

Stefan Huster

Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Der Vorschlag, die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine Grundversorgung zu reduzieren, scheint in der gesundheitspolitischen Diskussion an Bedeutung zu gewinnen, ist aber nach wie vor heftig umstritten.¹ Im folgenden sollen zunächst die Gründe dargestellt werden, die für die Einführung einer Grundversorgung sprechen (1). Anschließend werden die Einwände, die in der öffentlichen Diskussion gegen diesen Vorschlag vorgebracht werden, auf ihre Plausibilität und verfassungsrechtliche Relevanz überprüft; dabei lassen sich Argumente, die allgemein auf eine Vorstellung sozialer Gerechtigkeit bezogen sind, von Anforderungen unterscheiden, welche auf einen Mindeststandard der Gesundheitsversorgung abstellen (2). Abschließend wird das Verhältnis dieser beiden Diskussionen betrachtet (3).

¹ Für Aufsehen sorgte insbesondere ein Strategiepapier aus dem Bundeskanzleramt, in dem eine Reduzierung der GKV-Leistungen auf eine Grundversorgung vorgeschlagen wird, während weitergehende Leistungen über private Zusatzversicherungen abgesichert werden müßten. Welche Leistungen aus der Grundversorgung herausgenommen werden sollen, läßt das Papier offen, betont aber, daß eine merkliche Kostenentlastung nicht erreicht werden könne, wenn lediglich „Bagatelleleistungen und medizinisch nicht notwendige Leistungen ausgesteuert werden“ (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 27.06.2001, S. 1). Das Bundesgesundheitsministerium und die SPD-Bundestagsfraktion haben darauf bisher ablehnend reagiert (vgl. etwa Handelsblatt vom 06.07.2001; Die Zeit vom 05.07.2001, S. 17f.); unterstützt wurde dieser Vorschlag dagegen von dem rheinland-pfälzischen Gesundheitsminister Gerster (vgl. Ärzte-Zeitung vom 04.07.2001) und der schleswig-holsteinischen Sozialministerin Moser (vgl. Ärzte-Zeitung vom 24.07.2001).

1 Grundversorgungsmodelle als Rationierungsmaßnahmen

1.1 Die Notwendigkeit der Rationierung

Die Vorschläge für die Einführung von Grundversorgungsmodellen² gehen von folgender Zustandsbeschreibung aus: Wenn weiterhin allen Bürgern alle medizinisch sinnvollen Leistungen zur Verfügung gestellt werden, wird in Zukunft ein unakzeptabel großer Anteil der volkswirtschaftlichen Ressourcen auf die Gesundheitsversorgung entfallen. Die gegenwärtige Politik – Kosten des Gesundheitswesens einzufrieren (Beitragssatzstabilität), ohne über Leistungsbegrenzungen zu entscheiden – ist ein Täuschungsmanöver; sie kann dauerhaft nur funktionieren, wenn sie sich auf die bereits feststellbaren impliziten Rationierungen (etwa durch das ärztliche Ordnungsverhalten) verläßt, die aber gleichzeitig als nicht beabsichtigt und rechtswidrig zurückgewiesen werden.³ Da die Kostensteigerung im Gesundheitswesen auf der demographischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt – also auf Faktoren, die von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems weithin unabhängig sind – beruht,⁴ kann das Problem durch den – jeweils nur einmal möglichen – Abbau von Verschwendung im gegenwärtigen System und die Erschließung neuer Finan-

² Grundversorgungsmodelle werden vorgeschlagen und diskutiert etwa bei: Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, Zwischenbericht vom 31.10.1988, BT-Drks. 11/3267, S. 14ff.; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sachstandsbericht 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, 1994, S. 171ff.; Arnold, M.: Solidarität 2000, 1993, S. 156ff.; Gitter, W. & P. Oberender: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1987, S. 98ff.; Gitter u. a.: Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1988, S. 89ff.; Sass, H.-M.: Persönliche Verantwortung und gesellschaftliche Solidarität. In: ders. (Hg.), Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, 1988, S. 93, 105ff.; und umfassend jetzt Kopetsch, T.: Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2001. Aus sozialphilosophischer Sicht befürwortet dies etwa Kersting, W.: Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung. In: ders. (Hg.), Politische Philosophie des Sozialstaats, 2000, S. 467ff.

³ Die gegenwärtige Lage gibt wohl bereits einen Vorgeschmack auf das, was passieren wird, wenn über die Begrenzung medizinischer Leistungen nicht offen diskutiert wird: Es entstehen erhebliche Konflikte innerhalb des Gesundheitswesens; die Rationierungen erfolgen ungesteuert und gerade deshalb auch sozial ungerecht: Der Vertragsarzt wird vermutlich am Quartalsende gerade bei denjenigen Patienten Leistungskürzungen vornehmen, die weder die erforderlichen Kenntnisse noch das Selbstbewußtsein besitzen, um diese Leistungen einzufordern, während eine gut situierte und gut ausgebildete Mittel- und Oberschicht hier häufig mit Erfolg insistieren wird. Kritisch zu impliziten Rationierungen auch Kopetsch: Rationierung medizinischer Leistungen (Anm. 2), S. 76ff.; Schmidt, V. H.: Gerechtigkeit im Gesundheitswesen angesichts neuartiger Problemlagen. In: Koller, P. (Hg.), Gerechtigkeit im politischen Diskurs der Gegenwart, 2001, S. 287, 292ff.

⁴ Vgl. dazu die Darstellung bei Kopetsch, ebenda, S. 30ff.

zierungsquellen zwar gemildert, keineswegs aber gelöst werden: Es geht um echte Rationierung, nicht nur um Rationalisierung.⁵ Das Gemeinwesen muß sich daher auf irgendeine Weise grundsätzlich überlegen, wieviel es für Gesundheit auszugeben bereit ist.

Die GKV in ihrer gegenwärtigen Form läßt diese Überlegung gar nicht zu, weil allen alle Leistungen zur Verfügung gestellt werden, ohne daß der einzelne Versicherte sich die Frage stellen muß, ob die konkrete Leistung einen Nutzen stiftet, der ihre Opportunitätskosten übersteigt. Dies führt zu einer Vernichtung gesellschaftlichen Wohlstands, da auf diese Weise Mittel in das Gesundheitssystem geleitet werden, die an anderer Stelle mit größerem Nutzen eingesetzt werden könnten. Dies gilt sogar für das Gut der Gesundheit selbst; so könnte durch eine Verbesserung der Wohnsituation, eine Anhebung des Bildungsniveaus oder eine Reduzierung der Umweltbelastungen sehr viel mehr für den Gesundheitszustand der Bevölkerung getan werden als durch die Investition entsprechender Mittel in sehr kostenintensive medizinische Leistungen, die keinen entsprechend hohen gesundheitlichen Nutzen bewirken.⁶ Das System ist daher durch eine offensichtliche Irrationalität gekennzeichnet: Es stellt Leistungen zur Verfügung, die der einzelne zu finanzieren nicht bereit wäre.

1.2 Die Vorteile des Grundversorgungsmodells

Als Lösung werden in dieser Situation Grundversorgungsmodelle vorgeschlagen: Die – durch Steuern oder Beiträge – finanzierte öffentliche Gesundheitsversorgung wird auf eine Grundversorgung reduziert; eine darüber hinausgehende Absicherung erfolgt durch freiwillige individuelle Zusatzversicherungen in der Privaten Krankenversicherung (PKV) oder durch entsprechende Wahltarife in der GKV.⁷

⁵ Vgl. dazu nur Schmidt; Gerechtigkeit (Anm. 3), S. 289ff.; Wille, Rationalisierung und Rationierung aus ökonomischer, insbesondere wohlfahrtstheoretischer Sicht. In: Häfner, H. (Hg.), *Gesundheit – unser höchstes Gut?* (Schriften der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften Nr. 4), 1999, S. 331ff.; und die Beiträge in Breyer, F., Kliemt, H. & F. Thiele (Hg.), *Rationing in Medicine*, 2002.

⁶ Zum vergleichsweise geringen Einfluß medizinischer Leistungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand vgl. Kopetsch: Rationierung medizinischer Leistungen (Anm. 2), S. 87ff.; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation (Gutachten 2000/2001, Kurzfassung), Tz. 12.

⁷ Nicht diskutiert wird hier das Problem, daß sich die Reduzierung der GKV auf eine Grundversorgung in das System der sozialen Sicherung einfügen muß. Daraus folgt: (1) Die Grundversorgung in der GKV darf aus Gleichheitsgründen das Niveau der entsprechenden Sozialhilfeleistungen nicht – zumindest nicht systematisch – unterschreiten. Insbesondere sind Fehlsteuerungen zu vermeiden, wie sie jetzt bereits dadurch auftreten, daß die Budgetierung und Deckelung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu einer impliziten Rationierung für die GKV-Mitglieder geführt haben, der Sozialhilfeempfänger nicht unterliegen.

