

**Thomas Bohrmann**

**Steht unser Gesundheitswesen auf gesunden Beinen?**

Bereits seit Jahren sind im deutschen Gesundheitswesen unterschiedliche Reformbemühungen zu beobachten, die versuchen, die hohen Kosten der medizinischen Versorgung zu dämpfen. So notwendig die Kostenreduzierung auch ist, sie darf zentrale ethische Perspektiven nicht ausblenden. In diesem Sinne möchte der folgende Beitrag grundlegende Orientierungen für zukünftige Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitswesen geben.

## **Was heißt Gesundheit?**

Jeder Mensch möchte gesund sein und diesen Zustand möglichst lange erhalten. Gesundheit drückt eine existentielle Grunderfahrung aus, in der der Mensch seine Freiheit und Weltoffenheit unmittelbar spürt. Während im Gesundheitsbegriff eine Positiverfahrung zum Ausdruck gebracht wird, umschreibt sein Gegenbegriff eine Negativerfahrung. Krankheit ist ein physisch-psychischer Zustand, bei dem die Funktionalität des menschlichen Organismus in einer wie auch immer gearteten Weise eingeschränkt ist und sich der Erkrankte in seinem Wohlbefinden merklich gestört fühlt. Viele Menschen sorgen sich aber erst dann um ihre individuelle Gesundheit, wenn sie krank sind, das heißt, wenn sie ihre Gesundheit eingebüßt haben. Eine solche Perspektive, die die Krankheit weitgehend aus dem menschlichen Alltag ausklammert, hat zur Folge, dass innerhalb der Diskussion um Gesundheit und das Gesundheitswesen der wichtige Bereich der Prävention aus dem Blickwinkel gerät.

In der oft zitierten Gesundheitsdefinition der *World Health Organization* (WHO) kommt ein idealistisch-utopisches Verständnis von Gesundheit zum Ausdruck: „Gesundheit ist der Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“<sup>1</sup> Positiv zu bewerten ist an dieser Definition, dass Gesundheit auch eine soziale Dimension hat und nicht nur auf das Fehlen von Krankheit reduziert wird. Soziale Einflüsse (z. B. ökonomische Situation, Wohnverhältnisse, Verkehrssicherheit, Umweltqualität, Arbeitsbedingungen, Hygienebedingungen, soziale Integration, Lebensform, Freizeit- und Konsumverhalten, Lebensqualität) und die strukturelle Ordnung des Gesundheitswesens (z. B. Versorgungsqualität, Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen) tragen maßgeblich zum Gesundheitszustand, und damit zum Glücks- und Wohlbefinden eines Individuums bei. Negativ zu bewerten ist an dieser Begriffsbestimmung allerdings, dass in ihr ein Vollkommenheitsanspruch zum Ausdruck gebracht wird, der unrealistisch ist. Eine derartige Definition übersieht,

dass jeder Mensch von körperlicher und seelischer Krankheit befallen werden kann. Deshalb führt eine solche Gesundheitsbestimmung zu Illusionen und fördert zudem individuelle Anspruchs- und Erwartungshaltungen, die im Blick auf begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen nicht zu realisieren sind. Nach dieser Begriffserklärung ist Gesundheit kein fundamentales Gut, sondern wird mit dem höchsten Gut im Sinne eines vollkommen gelingenden und glückenden Lebens gleichgesetzt. Nur ein gesundes Leben wäre folglich ein geglücktes Leben. Eine solche Sichtweise blendet die prinzipielle Leidensmöglichkeit und Leidensfähigkeit des Menschen aus. Krankheit und Leid gehören zum menschlichen Leben. Hinzu kommt, dass kein Gesundheitswesen den Schmerz gänzlich beseitigen, alle Krankheiten völlig ausmerzen und den Tod endgültig besiegen kann.

Gesundheit ist demnach zwar ein *fundamentales Gut*, ohne das die autonome Führung eines gelingenden Lebens und die gesellschaftliche Partizipation erschwert werden. Gesundheit darf aber nicht als das *höchste Gut* des Menschen missverstanden werden, denn sonst könnten Kranke kein sinnvolles Leben mehr führen. Auch das modernste Gesundheitswesen kann den Menschen kein Heil versprechen, aber im Rahmen der medizinischen Möglichkeiten Krankheiten und damit menschliches Leiden mindern.

## **Grundfragen einer Ethik des Gesundheitswesens**

Eine sozialetische Reflexion über das Gesundheitswesen muss bei der Struktur des Gesundheitssystems ansetzen, um die dort vorherrschenden Funktionsabläufe verstehen und die jeweiligen Handlungsakteure benennen zu können. In Deutschland besteht das Gesundheitswesen aus einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure und Institutionen, die das Ziel haben, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen. Eine strukturelle Analyse des Gesundheitswesens bezieht sich dementsprechend auf drei unterschiedliche Steuerungskomponenten: (1) *Gesundheitssicherung*, (2) *Gesundheitsversorgung* mit Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgütern und (3) *Gesundheitspolitik*.<sup>2</sup>

- Die *Gesundheitssicherung* hat die Aufgabe, Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen zu finanzieren, die zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger notwendig sind (Krankenversicherung).

