

Stichwortartikel: Gesundheitsreform

1. Begriff

Als Gesundheitsreformen werden in Deutschland Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezeichnet. Wenn man auf die 125jährige Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückblickt, kann man von einem permanenten Reformprozess sprechen, in dem der Versichertenkreis schrittweise erweitert und die vertraglichen Beziehungen der Krankenkassen zu Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken usw. verändert wurden.

Dass Fragen der Krankenversicherung im Vordergrund der Gesundheitspolitik stehen, ist nicht selbstverständlich und hat seine wesentlichen Ursachen im föderalen Staatsaufbau und der (neo-) korporatistischen Tradition des Wohlfahrtsstaates. Der Bund als wichtigster gesundheitspolitischer Akteur steuert die Krankenversorgung und Rehabilitation, die Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten nicht durch direkte Gesetze und Verordnungen (entsprechende Kompetenzen liegen eher auf Länderebene), sondern durch Veränderungen der Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei kann man von einer "ermöglichenden Gesetzgebung" sprechen: Durch das Gesetz (vor allem das Sozialgesetzbuch V) werden gesundheitliche Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht - über die Verwirklichung dieser Leistungen bestimmt der Gesetzgeber nicht selbst, sondern überlässt dies den Verbänden der Krankenkassen, der Ärzte, der Krankenhäuser und anderen im Gesundheitswesen tätigen Korporationen.

Die indirekte Steuerung über Krankenversicherungen ("System Bismarck") und ihre Vertragspartner bringt im Vergleich zu direkt staatlich gesteuerten Systemen ("System Beveridge"¹) eine große Vielfalt an Leistungsangeboten mit sich, aber auch eine hohe politisch-bürokratische Komplexität und bietet Lobbygruppen vielfältige Gele-

¹ In der Gesundheitspolitik unterscheidet man zwischen dem Modell der verpflichtenden Krankenversicherung, wie sie in Deutschland durch die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung eingeführt wurde und den staatlichen Systemen der Gesundheitsfürsorge, die Großbritannien in Folge des "Beveridge-Reports" (1942) realisierte. Nach dem Bismarck'schen Modell der Sozialversicherung, das auch in Frankreich und Österreich eingeführt wurde, ist die Krankenversicherung eine selbstständige öffentliche Körperschaft, die nicht selbst Teil des Staates ist, sondern von den Versicherten und den Arbeitgebern gesteuert wird. Der staatliche Gesundheitsdienst Großbritanniens unterliegt hingegen der direkten politischen Steuerung durch das Gesundheitsministerium. Durch die zurückliegenden Gesundheitsreformen, insbesondere die Einführung des Gesundheitsfonds und des politisch festgelegten allgemeinen Beitragssatzes ist der Einfluss des Staates auf die Gesetzliche Krankenversicherung gestiegen.

genheiten der Einflussnahme. In Europa stehen staatliche Gesundheitssysteme (z. B. Großbritannien, Schweden) neben den Sozialversicherungssystemen (Deutschland, Frankreich); die Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme liegt nicht zuletzt aufgrund dieser gravierenden Differenzen ausschließlich in der Kompetenz der Mitgliedsstaaten. Die Gesundheitspolitik der Europäischen Union beschränkt sich im Wesentlichen auf Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung, der Erforschung und Bekämpfung von Krankheiten sowie der Evaluation der sozialen Sicherungssysteme.

Die Systeme der sozialen Sicherung, insbesondere die Krankenversicherung, sind historisch gewachsene Gebilde, die einerseits permanent durch Gesundheitsreformen modifiziert werden, sich andererseits gegen grundlegende Veränderungen aus verschiedenen Gründen sperren. Aufgrund ihres Volumens, ihres langen zeitlichen Horizontes und ihres Charakters als Pflichteinrichtung, die die Handlungsfreiheit der Bürgerinnen und Bürger stark beschränkt, sind große Veränderungen u. U. mit hohen Zusatzausgaben verbunden, um historische Ansprüche der Mitglieder zu kompensieren. Weil sie praktisch die gesamte Bevölkerung umfassen, werden Gesundheitsreformen von mehr oder minder expliziten "großen Koalitionen" beschlossen und stellen deshalb immer Kompromisse zwischen den unterschiedlichen politischen Welt- und Menschenbildern dar. Wenn man die Krankenversicherungen verschiedener Länder vergleicht, so fällt, mehr als bei anderen Sicherungssystemen, die strukturelle Vielfalt der beteiligten Organisationen, Verfahren und Legitimationen ins Auge. Ebenfalls fällt auf, dass die Bevölkerung mit ihrem angestammten System häufig zufrieden ist; so sind jeweils etwa 85 Prozent der Bevölkerung in Deutschland und England mit dem - sehr unterschiedlichen - System zufrieden. Man wird daher die Krankenversicherungssysteme in hohem Maße als "pfadabhängig" (Talcott Parsons) ansehen müssen: als Ergebnis eines hochkomplexen gesellschaftlichen und politischen Willensbildungsprozesses, in dem ein prinzipiell sehr großer, in der jeweils historisch vorbestimmten Situation relativ kleiner Handlungs- und Entscheidungsspielraum besteht.

Das Gesundheitswesen hat Wurzeln und Bezüge in alle drei Sektoren des gesellschaftlichen und staatlichen Handelns: Es unterliegt einer hochgradigen gesetzlichen Regulierung (Staat), erfährt wesentliche Impulse von Unternehmen (Pharmaunter-

nehmen, private Krankenhausträger), lebt aber auch von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe (frei-gemeinnützige Träger, Selbsthilfeorganisationen). Deshalb lässt sich das Gesundheitswesen nicht nur nach dem Modell staatlichen Verwaltungshandelns, aber auch nicht nur ordnungspolitisch im Sinne einer Regulierung des Marktes noch auch nur im Sinne einer Förderung zivilgesellschaftlicher Akteure steuern.

Entsprechend kann auch die Behandlung des Themas sich nicht auf die Kritik und Begründung von Staatsaufgaben (Reflexion des Sozialstaats) beschränken, sondern muss berücksichtigen, dass die Praxis des Gesundheitswesens teils marktförmig, teils vom bürgerschaftlichen Engagement geprägt ist - und die Ressourcen der Unternehmen und der Non-Profit-Organisationen und ihrer Träger dem Staat nicht ohne weiteres zur Verfügung stehen. Insofern muss auch über die Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen und über die Reichweite und die Grenzen zivilgesellschaftlichen Handelns nachgedacht werden.