Grundversorgungsmodelle besitzen insoweit zwei Vorteile:

- Die Kosten der Absicherung einzelner Risiken, die in der Grundversorgung nicht enthalten sind, werden transparent. Dadurch kann der einzelne kalkulieren, ob ihm bestimmte Leistungen ihren Preis wert sind. Dies führt zu einer Begrenzung der für das Gesundheitswesen aufzubringenden Kosten: Vermutlich werden die Bürger nicht ihr gesamtes frei verfügbares Einkommen in die Zusatzversicherung investieren, sondern auf bestimmte Leistungen verzichten, um sich auch andere Bedürfnisse und Wünsche erfüllen zu können.
- Auf die Fragen, wieviel für Gesundheit ausgegeben werden soll und welche Leistungen dies umfaßt, werden die Bürger unterschiedliche Antworten geben. In einem umfassenden kollektiven Versorgungssystem (wie der gegenwärtigen GKV) müssen diese Fragen politisch und allgemein verbindlich geklärt werden; den individuellen Präferenzen kann daher nicht Rechnung getragen werden. Das Grundversorgungsmodell vermeidet diese mißliche Konsequenz, indem es – jenseits der Grundversorgung, für deren Leistungen unterstellt wird, daß auf ihre Absicherung rationalerweise

Da die §§ 36, 37 BSHG derzeit eine Versorgung auf GKV-Niveau gewährleisten, muß bei der Einführung von Grundversorgungsmodellen in der GKV gleichzeitig das Niveau der Gesundheits- und Krankenhilfe in der Sozialhilfe abgesenkt werden. (2) Die aktuell diskutierten Grundversorgungsmodelle orientieren sich nicht allein – vielfach nicht einmal primär – an Kriterien der medizinischen Erforderlichkeit, sondern (auch) an ordnungspolitischen Maßstäben. Deshalb lassen sich Grundversorgungsmodelle auch nicht ohne weiteres als Anwendungsfall einer allgemeinen Diskussion über Gesundheitsstandards einordnen. So wird etwa vorgeschlagen, nur Leistungen mit einer gewissen Kostenintensivität, welche die Leistungsfähigkeit des einzelnen überfordern („Großrisiken“), nicht vorhersehbare und/oder nicht selbstverschuldete Krankheiten durch die Grundversorgung abzusichern. Daß dadurch auch übliche und medizinisch erforderliche Leistungen aus der Grundversorgung herausfallen, mag akzeptabel sein, solange die Betroffenen zu einer Zusatzversorgung in der Lage sind. Da dies aber bei Sozialhilfeempfängern und evtl. auch bei GKV-Mitgliedern, die ein geringes Einkommen haben oder für die Gesundheitsversorgung mehrerer Familienmitglieder aufkommen müssen, nicht unterstellt werden kann, müßte über Ausgleichsmechanismen/Härtere Regelungen nachgedacht werden, wenn jedermann zumindest die üblichen und medizinisch erforderlichen Leistungen gewährleistet werden sollen. (3) Insbesondere eine Beschränkung der GKV-Grundversorgung auf eine Absicherung von „Großrisiken“, welche die Leistungsfähigkeit des einzelnen überfordern („Subsidiarität“), stellt den Sozialversicherungscharakter der GKV in Frage. Konkrete verfassungsrechtliche Grenzen sind hier schwer zu ziehen; viel hängt auch von der näheren Ausgestaltung der Grundversorgung ab. Aber je mehr medizinisch erforderliche Leistungen aus der GKV herausgenommen werden – und dadurch dem einzelnen überlassen und der solidarischen Finanzierung entzogen werden –, desto schwieriger wird es, die GKV zu legitimieren und den Übergang zu einer allgemeinen steuerfinanzierten Grundversorgung zu vermeiden. Dieser Übergang wird von den meisten Grundversorgungsmodellen zwar nicht angestrebt; verfassungsrechtliche Bedenken beständen gegen ihn aber nicht, weil dem Grundgesetz keine Bestandsgarantie der Sozialversicherung zu entnehmen ist.

niemand verzichten kann – die Entscheidungen an die Individuen zurückgibt. Grundversorgungsmodelle stimmen daher eher mit dem Grundsatz des Respekts vor der individuellen Autonomie und Wahlfreiheit überein, während das gegenwärtige GKV-System viele Versicherte zwingt, Leistungen zu finanzieren, die sie von sich aus nicht absichern würden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es nicht nur um die unterschiedlichen Präferenzen als solche geht (z. B. größere oder geringere Risikoaversion), sondern auch um die sinnvolle Zuschreibung von Verantwortung (z. B. Einsparungen im individuellen Gesundheitsbudget durch gesundheitsbewußtes Verhalten).⁸

1.3 Gründe für eine kollektiv organisierte Grundversorgung

Nun mag man allerdings fragen, warum überhaupt noch an einer kollektiv organisierten Grundversorgung festhalten: Ließen sich die dargestellten Vorteile nicht auch – und sogar besser – erreichen, wenn auf ein kollektives System vollständig verzichtet und ein reines Marktmodell eingeführt würde?

Die Vertreter von Grundversorgungsmodellen verweisen insoweit in der Regel auf zwei Aspekte:

– Gewisse Leistungen, die medizinisch erforderlich sind und die Leistungsfähigkeit des einzelnen überfordern, müssen versichert werden, weil sie das Gemeinwesen auch dann nicht verweigern will, wenn der Betroffene auf Risiko gespielt und keine Versicherung abgeschlossen hat. Eine völlige Freigabe der Absicherung medizinischer Leistungen provoziert in dieser Situation aber ein Free rider-Verhalten, weil man sich darauf verlassen kann, auch ohne Versicherung an der Krankenhausporte nicht abgewiesen zu werden.

– Ein kollektives Sicherungssystem ist für eine solidarische Finanzierung der Grundversorgung (durch einkommensabhängige und krankheitsrisikoindifferente Versicherungsbeiträge oder Steuern) erforderlich, die soziale Härten vermeidet und zur politischen Akzeptanz des Grundversorgungsmodells beiträgt.

Beide Probleme ließen sich aber auch anders angehen: Dem Anreiz zum Free rider-Verhalten könnte durch eine Versicherungspflicht begegnet und das Finanzierungsproblem durch Transferzahlungen und Härtefallregelungen zumindest abgemildert werden. Grundversorgungsmodelle sind daher hinsichtlich der Organisation der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung weithin indifferent. Sie setzen weder ein öffentliches Versorgungssystem noch die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung in ihrer bisherigen Form voraus.

⁸ Beide Vorteile werden allerdings zunichte gemacht, wenn jenseits der Grundversorgung eine Pflicht zur Zusatzversicherung eingeführt wird; dies spricht etwa gegen den Vorschlag des Hartmannbundes, das Krankengeld aus dem Leistungskatalog in der GKV zu streichen, gleichzeitig aber eine Verpflichtung zum Abschluß einer entsprechenden Zusatzversicherung einzuführen (vgl. FAZ vom 09.01.2001, S. 17).

2 Verfassungsrechtliche Grenzen der Einführung von Grundversorgungsmodellen

In der gesundheitspolitischen Diskussion werden gegen die Einführung von Grundversorgungsmodellen insbesondere Bedenken vorgebracht, die sich auf die Verteilungswirkungen dieser Modelle beziehen. Nach einer Darstellung dieser Verteilungswirkungen (2.1) werden diese Bedenken in ihrer verfassungsrechtlichen Bedeutung untersucht (2.2, 2.3).

2.1 Verteilungswirkungen von Grundversorgungsmodellen

a) Es kann politisch gewollt oder verfassungsrechtlich geboten sein, allen Bürgern den Zugang zu einem Mindeststandard an Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Dieser Standard muß dann entweder in der angestrebten Grundversorgung bereits enthalten sein oder es muß – falls dies nicht der Fall ist, weil etwa die Grundversorgung aus ordnungspolitischen Gründen auch Leistungen des Mindeststandards ausschließt – auf andere Weise sichergestellt werden, daß auch Bürger, die mangels wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit keine Zusatzversicherung abschließen können, in den Genuß der entsprechenden Leistungen kommen.⁹

Wenn aber Grundversorgungsmodelle die oben beschriebenen Vorteile behalten sollen, so muß der Mindeststandard deutlich unter dem Versorgungsniveau liegen, das gegenwärtig die GKV vorsieht; dies gilt jedenfalls dann, wenn der Krankenversicherungsbeitrag für die Grundversorgung niedriger oder zumindest auf Dauer nicht deutlich höher sein soll als der jetzige GKV-Beitrag. Etwa die Gesundheitsversorgung in der Sozialhilfe, die ja zur Zeit dem GKV-Niveau entspricht und im Falle der Bedürftigkeit auch noch die im SGB V bereits vorgesehenen Zuzahlungen usw. enthält, läßt sich dann nicht mehr aufrechterhalten. Damit stellt sich die Frage, in welchem Umfang die Grundversorgung reduziert werden kann, was also der verfassungsrechtlich gewährleistete Mindeststandard ist.¹⁰

⁹ Die zweite Variante führt zu der weiteren Komplikation, daß unklar ist, ob und inwieweit Leistungen des Mindeststandards im Falle des Risikoeintritts tatsächlich verweigert werden können, wenn jemand trotz wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit auf eine zusätzliche Absicherung dieses Risikos verzichtet hat. Dies wird wohl nur bei Risiken möglich sein, die nicht existenzbedrohend oder üblicherweise nicht versichert sind; im übrigen wird man eine Versicherungspflicht für sinnvoll erachten. Dann entspricht dieses Modell aber weitgehend der ersten Variante und kann daher im folgenden vernachlässigt werden.

¹⁰ Zu diesem Zusammenhang vgl. vor allem Ebsen, I.: Verfassungsrechtliche Implikationen der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. In: NDV 1997, S. 71, 76.

b) Selbst wenn man davon ausgeht, daß die angestrebte Grundversorgung diesem verfassungsrechtlich gebotenen Mindeststandard entspricht, ist mit einem weiteren Einwand zu rechnen: Grundversorgungsmodelle seien „sozial ungerecht“. Dieser – in der politischen Diskussion beliebte – Einwand gründet sich darauf, daß diese Modelle die Umverteilungswirkungen der gegenwärtigen GKV in zweierlei Hinsicht deutlich reduzieren.

