Solidarität oder Gerechtigkeit? Anmerkungen zur ethischen Bewertung eines sozial finanzierten Gesundheitssystems

Micha H. Werner

Die Solidaritätsidee

Die folgenden Bemerkungen sind allgemeiner Natur. Sie betreffen die Frage, inwieweit die Solidaritätsidee, die dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugrunde liegt, ethisch begründet werden kann. Eine derart allgemeine Fragestellung provoziert Bedenken: Sind wir uns über die allgemeinen ethischen Grundlagen der solidarischen Gesundheitsversorgung nicht ohnehin alle einig? Liegen die eigentlich relevanten moralischen Probleme der Gesundheitspolitik nicht in den diffizilen Details des so überaus komplexen Gesundheitssystems?

Nun, so berechtigt der Hinweis auf Detailprobleme auch ist; in der Gesundheitspolitik geht es gegenwärtig durchaus um politisch-ethische Grundsatzfragen. Verfolgt man die Beiträge der aktuellen Reformdebatte, so sind tief liegende Dissense in den sozial- und gesellschaftspolitischen Leitbildern nicht mehr zu übersehen. Dass grundsätzliche Differenzen aufgebrochen sind, zeigt sich nicht nur an der Entschlossenheit, mit der sozialpolitische Experten früherer Zeiten, die Dresslers und Blüms, auf das politische Altenteil geschoben wurden. Es zeigt sich auch zum Beispiel an der gewandelten Bewertung des Begriffs „Systemwechsel". War dieser Begriff früher in der politischen Rhetorik stets mit pejorativem Beiklang versehen gewesen, und betonten die politischen Akteure bei Gelegenheit früherer Sparmaßnahmen stets die grundsätzliche Kontinuität der Sozialpolitik, so bekennen sie sich nun vielfach explizit dazu, einen Systemwechsel anzustreben. Und die Abkehr vom Modell der paritätischen Finanzierung in der Sozialversicherung, erst recht aber das derzeit diskutierte (und vor allem von der CDU favorisierte) so genannte Kopfpauschalenmo-

dell in der Gesundheitsversorgung laufen tatsächlich auf einen Systemwechsel hinaus, der sich kaum noch mit Bezug auf die bislang von den großen Volksparteien – zumindest in Form von Lippenbekenntnissen – geteilten normativen Grundlagen der Sozialpolitik rechtfertigen lässt.[1]

Zweifellos ist die zunehmende Radikalität der Reformdiskussion als Reaktion auf die Zuspitzung der Finanznot der Sozialsysteme zu interpretieren. Ebenso nahe liegend ist es aber, die inhaltliche Stoßrichtung vieler gegenwärtig diskutierter Reformvorschläge mit den sozioökonomischen Verschiebungen in Verbindung zu bringen, die sich seit den späten siebziger Jahren vollzogen haben. Hatte Ulrich Beck die bundesdeutsche Wohlstandsentwicklung bis zu dieser Zeit mit dem Bild des „Fahrstuhl-Effekts" zu beschreiben versucht (vgl. Beck 1986) – also als gleichmäßige Wohlstandsentwicklung bei fortbestehenden, aber nicht deutlich zunehmenden Einkommensunterschieden –, so hat sich die Schere der Einkommensentwicklung seit Ende der siebziger Jahre, und zumal seit der Zeit der Kohl-Regierung, wieder deutlich geöffnet. Das passende Schlagwort war seinerzeit das der Zwei-Drittel-Gesellschaft. Je größer indes die Wohlstandsdifferenzen bereits sind, je mehr das Bild der Zwei-Drittel-Gesellschaft tatsächlich trifft, desto stärker ist naturgemäß der ökonomische Anreiz für die vergleichsweise Wohlhabenden, das „untere Drittel" der Schlechtergestellten gewissermaßen abzuhängen, sich also der Last gesellschaftlicher Solidarleistungen soweit als möglich zu entledigen. Eine inegalitäre Wohlstandsverteilung gefährdet auf diese Weise auch die Bereitschaft zu gesellschaftlicher Solidarität.

Nur Risikosolidarität oder auch Einkommenssolidarität?

Das gilt jedenfalls dann, wenn man Solidarität so versteht, wie sie im Zusammenhang mit dem GKV-System bislang verstanden wird. Zu unterscheiden sind ja zwei Arten von Solidarität, die man als Risikosolidarität und Einkommenssolidarität bezeichnen könnte.

1 Das Kopfpauschalenmodell – für das deren Befürworter derzeit einen anderen, freundlicheren Namen suchen – sieht vor, dass alle Versicherten prinzipiell denselben Beitrag in die Krankenversicherung einzahlen, unabhängig von ihrem Verdienst. Nur für besonders einkommensschwache Gruppen sind Erleichterungen vorgesehen.

