERSICHERUNG VERSUS GESUNDHEITSPRÄMIENMODELL

In der folgenden Argumentationsskizze werden aus sozialetischer Perspektive Vor- und Nachteile der beiden aktuell diskutierten Modelle aufgelistet, ohne die beiden Modelle selbst noch einmal ausführlich darzustellen und auf die jüngst in die Diskussion eingebrachten Modifikationsvorschläge einzugehen. Eine sehr kompakte Darstellung findet sich – ebenso wie bereits eine kurze Bewertung – z.B. im Bericht der Rürup-Kommission.¹⁰⁶ Die Bürgerversicherung stellt im Grunde eine Ausweitung der bisherigen Gesetzlichen Krankenversicherung dar, und zwar sowohl auf alle Bürgerinnen und Bürger wie auf prinzipiell alle Einkommensarten, die für die Beitragsbemessung herangezogen werden. Gleichzeitig würde die Beitragsbemessungsgrenze deutlich angehoben. Dadurch könnte der Beitragssatz von 14,4 auf 13,1% sinken. Das Gesundheitsprämienmodell sieht einen (kassenindividuell leicht unterschiedlichen) einheitlichen Beitrag für eine für alle weitgehend gleiche Standardversicherung für alle vor. Die Höhe dieses Beitrags wurde auf derzeit 210 € pro Monat geschätzt. Das bedeutet, dass die Umverteilungskomponente vollkommen aus der Krankenversicherung herausgenommen wird und dann, sofern man an ihr festhält, an anderer Stelle, vor allem im Steuersystem platziert werden muss. Teilweise kann dies bereits dadurch geschehen, dass die bisherigen Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung dem Arbeitslohn zugeschlagen werden und dann ebenfalls versteuert werden müssen.

¹⁰⁵ Fleischhauer 1999, 245.

¹⁰⁶ Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2003, 149-176. Vgl. auch die Stellungnahme des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung 2003, die das Gesundheitsprämienmodell befürwortet, zugleich jedoch betont, dass eine wirkliche Bewertung von der genauen Ausgestaltung, insbesondere des steuerlichen Ausgleichs der bisher innerhalb der Krankenversicherung vorgenommenen Umverteilung abhängt.

ten, wobei dies dann die besser Verdienenden stärker trifft. Bei denjenigen, die wegen eines sehr niedrigen Einkommens oder weil sie nur soziale Transferleistungen beziehen, gar keine Steuern zahlen, müsste nach anderen Ausgleichsmöglichkeiten gesucht werden. Kinder sollen weiterhin beitragsfrei mitversichert sein, nicht jedoch Ehepartner.

2.1. NACHTEILE DES BESTEHENDEN SYSTEMS DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Für eine sozialetische Bewertung beider Modelle ist es zunächst wichtig, sich die Nachteile des bestehenden Systems zu verdeutlichen. Das Wesentliche ist dazu bereits unter I. gesagt worden, deshalb genügen hier einige kurze Verweise. Im herkömmlichen System werden nicht alle Bürgerinnen und Bürger in fairer Weise an der Aufgabe der Umverteilung beteiligt. Durch die kostenlose Mitversicherung nicht oder gering verdienender Ehepartner ergeben sich in Verbindung mit einer Beitragsbemessungsgrenze die bereits beschriebenen besonderen Probleme. Ein „umgekehrtes“ Gerechtigkeitsproblem ergibt sich dort, wo Personen, die z.B. als Beamte auf Zeit privat versichert waren und dann als Angestellte mit möglicherweise hohem Einkommen nicht mehr gesetzlich versichert sind, von dieser Solidarität ausgeschlossen bleiben, auch wenn sie z.B. als Alleinverdiener/in eine Familie mit mehreren Kindern versorgen müssen. Da sie in der privaten Krankenversicherung für jede Person versicherungsmathematisch berechnete Beiträge zahlen müssen, haben sie dann in der Regel sehr viel höhere Aufwendungen als in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine weitere Gerechtigkeitslücke tut sich im bestehenden System auf, weil nicht alle Einkommensarten zur Berechnung des Beitrags herangezogen werden. Die Lohnbezogenheit der Beiträge hat schließlich gravierende Nachteile für die Kosten des Faktors Arbeit. Wenn dann politisch die Beiträge auf bestimmte Sätze begrenzt werden, wird das gesellschaftliche Budget für Gesundheit künstlich niedrig gehalten, obwohl unter anderen Umständen die Menschen bereit wären, mehr für Gesund-

