

Mittwoch, den 15. November 2006, Galerie der Heinrich-Böll-Stiftung, 19h

„Solidarische Gesundheitsversorgung als Mindestversorgung“

Vortrag von Stefan Huster

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich werde Ihnen heute ein bestimmtes Modell vorstellen, nämlich das Modell, und so lautet dann auch der Titel meines Vortrages: einer „Solidarischen Gesundheitsversorgung als Mindestversorgung“. Warum sollten wir also die solidarische Gesundheitsversorgung als eine Form der Mindest- oder Grundversorgung verstehen?

Der Vorschlag, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Art Mindest- oder Grundversorgung zurückzuführen und im Übrigen die Absicherung den Bürgern in Form von privaten freiwilligen Zusatzversicherungen zu überlassen, ist in den letzten Jahren immer wieder gemacht worden, hat sich aber am Ende nicht durchgesetzt. Dafür scheinen mir im Wesentlichen zwei Gründe verantwortlich zu sein: Erstens macht es enorme Probleme, einen plausiblen Katalog der Grundversorgung aufzustellen; zweitens ist immer, wenn dieser Vorschlag gemacht worden ist, der Einwand – es ist ein politisch wirkungsmächtiger Einwand – erhoben worden, ein derartiges Modell sei sozial ungerecht. Ich möchte im Folgenden zunächst einmal die Gründe darstellen, die meines Erachtens die Idee einer Grundversorgung attraktiv machen. Ich möchte im Zweiten diesen Einwand der sozialen Gerechtigkeit diskutieren, wobei ich glaube, dass man insofern zwei Arten von Argumenten unterscheiden muss: nämlich einmal Argumente, die allgemein auf eine Vorstellung sozialer Gerechtigkeit bezogen sind, und zum zweiten Anforderungen, die gerade auf einen Mindeststandard an Gesundheitsversorgung bezogen sind. Schließlich möchte ich abschließend etwas zum Verhältnis dieser beiden Diskussionen sagen.

Damit zum ersten Punkt: Warum sollten wir über so etwas wie eine Grundversorgung in der öffentlichen Gesundheitsversorgung nachdenken?

Ich glaube, dass die gegenwärtigen Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung im Wesentlichen auf der Einnahmeseite zu verorten sind, bedingt

durch wegbrechende Einnahmen durch die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit. Auf Dauer werden wir die Probleme aber auf einer ganz anderen Seite bekommen, nämlich auf der Ausgabenseite, und zwar insbesondere durch zwei Faktoren: Zum einen durch die demografische Entwicklung und zum anderen – das ist der wesentliche Kostentreiber – durch den medizinisch-technischen Fortschritt. Das liegt im Wesentlichen daran, dass das, was die medizinische Wissenschaft sich ausdenkt, im Wesentlichen Zusatzcharakter hat. Die meisten Leistungen, die neu auf den Markt kommen, ersetzen nicht alte Verfahren, sondern es sind zusätzliche Verfahren der Diagnose und der Therapie.

Nun kann man sagen: Eigentlich sind das ja ausgesprochen gute Nachrichten. Die Menschen werden immer älter und die Medizin wird immer besser. Trotzdem ist es natürlich so: Wenn wir so weitermachen, dass wir allen Bürgern alles, was medizinisch sinnvoll und machbar ist, zur Verfügung stellen, müssen wir - wie alle ernstzunehmenden Prognosen sagen - mit einem erheblichen Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung rechnen. Daher müssen wir auch über eine Einschränkung des medizinisch Sinnvollen und Notwendigen nachdenken. Das nennt man – mit einem etwas fragwürdigen Begriff, der sich aber durchgesetzt hat und den ich deshalb auch verwende – Rationierung.

Ich glaube, dass die gegenwärtige Politik, die mit dem Stichwort ‚Beitragssatzstabilität‘ arbeitet und trotzdem nicht über Leistungsbegrenzungen entscheiden mag, in gewisser Weise ein Täuschungsmanöver ist. Sie führt nämlich dazu, dass das Problem der so genannten impliziten Rationierung auftritt. Implizite Rationierungen sind die, die ad hoc am Krankenbett getroffen werden, die undurchsichtig sind, die intransparent sind, die sozialpolitisch völlig ungesteuert sind und die vor allem auch in keiner Weise am Gleichheitsgedanken orientiert sind. Wenn es Leistungsbegrenzungen gibt – die gibt es und die wird es in Zukunft zunehmend geben –, dann müssen wir das anhand expliziter, also transparenter und sinnvoller Kriterien diskutieren.