- Die *Gesundheitsversorgung* hat die Aufgabe, Gesundheitsgüter bereitzustellen und Gesundheitsleistungen zu erbringen (Hausärzte, ambulante und stationäre Versorgung im Krankenhaus, pharmazeutische Industrie).
- Die Aufgabe der *Gesundheitspolitik* ist es, die Gesundheitssicherung und die Gesundheitsversorgung zu ordnen. Dabei sind der Schutz, die Erhaltung, die Besserung und die Wiederherstellung der Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger in möglichst umfassender Weise zu gewährleisten.

Mit den Akteuren der *Gesundheitssicherung*, der *Gesundheitsversorgung* und der *Gesundheitspolitik* sind zugleich auch die Verantwortungsträger für das Gesundheitswesen benannt, die mit ihren Entscheidungen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bestimmen. Die drei Bereiche sind eng miteinander verbunden und bilden in ihrer systemischen Verzahnung ein Kreislaufmodell: Die Versicherten (und die Arbeitgeber im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) zahlen an die Gesundheitssicherung Beiträge. Das System der Gesundheitssicherung finanziert daraus die Kosten für die Gesundheitsversorgung. Die Akteure der Gesundheitsversorgung erbringen die Dienstleistungen und liefern die Gesundheitsgüter für die Versicherten. Schließlich wird durch die Gesundheitspolitik der Ordnungsrahmen aller Akteure im Gesundheitswesen gesetzt. So bestimmt etwa die Gesundheitspolitik, wie und durch welche Beitragsform die Krankenversicherung finanziert wird.

Anhand dieser drei Bereiche lassen sich die zentralen Problemfelder für die ethische Reflexion des Gesundheitswesens benennen: Eine *Ethik der Gesundheitssicherung* beschäftigt sich u. a. mit der Struktur des Versicherungsmodells und den damit verbundenen komplexen Fragestellungen der Finanzierung der Güter und Leistungen. Eine *Ethik der Gesundheitsversorgung* befasst sich, was die Versorgung mit Gesundheitsleistungen anbelangt, mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis und den strukturellen Abläufen innerhalb der ambulanten und stationären Versorgung. Dabei ist die freie Arztwahl ein Vorzug unseres freiheitlichen Gesundheitswesens, bei dem dem Einzelnen nicht vorgeschrieben wird, zu welchem Arzt er gehen muss. Darüber hinaus beschäftigt sich eine Ethik der Gesundheitsversorgung mit den unterschiedlichen Akteuren der Erbringung und Verteilung von Gesundheitsgütern (z. B. Arzneimitteln). Eine *Ethik der Gesundheitspolitik* reflektiert unter sozialetischen Prinzipien die grundsätzliche Ordnung des Gesundheitswesens und hat somit direk-

ten Einfluss auf die Gesundheitssicherung und die Gesundheitsversorgung.

### **Gibt es ein „Recht auf Gesundheit“?**

Eine Ethik des Gesundheitswesens hat grundlegend die Frage zu beantworten, ob es ein „Recht auf Gesundheit“ gibt. Ein solches „Recht auf Gesundheit“ im Sinne der Gesundheitsversorgung gehört in die Kategorie der sozialen Anspruchsrechte und ist eng verbunden mit sozialpolitischen Bemühungen und dem Aufbau eines Systems der sozialen Sicherheit. Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland taucht der Begriff „Gesundheit“ expressis verbis nicht auf. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte aus dem Jahre 1948 ist dagegen die Rede vom Recht auf soziale Sicherheit im Krankheitsfall (vgl. Art. 22 und Art. 25).

Die deutsche Verfassung enthält zwei normative Vorgaben, in denen die soziale Verantwortung im Sinne der Sozialstaatlichkeit zum Ausdruck gebracht wird: Die Bundesrepublik Deutschland ist ein *sozialer* Bundesstaat (vgl. Art. 20 Abs. 1 GG) und ein *sozialer* Rechtsstaat (vgl. Art. 28 Abs. 1 GG). Damit werden die allgemeinen Staatszielbestimmungen genannt. Der Sozialstaat ist darum bemüht, durch entsprechende Maßnahmen und Institutionen allen Bürgerinnen und Bürgern ein menschenwürdiges Dasein zu ermöglichen, auch bei Krankheit, Alter, Invalidität, Unfall, Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit. Es wird dafür gesorgt, dass auch schwächere Personen Entfaltungschancen erhalten und sie auf diese Weise am wirtschaftlichen Wohlstand teilhaben können. Mit dem im Grundgesetz enthaltenen Sozialstaatsprinzip (Sozialstaatsklausel) kommt folglich ein Schutzprinzip für die wirtschaftlich Schwachen zum Ausdruck.