heit zu zahlen und dies auch ökonomisch sinnvoll wäre, ist doch der Gesundheitsmarkt einer der wichtigsten Wachstumsmärkte für die Zukunft. Schließlich ist das bestehende System, zumindest solange Rentner/innen nicht den vollen Krankenversicherungsbeitrag, d.h. Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zahlen, nicht nachhaltig, weil es nicht demographiefest ist. Derzeit findet eine erhebliche Lastenumverteilung von den Jüngeren zu den Älteren statt, die sich zukünftig noch verschärfen wird.

2.2. VOR- UND NACHTEILE DER BÜRGERVERSICHERUNG

2.2.1 Vorteile:

- Will man innerhalb der Krankenversicherung Umverteilungskomponenten integrieren, dann sind diese nur gerecht, wenn alle Mitglieder einer Gesellschaft, die sich weniger Ungleichheit zum Ziel setzt, in diesen Umverteilungsprozess einbezogen werden. Dem trägt die Bürgerversicherung Rechnung, weil in ihr alle Bürger/innen des Landes einbezogen sind.
- Von Verteilungsgerechtigkeit kann jedoch nur dann gesprochen werden, wenn nicht nur alle Bürger/innen, sondern auch alle Einkommensarten berücksichtigt werden. Auch dem trägt die Bürgerversicherung Rechnung, indem sie für die Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags alle (steuerpflichtigen) Einkommensarten berücksichtigt.
- Ein ökonomischer Vorteil dürfte sein, dass durch die Ausweitung auf alle Bürger/innen die Finanzierungsbasis erweitert wird. Dem steht allerdings auch eine Ausweitung der Leistungsempfänger gegenüber, so dass zumindest langfristig die Vorteile ausgeglichen werden dürften.

2.2.2 Nachteile:

- Es dürfte nur mit hohem Aufwand möglich sein, das für die Beitragsberechnung heranzuziehende Gesamteinkommen zu erheben. Ein großer Teil der Bevölkerung zahlt keine

Steuern, müsste aber zu diesem Zweck ähnlich wie für die Steuer „veranlagt“ werden. Außerdem müsste entschieden werden, ob die Beiträge künftig weiterhin bruttolohnbezogen oder dann nettoeinkommensbezogen berechnet werden. Ersteres würde bei den Einkommen, die keine Löhne sind, zu unerträglichen Verzerrungen führen (wenn z.B. Mieten ohne die zur Instandhaltung anfallenden Kosten zu Grunde gelegt würden). Überhaupt könnte das System zu schwierigen Problemen der Abgrenzung von Einkommensarten im steuerrechtlichen und im sozialrechtlichen Sinn führen.