– Jede Krankenversicherung enthält in gewisser Weise eine Umverteilung von den Gesunden zu den Kranken. In der gegenwärtigen GKV erfährt diese Umverteilung aber eine besondere Betonung, weil die Höhe der Versicherungsbeiträge von dem individuellen Krankheitsrisiko unabhängig ist. Je mehr Leistungen nun aus der – in diesem Sinne – solidarisch finanzierten Grundversorgung herausgenommen und der Zusatzversicherung in der PKV (die die Beiträge nach dem Äquivalenzprinzip, also risikoabhängig bemißt) überlassen werden, desto geringer wird dieser Umverteilungseffekt. Schlechte Risiken werden für die Leistungen, die sie nun in einer Zusatzversicherung absichern, höhere Beiträge zahlen müssen als bisher (anteilig) in der GKV; für Geringverdienende wird es voraussichtlich häufig gar nicht möglich sein, eine private Zusatzversicherung zu finanzieren. Grundversorgungsmodelle führen daher – verglichen mit dem jetzigen Zustand – zu einer Umverteilung von den schlechten zu den guten Risiken.¹¹

– In der gegenwärtigen GKV findet darüber hinaus eine Umverteilung von einkommensstarken zu einkommensschwachen Mitgliedern statt, da sich die absolute Höhe der Beiträge am Einkommen orientiert; ein entsprechender Effekt entstünde, wenn

¹¹ Wahltarife in der GKV führen hier auch nicht weiter: Wenn deren Beiträge nicht ebenfalls am individuellen Risiko ausgerichtet sind, werden sie alsbald ausbluten, weil die guten Risiken in der PKV für ihre Zusatzversicherung günstigere Tarife finden und die GKV daher verlassen werden. Dann bleiben in den Wahlтарifen (der „GKV-Zusatzversicherung“) nur noch die schlechten Risiken übrig, so daß die Beiträge für diese Tarife entsprechend angehoben werden müssen. Dies wird voraussichtlich dazu führen, daß sich die schlechten Risiken auch diese Wahlтарife nicht mehr leisten können, so daß die GKV wieder auf einen Einheitstarif – jetzt auf dem niedrigeren Grundversorgungsniveau – zusammenschrumpft (vgl. dazu einleuchtend Winkelhake, O. & J. John: Probleme der Einführung von Wahlтарifen, Beitragsrückerstattungs- und Selbstbehaltstarifen in die Gesetzliche Krankenversicherung, Sozialer Fortschritt 2000, S. 75ff.). Verhindern könnte man dies nur, wenn man private Zusatzversicherungen verbietet; dies steht aber wohl politisch und verfassungsrechtlich nicht zur Diskussion (obwohl es derartige Verbote in einigen Staaten – etwa in Kanada und Norwegen – zu geben scheint). Daß Zusatzversicherungen daher zu den privaten Krankenversicherungen abwandern werden, zieht den weiteren sozialpolitischen Einwand nach sich, daß dieser Teil der Gesundheitsversorgung allein von den Arbeitnehmern finanziert werden müßte. Abgesehen von der Frage, ob die Beitragsreduzierung durch Grundversorgungsmodelle nicht letztlich vollständig den Arbeitnehmern zugute kommt, weil es sich bei dem Arbeitgeberanteil am Sozialversicherungsbeitrag wirtschaftlich um einen Lohnbestandteil handelt, ist dies jedenfalls ein Einwand, der für die Überlegungen zur Reform der GKV keine grundsätzliche Bedeutung haben kann.

die öffentliche Gesundheitsversorgung aus Steuermitteln finanziert würde (unter der Voraussetzung, daß die absolute Steuerlast rechtlich und tatsächlich mit steigendem Einkommen zunimmt). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch die Familienversicherung (§ 10 SGB V). Je mehr Leistungen nun wiederum aus der – in diesem Sinne – solidarisch finanzierten Grundversorgung herausgenommen und der Zusatzversicherung in der PKV (die die Beiträge einkommensunabhängig bemißt) überlassen werden, desto geringer wird dieser Umverteilungseffekt. Grundversorgungsmodelle führen daher – verglichen mit dem jetzigen Zustand – auch zu einer Umverteilung von einkommensschwachen zu einkommensstarken (und von kinderreichen zu kinderlosen und kinderarmen) Bürgern.

Grundversorgungsmodelle belasten daher schlechte Risiken und sozial Schwache.¹²

2.2 Die verfassungsrechtliche Relevanz des Gebotes sozialer Gleichheit

a) Der letztgenannte Einwand, Grundversorgungsmodelle seien aufgrund ihrer Verteilungswirkungen „sozial ungerecht“, beruht auf einer relationalen Betrachtungsweise: Er stellt auf das Verhältnis zwischen – sehr grob formuliert – Gesunden und Kranken und Armen und Reichen ab und verlangt, daß Veränderungen im Gesundheitswesen sich nicht zu Lasten der bereits schlechter Gestellten (also der Kranken und Armen) auswirken und dadurch den Abstand zu den besser Gestellten (den Gesunden und Reichen) vergrößern dürfen. Üblicherweise steht hinter dieser Auffassung die Überzeugung, sozial gerecht sei die Herstellung irgendeiner Gleichheit (der materiellen Güter, der Interessenbefriedigung, der Lebenschancen o. ä.) oder jedenfalls eine Angleichung in der einschlägigen Hinsicht.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung können die zugrundeliegenden normativen Intuitionen aus zwei Perspektiven formuliert werden:

– Ausgehend von der Dimension „gute – schlechte Risiken“ wird vielfach die Auffassung vertreten, Krankheit bzw. Krankheitsanfälligkeit sei ein individuell nur in engen Grenzen beeinflussbares und in diesem Sinne „natürliches“ Schicksal; derartige „unverdiente“ Nachteile dürften aber keine Auswirkungen auf die Lebenschancen haben.¹³ In einer extrem egalitaristischen Form führt dieses Argument zu der Forderung, nicht nur Krankheiten, sondern – soweit medizinisch möglich – generell

¹² Diese Aussage ist allerdings nur zutreffend, soweit das Gesundheitssystem und die Verteilungswirkungen seiner Reform isoliert betrachtet werden. Zu ganz anderen Ergebnissen könnte man gelangen, wenn auch die Verwendung der eingesparten Mittel außerhalb des Gesundheitssystems berücksichtigt würde.

¹³ Diese Prämisse liegt vielen Theorien der Verteilungsgerechtigkeit zugrunde; vgl. als prominentestes Beispiel nur Rawls, J.: Eine Theorie der Gerechtigkeit, 1979, S. 94 und passim, zur moralischen Willkürlichkeit der Verteilung der natürlichen Fähigkeiten.

naturbedingte Nachteile auszugleichen, auch soweit diese keinen Krankheitswert besitzen (wie z. B. eine unterdurchschnittliche Intelligenz), oder die Kranken für ihr unverschuldetes Leiden zu entschädigen. In der Regel wird daraus jedoch lediglich abgeleitet, daß ein Anspruch auf eine medizinische Versorgung besteht, die die normalen körperlichen und geistigen Funktionen erhält oder wiederherstellt, also weder normale Körperfunktionen verbessert noch Krankheit per se als kompensationsbedürftigen Tatbestand auffaßt. Entscheidend sind nun die Auswirkungen dieser Position auf die Finanzierungsfrage: Wenn Krankheit bzw. Krankheitsanfälligkeit ein „willkürlicher“ Nachteil ist, dann darf aus der gesundheitlichen Konstitution nichts folgen, also insbesondere auch keine finanzielle Belastung. Es liegt in der Konsequenz dieser Denkweise, daß eine risikoäquivalente Bemessung von Krankenversicherungsbeiträgen abgelehnt werden muß. Ferner folgt daraus, daß das Gebot der „finanziellen Folgenlosigkeit“ von Krankheit und Krankheitsanfälligkeit grundsätzlich keine Differenzierungen anhand des absoluten Einkommensniveaus zuläßt: Dieses Gebot gilt auch im Verhältnis von – gesunden und kranken – „Besserverdienenden“ zueinander.¹⁴

– Aus der „Arm-Reich“-Perspektive läßt sich eine entsprechende Intuition formulieren: Da Gesundheit ein Grundgut darstellt, darf der Zugang zu medizinischen Leistungen nicht von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängen. Diese Gefahr besteht aber, wenn die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung abgebaut wird, da die private Zusatzversicherung, die auf Einkommensunterschiede keine Rücksichten nimmt, für die Geringverdienenden höhere relative Belastungen mit sich bringt.

Zusammengefaßt: Die Einstellung zur Gesundheitsversorgung scheint vielfach auf der Annahme zu beruhen, daß Krankheit bzw. Krankheitsanfälligkeit keine finanziellen Differenzierungswirkungen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit keine Auswirkungen auf das Niveau der gesundheitlichen Versorgung haben dürfen. Oder etwas moderater: Diese Differenzierungswirkungen dürfen durch die Reform des Gesundheitswesens jedenfalls nicht verstärkt werden.

b) Manche Äußerungen zum Sozialstaatsprinzip und zum Gleichheitssatz legen die Vermutung nahe, daß derartige relationale Gerechtigkeitsvorstellungen auch für das Verfassungsrecht von Bedeutung sind. Wenn etwa davon die Rede ist, der Sozialstaat habe „für einen Ausgleich der sozialen Gegensätze und damit für eine gerechte Sozialordnung zu sorgen“,¹⁵ so läßt sich dies als staatliche Verpflichtung interpretieren, nicht nur einen Mindeststandard zu gewährleisten, sondern darüber hinaus

¹⁴ Eine gewisse Parallele findet dies etwa in der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BVerfGE 82, 60, 86ff.), wenn diese verlangt, daß familiäre Unterhaltspflichten steuerrechtlich nicht nur im Hinblick auf die Wahrung des Existenzminimums, sondern auch „horizontal“ berücksichtigt werden – mit der Folge, daß die Familienlasten auch bei der Besteuerung von Einkommensmillionären in Rechnung zu stellen sind.