Das Gesundheitswesen bzw. die gesundheitliche Versorgung ist ein öffentliches, aber auch privates Gut und kann nach einem sehr weit gehenden Konsens nicht durch den Markt allein gesteuert werden; vielmehr ist das Gesundheitswesen eines der Paradebeispiele für "Marktversagen". Aber auch der Staat, der das Gerechtigkeitsdefizit des Marktes ausgleichen kann, indem er allen Zugang zu Gesundheitsleistungen verschafft, kann nach verbreiteter Meinung nicht allein ausreichende Gesundheitsleistungen bereitstellen (Effizienz- und Bürokratieproblematik), sondern ist auf freies Handeln der Bürger im Wettbewerb (Markt) und im uneigennütigen Engagement (Zivilgesellschaft) angewiesen. Schließlich wäre es auch völlig verfehlt, die Organisation des Gesundheitswesens allein oder auch nur überwiegend dem sozialen Engagement der Bürger und der durch dieses Engagement getragenen Organisationen zu überlassen, weil diese weder die Effizienz eines Marktes noch die Durchsetzung von allgemeinen Regeln (Staat) garantieren können.

2. Historie

In der politischen Geschichte der Bundesrepublik werden seit dem Ende der 1970er Jahre in Abständen von wenigen Jahren Gesundheitsreformen durchgeführt, die u.a. das Ziel haben, das wachsende und stärker in Anspruch genommene medizinische

Leistungsangebot mit den begrenzten finanziellen Mitteln der Krankenkassen zu vereinbaren.²

Mit dem *GKV-Modernisierungsgesetz (GMG, 2003)*, das in der Öffentlichkeit vor allem durch die Einführung der "Praxisgebühr" im Bewusstsein geblieben ist, sind Zahlungen zu praktisch allen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt bzw. erhöht worden; daneben sind verschiedene Leistungen wie rezeptfreie Arzneimittel und Brillengläser aus der GKV ausgeschlossen worden. Diese Maßnahmen dienten, ähnlich wie frühere Reformgesetze, vor allem der Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge.³ Dieses Ziel haben alle Bundesregierungen seit dem Ende der 1970er Jahre mit unterschiedlichen Akzenten (Kostendämpfung, Wettbewerb unter den Krankenkassen, Stärkung der finanziellen Eigenverantwortung) - im Wesentlichen erfolgreich - verfolgt: Während die Gesamtausgaben der GKV zwischen 1993 und 2003 im Durchschnitt um 3,2 Prozent pro Jahr stiegen, sind die durchschnittlichen privaten Gesundheitsausgaben um 4,2 Prozent im Jahr gestiegen.⁴ 2003 trug die Gesetzliche Krankenversicherung nur mehr 56,7 Prozent aller Gesundheitsausgaben (135 Mrd. Euro), während die privaten Gesundheitsausgaben 12,3 Prozent oder 29,4 Mrd. Euro umfassten.

Politisch ist das GMG aber auch im Zusammenhang der sog. Agenda 2010 zu sehen, d. h. des Programms zum Umbau des Sozialstaates, mit dem die zweite rot-grüne Koalition eine veränderte Politik zur Bewältigung der Massenarbeitslosigkeit einleitete. Mit der Einführung der "Grundsicherung für Arbeitssuchende" (SGB II) wurden Langzeitarbeitslose in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, nachdem sie zuvor im Rahmen der Sozialhilfe eine vergleichbare Absicherung hatten.

Die Ausweitung der in der Gesetzlichen Krankenversicherung abgesicherten Personen ist eines der Themen, die auch bei der *Gesundheitsreform 2007* (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) ein zentrales, aber auch strittiges Anliegen darstellten. Während die SPD im Wahlkampf für eine "Bürgerversicherung" eingetreten war, in der alle Bürgerinnen und Bürger - auch die bisher privat versicherten

² Vgl. H. Reiners, *Mythen der Gesundheitspolitik*, Bern: Huber, 2009, 220 ff.

³ Kritische Einsichten in die Genese der Gesundheitsreformen der zurückliegenden zwanzig Jahre bietet: H. Reiners, a.a.O.

Selbstständigen und Beamten - pflichtversichert sind, hatte die CDU für eine Beibehaltung der Privaten Krankenversicherung und eine radikale Reform der GKV geworben, die anstelle einkommensabhängiger Beiträge einen einheitlichen Beitrag für alle Versicherten (Kopfpauschale) beinhaltet hätte. Der Ausgleich zwischen Reich und Arm sollte in das Steuersystem verlagert werden.

Der schließlich beschlossene Kompromiss überraschte viele politische Beobachter, weil er mit zwei lang gepflegten Konventionen brach. Das GKV-WSG führte erstens eine allgemeine Krankenversicherungspflicht ein, die je nach Vorversicherungsstatus entweder bei einer Gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem Privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erfüllen ist. Die Privaten Krankenversicherungsunternehmen wurden verpflichtet, aufgrund einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht zu einem gesetzlich festgelegten Tarif jedermann aufzunehmen, der dies wünscht. Der zweite Bruch mit den bisherigen politischen Konventionen betraf die Beitragshoheit der Gesetzlichen Krankenkassen, die bis Ende 2008 ihre Beiträge selbst festsetzen konnten, seitdem aber mit einem von der Bundesregierung festgelegten allgemeinen Beitragssatz wirtschaften müssen. Die Krankenkassen wurden von insolvenzunfähigen Körperschaften des öffentlichen Rechtes zu Unternehmen, die insolvent werden können, wenn die Beitragszuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und ein direkt beim Mitglied zu erhebender, in seiner Höhe beschränkter Zusatzbeitrag ihre Ausgaben nicht decken. Um die Ausgaben stärker steuern zu können, erhielten die Krankenkassen erweiterte Vertragsfreiheiten; sie können daher Einzelverträge mit Verbänden von Ärzten abschließen und haben darüber direkten Einfluss auf Behandlungskosten. Die beiden Veränderungen können im Sinne einer Annäherung zwischen Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen gedeutet werden: Krankenkassen werden zu Unternehmen, während Private Versicherungsunternehmen nun auch "Pflichtversicherte" zu festen Tarifen haben, bei niedrigem Einkommen Prämienreduktionen anbieten müssen und sogar einen Risikoausgleich untereinander durchführen.

Große öffentliche Aufmerksamkeit hat der „Gesundheitsfonds“ auf sich gezogen, der trotz seiner Einführung nach wie vor umstritten ist. Darin fließen alle Krankenkassenbeiträge zunächst zusammen, um anschließend differenziert nach Alter, Geschlecht,

⁴ Vgl. Gesundheit in Deutschland 2006, Kapitel 5.1.1. in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe.de

