

Michael von Grundherr - Schellingstraße 39a - 80799 München

Gleiche Gesundheit, ungleiche Chancen¹

Warum eine Gleichverteilung gesundheitsrelevanter Ressourcen weder rational noch fair ist

Stehen in einer freien und gerechten Gesellschaft jedem die gleichen Ressourcen zum Schutz und Erhalt der Gesundheit zu? Diese Frage würden auch viele bejahen, die im Rahmen einer chancen- oder leistungsorientierten Auffassung von Gerechtigkeit sonst eine ungleiche Verteilung von Gütern zulassen oder fordern. Institutionalisiert ist diese Überzeugung in Staaten, deren Gesundheitssysteme gesundheitsrelevante Ressourcen stärker egalitär verteilen als andere Güter. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist ein gutes Beispiel.²

Ich werde argumentieren, dass ein solches System weder rational begründbar noch mit dem Prinzip der Chancengleichheit verträglich ist. Dabei beziehe ich kritisch zu dem Ansatz von Norman Daniels (2008) Stellung, der den besonderen moralischen Status von Gesundheit aus ihrem Beitrag zur Chancengleichheit ableitet.

1 Egalitäre Umlagesysteme und mögliche Begründungen

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland basiert auf dem Grundsatz, dass Chancen auf Wiederherstellung der Gesundheit – anders als andere Güter – gleich verteilt werden sollten. Jeder zahlt nach seiner Leistungsfähigkeit einen Teil seines Gehalts ein und erhält nach seinem Bedarf gegebenenfalls eine unbegrenzt teure medizinische Behandlung. Dieses System hat zwei wesentlich Züge, die ich im Folgenden kritisch diskutieren möchte:

- Es ist ein Umverteilungssystem, im Rahmen dessen die besser Verdienenden verpflichtet sind, eine umfassende Krankenversicherung mit fast maximalem Leistungsangebot für die schlechter Gestellten mitzufinanzieren.
- Die schlechter Gestellten haben die Pflicht, die Transferleistung für eine solche Versicherung auszugeben, auch wenn es aus ihrer Sicht nicht rational ist. Diese Art

¹ Vorläufiger Arbeitsstand.

² Die verkomplizierende Möglichkeit privater Krankenversicherung in Deutschland betrachte ich für den Zweck des Arguments nicht.

Vorläufige Version

von Paternalismus ist unvermeidbar, will man ein ausgewähltes Gut nach einem speziellen Muster (z.B. gleich) verteilen: Andernfalls würden viele die Leistung in Güter umtauschen, die Ihnen wichtiger sind (z.B. eine besonders gute Ausbildung).

Wie könnte man ein solches System rechtfertigen? Ich will zwei repräsentative Argumente herausgreifen: während das erste nicht auf moralische Prämissen angewiesen ist, stützt sich das zweite auf ein Gerechtigkeitsprinzip.

Das erste Argument besagt, die gleiche Verteilung der Gesundheitsversorgung sei für jedes einzelne Mitglied der Gesellschaft vorteilhaft und empfehle sich daher bereits aus reinem Eigeninteresse. Plausibel daran ist, dass tatsächlich jeder einen Vorteil davon hat, dass er im Bedarfsfall freien Zugang zu beliebig aufwändiger ärztlicher und pflegerischer Versorgung hat. Das System der Finanzierung dieser Leistungen über ein egalitäres Umlagesystem scheint aber bereits auf den ersten Blick nur dann für alle die beste aller möglichen Varianten zu sein, wenn man sehr starke Annahmen über den Status von Gesundheit im Wertesystem der einzelnen trifft. Man muss zum Beispiel annehmen, dass Gesundheit ein Wert ist, der bei jedem Menschen allen anderen Werten lexikalisch vorgeordnet ist. Dann wäre es rational zu Beginn des Lebens (z.B. durch eine stellvertretende Entscheidung der Eltern) in ein System einzutreten, das einem unabhängig von der sonstigen Situation (Einkommen, Vermögen) maximale medizinische Versorgung garantiert. Denn die Einbußen im Fall, dass man Gutverdiener wird und überproportional in das System einzahlen muss, sind dann immer weniger schlimm als die Gesundheitseinbußen, die einen nicht oder nur teilweise versicherten Schlechtverdiener treffen – und das vollkommen unabhängig davon, wie unwahrscheinlich letzterer Fall ist.³