Wenn die Rede ist von einem „Recht auf Gesundheit“, dann kann das nur heißen, dass jede Person das Recht auf Zugang zu den gesundheitsfördernden Institutionen des Gesundheitswesens bekommt. Der Staat hat die Verpflichtung, ein Gesundheitswesen mit dem Ziel bereitzustellen, Gesundheit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen und wiederherzustellen sowie Krankheiten zu verhüten und zu heilen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird in Deutschland mit seiner sozial- und rechtsstaatlichen Ausprägung grundsätzlich garantiert. Das „Recht auf Gesundheit“ kann aber nicht gleichgesetzt werden mit einer bestimmten Anspruchshaltung, die die Beseitigung sämtlicher Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten fordert, wie dies etwa im idealistisch-utopischen Gesundheitsverständnis der WHO-Definition anklingt. Die

Kernfrage, die in der Rede vom „Recht auf Gesundheit“ zum Ausdruck kommt, lautet: Wie umfassend gilt ein solches Recht? Ein totales Recht auf Gesundheit im Sinne eines „vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ kann es nicht geben. Das „Recht auf Gesundheit“ wird durch die Spannung zwischen den vorhandenen knappen Ressourcen und den schier grenzenlosen (Heils-)Erwartungen an ein Gesundheitswesen begrenzt.

## **Das Ethos der Krankenversicherung**

Im Mittelpunkt der Diskussion um Reformen im Gesundheitswesen steht die Ausgestaltung der Krankenversicherung. Hinter dem Prinzip der Versicherung bei Krankheit steht die Einsicht und die Erfahrung, dass die Menschen in sehr unterschiedlicher Weise von Krankheitsfällen betroffen werden. Diese Unsicherheit führte dazu, dass Menschen sich zusammenschlossen, um sich gegen die nicht vorhersehbaren Krankheitsrisiken abzusichern. Die Versicherungsgemeinschaft übernimmt dann die Kosten, die im Krankheitsfall entstehen. Dadurch entfällt für den Einzelnen die Notwendigkeit, durch eine aufwändige individuelle Vermögensbildung Risikovorsorge zu betreiben. Er muss nur eine bestimmte Summe als Beitrag für seine Mitgliedschaft in der Versicherungsgemeinschaft aufbringen. Insgesamt findet also eine Form der Solidarisierung statt, die auf gleichen Interessen der Versicherungsnehmer beruht und darauf abzielt, im Bedarfsfall eine entsprechende Leistung zu erhalten, beispielsweise eine Behandlung zur Wiederherstellung der Gesundheit.

In der modernen Industriegesellschaft haben die Sozialversicherungen eine grundlegende Bedeutung erhalten. Das System der sozialen Sicherung, wie es sich seit der Bismarckschen Sozialreform bis zur heutigen Sozialpolitik in Deutschland entwickelt hat, hat die Aufgabe, abhängig Beschäftigte vor den existentiellen Risiken des Daseins zu schützen.<sup>3</sup> Soziale Sicherungsformen basieren auf dem Gedanken, dass der Einzelne gegen bestimmte Lebensrisiken nicht selbst in ausreichender Weise Vorsorge tragen kann und deshalb auf gesellschaftliche Hilfe existentiell angewiesen ist. Dies ist dann der Fall, wenn die Einkommensquelle versiegt (bei Alter und Arbeitslosigkeit) oder der Mensch nicht mehr fähig ist, aus eigener Kraft für seinen Lebensunterhalt zu sorgen (bei Krankheit, Unfall, Invalidität). Diese Risiken werden in Deutschland durch die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung aufgefangen.

Grundsätzlich gilt die gesetzliche Verpflichtung zur Sozialversicherung für bestimmte Bevölkerungsgruppen. Das System der sozialen Sicherung ist auf eine ausreichende Zahl von Leistungserbringern angewiesen, da sie es sind, die Leistungen – in Form von Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern – für das Solidarsystem erbringen. Die dabei zu entrichtende Beitragshöhe orientiert sich am individuellen Einkommen und nicht am möglichen Risiko. Entscheidend für die jeweilige Versicherungsleistung ist der konkrete Bedarf, nicht der geleistete Beitrag. Es findet also eine Umverteilung innerhalb der Sozialversicherung statt, sodass die Ärmern oder Schwächeren von der Versichertengemeinschaft getragen werden. Damit wird deutlich: Solidarität spielt auch in einer Gesellschaft, die auf individuelle Leistungsfähigkeit setzt, eine herausragende Rolle. Das System der Sozialversicherung ist dem (sozialpolitischen) Ziel der *sozialen Sicherheit* und dem Ziel des *sozialen Ausgleichs* verpflichtet. Hinter dem Organisationsmodell der Sozialversicherung steht das *Ethos der Solidarität*.<sup>4</sup>