Da die künftigen Kostensteigerungen im Gesundheitssystem auf Faktoren beruhen werden, die von der Ausgestaltung dieses Systems relativ unabhängig sind, glaube ich auch nicht, dass dieses Problem abschließend gelöst werden kann, indem man die Fehlsteuerung im gegenwärtigen System, die es zweifellos geben mag, reduziert oder indem man darüber nachdenkt, neue Finanzierungsquellen aufzutun. Das ist das, was die Gesundheitspolitik in den letzten Jahren versucht hat. Sie hat sich nämlich, erstens, konzentriert auf die Einnahmeseite - denken Sie an die Diskussion über Bürgerversicherung, also Einbeziehung weiterer Beitragszahler; denken Sie an die Diskussion über die Einbeziehung weiterer

Einkommensarten in die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Neben der Einnahmeseite hat sie sich vor allem - und tut das jetzt wieder ganz massiv - auf das konzentriert, was man Rationalisierung nennen kann: Den Versuch, das System effizienter zu machen, indem man zum Beispiel den Wettbewerb zwischen den Kassen oder den Wettbewerb unter den Leistungsbringern anzuheizen und dadurch Kostenreserven freizusetzen versucht.

Beides sind natürlich sinnvolle Überlegungen: Eine gerechte und sinnvolle Finanzierung; eine Abkoppelung dieser Finanzierung von den Arbeitskosten ist an und für sich ein ausgesprochen sinnvolles Projekt. Genauso ist der Grundsatz, dass Rationalisierung vor Rationierung geht, grundsätzlich richtig. Ich glaube nur eben nicht, dass diese beiden Dinge auf Dauer hinreichen werden, um einen erheblichen Anstieg des Beitragssatzes zu verhindern. Man muss sich dabei auch überlegen, dass man immer nur einmal rationalisieren kann. Wenn eine bestimmte Fehlsteuerung, eine Ineffizienz im System abgebaut ist, dann ist die weg, das können Sie nicht andauernd machen. Außerdem sollten wir auch nicht die Illusion haben, dass ausgerechnet das Gesundheitssystem, wo erhebliche Interessen vorhanden sind, das einzige gesellschaftliche System ist, das ohne Reibungsverluste und ohne Ineffizienzen funktionieren kann. Ich arbeite zum Beispiel an einer Universität, und ich kann Ihnen sagen: Da gibt es eine ganze Reihe von Ineffizienzen. Ich weiß nicht, wie das in Ihren Lebensbereichen ist, aber es ist nicht gerade einleuchtend, dass wir gerade im Gesundheitswesen derartige Fehlsteuerungen vollständig vermeiden können. Deswegen glaube ich: Wir müssen uns auf die Dauer damit anfreunden, dass wir tatsächlich auch über echte Leistungsbegrenzungen und in dem Sinne über Rationierung reden.

Nun ist das gegenwärtige Gesundheitssystem besonders schlecht auf diese Diskussion eingerichtet ist, und zwar in drei unterschiedlichen Dimensionen:

Erstens: In krankensicherungsrechtlicher Hinsicht. Die gesetzliche Krankenversicherung lässt in doppelter Hinsicht Überlegungen zur Leistungsbeschränkung im Moment eigentlich nicht zu: zum einen deshalb nicht, weil die Gesetzeslage so ist, dass dem Versicherten alles, was medizinisch sinnvoll und möglich ist, zur Verfügung gestellt werden muss, ohne dass sich jemand die Frage stellt, ob denn hier mit der jeweiligen Maßnahme ein Nutzen gestiftet wird, der die Kosten rechtfertigt. Das ist nicht nur problematisch, weil dort viel Geld ausgegeben wird, sondern auch, weil es nicht nur auf die Kosten, sondern auch, wie die Ökonomen sagen würden, auf die Opportunitätskosten ankommt. Opportunitätskosten sind diejenigen Kosten, die dadurch entstehen, dass man

das, was man in dem einen System ausgibt, an anderer Stelle eben nicht ausgeben kann. Gerade für das Gut der Gesundheit zeigen alle Untersuchungen, dass das, was in anderen Lebensbereichen – in Bereichen wie Bildung, Umweltschutz, Sicherheit, Gesundheit am Arbeitsplatz – passiert, viel wichtiger für den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist, als das, was im medizinischen Versorgungssystem im engeren Sinne passiert. Das heißt, es ist, selbst wenn man nur auf das Gut der Gesundheit blickt, auf Dauer eine Art Ressourcenverschwendung, wenn wir uns genötigt sehen, da einen erheblichen Teil des verfügbaren Volkseinkommens hineinzuleiten mit der Folge, dass andere Bereiche massiv unterfinanziert sind – siehe zum Beispiel den Bereich der Universitäten.