Das zweite Argument versucht, das System unabhängig davon durch eine moralische Pflicht zur Erhaltung der Gesundheit aller Mitglieder der Gesellschaft zu rechtfertigen, die stärker ist als die anderen Normen, die die Verteilung von Gütern in der Gesellschaft regeln. Das in vielen Theorien der Gerechtigkeit akzeptierte Prinzip der Chancengleichheit wird hierfür häufig, etwa in den Werken von Daniels (1985, 2008), als Grundlage herangezogen. Für das egalitäre System der GKV müsste man argumentieren, man sollte mit dem Ziel der Chancengleichheit als Voraussetzung eines gelungenen Lebens soweit als möglich

³ Für dieses Argument braucht man keinen starken Schleier des Nichtwissens, sondern nur einen Schleier, der die Zukunft verdeckt.

angleichen. Plausibel daran ist, dass Gesundheit tatsächlich für viele Aktivitäten Voraussetzung ist und insofern Chancen eröffnet. Zwei Herausforderungen, die sich prima facie aufdrängen, möchte ich aber auch hier schon nennen. Damit man durch eine Gleichverteilung von Gesundheitsressourcen Chancengleichheit schafft, muss Gesundheit für alle auch gleich große Chancen schaffen. Zweitens muss man erklären, warum man gerade durch eine Gleichverteilung von Gesundheitsversorgung Chancengleichheit schaffen will und nicht durch eine Gleichverteilung von anderen Gütern, deren Besitz ebenfalls Chancen eröffnet (z.B. trivialerweise das Einkommen).

2 Gesundheit und gutes Leben

Ich möchte für zwei zentrale Thesen argumentieren:

- a) Gesundheit hat nicht notwendigerweise (und vielleicht nicht einmal oft) einen besonderen Platz im Wertesystem von Personen und sie kann rationalerweise mit anderen Werten abgewogen werden
- b) Gesundheit und damit medizinische Versorgung ist für verschiedene (vollkommen rationale) Personen unterschiedlich wertvoll.

Hier ist nicht der Raum, für eine Theorie des guten Lebens zu argumentieren. Aber die beiden Thesen sind sowohl im Rahmen einer subjektivistischen Werttheorie als auch in den üblichen und plausiblen Varianten einer objektivistischen Theorie gut begründbar.⁴

(a) Im Rahmen einer subjektivistischen Werttheorie muss man im Prinzip nur zeigen, dass es nicht inkonsistent ist, der Gesundheit keinen übergeordneten Wert zuzuordnen. Aber das ist keine große Herausforderung, denn so lange eine Präferenzrelation die formalen Grundvoraussetzungen erfüllt, trägt sie als Grundlage rationaler Entscheidungen. Aber Gesundheit als einen Wert unter anderen anzusehen zwingt nicht zu intransitiven oder unvollständigen Präferenzen. Nun ist es nicht nur rational möglich, sondern auch üblich, Gesundheit als einen Wert zu sehen, der mit anderen Werten abgewogen werden kann und muss: Kaum jemand würde Gesundheit als Hauptziel seines Lebens ansehen. In vielen Fällen würden wir das sogar als eine zwanghafte Störung ansehen.

⁴ Die (unscharfe) Einschränkung auf plausible Varianten objektivistischer Werttheorien mache ich, da man eine objektivistische Theorie konstruieren könnte, in der beide Thesen nicht gelten – etwa indem sie einfach die gegenteiligen Thesen postuliert und den Rest der Theorie konsistent dazu aufbaut.

Auch in einer objektivistischen Theorie wäre es unplausibel, der Gesundheit einen so absoluten Wert einzuräumen. Typischerweise nennen solche Theorien Erfolg in wichtigen Projekten, Freundschaften oder Zufriedenheit als Werte (vgl. Griffin 1986: 40ff). Als besonders wichtiger eigenständiger Wert fügt sich Gesundheit schlecht in diese Reihe ein. Das Streben nach vielen der genannten Werte kann eine Abwägung mit Investitionen in die eigene Gesundheit erfordern. Ein extremer Fall ist etwa die Lebendorganspende, bei der Menschen ihre Gesundheit riskieren, um Nahestehenden zu helfen. Aber genauso muss man in gewöhnlicheren Fällen abwägen zwischen der eigenen Gesundheit und dem Konsum von Genussmitteln, der zur Zufriedenheit führt, oder einfach ausgedehnter Büroarbeit, die der Erfolg in einem wichtigen Projekt erfordern mag. Ein absolut vorgeordneter Wert der Gesundheit würde letztlich fast jede Aufstellung weiterer wesentlicher Werte hinfällig machen.