¹⁵ BVerfGE 22, 180, 204.

dafür zu sorgen, daß sich die Schere zwischen Reichen und Armen und zwischen Kranken und Gesunden nicht weiter oder nicht zu weit öffnet.¹⁶ Bezogen auf die Verteilungswirkungen von Grundversorgungsmodellen in der GKV könnte dies etwa heißen, daß diese Modelle selbst dann als „sozial ungerecht“ und ihre Auswirkungen als „unzumutbar“ angesehen werden müßten, wenn eine hinreichende Versorgung (also eine Grundversorgung auf dem Niveau des gebotenen Mindeststandards) für jedermann noch nicht gefährdet ist.

Es sprechen jedoch mehrere Gründe dagegen, eine derartige relationale Betrachtungsweise und die entsprechenden Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit in das Verfassungsrecht zu übernehmen:

– Das Grundgesetz enthält zunächst keinen Maßstab für die Frage, wie groß die sozialen Unterschiede sein dürfen. Die Folge ist, daß man entweder nur zu ausgesprochen vagen Formeln („sozialer Ausgleich“, „gerechte Sozialordnung“ o. ä.) gelangt, die keine eindeutigen Verpflichtungen – geschweige denn subjektive Rechte – begründen, oder daß letztlich das subjektive Gerechtigkeitsempfinden des Verfassungsinterpreten den Ausschlag gibt.

– Konkrete Folgerungen für die Reform einzelner Sicherungssysteme lassen sich aus einem Gebot der sozialen Gerechtigkeit ferner deshalb nicht ableiten, weil der Gesetzgeber stets über die Möglichkeit verfügt, Verteilungswirkungen und Belastungen, die in einem Sicherungssystem entstehen, in anderen Systemen zu kompensieren. So wird gegenüber der Einführung von Grundversorgungsmodellen in der GKV etwa auf die damit verbundene Einschränkung der Familienversicherung hingewiesen. Verfassungsrechtlich dürfte dieser Hinweis für die Reform des Gesundheitswesens belanglos sein, weil ein Familienlastenausgleich auch – und sogar einleuchtender – in anderer Weise vorgenommen werden kann.¹⁷

¹⁶ Weitere Nachweise und Diskussion dieses Aspekts etwa bei Merli, F.: Armut und Verfassung (Landesbericht Deutschland). In: Hofmann, R. u. a. (Hg.), Armut und Verfassung, 1998, S. 117, 120ff.

¹⁷ Anders aber jetzt wohl BVerfG, NJW 2001, S. 1712, 1714ff., zur Pflegeversicherung unter Hinweis auf die „konstitutive Bedeutung“ der Erziehungsleistung für ein umlagefinanziertes Sicherungssystem; zutreffende Kritik bei Ruland, F.: Das BVerfG und der Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung, NJW 2001, S. 1673ff. Politisch wird man allerdings berücksichtigen müssen, daß in keiner Weise gewährleistet ist, daß der Gesetzgeber an anderer Stelle zugunsten der Familie tätig wird; zudem stellt die Familienversicherung des § 10 SGB V eine „dynamisierte“ Leistung dar, weil die Familien hier an dem medizinischen Fortschritt automatisch partizipieren, während andere Lösungen – zum Beispiel eine Erhöhung des Kindergelds – jeweils eine gesetzgeberische Entscheidung verlangen, die dann in Zeiten leerer Kassen häufig unterbleiben wird. Für die Akzeptanz von Grundversorgungsmodellen wären daher von seiten der Anhänger gleichzeitig Vorschläge hilfreich, wie sie derartigen Problemen begegnen wollen.

Anders gesagt: Der Einwand sozialer Ungerechtigkeit hat gar nichts spezifisch mit der Gesundheitsversorgung zu tun, sondern bezieht sich lediglich auf die finanziellen Verteilungswirkungen der unterschiedlichen Ausgestaltungen des Gesundheitssystems.

– Der schwerwiegendste sachliche Einwand gegen eine Übernahme relationaler Vorstellungen sozialer Gerechtigkeit in das Verfassungsrecht lautet schließlich, daß es sich bei diesen Vorstellungen um partikulare, keineswegs allgemein geteilte und vermutlich nicht einmal sinnvolle Ansätze handelt. Die neuere sozialphilosophische Diskussion hat einleuchtend darauf hingewiesen, daß eine relationale Betrachtungsweise – unabhängig von ihrer näheren (etwa mehr oder weniger egalitaristischen) Ausgestaltung – bei näherem Hinsehen das Grundproblem kaum zutreffend beschreiben dürfte: Dieses Grundproblem besteht nicht in der Größe der sozialen Unterschiede, sondern darin, daß manche Menschen so schlecht gestellt sind, daß sie – sehr vorläufig formuliert – kein vernünftiges Leben führen können. Ist die Möglichkeit eines sinnvollen Lebens aber gewährleistet, so kann man bezweifeln, daß es auf eine darüber hinausgehende Verteilungsgerechtigkeit überhaupt noch ankommt. Die Größe der Vermögens- und Einkommensunterschiede ist nicht an sich das Problem, sondern zeigt lediglich, daß wir die Möglichkeit besitzen, dem grundlegenden Gebot der Achtung (nicht der Gleichheit o. ä.) zu entsprechen, indem wir jedermann eine grundsätzlich gleichberechtigte Existenz in unserem Gemeinwesen ermöglichen.¹⁸

c) Schließt man sich der Auffassung an, wonach darauf verzichtet werden sollte, das Grundgesetz mit derartigen relationalen Gerechtigkeitsvorstellungen aufzuladen, so ergibt sich daraus – zumindest auf den ersten Blick – ein beachtlicher sozial- und gesundheitspolitischer Spielraum des Gesetzgebers. Danach wären nämlich die Verteilungswirkungen der Einführung von Grundversorgungsmodellen – oder auch von Selbstbeteiligungen – verfassungsrechtlich irrelevant, solange der Zugang zum gebotenen Mindeststandard für jedermann gewährleistet ist. Die Vermeidung besonderer finanzieller Belastungen, die für Kranke oder Geringverdienende damit verbunden sein mögen und die etwa in den Härtefallregelungen der §§ 61, 62 SGB V aufgefangen werden sollen, wird durch das Sozialstaatsprinzip gerechtfertigt, jedoch nicht geboten. Eine andere Frage ist es allerdings, ob sich Gesundheitsreformen politisch durchsetzen lassen, wenn sie zu massiven finanziellen Belastungen geringverdienender oder überdurchschnittlich krankheitsanfälliger Bürger führen.¹⁹

¹⁸ Zu dieser Diskussion vgl. die grundlegenden Texte bei Krebs, A. (Hg.): Gleichheit oder Gerechtigkeit, 2000; und Kersting, W.: Theorien der sozialen Gerechtigkeit, 2000, bes. S. 376ff.

¹⁹ Dabei ist auch zu bedenken, daß bereits jetzt ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand festzustellen ist. Allerdings scheinen soziale Ungleichheiten der Morbidität und Mortalität nicht primär durch finanzielle Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem verursacht zu sein, sondern durch Faktoren wie mangelndes Gesundheitsbewußtsein und allgemein ungünstigere Lebensumstände in unte-

2.3 Die Bestimmung eines verfassungsrechtlichen Mindeststandards

a) Wenn relationale Erwägungen der Verteilungsgerechtigkeit keine Rolle spielen, bleibt als verfassungsrechtliche Grenze einer Reform des Gesundheitswesens nur noch das Gebot, jedermann einen Mindeststandard an Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. Im Bereich der Gesundheit macht die Unterscheidung von Grundversorgung/Mindeststandard und Zusatzversorgung allerdings besondere Schwierigkeiten, weil sozial bedingte Unterschiede in der medizinischen Versorgung vielfach per se als ungerecht angesehen werden. Wenn aber der Mindeststandard einer Vollversorgung entspricht (wie es gegenwärtig das Sozialhilferecht sieht, indem es unmittelbar an das GKV-Niveau anknüpft), scheinen Grundversorgungsmodelle leerzulaufen. Nun gibt es für diese Weigerung, Abstufungen der medizinischen Versorgung zuzulassen, gute Gründe. Gesundheit wird in unserer Kultur als ein extrem hoch bewertetes Grundbedürfnis angesehen; die Gleichheit der Gesundheitsversorgung besitzt deshalb auch einen hohen symbolischen Wert als Ausdruck der Achtung, die das Gemeinwesen jedem einzelnen schuldet:

– Krankheit und die durch sie bewirkten Einschränkungen des gesamten Lebensvollzugs werden als massive Einschränkungen des herrschenden Entwurfs eines guten Lebens angesehen, der die Autonomie und Unabhängigkeit der Lebensführung betont.