### **Zentrale Probleme des Gesundheitswesens**

Die steigenden Kosten innerhalb des deutschen Gesundheitswesens belasten das System der Krankenversicherung und damit die Solidargemeinschaft der Versicherten. Es sind drei Problembereiche, die den Kostenanstieg in besonderer Weise bewirken: der medizinisch-technische Fortschritt, der demographische Wandel und die Veränderung der gesellschaftlichen Bewertung von Gesundheit und Krankheit.<sup>5</sup>

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt hat sich die Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren in großem Umfang verändert. Heute können Krankheiten geheilt werden, die noch vor wenigen Jahrzehnten als unheilbar galten. Fortschritt gilt als Leitidee einer nach rationalen Kriterien ausgerichteten Gesellschaft. Technische Innovationen im Gesundheitswesen betreffen medizinische Heilverfahren, technische Großgeräte und Produkte der pharmazeutischen Industrie. Der durch Technik initiierte medizinische Fortschritt hat einerseits die Lebensqualität Kranker verbessert und dazu beigetragen, dass menschliches Leben erleichtert, gerettet und verlängert werden kann. Andererseits trägt dieser Fortschritt dazu bei, dass die finanziellen Kosten für medizinische Methoden, Verfahren und Instrumente immer weiter ansteigen.

Das zweite große Problem betrifft die demographische Entwicklung. Aufgrund des Geburtenrückgangs einerseits und der ständig steigenden Lebenserwartung andererseits kommt es zu drastischen Veränderungen

im Bevölkerungsaufbau Deutschlands und vieler anderer Industriestaaten. Die Zahl der über 60-Jährigen wird von 1998 bis 2050 um rund 10 Millionen zunehmen, gleichzeitig wird die Zahl der 20- bis 60-Jährigen in dieser Zeitspanne um 16 Millionen zurückgehen. Die hinter diesen Zahlen stehende Entwicklung ist zum einen eine Bevölkerungsexplosion der Älteren und zum anderen eine Bevölkerungsimplosion der Jüngeren. Weiterhin wird die Zahl der über 80-Jährigen von rund 3 Millionen auf etwa 10 Millionen anwachsen, wenn sich der heutige Trend fortsetzt. Aufgrund dieser Entwicklungen wird es zu großen Veränderungen im Gesundheitswesen kommen. In einer alternden Bevölkerung wird die Morbidität und Pflegedürftigkeit gewaltig ansteigen. Die Folgen sind wachsende Ausgaben im Gesundheitswesen und das Fehlen von Menschen, die die Alten und Kranken versorgen. Schon heute leben in Deutschland 2,25 Millionen Pflegebedürftige, wobei 68 Prozent zu Hause gepflegt werden – meist von Familienangehörigen. Der Altersaufbau der Gesellschaft wird sich auch auf die Stabilität des bisherigen Generationenvertrages auswirken. Daraus resultiert, dass ein geringer werdender Anteil Jüngerer für einen immer größer werdenden Anteil Älterer finanziell aufkommen muss.

Weiterhin hat sich die gesellschaftliche Bewertung von Gesundheit und Krankheit im Kontext einer modernen Gesellschaft verändert. Der moderne, säkularisierte Mensch erwartet das Heil nicht mehr im Jenseits, sondern hier und jetzt. Dabei spielt die Medizin, von der erwartet wird, dass sie besonders im Rahmen des medizinisch-technischen Fortschritts grenzenlose Heilung ermöglicht, in einer diesseitsgeprägten Gesellschaft eine besondere Rolle. Gesundheit wird immer mehr mit einer irdischen Heilserwartung gleichgesetzt. An die Stelle der Religion rückt die heilbringende Medizin.<sup>6</sup>

## **Ethische Orientierungen**

Im Zentrum der ethischen Betrachtung über ein menschengerechtes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen steht die Frage, wie eine Versorgung der Kranken zu organisieren ist, sodass möglichst alle Bürgerinnen und Bürger am medizinisch-technischen Fortschritt partizipieren können und ihnen eine möglichst optimale Hilfe im Krankheitsfall gewährleistet wird. Folgende Orientierungspunkte sind dabei zu berücksichtigen:



## Eigenverantwortung und Solidarität

Die Grundlage der solidarisch organisierten Krankenversicherung bildet das Umlageverfahren. Die benötigten finanziellen Ressourcen zur Deckung der Gesundheitskosten werden gemeinsam von den Sozialversicherungsmitgliedern und deren Arbeitgebern aufgebracht. Als grundlegendes verteilungspolitisches Kriterium dient die individuelle Bedürftigkeit, nicht der individuelle Status, gemessen beispielsweise an eingezahlten Versicherungsbeiträgen. Die Leitidee, die hinter dem System der Krankenversicherung steht, lautet also: *Solidarität*. Alle Mitglieder dieser ganz spezifischen Gefahrgemeinschaft, die einem potenziellen Risiko – nämlich einer Krankheit – ausgesetzt sind, können sich darauf verlassen, dass die entstehenden Kosten von der Versichertengemeinschaft getragen werden. In besonderer Weise bewirkt die Solidarität, dass alle Kranken auf dieselbe ärztliche und medizinische Versorgung Anspruch haben. Auch zukünftig sollten im Hinblick auf eine solidarische Gesellschaft folgende Umverteilungs- und Austauschprozesse in der Krankenversicherung beibehalten werden: Generationenausgleich (zwischen Berufstätigen und nicht mehr Berufstätigen bzw. noch nicht Berufstätigen), Einkommensumverteilung (zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen), Geschlechterumverteilung (zwischen Männern und Frauen) und Familienlastenausgleich (zwischen Ledigen und Kinderlosen und Verheirateten und Kinderreichen).

In der gegenwärtigen Debatte um die Zukunft des Sozialstaates und der sozialen Sicherungssysteme sind vermehrt Stimmen zu hören, die die gesellschaftliche Solidarität zugunsten der Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger reduzieren und somit den Solidargedanken abschwächen wollen. Hinter dieser Diskussion steht eine grundlegende Auseinandersetzung um den Stellenwert der ethischen Kategorien *Eigenverantwortung* und *Solidarität*.

Vor dem Hintergrund der anhaltenden Diskussion um Reformen im Gesundheitswesen veröffentlichten die Deutschen Bischöfe im Jahre 2003 ihre erste ausführliche gesundheitspolitische Stellungnahme „Solidarität braucht Eigenverantwortung“, die noch immer aktuell ist und grundlegende Zukunftsperspektiven für die Gestaltung des Gesundheitssystems enthält.<sup>7</sup> Die Leitfrage der gesamten Verlautbarung wird im Vorwort von Karl Kardinal Lehmann wie folgt formuliert: „Was kann und muss die Solidarität aller tragen und was können und müssen die Menschen selbst tragen?“<sup>8</sup> Nach wie vor soll – wie die Stellungnahme ausdrücklich betont – in dem System der sozialen Sicherung der Solidargedanke eine

zentrale Rolle spielen: „Die Stärke unseres Gesundheitssystems ist die solidarische Absicherung der Krankheit einzelner durch alle Versicherten.“<sup>9</sup> Ein Gesundheitswesen zielt auf die gesellschaftliche Beteiligung der Bedürftigen und den Schutz vor Verarmung durch die finanziellen Folgen einer medizinischen Behandlung. Dies ist aber nur möglich, wenn im deutschen Gesundheitswesen auch zukünftig der Gedanken der Solidarität einen festen Platz behält. Das Dokument macht aber auch deutlich, dass Eigenverantwortung für eine solidarische Gesundheitssicherung notwendig ist. Hierfür hat es die Formel von der „Eigenverantwortung in der Solidarität“<sup>10</sup> geprägt. Konkret heißt das, dass die Versicherten bereit sein müssen, je nach Möglichkeiten für sich selbst zu sorgen und die Solidargemeinschaft zu unterstützen, indem sie für ihre Funktionskraft notwendige Mittel zur Verfügung stellen. „Solidarität bildet in keiner Weise einen Gegensatz zum Gedanken der Eigenverantwortung, zeichnet sich der Mensch als Person doch gerade dadurch aus, dass er zugleich im Mit-Sein auf den anderen bezogen und als Einzelwesen eigenständig ist.“<sup>11</sup>

Solidarität und Eigenverantwortung schließen sich als moralische Prinzipien folglich keineswegs aus. Solidarische Hilfe und Eigeninitiative gehören zusammen und sind aufeinander bezogen. Eigenverantwortung im Gesundheitswesen heißt etwa, dass der Einzelne sorgsam mit seiner eigenen Gesundheit umzugehen hat, er vorbeugende Maßnahmen im Hinblick auf Erkrankungen und gesundheitliche Risiken trifft. Eigenverantwortung wird auch im Rahmen der Selbstbeteiligung für bestimmte Leistungen und Gesundheitsgüter (Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) deutlich. Im Rahmen der individuellen Leistungsfähigkeit erscheint es sogar als eine moralische Verpflichtung der Versicherungsmitglieder, dass sie sich im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten an den Kosten bestimmter Gesundheitsleistungen und -güter beteiligen. Mit einer solchen Kostenbeteiligung tragen sie zur Entlastung der Solidarkassen bei. Stärkere Eigenleistungen können, wenn alle am medizinisch-technischen Fortschritt partizipieren wollen, zukünftig nicht ganz ausgeschlossen werden. Dort aber, wo der Einzelne aus eigener Kraft Eigenleistungen nicht erbringen kann, muss die Solidargemeinschaft eingreifen und den finanziellen Ausgleich schaffen. Solidarität und Eigenverantwortung im Sinne der finanziellen Eigenbeteiligung dürfen in diesem Zusammenhang also nicht als unversöhnliche Gegensätze verstanden werden, da selbstverantwortliches Handeln immer die konkrete solidarische Gemeinschaft entlastet und diese somit stärkt.