Eine Position wie die von Daniel Callahan (1990) veranschaulicht diese Haltung in überzeugender Weise. Er argumentiert, wir sollten den Wahn nach perfekter Gesundheit und das unerreichbare Ziel der Unsterblichkeit ablegen, das implizit so viele Debatten um Gesundheitspolitik lenkt. Denn, so Callahan, durch weitere enorm teure Verbesserungen der medizinischen Versorgung können wir zwar den Tod nach hinten verschieben, aber das Sterben wird weder vermeidbar noch deutlich angenehmer werden. Wenn wir uns auf diesen „ausgefranst Rand“ (Callahan) konzentrierten, könnten wir nicht glücklich werden. Was das Leben wertvoll mache, sei die Zeit davor – und zwar in erster Linie eine erfüllte, nicht eine gesunde Zeit.

Weiterhin gilt sowohl für subjektivistische als auch für objektivistische Werttheorien: Gesundheit ist auch kein allen anderen Werten vorgeordneter instrumenteller Wert. Viele Dinge kann man tun, wenn man nicht ganz gesund ist. Die Erfüllung wichtiger Ziele ist oft relativ unabhängig von der körperlichen Verfasstheit oder nur kontingenterweise von ihr abhängig. Man denke an Stephen Hawking, der trotz einer extrem schweren Erkrankung in einem zentralen Projekt seines Lebens, nämlich einen wesentlichen Beitrag zur Physik zu leisten, enorm erfolgreich ist.

(b) Bei der direkten Präferenz für Gesundheit kann es zwischen einzelnen Individuen relativ große Unterschiede geben: Sicher ist fast jedem Gesundheit wichtig, aber in einer Rangliste

der wesentlichen Güter wird sie von Individuum zu Individuum unterschiedliche Plätze besetzen. Deutlicher wird das dann, wenn man unvollkommene Gesundheitszustände einbezieht. Eine minimale Verbesserung des Gesundheitszustands bei einer schweren finalen Erkrankung und damit das Hinauszögern des Todes ist manchen Menschen wichtig, andere würden dafür wenige andere Güter aufgeben.

Letzteres Argument mag für bestimmte objektivistische Ansätze nicht gelten, da sie eine objektive Liste von wertvollen Gütern vorlegen, die für alle Menschen gleich ist. Doch auch sie müssen anerkennen, dass der Wert von Chancen, die Gesundheit eröffnet, für verschiedene Menschen unterschiedlich groß ist. Denn Chancen verbessern das Leben nur dann, wenn der den Lebensweg, den sie eröffnen, auch dem eigenen Lebensplan entspricht. In diesem einfachen Sinn sind spezifische Chancen von Individuum zu Individuum sehr unterschiedlich wichtig. 100%-ige Sehstärke eröffnet für jemanden, der Pilot oder Rennfahrer werden will, eine wesentliche Chance und verbessert sein Leben deutlich; für die meisten anderen verbaut leichte Kurzsichtigkeit keinen Weg.

Allerdings eröffnet Gesundheit bis zu einem gewissen Grad ähnliche Chancen für verschiedene Personen. In den Extremen ist das klar: Während die Kurzsichtigkeit nur sehr spezielle Lebenspläne stört, macht am anderen Ende der Skala dauerhafte Bewusstlosigkeit die Erfüllung jedes Lebensplans unmöglich. Welche Art medizinischer Versorgung ähnlich wertvolle Chancen für alle Mitglieder einer Gesellschaft eröffnet, ist abhängig von der jeweiligen Lebensform sowie den natürlichen, gesellschaftlichen und technischen Gegebenheiten. Mit großer Sicherheit ist dieser Bereich aber kleiner als der Umfang der derzeit möglichen Maximalversorgung. In diesen Bereich gehören als Beispiele die Antibiotika-Behandlung von Infektionskrankheiten, die Reparatur von Knochenbrüchen oder eine Blinddarmoperation. Auch Public Health Maßnahmen, etwa Impfungen oder Hygienemaßnahmen, zählen vermutlich dazu.

