

Eigenverantwortung im Schweizer Gesundheitswesen

**Eine sozialetische Auseinandersetzung im Kontext
steigender Gesundheitskosten**

Wolfgang Eduard BÜRGSSTEIN

**Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
an der Theologischen Fakultät der
Universität Freiburg (CH)**

Diese Dissertationsthese wurde vor der Jury der Theologischen Fakultät der Universität
Freiburg am 29.Mai.2013 erfolgreich verteidigt.
Prof. em. Dr. Adrian Holderegger (1. Zensor)
PD Dr. Markus Zimmermann-Acklin (2. Zensor)
Prof. Dr. Jochen Sautermeister (Beisitzer)
Prof. Dr. Franz Mali (Dekan)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung		9
Teil 1: Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen		14
1 Gesundheitspolitische Forderungen		15
1.1	Vorbemerkungen	15
1.2	Der Kontext der Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen	17
1.2.1	Faktoren für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen	18
1.2.2	Eigenverantwortung und Gesundheit als Thema in der Gesundheitspolitik	22
1.2.2.1	Gesundheit als gesellschaftliches und politisches Thema	22
1.2.2.2	Eigenverantwortung als Thema in der Gesundheitspolitik	24
1.2.3	Aspekte der Eigenverantwortung der Versicherten	26
1.2.3.1	Eigenverantwortung fördern	28
1.2.3.2	Eigenverantwortung fordern	29
1.3	Formen und Instrumente für (mehr) Eigenverantwortung im Kontext der gesundheitspolitischen Diskussionen	30
1.3.1	Förderung der Eigenverantwortung als Gesundheitsförderung	31
1.3.1.1	Prävention und Gesundheitsförderung	32
1.3.1.2	Eigenverantwortung bei Prävention und Gesundheitsförderung	35
1.3.2	Eigenverantwortung fordern mittels monetärer Anreize	37
1.3.2.1	Formen monetärer Anreize	39
1.3.2.1.1	Ergänzungen zum bestehenden System und Systemveränderungen	40

1.3.2.1.2	Direkte und indirekte monetäre Anreize	40
1.3.2.1.3	Absolute und prozentuale monetäre Anreize – Selbstbeteiligungen	40
1.3.2.2	Instrumente monetärer Anreize	41
1.3.2.2.1	Selbstbeteiligungen – Franchisen und Selbstbehalt	41
1.3.2.2.1.1	Franchisen	41
1.3.2.2.1.2	Selbstbehalt	42
1.3.2.2.2	Beitrag an die Kosten eines Spitalaufenthalts	42
1.3.2.2.3	Selbstbehalte bei Medikamentenbezug	43
1.3.2.2.4	Arzt-Erstkonsultationspauschale	43
1.3.2.2.5	Einschränkung des Pflichtleistungskatalogs	44
1.3.2.2.6	Risikogerechte Prämien und Vertragsfreiheit	45
1.4	Vorschläge der politischen Parteien der Schweiz zur Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen	46
1.4.1	CVP und Eigenverantwortung	47
1.4.2	FDP und Eigenverantwortung	50
1.4.3	Grüne und Eigenverantwortung	52
1.4.4	SP und Eigenverantwortung	55
1.4.5	SVP und Eigenverantwortung	58
1.5	Eigenverantwortung der Versicherten als Thema in der Schweizer Gesundheitspolitik – ein Fazit	61

2	Das Schweizer Gesundheitswesen, die Entwicklung der Gesundheitskosten und die Handlungsspielräume der Versicherten	65
2.1	Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen	66
2.1.1	Grundstrukturen des Schweizer Gesundheitswesens	66
2.1.2	Das Wachstum der Gesundheitskosten	69
2.1.3	Die Rede von der „Kostenexplosion“	72

2.1.4	Die Verteilung der Kosten und der Handlungsspielraum der Versicherten	74
2.1.4.1	Kostenträger	75
2.1.4.2	Kostenanstiege in den Kostengruppen	78
2.1.4.3	Die Versicherten als „Kostenverursacher“	84
2.1.4.4	Fazit	85
2.2	Medizinischer Fortschritt und Kostenentwicklung	86
2.2.1	Perspektiven des medizinischen Fortschritts	87
2.2.2	Kosten des medizinischen Fortschritts	89
2.2.3	Die Versicherten und der medizinischer Fortschritt	90
2.2.4	Fazit	92
2.3	Die Versicherten im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) 93	
2.3.1	Eckpunkte des schweizerischen Gesundheitswesens gemäss KVG	94
2.3.2	Eigenverantwortung der Versicherten im Rahmen des KVG	95
2.3.2.1	Freie Wahl des Versicherers	96
2.3.2.2	Franchisen und Selbstbehalte (cost sharing) und alternative Versicherungsmodelle	99
2.3.3	Selbstbehalte im holländischen und schweizerischen Gesundheitswesen	111
2.3.4	Fazit	111
2.4	Gesundheit und demografischer Wandel	113
2.4.1	Eckpunkte des demografischen Wandels	114
2.4.2	Auswirkungen der demografischen Alterung auf das Gesundheitswesen	115
2.5	Fazit: Die Gesundheitskosten, die Handlungsspielräume der Versicherten und Aspekte des demografischen Wandels im Hinblick auf die Eigenverantwortung der Versicherten	117

3 Der Begriff der Verantwortung im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen

3.1	Zur Begriffsgeschichte der Verantwortung	122
3.1.1	Etymologische Vormerkungen	122
3.1.2	Von der Pflicht zur Eigenverantwortung	123

3.1.2.1	Von der Pflicht zur Verantwortung	123
3.1.2.2	Verantwortung als Platzhalter für Komplexität und Unübersichtlichkeit	125
3.1.2.3	Verantwortung als Selbstverantwortung	129
3.1.2.4	Von der Verantwortung zur Eigenverantwortung	131
3.2	Fazit zum Begriff der (Eigen-)Verantwortung	131
4	„Weniger Staat – mehr Eigenverantwortung“	135
4.1	Das Verhältnis von Staat und Bürger als politische Gestaltungsaufgabe	135
4.1.1	Der Staat als Garant für Wohlfahrt und Gerechtigkeit – der Wohlfahrtsstaat	137
4.1.2	Der Staat als Garant für Freiheit und Recht – der Minimalstaat	139
4.2	Unterschiedliche Menschenbilder und Gesellschaftsverständnisse in der gesundheitspolitischen Diskussion	141
4.2.1	Der <i>homo oeconomicus</i> im Gesundheitswesen	141
4.2.2	Wohlfahrtsstaatliche Konzeptionen	143
4.3	Die aktuelle gesundheitspolitische Debatte	144
4.4	Eigenverantwortung in der gesundheitspolitischen Diskussion	146
	Teil 2: Eigenverantwortung und Gesundheit	149
5	Zur Begriffssystematik der Verantwortung	150
5.1	Zur Struktur des Verantwortungsbegriffs	150
5.2	Dimensionen von Verantwortung	151
5.3	Eigentümlichkeiten des Begriffs „Eigenverantwortung“	153
5.3.1	Die Privatisierung von Verantwortung	153
5.3.2	Eigenverantwortung wofür?	154
5.3.3	Zwischenfazit	156
5.4	Freiheit, Wissen und Alternativen als Bedingungen von Verantwortung	157
5.4.1	Freiheit	157
5.4.2	Wissen	158
5.4.3	Alternativen	160

5.5	Fazit zur begrifflichen und inhaltlichen Verwendung von „Eigen-Verantwortung“	161
6	Gesundheit – ein hohes Gut	163
6.1	Was ist gesund?	165
6.1.1	Gesundheit und Krankheit	166
6.1.2	Gesundheit als dynamischer Prozess	168
6.2	Gesundheit als individuelles und öffentliches Gut	171
6.2.1	Gesundheit als individuelles Gut	171
6.2.2	Gesundheit als öffentliches Gut	173
6.3	Eigenverantwortung für das Gut Gesundheit	176
7	Eigenverantwortung unter medizinischen Gesichtspunkten	179
7.1	Allgemeine Vorbemerkungen	179
7.2	Eigenverantwortung für die Gesundheit	180
7.2.1	Prospektiv	180
7.2.2	Retrospektiv	181
7.2.3	Das Problem der Kausalität in der Medizin	182
7.2.4	Das Problem der freien Entscheidung hinsichtlich der eigenen Gesundheit	184
7.2.5	Das Problem normativer Standards für das Kriterium Eigenverantwortung	186
7.2.6	Eigenverantwortung für die Gesundheit fördern	188
7.3	Bessere Gesundheit – weniger Kosten?	189
7.3.1	Medikalisierungs- vs. Kompressions-/Rektangularisierungsthese	190
7.3.2	Die „Erfolgs“-These von Walter Krämer	194
7.3.2.1	Das Paradox des medizinischen Fortschritts	195
7.3.2.2	Das „Problem“ der Langlebigkeit	195
7.3.3	Gesünderes Leben – geringere Kosten?	199
7.4	Fazit zur Eigenverantwortung aus medizinischer Sicht	200

Teil 3:	Mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen? Eine ethische Beurteilung	202
8	Sozialethische Prinzipien als normative Ausgangspunkte für eine Beurteilung	203
8.1	Zwischenbilanz	203
8.2	Vorüberlegungen zum normativen Ausgangspunkt	206
8.2.1	Allgemeine Vorbemerkungen	206
8.2.2	Zum Anspruch einer theologisch-ethischen Stellungnahme	207
8.3	Biblisch-theologische Orientierungspunkte	211
8.3.1	Allgemeine Vorbemerkungen	211
8.3.2	Der Mensch in den biblischen Quellen	212
8.3.3	Der Mensch als Person – das Personalitätsprinzip	214
8.3.4	Einer für alle, alle für einen – das Solidaritätsprinzip	217
8.3.5	„Hilfreicher Beistand“ – das Subsidiaritätsprinzip	222
8.4	Ethische Orientierungspunkte – ein Zwischenfazit	225
9	Eigenverantwortung der Versicherten als Thema der Ethik	228
9.1	Wie ist das Menschenrecht auf Gesundheit zu verstehen?	228
9.2	Chancengleichheit oder Chancengerechtigkeit in Sachen Gesundheit?	232
9.2.1	Chancengleichheit	232
9.2.2	Chancengerechtigkeit	235
9.2.3	Gleiche Chancen auf Realisierung des Gesundheitspotentials	237
9.3	Befähigung zur Eigenverantwortung	238
9.3.1	Gesundheit, Eigenverantwortung und soziale Ungleichheiten	239
	9.3.1.1 Ungleiche Bedingungen zur Wahrnehmung von Verantwortung	241
	9.3.1.2 Verantwortungszuweisung und Überforderung	242
	9.3.1.3 Eigenverantwortung, Freiheit und Alternativen	242
9.3.2	Eigenverantwortung als Befähigung zur „Eigenmächtigkeit“	244

10	Ethische Beurteilung der Vorschläge zu mehr	
	Eigenverantwortung	249
10.1	Zur Verhältnismässigkeit des Postulats nach mehr Eigenverantwortung	249
10.2	Wettbewerblich organisiertes Gesundheitswesen mit risikogerechten Prämien und Eigenverantwortung	251
10.3	Eigenverantwortung im Rahmen des bestehenden Systems des Gesundheitswesens	253
10.3.1	Fordern von mehr Eigenverantwortung im Sinne einer höheren Kostenverantwortung	253
10.3.2	Fördern von mehr Eigenverantwortung im Sinne einer Förderung des bestmöglichen Gesundheitspotentials	255
10.4	Das Postulat nach mehr Eigenverantwortung aus ethischer Sicht – ein Schlussfazit	257
10.4.1	Rückblick	257
10.4.2	Ausblick	260
	Schluss	264
	Abkürzungsverzeichnis	268
	Abbildungsverzeichnis	270
	Literaturverzeichnis	271

Einleitung

Die Kosten im Gesundheitswesen steigen von Jahr zu Jahr. Das Thema Eigenverantwortung spielt dabei immer wieder eine mehr oder weniger prominente Rolle. Meist ist damit die Hoffnung verbunden, mit mehr Eigenverantwortung dem Kostenanstieg entgegen wirken zu können. Obwohl das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten konjunkturellen Schwankungen unterliegt, lässt sich generell eine zunehmende Akzeptanz des Postulats nach mehr Eigenverantwortung erkennen. Einerseits geht dies einher mit der modernen Betonung des Subjekts, weshalb die Verantwortung für die eigene Gesundheit als Freiheitsgewinn gegenüber einer zunehmend professionalisierten und mehr an der Krankheit als am Menschen orientierten Medizin verstanden wird. Und andererseits fungiert das Postulat nach mehr Eigenverantwortung als Teil der gängigen Kritik am Sozialstaat und seinen ernstzunehmenden Kostenproblemen. Eigenverantwortung beziehungsweise Kostenverantwortung wird als „Gegenmittel“ gegen „zentralistische Sozialversicherungen als Produkte überholter kollektivistischer und paternalistischer Ideologien“¹ propagiert.

