

Prinzipien einer gerechten Rationierung im Gesundheitswesen

Walter Pfannkuche

1. WAS SIND DIE PROBLEME?

In der Diskussion über die Ausgestaltung des Gesundheitswesens stehen angesichts knapper Ressourcen heute auf verschiedenen Ebenen folgende Fragen im Mittelpunkt:

a) Auf der politischen Ebene wird diskutiert, wie groß das Globalbudget für medizinische Leistungen sein soll. Dabei muss von den Gesetzgebern das Gut der medizinischen Hilfe gegen andere Güter abgewogen werden – gegen Sicherheit, Bildung, Kultur usw. Hier setzt sich die Erkenntnis durch, dass die heutigen Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen durch eine Rationalisierung der entsprechenden Einrichtungen (Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Verkürzung der Verweildauer usw.) nicht zu lösen sind. Es gibt keine prästabilisierte Harmonie der Art, dass nach Beseitigung aller Ineffizienzen gerade genug Geld für alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen vorhanden ist. Unabhängig von der Vermeidung von Ineffizienzen stellt sich die Frage, wieviel Geld man überhaupt für Gesundheitsfürsorge ausgeben will.

b) Innerhalb des medizinischen Versorgungssystems geht es um die Frage, wie das medizinische Globalbudget verteilt werden soll. Für welche Typen von Maßnahmen (Prävention, Notfallversorgung, Intensivmedizin usw.) sollen wieviel Prozent der Mittel eingesetzt werden? Welche neuen Behandlungsmethoden sollen in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen, welche

sollen gestrichen werden? Eine wichtige Frage im Vorfeld solcher Abwägungen ist dabei die, woran die Erfolge der zu vergleichenden Maßnahmen gemessen werden sollen (QALY¹ usw.).

c) Für den einzelnen Arzt oder den Leiter einer Krankenhausabteilung schließlich stellt sich die Frage, wie – im Rahmen der Vorgaben unter (a) und (b) – die Leistungen auf die Patienten verteilt werden sollen. Welcher Patient soll angesichts eines vorab definierten ökonomischen Rahmens welche Leistungen erhalten?

Die Überlegungen auf allen diesen drei Ebenen entscheiden über das Wohl und Wehe und zuletzt über das Leben und Sterben von Menschen. Diese Überlegungen werden gleichwohl kaum öffentlich kommuniziert und werden auch von Patienten normalerweise gar nicht oder als nicht beeinflussbare Vorgänge wahrgenommen. Der Patient sieht nur das Resultat: Bestimmte Leistungen werden von seiner Krankenkasse nicht oder nur teilweise bezahlt oder er erhält sie nur nach einer mehr oder weniger langen Wartezeit. Nur selten haben Patienten den Eindruck, dass ihnen essentielle Leistungen vorenthalten werden – etwa ein vielleicht wirksameres, aber auch erheblich teureres Medikament. Das liegt vor allem daran, dass solche Wahrnehmungen einen gut informierten Patienten voraussetzen. Zumeist kann der Arzt solche von Kostengesichtspunkten mitbestimmten Überlegungen vor dem Patienten verbergen. Er schlägt ihm eine Behandlungsmethode oder ein Medikament als die am besten geeignete Maßnahme vor, und das wird von den Patienten in den allermeisten Fällen schlicht akzeptiert.

Gleichwohl, es gibt solche Erfahrungen der Leistungsverweigerung und es gibt das allgemeine Gefühl, dass Privatversicherte eine bessere Gesundheitsfürsorge erhalten als Kassenpatienten, dass also etwas dran ist an dem alten Slogan »Wer arm ist, muß früher sterben«. Das vorzeitige Sterbenmüssen aus diesem Grund wird dabei als ein gravierendes Unrecht wahrgenommen. Wenn die Mitglieder der Gesellschaft auch sonst in vielen Hinsichten ver-

1 | Für eine Darstellung des QALY-Konzepts vgl. den Beitrag von Kathrin Dengler in diesem Band.

schieden gut dastehen mögen, hinsichtlich der Gesundheit, so die vorherrschende Meinung, sollten doch alle gleich gut gestellt werden. Gesundheit, so meinen die meisten, ist ein so wichtiges Gut, dass auf deren Erhaltung und Wiederherstellung jeder Bürger ein gleiches Recht hat. Ungleichheiten an dieser Stelle werden als moralisches Versagen eines Gemeinwesens wahrgenommen.

2. DAS MODELL DER UNPARTEIISCHEN ABWÄGUNG

Im Folgenden werde ich der Frage nachgehen, inwiefern die Vorenthaltung möglicher medizinisch sinnvoller Leistungen und inwiefern Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung Formen von Unrecht darstellen.² Das lässt sich nicht beantworten, ohne sich mit der allgemeineren Frage auseinanderzusetzen, wie wir überhaupt zu der Überzeugung kommen, Rechte zu haben. Wie werden Rechte konstituiert, also gerechtfertigt und etabliert?

An dieser Stelle sehen wir uns mit einer Vielzahl von Theorien konfrontiert, die einander mehr oder weniger stark widersprechen. Manche gehen von anspruchsvollen Voraussetzungen aus. Etwa davon, dass Rechte etwas Gott- oder Naturgegebenes sind, etwas, das in der menschengemachten Rechtsordnung lediglich abzubilden ist. Oder davon, dass jeder Mensch eine Würde besitzt, und dass diese als solche jedem anderen Menschen einen Grund gibt, ihn rücksichtsvoll zu behandeln. So kann man denken, aber solche Voraussetzungen sind erstens sehr umstritten und zudem ist zweitens dann strittig, was hinsichtlich der Gesundheitsfürsorge nun genau dem Willen Gottes oder der Würde des Menschen entspricht. Zur Herstellung eines möglichst breiten Konsensus erscheint es mir angeraten, nicht mit derartig großformatigen Begriffen zu arbeiten. Erfolgversprechender erscheint mir die Suche nach einer mi-

2 | Für den im Folgenden entwickelten Lösungsvorschlag bin ich Ulla Wesels (Universität Saarbrücken) zu Dank verpflichtet. Ohne ihre Kritik und Anregungen wären meine Überlegungen schwerlich so weit gediehen.

nimalistischen Begründungsstrategie. Das wäre eine, die nur mit solchen Elementen zu arbeiten versucht, die sich aus dem ergeben, was mit dem Einnehmen einer moralischen Perspektive überhaupt zusammenhängt. Wenn man überhaupt moralisch argumentieren will, was muss man dann beachten? Was charakterisiert eine moralische Denkweise, Einstellung oder Begründung?