- Aus Gründen der Plausibilität einer Versicherung wird man nicht ohne Festlegung einer Beitragsbemessungsgrenze auskommen. Fällt diese zu niedrig aus, werden das Aufkommen und die Umverteilungskomponente zu gering ausfallen. Wird sie zu hoch festgelegt, erscheinen die Beiträge für eine „Versicherung“ im Vergleich zu den Leistungen unverträglich hoch, so dass es als sinnvoller erscheint, ein Gesundheitssystem komplett aus Steuern zu finanzieren.
- Auf Grund der geringeren Vergleichbarkeit von Beiträgen wird es schwierig, einen Markt unter verschiedenen Versicherungsanbietern zu etablieren. Damit bleibt ein wichtiges Steuerungselement zur Reduzierung der Kosten und zur Effizienzsteigerung ungenutzt.
- Es wird sicherlich nicht einfach sein, das Modell politisch durchzusetzen, wenngleich es im allgemeinen Verständnis eine höhere Plausibilität aufweist als das Gesundheitsprämienmodell. Von Seiten der privaten Versicherungswirtschaft ist mit großen Widerständen zu rechnen, da ihr nur der Markt von privaten Zusatzversicherungen verbleibt. Hier sind auch verfassungsrechtliche Fragen zu klären.
- Das Finanzierungsaufkommen aus der Bürgerversicherung bleibt trotz der teilweisen Lösung vom Erwerbseinkommen weiterhin stark konjunkturabhängig.

2.3. VOR- UND NACHTEILE DES GESUNDHEITSPRÄMIENMODELLS

2.3.1 Vorteile:

- Dieses Modell nimmt die Verteilungskomponente vollständig aus der Krankenversicherung heraus und verlagert sie ins Steuersystem, wo sie ordnungspolitisch eigentlich auch hingehört, weil dort – ein gerechtes Steuersystem vorausgesetzt – das höchste Maß an Verteilungsgerechtigkeit realisiert werden kann.
- Beim Gesundheitsprämienmodell haben wir es mit einer klaren Versicherung nach dem Äquivalenzprinzip zu tun. Alle zahlen einen bestimmten Betrag und bekommen dafür eine bestimmte Leistung, nämlich die Sicherheit, im Krankheitsfall Gesundheitskosten erstattet zu bekommen. Damit ist dieses System sehr viel transparenter als das bestehende und auch als die Bürgerversicherung. Jeder könnte einschätzen, wie viel Gesundheit tatsächlich kostet. Die o.g., mit der kostenlosen Mitversicherung von Familienangehörigen verbundenen Probleme würden nicht auftreten (wobei die Varianten hier nicht diskutiert werden können, die sich daraus ergeben, dass in einem Gesundheitsprämienmodell die Kinder kostenlos mit versichert sind, im anderen nicht).
- Es wäre sehr viel einfacher, im Gesundheitsprämienmodell einerseits unterschiedliche Ausgestaltungen der Versicherung zuzulassen (mehr oder weniger Eigenbeteiligung, mehr oder weniger Zusatzleistungen), andererseits einen Markt zwischen unterschiedlichen Versicherungsanbietern zu erlauben, deren Preise viel einfacher zu vergleichen wären, weil sie eben nicht mehr vom Lohn oder Einkommen des Beitragszahlers abhängen würden.
- Da die Versicherungsbeiträge nicht mehr an die Einkommen gebunden sind, ist das Beitragsaufkommen konjunkturabhängig. Zugleich fällt es leichter, Komponenten der Kapitaldeckung einzubauen, indem der Beitrag so kalkuliert wird, dass jeder Beitragszahler für zukünftige höhere Gesundheitsleistungen eine bestimmte Rücklage anspart.

Der Gesundheitsbereich kann sich autonomer entwickeln, seinem Wachstum sind deshalb nicht die Grenzen gesetzt, die in den anderen Modellen auftreten. Zugleich ist es möglich, effizienzsteigernde Anreize einzubauen.

- Ein Umstieg in dieses System erscheint leichter möglich, da sowohl die privaten Kassen wie die gesetzlichen als Anbieter von Pauschalversicherungen auftreten können. Verfassungsrechtliche Probleme sind nicht zu erwarten.