Beide Perspektiven haben einen unterschiedlichen Zugang zum Postulat nach mehr Eigenverantwortung. Eigenverantwortung im Sinne eines Freiheitsgewinns wird als Aufgabe verstanden, die Fähigkeit zu einem gesünderen Lebensstil und damit das allgemeine Wohlbefinden zu verbessern. Wird Eigenverantwortung in diesem Sinne verstanden, so besteht die Chance darin, dass mit der Fähigkeit zu einem gesünderen Lebensstil das allgemeine Wohlbefinden gesteigert, Gesundheitsstatus und Leistungsfähigkeit verbessert und last but not least die Gesundheitskosten reduziert werden. Eigenverantwortung als Kostenverantwortung setzt direkt bei der Mündigkeit der Versicherten an, die selbst am besten wissen, was sie in Sachen Gesundheit wollen und auch bereit sind, dafür zu bezahlen. Wird das Postulat zu mehr Eigenverantwortung zum Element politischer Gestaltungsprozesse, so erwächst daraus die „Verpflichtung zu Gesundheit und die persönliche Verantwortung bei Krankheit.“² Verpflichtung zu Gesundheit und Verantwortung bei Krankheit sind eng verknüpft mit der Kostenfrage. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass beide Perspektiven gar nicht so weit voneinander entfernt sein müssen. Die Verbesserung der Fähigkeit, *eigenverantwortlich* einen gesunden Lebensstil zu pflegen, passt gut zum verbreiteten Bild vom aktiven, fitten und leistungsorientierten modernen Menschen, der mündig genug ist, seine

¹ Christian HOFFMANN, Pierre BRESSARD (2011): Sackgasse Sozialstaat, S. 6.

² Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 131.

eigene Gesundheit zu managen. Bei den mündigen Bürgerinnen und Bürgern setzt dann auch die Kostenverantwortung an: Wer einen gesunden Lebensstil pflegt, soll auch entsprechend weniger bezahlen. Beide Ansätze verbindet die Erwartung, dass ein gesünderes Leben positive Effekte auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat.

Bereits dieser kurze Aufriss zeigt, wie komplex die Thematik ist und wie die verschiedenen Elemente ineinander greifen. Hinzu kommt, dass es sich bei der Gesundheit um ein hohes Gut handelt, das Voraussetzung ist für viele andere Güter. Dabei sind nicht nur Gesundheit, sondern auch die Fähigkeiten, ein gesundes Leben zu führen, unterschiedlich verteilt.³ Kann dieses Gut dennoch behandelt werden wie jedes andere? Soll der Gesundheitsmarkt nach eigenverantwortlichen, also rein wettbewerblichen Strukturen organisiert werden? Die Meinungen darüber gehen weit auseinander. Mit den steigenden Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen werden Elemente der Eigenverantwortung wie höhere Selbstbeteiligungen, Risikoprämien und Ausschluss bestimmter Leistungen aus dem Leistungskatalog bis hin zur Preisgabe eines öffentlichen und obligatorischen Gesundheitswesens immer wieder kontrovers diskutiert. Dabei ist der Begriff der Eigenverantwortung selbst schon mit vielen Fragezeichen zu versehen: Gegenüber wem soll Verantwortung übernommen werden? Wofür soll genau Verantwortung übernommen werden? Für Gesundheit, die ungleich verteilt ist? Kann Gesundheit überhaupt beeinflusst werden und wenn ja worauf hin? Welchen Mehrwert bietet das „Eigen“ in Verbindung mit Verantwortung? Aus ethischer Sicht sind in der Diskussion um das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten die unterschiedlichen Menschen- und Gesellschaftsbilder, die im Spiel sind und meist nicht offen gelegt werden, im Hintergrund aber eine zentrale Rolle spielen, von besonderer Relevanz. Sie zeigen, wo Prioritäten gesetzt werden, wie mit gesundheitlichen Vor- und Nachteilen umgegangen werden soll, wie das Menschenrecht auf Gesundheit beurteilt wird und schliesslich wie das gesellschaftliche Zusammenleben in Sachen Gesundheit gestaltet werden soll.

Diese wenigen Andeutungen stecken den Rahmen der vorliegenden Arbeit ab. Bei allen politischen Gestaltungsaufgaben gibt es „Gewinner“ und „Verlierer“, gibt es solche, die mehr, und andere, die weniger profitieren. Eine theologisch-ethische Beurteilung fragt in erster Linie nach den „Verlierern“ und danach, ob die vorgetragenen Reformvorschläge der Entfaltung und dem Wohlergehen der Menschen dienen. Ausgangspunkt dafür ist die Wür-

³ Vgl. Ziff. 8.4.3.1.

de aller Menschen. Diese für das christliche Verständnis vom Menschen grundlegende Annahme spielt im Zusammenhang mit der Frage nach der Verantwortung für Gesundheit und dem damit zusammenhängenden Lebensstil eine besondere Rolle. Gleichwohl ist die darauf aufbauende Argumentation grundsätzlich der Vernunft zugänglich und für eine breitere, über den christlichen Binnenraum hinausgehende, Verständigung offen. Als solches kann der hier eingenommene Standpunkt als kritischer Beitrag zu einer öffentlichen Auseinandersetzung verstanden werden. Die ethische Auseinandersetzung mit dem Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten verteidigt auf der Grundlage eines christlichen Menschenbildes das davon ableitbare Menschenrecht auf Gesundheit und die bestehenden Elemente einer solidarisch organisierten Gesundheitsversorgung, wie sie im Krankversicherungsgesetz (KVG) grundgelegt sind. Damit liefert sie Argumente gegen eine einseitige und kurzschlüssige Übertragung des Modells des *homo oeconomicus* auf die Situation der Versicherten im Gesundheitswesen.

Mit der Frage, ob mehr Eigenverantwortung der Versicherten ein angemessenes und von daher sachgerechtes Mittel darstellt, um der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu begegnen, und welche ethischen Gesichtspunkte dabei zu berücksichtigen sind, befasst sich die vorliegende Arbeit. Die Klärung der unterschiedlichen Sachverhalte, die mit dieser Fragestellung verbunden sind (Teil 1 und 2), bildet die Grundlage für eine ethisch fundierte Urteilsbildung (Teil 3). Dafür wird zunächst im ersten Teil der Kontext des Postulats nach mehr Eigenverantwortung im Allgemeinen geklärt. Dies erfolgt bewusst im Unterschied zu der sonst in der Wissenschaft üblichen Vorgehensweise, die zunächst die Begriffe präzisiert, um dann mit ihnen zu arbeiten. Die hier gewählte Vorgehensweise konzentriert sich als erstes auf den real existierenden Diskurs und den praktischen Gebrauch des Postulats in der Schweizer Gesundheitspolitik. Dadurch ist es möglich, die nachfolgenden Ausführungen auf diesen konkreten Kontext hin zu beziehen. Ausserdem wird deutlich, weshalb einerseits das Postulat nach mehr Eigenverantwortung in den gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen eine so prominente Stellung einnimmt und welche Erwartungen damit verbunden sind. Und andererseits wird deutlich, wie sich die politischen Parteien nahezu trennscharf in zwei unterschiedliche Lager aufteilen, in eines derjenigen, die Eigenverantwortung primär als Kostenverantwortung verstehen, und in eines, das Eigenverantwortung als Aufgabe und Herausforderung versteht, die unterschiedlich verteilten Fähigkeiten zu eigenverantwortlichem Umgang mit der Gesundheit zu verbessern und zu fördern.

In Kap. 1 wird dazu der begriffliche und gesundheitspolitische Gegenstandsbereich der Forderung nach mehr Eigenverantwortung dargelegt. In der schweizerischen gesundheitspolitischen Debatte werden dabei unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Zur besseren Klärung dessen, welche parteipolitisch und weltanschaulich geprägten „Hintergrundbilder“ im Spiel sind, werden die Positionen der grössten politischen Parteien in der Schweiz zur Eigenverantwortung der Versicherten befragt. Das bereits erwähnte Kriterium der Sachgerechtigkeit kann nur angemessen beurteilt werden, wenn die Funktionsweise des Gesundheitswesens, die Entwicklung der Gesundheitskosten und die Handlungsspielräume der Versicherten in diesem Kontext analysiert wurden. Dies geschieht in Kap. 2. Der Begriff der Verantwortung besitzt zwar eine lange etymologische Vorgeschichte, dennoch spielt er erst seit gut 200 Jahren eine zunehmend bedeutendere Rolle in der Rechtsgeschichte und bei Fragen um Zuständigkeiten in modernen ausdifferenzierten Gesellschaften. In Kap. 3 wird der Hintergrund dieser Begriffsgeschichte dargelegt. Das Postulat der Eigenverantwortung steht im Kontext einer grundlegenden Auseinandersetzung über Rolle und Aufgaben eines modernen Staats. Das Konzept eines modernen Sozialstaats wird dabei bisweilen radikal in Frage gestellt.⁴ Die unterschiedlichen Menschen- und Gesellschaftsverständnisse, die dadurch zum Ausdruck kommen, werden in Kap. 4 beleuchtet.

Der zweite Teil befasst sich mit der Frage der Eigenverantwortung im Hinblick auf das Gut Gesundheit. Dazu werden zunächst in Kap. 5 die Struktur und die Eigentümlichkeiten des Begriffs Verantwortung vorgestellt. In Kap. 6 wird der Frage nachgegangen, was eigentlich Gesundheit meint. Ist Gesundheit das höchste Gut, wie immer wieder betont wird? Und welches Interesse besteht vonseiten der Öffentlichkeit an diesem Gut? Eigenverantwortung für die Gesundheit wird dann in Kap. 7 unter medizinischen Gesichtspunkten eigens zum Thema gemacht. Dabei geht es nicht nur um die Frage, inwieweit Verantwortung für die Gesundheit möglich ist, sondern auch um die Frage, welche gesundheitspolitischen Konsequenzen daraus zu ziehen sind. Schliesslich muss dann auch geklärt werden, ob das Ziel eines positiven Kosteneffekts mittels Eigenverantwortung erreicht werden kann.

Im dritten Teil wird abschliessend eine ethische Beurteilung des Postulats der Eigenverantwortung vorgenommen. Dazu wird zunächst in Kap. 8 der hier eingenommene Standpunkt, von dem aus ein Urteil vorgenommen wird, näher erläutert und begründet, warum

⁴ Vgl. Christian HOFFMANN, Pierre BESSARD (2011): Sackgasse Sozialstaat; Günter EDERER (2000): Die Sehnsucht nach einer verlogenen Welt. Eine ethische Auseinandersetzung mit dieser Frage bietet Michael SCHRAMM et al. (2006): Der fraglich gewordene Sozialstaat.

eine christlich-ethische Stellungnahme in dieser Frage ihre Berechtigung hat und zu einer weiterführenden Klärung beitragen kann. In Kap. 9 wird ein Verständnis von Eigenverantwortung als „Eigenmächtigkeit“ aus ethischer Sicht vorgestellt und abschliessend, in Kap. 10, die in Kap. 1 herausgearbeiteten, konkreten gesundheitspolitischen Forderungen zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Schweizer Gesundheitswesen anhand der zuvor genannten Kriterien einem ethischen Urteil unterzogen.

Die Absicht der vorliegenden Arbeit ist es, für den praktischen gesundheitspolitischen Diskurs zur Eigenverantwortung in der Schweiz einen kritischen Beitrag zu liefern. Entsprechend dieser Zielsetzung konzentrieren sich die verwendete Literatur und das angeführte statistische Material auf die hiesige Situation. Innerhalb dieses gesteckten Rahmens war es deshalb nicht möglich (und auch nicht nötig), die gesamte internationale Literatur und die unterschiedlich geführten Diskurse in extenso nachzuzeichnen. Die für die Begründung des hier eingenommenen ethischen Standpunkts und die ethische Beurteilung beigezogene Literatur will ebenfalls nicht den gesamten Diskurs zum Status (theologisch-)ethischer Stellungnahmen dokumentieren. Ziel ist es, die für die vorliegende Fragestellung relevante Literatur in den Blick zu bekommen.

Teil 1: Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen

1 Gesundheitspolitische Forderungen

1.1 Vorbemerkungen

Was für alle anderen Bereiche unseres Lebens gilt, gilt auch für den Gesundheitsbereich: Das Wünschbare ist nahezu grenzenlos, doch die zur Verfügung stehenden Mittel sind beschränkt. Wir leben in einer Welt der Knappheit. Michael Schramm bringt es treffend auf den Punkt: „Da wir nun nicht (mehr) im Paradies leben, können wir an dieser Tatsache, dass alles knapp ist, grundsätzlich nichts ändern.“⁵ Der Ausbau des Gesundheitswesens und die enormen Fortschritte im Bereich von Diagnose und Therapie in den vergangenen Jahrzehnten mögen mitunter den Blick auf diese an sich banale Tatsache verstellt haben. Neue Therapien und neue medizinisch-technische Möglichkeiten wurden in den Katalog der Grundleistungen aufgenommen und haben mit dazu beigetragen, dass unsere Ansprüche an das Gesundheitswesen und unsere Erwartungen an die Fähigkeiten der Medizin zugenommen haben. Diese verbesserten und umfangreicheren Angebote an Gesundheitsgütern⁶ sind jedoch mit entsprechenden Kosten verbunden, die letztendlich von jemandem getragen werden müssen. Unter den Bedingungen der Knappheit fehlen diese Ressourcen, die im Gesundheitswesen eingesetzt werden, an anderer Stelle. Das heisst zunächst, dass auch im Gesundheitswesen die Ressourcenverteilung neben dem Kriterium der Bedürftigkeit auch den Kriterien von Effizienz⁷ und Gerechtigkeit⁸ zu genügen hat.⁹ Allerdings ist damit noch

⁵ Michael SCHRAMM (2004): „Alles hat seinen Preis“, S. 1. Er bezieht sich dabei auf die theologische Rede der Vertreibung aus dem Paradies, was unsere eigene, aber grundsätzlich auch die Endlichkeit aller Ressourcen und Dinge meint.