Meine These hierzu lautet, dass die moralische Perspektive auf ein Problem durch die Frage zu charakterisieren ist: *Welche Regelung oder Handlungsweise aller würde man in Hinblick auf ein Problem befürworten, wenn man unparteiisch darüber nachdenkt, d.h. wenn man sich vorstellt, dass man in jeder Rolle sein könnte, die zu dem Problem gehört?*

Das Verfahren der unparteiischen Abwägung erfordert, sich in die Position *aller* Handlungsbetroffenen hineinzusetzen und deren Interessen gleich wichtig zu nehmen. Zum moralischen Denken gehört es deshalb, die Vor- und Nachteile möglicher Handlungsweisen unter Berücksichtigung *aller* Betroffenen neutral abzuwägen. Diese Aufforderung, die Sache einmal aus der Position des anderen zu betrachten, ist in der Tat die wohl weitestverbreitete Grundregel für moralisches Denken in der Geschichte der Menschheit. Wir finden sie als Goldene Regel ebenso in den *Reden des Buddha* wie in der *Bergpredigt Christi* (vgl. Lukas-Evangelium, VI, 31; Reden des Buddha 1993, S. 40ff). Als moralisch richtig wird man jene Handlungsweise anerkennen, die sich nach unparteiischer Abwägung aller damit verbundenen Vor- und Nachteile als die am meisten Zufriedenstellende erwiesen hat.

Auf diese Weise kann man den Begriff des Rechts so definieren: Rechte werden dann all diejenigen Handlungsweisen oder Prinzipien sein, von denen man aus der unparteiischen Perspektive wollen würde, dass sie durch ein für alle gültiges Regelsystem etabliert und durch ein allgemeines Sanktionssystem gestützt werden.³ Zwei Beispiele zur Verdeutlichung:

3 | Rechte kann man nur auf etwas haben, was man von anderen als Handlung oder Unterlassung erzwingen kann. Es kann ein Recht auf elterliche Fürsorge geben, aber keines auf Liebe.

- Wenn mein Leben gegen Angriffe anderer durch ein Recht geschützt wird, dann kann ich ruhiger leben, aber dann muss ich meine Neigung, mir unliebsame Mitmenschen aus dem Weg zu räumen, ebenfalls zügeln, weil ich sonst mit rechtlichen Sanktionen zu rechnen habe.
- Wenn ich ein Recht auf Bildung haben will, dann muss ich auch bereit sein, zu den dafür notwendigen Einrichtungen beizutragen.

Auf der Basis dieses Modells ist man mit zwei Problemen konfrontiert, die sich daraus ergeben, dass Menschen sowohl in ihrer Gewichtung verschiedener Güter, wie auch in ihrer Risikobereitschaft voneinander abweichen:

Erstens: Diese Unterschiede werden auf der allgemeinsten und grundlegenden Ebene zur Befürwortung unterschiedlicher Aggregationsprinzipien führen. Zum moralischen Denken gehört das Gleichwichtignehmen der Interessen aller Betroffenen. Aber was soll man tun, wenn man im Zuge dieser unparteiischen Betrachtung bemerkt, dass die Interessen der Subjekte einander auf vielfache Weise entgegengesetzt sind und infolge knapper Ressourcen nicht alle vollständig befriedigt werden können? Was soll man tun, wenn man, was immer man tut, nicht alle vollständig glücklich machen kann? Soll man dann – wie es die Utilitaristen⁴ befürworten – auf die Maximierung des Gesamtnutzens zielen? Oder – wie die Egalitaristen – eher auf die Gleichverteilung des Wohlbefindens? Oder ist beides falsch und es geht – wie die Rawlsianer meinen – darum, die schlechtestmögliche Position so gut wie möglich auszugestalten (Maximin-Prinzip)?

Zweitens: Auch innerhalb einer jeden dieser Fundamentaltheorien gehen die Meinungen darüber auseinander, wodurch das Wohl einer Person gemehrt wird. Personen haben normalerweise eine Vielzahl von Interessen, von deren Befriedigung ihr Wohlbe-

4 | Für eine ausführliche Darstellung des Utilitarismus siehe auch den Beitrag von Günter Fröhlich in diesem Band.

finden abhängt. Wer moralisch über ein Problem nachdenken will, müsste also wissen, wie wichtig welche dieser Interessen für eine Person sind, und er müsste in der Lage sein, die Zufriedenheitszustände von Personen miteinander zu vergleichen. Das scheint ein hoffnungslos überkomplexes Unterfangen zu sein. Angesichts dieses Ozeans der Interessen besteht eine plausible Entlastungsstrategie vieler Moraltheorien darin, sich auf grundlegende, so genannte transzendente Interessen zu beschränken. Darunter versteht man das Interesse an Gegebenheiten oder Dingen, über die eine Person notwendig verfügen muss, wenn sie überhaupt irgendwelche Ziele verfolgen will. So muss man gesund sein und über bestimmte Kenntnisse und einen geschützten Freiheitsspielraum verfügen, um seine spezifischen Ziele wirksam verfolgen zu können. Die Konzentration auf diese transzendenten Interessen entlastet das moralische Denken von vielen Problemen, aber sie kann das Gewichtungproblem nicht umschiffen, denn auch innerhalb der transzendenten Güter stellen sich Gewichtungsfragen. Geht es einer Person besser, wenn sie über einen großen Freiheitsspielraum und wenig Absicherung verfügt, oder geht es ihr besser, wenn diese Güter andersherum gewichtet sind?

Die hier möglichen und wahrscheinlichen Divergenzen werden sich insbesondere bei der Bestimmung des Kanons der akzeptablen positiven Rechte auswirken. Ihrer Struktur nach sind positive Rechte Ansprüche auf bestimmte Leistungen und damit zumeist Absicherungen gegen typische Lebensrisiken. Betrachten wir gleich das positive Recht auf medizinische Fürsorge: Ob man Krebs bekommt oder nicht, ist (artifiziiell erzeugte Belastungen mal außen vor gelassen) eine Frage von Glück oder Pech. Aber in modernen Gesellschaften stehen die Bürger vor der Wahl, ob sie im Erkrankungsfall dem natürlichen Lauf der Dinge ausgeliefert bleiben oder ob sie ein zusätzliches Sicherheitsnetz in Form eines Anspruchs auf medizinische Betreuung einziehen wollen. Da eine Krankenversicherung Geld kostet, muss man nun abwägen, wieviel mehr an Sicherheit einem wieviel wert ist, d.h. welche Einschränkungen in anderen Lebensbereichen man dafür hinzunehmen gewillt ist.

3. WAS FOLGT DARAUS FÜR EIN RECHTFERTIGBARES GESUNDHEITSWESEN?

Jeder der oben angeführten Fundamentaltheorien wird ein anderer Begriff der Gerechtigkeit entsprechen. Wenn die Anhänger des Maximin-Prinzips es für geboten halten, Ressourcen speziell zur Verbesserung der schlechtestmöglichen Position einzusetzen, werden Utilitaristen dies als eine Vergeudung von Ressourcen begreifen, wenn sich mit einer anderen Verwendung der Mittel das Gesamtglück besser vermehren lässt. Zwischen diesen Fundamentaltheorien und den ihnen entsprechenden Gerechtigkeitsbegriffen gibt es einen ewigen Streit. Es scheint mir deshalb wenig erfolgversprechend, einen weiteren Beitrag dazu zu leisten. Angemessener und fruchtbarer erscheint es mir, diese Fundamentaltheorien als Positionen eines vertretbaren moralischen Pluralismus zu begreifen und im Folgenden zu erkunden, was man angesichts dieses Pluralismus hinsichtlich einer für alle akzeptablen Rechtsordnung noch sagen kann. Wie kann man angesichts des moralischen Pluralismus und angesichts der abweichenden Güterabwägungen – insbesondere hinsichtlich des Gutes Gesundheit – noch zu Rechten kommen, die alle für gerechtfertigt halten können?