Risikosolidarität zielt auf einen Risikoausgleich, auf eine partielle Umverteilung von Risiken in Richtung einer gleichmäßigeren Risikoverteilung. Einkommenssolidarität zielt in entsprechender Weise auf einen Einkommensausgleich, also auf eine partielle Umverteilung von Einkommen in Richtung einer gleichmäßigeren Einkommensverteilung. Systeme der Privatversicherung (PKV) kennen, ebenso wie das Kopfpauschalenmodell, nur einen Risiko-, aber keinen Einkommensausgleich. Das GKV-System basiert hingegen auf beiden Formen von Solidarität.[2]

Bedeutsam ist nun, dass sich die beiden Arten von Solidarität hinsichtlich ihrer Begründbarkeit unterscheiden. Risikosolidarität zu begründen ist recht einfach. Es genügt der Appell an das aufgeklärte Eigeninteresse – oder, etwas weniger fein formuliert: den rationalen Egoismus – von Personen. Das gilt jedenfalls, wenn man von folgenden Voraussetzungen ausgehen kann:

- Die beteiligten Personen können von unterschiedlich gravierenden Schadensfällen betroffen sein.
- Es ist nicht möglich, den Eintritt solcher Schadensfälle völlig zu verhindern.
- In einigen der Schadensfälle, auch solchen gravierender Art, ist effektive Abhilfe oder jedenfalls Verminderung der Folgeschäden möglich.
- Letzteres kann aber kostspielig, mitunter sogar sehr kostspielig sein.
- Die beteiligten Personen wissen nicht, ob und inwieweit sie tatsächlich von diesen Schadensfällen betroffen sein werden. (Nebenbei: Deshalb könnte die genetische Diagnostik die Motivation zur Risikosolidarität partiell in Frage stellen.)

Unter solchen Bedingungen ist es tatsächlich rational, solidarisch im Sinne der Risikosolidarität zu sein. Denn dies bedeutet, die finanziellen Folgerisiken, denen alle in einem ihnen unbekannten Ausmaß ausgesetzt sind, solidarisch zu teilen, sodass alle gleichermaßen Hilfe im Schadensfall in Anspruch nehmen können, während die finanzielle Belastung aufgrund des Risikoausgleichs deutlich geringer ausfällt, als

2 Für eine genauere begrifflich-historische Klärung des notorisch unscharfen und vieldeutigen Solidaritätsbegriffs vgl. Hübenthal (2000) sowie Bayertz (1998), insbesondere die Beiträge in den Teilen I und II des Bandes.

wenn jeder für sich allein vorsorgen müsste und dabei auch für den *worst case* gewappnet sein wollte. Freilich wäre es in einem solchen Modell nicht rational, Personen an der Risikovorsorge teilhaben zu lassen, die selbst nicht oder nicht in hinreichendem Maße zahlungsfähig sind. Vom Standpunkt eines rationalen Egoismus aus wird man nur solche Mitglieder am Vorsorgesystem beteiligen wollen, deren Zahlungen wenigstens den Wert erreichen, der sich ergibt, wenn man die Kosten aller Leistungen, die sie vielleicht in Anspruch nehmen könnten, mit der statistischen Wahrscheinlichkeit multipliziert, mit der sie diese Leistungen jeweils in Anspruch nehmen werden. Wer nicht mindestens so viel aufbringt, den wird man rationalerweise nicht dabei haben wollen, denn er wird, statistisch betrachtet, mehr profitieren als er beiträgt.[3]

Gute Gründe für die Einkommenssolidarität

Weitaus schwieriger ist die Frage der Einkommenssolidarität. Ich möchte hierzu drei Bemerkungen machen, erstens zu den moralischen Intuitionen, die sich auf Einkommenssolidarität beziehen; zweitens zur Frage, wieweit die Realität diesen Intuitionen entspricht; drittens zur Frage, ob und inwieweit sich Einkommenssolidarität ethisch begründen lässt.

---

3 Freilich ist hier eine Idealisierung vorgenommen worden: Es wurde unterstellt, dass alle dasselbe Interesse an Abhilfe bei denselben Schadensfällen haben. Nur wenn diese Annahme einigermaßen zutrifft, haben die Personen ein Interesse daran, an dem Vorsorgesystem teilzunehmen. Kleine Interessenabweichungen sind zwar unproblematisch. So mag es sein, dass ich als Fußballprofi eine ganz geringfügige Bewegungseinschränkung der Finger meiner linken Hand nicht als vorsorgebedürftig erachte. Dennoch kann ich vielleicht damit leben, dass ein Musiker gegebenenfalls auch in solchen Fällen Leistungen aus den gemeinsam aufgebrachten Mitteln erhält, zumal ich selbst vielleicht ebenfalls besondere sportgymnastische Leistungen benötige, die der Musiker nicht in Anspruch nimmt. Zu weit dürfen die Bedürfnisse allerdings nicht voneinander abweichen, wenn ein System des Risikoausgleichs für alle im vernünftigen Eigeninteresse liegen soll. Gegebenenfalls müssen diejenigen, deren Leistungsbedürfnisse größer sind, auch mehr in den gemeinsamen Topf einzahlen. Das ist bei einem PKV-System mit individuell abstimmbaren Leistungsangeboten der Fall. Auch ein Kopfpauschalenmodell wäre auf der Grundlage des rationalen Egoismus nur dann begründbar, wenn die Bedürfnisse aller Beteiligten an den durch das System finanzierten Gesundheitsleistungen hinreichend homogen wären.