⁶ Sie umfassen alle Mittel, die in irgendeiner Form im Zusammenhang mit Gesundheit Nutzen stiften, also Gesundheitsdienstleistungen, medizinische und pharmazeutische Produkte sowie medizintechnische Apparate und Hilfsmittel.

⁷ Effizienz wird hier verwendet im Sinne des ökonomischen Prinzips, wonach das Verhältnis der eingesetzten Ressourcen zum Ergebnis möglichst vorteilhaft sein soll.

⁸ Der Aspekt der Gerechtigkeit ist innerhalb der gesundheitspolitischen Debatten sehr umstritten. Gerechtigkeit und Gesundheit werden meist unter dem Aspekt knapper Mittel im Gesundheitswesen diskutiert. Dies greift jedoch zu kurz, weil Gesundheit nur zu einem Teil vom Zugang zu medizinischer Versorgung abhängt. Andere Faktoren wie Bildung, Arbeitsbedingungen, sozialer Status, Umweltqualität und nicht zuletzt das individuelle Verhalten spielen eine mindestens ebenso wichtige Rolle für die Gesundheit. Vgl. Georg MARCKMANN (2008): Gesundheit und Gerechtigkeit. Eine Problemskizze aus ethischer Sicht zur Frage der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen findet sich bei Markus ZIMMERMANN-ACKLIN (2005): Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Die Literatur zu diesem Thema ist zahlreich und bewegt sich im Wesentlichen zwischen utilitaristischen, liberalen, kommunitaristischen und diskurs- bzw. verfahrensethischen Modellen. Die wohl prominenteste Theorie zum Thema Gesundheit und Gerechtigkeit hat der US-amerikanische Bioethiker Norman Daniels entwickelt. Vgl. Norman DANIELS (2008): Just Health: Meeting Health Needs Fairly.

⁹ Die Kriterien von Bedürftigkeit, Effizienz und Gerechtigkeit ergeben sich aus normativen Prinzipien, die in der Sozialethik allgemein anerkannt sind (Menschenrechte, Solidarität, Subsidiarität etc.). Vgl. hierzu Thomas BORMANN (2003): Organisierte Gesundheit, S. 66-117, v. a. S. 114-116. Die grosse gesundheitspolitische Herausforderung verbirgt sich hinter der Frage, wie diese Kriterien gegeneinander abzuwägen sind.

nichts über den tatsächlichen Umfang der Gesundheitsausgaben gesagt, die mit zunehmendem Wohlstand einer Gesellschaft im Allgemeinen überproportional zum Wachstum dieses Wohlstands ansteigen.¹⁰ Ist der Anstieg der Gesundheitsausgaben aber höher als das Wachstum der Summe aller Güter und Dienstleistungen innerhalb einer Volkswirtschaft (= Sozialprodukt), dann muss zunehmend ein grösserer Teil des volkswirtschaftlichen Vermögens für Gesundheitsausgaben verwendet werden. Diese Aufwendungen fehlen dann in anderen Bereichen wie beispielsweise Bildung, Infrastruktur oder Umwelt, um nur die Wichtigsten zu nennen.¹¹ Aus diesem Grund sind die steigenden Gesundheitsausgaben Dreh- und Angelpunkt der gesundheitspolitischen Reformdiskussionen. Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten wird als ein positiver Beitrag zur Lösung des Kostenproblems gesehen und in unterschiedlichen Zusammenhängen vorgebracht.¹²

Das Thema der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen beschäftigt seit rund 10-20 Jahren auch die Wissenschaft, vor allem die Philosophie¹³, Medizinethik¹⁴ und Public Health¹⁵, die Politik- und Rechtswissenschaft¹⁶ sowie die Gesundheitsökonomie¹⁷. Neben eher grundlegenden philosophisch-ethischen Entwürfen im Spannungsfeld von Eigenverantwortung und Solidarität wird die Frage einer sinnvollen und ethisch legitimierbaren Eigenverantwortung im Gesundheitswesen auch unter medizinischen Gesichtspunkten untersucht. Es mag deshalb nicht verwundern, dass bei solch unterschiedlichen Disziplinen und Herangehensweisen an dieses Thema und dem politischen Druck, Kosten einzusparen, die Antworten sehr unterschiedlich ausfallen. Während bei einem (gesundheits-)ökonomischen Blickwinkel häufig die Notwendigkeit von mehr Eigenverantwortung aufgrund von Kostenvorteilen herausgestrichen wird,¹⁸ werden von Seiten der Medizinethik eher Grenzen

¹⁰ Vgl. die Ausführungen in Kap. 2.

¹¹ In allen westlichen Industrieländern beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt inzwischen meist rund 10% und mehr (USA: 16%), Tendenz steigend. Vgl. Jan BÖCKEN et al. (2001): Reformen im Gesundheitswesen, S. 19 sowie die aktuellen Zahlen in Kap. 2.

¹² Vgl. BERTELSMANN STIFTUNG (2004): Eigenverantwortung; DIHK – DEUTSCHE INDUSTRIE- UND HANDELSKAMMER (2001): Handeln in Eigenverantwortung; Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität.

¹³ Z. B. Hans-Martin SASS (1988): Persönliche Verantwortung und gesellschaftliche Solidarität.

¹⁴ Z. B. Alena BUYX (2005): Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen; Georg MARCKMANN et al. (2004): Gesundheitliche Eigenverantwortung.

¹⁵ Daniel STRECH, Georg MARCKMANN (2010) (Hg.): Public Health Ethik.

¹⁶ Z.B. Thomas GEISER, Thomas KOLLER, Ruth REUSSER et al. (Hg.) (2002): Privatrecht im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichem Wandel und ethischer Verantwortung.

¹⁷ Z.B. BERTELSMANN STIFTUNG (2004): Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment; Karin BRUNNER (1999): Partielle Selbstversicherung; Heinz LOCHER (2006): die Vertreibung aus dem Schlaraffenland; Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität.

¹⁸ Z. B. Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität.

und Gefahren aufgezeigt.¹⁹ Auch die politischen Vorschläge für eine Reform des Gesundheitswesens angesichts der Kosten- bzw. Prämienentwicklung bieten eine Palette unterschiedlicher Ansätze und Erwartungen. Das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik²⁰ in der Schweiz sind Ausdruck dieser unterschiedlichen Sichtweisen und Lösungsvorschläge, weil darin Elemente und Ordnungsstrukturen unterschiedlicher Interessen, Welt- und Menschenbilder enthalten sind.²¹

Die vorgebrachten Argumente, Positionen und Änderungsvorschläge in der politischen, aber auch in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um die Forderung nach mehr Eigenverantwortung bringen diese unterschiedliche Gesellschafts- und Menschenbilder, die im Hintergrund eine Rolle spielen, zum Ausdruck. Damit steht die Forderung nach mehr Eigenverantwortung in einem grösseren sozialpolitischen Kontext.²² Verteilungsfragen und Fragen nach den Kriterien der Gestaltung des gesellschaftlichen Subsystems Gesundheitswesen sind damit aufgeworfen. Ohne Bezug auf grundlegende Prinzipien und Werte wie Gerechtigkeit, Fairness, Transparenz, Solidarität und Subsidiarität können diese Fragen nicht hinreichend und ethisch überzeugend beantwortet werden.

1.2 Der Kontext der Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen

Der jährliche Kosten- und Prämienanstieg²³ im Gesundheitswesen ist Gegenstand zahlreicher politischer Debatten. Die steigende Prämienlast schmälert vor allem für Familien mit

¹⁹ Z. B. Georg MARCKMANN et al. (2004): Gesundheitliche Eigenverantwortung; Alena BUYX (2005): Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen.

²⁰ Unter Gesundheitspolitik wird hier nach Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, S.12 „die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern“ verstanden.

²¹ Das Gesundheitswesen der Schweiz muss im Zusammenhang mit den föderalen Strukturen und der Möglichkeit, gesundheitspolitische Entscheidungen via Referendum zu blockieren, (Basisdemokratie) gesehen werden. Im Laufe der Zeit ist so ein System entstanden, das konzeptionell keine Einheit darstellt, sondern viele unterschiedliche, z. T. auch widersprüchliche Elemente enthält. So gibt es beispielsweise keine einheitliche Spitalplanung, weil die einzelnen Kantone dafür die Kompetenzen besitzen; die Spitalfinanzierung erfolgt gemeinsam durch Kantone und Versicherungen, wobei beide meist unterschiedliche Interessen verfolgen. Die Möglichkeit der freien Arztwahl und die im europäischen Kontext vergleichsweise hohen Selbstbeteiligungen einerseits und der anerkanntermassen umfangreiche Leistungskatalog des KVG andererseits sind ebenfalls Bausteine des schweizerischen Gesundheitswesens, wodurch Elemente von Eigenverantwortung und solidarischer Absicherung miteinander verschränkt sind.

²² Näheres hierzu s. Kap. 3.

²³ Kosten- und Prämienanstieg sind zu unterscheiden, weil sie sich nicht zwingend parallel entwickeln. Durch gesundheitspolitische Entscheidungen kann der Prämienanstieg höher oder tiefer ausfallen als der Anstieg der Gesundheitskosten. Aus unterschiedlichen Gründen ist der Prämienanstieg seit Jahren de facto höher. Vgl. die näheren Ausführungen unter Ziff. 2.1.

kleinen und mittleren Einkommen²⁴ das monatlich zur Verfügung stehende Einkommen in einem Mass, dass knapp ein Drittel der Versicherten Anspruch auf staatlich finanzierte individuelle Prämienverbilligungen (IPV) geltend macht.²⁵ Der Prämienanstieg in der obligatorischen Krankenversicherung (OKV) ist ein wesentlicher Aspekt in der sozialpolitischen Debatte um eine Entlastung niedriger Einkommen. Unterschiedliche Prämienlast und Prämienanstiege in den verschiedenen Kantonen und Regionen ist Teil der Diskussion um kantonale Kompetenzen und finanziellen Lastenausgleich für Zentrumsregionen, die meist teurere Spezial- oder Universitätskliniken besitzen.

Unter makroökonomischem Gesichtspunkt ist die Entwicklung der Gesundheitskosten, wie bereits erwähnt, problematisch, weil diese in anderen Bereichen kompensiert werden müssen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP²⁶ wächst in der Schweiz – mit einer Ausnahme – seit Jahren stetig.²⁷ 11,4 Prozent oder 60,98 Milliarden Franken betrug 2009 die Kosten für das Gesundheitswesen.²⁸ Da mit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) 1996²⁹ auch das Ziel einer Begrenzung des Kostenwachstums verbunden war, muss man prima facie konstatieren, dass dieses Ziel bisher nicht erreicht wurde. Rückblickend lassen sich verschiedene Faktoren bestimmen, die das Kostenwachstum im Gesundheitswesen fördern.

1.2.1 Faktoren für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen

Angesichts dieser Entwicklungen, die sich auch in Zukunft kaum grundlegend ändern dürften, stellt sich die Frage, welche Faktoren dieses Kostenwachstum begünstigen. Friedrich Breyer und Peter Zweifel unterscheiden dabei zunächst zwei Kategorien, die *externen* und die *internen* Faktoren.³⁰

²⁴ Es trifft v. a. diese Bevölkerungsgruppen, weil eine Kopfprämie grundsätzlich von allen Versicherungspflichtigen erhoben wird.

²⁵ Der erste erhebliche Anstieg an Krankenversicherten, die Anspruch auf Prämienverbilligung hatten, erfolgte zwischen 1996 und 1998, von 23.1% auf 31.1%. Von 1999 bis 2002 nahm der Anteil an um insgesamt weitere 2 Prozentpunkte auf 33.1% zu. 2003-2006 sank der Anteil der Krankenversicherten mit Prämienverbilligung auf 29.1%. Seither ist der Anteil wieder angestiegen auf 29.8% in 2010. In absoluten Zahlen waren das 2'315'252 subventionierte Bezüger bzw. 1'270'592 subventionierte Haushalte. Vgl. www.bag.admin.ch „Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010“, Registerkarte 401d.

²⁶ Bruttoinlandsprodukt: Es stellt den Gesamtwert aller Waren und Dienstleistungen dar, die innerhalb eines Jahres innerhalb einer Volkswirtschaft hergestellt wurden.

²⁷ Lediglich 2006 war aufgrund des hohen Wirtschaftswachstums der Anteil der Gesundheitskosten am BIP etwas gesunken. Vgl. BFS (2009): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007, S. 14f.

²⁸ Näheres dazu unter Ziff. 2.1.2.