Man könnte vermuten, dass sich hinsichtlich des Gutes einer Krankenversicherung hier kein großes Problem ergibt. Denn naheliegende Kandidaten für die Absicherung durch rechtsförmigen Schutz sind ja all die Güter, die uns besonders wichtig sind. Die Gesundheit gehört klarerweise dazu und ist also *prima facie* innerhalb jeder der Theorien im Rahmen des moralischen Pluralismus ein plausibler Kandidat für eine rechtsförmige Absicherung. Doch diese anfängliche Gemeinsamkeit trägt nicht sehr weit: Zwar ist ein rechtsförmiger Schutz des Gutes Gesundheit insofern unstrittig, als es um das Verbot von Verletzungshandlungen geht. Jeder fürchtet sich vor den Beschädigungen, die andere ihm zufügen können. Und nahezu jeder wird auch angesichts der Einschränkungen, die ihm das selbst auferlegt, die Sanktionierung von Verletzungshandlungen, befürworten, eben deshalb, weil die Zügelung der eigenen

Aggressionen weniger übel ist als das Verletztwerden oder die ständige Furcht davor. Weitaus weniger einhellig fallen jedoch die Urteile hinsichtlich des Umfangs der positiven Absicherungsintensität aus. Zwar werden die meisten die Einrichtung eines Polizeiwesens zum Schutz vor Beschädigungen durch andere befürworten. Aber schon bei der Frage, wieviele Mittel für diesen Schutz ausgegeben werden sollen, wie gut der Schutz also sein soll, werden die Meinungen auseinandergehen. Und diese Divergenzen werden noch größer sein, wenn es um die Höhe der Absicherungsintensität gegen Krankheiten geht.

Bei solchen Fragen geht es um Güterabwägungen – Gesundheit versus Kultur versus Bildung usw. Bei dieser Abwägung hilft es nichts, darauf hinzuweisen, dass Gesundheit ein transzendentes, alle anderen Güter erst ermöglichendes Gut ist. Kaum jemand wird alles Mögliche für seine Gesunderhaltung tun wollen, bevor er sich eines der anderen guten Dinge im Leben gönnt (etwa eine Urlaubsreise). Auch wenn man ggf. alle seine Ressourcen aufwenden würde, um eine eingetretene Krebserkrankung zu behandeln, daraus folgt nicht, dass man präventiv alle verfügbaren Ressourcen beiseite legen würde, um im Fall des Eintretens möglichst gut gewappnet zu sein. Diese Einschränkung gilt auch für das weite Feld präventivmedizinischer Maßnahmen wie Luftreinhaltung oder Vorsorgeuntersuchungen. Daraus, dass die Gesundheit ein transzendentes Gut ist, folgt nicht, dass ein rationaler Mensch alle verfügbaren Ressourcen für die Minimierung des Eintretensrisikos von Erkrankungen aufwenden würde. Es gibt hier keine in der Natur der rationalen Abwägung begründete absolute Priorität. Jeder muss für sich abwägen, und die Individuen werden zu verschiedenen Resultaten kommen. Deshalb ist es auch irreführend, angesichts schwer erkrankter Menschen darauf hinzuweisen, diese hätten doch einen Anspruch auf Hilfe, das ergebe sich unmittelbar aus ihrer Würde als Menschen. Natürlich werden diese Menschen sich dringend wünschen, dass ihnen geholfen wird. Aber daraus folgt eben noch nicht, dass

sie in unparteiischer Abwägung auch selbst bereit sind, die Mittel aufzubringen, die solche Hilfe ermöglichen würden.⁵

Es ist also keineswegs so, dass ein rechtsförmiger Anspruch auf Gesundheitsfürsorge zum unstittigen Kern aller plausiblen Moral- oder Rechtstheorien gehört. Bei jeder in einem Gemeinwesen für alle rechtlich verbindlichen Regelung wird es, eben weil die Güterabwägungen der Individuen voneinander abweichen, vielmehr Personen geben, die die realisierte Absicherung zu stark oder zu schwach finden. Diese Divergenzen kann man nicht rational auflösen, man kann hier nur eine zweite Reflexionsebene betreten und fragen: Wie soll ein Gemeinwesen mit solchen Divergenzen umgehen?

3.1 Individualisierung

Angsichts dieser abweichenden Beurteilungen besteht ein möglicher Ausweg darin, in dem betreffenden Lebensbereich auf eine für alle rechtsverbindliche Regelung zu verzichten. Man etabliert keine staatlich garantierten Anspruchsrechte. Jeder muss die für ihn angemessene, seinen Präferenzen entsprechende Absicherungintensität wählen. Eine Krankenversicherung wäre strukturell dann dasselbe wie eine Hausratversicherung. Deren Vorhandensein und Beschaffenheit wäre gar kein moralisch bedeutsamer Tatbestand mehr.

5 | Eben deshalb ist es auch vorschnell, aus Art. 2, Abs. 2 des GG (»Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit«) abzuleiten, dass dem Recht auf Leben positive Rechte korrespondieren und dass es einen Kernbereich der Leistungspflicht gibt, zu dem in jedem Fall alle Leistungen gehören, die möglich und erforderlich sind, um lebensbedrohliche Krankheiten zu bekämpfen. Der Artikel-Text ist vielmehr so allgemein, dass nicht einmal klar ist, ob damit überhaupt positive oder nur Unterlassungspflichten gemeint sind. Dementsprechend könnte die staatliche Schutzpflicht sich auch darin erschöpfen, aktive Angriffe auf Leben und Gesundheit zu unterbinden oder zu sanktionieren.