Was beinhaltet die Idee der Einkommenssolidarität?

Man könnte sagen: Einkommenssolidarität basiert auf der Überzeugung, dass Gesundheitsleistungen ganz besondere Leistungen sind, die je nach Leistungsfähigkeit bezahlt, aber allen gleichermaßen zur Verfügung stehen sollten – oder plakativ gesagt: auf der Überzeugung, dass zumindest in Bezug auf Gesundheitsleistungen das Prinzip gelten sollte: „Jeder nach seinen Fähigkeiten [im Sinne von Zahlungsfähigkeiten], jedem nach seinen Bedürfnissen [im Sinne von Gesundheitsbedürfnissen]!" In großen Teilen der Bevölkerung scheint diese Intuition tatsächlich weit verbreitet zu sein. So jedenfalls könnte man die öffentliche Empörung deuten, wenn bekannt wird, dass besonders zahlungsfähige Menschen schneller an lebenswichtige Spenderorgane oder sonst irgendwelche wichtigen medizinischen Leistungen kommen als weniger zahlungsfähige. Selbst die FDP hat bislang, soweit ich weiß, darauf verzichtet, in Bezug auf solche Arten von Empörung von Sozialneid zu sprechen. Ganz eindeutig scheinen solche Intuitionen allerdings nicht zu sein. Denn ein ähnliches Maß an Empörung ist nicht festzustellen, wo es beispielsweise um die Einschränkung medizinischer Leistungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber geht. Wie die meisten moralischen Intuitionen sind auch diejenigen, die sich auf Einkommenssolidarität bei Gesundheitsleistungen beziehen, nicht selten egozentrisch verzerrt, darüber hinaus aber schwer zu interpretieren, möglicherweise auch selbst partiell unklar oder widersprüchlich.

Inwieweit entspricht das deutsche Gesundheitswesen der Idee der Einkommenssolidarität?

Einfacher zu beantworten ist die empirische Frage, inwieweit das deutsche Gesundheitssystem der Intuition der Einkommenssolidarität gerecht wird. Betrachtet man nur das System der GKV selbst, so scheint Einkommenssolidarität auf den ersten Blick weitgehend gewährleistet. In den GKV findet ja insofern ein Einkommensausgleich statt, als diejenigen, die mehr verdienen, auch höhere Beiträge zahlen, ohne dafür mehr Leistungen zu erhalten. Allerdings sind etliche Einschränkungen zu bedenken.

Erstens entsprechen die mehr und mehr notwendigen Zuzahlungen offensichtlich nicht der Intuition der Einkommenssolidarität. Denn die

Zuzahlungen sind ja für alle Versicherten gleich hoch, unabhängig von deren Einkommen. Nur für die sozial besonders Schwachen sind Einschränkungen der generellen Zuzahlungspflicht vorgesehen. Die Intuition der Einkommenssolidarität erscheint insofern, polemisch formuliert, zur Intuition der Armenfürsorge abgeschwächt: Im Prinzip sollen für gleiche Leistungen alle auch gleich viel bezahlen. Nur den am schlechtesten Gestellten gestehen wir eine gewisse Unterstützung zu. Insofern scheinen die Zuzahlungsregelungen auf demselben Gedanken zu basieren, der auch dem von der CDU favorisierten Kopfpauschalenmodell mit steuerfinanzierter Unterstützung für die am schlechtesten Gestellten zugrunde liegt: Nicht ein Einkommensausgleich im Sinne des „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen", sondern nur eine Art Armenfürsorge für die Schwächsten. Nebenbei muss bemerkt werden, dass die Zuzahlungen natürlich nicht nur der Idee der Einkommenssolidarität, sondern auch der Risikosolidarität widersprechen. Denn Zuzahlungen belasten ja nur diejenigen, die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, also in erster Linie diejenigen, die krank sind oder sich um Krankheitsvorsorge bemühen.

Im Widerspruch zur Einkommenssolidarität stehen zweitens auch die zunehmenden Leistungsausgrenzungen. Leistungen, die von den GKV nicht mehr erbracht werden, stehen ja in aller Regel trotzdem weiter zur Verfügung, nur müssen sie eben privat finanziert werden. (Ein Verbot, medizinische Leistungen anzubieten, die nicht im GKV-Leistungsspektrum enthalten sind, wäre weder durchsetzbar, noch erschiene es in Anbetracht der damit verbundenen Freiheitseinschränkungen angemessen.) Bei privat versicherten Leistungen findet indes kein Einkommensausgleich mehr statt. Besserverdienende werden sich daher grundsätzlich mehr oder höherwertige medizinische Leistungen kaufen können als wirtschaftlich Schlechtergestellte, und dieser Unterschied wird desto mehr ins Gewicht fallen, je weniger medizinische Leistungen die GKV insgesamt übernehmen. Je umfassender das von den GKV angebotene Leistungsspektrum ist, desto weiter ist also Einkommenssolidarität gewährleistet, und je enger das Leistungsspektrum eingegrenzt ist, desto weniger ist Einkommenssolidarität verwirklicht.