²⁹ Das Bundesgesetz über die obligatorische Krankenversicherung wurde am 18. März 1994 vom Parlament verabschiedet. Nach einem Referendum am 4. Dezember 1994 trat es am 1. Januar 1996 in Kraft. Es löste das alte Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) aus dem Jahr 1911 ab.

³⁰ Näheres bei Friedrich BREYER, Peter ZWEIFEL (1997): Gesundheitsökonomie.

1. Externe Faktoren: Damit sind solche Faktoren gemeint, die Einfluss auf die Kosten des Gesundheitswesens haben, aber selbst nicht unmittelbar Teil des Gesundheitswesens sind.
 - *Krankheit und Gesundheit* sind zentrale Begriffe des Gesundheitswesens, aber letztlich sind sie als „Zustände“ der Versicherten dem System Gesundheitswesen als externe Größen vorgelagert. Das Gesundheitswesen hat zwar Einfluss auf die „Volksgesundheit“³¹, es kann sie aber nur begrenzt beeinflussen. Andere Faktoren wie Ernährung, Hygiene, soziale Sicherheit, Bildung, Wohlstand und Umweltbedingungen beeinflussen die öffentliche Gesundheit mindestens ebenso.³² In der modernen Lebenswelt haben *Einflüsse* auf und *Gefährdungen*³³ für die Gesundheit zugenommen. Moderne Errungenschaften machen uns das Leben leichter und sicherer, viele diese Errungenschaften haben aber auch ihre Kehrseite, die unmittelbar Auswirkungen auf unsere Gesundheit hat. Da Gesundheit und Krankheit zudem keine objektiv bestimmbaren Sachverhalte sind, weil sie wesentlich von der subjektiven Einschätzung und dem kulturellen Umgang mit ihnen bestimmt sind,³⁴ ist es grundsätzlich schwierig, die Faktoren exakt zu bestimmen, die Gesundheit oder Krankheit unmittelbar begünstigen.³⁵
 - Der *medizinisch-technische Fortschritt*³⁶ ist das Ergebnis neuer Erkenntnisse und technischer Möglichkeiten. Beides lässt sich vom Gesundheitswesen nicht unmittelbar steuern.³⁷
 - Die *demografische Alterung*³⁸ moderner Gesellschaften führt zu einer Zunahme von älteren und hochbetagten Personen. Dies hat direkte Auswirkungen auf die Kosten-

³¹ Der Begriff wird aufgrund seines Missbrauchs in der Zeit des Nationalsozialismus kaum mehr verwendet. Er benennt wie Public Health die überindividuelle Dimension von Gesundheit. Vgl. Paul U. UNSCHULD (2009): *Ware Gesundheit*, S. 49ff.

³² Vgl. Georg MARCKMANN (2008): *Gesundheit und Gerechtigkeit*, S. 887.

³³ Z. B. Umwelteinflüsse, Belastungen der Arbeitswelt, neue Risiken aufgrund von Mobilität und Langlebigkeit, veränderte Ernährungs- und Lebensweisen etc.

³⁴ Vgl. Dirk LANZERATH (2000): *Krankheit und ärztliches Handeln* und Kap. 6.

³⁵ Zumindest wenn beide Begriffe nicht in einem engen, rein medizinisch-biologischen Sinn verwendet werden.

³⁶ Nachfolgend wird der Begriff „medizinisch-technischer Fortschritt“ gleichgesetzt mit „medizinischer Fortschritt“.

³⁷ Das Gesundheitswesen selbst kann Anreizstrukturen schaffen, die den medizinischen Fortschritt entweder begünstigen oder behindern. Der tatsächlich erzielte Fortschritt ist Ergebnis eines Zusammenspiels intellektuell-wissenschaftlicher, technologischer und auch kultureller Faktoren, die weitgehend in privatwirtschaftlichem Umfeld bestimmt werden. Durch staatliche Subventionen und klinische Testphasen ist die Grenzziehung allerdings nicht eindeutig; Elemente des medizinischen Fortschritts können deshalb auch als interne Faktoren beschrieben werden.

³⁸ Damit wird eine Entwicklung beschrieben, die sich seit geraumer Zeit vor allem in den höher entwickelten Ländern zeigt. Sie setzt sich zusammen aus einer Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung und einer tiefen Geburtenrate, die weit davon entfernt ist, den Bestand der Gesellschaften zu sichern. Deshalb

situation in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Eine Untersuchung der Eidgenössischen Finanzverwaltung über den Zusammenhang von demografischer Alterung und Gesundheitsausgaben bestätigt einen „hohen Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben“.³⁹

- Ausserdem begünstigt die Zunahme der *Langlebigkeit* die Entstehung neuer Krankheiten, oder die Krankheitsbilder bekannter Erkrankungen verändern sich.⁴⁰ Insgesamt ergibt sich daraus ein weiterer Impuls für die Entwicklung der Gesundheitskosten.
- Zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen trägt auch der sogenannte *Baumol-Effekt* bei.⁴¹ Dieser angebotsseitige Effekt besagt, dass die Preise in arbeitsintensiven Branchen wie dem Gesundheitswesen stärker als in anderen Branchen steigen. Eine relativ unelastische Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und ein annahmegemäss tiefer Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen erlauben höhere Lohnsteigerungen als in anderen Branchen.
- Schliesslich verändert der wachsende Wohlstand unsere Präferenzen für das, was uns wichtig ist. Dabei erfährt das Gut *Gesundheit* ein immer grösseres Gewicht,⁴² was ebenfalls in steigenden Gesundheitsausgaben seinen Niederschlag findet. Empirisch lässt sich dabei ein positiver überproportionaler Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung und den Gesundheitsausgaben beobachten (sog. *Einkommenseffekt*).⁴³

Alle diese Faktoren sind durch das Gesundheitswesen nicht unmittelbar zu beeinflussen. Als externe Faktoren sind sie dem Gesundheitswesen weitgehend vorgegeben.

2. Interne Faktoren: Das Gesundheitswesen als *öffentliches* System umfasst alle Personen, Einrichtungen, Organisationen, Gesetze und Regelungen, deren Aufgabe die Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten

spricht Francois Höpflinger auch von einer „doppelten demografischen Alterung“. Vgl. DERS. (2005): *Alternde Gesellschaft – verjüngte Senioren*.

³⁹ Carsten COLOMBIER (2008): *Demografische Alterung und Gesundheitswesen*, S. 66. Die Untersuchung unterscheidet die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege und in der Langzeitpflege. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die Alterung der Gesellschaft zu spürbaren finanziellen Mehrbelastungen primär in der Langzeitpflege führen dürfte. Im Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege überwiegt jedoch der Druck nicht-demografischer Kostentreiber, insb. von Einkommenseffekten (sog. Baumol-Effekt).

⁴⁰ Insbesondere verschiedene Formen von Demenzerkrankungen und Krebs.

⁴¹ Vgl. Carsten COLOMBIER (2008): *Demografische Alterung und Gesundheitswesen*, S. 64.

⁴² Näheres dazu in Kap. 6.

⁴³ Vgl. Carsten COLOMBIER (2008): *Demografische Alterung und Gesundheitswesen*, S. 64.

und Verletzungen ist.⁴⁴ Die Ausgestaltung dieses Systems entscheidet darüber, ob und wie die einzelnen Elemente des Gesundheitswesens miteinander und untereinander funktionieren, welche Anreizstrukturen für die einzelnen Akteure bestehen und welche Konsequenzen sich daraus für die Gesundheitskosten ergeben. Diese Faktoren können als interne Faktoren bezeichnet werden.⁴⁵

- Die Organisation von *Spitalplanung und –finanzierung* hat unmittelbar Einfluss auf die Kostensituation im Gesundheitswesen.
- Der Umfang des *Leistungskatalogs* der OKV entscheidet darüber, welche medizinischen Güter und Dienstleistungen von der Grundversicherung getragen werden.
- Je nach Anreizstrukturen für Ärzte, Spitäler und Versicherte können diese die Kostensituation unterschiedlich beeinflussen (z. B. freie Arztwahl, Kostenverantwortung der Ärzte, Kontrahierungszwang, Kostenbeteiligungen der Versicherten etc.).
- Zulassungspolitik für Ärzte und Medikamente
- etc.

Der Blick auf die internen Kostenfaktoren des Gesundheitswesens zeigt, dass neben Fragen der strukturellen Organisation auch Fragen der (monetären) Anreize und der Effizienz angesprochen sind. Dabei können einzelne Zielsetzungen nicht oder nur ungenügend erreicht werden, wenn sie in Konkurrenz zu anderen Zielsetzungen stehen und wenn Anreize „falsche“ Signale an die Beteiligten liefern. So kann beispielsweise eine politisch begründete kantonale Spitalplanung in Konkurrenz zu Effizienz- und Transparenzziele und privatwirtschaftlich begründetes Profitinteresse in Konkurrenz zum Ziel einer angemessenen, flächendeckenden medizinischen Versorgung stehen. Das Wachstum der Gesundheitsausgaben wird also durch unterschiedliche interne Faktoren begünstigt.

Diese und ähnliche weiteren externen und internen Faktoren, die für das Kostenwachstum verantwortlich sind, müssen bei der Klärung der Frage der Eigenverantwortung zur Entspannung des Kostenproblems im Gesundheitswesen Berücksichtigung finden. Nur so kann beurteilt werden, ob entsprechende Vorschläge auch angemessen und sachgerecht sind.⁴⁶

⁴⁴ Diese Umschreibung umfasst auch privatwirtschaftlich organisierte Leistungsanbieter, die allerdings gesundheitspolitischen Vorgaben und Zulassungen unterliegen. Vgl. Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2008): Gesundheitspolitik.

⁴⁵ Die genannten Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sollen lediglich im Rahmen der Fragestellung illustrieren, wo überall Einflussmöglichkeiten auf die Kosten im Gesundheitswesen gegeben sind.

⁴⁶ Angemessen wird hier verstanden im Sinn einer Verhältnismässigkeit, so dass die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten verhältnismässig wäre im Vergleich zu anderen Möglichkeiten der Kosteneinsparung. Sachgerecht wird verwendet im Sinn eines effektiven Lösungsvorschlags.

Die Vielzahl der Faktoren erklärt auch, warum sowohl im Bereich der Kostenproblemanalyse als auch bei den Lösungsvorschlägen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden.⁴⁷

1.2.2 Eigenverantwortung und Gesundheit als Thema in der Gesundheitspolitik

Selbstverständlich ist die Gesundheit – jedenfalls formal – zentraler Gegenstand der Gesundheitspolitik. In den konkreten Debatten zeigt sich aber, dass auch andere Interessen im Spiel sind.⁴⁸ Welchen Stellenwert besitzt dabei die Gesundheit in den politischen Auseinandersetzungen und im gesellschaftlichen Diskurs? Diese Frage und eine erste Charakterisierung der Eigenverantwortung im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen sollen nachfolgend beantwortet bzw. vorgestellt werden. Auf dieser Grundlage können dann weitere Differenzierungen im Hinblick auf die Fragestellung vorgenommen werden.

1.2.2.1 Gesundheit als gesellschaftliches und politisches Thema

Gesundheit⁴⁹ als anzustrebendes und zu förderndes individuelles wie auch kollektives Gut ist im Allgemeinen in der gesundheitspolitischen Diskussion unbestritten. Es zeigt sich aber, dass die Gewichtung des individuellen und kollektiven Aspekts im zeitlichen Verlauf unterschiedlich ausfällt. Für Paul U. Unschuld erscheinen Begriffe wie „Volksgesundheit“ oder auch Public Health schon wieder „angesichts der neuen Lockrufe «wellness» und «life enhancement» wie aus einer vergangenen Epoche der Biederkeit. Wellness und life enhancement zielen eindeutig auf das Engagement des individuellen Konsumenten; Volksgesundheit und Public Health haben ihre begriffliche Leuchtkraft eingebüsst, weil sie den Eingriff des Staates und die überindividuelle Fremdfürsorge verkörpern.“⁵⁰ Für die vorliegende Fragestellung ist es deshalb notwendig, die verschiedenen Facetten des Gesundheitsbegriffs zu klären.

⁴⁷ Werner Widmer et al. z. B. kritisieren am bestehenden System vor allem die „falschen“ Anreize und den fehlenden Wettbewerb. Vgl. DERS. et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Internationale Vergleiche kommen zu dem Schluss, dass v. a. grosse regionale Unterschiede im Leistungsangebot, in der Spitalplanung und die fehlende Vertragsfreiheit kostentreibende Faktoren sind. Vgl. Robert E. LEU et al. (2009): Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande – ein Vergleich.

⁴⁸ So spielen in den gesundheitspolitischen Reformdiskussionen z. B. auch Argumente der Pharmaindustrie und des Arbeitsmarktes eine erhebliche Rolle. Zudem stehen die staatlichen Ausgaben im Gesundheitswesen grundsätzlich in Konkurrenz zu anderen Politikbereichen.

⁴⁹ Näheres zur Bestimmung des Begriffs Gesundheit findet sich in Kap. 6.

⁵⁰ Paul U. UNSCHULD (2009): Ware Gesundheit, S. 91.