Institutionell hat die gesetzliche Krankenversicherung ein Problem, mit Leistungsbegrenzungen umzugehen, weil sie nicht über die richtigen Entscheidungsverfahren und Entscheidungsstrukturen verfügt. Wir haben ja ein Krankenversicherungssystem, das auf dem Gedanken der Selbstverwaltung beruht, und wir streiten, juristisch und auch politisch, schon seit langer Zeit, ob denn die dort vorhandenen Institutionen - insbesondere der berühmte Gemeinsame Bundesausschuss - für die Entscheidungen, die sie innerhalb dieses Systems treffen, hinreichend legitimiert sind. Darüber kann man so oder so denken. Aber völlig klar ist, dass jedenfalls für die Entscheidungen, die in Zukunft auf uns zukommen werden, diese Legitimationsstrukturen nicht hinreichen. Das hat sich auch schon in einigen Fällen gezeigt. Denken Sie an die Entscheidung des Bundesausschusses, dass das Medikament Viagra nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden darf. Das war eine klare Rationierungsentscheidung. Das haben die Sozialgerichte sofort aufgehoben und das musste der Gesetzgeber, was er inzwischen auch getan hat, selber regeln.

Aus einem zweiten Grunde ist unser Gesundheitssystem auf diese Diskussion nicht gut eingestellt, und das hängt zusammen mit den verfassungsrechtlichen Grundlagen. Im Verfassungsrecht neigen nämlich die Gerichte - und auch relativ viele Kollegen von mir - zu der Auffassung, dass Gesundheit uns eigentlich jeden Preis wert sein müsse. Bei Gesundheit dürfe es keine Abwägung zwischen den Kosten und dem Nutzen geben. Wir haben da ein ganz erstaunliches Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Dezember des letzten Jahres (2005) gehabt. Es ging um einen Fall, in dem ein junger Mann eine Muskelkrankheit hatte, die nach allen üblichen medizinischen Maßstäben nicht behandelt, jedenfalls nicht geheilt werden konnte. Nun hat der junge Mann einen Arzt getroffen, der ihm eine Therapie angeboten und versprochen hat, dass diese Therapie hilft, die bisher als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht anerkannt ist. Seine

Krankenversicherung hat daraufhin gesagt, sie wolle ihm das nicht bezahlen. Der junge Mann bzw. seine Eltern haben dann geklagt bis hin zum Bundesverfassungsgericht. Das Bundesverfassungsgericht hat ihnen tatsächlich Recht gegeben. Ich lese Ihnen den entscheidenden Satz dieses Beschlusses vor: Es sei mit den Grundrechten und dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, einem gesetzlich Krankenversicherten für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Das heißt also: Es ist mit unserer Verfassung nicht vereinbar, wenn bei einer halbwegs ernsthaften Krankheit die Finanzierung einer Leistung durch die Krankenversicherung versagt wird, selbst dann nicht, wenn es ausgesprochen ungewiss ist – und das war in dem Fall extrem ungewiss –, dass das überhaupt medizinisch sinnvoll ist. Von der Höhe der Kosten ist sowieso gar keine Rede in der Entscheidung. Das heißt nun - wenn man das ernst nimmt, ich hoffe wir müssen es nicht ganz ernst nehmen -, dass die für das Gesundheitswesen aufzuwendenden Mittel sich im Grunde genommen überhaupt nicht mehr begrenzen lassen. Das ist die Gefahr verfassungsunmittelbarer Leistungsansprüche, gegen die der Gesetzgeber dann in gewisser Weise völlig wehrlos ist.

Wenn Sie sich anschauen, was in dem konkreten Fall getan wurde, dann ist der junge Mann zum Beispiel behandelt worden mit einer Methode namens Bioresonanztherapie. Das ist ein Verfahren, das der Bundesausschuss schon für unwirksam erklärt hat und das in den Vereinigten Staaten aus Gründen des Verbraucherschutzes sogar verboten worden ist. Trotzdem ist das Verfassungsgericht hier zu der Ansicht gekommen, dass die gesetzliche Krankenversicherung das bezahlen muss, und zwar weil der junge Mann gesagt hat: Mir hilft das. Nun wissen wir alle: Es gibt Placeboeffekte und es ist im Einzelfall kaum nachzuweisen, was wirklich hilft und was nicht hilft. Aber man sieht daran, wie stark auch auf der Ebene des Verfassungsrechts der Druck ist, dem Leistungsbegehren der Bürger an der Stelle stattzugeben. Das führt dazu, wenn man das konsequent weiterdenkt, dass man im Grunde genommen aus verfassungsrechtlichen Gründen überhaupt keine Leistungseinschränkung an dieser Stelle vornehmen kann.