– Gegen eine Einschränkung der Lebensführung durch gesundheitliche Probleme anzu-gehen zu können – soweit medizinisch möglich –, ist zudem in einer Wettbewerbs- und Leistungsgesellschaft von zentraler Bedeutung, weil dadurch eine Chancen- oder Startgleichheit hergestellt wird, welche die differenzierten Ergebnisse dieses Wettbewerbsprozesses erst legitimiert.²⁰ Daraus dürfte sich auch erklären, warum im Bereich der Bildung vielfach ähnliche Aversionen gegen Lösungen bestehen, die soziale Zugangsbarrieren zur Folge haben könnten.

Die Versagung medizinischer Leistungen aus finanziellen Gründen muß in dieser Situation per se als Ausdruck fehlender Achtung gegenüber dem einzelnen erscheinen und läßt überdies wohl wenig Raum für Differenzierungen: Was medizinisch-tech-

ren sozialen Schichten; insoweit wäre nicht auf der Ebene des Versorgungssystems anzusetzen (obwohl die genannten Verteilungswirkungen von Grundversorgungsmodellen die soziale Differenzierung des Gesundheitszustandes verschärfen könnten), sondern im Bereich der Bildungs- und allgemeinen Sozialpolitik. Zur Diskussion vgl. nur Siegerist, J.: Soziale Perspektiven von Gesundheit und Krankheit. In: Häfner, Gesundheit (Anm. 5), S. 105ff.; und – kritisch gegen Grundversorgungsmodelle gewendet – Deppe, H.-V.: Probleme der Leistungsbegrenzung in der GKV – Auswirkungen auf ihren gesellschaftspolitischen Auftrag. In: KrV 2000, S. 316, 318.

²⁰ Vgl. dazu insbesondere Daniels, N.: Just Health Care, 1985, S. 36ff.; ferner Kersting: Gerechtigkeitsprobleme (Anm. 2), S. 477ff.: Gesundheit als „transzendentes Gut“ mit „Ermöglichungscharakter“.

nisch möglich ist, muß allen zur Verfügung stehen. Es bleibt hier lediglich der Weg, auf der Leistungsseite etwas auszudünnen, also zum Beispiel auf Leistungen zu verzichten, die eher Annehmlichkeitscharakter besitzen (Erholungskuren), keinen klaren medizinischen Nutzen haben (Homöopathie usw.) oder aus dem Krankheitsbegriff herausdefiniert werden können (Schwangerschaftsabbruch, Fertilisationstechnologie). Dies ist der konventionelle Weg, den viele Autoren einschlagen, die eine „harte“ Rationierung, welche unstrittig auch medizinisch erforderliche und zweckmäßige Leistungen erfaßt, vermeiden wollen.²¹

b) Allerdings beruht diese Auffassung auf der Prämisse, uns sei die Bekämpfung von Krankheiten jeden Preis wert.²² Diese Prämisse läßt sich aber nicht mehr halten, wenn klar ist, daß uns selbst bei einer Beschränkung auf das medizinisch Erforderliche die Gesundheitskosten über den Kopf wachsen, weil die Behandlungsmöglichkeiten in der Medizin immer vielfältiger, aufwendiger und damit auch kostenintensiver werden; dies aber ist die Situation, von der die Anhänger von Grundversorgungsmodellen ausgehen. Es bleibt natürlich eine empirische Frage, ob und inwieweit die beschriebene Entwicklung tatsächlich eintreten wird; unterstellt man dies aber, so lassen sich Minimalstandard und Grundversorgung nicht mehr allein über die Leistungsseite und medizinische Kriterien (das medizinisch Erforderliche, das medizinisch Dringliche vor dem weniger Dringlichen o. ä.) definieren,²³ sondern verlangen auch eine Abwägung des medizinischen Nutzens mit den Kosten.²⁴

Das Problem besteht in der gleichzeitigen Beantwortung zweier Fragen: (1) Wieviel soll für die Gesundheitsversorgung insgesamt ausgegeben werden? (2) Wie wird die Gesundheitsversorgung verteilt? Grundversorgungsmodelle haben ja den Vorteil, daß sie Frage (1) dem einzelnen überlassen können. Wie kann das aber funktionieren, wenn wir gleichzeitig Personen haben, die mangels finanzieller Ressourcen gar nicht selbst entscheiden können, sondern auf eine politische Zuteilung von medizinischen Leistungen angewiesen sind? Anders gefragt: Wie können wir Rationierung rechtfertigen, wenn wir uns nicht mehr allein an den Begriffen des medizinisch Erforderlichen oder der medizinischen Dringlichkeit orientieren können, sondern auch innerhalb dieses Bereichs Entscheidungen unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten treffen

²¹ Vgl. etwa die Vorschläge von Beske, F.: GKV soll nur die Behandlung von Krankheiten finanzieren – sonst nichts. In: *Ärzte-Zeitung* vom 18.12.2000; Uhlenbruck, W.: Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin. In: *MedR* 1996, S. 427ff.

²² So ausdrücklich etwa Uhlenbruck, ebenda, S. 428.

²³ So aber etwa Kirchhof, P.: Nach dem Traum vom grenzenlosen Wohlergehen. In: *FAZ* vom 02.06.1998, S. 11.

²⁴ Implizit wurde eine solche Abwägung natürlich schon immer vorgenommen, wenn etwa nicht bei jedem Magengrimmen sofort der gesamte verfügbare Diagnoseapparat angeworfen wurde. Derartige Abwägungen werden in der Zukunft aber wohl unangenehmer und explizit werden.

müssen?²⁵ Einen absoluten Versorgungsstandard in dem Sinne, daß es hinsichtlich der medizinisch erforderlichen Leistungen gar nicht auf die Kosten ankommt, wird es dann nicht mehr geben können; vielmehr müssen hier Überlegungen zur Achtung/Gerechtigkeit mit einer Abwägung zwischen Gesundheit und anderen Gütern zusammengebracht werden.

Insoweit unterscheidet sich der medizinische Mindeststandard von anderen Leistungen, die zur Gewährleistung einer Grundversorgung gehören:²⁶ In Fragen von Ernährung und Wohnung können wir zum einen ohne größere Probleme unterscheiden, was Grundbedarf und was Zusatzversorgung ist; zum anderen sind die existenznotwendigen Leistungen nicht so kostenintensiv, daß wir ernsthaft überlegen müßten, ob wir sie uns leisten und auch anderen zur Verfügung stellen wollen. Bei der Gesundheitsversorgung stellt sich dies in beiden Punkten anders dar: Medizinische Leistungen befriedigen generell ein Grundbedürfnis und können daher – anders als das mehrgängige Menü oder die Villa im Grünen – nicht ohne weiteres als verzichtbarer „Luxus“ qualifiziert werden; gleichzeitig sind sie aber derartig kostenintensiv, daß Kosten-Nutzen-Abwägungen auch im Bereich des medizinisch Sinnvollen unausweichlich sind.

c) Wie könnte unter diesen Bedingungen eine faire Regelung aussehen? An der Prämisse, daß Gesundheit ein fundamentales Gut ist und daß deshalb eine Differenzierung der medizinischen Versorgung zu vermeiden ist, welche die Gesellschaft spaltet und einen Teil der Bürger deutlich ausgrenzt, sollte aus verfassungsrechtlichen und politischen Gründen festgehalten werden. Gesundheit ist eben tatsächlich ein Grundbedürfnis, das sich in einem Sozialstaat, der – im Rahmen des Möglichen – die Grundbedürfnisse aller zu achten verspricht, einer sozialen Differenzierung grundsätzlich sperrt. Über einzelne Leistungen kann man debattieren, aber wenn man davon ausgeht, daß das verfassungsrechtliche Sozialstaatsgebot verlangt, allen die Möglichkeit einer im wesentlichen gleichberechtigten Existenz in unserem Gemeinwesen zu sichern, so darf niemandem der Zugang zur medizinischen Normalversorgung aufgrund fehlender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit versperrt sein. Mit diesem Gebot wäre es nicht vereinbar, den Mindeststandard der Gesundheitsversorgung auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ einzuschränken, wie

²⁵ Sehr klar dazu Haverkate, G.: Verantwortung für Gesundheit als Verfassungsproblem. In: Häfner, Gesundheit (Anm. 5), S. 119, 125: „Bis jetzt haben wir noch nicht recht begriffen (noch nicht begreifen müssen), daß die Verteilung des knappen Gutes optimaler oder guter Versorgung im Krankheitsfall nicht nach lediglich immanent-medizinischen Kriterien erfolgen kann – einfach deshalb, weil medizinisch gesehen mehr sinnvoll ist, als wir bezahlen können.“ Vgl. dazu auch Schmidt: Gerechtigkeit (Anm. 3), S. 289ff.

²⁶ Vgl. dazu auch Raspe, H. H.: Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden. In: Taupitz, J. & M. Brewe (Hg.), Biomedizin im Zeitalter der Globalisierung und Medizinische Versorgung in Zeiten knapper Kassen, 2001, S. 45ff.

es das Asylbewerberleistungsgesetz vorsieht;²⁷ dies kann nur dadurch gerechtfertigt werden, daß diese Regelung gerade kein gleichberechtigtes Leben in unserem Gemeinwesen auf Dauer, sondern nur eine Übergangslösung bis zur Ausreise oder Anerkennung gewährleisten (und Asylbewerber zudem abschrecken) soll.²⁸

²⁷ Vgl. § 4 Abs. 1 AsylBewLG.