Gemeinhin wird Gesundheit auch als „elementares Gut“ oder gar als „höchstes Gut“⁵¹ der Menschen charakterisiert. Damit wird das Gut Gesundheit vor viele beziehungsweise vor alle anderen Güter gestellt: „Weil Menschen ohne Gesundheit rasch einmal kaum mehr etwas vermögen, sind sie denn auch bereit, dafür alles zu tun und zu bezahlen, sei es, um ihre Gesundheit zu erhalten, sei es, um sie wiederzuerlangen.“⁵² Die Richtigkeit dieser Charakterisierung des Gutes Gesundheit sei zunächst einmal dahin gestellt.⁵³ Es kommt damit allerdings zum Ausdruck, dass Gesundheit ein Gut ist, das allgemein eine hohe Wertschätzung erfährt, wenngleich im Einzelfall berechtigterweise zu fragen ist, ob man für den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit wirklich bereit ist, alles zu tun oder zu bezahlen. Die hohe Wertschätzung und Priorität des Gutes Gesundheit kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass sowohl in politischen Auseinandersetzungen wie auch in wissenschaftlichen Abhandlungen die deutliche Zunahme der Lebenserwartung in entwickelten Ländern, insbesondere das Mehr an gesunden Lebensjahren und die Möglichkeiten der modernen Medizin grundsätzlich als positive Errungenschaften angesehen werden.⁵⁴ Die positive Einschätzung des Gutes Gesundheit ist dabei weitgehend unberührt von den Schwierigkeiten der Finanzierung der medizinischen Leistungen.⁵⁵ An der Gesundheit möchte letztlich niemand sparen.

Das individuelle Gesundheitsverhalten kann im Einzelfall durchaus im Widerspruch zu dieser Beobachtung stehen, wenn beispielsweise (wahrscheinliche) gesundheitliche Schädigungen in Kauf genommen werden zugunsten eines bequemeren oder einseitigen Lebensstils,⁵⁶ des Konsums von Alkohol und Drogen oder der Ausübung riskanter Sportarten. Dies zeigt, dass das hohe Gut Gesundheit prinzipiell in Konkurrenz zu anderen Gütern steht.

⁵¹ Zum Beispiel Ruth HUMBEL NÄF (2007): Die Stärkung der Eigenverantwortung aus der Sicht der Krankenversicherten, S. 168.

⁵² Ruth HUMBEL NÄF (2007): Die Stärkung der Eigenverantwortung aus der Sicht der Krankenversicherten, S. 168.

⁵³ Eine Auseinandersetzung mit dieser Position findet sich beispielsweise bei Hans J. MÜNK (2007): Zum Konzept der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, S. 187f.; Manfred LÜTZ (2005): Hauptsache gesund? S.30.; Michael HALBFAS (2005): Gesundheit als Illusion? S. 153-158.

⁵⁴ In der Schweiz hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung von 1876/1880 bis 2006 bei Frauen von 43.2 auf 84 Jahre und bei Männern von 40.6 auf 79.1 Jahre erhöht. Vgl. Francois HÖPFLINGER (2008): Zur Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz, S. 14. Diese positiven Errungenschaften zeigen inzwischen jedoch immer deutlicher ihre Kehrseite. Der gestiegenen Lebenserwartung gehen hohe Gesundheitsausgaben einher, so dass z. B. die Frage gestellt wird, ob wir uns alles, was die Medizin anbietet, finanziell noch leisten können.

⁵⁵ Dies zeigt sich z. B. gerade darin, dass allgemein in gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen noch wenig Bereitschaft anzutreffen ist, die v. a. finanziellen Grenzen des medizinisch Machbaren wie auch Fragen einer bereits verdeckt stattfindenden Rationierung offen zu diskutieren. So auch Markus ZIMMERMANN-ACKLIN (2005): Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen.

⁵⁶ Im Allgemeinen ist hier die Rede von einseitiger Ernährung, mangelnder Bewegung und Übergewicht. Vgl. BAG (2008): Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008-2012.

Insgesamt kann aber für die Gesundheit des Individuums wie der Gesellschaft als ganze eine durchwegs hohe Wertschätzung sowohl in den gesundheitspolitischen Debatten als auch im konkreten Alltag der Menschen festgehalten werden.⁵⁷ Mit dieser hohen Wertschätzung sind aber auch hohe Erwartungen verbunden. Dies erklärt, weshalb gesundheitspolitische Fragen häufig kontrovers oder eher verdeckt diskutiert werden. Fragen, die mit Einschränkungen oder Verzicht verbunden sind, stehen in den öffentlichen Debatten nicht im Vordergrund, weil man sich damit den Unwillen der Bürgerinnen und Bürger zuziehen könnte.⁵⁸

1.2.2.2 Eigenverantwortung als Thema in der Gesundheitspolitik

Die Forderung nach (mehr) Eigenverantwortung der Versicherten scheint im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen auf den ersten Blick einleuchtend – nicht nur angesichts der stetigen Kostenentwicklung. Denn die Forderung nach mehr Eigenverantwortung streicht einen elementaren Bezug zur eigenen Gesundheit heraus, weil Gesundheit letztlich eine individuelle Erfahrung ist.⁵⁹ Wenn andere über individuelle Lebensstile und dementsprechende Gesundheitsperspektiven zu bestimmen hätten, wären die Einzelnen nicht mehr frei im Umgang damit. So lange Menschen aber frei sind, den eigenen Lebensstil und den Umgang mit der eigenen Gesundheit zu wählen, so lange liegt es auch nahe, ihnen die Verantwortung dafür zuzusprechen. In diesem Sinne ist *Eigenverantwortung* identisch mit *Selbstverantwortung*. Ludger Heidbrink jedoch unterscheidet Eigenverantwortung und Selbstverantwortung als *fremd zugewiesenes* bzw. *dezisionistisches* und *selbst zugewiesenes* Element von Verantwortung.⁶⁰ Bettina Schmidt lehnt sich an die Unterscheidung von Heidbrink an:

„Eigenverantwortung für Gesundheit ist also nicht naiv zu verstehen als Autonomie – wahlweise gesundheitsgerechte, gesundheitsriskante, gesundheitsneutrale – im Hinblick auf die private gesundheitsrelevante Lebensweise. Ein Mensch, der die autonome Entscheidung trifft, einen ausschweifend genussorientierten Lebensstil zu pflegen statt einer asketisch gesundheitsförderlichen Lebensweise zu folgen, gilt nicht als eigenverantwortlich Handelnder, denn er erfüllt nicht die Kriterien der Verantwortlichkeit für sich selbst (prospektives Risiko Krankheit), nicht die Kriterien der Verant-

⁵⁷ Detailliertere Ausführungen zur Gesundheit finden sich in Kap. 6.

⁵⁸ Als Beispiel kann die Diskussion um die Notwendigkeit von Rationierungen genannt werden. Vgl. Markus ZIMMERMANN-ACKLIN (2005): Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen; DERS. (2008): Knappheit gerecht gestalten.

⁵⁹ Vgl. hierzu Ziff. 6.2.1.

⁶⁰ Ludger HEIDBRINK (2003): Kritik der Verantwortung, S. 89. Andere verwenden auch den Begriff der *Individualverantwortung*, so z. B. Corinna GRÜHN (2001): Gesundheitsbezogene Handlungspflichten der Versicherten in der Sozialversicherung als Dimensionen von Eigenverantwortung und Solidarität, S. 14f. Sie grenzt Individualverantwortung definitorisch ab vom undefinierten Begriff der Eigenverantwortung.

wortlichkeit gegenüber dem Gemeinwohl (prospektives Risiko Versicherungs-Fall), und er übernimmt keine persönliche Haftung bzw. verzichtet nicht auf reziproke Verantwortungsansprüche (prospektives Risiko Pflegebedürftigkeit).⁶¹

Es ist demnach sinnvoll, Selbstverantwortung als sich selbst (autonom) gesetzte Verantwortung von Eigenverantwortung, die von extern zugewiesen wird, zu unterscheiden.⁶² An dieser Stelle zeigt sich bereits ein Hauptansatzpunkt für Kritik am Konzept der Eigenverantwortung. Verantwortungszuschreibung ist nämlich Ausdruck einer gesellschaftlich-kulturellen Konstruktion und bestimmter Interessen, weshalb das Verantwortungsobjekt wie auch die Norm, auf die hin Verantwortung übernommen werden soll, grundsätzlich veränderlich sind. Diese Kritik soll aber erst an späterer Stelle weiter ausgeführt werden.⁶³ Hier genügt es zu zeigen, dass das Thema Eigenverantwortung in der Sozial- und Gesundheitspolitik kontrovers diskutiert wird.

Der Spielraum für Eigenverantwortung in Bezug auf die eigene Gesundheit bzw. auf das Vorhandensein von Krankheit kann sich formal zwischen zwei Extremen bewegen: Auf der einen Seite ist der Spielraum gleich Null, nämlich dann, wenn die Faktoren für eine Krankheit dem eigenen Handlungsspielraum vorgelagert sind. In diesem Sinne ist Krankheit ein Schicksal, das einen Menschen unverschuldet trifft (*brute luck*).⁶⁴ Auf der anderen Seite ist Eigenverantwortung in grossem Umfang im Spiel, wenn es um Erkrankungen oder gesundheitliche Schädigungen geht, die durch bewusste Inkaufnahme von übersehbaren Risiken entsprechende Konsequenzen nach sich ziehen (*option luck*) – bei Hochrisikosportarten oder vergleichbaren Freizeitaktivitäten beispielsweise.⁶⁵ Harald Walach und Klaus-Michael Meyer-Abich plädieren dafür, Eigenverantwortlichkeit zwischen diesen beiden Extremen als „kontinuierliche Variable“ zu verstehen:

„All die anscheinend nicht zu verantwortenden Elemente, die zu Krankheit führen oder prädisponieren können, sind in den seltensten Fällen für sich genommen die »Ursache« von Krankheit. Gene, Lebensumstände, individuelle Geschichte und Konditionierungen, sie alle interagieren mit Entscheidungen, Verhaltensweisen und der Umgebung, in die sich ein Mensch aus freien Stücken begibt. Insofern kann man mit derselben Berechtigung den argumentativen Spiess umdrehen und sagen: Ohne die ent-

⁶¹ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 60.

⁶² Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird der Begriff der Eigenverantwortung gebraucht.

⁶³ Insb. in den Kap. 5, 7 und 8.

⁶⁴ Z. B. teratogene (fruchtschädigende) Schäden bei Kindern, genetische Schäden, Schäden ohne Risikokenntnis, iatrogene Schäden (sog. ärztliche Kunstfehler). Vgl. Harald WALACH, Klaus-Michael MEYER-ABICH (2005): Eigenverantwortung und gesunde Lebensweise.

⁶⁵ Walach und Meyer-Abich nennen hier Gleitschirmfliegen, Bergsteigen, Expeditionen, aber auch selbstverschuldete Autounfälle und HIV-Infektionen bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr.

sprechenden Umweltbedingungen und Verhaltensweisen, die sich der Einzelne bzw. dessen Eltern und Erziehungsberechtigte ausgesucht haben, können die Grunddispositionen von Krankheiten nicht oder nur ansatzweise aktiviert werden.“⁶⁶

Diese Sichtweise von Eigenverantwortung als in den meisten Fällen kontinuierliche Variable zwischen *option luck* und *brute luck* beschreibt die grundlegende Schwierigkeit, unter medizinischen Gesichtspunkten Eigenverantwortung zu bestimmen.⁶⁷ Die Interaktion von Genen, Lebensumständen, individueller Geschichte und Konditionierungen mit individuellen Entscheidungen aus freien Stücken lässt sich aufgrund der Komplexität der Faktoren in den meisten Fällen nicht nachzeichnen. Von daher ist es naheliegend, dass bei den Fragen, wie der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu begegnen sei und welche Rolle die Eigenverantwortung dabei spielen könne, Antworten gegeben werden, die stark mit unterschiedlichen Menschen- und Weltbildern korrelieren. Die Abgrenzung zwischen Eigenverschulden und Schicksal ist folglich keine Frage, die sich eindeutig und allgemeingültig beantworten liesse. Eine der zentralen Fragen, die dementsprechend kontrovers diskutiert wird, ist, was durch den Staat geregelt und was von den Bürgerinnen und Bürgern bzw. den Versicherten in eigener Verantwortung getragen werden soll. Damit ist man mitten in der gesundheitspolitischen Diskussion um die Gestaltung des Gesundheitswesens, das solidarisch und gleichwohl finanzierbar sein soll.⁶⁸

1.2.3 Aspekte der Eigenverantwortung der Versicherten

Die externen und internen Faktoren, die das Kostenwachstum im Gesundheitswesen beeinflussen, sind von den Versicherten in unterschiedlichem Mass zu beeinflussen. So sind von den *externen Faktoren* gesundheitsschädliche Einflüsse und Gefährdungen modernen Lebens meist nur begrenzt,⁶⁹ der medizinische Fortschritt, die demografische Alterung und die Langlebigkeit als Ergebnis vielfältiger Einzelentscheidungen allenfalls indirekt von den Versicherten zu beeinflussen. Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten darf diese systemischen Zusammenhänge nicht ausser Acht lassen. Als Einzelpersonen

⁶⁶ Harald WALACH, Klaus-Michael MEYER-ABICH (2005): Eigenverantwortung und gesunde Lebensweise, S. 4-5. Sie unterscheiden „keine Eigenverantwortung“, „geringe Eigenverantwortung“, „Eigenverantwortung gleich hoch bewertet wie externe Verursachung“, „sehr hohe Eigenverantwortung“ und „volle Eigenverantwortung“.