Krankheitszustand und Erwerbsfähigkeit an die einzelnen Krankenkassen weitergegeben zu werden. Die Koalitionsfraktionen verbinden mit dem Gesundheitsfonds unterschiedene weitergehende Zielsetzungen. Die SPD würde gerne auch die Privatversicherten in den Gesundheitsfonds einzahlen lassen und käme damit der "Bürgerversicherung", die sie ursprünglich favorisierte, ein gutes Stück näher. Die CDU könnte mit dem Gesundheitsfonds, in den auch Steuermittel des Bundes fließen, die "Kopfpauschale"⁵, den einheitlichen Beitrag pro Person, realisieren. Zusammen mit dem politisch festgelegten allgemeinen Beitragssatz bietet der Gesundheitsfonds zudem die Möglichkeit, die von Arbeitgebern und Arbeitnehmern (fast) paritätisch erbrachten Beiträge politisch festzuschreiben - und weitere Ausgabensteigerungen über den nur vom Versicherten zu finanzierenden Zusatzbeitrag zu finanzieren. Dies entspricht den Erwartungen der Arbeitgeber, die die Sozialbeiträge wenn nicht senken, so doch festschreiben wollen; es trifft aber auch die Vorstellungen vieler Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die nach Jahren der nicht zuletzt arbeitsmarktpolitisch motivierten Kostendämpfung (Stabilisierung der Lohnnebenkosten) nach Möglichkeiten suchen, bei den Versicherten (allein) mehr Geld für das hohe Gut der Gesundheitsversorgung zu erschließen. Der Gesundheitsfonds steht für direktere politische Steuerung, für eine stärkere Kofinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung aus Steuermitteln und für die Einführung des lange geforderten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Der morbiditätsorientierte *Risikostrukturausgleich* zwischen Krankenkassen, deren Mitglieder unterschiedlich hohe Leistungsausgaben haben, ist seit den 1990er Jahren als ein wichtiges Korrektiv im Rahmen des Kassenwettbewerbs um Mitglieder gefordert worden. Die Krankenkassen sollten sich - so der gemeinsame Wille der Volksparteien - im Wettbewerb miteinander um Mitglieder bemühen. Jedoch zeigte sich schnell, dass praktisch nur junge, gesunde Menschen von der Wahlmöglichkeit Gebrauch machten. So entstanden kleine Krankenkassen, häufig nur dem Anschein nach Betriebskrankenkasse eines bestimmten Betriebes, die aufgrund der niedrigen Krankheitslast (Morbidity) sehr viel niedrigere Beitragssätze fordern konnten als die sog. "Versorgerkassen", in denen die älteren und kränkeren Menschen verblieben. Erst zusammen mit dem Gesundheitsfonds ist eine Systematik geschaffen worden, die nicht nur die Ausgabenunterschiede nach Alter, Geschlecht und Erwerbsfähigkeit

⁵ "Kopfpauschale" steht für einen einheitlichen Beitrag für alle erwachsenen Versicherten unabhängig von ihrem

ausgleicht, sondern auch die krankheitsbedingten Ausgabenunterschiede berücksichtigt. Aufgrund der differenzierten Zuweisungen sollen die Krankenkassen nicht mehr um möglichst gesunde Versicherte wetteifern, sondern um eine möglichst effiziente Versorgung ihrer Mitglieder, auf die sie, wie oben erwähnt, einen größeren Einfluss haben als früher.

"Vom Payer zum Player" - dieser Wahlspruch einer großen Gesetzlichen Krankenkasse macht den Wandel im Selbstverständnis deutlich: War die Hauptaufgabe der Krankenkassen früher die Erhebung und Verwaltung der Beiträge, so beanspruchen die Krankenkassen heute, über die Qualität und die Preise der Krankenversorgung und Rehabilitation zu verhandeln. Sie bündeln gewissermaßen die Nachfrage ihrer Mitglieder und handeln die besten Konditionen für sie aus - möglichst in Einzelverträgen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern.

So eingängig dieses Bild ist, so täuscht es darüber hinweg, dass die Krankenkassen vieles "gemeinsam und einheitlich" regeln (müssen), weil es der Gesetzgeber so festgelegt hat. Der Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenkassen ist weitestgehend einheitlich, nur in sehr beschränktem Umfang können die Krankenkassen ihren Mitgliedern weitergehende "Satzungsleistungen" gewähren.

Der Leistungsumfang der GKV wird ausgehend von den gesetzlichen Vorgaben im "Gemeinsamen Bundesausschuss" beschlossen, einem Gremium, in dem der Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) mit den Spitzenverbänden der niedergelassenen Ärzte (und Zahnärzte) und der Krankenhäuser beraten, welche neuen Leistungen von den Krankenkassen zu finanzieren sind. Ohne Stimmrechte nehmen an den Beratungen Patientenvertreter teil, die von Selbsthilfeorganisationen entsandt werden.

Für alle Krankenkassen gelten aber auch zahlreiche Richtlinien, in denen der GKV-Spitzenverband festlegt, welche Anforderungen erfüllt sein müssen, damit eine bestimmte Leistung, z. B. der häuslichen Krankenpflege, von den Krankenkassen finanziert wird.

3. Kontroverse Positionen

Die Auseinandersetzung um die zukünftige Struktur der Gesundheitsversorgung ist mit der jüngsten Gesundheitsreform aber keineswegs abgeschlossen. Im Gegenteil sind nach der Bundestagswahl 2009 neue Anstrengungen zu erwarten, den Kompromiss der Koalitionsparteien entsprechend den dann gegebenen politischen Kräfteverhältnissen nachzujustieren. Zentrale Themen dabei sind vor allem das Verhältnis von GKV und PKV, der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt, die Ausweitung der finanziellen Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Prävention.

Nebeneinander von GKV und PKV: In Deutschland sind 90 Prozent der Bevölkerung in einer Gesetzlichen Krankenkasse versichert, zehn Prozent - vor allem Selbstständige, Beamte und Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze - haben eine private Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen abgeschlossen. In der Privaten Krankenversicherung orientieren sich die Prämien am individuellen Risiko (Alter, Vorerkrankungen) - nicht jedoch am Einkommen. In den Prämien sind Altersrückstellungen enthalten, die einen starken Anstieg der Prämien im höheren Alter mildern sollen. Während Selbstständige und Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sich vollständig privat versichern, müssen Beamte, die vom Staat oder von der Kirche eine Beihilfe erhalten, dies nur anteilig tun.

Dass man in Deutschland bei entsprechendem beruflichen Status und hohem Einkommen von der Pflichtmitgliedschaft in der GKV befreit ist (bzw. sich befreien lassen kann), erklärt sich historisch aus dem Umstand, dass die Gesetzliche Krankenversicherung ursprünglich den Zweck hatte, Arbeiter im Krankheitsfall vor der Verarmung zu schützen. In der weiteren Entwicklung wurden jedoch immer mehr Bevölkerungsgruppen in die GKV eingeordnet, weil sie das mit dem medizinisch-technischen Fortschritt steigende finanzielle Risiko einer schweren Erkrankung nicht alleine tragen können. Nach dem Konzept der "Bürgerversicherung", das SPD sowie die GRÜNEN politisch vertreten, soll diese Entwicklung mit der Integration der oben genannten übrigen Personengruppen ihren Abschluss finden. So wird darauf hingewiesen, dass in der PKV die Menschen mit der höheren Lebenserwartung, dem höheren Einkommen und dem geringeren Krankheitsrisiko versichert seien - und argumen-

tiert, diese "guten Risiken" sollten in die GKV-Solidargemeinschaft von Gesunden und Kranken, Reichen und Armen eingeordnet werden. Aber auch versicherungstechnisch werden Zweifel an der PKV geäußert: so könne die PKV die stark steigenden Gesundheitsausgaben ihrer Kunden nicht beeinflussen und sei auch nicht ausreichend für den Ausgabenanstieg im Zusammenhang mit der Überalterung der Gesellschaft gerüstet.