Eine noch stärkere Einschränkung der Einkommenssolidarität ergibt sich durch das nur historisch zu erklärende seltsame Nebeneinan-

der mehrerer Versicherungssysteme im deutschen Gesundheitswesen. Eine Pflicht zur Krankenversicherung in den GKV besteht ja nur unterhalb einer Einkommensgrenze, die momentan bei 3.450 Euro liegt. Besserverdienende sind von der Pflicht zur Beteiligung am GKV-System ausgenommen. Sie sind damit auch aus der Einkommenssolidarität entlassen und können sich privat versichern. In sozialethischer Perspektive wirkt diese Reglung sonderbar. Warum sollte jemand, der monatlich 3.000 Euro brutto verdient, zur Solidarität mit schlechter Verdienenden verpflichtet sein, jemand, der 15.000 Euro verdient, aber nicht? Eine solche Ungleichbehandlung scheint, für sich genommen, ausgesprochen unlogisch.

Das Doppelsystem aus GKV und PKV bringt noch in einem weiteren Punkt Gerechtigkeitsprobleme mit sich. Denn erstens sind die PKV nicht verpflichtet, Versicherte zu einheitlichen Konditionen aufzunehmen, sondern können ihre Prämien risikobezogen berechnen, während die GKV niemanden ablehnen oder mit höheren Beiträgen belasten dürfen, der überhaupt die Wahl zwischen PKV und GKV hat. Zweitens korrelieren viele Gesundheitsrisiken mit dem sozialen Status, sodass diejenigen, die zur Versicherung im GKV-System verpflichtet sind, statistisch größeren Krankheitsrisiken ausgesetzt sind, als die in den PKV Versicherten. Dass es hier nicht um vernachlässigbare Differenzen geht, mag die – freilich multifaktoriell bedingte – Tatsache illustrieren, dass die Lebenserwartung des untersten Einkommensfünftels um etwa acht Jahre geringer ist als die des obersten Einkommensfünftels. Da zwar zwischen den einzelnen GKV, aber nicht zwischen PKV und GKV ein Risikoausgleich erfolgt, führt das zu einer zusätzlichen Ungleichbelastung von GKV- und PKV-Versicherten und damit zu einer weiteren Einschränkung der Einkommenssolidarität.

Lässt sich Einkommenssolidarität ethisch begründen?

Kommen wir nun zur dritten und entscheidenden Frage, inwieweit Einkommenssolidarität überhaupt ethisch begründbar ist. Wie bereits angedeutet, sind eigennutzenbasierte Begründungsversuche hier, anders als bei der Risikosolidarität, wenig aussichtsreich. Wer über üppige finanzielle Ressourcen verfügt, kann kein Interesse haben, davon einen weit größeren Anteil für die Krankenversicherung von Schlech-

tergestellten abzuzweigen, als sie oder er selbst, statistisch betrachtet, in Form von Gesundheitsleistungen wahrscheinlich zurückerhalten wird. Für ihn oder sie ist es weit sinnvoller, für den Fall eigener Krankheit durch ein Versicherungssystem Vorsorge zu treffen, das, wie die PKV, ausschließlich auf den Prinzipien der individuellen Risikovorsorge und beschränkten Risikosolidarität basiert. Allenfalls sehr weitgreifende indirekte Folgenerwägungen könnten Gutverdienenden einen Einkommensausgleich im Gesundheitssystem als etwas erscheinen lassen, das im Sinne des rationalen Egoismus „vernünftig" ist – beispielsweise die Sorge um das eigene öffentliche Ansehen oder die Furcht vor sozialen Revolten. Damit erscheinen auch rein kontraktualistische (vertragstheoretische) Begründungsstrategien für die Begründung von Einkommenssolidarität kaum geeignet. Freilich lässt sich argumentieren, dass auch Gutverdienende ein Interesse an einem Gesundheitssystem haben müssen, das zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit derjenigen Kooperationspartner beiträgt, von deren Leistungen sie selbst profitieren. Soweit hierzu ein gewisses Maß an Umverteilung notwendig wäre, ließe sich dieses in der Tat kontraktualistisch rechtfertigen. Damit wäre aber erstens nur eine sehr eingeschränkte Umverteilung begründbar, die vom Prinzip des „Jeder nach seinen Fähigkeiten" weit entfernt wäre. Zweitens wäre das solidarisch finanzierte Leistungsspektrum sehr eng beschränkt, nämlich auf diejenigen Leistungen, die zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit notwendig wären und deren Kosten unterhalb der Erlöse der zukünftig erwartbaren Arbeitsleistungen der betreffenden Person lägen. Drittens wäre eine solidarische Finanzierung von Leistungen für Personen, die überhaupt nicht (mehr) arbeitsfähig sind, auf diese Weise nicht zu begründen. Einkommenssolidarität lässt sich mit einfachen kontraktualistischen Überlegungen also kaum rechtfertigen. Sogar ein Kontraktualismus, der durch zusätzliche Gerechtigkeitsprämissen angereichert ist – ich denke hier vor allem an die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls (vgl. in letzter Fassung Rawls 2001) –, tut sich mit der Begründung eines solidarisch finanzierten Gesundheitswesens schwer. So bleibt beim Rawls-Schüler Norman Daniels Gerechtigkeit im Gesundheitswesen gebunden an das Recht aller, ihre natürlichen Fähigkeiten im Rahmen eines fairen Kooperationssystems optimal zu entwickeln (vgl. u.a. Daniels 1985). Unklar bleibt, auf welcher Grundlage Soli-

darleistungen auch für diejenigen begründet werden können, die gar nicht an einem System wechselseitiger Kooperation teilnehmen können.