⁶⁷ Näheres hierzu in Kap. 7.

⁶⁸ Vgl. BUNDES RAT (1991): Botschaft über die Revision der Krankenversicherung.

⁶⁹ Umwelteinflüsse, Arbeitsbedingungen, soziale Umgebungsvariablen können meist nur begrenzt von Einzelnen beeinflusst werden, individuelle Lebensstile hingegen eher.

können die Versicherten für solche Faktoren nicht oder nur begrenzt verantwortlich gemacht werden.⁷⁰

Bei den *internen Faktoren* sind es die verschiedenen Formen der Kostenbeteiligung, die den Versicherten unmittelbar einen Spielraum bieten für eigenverantwortlich zu tragende Entscheidungen. Die Ausgestaltung des Gesundheitswesens als ganzes, sprich des Leistungskatalogs und der Zugangsbedingungen zu den medizinischen Leistungen sowie der Spitalplanung können von den Versicherten nicht direkt, d.h. eigenverantwortlich festgelegt werden. Fragen der Steuerung des Gesundheitsmarktes und der Struktur des Gesundheitswesens werden auf politischer Ebene entschieden, sie stellen für die Versicherten die Rahmenbedingungen dar, innerhalb derer sie ihre Entscheidungen zu treffen haben.⁷¹

Die bisher genannten Begrenzungen für die Verantwortung der Versicherten sind in der weiteren Betrachtung im Auge zu behalten. Es macht keinen Sinn, wenn Eigenverantwortung bei Aspekten und Bereichen im Gesundheitswesen eingefordert wird, auf die die Versicherten keinen oder allenfalls wenig Einfluss haben, wie beispielsweise auf die allgemeinen Umweltbedingungen (Luft, Wasser, allgemeine Hygiene), soziale Umgebungsvariablen (Wohn- und Arbeitsbedingungen)⁷² sowie körperlich-geistige Gegebenheiten, die nicht geändert werden können (Behinderungen, genetische Dispositionen).

Das Postulat der Eigenverantwortung ist vor allem im Kontext der Sozialstaatsdiskussion sehr verbreitet und polarisiert die politischen Lager in sozialen Fragen.⁷³ Dies deutet schon einmal darauf hin, dass der Begriff unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten zulässt. Wolfgang Kersting kommt deshalb zu dem Schluss, „dass es einen paradigmatischen und konzeptuell überzeugenden Begriff der Verantwortung im 20. Jahrhundert nicht gibt.“⁷⁴ Dennoch lassen sich zwei unterschiedliche inhaltliche Aspekte des Verantwortungspostu-

⁷⁰ Fragen der Freiheit bei der Entscheidung, alternativer Handlungsmöglichkeiten und des Wissens um die Folgen des Verhaltens sollen hier noch nicht problematisiert werden. Näheres dazu s. Kap. 5.

⁷¹ Die direkte Demokratie bietet zwar weitgehende Einfluss- und Mitbestimmungsmöglichkeiten, die Verantwortungszuweisung auf einzelne Stimmbürgerinnen und Stimmbürger ist aber nicht möglich, weil es sich um kollektive Entscheidungen handelt, die nicht auf Einzelne zurückgeführt werden können.

⁷² Die Wohn- und Arbeitssituation lassen sich mitunter schon aus finanziellen Gründen nicht einfach verbessern.

⁷³ Vgl. Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 41-58 sowie die Ausführungen in Kap. 4.

⁷⁴ Wolfgang KERSTING (2003): Verantwortliche Verantwortung.

lats bestimmen, die insbesondere im Kontext der Sozialstaatsdiskussion um ein „Fördern und Fordern“ eine zentrale Rolle spielen.⁷⁵

1.2.3.1 Eigenverantwortung fördern

Das Postulat der Eigenverantwortung kann verstanden werden als Forderung, die Rahmenbedingungen für einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit zu fördern. Die im Rahmen des Konzepts des Förderns vorgebrachten Vorschläge legen den Fokus auf die Voraussetzungen für einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit. Fehlende Informationen, mangelnde Alternativen, entsprechende Unterstützungsmassnahmen etc. sollen helfen, aus eigener Überzeugung ein gesünderes Leben zu führen. Das Konzept des Förderns richtet damit den Fokus vor allem auf die dem Gesundheitswesen vorgelagerten (*externen*) Faktoren. In erster Linie geht es dann darum, den vorhandenen Gesundheitszustand der Versicherten zu erhalten (Prävention⁷⁶) oder die Voraussetzungen für mehr Gesundheit zu fördern (Gesundheitsförderung).⁷⁷ Solche Vorschläge gehen davon aus, dass eine Verbesserung der individuellen oder kollektiven Kompetenz zu gesundheitsförderlichem Verhalten als Ausdruck wohlverstandener Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen zu verstehen ist. Zumindest deckt sich dies auf den ersten Blick mit der allgemein hohen Wertschätzung des Guts Gesundheit. Fragen des Lebensstils, der Ernährung, der Bewegung, des Umgangs mit Stress etc. sind damit angesprochen. Da solche Zielsetzungen, wie die allgemeine Erfahrung gezeigt hat, nicht mit unverbindlichen Appellen zu erreichen sind, spielen bei der Gesundheitsförderung vor allem Informationen, Aufklärungskampagnen und entsprechende Unterstützungsangebote eine zentrale Rolle. Verbote kommen nur dann in Frage, wenn das gesellschaftliche Interesse daran diese rechtfertigt.⁷⁸ Ferner können solche Vorschläge auf eine Verbesserung der Situation am Arbeitsplatz, im Haushalt, in der Freizeit oder der sozioökonomischen Situation der Versicherten abzielen. Sowohl bei der

⁷⁵ Vgl. Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 43.

⁷⁶ Mit Prävention sind alle *gezielten* Massnahmen gemeint, die ergriffen werden, um ein Gesundheitsproblem oder eine ungewollte Entwicklung zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Solche Massnahmen sind Teil traditioneller Gesundheitsvorsorgemassnahmen. Vgl. Klaus HURRELMANN, Ulrich LAASER (2003): Handbuch Gesundheitswissenschaften; Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2006): Gesundheitspolitik, S. 59ff.

⁷⁷ Massnahmen der Gesundheitsförderung sind stärker *prozessorientiert* und befähigen Individuen, Gruppen und Gesellschaften die Bedingungen ihrer Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Prävention und Gesundheitsförderung werden heute allgemein unter dem multidisziplinären Begriff Public Health zusammengefasst. Vgl. Friedrich W. SCHWARTZ et al. (2003): Das Public Health Buch; Klaus HURRELMANN, Ulrich LAASER (2003): Handbuch Gesundheitswissenschaften.

⁷⁸ Dies gilt beispielsweise für verschiedene Formen des Drogenkonsums. Allerdings dürfte es in liberalen Gesellschaften schwierig sein, bestimmte Lebens-, Verhaltens- und Ernährungsweisen zu verbieten. Eher vorstellbar sind Anreizstrukturen (meist monetärer Art), die eine bestimmte Verhaltensweise steuern sollen, z. B. Tabak- und Alkoholsteuern. Da es hier jedoch um Fragen individueller Lebensgestaltung geht, sind vor allem Information und Aufklärung im Sinne der Eigenverantwortung wichtige Instrumente.

Prävention als auch bei der Gesundheitsförderung geht man davon aus, dass die Zielsetzungen des Erhalts, der Förderung oder der Wiederherstellung der Gesundheit zwar im Interesse der Einzelpersonen liegen, aber durch staatliche Massnahmen ergänzt und gefördert werden müssen. Insgesamt ist damit die Erwartung verbunden, dass die Sensibilität für Gesundheitsfragen und die Fähigkeit zur Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen wächst.

1.2.3.2 Eigenverantwortung fordern

Das Konzept des Forderns zielt darauf ab, die Versicherten stärker in die Pflicht zu nehmen, selbst zu entscheiden, was ihnen in Gesundheitsfragen wichtig ist. Der Aspekt des Forderns⁷⁹ kommt dadurch zum Ausdruck, dass die Versicherten ganz oder teilweise für ihre Entscheidungen bzw. ihr Gesundheitsverhalten die *Kostenverantwortung* zu übernehmen haben. Die Frage der Eigenverantwortung wird dadurch primär auf das Funktionieren der *internen Faktoren* im Gesundheitswesen gerichtet. Es geht darum, wie die Nachfrage nach Gesundheitsgütern und –dienstleistungen entsteht und wer die Kostenverantwortung dafür zu tragen hat. Da gesundheitspolitische oder allgemeine staatliche Vorgaben sogenannte *moral hazard*-Phänome⁸⁰ hervorrufen können, wird vermutet, dass sie die Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens beeinträchtigen.⁸¹ „Falsche“ monetäre Anreize wären demnach mitverantwortlich für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Die entsprechenden Vorschläge zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten zielen deshalb darauf ab, diese falschen Anreize durch eine Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung der Versicherten zu beseitigen. Die Versicherten sollen ihre genuinen Interessen verfolgen können, ohne dass sie durch falsche Anreize verzerrt werden. Die Kehrseite dieser Medaille besteht darin, dass die Versicherten die Kostenverantwortung für ihre Nachfrageentscheidungen selbst oder mit zu tragen haben. Im Gegenzug sollen staatliche Vorgaben zurückgefahren werden, weil sie als Teil des Gesundheitswesens die Eigenverantwortung der Versicherten einschränken. Die Anreize zu solch eigenverantwortlichem Handeln sind vor allem – direkt oder indirekt⁸² – monetärer Art. Damit wird innerhalb des Gesundheitswesens auf die Lenkungswirkung von Preisen gesetzt und Marktergebnissen eine hohe Bedeu-

⁷⁹ Im Unterschied zu blossen Appellen.

⁸⁰ *Moral hazard* (wörtlich: moralische Gefährdung) war ursprünglich ein Begriff aus der Versicherungswirtschaft, er bezeichnet heute aber in der Ökonomie allgemein ein Verhalten, das kollektive Regelungen zum eigenen, meist individuellen Vorteil ausnutzt, sog. „Trittbrettfahrer“-Verhalten. Das durch eine kollektive Regelung beabsichtigte Ziel wird dadurch unterlaufen. So kann das Ziel eines solidarischen Versicherungsobligatoriums dadurch unterlaufen werden, dass Einzelne Leistungen nachfragen, die sie ohne Versicherungsschutz nicht nachfragen würden.

⁸¹ Vgl. Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität.

⁸² Als direkt sind unmittelbare Kostenbeteiligungen zu sehen, als indirekt Bonuspunkte oder rückwirkende Kostenerstattungen.

tung beigemessen. Die Wahrnehmung von Eigenverantwortung stellt sich in dieser Hinsicht als eine Übernahme von Kostenrisiken durch die Versicherten dar, was dem Ziel einer solidarischen Absicherung von Gesundheitsrisiken zunächst entgegen steht. Die Bereitschaft, anfallende Kosten selbst zu tragen, soll die Gewähr dafür bieten, dass keine unnötigen Leistungen bezogen werden und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen die wirklichen Präferenzen der Versicherten widerspiegelt.

In der folgenden Analyse der gesundheitspolitischen Vorschläge zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Schweizer Gesundheitswesen wird also unterschieden in Vorschläge im Sinn des Förderns, die die Eigenverantwortung vor allem als eine *Stärkung der Kompetenz zu einem gesundheitsförderlichen Leben* verstehen, was im Ergebnis zu einer Senkung des Risikos von Krankheit führen soll, und Vorschlägen im Sinn des Forderns, die die Eigenverantwortung vor allem als Übernahme eines höheren Kostenrisikos über rein *monetäre Anreizstrukturen* verstehen.

1.3 Formen und Instrumente für (mehr) Eigenverantwortung im Kontext der gesundheitspolitischen Diskussionen

Die beiden genannten Zielrichtungen des Förderns und Forderns können durchaus miteinander kombiniert werden. Dabei kann das Fördern auch als Fordern interpretiert werden, nämlich dann, wenn das Fördern mit solchem Nachdruck vertreten wird, dass daraus ein Fordern wird.⁸³ Nachfolgend werden zunächst die verschiedenen Formen und Instrumente des Förderns im Sinn einer *Risikosenkung* und des Forderns im Sinn *finanzieller Anreize* vorgestellt. Darauf aufbauend sollen dann die gesundheitspolitischen Reformvorschläge der Parteien in der Schweiz angemessen bewertet werden. Der Fokus auf die Vorschläge der Parteien lässt sich damit begründen, dass es vor allem die parteipolitischen Positionen sind, die ausgehend vom bestehenden Gesundheitssystem die Eigenverantwortung zum Thema machen und damit gut vergleichbar sind. Der Fokus auf das Schweizer Gesundheitswesen begründet sich damit, dass ein umfassenderer Vergleich einzelner Gesundheitssysteme, z. B. in Europa, relativ schwierig ist. Die Rahmenbedingungen, Settings und Niveaus bereits bestehender Kostenbeteiligungen und Förderungskonzepte in den einzelnen Gesundheitssystemen sind sehr unterschiedlich und lassen einen Vergleich zugespitzt auf die vorliegen-

⁸³ Als Beispiel kann die nationale Kampagne der Gesundheitsförderung Schweiz gegen Übergewicht und Fettleibigkeit aus dem Jahr 2007 angeführt werden, die mittels „XXL“- Sujets auf Plakaten Personen, die von Übergewicht oder Fettleibigkeit betroffen sind, unter Druck setzten, etwas gegen ihr Übergewicht zu unternehmen. Diese Kampagne stand unter öffentlicher Kritik, weil sie Übergewichtige und Fettleibige stigmatisierte. Vgl. <http://www.videportal.sf.tv/video?id=e671ccd2-1042-4a88-b247-64e829bf737f>.

de Frage nur bedingt zu.⁸⁴ Jedoch ist davon auszugehen, dass die in der schweizerischen gesundheitspolitischen Auseinandersetzung um mehr Eigenverantwortung gewonnenen Erkenntnisse für die ethische Beurteilung anderer Systeme hilfreich sein werden.