Die Befürworter der PKV vertreten hingegen die Auffassung, durch die Kapitaldeckung sei die PKV besser für den demographischen Wandel als die GKV gerüstet und die von ihr finanzierten höheren Honorare dienten dem medizinischen Fortschritt sowie dem Erhalt des Gesundheitssystems. Im Deutschen Bundestag vertritt die FDP die Auffassung, in einer freien Gesellschaft müsse jeder das Recht haben, sich oberhalb einer Basisabsicherung nach seinen Präferenzen zu versichern. Während damit die Abschaffung der GKV als Pflichtversicherung gefordert wird, mehren sich die Stimmen aus verschiedenen Lagern, die das Nebeneinander von PKV und GKV neu ordnen wollen. Nach Auffassung einiger Versicherungsunternehmen sollte die GKV in ihrem Umfang reduziert und auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt werden, während sich die Privaten Krankenversicherungsunternehmen auf Zusatzversicherungen beschränken sollten. Andere politische Stimmen orientieren sich an der niederländischen Reform der Krankenversicherungen (2006), die einen einheitlichen Markt für Krankenvollversicherungen (mit zahlreichen Wahloptionen) geschaffen hat, auf dem private und vormals gesetzliche Krankenversicherungen im Wettbewerb miteinander stehen.

Beitragsgestaltung in der GKV: In der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es künftig zwei Beiträge; der allgemeine Beitrag wird für die meisten Versicherten direkt vom Arbeitgeber bzw. von der Rentenversicherung an die Einzugsstelle der Krankenkasse bzw. des Gesundheitsfonds abgeführt. Hingegen soll die Krankenkasse direkt beim Mitglied einen Zusatzbeitrag erheben, wenn sie ihre Ausgaben nicht mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (d. h. den allgemeinen Beiträgen) decken kann. Der Zusatzbeitrag darf maximal ein Prozent des versicherungspflichtigen Einkommens oder ohne Einkommensbezug maximal acht Euro im Monat betragen. Da er von der einzelnen Krankenkasse erhoben wird und die Mitglieder bei Erhebung oder Anhebung des Zusatzbeitrags ein außerordentliches Kündigungsrecht haben,

wird der Zusatzbeitrag das wesentliche Element des Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen sein. Politisch bietet die Doppelung von allgemeinem Beitrag und Zusatzbeitrag verschiedene Gestaltungsoptionen: So könnte der allgemeine Beitragssatz (für den heute ein Mechanismus der Anpassung vorgesehen ist) fixiert werden wie es in der Pflegeversicherung über Jahre der Fall war. Diese Option befürworten vor allem die Arbeitgeberverbände, die die Lohnnebenkosten begrenzen wollen. Der Zusatzbeitrag könnte angehoben, vom Einkommen entkoppelt oder mit Wahlтарifen verbunden werden. Über diese Optionen werden die verschiedenen politischen Akteure anlässlich einer neuen Gesundheitsreform diskutieren.

Demographischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt: Seit einigen Jahren wird über die künftige Beitragsentwicklung der Krankenkassen für die Jahre nach 2025 diskutiert, wenn die geburtenstarken Jahrgänge das Rentenalter erreichen. Es gibt verschiedene Szenarien eines Beitragsanstiegs, wobei seriöse Berechnungen als Hauptursachen für einen deutlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben den medizinisch-technischen Fortschritt und die steigende Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen identifizieren. Die "Überalterung" der Gesellschaft an sich trägt ebenfalls, aber in geringerem Maße, zur Erhöhung der Ausgaben bei. Für die Gesetzliche Krankenversicherung sind daneben die strukturelle Arbeitslosigkeit und die stagnierende Lohnsumme wesentliche finanzielle Risiken. Insofern hängt die finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung auch wesentlich von der Einkommensentwicklung und einer längeren Erwerbstätigkeit gesunder älterer Menschen ab.

Innerhalb des Gesundheitswesens wird es vor allem darum gehen, den medizinisch-technischen Fortschritt und die Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen zu bewerten und zu steuern. Strittig ist dabei nicht nur, welche Innovationen (z. B. Diagnostik, Arzneimittel, Operationen) einen nachhaltigen Nutzen für die Patienten versprechen, sondern auch wie der Nutzen sowie das Kosten-Nutzen-Verhältnis bestimmt werden sollen. Immerhin gibt es seit 2007 - nach dem Vorbild Englands - eine zuvor lange umstrittene Kosten-Nutzen-Bewertung bei der Einführung neuer Arzneimittel. Erste Kosten-Nutzen-Bewertungen durch das damit betraute "Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" (IQWiG) sind kontrovers aufgenommen worden.

Leistungsumfang der GKV: Ausweitung der finanziellen Eigenverantwortung/Reduktion der GKV auf eine Basiskrankenversicherung. Angesichts begrenzter Einnahmen wird im Vorfeld der nächsten Gesundheitsreform auch über weitere Einschnitte in den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert werden. Seit den 1980er Jahren sind immer wieder Leistungen der GKV in den Bereich der "finanziellen Eigenverantwortung" der GKV-Mitglieder verlagert worden, so zuletzt 2003 die rezeptfreien Arzneimittel und die Brillengläser. In der politischen Diskussion waren und sind aber auch grundsätzlichere und tiefergehende Einschnitte: so solle sich die GKV auf das medizinisch Notwendigste, eine Grundversorgung beschränken, alles weitere sei jedem einzelnen überlassen. Es ist jedoch in den zurückliegenden Jahren nicht gelungen, eine "Grundversorgung" mit medizinischen Gründen abzugrenzen. Deshalb sind Einschnitte in den Leistungsumfang der GKV - zumindest was die zurückliegenden Gesundheitsreformen angeht - eher als politische Beschlüsse anzusehen, die sich am angestrebten Einsparvolumen und der Zumutbarkeit für die Wählerinnen und Wähler orientieren. Die Aufspaltung der Krankenversicherung in eine "Grundversorgung" unterhalb des heutigen GKV-Niveaus und eine Vielfalt von Zusatzversicherungen sollte also eher unter gesellschafts- und sozialpolitischen Gesichtspunkten diskutiert werden - und nicht mit dem Anspruch das gesundheitlich Notwendige ethisch zu fixieren und zu legitimieren. Hier ist z. B. zu fragen: Wie viele Haushalte haben die Möglichkeit, Mittel für eine Zusatzabsicherung zurückzulegen? Wie würden sich die verschiedenen Reformoptionen auf Haushalte mit hohem Armutsrisiko auswirken? Und grundsätzlicher: Wie viel Gleichheit im Krankheitsfall erscheint - unter den verschiedenen weltanschaulichen Voraussetzungen - notwendig?