²⁸ Daß die Verpflichtung, für jedermann die Möglichkeit einer grundsätzlich gleichberechtigten Existenz in unserem Gemeinwesen zu gewährleisten, eine plausible Konkretisierung des Kerngehaltes des Sozialstaatsprinzips darstellt, müßte genauer begründet werden, als dies hier geschehen kann. Es sei insoweit nur darauf hingewiesen, daß die Rechtsprechung zur Sozialhilfe zu ganz ähnlichen Ergebnissen gelangt, wenn sie den sozialhilferechtlichen Bedarf nicht auf das „physiologisch Notwendige“ beschränkt, sondern der Sozialhilfe auch die Aufgabe zuschreibt, „der sozialen Ausgrenzung des Hilfebedürftigen zu begegnen, die dann besteht, wenn es ihm nicht möglich ist, in der Umgebung von Nichthilfeempfängern ähnlich wie diese zu leben“, wobei „die herrschenden Lebensgewohnheiten und Erfahrungen zu berücksichtigen“ sind (BVerwGE 97, 376, 378 m.w.N.). Allerdings kann man zum einen fragen, ob dieser Mindeststandard zutreffend bestimmt wird, wenn dazu auch mehrtägige Klassenfahrten (BVerwGE 97, 376ff.), Schultüten (BVerwGE 92, 6ff.) und neue (d. h. nicht gebrauchte) Kinderfahradhelme (OVG Lüneburg, NJW 2001, S. 1515f.) gezählt werden. Zum anderen ist es zweifelhaft, ob man – wie es häufig geschieht – insoweit noch von einem (wenn auch „sozio-kulturellen“) „Existenzminimum“ sprechen kann; in der Sache geht dieser Standard eben deutlich über das für die reine Existenz Unerläßliche hinaus. Deshalb sollte man auch zurückhaltend sein, die Verpflichtung auf diesen Standard – was die Rede vom „Existenzminimum“ allerdings nahelegt – mit dem Begriff der Menschenwürde in Verbindung zu bringen: Die Menschenwürde zu achten, nehmen auch Rechtsordnungen für sich in Anspruch, die sozialstaatlichen Verpflichtungen des Staates sehr viel reservierter gegenüberstehen; entsprechendes gilt im Kern für die grundrechtlichen Freiheitsrechte. Die entscheidende verfassungsrechtliche Weichenstellung dürfte vielmehr im Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG selbst zu sehen sein: Dies macht die spezifische Differenz zwischen dem Grundgesetz und anderen Verfassungsordnungen aus, die ebenfalls Menschenwürde und Grundrechte, nicht aber eine sozialstaatliche Verpflichtung des Staates enthalten. (Daß man auch sozialphilosophisch zu ganz anderen Ergebnissen gelangt, wenn man allein auf rechtsstaatliche Gehalte und Traditionen abstellt und die sozialstaatliche Dimension ausblendet, zeigen die Ausführungen von Kliemt, H.: Gerechtigkeit und Bürgergleichheit im Gesundheitswesen des demokratischen Rechtsstaates. In: Taupitz & Brewe, Biomedizin [Anm. 26], S. 31ff.) Die Betonung des Sozialstaatsprinzips schließt es dabei nicht aus, zu seiner bereichsspezifischen Konkretisierung und vor allem zur Begründung subjektiver Rechtsansprüche die Grundrechte – hier etwa Art. 2 Abs. 2 GG – heranzuziehen. Allgemein zur Diskussion eines sozialstaatlichen Mindeststandards und dessen verfassungsrechtlicher Grundlage vgl. aus jüngerer Zeit Bieritz-Harder, R.: Menschenwürdig leben. Ein Beitrag zum Lohnabstandsgebot des Bundessozialhilfegesetzes, seiner Geschichte und verfassungsrechtlichen Problematik, 2001, S. 149ff.; Luthe, E.-W.: Optimierende Sozialgestaltung, 2001, S. 7ff.; Neumann, V.: Menschenwürde und Existenzminimum, NVwZ 1995, S. 426ff.; Sartorius, U.: Das Existenzminimum im Recht,

d) Der verfassungsrechtlich gebotene Mindeststandard darf jedoch keine Eigendynamik entwickeln, die eine Begrenzung der Gesundheitskosten unmöglich macht, indem jedermann alles zur Verfügung gestellt werden muß. Die Grundintuition dahinter lautet: Jeder hat einen Anspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung, aber die Frage, was angemessen ist, läßt sich nicht absolut (d. h. unter ausschließlicher Bezugnahme auf den Gesundheitszustand des Betroffenen und die entsprechende medizinische Erforderlichkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung) definieren, sondern nur im Verhältnis zu den Ausgaben für Gesundheit, welche – in Abwägung mit anderen Gütern – allgemein für angemessen gehalten werden.

Was insoweit allgemein für angemessen gehalten wird, ist keine feste Größe, sondern hängt von verschiedenen Faktoren ab, die sich zudem verändern. So wird man angesichts der zentralen Bedeutung von Gesundheit vermuten dürfen, daß bei steigendem Wohlstand und weitgehender Erfüllung anderer (Grund-)Bedürfnisse die Bereitschaft zunimmt, zusätzliche Ressourcen in die Gesundheitsversorgung zu investieren und diese dadurch zum wichtigen Wachstumsmarkt wird. Andererseits ist es auch möglich, daß sich beim Einkauf weiterer in Erwägung gezogener Leistungen das Kosten-Nutzen-Verhältnis derart verschlechtert, daß man die Mittel besser für andere Zwecke einsetzt. Grundsätzlich könnte man jedoch leicht feststellen, was allgemein für angemessen gehalten wird.²⁹ Besäßen die Bürger die Freiheit, selbst über den Umfang ihrer medizinischen Versorgung zu entscheiden, wäre aufschlußreich, welchen Anteil des Einkommens ein durchschnittlicher Bürger (d. h. ein Bürger mit durchschnittlichem Einkommen und Gesundheitszustand) in seine Krankenversicherung investiert. Hierbei würden individuelle Unterschiede festzustellen sein, die aber wiederum auf einen Durchschnittswert zu nivellieren wären. Das auf diese Weise für angemessen erachtete Versorgungsniveau könnte so als fairer Standard auch für die Personen gelten, die über kein eigenes Einkommen verfügen und deshalb keine eigene Entscheidung über das Niveau ihrer Gesundheitsversorgung treffen können.

Nun haben wir aber keine individuelle Freiheit, über die Gesundheitsversorgung zu bestimmen, und können diese auch nicht einführen, wenn wir erforderliche und übliche Leistungen nicht unter Hinweis auf die insoweit fehlende Absicherung verwei-

2000, S. 54ff.; zum Mindeststandard mit Blick auf die Gesundheitsversorgung vgl. Ebsen: Verfassungsrechtliche Implikationen (Anm. 10), S. 71ff.; Haverkate: Verantwortung (Anm. 25), S. 119ff.; Höfling, W.: Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat. In: Feuerstein, G. & E. Kullmann (Hg.), Rationierung im Gesundheitswesen, 1998, S. 143ff.; Kirchhof: Traum (Anm. 23); Taupitz, J.: Ressourcenknappheit in der Medizin – Hilfestellung durch das Grundgesetz? In: Wolter, J., Riedel, E. & J. Taupitz (Hg.), Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, Öffentliche Recht und Strafrecht, 1999, S. 113ff.

²⁹ Zum folgenden vgl. den ähnlichen „prudent insurance approach“ bei Dworkin, R.: Justice and the High Cost of Health. In: ders., Sovereign Virtue, 2000, S. 307ff.

gern wollen.³⁰ Um das daraus folgende Free rider-Problem zu vermeiden, müssen wir eine Versicherungspflicht für bestimmte Leistungen oder eben eine Grundversorgung festschreiben. Die dadurch erforderliche kollektive politische Festlegung von Umfang und Inhalt der Grundversorgung³¹ ist für einkommenslose und sozial schwache Gruppen allerdings gefährlich, da die besser gestellten Gruppen ein Interesse daran haben werden, diese Grundversorgung – jedenfalls dann, wenn sie solidarisch finanziert wird – möglichst eng zu definieren. Zumindest theoretisch könnte man sich aber folgenden Kontrollmechanismus vorstellen: Die Grundversorgung wird regelmäßig in dem Umfang und um die Leistungen ergänzt (wobei im Gegenzug ggf. andere Leistungen herausgenommen werden), um welche die Gesundheitsversorgung üblicherweise über die jeweils bestehende Grundversorgung hinaus freiwillig aufgestockt wird.³² Dadurch wäre sichergestellt, daß der Umfang einer angemessenen Gesundheitsversorgung nicht politisch manipuliert werden kann. Anders gesagt: Eine Grundsicherung, die weite Teile der Bevölkerung – nach ihrem eigenen Urteil – angemessen versorgt, so daß nur noch deutlich überdurchschnittlich wohlhabende Bürger eine Zusatzversicherung abschließen, wirft unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit weniger Probleme auf als eine Grundsicherung,

³⁰ Ein weiteres Problem für eine rein marktwirtschaftliche Lösung stellt bekanntlich die Schwierigkeit dar, im Bereich der Gesundheit hinreichende Informationen für eine rationale Entscheidung zu erlangen.

³¹ Diese Notwendigkeit entfällt natürlich, wenn man den Bedürftigen einfach die finanziellen Mittel in Höhe eines durchschnittlichen Krankenversicherungsbeitrags zur Verfügung stellt, ihnen aber die Entscheidung beläßt, ob und inwieweit sie diese Mittel tatsächlich für diesen Zweck verwenden und welche Leistungen sie im einzelnen versichern (dies betont auch Schmidt: Gerechtigkeit [Anm. 3], S. 290f.; vorgeschlagen und diskutiert wird dieses Modell etwa bei Brody, B. A.: Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit. In: Sass, Ethik und öffentliches Gesundheitswesen [Anm. 2], S. 45, 58ff.). Man muß dann aber eben auch den nicht bzw. nicht hinreichend versicherten Patienten an der Krankenhausporte abzuweisen bereit sein; zudem muß man es akzeptieren, daß einzelne Zuwendungsempfänger die für die medizinische Versorgung gedachten Mittel verschwenden.