An dieser Stelle erscheint natürlich ein Rekurs auf ethische Modelle nahe liegend, die mit Etiketten wie „Mitleidsethik" oder „Ethik der Fürsorge" (engl. *care ethics*) belegt werden, oder auch der Rekurs auf das religiöse Gebot der Nächstenliebe. Nun sind Mitleid und Nächstenliebe zweifellos unverzichtbare moralische Gefühle und wesentliche Motivationsquellen, die ein solidarisches Handeln auch über dasjenige hinaus nahe legen, was der rationale Egoismus gebietet. Ebenso steht außer Frage, dass Mitleid und Nächstenliebe ein zentraler Bestandteil weit verbreiteter Vorstellungen einer lebenswerten Gemeinschaft sind. In einer mitleidlosen Gesellschaft, einer Gesellschaft ganz ohne Nächstenliebe, unter Bedingungen allgemeiner Gleichgültigkeit gegenüber der Not anderer, wird kaum jemand von uns wirklich leben wollen. Damit ist aber noch nicht gezeigt, dass es tatsächlich Hilfsverpflichtungen auch derjenigen gibt, die solche gemeinsamen Werte nicht teilen. Erst recht ist damit noch nicht gezeigt, wie weit solche Hilfsverpflichtungen reichen – ob sie also tatsächlich das Prinzip der Einkommenssolidarität decken können. Es lassen sich durchaus auch eingeschränkte Varianten einer Mitleidsethik denken, denen zufolge nur die Linderung gravierenden Leidens geboten ist. Mitleidsethik kann insofern auch im Sinne der oben so genannten „Intuition der Armenfürsorge" interpretiert werden.

Prima facie wenig aussichtsreich erscheinen auch utilitaristische Versuche, Einkommenssolidarität zu begründen. Das utilitaristische Kriterium der Maximierung des Gesamtnutzens ist ja Verteilungsfragen gegenüber zunächst völlig indifferent. Gleichwohl können gesamtnutzenbezogene Überlegungen unter bestimmten Randbedingungen für eine Egalisierung der Einkommensverteilung im Sinne der Einkommenssolidarität sprechen. Es ist nämlich plausibel anzunehmen, dass gerade in Bezug auf Gesundheitsleistungen das Prinzip des abnehmenden Nutzens Gültigkeit hat: Der Nutzen von Aufwendungen von Gesundheitsleistungen bezogen auf eine Person dürfte im Normalfall mit ansteigendem Mitteleinsatz nur unterproportional ansteigen: Je höher der Versorgungsgrad bereits ist, desto geringer wird der Zusatznutzen, den ich mit demselben Mitteleinsatz erzielen kann. Dies

könnte, entsprechende Randbedingungen vorausgesetzt, tatsächlich ein starkes Argument für eine möglichst egalitäre Gesundheitsversorgung sein. Gleichwohl erscheint fraglich, ob der Utilitarismus eine akzeptable Basis für die Begründung von Einkommenssolidarität darstellt. Denn erstens ist die utilitaristisch hergeleitete „Gleichverteilungspräferenz" von kontingenten Randbedingungen abhängig und insofern keineswegs zuverlässig. Unter bestimmten Bedingungen ist es durchaus möglich, dass eine grob inegalitäre Ressourcenverteilung einen größeren Gesamtnutzen (oder gar Durchschnittsnutzen) mit sich bringt als eine egalitäre. Zweitens wird das Nutzenprinzip selbst in der Regel nur mit Plausibilitätsargumenten begründet, sodass unklar ist, inwiefern darauf gestützte Überlegungen zur Begründung einer echten moralischen Pflicht zur Einkommenssolidarität überhaupt dienen können. Drittens würden sich in einer unmittelbar gesamtnutzenbezogenen Perspektive auch moralisch kontraintuitive Verteilungskonsequenzen ergeben. So müssten im Rahmen eines konsequenten Glücksutilitarismus beispielsweise lebenserhaltende Maßnahmen vom erwartbaren Beitrag der zu rettenden Person zur Glücks-Gesamtbilanz abhängig gemacht werden: Menschen mit schlechten Lebensaussichten oder depressiver Veranlagung hätten prima facie einen geringeren Anspruch auf lebenserhaltende Maßnahmen als solche, die ein längeres und glücklicheres Leben zu erwarten hätten. Unter Zuhilfenahme von Brückenprinzipien, Praxisnormen und Ähnlichem lassen sich solche kontraintuitiven Konsequenzen bei der Anwendung des Nutzenprinzips zwar stets irgendwie vermeiden, dies wird jedoch durch eine zusätzliche Abschwächung der Begründungskraft der Gesamtargumentation in Richtung eines flexiblen Plausibilitäts-Intuitionismus erkauft. Es scheint daher fraglich, ob sich auf diese Weise eine hinreichend tragfähige Begründung für Einkommenssolidarität gewinnen lässt.