1.3.1 Förderung der Eigenverantwortung als Gesundheitsförderung

Wenn der eigenverantwortliche Umgang mit der Gesundheit verstanden wird als Fähigkeit, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu führen, dann geht es darum, das Erkrankungsrisiko zu senken. In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass eine Senkung des Erkrankungsrisikos einerseits durch eine Senkung *pathogener*, also krankmachender Faktoren und andererseits durch die Förderung *salutogener*, gesundheitsfördernder Faktoren erzielt werden kann.⁸⁵ Die Reduzierung krankmachender Faktoren umfasst nicht nur die Festlegung von Grenzwerten bei Schadstoff- und anderen Belastungen sowie Vorschriften insbesondere bei der Hygiene und beim Umgang mit Lebensmitteln, sondern auch den weiten Bereich individuellen Verhaltens. Beide Bereiche, nämlich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und das weite Feld bei der Wahl des individuellen Lebensstils, werden inzwischen von der öffentlichen Gesundheitsförderung im Rahmen von Public Health als für sie zentrale Verantwortungsfelder betrachtet.⁸⁶ Insbesondere bei Fragen des Konsums von Drogen und anderen Genussmitteln zeigt sich, wie eng beide Bereiche miteinander verwoben sind. So haben die Möglichkeiten des Zugangs zu Drogen und Genussmitteln (gesellschaftliche Rahmenbedingungen) Einfluss auf den individuellen und kollektiven Umgang damit. Nicht alles, was erlaubt ist, ist schon deshalb gesundheitsförderlich. Den Umgang zum Beispiel mit Alkohol und Nikotin müssen Erwachsene selbst bestimmen.

Da die Gestaltung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen vor allem eine staatliche Aufgabe darstellt, spielen Fragen der Eigenverantwortung der Versicherten in diesem Bereich allenfalls eine untergeordnete Rolle. Sie sind dann relevant, wenn es darum geht, die

⁸⁴ Eine Ausnahme stellt ein aktueller Vergleich des niederländischen mit dem schweizerischen Gesundheitssystem dar, der insbesondere auch die sog. Out of pocket-Zahlungen der Versicherten als Mittel der monetären Eigenverantwortung in den Blick nimmt. Vgl. Robert E. LEU, Pius MATTER (2009): Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande – ein Vergleich.

⁸⁵ Vgl. Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2006): Gesundheitspolitik, S. 59ff; Friedrich W. SCHWARTZ et al. (2003): Public Health. Näheres hierzu unter Ziff. 1.3.1.2; Aaron ANTONOVSKY (1997): Salutogenese.

⁸⁶ Neben der in Art. 19 Abs.2 KVG vorgesehenen Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“, die von den Krankenversicherern und den Kantonen gemeinsam betrieben wird, ist es in der Schweiz vor allem das BAG, das als staatliche Einrichtung vor allem für die klassischen Felder der Präventionspolitik zuständig ist: Schutz vor Chemikalien, Strahlen, Giften, die Sicherheit von technischen Einrichtungen und Geräten, der Umgang mit Betäubungsmitteln, die Lebensmittelkontrolle sowie die Überwachung und Prävention von Infektionskrankheiten.

staatlichen Vorgaben, die nicht in jedem Einzelfall kontrolliert werden können, einzuhalten und den Konsum von u. U. gesundheitsschädlichen Genussmitteln selbst zu bestimmen. Mit Blick auf die Möglichkeiten von Eigenverantwortung der Versicherten werden nachfolgend deshalb vor allem Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne der Patho- und Salutogenese im Vordergrund stehen, wo die Versicherten selbst Handlungsspielräume besitzen.

1.3.1.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Der Begriff «Prävention» geht auf das lateinische Wort *praevenire* zurück, das in diesem Zusammenhang am besten mit zuvorkommen, also einer möglichen Erkrankung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands zuvorkommen, zu übersetzen ist.⁸⁷ Prävention bezeichnet so zunächst alle Massnahmen und Strategien, die individuell und gesellschaftlich darauf zielen, Krankheiten zu vermeiden und gesundheitliche Gefährdungen zu reduzieren.⁸⁸ Die Erfahrung der Grenzen in der Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen hat zu einer Weiterentwicklung des Präventionskonzeptes geführt. Ausgangspunkt dieser konzeptionellen Weiterentwicklung des Präventionskonzeptes ist die Einsicht in die multifaktoriellen Ursachen von Krankheiten, die insbesondere auch durch das sozio-kulturelle und sozio-ökonomische Umfeld beeinflusst sind.

Ein umfassenderes Verständnis von Prävention umfasst somit auch Massnahmen und Strategien, die einen möglichst guten Gesundheitszustand zum Ziel haben.⁸⁹ Mit dieser umfassenden Definition ist die klassische Ausrichtung der Prävention auf die Vermeidung einzelner Krankheiten und die Reduzierung von entsprechenden Belastungen überwunden. Dieser weite Präventionsbegriff umfasst auch Formen einer Gesundheitsförderung, die vor allem bestrebt ist, den *allgemeinen* Gesundheitszustand zu fördern. Eine exakte Grenzziehung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung wird damit immer schwieriger. Beide Bereiche fallen heute unter den Begriff *Public Health*. Prävention versteht sich im Sinne der neueren Gesundheitsforschung (Public Health) insgesamt als *Risikosenkung*, „...verstanden als Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten oder Krankheit überhaupt

⁸⁷ Wie eine Suche bei Google zeigt, wird auch der Begriff der *Gesundheitsprävention* verwendet. Dieser eigenartigen Kombination liegt vermutlich das Missverständnis zugrunde, dass Prävention im Sinn von Vorsorge verwendet wird. Der Gesundheit zuvor kommen macht logisch nämlich keinen Sinn.

⁸⁸ Nach Rolf Rosenbrock und Thomas Gerlinger wird Prävention je nach dem Zeitpunkt des Eingriffs in den Prozess der Krankheitsentstehung auch nach *primärer, sekundärer* und *tertiärer Prävention* unterschieden. Die Primärprävention setzt zeitlich vor dem Auftreten von Symptomen ein. Durch Sekundär- und Tertiärprävention sollen bestehende Symptome eingeschränkt oder das erneute Auftreten verhindert werden. Vgl. Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2006): Gesundheitspolitik, S. 60.

⁸⁹ Vgl. Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2006): Gesundheitspolitik, S. 59.

[...Sie] wird also in der Regel darauf gerichtet sein, die Ziele der Belastungssenkung und der Ressourcenstärkung (Gesundheitsförderung) gleichzeitig zu verfolgen und aufeinander zu beziehen.⁹⁰ Dieser Ansatz geht davon aus, dass das Gut Gesundheit neben den je individuell-biologischen Voraussetzungen vor allem als Folge eines komplexen Zusammenspiels von vielfältigen Faktoren zu verstehen ist.

Mit diesem umfassenden Verständnis von Prävention bekommt das weite Feld der Gesundheitsförderung ein viel grösseres Gewicht. Deutlich wird dies ebenfalls in der „Ottawa-Charta“ der WHO:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“⁹¹

Vor diesem Hintergrund unterscheidet man Massnahmen, die die *Verhältnisse* ändern, unter denen die Menschen leben, von solchen, die auf eine *Verhaltensänderung* von Personen oder Personengruppen abzielen. Bei den herkömmlichen Instrumenten der Verhaltensprävention stehen die chronisch-degenerativen Krankheiten wie koronare Herzkrankheiten, Krebs und Diabetes im Vordergrund. Die wichtigsten Ziele sind dabei „...der Verzicht auf Tabakkonsum, eine gesunde Ernährung, eine ausreichende körperliche Bewegung und Verbesserungen der Stressverarbeitung.“⁹²

⁹⁰ Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2006): Gesundheitspolitik, S. 70.

⁹¹ WHO (1986): Ottawa-Charta.

⁹² Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2006): Gesundheitspolitik, S. 67f. Vgl. auch Ulla WALTER et al. (2003): Prävention, S. 189-214.

	<i>Verhältnisprävention</i>	<i>Verhaltensprävention</i>
Gesellschaftlich	Vorschriften, Grenzwerte, Änderung sozio-ökonomischer Verhältnisse etc.	Anti-Raucherkampagnen, Kampagnen gegen Übergewicht und Bewegungsmangel etc.
individuell	Verbesserung der Arbeitsplatz- und Wohnsituation etc.	Lebensstilfragen, speziell Ernährungs- und Bewegungsverhalten

Abb. 1: Verhältnisprävention und Verhaltensprävention⁹³

Ziel insbesondere verhaltenspräventiver Massnahmen ist es, gesundheitsschädliche Lebensstile der Versicherten zu verändern und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken, um dadurch einen positiven Effekt auf die Gesundheitskosten zu erzielen.⁹⁴ Verschiedene Untersuchungen haben darüber hinaus gezeigt, dass Gesundheit und Lebenserwartung auch vom sozio-ökonomischen Status abhängig sind.⁹⁵ Aus diesem Grund scheint es durchaus sinnvoll, schichtenspezifischen Faktoren, die Krankheiten und einen frühzeitigen Tod begünstigen, durch entsprechende Fördermassnahmen zu begegnen. Das Konzept der Gesundheitsförderung in der „Ottawa-Charta“ der WHO von 1986 hebt diesen Aspekt ebenfalls hervor:

„Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer.“⁹⁶

⁹³ Die Darstellung bringt eine vermeintlich klare Abgrenzung der verschiedenen Bereiche zum Ausdruck. Das Beispiel vom Rauchen zeigt aber, dass sowohl Instrumente einer Verhältnisprävention (Rauchverbote) mit Instrumenten einer Verhaltensprävention (Aufklärungskampagnen, Tabaksteuer) kombiniert werden können. Eine vergleichbare Struktur liesse sich auch für die Gesundheitsförderung erstellen.

⁹⁴ Selbstverständlich spielen in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung neben ökonomischen auch moralisch-kulturelle und ethisch-normative Motive eine Rolle. Mit Blick auf die vorliegende Fragestellung spielen diese Aspekte aber eine nachgeordnete Rolle.

⁹⁵ Vgl. als Überblick zu Schweizer Studien Gabriela KÜNZLER, Carlo KNÖPFEL (2002): Arme sterben früher, insb. S. 22-45.

⁹⁶ WHO (1986): Ottawa-Charta.

Die Ottawa-Charta nennt für unsere Fragestellung drei wichtige Stichworte: *Selbstbestimmung*, *Chancengleichheit* und *politische Querschnittsaufgabe*. Demnach braucht mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit zunächst die Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebens beziehungsweise eines selbstbestimmten Lebensstils. Wobei unterstellt wird, dass Selbstbestimmung und bessere Gesundheit eng miteinander korreliert sind. Die Chancen auf ein selbstbestimmtes und gesundheitsförderliches Leben sollen dabei möglichst gleich verteilt sein. Neben dem gerechtigkeitsethischen Aspekt, dass alle Versicherten grundsätzlich die gleichen Lebenschancen haben sollten, kann für eine Verbesserung sozioökonomischer Rahmenbedingungen auch sprechen, dass eine gesündere Bevölkerung ein höheres Potential an Arbeitsleistung besitzt und dass eine bessere Gesundheit geringere Gesundheitskosten verursacht.⁹⁷ Die Umsetzung dieser Zielsetzungen muss darüber hinaus als politische Querschnittsaufgabe verstanden werden, die weit mehr umfasst als eine medizinische Versorgung.

1.3.1.2 Eigenverantwortung bei Prävention und Gesundheitsförderung

Die vorausgegangenen Ausführungen zu Prävention und Gesundheitsförderung machen deutlich, dass die Eigenverantwortung der Versicherten vor allem dann zum Tragen kommt, wenn es um gesundheitsrelevantes Verhalten geht. Die Arbeits- und Lebensverhältnisse der Versicherten sind weitgehend durch äussere Rahmenbedingungen bestimmt, die in den meisten Fällen nicht unmittelbar durch die Versicherten beeinflussbar sind. Gleichwohl kann die Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention nur eine grobe Orientierung geben, wenn es um Fragen der Eigenverantwortung der Versicherten geht. Einerseits ist nämlich das gesundheitsrelevante Verhalten nicht losgelöst von den Arbeits- und Lebensbedingungen und andererseits kann auch das individuelle Verhalten manche äusseren Bedingungen zumindest mittel- bis langfristig verändern. Eine Präventionsmassnahme, die die Verhältnisse verbessert, in denen Menschen leben, ist also auch ein Beitrag zu einem eigenverantwortlicheren Umgang mit dem Gut Gesundheit, weil dadurch die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit verbessert und die Handlungsspielräume der Individuen vergrössert werden können.