³² Auch dieser Vorschlag findet sich bei Dworkin: Justice (Anm. 29), S. 318. Im Ergebnis ähnlich aus verfassungsrechtlicher Sicht Ebsen: Verfassungsrechtliche Implikationen (Anm. 10), S. 78: Es dürfte „bei einer Ausdünnung des Leistungsspektrums der GKV im Sinne der Trennung von Grund- und Zusatzversorgung nur wenig Spielraum gegeben sein, Leistungen, die dann typischerweise zur Zusatzversorgung gehören, den Hilfebedürftigen im Sinne der Sozialhilfe vorzuenthalten“ (Hervorhebung hinzugefügt). Allerdings setzt diese Konstruktion – wie überhaupt die Unterscheidung von obligatorischer Grund- und fakultativer Zusatzversorgung – voraus, daß die aus der Grundversorgung ausgesteuerten Leistungen isoliert versicherungsfähig sind. Die Privaten Krankenversicherungen haben das für einige der vorgeschlagenen Leistungen – etwa Mütter-Kind-Kuren oder Medikamente zur Gewichtsreduktion – bezweifelt, da diese Leistungen nur von denjenigen abgesichert werden würden, die sie auch in Anspruch nehmen (vgl. Handelsblatt vom 19.07.2001).

welche nur die am schlechtesten Gestellten versorgt, während sich der große Rest der Bevölkerung eine Zusatzversorgung leistet.³³ In die Grundversorgung sollte also alles einbezogen werden, was die Bevölkerung im Durchschnitt zu versichern bereit ist.

e) Blicke noch die Frage, wie entschieden wird, welche Leistungen im einzelnen in die Grundversorgung gehören. Unter der Voraussetzung, daß an einem kollektiven Versorgungssystem oder einem funktionalen Äquivalent (z. B. Versicherungspflicht) festgehalten wird, weil wir auf einen Absicherungsverzicht in bestimmten Bereichen nicht mit Leistungsverweigerung reagieren wollen, kann dies nicht der individuellen Wahl überlassen bleiben, sondern muß allgemeinverbindlich festgelegt werden. Als Entscheidungshilfen stehen insoweit die „harten“ Kriterien der Gesundheitsökonomie zur Verfügung, welche allerdings etwas technokratisch anmuten und die tatsächlichen Präferenzen nicht in jeder Hinsicht erfassen.³⁴ Sinnvoll wäre hier ein – im einzelnen von der Ausgestaltung des Versorgungssystems abhängiges – Entscheidungsverfahren, das medizinisches Expertenwissen, aber auch andere Aspekte und Sichtweisen integriert.³⁵ Jedem einzelnen wird man es nicht vollständig recht machen können, aber vermutlich sind im Bereich der Gesundheit die Präferenzen nicht so unterschiedlich.³⁶

³³ Den Unterschied zwischen diesen beiden Szenarien betont auch Daniels, N.: Is There a Right to Health Care and, if so, what does it Encompass? In: Kuhse, H. & P. Singer (Hg.), *A Companion to Bioethics*, 1998, S. 316, 324.

³⁴ Der Verlauf der Diskussion um „cost-effectiveness/utility analysis“ und das QALY (Quality-Adjusted Life Year)-Kriterium ist jüngst etwa bei Powers, M. & R. Faden: *Inequalities in Health, Inequalities in Health Care*. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 10 (2000), S. 109ff., einleuchtend dargestellt worden.

³⁵ Insoweit scheint weitgehend Einigkeit zu bestehen; vgl. etwa die Anmerkungen bei Gethmann, C. F.: *Arbeitsgruppe Gesundheitsstandards*. In: *Jahrbuch 1999 der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*, 2000, S. 247, 253f.; Güntert, B.: *Zwischen Rationalisierung und Rationierung*. In: *Feuerstein & Kullmann, Rationierung im Gesundheitswesen* (Anm. 28), S. 157, 186ff.; und auch die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission: *Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der GKV*. In: *Sonderdruck des Dt. Ärzteblatts vom 14.04.2000*, S. 7. In institutioneller Hinsicht wirft dies allerdings die vieldiskutierte Frage auf, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen Entscheidungs- und Normsetzungsbefugnisse im Sozialversicherungssystem an Selbstverwaltungs- und Sachverständigengremien übertragen werden können; vgl. dazu zuletzt Hänlein, A.: *Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht*, 2001.

³⁶ Die vielfach erhobene Forderung, die GKV sollte nur die Behandlung von Krankheiten finanzieren, kann auf der Grundlage des hier vertretenen Ansatzes nicht recht überzeugen. Gemeinhin wird damit der Ausschluß von Leistungen beabsichtigt, die zwar zur medizinischen Behandlung gehören, jedoch nicht auf eine Krankheit im engeren Sinne zurückgehen (also etwa Schwangerschaftsabbruch und künstliche Befruchtung). Warum sollte es aber darauf ankommen, ob wir etwas als Krankheit bezeichnen – und nicht darauf, welche

Auf der anderen Seite sind hier harte Entscheidungen zu treffen. Angesichts des Umstandes, daß ein erheblicher Teil der Gesundheitskosten auf die letzten Lebensmonate entfällt und die Intensivmedizin im Bereich der Lebensverlängerung noch enormes Entwicklungspotential besitzt, kann sich sehr ernsthaft die Frage stellen, ob ein rational Handelnder entsprechende Leistungen auch dann noch versichern würde, wenn ihm diese Leistungen mit hoher Sicherheit nur noch ein kurzes Weiterleben mit sehr eingeschränkter Lebensqualität einbringen, die entsprechenden Kosten aber die Verwirklichung anderer Bedürfnisse massiv behindern.³⁷ Die entsprechende Frage könnte sich auch für sehr aufwendige Behandlungen selbst in einem früheren Lebensalter stellen, die nur minimale oder zeitlich eng begrenzte Überlebenschancen bieten. Vermutlich wird ein großer Teil der Bürger, wenn er über diese Zusammenhänge aufgeklärt wird, auf die Dauer nicht bereit sein, erhebliche Summen in die Absicherung derartiger Leistungen zu investieren. Diese müßten dann aus der Grundversorgung herausfallen.

Ist das denjenigen, die sich mangels Ressourcen diese Leistungen nicht zusätzlich einkaufen können und sie daher definitiv nicht bekommen, zumutbar? Man wird diese Frage bejahen müssen: Wenn man feststellt, daß diese Leistungen üblicherweise zusätzlich versichert werden, müssen sie ohnehin in die Grundversorgung aufgenommen werden, so daß sich das Problem erledigt. Verzichten die Bürger nach einer wohlherwogenen Kosten-Nutzen-Kalkulation jedoch auch dann auf diese Leistungen, wenn sie sich diese Leistungen einkaufen könnten, so ist nicht zu sehen, warum gegen die Streichung dieser Leistungen aus dem Katalog der Grundversorgung der Einwand der Ungerechtigkeit oder Unzumutbarkeit erhoben werden könnte. Das Problem ist dann jedenfalls nicht mehr der Umfang der Grundversorgung, der allen gewährt wird, sondern die konkrete Zusammensetzung des Grundversorgungskatalogs. Dem könnte man evtl. durch unterschiedlich zusammengesetzte Leistungspakete begegnen: Wer etwa auf extrem kostenintensive Medizin am Lebensende nicht verzichten zu können glaubt, muß dann eben Einschränkungen in anderen Bereichen hinnehmen. Daß ein Verzicht auf bestimmte Behandlungsleistungen am Lebensende schlechthin verfassungswidrig wäre, obwohl die Bürger sich für diesen Verzicht entscheiden würden, wenn es einen freien Versicherungsmarkt gäbe (bzw. sich sogar

Bedeutung die jeweilige Leistung für die Bürger hat? Für viele Frauen dürfte etwa die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs (von den grundsätzlichen moralischen Bedenken dagegen einmal abgesehen) oder der künstlichen Befruchtung wichtiger sein als der Zugang zu vielen Leistungen, die auf eine Krankheit im engeren Sinne reagieren; entsprechend würden sie auch ihre Versicherung gestalten. Es ist natürlich sinnvoll, nur Leistungen in das System zu integrieren, die irgendwie mit der Gesundheitsversorgung zu tun haben – aber die Orientierung an einem engen Begriff der Krankheit ist normativ willkürlich.