Dritter Punkt, warum wir im Moment für diese Diskussion nicht gut gerüstet sind: Politisch darf man über Rationierung noch nicht wirklich diskutieren. Alle Politiker vermeiden den Begriff, vermeiden es auch, darüber zu reden. Es gibt inzwischen einige wenige

Forschungsprojekte zu dem Thema. Neulich hat es eine Veranstaltung des Nationalen Ethikrats zu der Frage gegeben. Aber politisch ist das immer noch eine Angelegenheit, an die man am besten nicht rührt, obwohl alle wissen, dass das Problem auf uns zukommt.

Wenn die Beschreibung der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitssystems nicht ganz unzutreffend ist, dann haben Modelle der Grund- oder der Mindestversorgung demgegenüber jedenfalls zwei Vorteile. Der erste Vorteil besteht darin, dass die Kosten für diejenigen Leistungen, die nicht in der Grundversorgung enthalten sind und die der einzelne Bürger selber versichern muss, dann transparent werden. Der Einzelne muss nun wirklich überlegen, welche Leistung ihm welchen Preis wert ist. Das hat nicht nur den Vorteil, dass man dann sieht, was das kostet, sondern das hat auch den Vorteil, dass bei vielen ziemlich heiklen Fragen der Gesundheitsversorgung die Politik ein Stück weit aus der Verantwortung genommen wird. Das ist überhaupt nicht zynisch gemeint; ich glaube, wir tun gut daran, wenn wir, soweit es geht, das politische System von bestimmten, besonders schwierigen und existentiellen Fragen an der Stelle entlasten.

Ein zweiter Vorteil von Grundversorgungsmodellen besteht darin, dass die Bürger dann mehr selber entscheiden können: wie viele Gesundheitsleistung sie einkaufen, welche Gesundheitsleistungen sie einkaufen. Denken Sie an diesen Kulturkonflikt zwischen Schulmedizin und alternativer Medizin, der auch in dem Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht eine Rolle spielte. Dieser Konflikt muss dann nicht mehr kollektiv gelöst werden, sondern kann jenseits der Grundversorgung von den einzelnen Bürgern beantwortet werden, ob sie bestimmte Leistungen von alternativen Therapieeinrichtungen in Anspruch nehmen möchten oder nicht.

Warum reden wir dann aber eigentlich, wenn das doch solche Vorteile hat, wenn die Bürger selber entscheiden können, überhaupt noch über ein öffentliches Gesundheitssystem? Warum reden wir überhaupt noch über die Festlegung eines bestimmten Korbs von Leistungen, der die Grundversorgung ausmacht? Nun, das liegt daran, dass, auch wenn sie das Gesundheitswesen völlig privatisieren würden - zum Beispiel über eine Versicherungspflicht, wie Sie das von der Kfz-Haftpflicht beim Auto kennen -, festgelegt werden muss, was der Einzelne denn mindestens versichern muss. Das liegt daran, dass wir uns es nicht vorstellen können, dass jemand zum Krankenhaus kommt und sagt: „Ich habe einen Blinddarmdurchbruch, ich bin aber nicht dagegen versichert.“ Wir können uns nicht vorstellen, dass der dann nach Hause geschickt wird. Sobald der weiß, dass er so oder so behandelt wird, völlig unabhängig davon, ob er dagegen versichert ist oder nicht, wird er sich nicht dagegen versichern. Wir kriegen dann das, was die

Ökonomen ein ‚Trittfahrer-Problem‘ nennen. Deswegen hilft die ganze Diskussion über die genaue Organisation des Gesundheitswesens an der Stelle eigentlich nicht weiter. Wir müssen so oder so überlegen: Was muss der Einzelne zur Verfügung gestellt bekommen und wo wären wir bereit, eine Behandlung zu verweigern, wenn er das nicht getan hat?

Ich komme jetzt in einem zweiten Schritt zu den Fragen der sozialen Gerechtigkeit, die gemeinhin gegen Grundversorgungsmodelle vorgebracht werden. Wie gesagt glaube ich, dass man darunter zwei ganz unterschiedliche Dinge verstehen kann: einmal kann damit ein Einwand gemeint sein, der sich auf die finanziellen Verteilungswirkungen von Grundversorgungsmodellen bezieht; das andere Mal kann sich der Einwand direkt auf diesen Mindeststandard der Gesundheitsversorgung beziehen.