## Bedarfsgerechtigkeit

Ein großer Streitpunkt bei der Reformdiskussion ist die Frage, welche Leistungen von der Solidargemeinschaft getragen werden sollen. Zunächst ist eine solidarische Absicherung nicht identisch mit einem Versorgungsmaximalismus. Ein solcher würde zum einen die maximale Absicherung jedes nur denkbaren Risikos bedeuten und zum anderen die höchste Versorgungsstufe im Hinblick auf den Einsatz von kostenintensiven medizinisch-technischen Verfahren. Es wird heute immer wieder davon gesprochen, dass Rationalisierungen und Leistungsbegrenzungen unter Knappheitsbedingungen und schier unbegrenzten Ansprüchen der Einzelnen für die Funktionskraft des Gesundheitssystems unverzichtbar sind. Bei der Frage nach dem Definitionskriterium des Leistungsspektrums innerhalb der solidarischen Krankenversicherung muss aber stets der Mensch als Person mit seinen Bedürfnissen im Zentrum stehen. Unter Berücksichtigung der Würde und der Gleichheit aller (der Versicherten und Patienten) ist es geboten, für die medizinische Versorgung eine Ausrichtung der Leistungsgewährung am *Bedarfsprinzip* zu favorisieren. Ein auf *Bedarfsgerechtigkeit* zielendes Gesundheitssystem stellt den kranken Menschen in den Mittelpunkt und garantiert die Behandlung von Krankheiten und Störungen, die Lebenschancen erschweren und die die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben verhindern.

Der Grundsatz, dass gleiche Bedürftigkeit zur Gewährung einer medizinischen Gleichbehandlung führen muss, berührt auch das räumliche Angebot entsprechender Leistungen des Gesundheitssystems. In der Praxis der Gesundheitsversorgung bedeutet dies, dass die Träger des Gesundheitswesens in der Verantwortung stehen, auch im ländlichen Raum für ein ausreichendes Angebot an Ärzten und Krankenhäusern zu sorgen. Ein Rückzug aus der Fläche rein aus Kostengründen würde zu einer nicht hinnehmbaren Ungleichbehandlung von Versicherten führen. Hier ist auch der Staat im Sinne seiner Gemeinwohlverantwortung gefragt.

## Wettbewerb

Im deutschen Gesundheitswesen sind bereits einige marktwirtschaftliche Elemente (z. B. Wettbewerb zwischen Krankenkassen) enthalten, allerdings versagt der Marktmechanismus bei Gesundheitsleistungen und -gütern unter radikalen Wettbewerbsbedingungen. Die Konsumentensouveränität, also das ökonomische Leitbild des mündigen Verbrauchers, ist bei einer marktwirtschaftlichen Ordnung im Rahmen des Gesundheitswesens stark eingeschränkt, da beispielsweise Markttranspa-

renz als Bedingung für einen funktionierenden Gütermarkt nicht vorhanden ist. Das Gesundheitswesen ist folglich durch eine unzureichende Konsumentensouveränität gekennzeichnet, denn der Patient ist zum großen Teil auf die Hilfe und das Wissen der Gesundheitsexperten angewiesen. Patienten können in den meisten Fällen weder die verschiedenen ärztlichen Angebote qualitativ vergleichen – hierzu fehlt den Betroffenen der Überblick –, noch alle nötigen Informationen über Medikamente oder Therapien selbst zusammentragen. Weiterhin wird es in einer Gesellschaft immer Personengruppen geben, die aufgrund ihrer persönlichen Situation (z. B. geringe Kaufkraft, Arbeitslosigkeit, Gesundheitszustand, Alter) zu den finanziell Schwächeren gehören und sich somit entweder keine oder nur eine geringe Gesundheitsversorgung leisten können. Vor diesem Hintergrund sind staatliche Interventionen geboten, die mittels einer solidarischen Umverteilung Lebensrisiken auffangen und allen Bürgerinnen und Bürgern ein menschenwürdiges Leben ermöglichen. Das deutsche Gesundheitswesen enthält marktwirtschaftliche Elemente, wird aber zu einem großen Teil staatlich organisiert und gesundheitspolitisch geregelt.