2.3.2 Nachteile:

- Der größte Nachteil scheint mir das Problem der politischen Durchsetzbarkeit zu sein. Vielen Menschen ist es nicht plausibel, dass „der Chef und die Sekretärin gleich viel in die Krankenversicherung einzahlen“, obwohl dies letztlich ja auf Gewöhnung und Missverständnissen beruht, denn eigentlich wäre das Äquivalenzprinzip plausibler. Trotzdem sind diese Widerstände in den Köpfen, so dass es einer Partei sehr schwer fallen wird, für das Gesundheitsprämienmodell zu werben.
- Hinter dieser Ablehnung steht aber möglicherweise auch die berechtigte Skepsis, ob es gelingen kann, die weiterhin notwendige Umverteilungskomponente wirklich über das Steuersystem abzudecken, zumal die CDU hier inkonsequent ist: Einerseits fordert sie das Gesundheitsprämienmodell, andererseits schlägt sie eine Steuerreform vor, in der die notwendige zusätzliche Umverteilung (jedenfalls bislang) nicht berücksichtigt ist. Tatsächlich sprechen auch Argumente gegen die Umverteilung über das Steuersystem, z.B. Fragen der internationalen Standortkonkurrenz, der Optik hoher Steuersätze etc.
- Schließlich taucht die Frage auf, ob die über Steuer zu leistende Umverteilung wirklich auch langfristig erhalten bliebe. Bestünde nicht die Gefahr, dass sie auf lange Sicht aufgeweicht würde, z.B. durch das allmähliche Hineinwachsen vieler in die Steuerprogression durch die Inflation oder die Bedienung organisationsstarker Gruppen, die si-

cherlich nicht bei den unteren Einkommensgruppen zu suchen sind.

Insgesamt ist die Abwägung von Vor- und Nachteilen sehr schwierig. Hier gehen Einschätzungen ein, die nur schwer überprüfbar sind. Ordnungspolitische Gründe sprechen eher für das Gesundheitsprämienmodell, die politische Pragmatik eher für die Bürgerversicherung. Die wahrscheinlichste Lösung, die ethisch am problematischsten ist, dürfte die Beibehaltung des bisherigen Systems sein – bestenfalls mit leichten Modifikationen.

LITERATURVERZEICHNIS:

- Albus, Michael (2004): Grenzen der Gesundheit - Aspekte eines Begriffs. In: Orientierung 68(2004), 64-66.
- Andersen, Hanfried H./Henke, Klaus-Dirk/Schulenburg, Johann Matthias Graf (Hrsg.) (1992): Basiswissen Gesundheitsökonomie, 2 Bde. Berlin : Sigma.
- Ausschuss "Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich (2000-2002)" (2002): Zum guten Umgang mit Krankheiten und Behinderungen befähigen: Abschlussbericht des ... für die Diakonische Konferenz 15.-17. Oktober 2002 in Dresden. Stuttgart: Diakonisches Werk (Diakonie Dokumentation 10/2002).
- Bahro, Marcel/Kämpf, Christian/Strnad, Jindrich (2001): Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen: Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftsethischer Sicht. In: Ethik in der Medizin (2001), 45-60.
- Battin, Margaret P. (1987): Age Rationing and the Just Distribution of Health Care: Is there a Duty to Die? In: Ethics 97(1987), 317-340.
- Battin, Margaret P./Rhodes, Rosamond/Silvers, Anita (2002): Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme: Bericht der Rürup-Kommission. Berlin: Selbstverlag.
- Callahan, Daniel (1990): What Kind of Life: The Limits of Medical Progress. Washington D.C.: Simon&Schuster.
- Dabrock, Peter (2002): Capacity-Approach und Decent Minimum: Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen. In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 46(2002), 202-215.
- Daniels, Norman (1985): Just Health Care. Cambridge; New York: Cambridge Univ. Press.
- (1996): Justice between the Young and the Old: Rationing from an International Perspective. In: Battin, Margaret P./Men-