Je unsicherer aber zukünftige Wünsche und Bedingungen sind, desto mehr erhöht ein breites Spektrum an Chancen aber die Wahrscheinlichkeit, dass ein Leben gut wird – und zwar für viele Menschen in gleicher Weise. Je nachdem allerdings, wie die Individuen mit anderen Ressourcen ausgestattet sind (z.B. Einkommen), ist die Verbesserung des Zugangs zu medizinischer Versorgung nicht unbedingt der effizienteste Weg, ihre Gesamtchancen auf ein gutes Leben zu verbessern. Relativ zu anderen Optionen (z.B. bessere Bildung, Freizeit) ist

also auch im Fall großer Unsicherheit Gesundheit unterschiedlich wertvoll für verschiedene Personen.

3 Kritik an den Begründungsargumenten

Zusammen entkräften diese Thesen beide Argumente, die ich oben für ein egalitäres Gesundheitssystem aufgeführt habe:

Das System kann nicht als rational für alle Mitglieder der Gesellschaft gerechtfertigt werden, denn für viele ist es tatsächlich nicht das vorteilhafteste System. Wenn Gesundheit kein lexikalisch vorgeordneter Wert ist und bei verschiedenen Personen unterschiedliche Stellen im Wertesystem einnimmt, wird es in einer Gesellschaft immer einige Personen geben, für die der Vorteil der freien/subventionierten Gesundheitsversorgung im Fall, dass sie in einer weniger begüterten Position landen, geringer ist als die Nachteile, die sie daraus haben, dass sie in anderen Positionen für die Gesundheitsversorgung aufkommen müssen.

Ein Ausweg wäre es, eine allgemeine Gesundheitsversorgung als öffentliches Gut zu rechtfertigen, so wie man etwa die Steuerfinanzierung eines Bildungssystems damit rechtfertigen kann, dass die gute Bildung einzelner allen zugute kommt. Für viele der besser Gestellten kann in diesem Fall auch ein überproportionaler Beitrag vorteilhaft sein. Zwar sind bestimmte public health Maßnahmen, etwa Impfungen oder Förderung von Hygiene, tatsächlich für alle von Vorteil; aber der überwiegende Teil der medizinischen Versorgung fördert – zumindest in entwickelten Ländern – ein privates Gut.

Auch das Argument, das von der Chancengleichheit ausgeht, ist nicht zu halten. Um das zu zeigen, möchte ich den Ansatz von Daniels (2008) heranziehen. Er plädiert dafür, so zu verteilen, dass jedem ein natürliches Spektrum von Chancen offen steht. Damit meint er ein Spektrum, das unabhängig von individuellen Lebensplänen für jeden gleich ist. Daraus folgt direkt die Forderung nach Gleichverteilung des Zugangs zu medizinischer Versorgung. Allerdings ist dieses natürliche Spektrum von Möglichkeiten für die Individuen nicht von Belang. Die Chancen, den eigenen Lebensplan erfolgreich zu verwirklichen, steigen nur dann, wenn man Möglichkeiten bekommt, die für den aktuellen Lebensplan oder solche Pläne, die man mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit in Zukunft fassen wird, relevant sind. Aber eine gleiche medizinische Versorgung eröffnet nach obigem Argument für Personen mit

unterschiedlichen Lebensplänen unterschiedlich wertvolle Chancen. Sie fördert relativ willkürlich Lebenspläne, für die Gesundheit besonders wichtig ist, und benachteiligt solche, für die ein anderes Gut von größerer Bedeutung wäre. Die obigen Argumente zeigen, dass es hier substantielle Unterschiede zwischen Individuen geben kann: Deswegen ist es nicht nur eine kleine Verzerrung oder Ungenauigkeit, die durch eine besondere Gleichverteilung des Zugangs zu medizinischer Versorgung entsteht. Hinzukommt, dass Gesundheitsversorgung sehr teuer ist. Einfach möglichst viele Chancen offenzuhalten, bedeutet immer einen Verzicht an anderer Stelle, auch den Verzicht auf ggf. deutlich wertvollere Förderung einzelner an anderer Stelle.