Eine solche Individualisierung ist allerdings nur dann moralisch akzeptabel, wenn die Rahmenbedingungen der individuellen Wahlentscheidungen moralisch akzeptabel sind. Das erfordert mindestens, dass die für die Wählenden verfügbaren Ressourcen (Einkommen, Vermögen usw.) gerecht verteilt sind. Auf der Basis des moralischen Pluralismus kann dies nun nicht mehr bedeuten, dass die Verteilung dem einen einzig wahren Verteilungsprinzip genügt. Unter den Bedingungen des moralischen Pluralismus kann die für eine Gesellschaft gültige Gerechtigkeitsnorm nur diejenige unter den plausiblen Gerechtigkeitsnormen sein, die die Mitglieder der Gesellschaft in einem Akt politischer Selbstbestimmung als für sich gültig angenommen haben. Ausgehend von einer so etablierten und realisierten Gerechtigkeitskonzeption ist eine individuelle Wahl der Absicherungsintensität aus der unparteiischen Perspektive vertretbar, weil diese Wahl eine wichtige Form der Selbstbestimmung ist und weil Selbstbestimmung sicher ein zentrales Gut in einer jeden Konzeption des guten Lebens ist – und damit ein wichtiges Element in einer jeden Moral, die das Wohl der moralischen Subjekte ernst nehmen will.⁶

Bei gerechten Ausgangsbedingungen könnte sich niemand mehr beklagen, dass er früher sterben muss, weil er sich keine bessere Versicherung leisten konnte. Solange die Ressourcen gerecht verteilt sind, mag es bedauerlich sein, dass die Ressourcen der Individuen für ein besseres Gesundheitssystem nicht ausreichen, aber dessen Fehlen ist dann kein Fall von Ungerechtigkeit, sondern einfach Ausdruck des Entwicklungsstandes einer Gesellschaft.

Bei dieser Individualisierung hinsichtlich des Umfangs der gewählten Gesundheitsfürsorge liegt eine zweiteilige Struktur vor:

Zum einen wird auf die Frage der Einkommens- oder Ressourcenverteilung direkt das Gerechtigkeitsprinzip angewandt, für das

6 | Sicher können die Individuen sich in ihren Güterabwägungen irren, aber eine staatliche Agentur zur flächendeckenden Korrektur solcher Fehler wäre vermutlich ein noch größeres Übel als die vorkommenden Fehler der Individuen.

sich eine Gesellschaft in kollektiver politischer Selbstbestimmung entschieden hat. Und zum anderen kommen hinsichtlich der Frage der medizinischen Absicherungsintensität individuelle Präferenzen zur Geltung.

Diese Zweiteilung ist aus zwei Gründen plausibel:

Erstens: Von der Universalressource Einkommen will jeder lieber mehr als weniger haben. Hier kann man gleichgerichtete Interessen bei allen unterstellen. Und das ist bei dem Gut der Absicherung eben nicht der Fall.

Zweitens: Jede Gesellschaft braucht ein Gerechtigkeitsprinzip, nach dem sie organisiert ist. Man kann nicht zugleich in demselben Bereich nach zwei verschiedenen Gerechtigkeitsprinzipien verfahren. Man kann aber sehr wohl verschiedene Absicherungsniveaus in demselben Bereich haben, ohne dass das zu Widersprüchen führt. Hier ist Pluralismus möglich. Man brauchte schon starke Gründe, ihn nicht zuzulassen.

So charmant das Modell der individuellen Wahl einer Absicherungsintensität ist, es ist mit einer Reihe von Problemen konfrontiert:

1. Heranwachsende oder dauerhaft Hilflose oder Einkommenslose sind von der Entscheidung ihrer Eltern oder von staatlichen Institutionen abhängig. Welche Versicherungsintensität dürfen oder müssen diese für ihre Schutzbefohlenen wählen?
2. Die Wahl der Absicherungsintensität kann nur dann fair sein, wenn die Ausgangsbedingungen gerecht sind. Zwischen den Individuen gibt es aber unverschuldete genetische gesundheitsrelevante Unterschiede. Auch mit diesen muss aus der unparteiischen Perspektive umgegangen werden. D.h. die Wählenden können nicht einfach von ihrer faktischen genetischen Ausstattung ausgehen, sondern müssen sich auch hier vorstellen, in jeder möglichen Lage zu sein, und dann nach einer akzeptablen Lösung suchen.
3. Gesundheit ist partiell ein kollektives Gut. Wenn viele sich aus Kostengründen etwa gegen Schutzimpfungen oder andere Maß-

nahmen zur Bekämpfung infektiöser Krankheiten entscheiden, dann erhöht das die Risiken auch derer, die solche Maßnahmen befürworten und ggf. auch individuell realisieren. Und umgekehrt würden Nicht-Impfer als Trittbrettfahrer von einer Majorität von Impfern profitieren.

4. Die Auswirkungen des Systems der Gesundheitsfürsorge auf andere Lebensbereiche müssen berücksichtigt werden. So könnten Un- oder Unterversicherte im Notfall zu kriminellen Verhalten neigen (Beschaffungskriminalität). Sie haben dann ›nichts mehr zu verlieren‹ und werden zur Gefahr für andere.

Diese Probleme rechtfertigen und erfordern auch bei gerechter Ressourcenverteilung einen gewissen staatlich bestimmten Ordnungsrahmen im Gesundheitswesen.

Ich werde auf diese Probleme hier nicht weiter eingehen. Sie sind zwar ernsthaft, aber eben nur die Probleme einer moralisch-rechtlichen Ideallösung. Von dieser ist jedoch unsere reale gesellschaftliche Situation in einer Weise verschieden, die andere und dringendere Probleme heraufbeschwört: In unserer Gesellschaft ist die Ausgangsposition der Individuen durch ungerechtfertigte ökonomische Ungleichheiten gekennzeichnet. Kaum jemand hält die Ressourcenverteilung in Deutschland für gerecht. Die Einkommensspreizung bei abhängig Beschäftigten etwa hat eine Größenordnung von 1:660. Wenn die große Mehrheit der Bürger die Vermögensverteilung aber als ungerecht beurteilt, dann sind individuelle Entscheidungen über die gewünschte Absicherungsintensität moralisch defizitär, weil die Ausgangsbasis der individuellen Abwägungen auf ungerechtfertigte Weise ungleich ist. Hier würde bei einer von den individuellen Ressourcen bestimmten Wahl der Versicherungsintensität der Fall eintreten, dass Arme ggf. auch wegen ihrer Armut früher sterben müssen. Es stand ihnen eben nicht frei, eine bessere Absicherungsintensität zu wählen.

Wenn man das für einen moralisch anstößigen Sachverhalt hält, dann ist die für unsere Gesellschaft dringendste Frage: Durch welche Regelungen könnte trotz dieser Anfangsungerechtigkeit we-

nigstens hinsichtlich der medizinischen Versorgung ein moralisch akzeptables Resultat erreicht werden? Die folgenden Strategien erscheinen erwägenswert:

3.2 Second-best-Strategien

Im Folgenden möchte ich nun drei Ansätze diskutieren, die Lösungsversuche innerhalb der genannten Rahmenungerechtigkeit darstellen und insofern als mögliche *Second-best*-Strategien zu verstehen sind.

1. Die Absicherungsintensität bzw. das Gesamtbudget für medizinische Leistungen wird politisch und für alle bindend rechtsförmig bestimmt. Personen, die eine stärkere Absicherung vorziehen und die Ressourcen zu deren Finanzierung haben, dürften sich dann nicht individuell besser absichern.