Lässt sich ein Einkommensausgleich in Bezug auf Gesundheitsleistungen also gar nicht verbindlich begründen? Ich denke doch, dass diese Möglichkeit besteht. Dies möchte ich in fünf Schritten zeigen.

1. Erstens schlage ich vor, den Einkommensausgleich nicht als Solidaritätsverpflichtung, sondern als Gerechtigkeitsverpflichtung zu diskutieren. Worin liegt der Unterschied zwischen der Solidaritätsperspektive und der Gerechtigkeitsperspektive? Ich möchte es so formu-

lieren: Die Frage der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen als Solidaritätsfrage zu fassen, läuft darauf hinaus, dass man die Einkommensunterschiede schon als ein unhinterfragtes Faktum hingenommen hat und dann im zweiten Schritt nach Gründen fragt, warum die Bessergestellten solidarisch sein, also von ihrem Mehreinkommen wieder etwas für andere, die krank sind, abgeben sollten. Die Begründungslast liegt damit von vornherein bei denen, die eine partielle Umverteilung hinsichtlich der Gesundheitsleistungen rechtfertigen wollen. Das hat natürlich zur Folge, dass dasjenige, was Rawls (2001) die *„burdens of judgment"* genannt hat, also alle Schwierigkeiten einer allgemeinverbindlichen moralischen Urteilsbildung, immer nur gegen Umverteilungsbestrebungen ins Feld geführt werden können. Die Frage der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen als Gerechtigkeitsfrage zu fassen, läuft hingegen darauf hinaus, dass man die gesellschaftliche Verteilung von Gütern und Dienstleistungen insgesamt zum Gegenstand einer Legitimitätsprüfung macht. Es wäre also nicht (bzw. nicht nur) zu fragen: Sind die Bessergestellten verpflichtet, etwas von ihrem Mehreinkommen für die Gesundheitsversorgung von Schlechtergestellten abzugeben? Sondern: Nach welchen Regeln oder mittels welcher Institutionen sollten Ansprüche auf Güter und Dienstleistungen überhaupt gerechterweise verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen zuerkannt werden? Die Frage so zu stellen, führt also zunächst zu einer gleichmäßigeren – und insofern vielleicht auch sozusagen diskursiv gerechteren – Verteilung der *„burdens of judgment"*, indem man sich klarmacht, dass die ursprüngliche Einkommens- und Wohlstandsverteilung nicht weniger rechtfertigungsbedürftig ist als der partielle Einkommensausgleich im Gesundheitswesen.[4]

2. Im Anschluss an diese Überlegung lässt sich in einem zweiten Schritt zeigen, dass sich Wohlstands- und Einkommensunterschiede nur schwer und nur in engen Grenzen ethisch rechtfertigen lassen. Für

4 Wie bereits bemerkt, ist der Solidaritätsbegriff ausgesprochen vieldeutig. Seine zentrale Stellung in der Diskussion über den Sozialstaat verdankt er unter anderem dem Einfluss der christlichen Sozialethik, wo er vielfach gerade nicht in Spannung zum Gerechtigkeitsbegriff steht; vgl. etwa das Sozialwort der Kirchen „Solidarität und Gerechtigkeit" aus dem Jahr 1997. Die hier vorgenommene Entgegensetzung der beiden Begriffe ist insofern eine Stilisierung, die freilich das Ziel verfolgt, zwei grundsätzlich verschiedene Argumentationsstrategien deutlich erkennbar zu machen.

eine überzeugende Begründung von weit reichenden Wohlstands- und Einkommensunterschieden benötigt man zum einen eine tragfähige Begründung des Rechts auf Privateigentum überhaupt (a) und zum anderen eine überzeugende Rechtfertigung der inegalitären Verteilung selbst (b).