Primärprävention und gesundheitliche Ungleichheit. Großen Reformbedarf sehen praktisch alle gesundheitspolitischen Akteure im Bereich der Prävention. Während in Deutschland die Sekundärprävention, d. h. die Krankheitsfrüherkennung im Rahmen medizinischer Behandlung relativ gut ausgebaut ist und die Tertiärprävention, d. h. der Schutz vor weiteren Erkrankungen und Einschränkungen in Folge einer Erkrankung in der medizinischen Rehabilitation einen wichtigen Ansatzpunkt bildet, ist Primärprävention nicht ausreichend gesetzlich - und gesellschaftlich - verankert. Über die Notwendigkeit, die Primärprävention, d. h. den Schutz vor Erkrankungen durch Schaffung gesunder Lebensverhältnisse und Einübung gesunder Lebensweisen zu

stärken, besteht ein weit gehender Konsens. Bis zu 70 Prozent aller schweren Erkrankungen gelten als durch Primärprävention beeinflussbar. Allerdings liegen die Felder der Primärprävention und Gesundheitsförderung weit ab vom ausgebauten und ressourcenzehrenden medizinisch-pflegerischen System - und sie haben vorrangig andere als gesundheitliche Aufgaben und Ziele: Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, die öffentliche Infrastruktur im Wohnbezirk sind die Orte, an denen sowohl die Ressourcen für ein gesundes Leben als auch die Belastungen und Erkrankungsrisiken zu finden sind. Die Stärkung der Prävention ist also eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht an die Krankenkassen oder das Gesundheitswesen allein delegiert werden kann. Allerdings können und müssen die Krankenkassen und alle anderen Akteure im Gesundheitswesen eine Leitfunktion bei der Verankerung der Primärprävention übernehmen.

Besonders deutlich wird dies, wenn man die Problematik der gesundheitlichen Ungleichheit ernst nimmt, die in allen europäischen Ländern auf der Tagesordnung steht. Trotz des Ausbaus der Gesundheitssysteme klafft eine große Lücke zwischen der Lebenserwartung der obersten und der untersten Einkommensklasse. Diese Lücke zu schließen, haben sich die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union vorgenommen ("Closing the gap").⁶ Wenn man sich jedoch mit den Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit beschäftigt wird deutlich, dass nicht nur direkte gesundheitsschädliche Umwelteinflüsse (z. B. Emissionen, belastende Arbeitsplätze) und Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Suchtmittel) die behinderungsfreie Lebenszeit der unteren Schichten verkürzen, sondern die sozialen Verhältnisse (Bildung, Einkommen, Einfluss auf die eigene Umgebung) starken Einfluss auf die Lebenszeit und -qualität haben. Die Wahrnehmung gesundheitlicher Ungleichheit wirft ein kritisches Licht auf die sozialen Verhältnisse in der Gesellschaft insgesamt.

4. Evangelische Perspektiven

Ähnlich wie die medizinische Ethik vor dem Hintergrund unterschiedlicher Welt- und Menschenbilder, Organisationsinteressen und individuellen Ansprüchen und Präferenzen einen tragfähigen praxisorientierten Konsens bilden muss, muss auch die sozialetische Reflexion grundlegender Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik auf "mittleren Prinzipien" basieren. Diese Prinzipien müssen formal weitestgehend

konsensfähig sein, wie es z. B. die gesundheitspolitischen Zielsetzungen im Rahmen des EU-Sozialschutzes sind. Die Mitgliedsstaaten verpflichten sich darauf, allen (d. h. der gesamten Bevölkerung) Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und auf die Erschwinglichkeit und finanzielle Nachhaltigkeit einer angemessenen, hochwertigen Gesundheitsversorgung hinzuwirken (EU-Sozialschutzziele 2006⁷).

Diese formal weitgehend konsensfähigen Prinzipien des universalen Zugangs, der Qualität und der finanziellen Nachhaltigkeit sind sozialetisch auf dem Hintergrund der verschiedenen Welt- und Menschenbilder zu reflektieren und inhaltlich zu füllen. So kann der *Zugang* zur Gesundheitsversorgung auf sehr unterschiedliche Weise konkretisiert werden, z. B. als Recht, einen Krankenversicherungsvertrag abzuschließen oder als Recht, die staatlich finanzierte Gesundheitsversorgung ohne weiteres in Anspruch zu nehmen. Auch die *Angemessenheit* der Gesundheitsversorgung kann in unterschiedlichen Gesellschaften und je nach Welt- und Menschenbild verschieden gefasst werden, z. B. als Anspruch auf die Behandlung akuter Krankheiten oder auf das individuell mögliche Höchstmaß an Gesundheit usw. Schließlich wird auch die finanzielle *Nachhaltigkeit* unterschiedlich bestimmt werden, je nachdem welche öffentlichen und privaten Mittel zur Finanzierung des entsprechenden Gesundheitssystems herangezogen werden und welche gesamtwirtschaftliche Entwicklung prognostiziert wird.

Ähnlich wie bei den "mittleren Prinzipien" der medizinischen Ethik müssen die jeweils von einem Welt- und Menschenbild ausgehenden Argumentationen von vornherein auf einen "überlappenden Konsens" (Rawls) mit anderen weltanschaulichen Perspektiven angelegt sein. Dabei wird man einerseits auf einen humanen, humanitären, menschenrechtlich und sozialstaatlich geprägten Grundkonsens rekurrieren, andererseits Raum für Wahlfreiheiten entsprechend den unterschiedlichen Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger freihalten.

⁶ Deutscher Partner in den europäischen Netzwerken zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: <http://www.bzga.de/>

⁷ http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2006/objectives_de.pdf

Neben den Prinzipien der Gesundheitspolitik werden aber auch einzelne Problemkonstellationen von unmittelbarer sozialetischer Relevanz sein. Wenn beispielsweise Menschen in Pflegeeinrichtungen nicht ausreichend von Ärzten aufgesucht werden, wenn die Chancen einer bedarfsgerechten Versorgung mit dem sozialen Status variieren oder wenn es eine größere Gruppe irregulärer Migranten faktisch ohne Zugang zum Gesundheitssystem ist, so ist die Thematisierung dieser Sachverhalte oft mit einem moralischen Urteil verbunden. Dabei wird nicht aus der Perspektive des Gesundheitssystems argumentiert, sondern aus der ethischen Perspektive betroffener, beteiligter und handelnder Personen, die den Einzelfall oder die Fallgruppe, von der viele Menschen betroffen sind, moralisch intuitiv beurteilen und sich praktisch und politisch für einen bestimmten Lösungsansatz einsetzen.