Das würde zwar in Hinsicht auf Krankheit und Tod alle gleichstellen, es würde aber zugleich die Individuen in ihrer Selbstbestimmung stark beschneiden. Sie dürfen sich nicht besser absichern als es kollektiv bestimmt wurde. Eine so gravierende Beschneidung der Selbstbestimmung ist aber allenfalls dann vertretbar, wenn sich keine weniger dirigistischen Modelle entwickeln lassen. Ein solcher Dirigismus würde unter heutigen Bedingungen zudem zu einem Krankentourismus der Bessergestellten ins Ausland führen. D.h. der beabsichtigte Effekt, die Herstellung einer Gleichheit vor Krankheit und Tod, ist auf diese Weise nicht erreichbar.

Und umgekehrt würden auch diejenigen, die eine schwächere Absicherung als die gesetzlich vorgeschriebene vorziehen, ein Problem mit der ihnen aufgenötigten Absicherungsintensität haben.

2. *Eine Absicherungsintensität wird politisch-gesetzlich festgelegt und für alle garantiert. Die Individuen dürfen sich darüber hinaus zusätzlich versichern, wenn sie das wünschen und können.*

Bei dieser Variante treten jedoch zwei Probleme auf:

Erstens: Wie soll der Umfang der gesetzlichen Basis-Versicherung bestimmt werden? Man könnte diese auf eine Erhaltung und Wiederherstellung der biologischen Kernfunktionalitäten beschränken wollen (vgl. Kersting 2005, S. 148f.). Aber diese Beschränkung löst das zentrale Problem nicht. Denn auch angesichts der Kernfunktionen stellt sich für den Gesetzgeber die Frage, wieviele Ressourcen er zu deren Erhaltung aufwenden soll. Man könnte einräumen, dass es hier gar keine moralisch richtige Entscheidung mehr gibt, dass im politischen Prozeß lediglich die Güterabwägungen einer Mehrheit in Gesetzesform gebracht werden. Aber dann bleibt man mit dem zweiten Problem konfrontiert.

Zweitens: In diesem Modell kann und wird oberhalb des Levels der gesetzlichen Basis-Absicherung das Phänomen auftreten, dass jemand früher sterben muss, weil er sich weitergehende Absicherungen infolge von ungerechtfertigten Vermögensungleichheiten nicht leisten konnte. Und die so verursachte Ungleichheit wird wiederum als Ungerechtigkeit empfunden.

Dieses Modell beschreibt unsere Realität. Wir befinden uns in dieser Situation, obwohl die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches jedem lebensbedrohlich Erkrankten alle Behandlungen zustehen, bei denen eine »nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung« besteht (SGB V, § 2, Abs. [1] und [1a]; vgl dazu auch den Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005). Eine Beschränkung des Leistungsanspruchs ergibt sich gleichwohl daraus, dass alle zu erbringenden Leistungen unter dem Vorbehalt der Wirtschaftlichkeit stehen (SGB, V, § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot). Es hängt deshalb alles davon ab, ob eine lebensverlängernde oder die Lebensqualität verbessernde Maßnahme als wirtschaftlich eingestuft worden ist oder nicht. Diese Einstufung wird zwischen den im Gesundheitswesen arbeitenden Verbänden ausgehandelt und ggf. auch vom behandelnden Arzt oder dem Klinikdirektor vorgenommen. Auf diesen

Ebenen findet *de facto* eine vor den Patienten verborgene Priorisierung und Rationierung von Leistungen statt. Wer es sich leisten kann, kann zusätzlich die medizinischen Leistungen kaufen, deren Erfolgswahrscheinlichkeit oder Bedeutung zu gering war, um zu ihrer Anerkennung als »wirtschaftlich« zu führen. Eine zweite Form der Leistungsrationierung ergibt sich daraus, dass etliche hochqualifizierte Ärzte Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entweder gar nicht behandeln oder nur einen unverhältnismäßig kleinen Teil ihrer Arbeitszeit auf deren Behandlung verwenden. Dabei ist nicht gewährleistet, dass die schwierigsten Fälle zu den kompetentesten Behandlern gelangen. Es hat dabei keineswegs jeder die gleiche Chance, ein und dieselbe Krankheit zu überleben.

Diese Probleme sollten uns, da wir ja nicht alle verfügbaren Ressourcen in das Gesundheitswesen investieren wollen, geneigt machen, nach einer gerechteren Form der Leistungsbegrenzung zu suchen.

3. Bei dieser Form der Leistungsbegrenzung werden zuerst moralisch akzeptable Absicherungs-Grenzwerte ermittelt. Als Grenzwerte fungieren dabei zwei Absicherungsintensitäten, die individuell bei gerechter Ressourcenverteilung gewählt werden könnten. Die gerechte Verteilung, auf die sich die nachfolgend definierten Grenzwerte beziehen sollen, meint hier wiederum diejenige grundlegende Verteilungsordnung, die die Mitglieder einer Gesellschaft politisch für sich angenommen haben.

Der erste Grenzwert entspricht dann derjenigen individuell gewählten (und kollektiv realisierbaren) Absicherungsintensität, die bei gerechter Ressourcenverteilung für die am besten Dastehenden maximal erreichbar wäre. Dieser Wert dient dazu, die Grenze der Höherversicherungserlaubnis in einer Gesellschaft mit ungerechter Einkommensverteilung zu bestimmen. Ein Höherversicherungsverbot über diesen Wert hinaus beschränkt zwar die Selbstbestimmung der Individuen, es beschränkt sie aber nicht auf eine moralisch unzulässige Weise, weil auch für die höherversicherungswilligen heutigen Reichen unter gerechten Ausgangsbedingungen keine bessere Absicherung erreichbar wäre. Das Verbot einer bes-

seren Absicherung ist moralisch vertretbar, weil es keinen berechtigten Anspruch gibt, von Ungerechtigkeit profitieren zu können.⁷

Der zweite Grenzwert entspricht derjenigen Absicherungsintensität, die von den Beziehern des innerhalb des Gerechtigkeitspektrums geringstmöglichen Einkommens maximal realisiert werden könnte.⁸ Dieser Wert dient dazu, die Versicherungsintensität zu bestimmen, die für jeden Staatsbürger gewährleistet sein muss. Es könnte sich dann niemand beklagen, dass er zu gering versichert ist, weil diese Versicherungsintensität eine ist, die auch unter gerechten Verteilungsbedingungen für viele nicht zu verbessern wäre.

Auch diese dritte *Second-best*-Strategie ist mit erheblichen empirischen und philosophischen Problemen konfrontiert:

Zum einen müsste geklärt werden, wie die genannten Grenzwerte bestimmt werden können. Hierzu müsste man zwei Größen kennen: Man müsste a) wissen, für welches Gerechtigkeitsprinzip sich die Bürger eines Staates in freier politischer Selbstbestimmung entscheiden würden. Und man müsste b) wissen, wieviel Prozent der Versicherten unter gerechten Bedingungen wieviel Prozent ihres Einkommens für noch zu spezifizierende medizinische Leistungen ausgeben würden.