ad a) Schon die Begründung eines Rechts auf Privateigentum ist nun alles andere als unproblematisch. Die klassische Begründung basiert auf John Lockes (2000) idealtypischem Modell einer ursprünglichen Inbesitznahme herrenloser Naturgegenstände sowie ihrer Aufwertung durch eigener Hände Arbeit. Das Urbild dieser Inbesitznahme ist der Abenteurer in einsamer Gegend, der ein wildes Tier erlegt, ein Stück Land einzäunt, aus den vorgefundenen Mitteln aus eigener Kraft ein Haus baut und so weiter. Dieses Bild entspricht offenkundig in nichts mehr der Situation moderner, hochgradig arbeitsteiliger Gesellschaften. Denn zum einen existiert fast nichts mehr, das frei von Eigentumsansprüchen wäre – man erwäge nur, welche Gegenstände man bei einem Gang durch das Territorium eines modernen Staates überhaupt noch als frei von Eigentumsansprüchen vorfinden würde, sodass sie als Objekte ursprünglicher Inbesitznahme in Betracht zu ziehen wären. Zum anderen ist das „Mit eigener Hände Arbeit"-Pathos heutzutage noch weit fragwürdiger als schon zu Lockes Zeiten. Nehmen wir nur einen in Lockes Sinne noch besonders günstigen Fall an, nämlich den einer Erfindung, und stellen uns vor, wir hätten als Chemikerin oder Chemiker eine nützliche Erfindung gemacht: Wie viel davon können wir uns tatsächlich als unsere eigene Leistung zurechnen? Wie viel zählen die Leistungen derer, die das Labor gebaut haben? Wie viel die Leistung derer, die die technischen Voraussetzungen, etwa die Laborgeräte, erfunden und die Theorien entwickelt haben, auf die wir angewiesen waren? Wie viel die Leistungen unserer Lehrer, von denen wir gelernt haben? Wie viel die Leistung unserer Eltern oder Pflegepersonen, die uns erzogen haben? Wie viel die Leistung des Gesundheitssystems, das dafür gesorgt hat, dass wir erwachsen geworden sind? Wie will man alle diese Beiträge, ohne die unsere eigene Leistung unmöglich gewesen wäre, in ihrem Wert quantifizieren? (hierzu Hinsch 2002: Kap. 8; sowie Gosepath 2004: 381 ff.)

ad b) Diese Überlegung trifft natürlich auch schon die Rechtfertigung der Einkommensunterschiede selbst, sofern diese nämlich durch

unterschiedliche Leistungen begründet werden sollen. Bislang existiert kein einziger auch nur halbwegs plausibler Vorschlag, wie man unterschiedliche individuelle Leistungen in einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive messen und auf ethisch überzeugende Weise bewerten könnte. Anlässlich eines wirtschaftsethischen Kolloquiums hat mir kürzlich ein Ökonom versichert, dass es keinerlei wirtschaftswissenschaftliches Instrumentarium gebe zu bewerten, wie angemessen oder unangemessen beispielsweise Managergehälter auch nur aus einer eingeschränkten unternehmensbezogen-betriebswirtschaftlichen Sicht sind. Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive individuelle Leistungen zu bewerten, dies gar auf allgemein zustimmungsfähige Weise zu tun, scheint vor diesem Hintergrund ein recht hoffnungsloses Unterfangen.

3. In einem dritten Schritt ist daher die Legitimität von Einkommensdifferenzen zu relativieren. Die Rechtfertigung von Einkommensunterschieden ist unter Rekurs auf Leistungsgerechtigkeit schon wegen der genannten Bemessungsprobleme nur in sehr begrenztem Maße möglich. Eher Erfolg versprechend erscheint eine effizienzbezogene Begründung: Es lässt sich argumentieren, dass gewisse Einkommensunterschiede nötig sind, um Leistungsanreize zu setzen. Eine effizienzbezogene Begründung von Einkommensunterschieden ist weniger anspruchsvoll: Es kommt hier weniger auf Gerechtigkeit an, als darauf, dass derjenige, der überhaupt nichts oder nur ganz wenig tut, schlechter dasteht, als derjenige, der sich um eine gesamtgesellschaftlich sinnvolle Tätigkeit bemüht. Zugleich ist eine effizienzbezogene Begründung aber auch viel schwächer als eine gerechtigkeitsbezogene. Die Effizienz des Wirtschaftssystems ist dann lediglich ein instrumentelles soziales Gut, das nur insoweit einen moralischen Wert hat, als es zur Befriedigung moralisch legitimer Bedürfnisse beiträgt. Demnach wären es letztlich nicht individuelle Leistungen, die den letzten Grund der Rechtfertigung der Einkommensverteilung liefern, sondern moralisch legitime Bedürfnisse. Primärer normativer Bezugspunkt wäre nicht eine Leistungs-, sondern eine Bedürfnistheorie. Die Einkommensdifferenzierung wäre nur soweit gerechtfertigt, als sie durch ihren Beitrag zum Effizienzziel zur bestmöglichen Befriedigung moralisch legitimer Bedürfnisse beiträgt.