Dieses von moralischen Intuitionen getragene Engagement ist ein wichtiges Element zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Die Antipsychotherapie-, die Selbsthilfe- oder die Hospizbewegung haben die Strukturen und Leistungen des Gesundheitswesens nachhaltig verändert. Ausgehend von einer jeweils speziellen, moralisch bestimmten Perspektive, die selbst nicht von der gesamten Gesellschaft geteilt wurde oder wird, sind die Regeln des Gesundheitswesens verändert worden. Unter den moralischen Perspektiven auf die Praxis des Gesundheitswesens ist neben dem Berufsethos der Angehörigen der Gesundheitsberufe und dem Ethos der Nächstenliebe und altruistischen Zuwendung zu Menschen in akuter Not auch das Ethos der Selbstbestimmung und Sorge um sich selbst hervorzuheben, durch das die Regeln, Strukturen und Leistungen des Gesundheitssystems sinnvoll in Frage gestellt werden.

Einen formalen Ort erhält die Perspektive der Betroffenen, wenn das medizinisch-pflegerische System unter dem Gesichtspunkt der Rechte (Patientenrechte, Rechte pflegebedürftiger und behinderter Menschen) thematisiert werden. Dabei geht es im Regelfall gar nicht um neue Rechtssetzungen, sondern darum, dass die geltenden Menschen- und Bürgerrechte von den großen bürokratischen Institutionen (Krankenkassen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen etc.) konsequent und zugunsten ihrer Mitglieder/Patienten ausgelegt und umgesetzt werden.

Evangelische Perspektiven für die Gesundheitspolitik sind in der jüngeren Vergangenheit vor allem in den Denkschriften der Evangelischen Kirche in Deutschland entwickelt worden. Die Denkschriften bzw. Studien entstehen in der Kammer für Soziale Ordnung, in der neben Sozialethikern Protestanten aus den großen meinungsbildenden gesellschaftlichen Organisationen (Parteien, Arbeitgeber, Gewerkschaften usw.) vertreten sind. In der *Denkschrift „Mündigkeit und Solidarität“* (1994) wurden die zentralen Themen der Gesundheitsreformdebatte der 1980-90er Jahre erörtert. Die Denkschrift spricht sich für mehr Wahlfreiheit der Versicherten/Patienten - also für den Kassenwettbewerb - und auch dafür aus, dass dieser Kassenwettbewerb über einen Risikostrukturausgleich einen solidarischen Rahmen erhält. Auf die Disparität zwischen Ausgaben und Einnahmen der GKV wird in der Denkschrift mit Überlegungen zum medizinisch-technischen Fortschritt und der schwer begrenzba- ren Nachfragen nach gesundheitlichen Leistungen als "Kostentreiber" reagiert. Als Kehrseite des medizinischen Fortschritts wird die "Chronifizierung von Gebrechen in der Bevölkerung" wahrgenommen, denen das auf die Akutversorgung konzentrierte Gesundheitswesen nicht gerecht wird. Angesichts der Zunahme der Krankenhausesweisungen wird der "Trend zum Krankenhaus" kritisiert und Veränderungen in den Versorgungsstrukturen gefordert.

Mit den Leitbegriffen "Mündigkeit" und "Solidarität" werden - in dieser Reihenfolge - die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortung der Versicherten/Patienten, anschließend das komplementäre Solidarsystem ethisch reflektiert. Wenn die Kammer in diesem Zusammenhang von einer "Grundversorgung für alle im Rahmen eines obligatorischen solidarischen Versicherungssystems" (77) spricht, die notwendig und ethisch begründet sei, wird ein Rahmen gesetzt, der das gesamte gesundheitspolitische Spektrum in Deutschland noch umgreift. Denn es wird offen gelassen, ob die Grundversorgung der heutigen GKV entspricht oder eine unterhalb der heutigen GKV liegende Basisversorgung ist, wie sie von liberaler Seite vertreten wird. Ebenso wird offen gelassen, ob das obligatorische Versicherungssystem tatsächlich die gesamte Bevölkerung (auch Beamte und Selbstständige) umfasst, also eine Art Bürgerversicherung wäre.

Die Studie der Kammer für soziale Ordnung *Solidarität und Wettbewerb* (2002), die nicht den Rang einer vom Rat der EKD approbierten Denkschrift hat, führt die Grund-

linien der Denkschrift fort, indem sie für "mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit" plädiert. Der Krankenkassenwettbewerb wird deutlich befürwortet - und erstmals auch die Einbeziehung der privaten Versicherungsunternehmen in einen einheitlichen Wettbewerb mit Kontrahierungszwang erwogen. Die Krankenkassen sollen nicht mehr über ihre Verbände die Rahmenbedingungen des Leistungsgeschehens festlegen, sondern das Recht erhalten, die Versorgung in Einzelverträgen mit Leistungserbringern zu vereinbaren. Des Weiteren soll der Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung differenziert werden; sichergestellt werden müsse lediglich eine "zureichende Standardversorgung" die die "Sicherung eines Lebens in Würde" gewährleisten solle. Darüber hinaus seien unterschiedliche "Leistungs- und Beitragspakete" zu ermöglichen, die von einer staatlichen Zertifizierungsagentur zu prüfen wären. Erwogen wird eine allgemeine Krankenversicherungspflicht in der GKV und die Abkopplung der Beiträge von den Löhnen, d. h. die Einbeziehung anderer Einkommensarten für den Krankenversicherungsbeitrag.

Die Studie ist - wenn man parteipolitische Kategorien anwendet - von einer *sozial-liberalen* Handschrift bestimmt: In der Sozialdemokratie zu Hause ist die Krankenversicherung für alle (Bürgerversicherung) und die Einbeziehung aller Einkommensarten bei der Ermittlung der Beiträge sowie der Gedanke eines von den Krankenkassen beherrschten Wettbewerbs der Leistungserbringer. Klassisch liberale Ideen sind die Beschränkung der Solidarität auf eine Standardversorgung, die Betonung der Eigenverantwortung und Wahlfreiheit der Bürgerinnen und Bürger (Wahltarife und -leistungen). Ethisch-theologisch zieht die Kammer die Grenze bei der "Sicherung eines Lebens in Würde" und plädiert für einen biblisch begründeten Realismus, demzufolge Begrenzungen und Gefährdungen zum Leben, zur Gesundheit gehörten.

Das *Diakonische Werk der EKD* bezieht Stellung zum Gesundheitswesen im Sinne einer Option für die Armen und setzt daher etwas andere Akzente in der Gesundheitspolitik. Die Diakonie tritt vor allem für einen universalen Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung für alle (allgemeine Krankenversicherung, niedrigschwellige Gesundheitsdienste) sowie für die Belange chronisch kranker und behinderter sowie pflegebedürftiger Menschen ein. Da diese Menschen einen hohen gesundheitlichen Bedarf, jedoch in der Regel keine finanziellen Mittel haben, um Leistungen privat zu finanzieren oder zu versichern, tritt die Diakonie - wie auch die

anderen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege - dafür ein, die Gesetzliche Krankenversicherung weiterhin als vollständige Versicherung des Krankheitsrisikos auszugestalten und steht einer Absenkung des Schutzniveaus kritisch gegenüber.