Beide Fragen sind empirischer Natur und also philosophisch nicht zu klären. Die Ursache der weitverbreiteten Unzufriedenheit mit dem Zustand unserer Gesellschaft besteht aber genau darin, dass die Frage der Einkommensgerechtigkeit nicht umfassend gestellt wird. Es gibt eine weitgehend einhellige Empörung über die

7 | Natürlich würde es auch bei diesem Höherversicherungsverbot zu einem Krankentourismus der Vermögenderen kommen. Aber der könnte dann nicht mehr – wie unter 1. – als moralisch legitime Reaktion auf eine willkürliche Grenzziehung des Gesetzgebers verteidigt werden.

8 | Mit dem, was jemand tun könnte, können unter moralischer Betrachtung natürlich nur solche Optionen gemeint sein, die jemand realisieren könnte, ohne dafür etwas auf sich zu nehmen, das seinerseits moralisch bedenklich wäre – etwa das Wohnen in einer Wellblechhütte, einen 14-Stunden Arbeitstag oder den Verzicht auf Kinder.

Höhe von Managergehältern, aber keine klare Vorstellung davon, ab wann ein Gehalt moralisch anstößig ist. Und dasselbe gilt für die geringsten Einkommen. Es gibt einen recht breiten politischen Konsens über Mindesteinkommen. Aber ob die so bestimmten Einkommen auch gerecht sind, ist damit nicht beantwortet. Und eben weil die Frage nach der Gerechtigkeit in der nötigen Klarheit weder gestellt noch beantwortet wird, wird allen Bürgern zum Trost und zur Ruhigstellung die Partizipation an einer staatlich garantierten Basisversicherung geboten. Aber diese Basisabsicherung verliert ihre sedierende Wirkung, je mehr deren Leistungsumfang schrumpft und je offenkundiger die Unterschiede zwischen Basisversorgung und medizinisch sinnvoller Vollversorgung zutage treten. Wir sind Zeugen eines Prozesses, in dem die basale Ungerechtigkeit der Gesellschaft in immer mehr Bereiche des Lebens ausstrahlt – in den Zugang zu medizinischen Leistungen ebenso wie in den Zugang zu guten Schulen und Universitäten. In den USA werden mittlerweile den Vermögenden in privat betriebenen Gefängnissen bessere Zellen gegen Bezahlung angeboten.

Zum anderen wäre auch zu klären, anhand welcher Spezifikationskategorien Personen über die von ihnen bevorzugte Absicherungsintensität überhaupt nachdenken könnten. Man müsste dazu wissen, welche Verbesserung einer Erkrankungssituation mit wieviel zusätzlichen Ressourcen erreichbar wäre. Das sind sehr komplexe und stets sich neu herstellende Konstellationen.⁹ Würde man etwa den Einsatz eines neuen Medikaments finanzieren wollen, das X Euro kostet und das Leben der damit Behandelten um Y Monate verlängert oder auf die-und-die Weise verbessert? Für diese Entscheidungen kann man vermutlich nur eine für alle vorkommenden Fälle gültige Kosten-Nutzen-Relation (KNR) als Grenzwert festlegen.¹⁰ (Etwa: Man ist bereit, sich für Leistungen zu versichern,

9 | Vergleiche die in diesem Band geschilderten Versuche Berechnungsformeln zu entwickeln.

10 | Hier entsteht jedoch das Problem, den »Nutzen« genau zu definieren. Die in der Debatte verwendeten Größen wie QALY, DALY, HYE usw. bilden

bei denen die Kosten für jeden gewonnenen Lebenstag nicht höher sind als 100 Euro.) Zugleich wird man aber eine Vorstellung davon haben, wieviel Prozent seines Einkommens man insgesamt für medizinische Absicherungen ausgeben will. Die Entscheidung wird durch eine schwer analysierbare Interferenz dieser beiden Perspektiven erfolgen:

- Weder wird man sagen »Ich will mich für alle Leistungen versichern, bei denen die KNR nicht größer ist als X« – ohne zu wissen, wieviel Prozent des Einkommens diese Versicherung verbrauchen würde.
- Noch wird man einfach sagen können »Ich bin bereit, Y Prozent meines Einkommens für die Krankenversicherung zu investieren« – ohne zu wissen, welche Optionen (mit welchen KNR) man damit preisgibt.

Schließlich müsste, drittens, geklärt werden, in welchem Umfang es möglich ist, Krankheiten als selbstverschuldet zu identifizieren. Daran schließt sich die Frage an, inwieweit es sinnvoll ist, die Behandlung dieser Krankheiten aus dem allgemeinen Versicherungskatalog herauszunehmen und evtl. durch Zusatzversicherungen versicherbar zu machen.

Viertens ist zu fragen, wie die Versicherungen finanziert werden? Hier muss man berücksichtigen, dass – voraussetzungsgemäß – die Beiträge heute unter insgesamt ungerechten Verteilungsbedingungen zu erbringen sind. Es wäre deshalb legitim, wenn eine Regierung diese Ungerechtigkeit durch einkommensrelative Beiträge so weit wie möglich (d.h. politisch durchsetzbar) zu mildern versucht. Hier wäre, wie bei der Steuer, auch eine prozentuale Progression vertretbar. Die Beiträge zur Krankenversicherung würden so ein Instrument gerechtfertigter Umverteilung. Dagegen ist die heute etablierte Beitrags-Kappungsgrenze mit Sicherheit ein Ver-

jeweils ein anderes Nutzen-Verständnis ab und sind umstritten. Die Forderung einer KNR ist daher wesentlich komplexer.

stoß gegen jedes Prinzip der Einkommensverteilung, das realistisch von einer Mehrheit der Bevölkerung als gerecht anerkannt werden würde.

Und letztlich wäre zu klären, was mit Individuen ist, die unter gerechten Rahmenbedingungen eine geringere Versicherungsintensität als den unteren Grenzwert wählen würden. Denen würde selbst mit der Versicherung zum unteren Grenzwert eine Absicherungsintensität aufgenötigt, die nicht ihren Präferenzen entspricht. Dürfen die sich schlechter versichern? Ich denke, das sollte in den Grenzen eines vertretbaren Paternalismus, der eine solche Unterversicherung notfalls verhindern könnte, möglich sein. Vertretbar ist ein Paternalismus, der a) erfahrungsbasiert Individuen vor Situationen des Bereuens schützt (»Jetzt, wo ich krank bin und nicht besser behandelt werde, kann ich erst einschätzen, was im Leben wirklich wichtig ist. Ich wollte, ich hätte mich besser versichert.«), der b) vorhersehbare Externalitäten (Kriminalität usw.) verhindert und der c) die Unterschreitung des Grenzwertes nur mündigen Bürgern erlaubt. Heranwachsende und geistig Behinderte sind zum unteren Grenzwert zu versichern.