Gegenwärtig werden verschiedene Überlegungen vorgetragen, ein stärker marktorientiertes Gesundheitswesen anhand von unterschiedlichen Versorgungsstufen aufzubauen.<sup>12</sup> Neben einer verpflichtenden *Grundversorgung* (Basisversicherung), die solidarisch finanziert wird, wählen die Versicherten zusätzlich individuelle, das heißt selbst zu verantwortende *Wahlleistungen* (Zusatzversicherung) der Gesundheitsversorgung, die von den Krankenkassen unter Wettbewerbsbedingungen angeboten werden. Das größte Problem bei einem solchen dualen (oder mehrstufigen) Gesundheitssicherungsmodell ist die Frage, was zum Kernbestand einer solidarischen Grundversorgung gehören soll und was in den Bereich der privaten Zusatzversicherung fällt. Eine solche Entscheidung kann weder allein von den Akteuren der Gesundheitspolitik und den Akteuren der Gesundheitssicherung, noch allein von den Akteuren der Gesundheitsversorgung getroffen werden. Da die Gesundheitsversorgung im Rahmen eines solidarischen Systems stattfindet und somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, können nur alle Betroffenen des Gesundheitswesens (inklusive von Versicherten- und Patientenvertretern) hierüber entscheiden.

## Beteiligung

Neben den bereits behandelten Begriffen für die Gestaltung des Gesundheitswesens verdeutlicht auch der Begriff *Beteiligung* eine sozialetische

Perspektive. Das Gesundheitswesen mit seinen unterschiedlichen Verantwortungsträgern und Ebenen ist so zu gestalten, dass den Betroffenen Beteiligungschancen ermöglicht werden. Beteiligung im Gesundheitswesen ist *primär* auf der Mikroebene, also zwischen Kranken/Patienten und Leistungserbringern, zu verorten. Die Beteiligungsidee konkretisiert sich vor allem im aufgeklärten Patienten, der an seiner Heilbehandlung aktiv beteiligt ist und dem in diesem Sinne Beteiligungsrechte zugesprochen werden. Vor dem Hintergrund einer ausreichenden Aufklärung im Kontext medizinischer Behandlungsmethoden kann der Patient seine so genannte *informierte Zustimmung (informed consent)* erteilen. Informierte Zustimmung bedeutet, dass der Arzt die Verantwortung für seinen Eingriff bzw. seine Behandlung nicht allein trifft. Da der Patient der Hauptbetroffene in diesem Prozess ist, ist seine Entscheidung unverzichtbar; er selbst wird als Entscheidungsbevollmächtigter in den Behandlungsprozess mit einbezogen und übernimmt hier eine aktive Rolle (*Entscheidungsbeteiligung*).

## Prävention

Stärker als bisher sollte im deutschen Gesundheitswesen der Gedanke der *Prävention* berücksichtigt und strukturell verankert werden. Unter Prävention versteht man medizinische und soziale Bemühungen, um Gesundheit zu fördern und Krankheiten zu verhindern. Dabei ist insbesondere an die Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten zu appellieren. Die Eigenverantwortung kommt vor allem dort ins Spiel, wo die persönliche Lebensführung nicht oder nicht hinreichend darauf bedacht ist, möglichen Erkrankungen vorzubeugen. Es sind die Ess- und Trinkgewohnheiten, die immer mehr schon bei Kindern und Heranwachsenden zu erheblichen gesundheitlichen Schädigungen führen. Der Alkoholmissbrauch muss hier ebenso genannt werden wie der Drogenkonsum und die schädlichen Folgen des Rauchens. In der öffentlichen Diskussion nimmt die Kritik an einem solchen Umgang mit dem eigenen Leben zu, was auch dazu geführt hat, dass die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit wieder eine stärkere Aufmerksamkeit erhält. Bei Kindern und Jugendlichen sind es vor allem die Eltern, die durch ihr Beispiel und ihr Wort ihre Erziehungsaufgabe erfüllen müssen. In diesem Bereich liegt vieles im Argen. Der Mensch selber ist Träger der Lebensrisiken und verantwortlich dafür, dass diese Risiken möglichst gering bleiben. Auch ein hoch entwickeltes Gesundheitswesen ist angewiesen auf die Eigenverantwortung der Menschen. Jeder Einzelne ist angesprochen, alles zu tun, um eine Schädigung der Gesundheit durch

eine entsprechende Lebensführung zu vermeiden und dadurch die Kosten, die sonst die Sozialgemeinschaft tragen müsste, gar nicht entstehen zu lassen.