Die Gesundheitsreformen waren in jüngster Zeit auch ein Thema der *akademischen philosophischen und theologischen Ethik*.⁸ Dabei stehen vor allem das Verhältnis von Eigenverantwortung und sozialer Sicherung und die Frage der Rationierung im Gesundheitswesen im Mittelpunkt. Beide Fragenkomplexe werden wesentlich als Fragen der Gerechtigkeit thematisiert. Dabei wird der Begriff der Gerechtigkeit selbst differenziert und sehr unterschiedlich akzentuiert. So wird z. B. zwischen Verteilungs-, Bedarfs- und Chancengerechtigkeit unterschieden. Mit dem Begriff der Verteilungsgerechtigkeit wird die Verteilung von Ressourcen unter dem Gesichtspunkt thematisiert, dass eine Ungleichverteilung (die im Gesundheitsbereich die Regel ist) zu begründen ist. Dabei ist der gesundheitliche Bedarf ein wichtiger Grund: Eine Ungleichverteilung ist dann akzeptabel, wenn jeder entsprechend seinem Bedarf Leistungen erhält, auch wenn dies bedeutet, dass gesunde Personen keine Leistungen und ein kleiner Teil sehr kranker Menschen einen großen Anteil von Leistungen erhalten. Mit dem Begriff der Chancengerechtigkeit (auch Befähigungsgerechtigkeit) wird besonders auf den Umstand Rücksicht genommen, dass Gesundheit nicht ein isolierbares Gut, sondern eine das ganze Leben bestimmende "Verwirklichungschance" (A. Sen) darstellt, z. B. zur Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben. Gesundheitliche Leistungen sind demnach so zuzumessen, dass die Menschen in die Lage versetzt werden, so gut wie individuell möglich ein aktives Leben in Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben zu führen. Indem damit Gesundheit in Beziehung zur Teilhabe am Leben insgesamt gesetzt wird, wird auch das Recht auf Gesundheit in Beziehung zu anderen Menschenrechten gesetzt.

Die Vertreter des Konzeptes der Befähigungsgerechtigkeit wenden sich damit gegen radikal-liberale Konzepte, nach denen sich die Bürgerinnen und Bürger eines Staates wechselseitig nur in gesundheitlichen Notfällen beistehen müssen und im Übrigen individuell für ihre Gesundheit verantwortlich sind. Zugespitzt hat diese Auffassung der Ökonom F. v. Hayek, demzufolge *soziale Gerechtigkeit* ein "quasi-religiöser Aberglaube" sei, der zu Unrecht freiwillige soziale Verpflichtungen in die Sphäre der

Gerechtigkeit hineinziehe. In gemäßigter Form wird diese Unterscheidung auch von W. Kersting vorgenommen, der die Sphäre der Gerechtigkeit von dem für die Entwicklung der Krankenkassen wichtigeren Konzept der Solidarität unterscheiden will.⁹ Die umfassende Krankenversicherung moderner Sozialstaaten trifft aber nicht nur aus Gerechtigkeitsgesichtspunkten auf philosophische Kritik; auch der auf die Antike zurückgehende Gesichtspunkt der vernünftigen Lebensführung einschließlich der Sorge für die eigene Gesundheit und die Vorsorge für künftige Notfälle wird normativ zur Geltung gebracht (z. B. von O. Höffe).¹⁰

Ebenfalls als Frage der Gerechtigkeit wird die Frage diskutiert, ob und wie gesundheitliche Leistungen *rationiert* werden dürfen.¹¹ Der Ausgangspunkt dieser Diskussion ist die Knappheit der Mittel in den Systemen der sozialen Sicherung, die angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts und des höheren Bedarfs einer alternden Bevölkerung zwangsläufig zur Rationierung, d. h. Zuteilung und Vorenthaltung von gesundheitlich notwendigen Leistungen führen werde. So geht der Ökonom F. Breyer davon aus, dass ohne ein Rationierungsregime die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung in den kommenden zwanzig Jahren auf 25 Prozent des Einkommens steigen werden und beschäftigt sich in Zusammenarbeit mit Sozialphilosophen mit legitimen Formen der Rationierung von gesundheitlichen Leistungen. Breyer tritt dafür ein, ab dem Lebensalter von 80 Jahren die gesundheitlichen Leistungen zu beschränken und im Rahmen der GKV keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr zu finanzieren.¹² Die Frage der Altersrationierung hat eine intensive Debatte ausgelöst, in der u. a. über die Relevanz des chronologischen vs. biologischen Alters, über andere Einschnitte in den gesetzlich garantierten Leistungskatalog, über die Alternative einer rein privaten Absicherung des Gesundheitsrisikos, bei der keine staatlich legitimierten Rationierungsentscheidungen erforderlich sind. Bei dieser Debatte kommen die in der philosophischen Diskussion befindlichen Gerechtigkeitskonzepte (J. Rawls, Utilitarismus) zur Anwendung, zugleich wird über den

⁸ Vgl. z. B. C. F. Gethmann u. a.: *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Berlin: Akademie-Verlag 2004.

⁹ W. Kersting, *Theorien der sozialen Gerechtigkeit*, Stuttgart: Metzler 2000.

¹⁰ Otfried Höffe: *Medizin in Zeiten knapper Ressourcen - oder: Besonnenheit statt Pleonexie*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998), B-174- 177. dazu kritisch T. Jähnichen, *Die soziale Konstruktion von "Knappheit"*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 43 (1999), 22-25.

¹¹ Vgl. Th. Gutmann, V. Schmidt (Hg.), *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 2002.

¹² F. Breyer, *Das Lebensalter als Abgrenzungskriterium für Grund- und Wahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung? In: Gerecht behandelt? - Paderborn: mentis-Verl. - 2006, S. 149-161*

Schutz des menschlichen Lebens und die Bedeutung von Langlebigkeit und behinderungsfreien Lebensjahren für ein gelingendes Leben reflektiert.

Als wichtige begriffliche Differenzierung ist aus der Debatte über Rationierung im Gesundheitswesen die Unterscheidung zwischen *Rationierungsentscheidungen*, bei denen eine im Prinzip verfügbare Leistung aus ökonomischen Gründen (den knappen Mitteln der Krankenkasse) vorenthalten werden kann, und *Priorisierungen*, d. h. Entscheidungen über die Ausgestaltung der gesundheitlichen Infrastruktur und des Leistungskataloges, hervorgegangen.¹³ Rationiert würde demnach, wenn einem Schlaganfallpatient die Aufnahme in eine bestehende stroke unit (eine spezielle Einrichtung zu Akutbehandlung von Schlaganfällen) verwehrt würde. Eine Priorisierung bestünde in einer Entscheidung darüber, welche Form der Schlaganfallbehandlung (Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation) Vorrang hätte - und welche Versorgungsstrukturen entsprechend bereitzustellen wären. Erhielte die Akutbehandlung des Schlaganfalls eine niedrige Priorität, so würde dies bedeuten, dass die meisten Schlaganfallpatienten nicht in den Genuss der Leistung kämen, da sie nicht wohnortnah verfügbar wäre.