4. FAZIT

Mal angenommen, das Grenzwert-Modell (mit einem Unter- und einem Obergrenzwert) ist handhabbar, dann kann man mit seiner Hilfe die untere und für jeden Staatsbürger zu garantierende Versicherungsintensität bestimmen. Dieser Intensität würde eine bestimmte Kosten-Nutzen-Relation entsprechen. Die Finanzierung dieser Absicherung dürfte der Staat – unter Berücksichtigung der gerade erwähnten Ausnahmen und Beitragsstaffelungen – jedem Bürger auferlegen. Das erlaubt zugleich die Bestimmung der moralisch notwendigen Zuschüsse des Gesetzgebers an Personen, die diese Absicherungsintensität heute mit eigenen Mitteln nicht erreichen können. Die dann ebenfalls mögliche Bestimmung der höchsten Absicherungsintensität – sowie der korrespondierenden KNR

– bestimmt schließlich den Rahmen, innerhalb dessen die Individuen ihre Versicherungsform wählen dürfen. Das wäre eine Verbesserung gegenüber einer nur von Machtverhältnissen oder Intuitionen gesteuerten politischen Bestimmung des Budgets. Es bliebe eine umständliche *Second-best*-Strategie und zudem eine lediglich lokale Verminderung der Ungerechtigkeit in einer hinsichtlich ihrer Ressourcenverteilung ungerechten Gesellschaft. Aber solange eine durchgreifende Verminderung der gesamtgesellschaftlichen Ungerechtigkeit nicht erreicht ist, bleibt diese Organisation des Krankenversicherungswesens die einzige Form, um jedem Bürger eine faire Selbstbestimmung hinsichtlich der Frage zu ermöglichen, wie er sich gegen solche Bedrohungen seines Lebens schützen will.

In diesem System wird es – ebenso wie in einer Krankenversicherung in gerechten Rahmenbedingungen – drei Formen von Ratio- nierung geben:

1. Leistungen mit KNRs, die den oberen Grenzwert übersteigen, werden gar nicht angeboten, auch wenn sie technisch oder pharmakologisch möglich wären. Solche KNR-Limitierungen werden zugleich steuernd auf die Medizinforschung wirken. Es ist für gewinnorientierte Unternehmen sinnlos, Therapiemöglichkeiten zu erforschen, von denen erkennbar ist, dass niemand sie wird bezahlen wollen.

2. Die Versicherten erhalten über die Basisabsicherung hinaus lediglich jene Leistungen, die zum Leistungsangebot der von ihnen gewählten Versicherung gehören.

3. Es darf Versicherungen geben, die die jeweils angebotenen Leistungen nicht denen zur Verfügung stellt, bei denen die KNR altersbedingt einen bestimmten Wert überschreitet. Aus der Perspektive der Individuen kann es eine akzeptable Altersdiskriminierung geben, denn viele werden ihre Ressourcen eben primär für Absicherungen verwenden wollen, von denen sie im Ernstfall länger profitieren würden.¹¹ Es ist für viele zentrale Lebensprojekte (Kinder großziehen, berufliche Entwicklung) zudem sehr viel wichtiger,

11 | Vgl. auch die Überlegungen von Norman Daniels (1985).

überhaupt ein Alter von 60 zu erreichen, als gegen Krankheiten versichert zu sein, die einen erst mit 70 Jahren treffen können.

All diese Abwägungen zur Wahl der gewünschten Versicherungsintensität sind für die Versicherungssuchenden sehr kompliziert. Wer kann sich schon vorstellen, wie schlimm es ist, mit 30, 40 oder 60 Jahren an Magenkrebs zu erkranken und dann abwägen, was er zur Finanzierung welcher der möglichen Therapien jeweils aufzuwenden bereit wäre? Die allgemeine Form solcher Fragen wäre: Was ist die für mich richtige Vorsorge für eine Krankheit mit der Beschädigungsqualität X, die mich mit einer Wahrscheinlichkeit von Y Prozent heimsuchen kann. Bei Lichte besehen überfordern solche Fragen jeden. Wir können nur mit vagen Intuitionen operieren. Das ist unbefriedigend, aber was ist die Alternative zur individuellen Wahl? Sollen die Rationierungsentscheidungen nach dem Kriterium der sogenannten Wirtschaftlichkeit weiterhin von angeblichen Experten hinter verschlossenen Türen ausgehandelt und für alle verbindlich gemacht werden? Wissen die denn besser, was in meinem, in unserem Interesse ist? Das steht nicht zu vermuten. Wie sollten sie es auch besser wissen können? So bleibt uns die Qual der individuellen Wahl nicht erspart – eine Wahl bei unvollständigem Wissen und mit unzureichenden kognitiven Fähigkeiten. Wie meistens im Leben.

Eine solche Umgestaltung des Gesundheitswesens wird vermutlich auf ähnlich starke Widerstände stoßen wie jeder ernsthafte Versuch, die Verteilungsungerechtigkeit zu beseitigen. Dies vor allem deshalb, weil mit dem hier vorgeschlagenen Modell eine Umkehrung der Perspektive verbunden ist. Es ginge nicht länger an, dass sich Experten fragen, wie ein Gesundheitsbudget an die Bürger verteilt werden soll. Vielmehr wären nun die Bürger selbst die bestimmende Kraft. Die Bürger, die sich individuell fragen müssten, wieviel sie für welche Art von medizinischer Dienstleistung auszugeben bereit sind. Bürger, die im selben Atemzug einsehen müssten, dass sie sich nicht auf ein irgendwie gegebenes Recht auf Gesundheitsfürsorge berufen können, sondern nur auf eine von ih-

nen selbst ins Leben gerufene und finanzierte Absicherung gegen elementare Risiken. Abhängig von diesen Entscheidungen müssten Ärzte und Pharmafirmen ihre Angebote strukturieren und begrenzen. Dabei brauchte sich niemand mehr moralisch zu empören oder zu grämen, wenn er eine durchaus mögliche Leistung nicht erhält oder erbringt, weil die (zu diesem Preis) entweder niemand oder die Mitglieder bestimmter Versicherungsklassen nicht haben wollen. Solche Bürger müssten sich auch mit den folgenden drei Problemen beschäftigen, zu deren Lösung ich hier nur noch ein paar Anregungen geben möchte:

Erstens: Eine Gesellschaft muss sich – im Idealfall durch demokratische Deliberation – auf ein Aggregationsprinzip oder auf eine Kombination derselben festlegen. Warum soll sie dann nicht diesem Prinzip entsprechend auch hinsichtlich der medizinischen Fürsorge eine für alle verbindliche Absicherungsintensität politisch festlegen?¹²

Angenommen, eine Gesellschaft hat sich mit 90-prozentiger Mehrheit für die Akzeptanz des Maximin-Prinzips entschieden, wäre es dann nicht konsequent, wenn sie auch den Medizinsektor nach diesem Prinzip organisierte? Das würde im Fall des Maximin-

12 | Wenn man die Mittelverteilung im Gesundheitswesen direkt von den möglichen Moralprinzipien abhängig macht, gilt: Eine Rationierung ist nur legitim, wenn sie sich von dem in einer Gesellschaft anerkannten Aggregationsprinzip her rechtfertigen lässt. Für das utilitaristische Aggregationsprinzip liegt die Orientierung an der Gesamtsumme der QALYs nahe. Bei der Orientierung an Gleichheit stellt sich die Frage, ob eine Gleichheit hinsichtlich des durch medizinische Maßnahmen Hinzuzugewinnenden oder hinsichtlich des durch die Maßnahmen hergestellten Endzustandes gemeint ist. Beim Optimierungsprinzip geht es um die bestmögliche Einrichtung der schlechtestmöglichen Position. Das wird zu einer Priorisierung von Maßnahmen führen, die das Leben junger Menschen verlängern oder verbessern. Dabei müsste man ggf. große Nutzenverluste bei bereits (von Natur) Bessergestellten in Kauf nehmen (Therapie von Beta Thalassämie bei wenigen versus Therapie von Prostatakrebs bei vielen).