Zunächst zum ersten Einwand: Dieser sagt uns – er ist in der sozialpolitischen Diskussion auch ganz führend –, dass Grundversorgungsmodelle deshalb sozial ungerecht seien, weil sie die Umverteilungswirkung der gegenwärtigen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in zweierlei Hinsicht reduzieren. Jede Versicherung ist in gewisser Weise eine Umverteilungsmaschine: Sie verteilt nämlich immer um von denjenigen, bei denen ein bestimmtes Risiko nicht eintritt, zu denen, bei denen das Risiko eintritt. Das hat aber noch nichts mit sozialer Gerechtigkeit zu tun, sondern das ist bei jeder Versicherung so. Die GKV enthält aber zwei Elemente der Umverteilung, die tatsächlich einen spezifisch sozialen Aspekt haben. Der eine Aspekt ist der, dass die GKV von den Gesunden zu den Kranken umverteilt. Sie tut das, indem sie die Höhe der Versicherungsbeiträge nicht von dem individuellen Krankheitsrisiko abhängig macht - anders als die Private Krankenversicherung das tut, wo Sie, wenn Sie alt und gebrechlich sind, mehr zahlen müssen, als wenn Sie jung und gesund sind. Je mehr Leistungen Sie jetzt aus dem Versorgungskatalog der GKV herausnehmen und der privaten Absicherung überlassen, desto mehr reduziert sich natürlich dieser Umverteilungseffekt von Gesunden zu Kranken. Grundversorgungsmodelle stellen deshalb insoweit eine Umverteilung von den schlechten zu den guten Risiken dar. Zweiter Aspekt: Wir haben im Moment in der GKV eine Umverteilung von den einkommensstarken zu den einkommensschwachen Mitgliedern, weil die Beiträge nicht nur risikoindifferente sind, sondern sie sind sogar bemessen nach dem jeweiligen Einkommen. Auch da ist es so: Je mehr Leistung sie aus dieser in diesem Sinne solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung herausnehmen, ist das eine Belastung der einkommensschwachen Bürger, also insoweit ein Moment der Umverteilung von den einkommensschwachen zu den einkommensstarken Bürgern.

Wenn man aufgrund der Reduktion dieser Umverteilungseffekte Grundversorgungsmodelle unfair findet, dann liegt dem eine bestimmte Betrachtungsweise zugrunde: nämlich die Betrachtungsweise, dass Veränderungen im Gesundheitswesen sich nicht zu Lasten der bereits schlechter Gestellten, nämlich, knapp gesagt, der Armen und Kranken auswirken dürfen, und dass es gerecht sei, wenn wir auch in finanzieller Hinsicht im Gesundheitssystem eine Art von Gleichheit herstellen. Anders gesagt, hier liegt die Überzeugung zugrunde, dass Krankheit bzw. Krankheitsanfälligkeit auf der einen Seite keine finanziellen Auswirkungen haben darf und dass auf der anderen Seite die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auch keine Auswirkungen auf den Zugang zu medizinischen Leistungen haben darf.

Nun glaube ich, dass man das zwar politisch so sehen mag, dass es aber aus juristischer und auch aus einer etwas grundsätzlicheren sozialphilosophischen Sicht kein besonders überzeugender Einwand ist:

Erstens: Wir haben in der Verfassung überhaupt keinen Maßstab dafür, wie groß denn die sozialen Unterschiede unter den Bürgern sein dürfen. Wie groß darf die finanzielle Belastung sein, die bei dem Einzelnen durch eine Krankheit entstehen mag. Wir haben dafür weder juristisch noch politisch einen sinnvollen Maßstab.

Zweitens: Der Einwand, dass Krankheit keine finanziellen Auswirkungen haben darf und die finanziellen Möglichkeiten keinen Einfluss haben dürfen auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung, ist gesundheitspolitisch völlig uninteressant, weil er die Einkommens- und Vermögensverteilung in unserer Gesellschaft insgesamt betrifft. Auch wenn wir ein Gesundheitswesen hätten, das nicht solidarisch finanziert ist wie das jetzige, würde niemand dem Gesetzgeber verbieten, die sich daraus ergebenden sozialen Unzuträglichkeiten an anderer Stelle auszugleichen - im Steuersystem oder wo auch immer. Wahrscheinlich wäre das ordnungspolitisch sogar viel günstiger, das eben nicht im Gesundheitssystem zu machen, weil man an einigen Stellen sehen kann, dass die Krankenversicherung auch erheblich darunter leidet, dass man sie mit allen möglichen Umverteilungsaufgaben befrachtet.