Um Chancengleichheit in diesem substanziellen Sinn durch Verteilung des Zugangs zu medizinischer Versorgung herzustellen, müsste man diese also je nach den spezifischen Entscheidungen Einzelner umverteilen. Das aber wäre ein problematisches und kaum implementierbares System, das starke staatliche Überwachung persönlichster Entscheidungen erfordern würde. So auch Daniels:

For example, we do not want to be in the business, I believe, of deciding who gets what medical services on the basis of occupation or other results of prior individual choices of a similar sort. (Daniels 2008: 46)

Aber es gibt eine ganz einfache Alternative zu Daniels Überlegung: Wir müssen die fraglichen Ressourcen gar nicht in einer besonderen Weise verteilen, sondern können einfach die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft entscheiden lassen:

Wenn man Chancengleichheit herstellen möchte, warum dann durch eine aufgezwungene isolierte gleiche Verteilung medizinischer Ressourcen? Das bisherige Argument richtet sich nicht generell gegen eine bestimmte Verteilung von Gütern in einer Gesellschaft, sondern nur gegen eine besondere Behandlung der Verteilung des Zugangs zu medizinischer Versorgung. In den meisten können Individuen selbst besser als andere entscheiden, welche Investitionen zur Verwirklichung ihres Lebensplans am ehesten geeignet sind.

Zur Abgrenzung meiner Argumentation muss ich noch anmerken: Zum Zweck des Arguments habe ich mich auf die Diskussion der Verteilung von Maximalversorgung beschränkt. Ein etwas anderes Bild ergibt sich, sofern Minimalversorgung in Frage steht: Denn diese sichert medizinische Versorgung und schafft Möglichkeiten, die für alle weitgehend gleich wichtig sind. Der Schwerpunkt nötiger Investitionen dürfte in diesem Bereich aber nicht bei der

individuellen Versorgung, sondern bei Public Health Fragen liegen, etwa Sicherstellung von Hygiene, Impfungen, Umweltbedingungen, Ernährung. Eine besondere Verteilung solcher Güter lässt sich auch im interessenbasierten Argument eher rechtfertigen, da es sich dabei zu einem großen Teil um öffentliche Güter handelt. Um mit Callahans Bild zu sprechen: den großen Teil des Lebens von den großen Verwerfungen für alle gleichermaßen zu befreien, kann eher gerechtfertigt werden. Das Verschieben des ausgefransten Randes ist als solidarische Aufgabe der Gemeinschaft hingegen schwer zu begründen. Die Diskussion um Finanzierung von Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern steht vor allem vor Problemen der ersten Art – ganz anders als die Diskussion in entwickelten Ländern, in denen es untern anderem um die Verteilung enorm hoher Kosten der relativ geringen Verlängerung des Lebens Einzelner geht.

4 Was tun?

Um zusammenzufassen: Die besondere (egalitäre) Verteilung gesundheitsrelevanter Ressourcen erscheint zunächst plausibel als Versuch, einen Mittelweg zu gehen – nämlich im Allgemeinen nicht egalitär, sondern nach Prinzipien der Chancengleichheit und der Absicherung eines sozialen Mindeststandards zu verteilen, in dem vermeintlich besonders wichtigen Bereich der Gesundheit aber Gleichheit herzustellen. Aber dieser Kompromiss ist, so meine obigen Argumente, weder rational noch fair. Eine freie Gesellschaft, die ihren Mitgliedern ein autonomes Leben ermöglicht, muss jeden selbst über den Wert entscheiden lassen, den Gesundheit relativ zu anderen Gütern für seinen Lebensplan hat. Das gilt übrigens auch für ein generell egalitäres freiheitliches System: Auch dieses muss den einzelnen die Entscheidung überlassen, wie sie die gleich verteilten Ressourcen einsetzen.

Was sind Alternativen? Fasst man die Einsichten aus den einzelnen Argumenten zusammen, dann wäre neben einem rein freiwilligen und nicht umverteilenden System ggf. noch ein System der egalitären Minimalabsicherung zu prüfen, das public health und medizinische Basisleistungen enthält. In diesen Bereich könnte die Behandlung nicht-degenerativer lebensgefährlicher Erkrankungen, die ohne bleibende Schäden mit großer Wahrscheinlichkeit heilbar sind (Operation einer Blinddarmentzündung, Antibiotika-Therapie von Infektionskrankheiten), fallen.

Ausgewählte Referenzen:

Daniels, Norman (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge, New York.

_____ (1985). *Just Health Care*. Cambridge.

Callahan, Daniel und Angela A. Wasunna (2006). *Medicine and the Market: Equity v. Choice*.
Baltimore.

Callahan, Daniel (1990). *What Kind of Life: The Limits of medical progress*. Washington.