Prinzips etwa dazu führen, dass Krankheiten, die Menschen in jungen Jahren töten können – etwa Beta-Thalassämie –, prioritär erforscht und behandelt werden und zwar auch dann, wenn daran nur wenige erkranken und die Behandlung vergleichsweise sehr teuer ist. Das würde sich aus dem Maximin-Prinzip ergeben, weil die in jungen Jahren von einer Krankheit Getöteten eben zu den Schlechtestgestellten gehören – sie werden unbehandelt mehr verlieren als jeder verlieren kann, der schon das Erwachsenenalter erreicht hat.

Das scheint jedoch eine verkürzte Perspektive zu sein. Es wird der moralischen Perspektive nicht gerecht, wenn man den Leidenden nur im Leidenszeitpunkt betrachtet. Man muss die Individuen vielmehr in ihrem Bezug auf ihr Leben als Ganzes wahrnehmen. D.h. man muss sie zuerst fragen, wieviel Schutz vor den bekannten Lebensrisiken sie denn haben wollen, d.h. mit welcher Absicherungsintensität sie meinen, so gut wie möglich dazustehen. Die Individuen müssen selbst entscheiden, mit Inkaufnahme welcher ggf. auch genetisch bedingten Lebensrisiken sie insgesamt am besten leben. Ein Staat, der mit Steuergeldern weitere Verbesserungen würde herbeiführen wollen, täte gar nicht mehr das, was im Interesse seiner Bürger ist. Auch wenn die Bürger eine Gerechtigkeitsvorstellung politisch akzeptiert haben, ist damit noch nicht entschieden, welche Güterordnung und damit auch welche Absicherungsintensität sie als für sich optimal befürworten. Auch innerhalb eines jeden Aggregationsprinzips gibt es noch die individuell divergierenden Gütergewichtungen.

Dem allgemeinen Gerechtigkeits-Prinzip der Gesellschaft tut der Staat dadurch genüge, dass er die Schlechtestgestellten hinsichtlich der Universalressource Geld so gut wie möglich stellt. Und auf dieser Basis haben die Individuen dann Entscheidungen über Absicherungsintensitäten getroffen, bei denen auch solche seltenen Krankheiten berücksichtigt werden konnten.

Zweitens: Wie geht man mit angeborenen Erkrankungen oder Risikofaktoren um? Diese Erkrankungsrisiken und deren Behandlungskosten sind bei der Wahl der Versicherungsintensität mit

zu berücksichtigen. Man muss sich ja dabei auch zu der Tatsache verhalten, dass einen diese Krankheit treffen könnte. Idealerweise müssten die Individuen ihre Entscheidung hinsichtlich der Absicherungsintensität unparteiisch, also ohne Kenntnis ihrer realen gesundheitlichen Konstitution treffen. Das ist natürlich nicht vollständig möglich. In dem Alter, in dem man rational über die Art der Krankenversicherung nachdenken kann, weiß man bereits eine Menge über die eigene Konstitution. Wenn es den Versicherern erlaubt wäre, nach solchen Daten zu fragen und denen entsprechend ein Versicherungsangebot zu kalkulieren, dann würden Personen ggf. lebenslang für ihre Natur bestraft oder belohnt. Das würde man aus einer moralisch-unparteiischen Perspektive nicht gutheißen. Dieses Problem lässt sich dadurch vermeiden, dass alle wählbaren Versicherungspakete die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung erkennbaren Erkrankungen enthalten und zu einem Tarif versichern müssen, der ihrer statistischen Häufigkeit entspricht.

Drittens: Führt das nicht zu einer inakzeptablen Diskriminierung infolge von Seltenheit? Zur Behandlung seltener Krankheiten wird von gewinnorientierten Unternehmen naturgemäß wenig geforscht. So bleibt manches unbehandelbar, was vermutlich behandelbar wäre, wenn es nur mehr Erkrankte gäbe. Und selbst wenn eine Behandlung möglich wäre, könnte diese infolge der geringen Zahl der Fälle pro Kopf sehr teuer werden (kleine Produktionscharakteren usw.). Dieser Umstand könnte die Behandlungskosten über den ansonsten akzeptierten KNR-Wert treiben, so dass die Behandlung nicht versicherbar wäre und also unterbliebe. Ist das akzeptabel oder nicht? Auch diese Frage müsste aus der unparteiischen Perspektive entschieden werden. Aus dieser Perspektive würde man vermutlich befürworten, dass niemand höhere Gesundheitskosten infolge von (*genetic*) *bad luck* tragen muss. D.h. man könnte sich für die ggf. anfallenden Behandlungskosten versichern (oder eben auch nicht), aber aus den Kosten müsste zuvor die Verteuerung infolge von Seltenheit herausgerechnet und der Zusatzbetrag staatlich getragen werden.

ZITIERTE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Ach, J.S.; Schöne-Seifert, B.; Buyx, A.M. (Hg.) (2006): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Münster: Mentis.
- Beckmann, J.P. (2009): *Ethische Herausforderungen der modernen Medizin*. Freiburg: Alber.
- Buddha (1993): *Reden des Buddha*. Stuttgart: Reclam.
- Daniels, N. (1985): *Just Health Care*. Cambridge: University Press.
- Dworkin, R. (1981): What is Equality? Part 2: Equality of Resources. *Philosophy and Public Affairs* 10: 283-345.
- Gethmann-Siefert, A.; Thiele, F. (Hg.) (2008): *Ökonomie und Medizinethik*. München: Wilhelm Fink.
- Kersting, W. (2005): *Kritik der Gleichheit*. Weilerswist-Metternich: Velbrück.
- Lübbe, W. (Hg.) (2003): *Tödliche Entscheidung. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen*. Münster: Mentis.
- Marckmann, G.; Lienen, P.; Wiesing, U. (Hg.) (2003): *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sass, H.M. (Hg.) (1994): *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam.
- Schöne-Seifert, B. (2007): *Grundlagen der Medizinethik*. Stuttgart: Kröner.
- Wallner, J. (2004): *Ethik im Gesundheitssystem*. Stuttgart: UTB.
- Wiesing, U.; Ach, J.S.; Bormuth, M. (Hg.) (2000): *Ethik in der Medizin. Ein Reader*. Stuttgart: Reclam.