- zel, Paul T./Walters, James W. (Hrsg.): *Who's to Live: Ethics and Aging*. Urbana, Chicago: Univ. of Illinois Press.
- Dietrich, Frank (2001): *Eigenverantwortung als medizinethisches Rationierungskriterium*. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 47 (2001), 371-385.
- Eibach, Ulrich (2001): *Grenzen der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens und die Sorge für chronisch kranke Menschen - Sozial-ethische, christliche Aspekte der Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen und die Diskussion um den "Lebenswert" chronisch kranker und schwerstpflegebedürftiger Menschen*. In: *Ethik in der Medizin* (2001), 61-75.
- Feuerstein, Günter/Kuhlmann, Ellen (Hrsg.) (1998): *Rationierung im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Fleischhauer, Kurt (1999): *Alterdiskriminierung bei der Allokation medizinischer Leistungen: Kritischer Bericht zu einer Diskussion*. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 4 (1999), 195-252.
- Fuchs, Christoph (1999): *Ethische Aspekte der Mittelknappheit im Gesundheitswesen: Die Bedeutung von Leitlinien*. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 4 (1999), 175-194.
- Hinsch, Wilfried (2002): *Gerechtfertigte Ungleichheiten: Eine Studie über die Grundsätze sozialer Gerechtigkeit*. Berlin; New York: de Gruyter.
- Höffe, Otfried (2000): *Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage: Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen - eine Replik*. In: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 44 (2000), 89-102.
- (2001): *Gerechtigkeit*. München: Beck.
- Höhn, Hans-Joachim (Hrsg.) (2004): *Welt ohne Tod - Hoffnung oder Schreckensvision?* Göttingen: Wallstein.
- Hunt, Emery K./Sherman, Howard J. (1984): *Ökonomie I: Aus traditioneller und radikaler Sicht*. Bodenheim: Athenäum.
- Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für Soziale Ordnung (1994): *Mündigkeit und Solidarität: sozialetische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Eine Studie der ...* Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.
- Kersting, Wolfgang (1999): *Über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 4 (1999), 143-173.
- (2001): *John Rawls zur Einführung*. Hamburg: Junius-Verl.

- Kirchhof, Paul (2004): Das Recht auf Gesundheit. In: Stimmen der Zeit 222 (2004)1, 3-14.
- Kommission "Soziale Sicherheit" (Herzog-Kommission) (2003): Bericht der ... zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin.
- Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/Kommission für karitative Fragen der Deutschen /Bischofskonferenz (2003): Solidarität braucht Eigenverantwortung : Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem. Bonn: Sekretariat der DBK.
- Lauterbach, Karl W. (1999): Effizienz und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 4 (1999), 187-194.
- Mack, Elke (2001): Rationierung im Gesundheitswesen - ein wirtschafts- und sozialetisches Problem. In: Ethik in der Medizin (2001), 17-32.
- Marckmann, Georg/Liening, Paul/Wiesing, Urban (Hrsg.) (2003): Gerechte Gesundheitsversorgung: Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Stuttgart; New York : Schattenhauer.
- Nagel, Eckhard/Fuchs, Christoph (Hrsg.) (1998): Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Symposium Mainz, 6. Mai 1998. Stuttgart; New York: Georg Thieme.
- Oberender, Peter (Hrsg.) (1996): Alter und Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (2002): Solidarität und Wettbewerb: Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Hannover: Kirchenamt der EKD.
- Rawls, John (1993): Eine Theorie der Gerechtigkeit. 7. Aufl. Frankfurt am Main : Suhrkamp.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2003): Bürgerversicherung und Pauschalprämie: Stellungnahme zu den gesundheitspolitischen Empfehlungen der "Rürup-Kommission" . Essen.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. 3 Bde. Bonn.

- Schramm, Michael (1997): Umbau des sozialstaatlichen Gesundheitssystems : Sozialethische Überlegungen. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), 233-244.
- Siegrist, Johannes (2001): Distributive Gerechtigkeit und Gesundheit: eine medizinsoziologische Perspektive. In: Ethik in der Medizin (2001), 35-44.
- Storm, Theodor (2002): Wohin steuert unser Gesundheitssystem? In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 46 (2002), 162-168.
- Wiemeyer, Joachim (1988): Gesundheitspolitik. In: Informationsdienst zur wirtschaftlichen Bildung des Instituts für wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Bildung 1988/3, 17-24.