4. In einem vierten Schritt wäre dann zu begründen, dass es ein Grundrecht auf Gesundheitsversorgung gibt. Dies scheint mir in der Tat möglich und nicht einmal besonders schwierig. Denn praktische Regelungen sind nur dann moralisch gültig, wenn sie von uns allen in einem zwanglosen Diskurs vernünftigerweise akzeptiert werden könnten. Viele von uns könnten aber hier und jetzt gar nicht mehr über die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen diskutieren, wenn wir nicht in den Genuss von Leistungen des Gesundheitssystems gekommen wären. Für viele von uns sind oder waren Leistungen des Gesundheitswesens lebenswichtig und für uns alle könnten sie einmal lebenswichtig sein. Für viele von uns sind oder waren diese Leistungen die Voraussetzung eines guten, gelingenden Lebens und für uns alle könnten sie dies wenigstens werden. Gesundheit ist, wie Kersting (u.a. 2002: 144) und Höffe (u.a. 1999: 58 ff.) formulieren, ein „transzendentales Gut", ein Gut, das uns vielfach überhaupt erst in die Lage versetzt, andere Güter zu nutzen oder zu genießen, beliebige Ziele realisieren oder auch nur anstreben zu können. Wenn es also überhaupt ein verallgemeinerbares Bedürfnis gibt, dann ist es das Bedürfnis nach Gesundheit. Eine ethische Bedürfnistheorie, die danach fragt, wofür wir gemeinsam unsere sozial erarbeiteten Ressourcen vorrangig verwenden sollten, wird eine effiziente Gesundheitsversorgung folglich ziemlich weit oben auf der Bedürfnisliste verorten dürfen. Wenn es überhaupt Anspruchsrechte gibt, wäre es für jeden von uns unvernünftig, nicht wenigstens ein Recht auf Gesundheitsversorgung zu beanspruchen. Diese ethischen Überlegungen lassen sich auch juristisch unterstützen. Zwar ist ein Recht auf Gesundheitsversorgung im Grundgesetz nicht explizit formuliert. Seewald (1981) zufolge ergibt es sich aber implizit aus anderen Grundrechtsbestimmungen, unter anderem aus dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und dem Recht auf ein Existenzminimum in Verbindung mit der Sozialstaatsklausel sowie zudem aus Schrankenregelungen anderer Grundrechte. Dass Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG nicht lediglich ein Abwehrrecht begründet, sondern auch eine Schutzpflicht des Staates, ist in der juristischen Diskussion kaum umstritten, auch wenn keine Einigkeit darüber besteht, wie weit korrespondierende Anspruchsrechte auf Gesundheitsleistungen verfassungsrechtlich begründet sind.

5. Aus diesen Überlegungen lässt sich nun in einem fünften Schritt das Fazit ziehen, dass das Anspruchsrecht auf Gesundheitsversorgung, das unter direktem Rekurs auf ein Grundbedürfnis begründet wird, vorrangig gegenüber Eigentumsrechten ist, die nur indirekt legitimiert werden können, insofern sie zur Befriedigung legitimer Bedürfnisse beitragen. Im Sinne einer abschließenden Pointe lässt sich dies noch durch eine zusätzliche Überlegung stützen, welche die Leistungs- und die Bedürfnistheorie wieder zusammenbringt: Sollen leistungsbasierte Einkommensunterschiede überhaupt Anreize setzen können, ist es entscheidend, dass Gesellschaftsmitglieder nicht für Dinge belohnt oder bestraft werden, für die sie ganz offensichtlich nichts können. Zwar ist es, wie oben bereits bemerkt, nahezu unmöglich zu bemessen, was genau als Leistung einer Person zu werten ist. Sehr viel einfacher ist es aber zu zeigen, was der Person definitiv nicht als Verdienst oder Verschulden zuzurechnen ist. Will man den Leistungsgedanken retten, dürfen Bürgerinnen und Bürger zumindest dafür nicht belohnt oder bestraft werden, wofür sie nicht verantwortlich sind. Daraus folgt, dass das Gesundheitswesen so organisiert sein sollte, dass Kranke durch ihre Krankheit jedenfalls keine zusätzlichen ökonomischen Nachteile haben dürfen. Jede Finanzierung des Gesundheitssystems, die nicht wenigstens einkommensproportional ist, würde aber eine relative Benachteiligung der Schlechtergestellten bedeuten, die ihren Grund in etwas hat, das ihnen nicht als Verdienst oder Verschulden zugerechnet werden kann, nämlich im Krankheitsrisiko.

Ein gemeinsam getragenes Gesundheitswesen, das für alle dieselben Leistungen vorsieht, aber von allen zumindest einkommensproportional finanziert wird, lässt sich also tatsächlich gut begründen. Dass es politisch gegen die gegenwärtig mächtigen Entsolidarisierungstendenzen zu verteidigen bzw. durchzusetzen ist, wäre zu hoffen.

Literatur

Bayertz, Kurt (Hg.) (1998): Solidarität. Begriff und Problem. Frankfurt am Main.

Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main.

Daniels, Norman (1985): Just Health Care. Cambridge.

Gosepath, Stefan (2004): Gleiche Gerechtigkeit. Grundlagen des liberalen Egalitarismus. Frankfurt am Main.

Hinsch, Wilfried (2002): Gerechtfertigte Ungleichheiten. Grundsätze sozialer Gerechtigkeit. Berlin/New York.

Höffe, Otfried (1999): Demokratie im Zeitalter der Globalisierung. München.

Hübenthal, Christoph (2000): Solidarität. Historische und systematische Anmerkungen zu einem moralischen Begriff . In: Krebs, Hans-Dieter/Kühn, Michael (Hg.): Vorteil Solidarität. Forum Kirche und Sport. Düsseldorf, S. 7-42.

Kersting, Wolfgang (2002): Kritik der Gleichheit. Über die Grenzen der Gerechtigkeit und der Moral. Weilerswist.

Locke, John (2000): Zwei Abhandlungen über die Regierung. Frankfurt am Main. [Originalfassung: Locke, John (1689): Two Treatises of Government. London.]

Rawls, John (2001): Justice as Fairness. A Restatement. Cambridge/London.

Seewald, Otfried (1981): Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit. Köln/Berlin/Bonn/ München.