Schließlich der dritte, grundlegendste Einwand: Diese Idee der Gleichheit, die hinter diesem Einwand steht, dürfte das Grundproblem der ganzen Angelegenheit nicht zutreffend beschreiben. Das Grundproblem der sozialen Gerechtigkeit besteht nämlich nicht eigentlich darin, dass die Einkommens- und Vermögensunterschiede unter den Menschen so groß sind, sondern es beruht darauf, dass es einigen schlecht geht. Das ist das Kernproblem. Wenn alle die Möglichkeit haben, ein sinnvolles Leben zu führen, eine

vernünftige Gesundheitsversorgung zu bekommen, dann kann man sich fragen, was darüber hinaus soziale Gerechtigkeit eigentlich noch bedeuten soll. Ich habe den Verdacht, dass diese relationale Betrachtungsweise, die immer wieder auf Gleichheit abstellt, den Fokus auf eine ganz unangemessene Weise verschiebt. In unserer gesundheitspolitischen Diskussion streiten wir uns darüber, ob es denn nicht sozial ungerecht ist, wenn eine Praxisgebühr bezahlt werden muss, die natürlich für alle gleich hoch ist und die daher diejenigen, die nicht so ein hohes Einkommen haben, härter trifft. Oder wenn Zuzahlungen bezahlt werden müssen in einem vergleichsweise geringen Umfang. Darüber können wir uns monatelang ereifern und das geht dann durch die Zeitungen. Aber dass es beispielsweise Versorgungsprobleme für Leute mit chronischen Krankheiten gibt, und dass die Krankenkassen an der Stelle anfangen, massiv zu sparen. und es den Leuten dann wirklich schlecht geht, das interessiert in gewisser Weise niemanden mehr. Das ist eine Verzerrung der Perspektive, dass wir bei relativ geringfügigen finanziellen Auswirkungen in die Luft gehen, auf der anderen Seite aber, was die Zielgenauigkeit des Systems angeht, nicht besonders sensibel sind.

Deswegen glaube ich: Das ist eine politische Machtfrage, wie solidarisch denn jetzt genau die Gesundheitsversorgung finanziert werden muss. Aber das ist einer der Punkte, die wir eher an zweiter Stelle klären sollten. Wir sollten uns erst überlegen: Was soll denn eigentlich die Gesundheitsversorgung leisten und wem soll das zugute kommen? Wo sind Defizite in der Versorgung? Wie das finanziert wird, ist ein zweiter Punkt. Man sollte die beiden Diskussionen nicht ständig miteinander vermischen. Das heißt im Ergebnis, dass der springende Punkt die Frage ist: Was muss jedermann an medizinischen Leistungen zur Verfügung stehen – relativ unabhängig von der Frage, wie es finanziert wird? Wie können wir einen Mindeststandard der Gesundheitsversorgung bestimmen?

Man merkt relativ schnell, dass uns die Unterscheidung von einer Mindestsicherung und einer Vollsicherung im Bereich der Gesundheit anders als in anderen Bereichen erhebliche Probleme macht. Wir wissen ganz gut, dass es beim Wohnen zum Beispiel Luxus und eine Grundausstattung gibt. Eine 60 qm-Wohnung für zwei oder drei Leute ist eben etwas anderes als eine riesige Villa im Grünen. Wir wissen auch beim Essen, dass es da einen Unterschied gibt: McDonald's ist kein Fünf-Sterne-Lokal.

Bei der Gesundheitsversorgung ist das allerdings sehr viel schwieriger. Da haben wir große Probleme zu sagen: Das ist Luxus und das ist das Basisequipment, das eigentlich jeder haben sollte. Sozialpolitisch kommt diese Schwierigkeit unter anderem darin zum Ausdruck, dass wir sagen: Wir wollen keine „Zweiklassenmedizin“ haben. Auch das

Sozialrecht sieht das in gewisser Weise so, weil wir ja in vielen anderen Lebensbereichen eine klare Abstufung haben, zum Beispiel zwischen dem Normalverdiener und dem Sozialhilfeempfänger. Nicht aber in der Medizin: Der Sozialhilfeempfänger wird, was die Gesundheitsversorgung betrifft, genauso behandelt wie der ganz normal in der GKV Versicherte.