Die Frage nach der Priorisierung gesundheitlicher Leistungen, die auch in den beiden Enquete-Kommissionen des Dt. Bundestags zu Ethik und Recht der modernen Medizin auf der Tagesordnung stand¹⁴, ist keine reine Frage der Gerechtigkeit, sondern eine fachliche und politische Frage. Die politische Grundfrage lautet: Welche gesundheitlichen Leistungen sollen vorrangig von der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellt werden? Wesentliche fachliche Gesichtspunkte sind die Bewertung des Nutzens sowie des Verhältnisses von Kosten und Nutzen verschiedener gesundheitlicher Leistungen.

Unter den neueren evangelischen Sozialethikern hat sich vor allem P. Dabrock im Anschluss an A. Sens Konzept der Befähigungsgerechtigkeit mit den Grundkriterien für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens auseinandergesetzt.¹⁵ Dabrock tritt

¹³ Vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Deutsches Ärzteblatt 40 (104) 2007, A 2750-2754.

¹⁴ Vgl. V. Neumann, J. Nicklas-Faust, M.H. Werner (2005): Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen. Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" des Dt. Bundestages, 15. Wahlperiode.

¹⁵ P. Dabrock, Capability-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik, 46 (2001), 201-215.

insbesondere Positionen entgegen, die im Anschluss an politisch bzw. philosophisch liberale Positionen die soziale Absicherung des Gesundheitsrisikos isoliert betrachten und auf ein Minimum reduzieren wollen. H. Kreß hat die Frage aufgegriffen, inwiefern ein verfassungsmäßiges Recht auf Gesundheit, das im Grundgesetz nicht kodifiziert ist, eine sinnvolle Grundlage für die Gesundheitspolitik sein könnte.¹⁶ Der Mainstream evangelischer Sozialethik nimmt die Ausgestaltung des Gesundheitswesens hingegen noch nicht als sozialetische Fragestellung wahr, sondern setzt bei ethischen Fragen der medizinischen Praxis und Forschung und den Fragen des Lebensschutzes am Anfang und am Ende des Lebens an.

Aus Sicht der katholischen Soziallehre hat sich unter anderem Th. Bormann an der ethischen Diskussion über die Ausgestaltung des Gesundheitswesens beteiligt. Er erweitert die klassische Lehre der Sozialprinzipien (Personalität, Solidarität, Subsidiarität) um eine wirtschaftsethische Perspektive auf Markt und Wettbewerb, um davon Erfordernisse für die Gestaltung des Gesundheitswesens (Arzt-Patienten-Verhältnis, Solidarität und Wettbewerb der Krankenkassen) abzuleiten, die der deutschen Wirklichkeit sehr nahe kommen.¹⁷ U. Kostka bewertet aus einer ähnlichen Perspektive die philosophischen Grundpositionen zum Gesundheitswesen (Liberalismus, Kontraktualismus, Utilitarismus, Egalitarismus) und kommt ebenfalls zu einem positiven Urteil über den deutschen Weg (Rahmenbedingungen des Staates, Ausgestaltung durch die Versichertengemeinschaft). In einer Analyse der gesundheitspolitisch antagonistischen Wahlprogramme des Jahres 2003 (Bürgerversicherung vs. Kopfpauschale bzw. Bürgerpauschale) analysiert Kostka, inwiefern die Reformalternativen ethischen Grundprinzipien genügen und übt bei insgesamt positivem Urteil Detailkritik an den Positionierungen.¹⁸

Die politischen Diskussionen im Umfeld von Gesundheitsreformen sind in hohem Maße von *moralischen* Intuitionen der verschiedenen Akteure geprägt. Insofern ist Gesundheitspolitik ein lohnendes Gebiet für die sozialetische Reflexion, die diese Intuitionen auf Menschen- und Gesellschaftsbilder, Theorien der Gerechtigkeit und

¹⁶ H. Kreß, Das Recht auf Gesundheit - Impulse aus der EU-Verfassung, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 49 (2005), 3-8.

¹⁷ Th. Bormann, Organisierte Gesundheit. Das deutsche Gesundheitswesen als sozialetisches Problem, Berlin: Duncker und Humblot 2003.

¹⁸ U. Kostka, Die Zukunft der sozialen Sicherung gegen Krankheitsrisiken: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung, in: M. Schramm, H.-J. Kracht, U. Kostka (Hg.): Der fraglich gewordene Sozialstaat, Paderborn: Schöningh 2006.

des guten Lebens zurückführt, Widersprüche aufdeckt und auf diese Weise klärend und korrigierend in die politische Debatte zurückwirkt. Der Blick durch die genannten Dokumente zeigt deutlich, dass die sozialetische Reflexion sich an den diskussionsbestimmenden Trends (Eigenverantwortung, Rationierung usw.) abarbeitet, also eher nachgehende Reflexion gesellschaftlicher und politischer Praxis ist - und weniger deduktive Theoriebildung. Die aktuelle politische Diskussion über eine Entlastung des Solidarsystems durch Stärkung der Eigenverantwortung ist für die evangelische Sozialethik eine geradezu systematische Herausforderung.

Evangelische Sozialethik hat sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts aus der Einsicht entwickelt, dass die großen sozialen Lasten und Risiken des Lebens nicht vom Individuum allein, sondern nur im Rahmen gesellschaftlicher Solidarität und staatlichen Schutzes zu tragen seien. Diese Entwicklung ging so weit, dass die Dimension des individuellen Verhaltens in der Sozialethik praktisch ausgeklammert wurde. Die auch von den Denkschriften der EKD aufgegriffenen Plädoyers für mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung werfen nun die Frage nach der Beziehung zwischen Sozialstaat, gesellschaftlicher Solidarität und individueller Lebensführung neu auf. In der sozialetischen Theoriebildung ist diese Frage noch nicht gründlich erörtert worden. Die Schwierigkeiten liegen auf der Hand: Welche Verantwortung kann dem Individuum für sein gesundheitliches Geschick sinnvoll zugeschrieben werden? Darf die gesellschaftliche Solidarität enden, wenn gesundheitsschädliches Verhalten das Eintreten einer Krankheit wesentlich mitbeeinflusst hat? Und wie sind günstige oder ungünstige Lebensverhältnisse bei dieser Abwägung zwischen staatlicher und individueller Verantwortung zu veranschlagen? Von der sozialetischen Theoriebildung ist keine direkte Antwort auf dieser eminent politischen Frage zu erwarten, wohl aber eine Einordnung und Klärung ihrer Voraussetzungen.

Peter Bartmann, Mai 2009

Literatur:

H. Reiners, *Mythen der Gesundheitspolitik*, Bern: Huber 2009.

Th. Gutmann, V. H. Schmidt (Hg.), *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Weilerswist: Velbrück 2002.

P. Dabrock, Capability-Approach und Decent Minimum, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 46 (2002), 202-215.

Zeitschrift für Evangelische Ethik 43 (1999) Heft 1 "Knappe Ressourcen". www.zee.de