³⁷ Vgl. dazu nur Rie, M. A.: Ökonomische Grenzen der Lebensrettung? In: Sachße, C. & H. T. Engelhardt (Hg.), Sicherheit und Freiheit, 1990, S. 272ff.; Engelhardt: Die Einführung von Zugangsbeschränkungen für kostenintensive lebensrettende medizinische Behandlung. In: ebenda, S. 289ff.; Schmidt: Gerechtigkeit (Anm. 3), S. 296ff.

de facto dafür entscheiden, indem sie auf eine entsprechende Zusatzversicherung verzichten), will jedenfalls nicht einleuchten: Das Verfassungsrecht ist kein paternalistisches Zwangsinstrument, das den Bürgern vorschreibt, welche Bedürfnisse vorrangig zu befriedigen sind – mit der Folge, daß uns die Gesundheitskosten ersticken.³⁸ Gäbe es über diese Fragen eine informierte öffentliche Diskussion und nicht die üblichen Denkverbote, wäre hier vermutlich auch schnell Einigkeit erzielt.

f) Bei der näheren Festlegung des Grundversorgungskatalogs kann auch berücksichtigt werden, daß die Ärzteschaft nicht in eine unzumutbare Situation gebracht wird, indem von ihr verlangt wird, im Einzelfall existenznotwendige Leistungen zu versagen. Die Konsistenz der ärztlichen Berufsethik ist ein wichtiges öffentliches Gut; dies spricht dagegen, in den Grundversorgungskatalog unvereinbare Forderungen zu implementieren (also etwa die eine Leistung aufzunehmen, in jeder Hinsicht vergleichbare Leistungen aber auszuschließen).

Vermutlich löst sich dieses Problem aber von selbst, da eine derartig irrationale Zusammensetzung des Grundversorgungskatalogs bei ausreichender Information aller Beteiligten nicht zu erwarten ist. Auch sind anonyme Rationierungen auf höherer Ebene, die auf der unteren Ebene der individuellen ärztlichen Behandlung als vorgegebene, quasi „natürliche“ Knappheit erscheinen, einer Rationierung durch den einzelnen Arzt unter diesem Gesichtspunkt vorzuziehen.³⁹ Es bleibt allerdings dabei, daß Ärzte nicht (mehr) alles, was medizinisch sinnvoll ist, finanziert bekommen, und dies kann auch existenznotwendige Leistungen betreffen. Daran dürften sich aber – so hart es klingt – sowohl die allgemeine Sozialmoral als auch die ärztliche Standesethik schnell gewöhnen, wenn dies nicht nur im Einzelfall geschieht, sondern übliche gesellschaftliche Praxis wird. Daß dies der Fall ist, wird durch den verpflichtenden Charakter der Grundversorgung und die Anpassung ihrer Zusammensetzung an das darüber hinaus Übliche sichergestellt.

3 Soziale Gerechtigkeit und Gesundheitsversorgung

Das zentrale Manko des gegenwärtigen deutschen Gesundheitssystems ist nicht die Verteilung von medizinischen Leistungen, sondern der Umstand, daß das System keine sinnvolle Abwägung sowohl zwischen Gesundheit und anderen Gütern als auch verschiedenen medizinischen Leistungen zuläßt. Wir müssen daher eine Möglichkeit finden zu klären, was wir für Gesundheit auszugeben bereit sind, ohne daß dies zu sozial unverträglichen Ergebnissen führt. Der hier gemachte Vorschlag läuft darauf hinaus, an einer egalitären Ausgestaltung des Zugangs zur Gesundheitsver-

³⁸ Ähnliche Einwände gegen ein verfassungsrechtliches „Recht auf Gesundheit“ bei Haverkate: Verantwortung (Anm. 25), S. 120f.

³⁹ Vgl. dazu insbesondere Krämer, W.: Medizin muß rationiert werden. In: MedR 1996, S. 1, 4f.

sorgung (nicht notwendigerweise auch ihrer Finanzierung) festzuhalten, also von einem verfassungsrechtlich gebotenen Mindeststandard auf dem Niveau der üblichen Gesundheitsversorgung auszugehen, die Höhe dieses üblichen Versorgungsniveaus aber der Entscheidung der Bürger zu überlassen.⁴⁰ Die Entscheidung des Bundessozialhilfegesetzes, auch Sozialhilfeempfängern eine Normalversorgung zur Verfügung zu stellen, ist daher im Grundsatz richtig und geboten; das Problem ist jedoch, daß diese Normalversorgung generell zu hoch ist – oder genauer: nicht einmal die Frage zugelassen wird, ob sie zu hoch ist.

Von einem Grundversorgungsmodell im eigentlichen Sinne kann allerdings nur noch sehr eingeschränkt die Rede sein, wenn der Katalog der Grundversorgung (bzw. der Mindeststandard) dem der Normalversorgung entspricht und alle Leistungen erfaßt, die der Normalbürger absichert. Trotzdem wird es natürlich besonders wohlhabende Bürger geben, die eine Reihe von Leistungen über die Grundversorgung hinaus absichern; und wenn sich der Normalbürger auch tatsächlich für den Ausschluß einiger medizinisch notwendiger, aber sehr kostenintensiver Leistungen aus dem Grundversorgungskatalog aussprechen wird, so mag diese Zusatzversorgung ebenfalls einige medizinisch erforderliche Leistungen enthalten. Widerspricht dies aber nicht dem egalitaristischen Ansatz mit Blick auf die Gesundheitsversorgung, wenn andere Bürger diese Zusatzleistungen nicht absichern wollen, weil sie ihnen angesichts ihres geringeren Einkommens zu teuer sind, oder mangels eines Einkommens gar nicht absichern können?

Diese Frage wird man nur bejahen, wenn man von der Prämisse ausgeht, daß jedermann einen Anspruch auf alle medizinisch erforderlichen Leistungen hat, unabhängig von ihrem Kosten-Nutzen-Verhältnis. Verabschiedet man sich von dieser Prä-

⁴⁰ Der verfassungsrechtliche Mindeststandard wird damit allerdings „systemrelativ“ definiert, das heißt in Abhängigkeit von dem Gewicht, das dem Gut der Gesundheit üblicherweise in unserer Gesellschaft beigemessen wird. Im Ergebnis ist damit das allgemeine Versorgungssystem vorrangig, konkrete Leistungsansprüche sind lediglich daraus abgeleitet (insoweit übereinstimmend BVerfG, MedR 1997, S. 318, 319). Das Abstellen auf das übliche Versorgungsniveau dürfte aber nicht zu beanstanden sein. Wenn der Mindeststandard jedermann ein grundsätzlich gleichberechtigtes Leben in unserem Gemeinwesen ermöglichen soll, dann liegt es nahe, sich insoweit an den gesellschaftlichen Üblichkeiten zu orientieren. Nun mag man diese Üblichkeiten kritisieren – weil man etwa der Meinung ist, es sei obszön, darüber nachzudenken, die Gesundheitskosten zu begrenzen, damit der Mallorca-Urlaub möglich bleibt –, aber dies ist ein allgemeines Problem der Prioritätensetzung, das nur politisch, nicht aber juristisch über individuelle Rechtsansprüche gelöst werden kann; insoweit ist man eben von dem jeweiligen Gemeinwesen und seiner kulturellen Prägung abhängig. Eine ganz vage Grenze mag es dann noch in der Anforderung geben, daß die Vorkehrungen der öffentlichen Gewalt zum Schutz der Gesundheit „nicht völlig ungeeignet oder völlig unzulänglich sind“ (BVerfG, ebenda); aber wenn diese Situation eingetreten ist – weil etwa die Bürger plötzlich mehrheitlich der Ansicht sind, sie müßten gefährlich leben und auf ihre Gesundheit keine Rücksicht nehmen –, dürfte man vermutlich noch ganz andere Probleme haben.

misse, stellen sich die Dinge anders dar; es ist dann, wenn derartige Kosten-Nutzen-Abwägungen zugelassen werden, ganz selbstverständlich, daß unterschiedliche Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch zu unterschiedlichen Abwägungsergebnissen führen. Will man dies vermeiden, so muß man generell die Einkommensunterschiede und ihren Umfang kritisieren; dies ist dann aber wiederum keine spezifische Frage der Gesundheitsversorgung, sondern allgemein der „sozialen Gerechtigkeit“. Trotzdem liegt hier eine offene Flanke des Modells, weil dieses unterstellt, daß die gegenwärtigen Vermögensverhältnisse nicht völlig inakzeptabel sind, wenn es auf die Absicherungsentscheidung des Durchschnittsverdieners abstellt.⁴¹ Es ist natürlich nicht auszuschließen, daß die Orientierung der Grundversorgung an der Absicherung des Durchschnittsverdieners in Gesellschaften, die durch extreme Vermögensungleichheiten und das Fehlen einer breiten Mittelschicht charakterisiert sind, zu unplausiblen Ergebnissen führen wird. Daß bestimmte Leistungen unter diesen Bedingungen nicht in die Grundversorgung fallen, mag dann ein Argument dafür sein, daß die Einkommensverhältnisse neu geordnet werden müssen; in dieser Situation wäre also der Mindeststandard der Gesundheitsversorgung primäres, das allgemeine Versorgungsniveau sekundäres Kriterium. Aber dies ist nicht die Situation in der Bundesrepublik: Solange der typische Durchschnittsverdiener einen Anstieg der Gesundheitskosten verhindern bzw. auf eine Zusatzversicherung verzichten will, um weiterhin Urlaubsreisen machen oder Autos und Wohnzimmerwände kaufen zu können, kann wohl noch keine Rede davon sein, daß uns das aus dieser Abwägung resultierende Niveau der medizinischen Normalversorgung aus verfassungsrechtlichen Gründen zu einer radikalen Kritik der gegenwärtigen Vermögensverteilung zwingt oder uns dazu nötigt, alle irgendwie verfügbaren Mittel in die Gesundheitsversorgung zu investieren.

⁴¹ Deshalb muß Dworkin: *Justice* (Anm. 29), S. 307ff., die Gerechtigkeit der Vermögensverhältnisse als – mit Blick auf die nordamerikanischen Verhältnisse seines Erachtens: kontrafaktische – Prämisse in sein hypothetisches Versicherungsmodell einbauen.