Ich glaube, dass es für diese Weigerung, Abstufungen in der medizinischen Versorgung zuzulassen, auch gute Gründe gibt. Diese Gründe bestehen darin, dass Gesundheit eben ein ganz besonderes Gut ist. Gesundheit hat, erstens, so etwas wie einen existenziellen Bezug. Gesundheit hat, zweitens, den Charakter eines transzendentalen Gutes: Gesund zu sein, ist einfach die Voraussetzung der Möglichkeit, viele andere Dinge tun zu können. Drittens ist Gesundheit in einer Wettbewerbs- und Leistungsgesellschaft besonders wichtig, weil nämlich Gesundheit, der gesundheitliche Zustand und der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, überhaupt erst die Chancengleichheit gewährleistet, die die unterschiedlichen Ergebnisse dieses Prozesses einer Wettbewerbsgesellschaft legitimieren kann. Deswegen ist das bei der Gesundheit tatsächlich alles besonders schwierig.

Nun kann das aber, wenn meine Beschreibung zu Beginn des Vortrags richtig ist, ja nicht heißen, dass jedermann alles zur Verfügung stehen muss. Dann fressen uns die Gesundheitskosten auf die Dauer auf. Sondern wir müssen die Möglichkeit haben, eine Abwägung vorzunehmen zwischen Kosten und Nutzen medizinischer Maßnahmen. Dann müssen wir aber zwei Fragen gleichzeitig beantworten, nämlich: Wie viel für die Gesundheitsversorgung insgesamt ausgegeben werden soll - und wie die Gesundheitsversorgung dann verteilt wird. Das Problem ist: Wie können wir das machen, wenn wir auf der einen Seite nicht mehr einfach an die medizinische Zweckmäßigkeit einer Leistung anknüpfen können, weil auch medizinisch zweckmäßige Leistungen nicht mehr ohne weiteres finanziert werden können, wenn wir aber auf der anderen Seite auch nicht einfach den Bürgern sagen können: Überlegt euch das doch selber? Das können wir deshalb nicht sagen, weil wir eine ganze Reihe von Bürgern in unserem Gemeinwesen haben, die über keine Ressourcen verfügen, um eine derartige Absicherungsentscheidung treffen zu können.

Ich möchte folgenden Vorschlag machen, wie man aus diesem Dilemma herauskommt. An der Prämisse, dass Gesundheit ein so fundamentales Gut ist, dass wir eine Spaltung unserer Gesellschaft hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsleistungen vermeiden sollten, möchte ich festhalten. Gesundheit ist tatsächlich etwas Besonderes und es wäre geradezu ein Witz, wenn wir unter dem neuen Paradigma des vorsorgenden oder des aktivierenden

Sozialstaates gerade an der Stelle, der Gesundheitsversorgung, die nun für das Projekt von ganz zentraler Bedeutung ist, eine soziale Kluft aufreißen lassen. Das darf aber nun wiederum nicht dazu führen, dass sich die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung gar nicht mehr begrenzen lassen. Das heißt, jeder hat zwar einen Anspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung, aber die Frage, was angemessen ist, lässt sich nicht mehr nur nach medizinischen Kriterien beantworten, ob die Leistung sinnvoll ist, sondern sie lässt sich nur noch beantworten, wenn wir die Kosten mit bedenken und wenn wir die Gesundheitsversorgung auch mit anderen Gütern und Zielen, die uns wichtig sind - Bildung, Umweltschutz - in ein Verhältnis setzen können.

Die Frage, was nun für angemessen gehalten wird an Gesundheitsversorgung, ließe sich theoretisch jedenfalls relativ simpel feststellen. Sie lässt sich nämlich einfach dadurch feststellen, dass man die Bürger selbst entscheiden lässt. Wenn wir beispielsweise eine öffentliche Gesundheitsversorgung auf einem bestimmten Mindestniveau hätten, könnte man beobachten, was sich die Bürger zusätzlich über diese Grundversorgung hinaus einkaufen. Genau das, was sich typischerweise die Bürger zusätzlich zu dieser Gesundheitsversorgung einkaufen, das müsste dann auch denen zur Verfügung gestellt werden, die keine eigene Absicherungsentscheidung treffen können, weil sie keine Ressourcen dafür zur Verfügung haben. Das würde bedeuten, dass der Anspruch auch desjenigen, der keine private Zusatzversicherung abschließen kann, bezogen wird auf die Absicherungsentscheidung eines Durchschnittsbürgers. Er soll von der Normalversorgung nicht ausgeschlossen werden, aber wir müssen eine Möglichkeit finden, auch diese Form der Normalversorgung zu begrenzen. Da ist das Modell: Wir lassen die Bürger oberhalb einer knapp definierten Mindestversorgung erst einmal selbst entscheiden. Dann wird es einen Prozess geben, wo sich herausstellt, was man zusätzlich noch für sinnvoll hält. Und das, was dort für zusätzlich sinnvoll gehalten wird, wird regelmäßig in die Mindestversorgung, die allen zur Verfügung gestellt wird, einbezogen.