Aufgabe eines zukunftsorientierten Gesundheitssystems ist es deshalb, diese Eigenfürsorge wirkmächtig zu unterstützen, gegebenenfalls im Sinne eines Bonussystems innerhalb der Krankenversicherung. Im Koalitionsvertrag (2009) der Regierungsparteien erhält der Präventionsgedanke einen zentralen gesundheitspolitischen Stellenwert: „Prävention ist ein wichtiger Baustein für ein gesundes Leben und für unsere Gesellschaft. Sie muss zuallererst bei Kindern und Jugendlichen ansetzen. Prävention kann dabei helfen, künftige Belastungen der Sozialsysteme zu verringern. Zielgruppenspezifische Aufklärung soll dazu beitragen, Eigenverantwortlichkeit und Gesundheitsbewusstsein zu stärken.“<sup>13</sup>

## **Ausblick**

Glaubt man gegenwärtigen Stimmen aus der Politik, dann könnten bei einer nächsten „großen Gesundheitsreform“ die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr einkommensabhängig und somit individuell, sondern nach einheitlichen Prämien für alle Versicherten erhoben werden. Eine solche Finanzierung würde einen einschneidenden Systemwechsel bedeuten, da gemäß der Tradition des deutschen Sozialstaates nach wie vor eine solidarische Umverteilung zwischen leistungsstarken und schwächeren Versicherungsnehmern (Beschäftigten) stattfindet. Ein Modell mit einkommensunabhängigen Beiträgen ist aber nur dann ethisch verantwortbar, wenn solidarische Umverteilungsprozesse im Hinblick auf Schwächere in vollem Umfang über das Steueraufkommen erfolgen. Hier ist aber Skepsis angebracht. Ein solches Verfahren würde zudem große Teile der Bevölkerung zu einer Überprüfung ihrer finanziellen Möglichkeiten zwingen, was mit einem gewaltigen bürokratischen Aufwand verbunden wäre.

Eine neue und weitere Gesundheitsreform sollte nicht nur von einer kleinen Schar von Gesundheitspolitikern erarbeitet werden, sondern unter Beteiligung unterschiedlichster gesellschaftlich relevanter Gruppen und ausgewiesener Experten aus Ökonomie, Medizin, Soziologie, Philosophie und Theologie erfolgen. Auch die Kirchen könnten hierbei wesentliche Anregungen geben, und dabei helfen, die anstehenden Probleme aus einem erweiterten Blickwinkel zu betrachten. Bei allen Veränderungen darf nämlich nicht vergessen werden, dass allein der Mensch mit seiner Bedürftigkeit im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung zu

stehen hat. Diesen Grundsatz dürfen die Akteure der Gesundheitssicherung, der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitspolitik nicht aus den Augen verlieren.

## Anmerkungen

- 1 Zitiert nach: Schell, W., Das deutsche Gesundheitswesen von A bis Z. Ein Nachschlagewerk für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und interessierte Laien, Stuttgart / New York 1995, S. 86.
- 2 Vgl. Brennecke, R., Steuerungsprinzipien im Gesundheitssystem, in: Schüller, A. / Heim, N. / Halusa, G. (Hrsg.), Medizinische Soziologie, Stuttgart 1992, S. 82 f.; insgesamt zum Gesundheitswesen: Simon, M., Das Gesundheitssystem in Deutschland, Bern <sup>3</sup>2010.
- 3 Damit unterliegt ein Großteil der Bevölkerung in der Bundesrepublik der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies bedeutet einen großen Unterschied zu den USA, wo gegenwärtig 45,7 Millionen Amerikaner keinen Krankenversicherungsschutz haben. Inwiefern die umfassende Gesundheitsreform, die Präsident Obama zurzeit anstrebt, hier eine Änderung bewirken kann, muss aus heutiger Sicht offen bleiben.
- 4 Vgl. Lampert, H. / Althammer, J., Lehrbuch der Sozialpolitik, Heidelberg <sup>7</sup>2004, S. 237.
- 5 Vgl. Bohrmann, Th., Organisierte Gesundheit. Das deutsche Gesundheitswesen als sozialetisches Problem, Berlin 2003, S. 227 – 247.
- 6 Vgl. Lütz, M., Gesundheit – das höchste Gut? Die religiöse Überforderung des Gesundheitsbegriffs, Reihe *Kirche und Gesellschaft*, Heft 333, Köln 2006.
- 7 Vgl. Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/Kommission für caritative Fragen, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 2003.
- 8 Solidarität braucht Eigenverantwortung, S. 3.
- 9 Solidarität braucht Eigenverantwortung, S. 8.
- 10 Solidarität braucht Eigenverantwortung, S. 9.
- 11 Solidarität braucht Eigenverantwortung, S. 9.
- 12 Vgl. z. B. Höffe, O., Medizin ohne Ethik? Frankfurt a. M. 2002, S. 202 – 241; Kersting, W., Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, in: Ders. (Hrsg.), Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist 2000, S. 467 – 507.
- 13 Wachstum, Bildung, Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode (2009), S. 85.

## Zur Person des Verfassers

Dr. theol. habil. Thomas Bohrmann, Professor für Katholische Theologie mit dem Schwerpunkt Angewandte Ethik an der Staats- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität der Bundeswehr München.