Lassen Sie mich drittens und abschließend noch etwas zum Verhältnis dieser beiden Diskussionen über soziale Gerechtigkeit im allgemeinen und über die Mindestversorgung in diesem speziellen Sinne sagen. Ich glaube, das zentrale Manko jedenfalls für die Zukunft des Gesundheitswesens liegt darin, dass das System keine sinnvolle Abwägung zwischen Gesundheit und anderen Gütern bzw. zwischen Gesundheit und den dafür aufzuwendenden Kosten zulässt. Wir müssen daher irgendeine Möglichkeit finden zu

klären, was wir für die Gesundheit ausgeben wollen, ohne dass dies zu sozial unverträglichen Ergebnissen führt.

Der Vorschlag, den ich gemacht habe, läuft darauf hinaus, an einer egalitären Ausgestaltung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung - nicht notwendigerweise auch ihrer Finanzierung - festzuhalten. Die beiden Aspekte möchte ich gerne unterscheiden: Dass es tatsächlich geboten ist, jedem Bürger einen Mindeststandard an Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen; die Entscheidung, was dieser angemessene Mindeststandard ist, aber soweit wie möglich den Bürgern zu überlassen.

Nun ist es in einer freiheitlichen Gesellschaft gar nicht zu vermeiden, dass es auch Bürger geben wird, die über ganz erhebliche Ressourcen verfügen und die deshalb über auch diese aufgestockte Grundversorgung hinaus sich Ressourcen einkaufen werden. Jemand hat mir neulich erzählt: Bertolt Beitz gehören mehrere Krankenhäuser. Gut, der wird sicherlich eine Versorgung bekommen, von der wir alle nur träumen. Das ist auch gar nicht zu vermeiden. Aber was wir vermeiden können, ist, dass wir – Stichwort: Unterschicht – in unserer Bevölkerung eine Schicht haben, die von der Normalversorgung, die der Durchschnitt der Bevölkerung genießt, ausgeschlossen wird. Das kann man, glaube ich, über dieses Ergänzungsverfahren - jedenfalls als gedankliche Leitlinie - sicherstellen.

Nun hat das ganze Modell in gewisser Weise eine offene Flanke, weil man sagen könnte: Auf die Absicherungsentscheidung eines Durchschnittsbürgers abzustellen, ist absurd, weil die Einkommensverhältnisse in unserem Gemeinwesen schon so ungerecht sind. Dass die Bürger sich bestimmte Sachen nicht mehr leisten wollen oder können, das zeigt eben, dass wir die Einkommensverhältnisse grundlegend neu ordnen müssen. Wie kann es sein, dass Beitz mehrere Krankenhäuser besitzt und andere Leute anfangen müssen zu rechnen und zu sagen: Bestimmte Leistungen kaufe ich nicht mehr zusätzlich ein.

Es mag Gesellschaften geben, in denen das so ist. Ich vermute, wenn Sie zum Beispiel nach Brasilien gehen mit einer irrsinnig reichen Oberschicht und einer zum großen Teil fast verelendeten Bevölkerung, dann werden Sie natürlich nicht auf die Absicherungsentscheidung eines Durchschnittsbürgers abstellen können und sagen: Dass es ein paar wenige gibt, die mehr haben, das ist kein Problem. Ich glaube aber, dass wir in der Bundesrepublik in einer anderen Situation sind. Das lässt sich erkennen, wenn man sich die Güter anschaut, derentwegen die Bürger einen Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vermeiden wollen. Sie wollen Geld haben, um in den Urlaub fahren zu können, um sich Autos kaufen zu können, um sich Wohnzimmerschrankwände kaufen zu können usw. Solange es um solche Güter geht, kann

man mit Fug und Recht sagen, dass der Umstand, dass der Durchschnittsverdiener auch auf bestimmte medizinische Leistungen verzichten würde, wenn er darüber nachdenkt und Kosten und Nutzen abwägt, uns noch nicht dazu nötigt, die Revolution auszurufen und die Einkommensverhältnisse grundlegend neu zu sortieren.

Vielen Dank.