Massnahmen, die also direkt oder indirekt auf ein gesundheitsrelevantes Verhalten abzielen und die Erkrankungswahrscheinlichkeit durch eine Änderung des individuellen Verhaltens

⁹⁷ Die These, dass eine bessere Gesundheit insgesamt auch geringere Gesundheitskosten verursacht, muss allerdings erst noch überprüft werden. Vgl. dazu Kap. 7.

zu senken suchen, sind der eigentliche Ort für die Eigenverantwortung der Versicherten. Angesprochen sind hier Fragen der individuellen Lebensgestaltung und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken, wie sie sich vor allem im Bereich der Ernährung, der Bewegung und beim Umgang mit bekannten Risiken ergeben.⁹⁸

Die Möglichkeiten der Eigenverantwortung der Versicherten bei den medizinischen Präventionsinstrumenten sind abhängig vom Charakter des Angebots. Bei einem Obligatorium ist die Eigenverantwortung bei der Wahrnehmung dieses Präventionsinstruments entsprechend gering. Angebote mit Handlungsspielräumen für die Versicherten hingegen erlauben Eigenverantwortung, wobei die Wahrnehmung der Eigenverantwortung stark abhängt von der konkreten Form des Angebots. Eigenverantwortliches Verhalten wird beeinflusst durch Kosten, den verfügbaren Informationen und der Akzeptanz solcher medizinischer Angebote.⁹⁹ Generell ist bei den medizinischen Präventionsinstrumenten medizinisches Fachwissen gefragt, so dass die Eigenverantwortung der Versicherten nur im Zusammenspiel mit dem medizinischen Fachpersonal funktioniert.

Die Adressaten der nicht-medizinischen Präventionsinstrumente hingegen sind überwiegend die Versicherten und deren Umgebungsbedingungen. Via Aufklärungs- und Anreizkampagnen, Gesundheitserziehung, speziellen Beratungsangeboten etc. sollen solche primärpräventive Instrumente „...auf die Veränderung von Wahrnehmung, Verhalten, Lebensstilen sowie Formen und Intensitäten sozialer Kommunikation, Interaktion und Kooperation abzielen und damit intentional in den geschützten Bereich individueller Entscheidung, Entwicklung und Entfaltung eingreifen.“¹⁰⁰

Für den Fortgang der Untersuchung interessieren also in erster Linie die Bereiche, in denen das individuelle Verhalten der Versicherten eine für die Gesundheit zentrale Rolle spielt.

⁹⁸ Individuelle Risikovermeidungsstrategien zeigen sich beispielsweise beim Fahrrad- und Skifahren mit oder ohne Helm, bei Schutzmassnahmen vor ultravioletter Strahlung, beim Umgang mit Genussmitteln u. ä.

⁹⁹ Als Beispiel sind hier Impfempfehlungen zu nennen, die möglichst im Kleinkindalter vorzunehmen sind wie Masern- und Pockenimpfung. Diese Impfempfehlung von Seiten des BAG stossen aber auf eine verbreitete Skepsis gegenüber Impfungen, die zusätzlich durch kritische Berichte in den Medien verstärkt werden können.

¹⁰⁰ Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2006): Gesundheitspolitik, S. 62: „Historische Untersuchungen [...] zeigen, dass gesellschaftlich dominante Gruppen unter dem Label der Prävention häufig versucht haben, ihre Vorstellungen und Idealbilder von Lebensgestaltung beziehungsweise Gesundheitsverhalten auf die Gesamtbevölkerung, vor allem aber auf sozial weniger gut Gestellte zu übertragen, ohne dabei die zum Teil sehr grossen Unterschiede der materiellen, sozialen und psychischen Verhaltenbedingungen zu berücksichtigen.“ Diese Problematik kann an dieser Stelle aber nicht weiter vertieft werden.

Diese befinden sich vor allem auf der Ebene der *Primärprävention*, und dabei handelt es sich vor allem um Massnahmen, die das individuelle Verhalten im Sinne einer besseren Gesundheit zu beeinflussen suchen (*Verhaltensprävention*).¹⁰¹ Forderungen nach mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, die diese Einschränkungen nicht hinreichend berücksichtigen, zielen an den Handlungsspielräumen und Möglichkeiten der Versicherten vorbei.

1.3.2 Eigenverantwortung fordern mittels monetärer Anreize

Preise für Güter und Dienstleistungen sind in modernen, ausdifferenzierten Gesellschaften elementar für die Regulierung von Angebot und Nachfrage. Sie sind Anreize (in der ökonomischen Fachsprache sogenannte „Incentives“), für eine mehr oder weniger starke Nachfrage von Gütern und Dienstleistungen. Dieser grundlegende Zusammenhang gilt zunächst auch im Bereich des Gesundheitswesens. Aufgrund der konkreten Ausgestaltung im Rahmen der OKV sind die meisten Preise nicht (bloss) Ergebnis von Angebot und Nachfrage, sondern auch von politischen Vorgaben wie Kopfprämien, Mindestfranchise, Leistungsumfang, begrenzten Wahlmöglichkeiten, Versicherungsobligatorium, Belastungsobergrenzen etc. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Preisanreize in Bezug auf Angebot und Nachfrage im ökonomischen Sinne verzerrend wirken und deshalb zu einer erhöhten, selten wohl zu einer verminderten Nachfrage führen können. Diese sogenannten „Trittbrettfahrer-“ bzw. moral hazard-Phänomene führen dazu, dass Güter und Dienstleistungen im gegebenen Umfang nur deshalb nachgefragt werden, weil die zusätzliche Kostenbelastung für die einzelnen Versicherten gering oder gleich null ist. Ökonomisch gesprochen ist dann der Grenznutzen, der sich aus dem Konsum der letzten Einheit eines Gutes oder einer Dienstleistung ergibt, viel geringer als die tatsächlich entstehenden Grenzkosten. Da die Kosten aber nicht oder nur zum Teil von denen, die das Gut oder die Dienstleistung „konsumieren“, zu tragen sind, wird es dennoch nachgefragt. Dies ist ein ernst zu nehmender Einwand, der besonderes von solchen Kritikern des bestehenden Gesundheitswesens vorgebracht wird, die deut-

¹⁰¹ Selbstverständlich soll damit nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass Menschen nicht auch verantwortlich wären für die Verhältnisse in denen sie leben und arbeiten. Eine Änderung der Verhältnisse lässt sich aber nicht trennscharf von einem konkreten Verhalten unterscheiden, weil dabei immer auch eine individuelle Verhaltensänderung eine Rolle spielt. Zum Beispiel bringt die Entscheidung, aus gesundheitlichen Gründen den Beruf zu wechseln (falls möglich), auch zum Ausdruck, dass jemand nicht mehr gewillt ist, die Situation so hinzunehmen und sein bisheriges Verhalten, nämlich die Umgebungsbedingungen des Arbeitens nolens volens zu akzeptieren, ändert. Deshalb soll es hier genügen, staatliche Vorgaben im Sinne von Grenzwertvorschriften, Verboten und anderen gesetzlichen Regelungen als Verhältnisprävention zu verstehen.

lich mehr nachfragewirksame Preisanreize wollen.¹⁰² Zur Begründung schreiben Werner Widmer et al.:

„Die Erfahrung zeigt, dass kaum jemand finanziellen Anreizen gegenüber immun ist. Es ist deshalb vernünftig und wünschenswert, die Anreize im Gesundheitswesen so zu gestalten, dass sie Entscheidungen unterstützen, die in der konkreten Situation das Beste für den einzelnen Patienten bewirken. Umgekehrt ist es natürlich unvernünftig, Anreize aufrecht zu erhalten, die diesem Ziel zuwiderlaufen.“¹⁰³

Und solche „falschen“ oder fehlenden Anreize gibt es laut Werner Widmer et al. im Schweizer Gesundheitswesen zur Genüge:

„Der Patient wird in unserem Gesundheitswesen ökonomisch bevormundet: Obwohl die allermeisten Menschen in der Schweiz in der Lage wären, pro Jahr mehr als 2500 Franken für Gesundheitsleistungen zu bezahlen, werden sie vom Bundesrat per Verordnung gezwungen, sich Ausgaben, die diesen Betrag übersteigen, von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlen zu lassen.

Es fehlen finanzielle Anreize, darauf zu verzichten, mit den gleichen Beschwerden mehrere Ärzte aufzusuchen, ohne dass diese das Wissen und die Behandlungen koordinieren könnten.

Die Patientenrolle beinhaltet finanzielle Anreize, möglichst alle denkbaren Untersuchungen und Behandlungen zu fordern, bzw. zu akzeptieren. Es ist deshalb müssig, an die *Selbstverantwortung* [Hervorhebung eingefügt, WB] der Patientin zu appellieren oder ihr den Verzicht auf eine medizinische Leistung mit zweifelhaften Erfolgsaussichten nahe zu legen, solange diese Leistung sowieso von der Krankenversicherung bezahlt wird.“¹⁰⁴

Die Vorschläge für ein Ende der „ökonomischen Bevormundung“ im Gesundheitswesen sind zahlreich. Viele davon zielen auf eine grössere Wahlfreiheit der Versicherten im Gesundheitswesen. Die Kehrseite dieser Medaille ist ein höheres Kostenrisiko für die Versicherten im Krankheitsfall. Wahlfreiheit und Kostenverantwortung gehören also wesentlich zusammen. Besonders deutlich wird dies bei den Vorschlägen von Werner Widmer et al. Sie unterscheiden dabei „Selbstverantwortung“ von „Eigenverantwortung“. Erstere wird dabei als Verantwortung verstanden, über die das Individuum auch ohne finanzielle Anreize verfügen sollte, gewissermassen als individuelle moralische Ressource. Dieses Ver-

¹⁰² Vgl. aktuell für das Schweizer Gesundheitswesen Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität.

¹⁰³ DERS. et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, S. 35f.

¹⁰⁴ DERS. et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, S. 55f.

ständnis von Verantwortung finden sie für Austausch- und Koordinationsprozesse in modernen Gesellschaften für unangemessen. „Eigenverantwortung“ hingegen verstehen sie im Sinn finanzieller Anreize,¹⁰⁵ die nicht die unterschiedliche individuellen moralischen Ressourcen der Selbstverantwortung in den Mittelpunkt stellen. Eigenverantwortung kann dabei in unterschiedlichen Abstufungen realisiert werden.

Im Allgemeinen reichen solche Reformvorschläge von mehr Entscheidungsspielräumen innerhalb des bestehenden Systems bis hin zu einem Systemwechsel, bei dem die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen weitgehend frei wären und auf der Basis privatrechtlicher Verträge ihre Interessen wahrnehmen könnten. Dies käme für die Bürgerinnen und Bürger einer Abschaffung des Versicherungsobligatoriums gleich mit weitgehender Wahlfreiheit, sprich Eigenverantwortung hinsichtlich Versicherungsumfang, Leistungserbringer und entsprechenden Risikoprämien. Nachfolgend werden deshalb die unterschiedlichen Formen und Instrumente monetärer Anreizstrukturen, die auf die Eigenverantwortung der Versicherten abzielen, vorgestellt, um sie anschliessend mit den konkreten Vorschlägen der politischen Parteien in der Schweiz zu vergleichen.

1.3.2.1 Formen monetärer Anreize

Vorausschickend ist darauf hinzuweisen, dass der Versuch, mit monetären Anreizen auf das Nachfrageverhalten der Versicherten Einfluss zu nehmen, voraussetzt, dass die Nachfrage nach Gesundheitsgütern preiselastisch ist. Dies ist dann der Fall, wenn die Versicherten mit ihrer Nachfrage auf monetäre Anreize reagieren. Im Gesundheitswesen ist diese Voraussetzung nicht zwingend gegeben. Einerseits haben die Versicherten bei zahlreichen Erkrankungen aufgrund der Informationsasymmetrie¹⁰⁶ und ihrer vulnerablen Situation gegenüber dem medizinischen Fachpersonal faktisch oft nur einen geringen Entscheidungsspielraum. Gemäss der Prinzipal-Agent-Theorie¹⁰⁷ ist es nämlich das medizinische Fachpersonal, das bezogen auf die Krankheit besser informiert ist und deshalb faktisch mehr Entscheidungsbefugnisse besitzt als die Versicherten. Andererseits ist das Gut Gesundheit im Ernstfall ein so hohes Gut, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen preisunelastisch werden kann, d. h. die Nachfrage durch die Betroffenen wäre weitgehend unabhängig von den Kos-

¹⁰⁵ Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, S. 55.

¹⁰⁶ Dieser Aspekt wird in Kap. 7 detaillierter behandelt.

¹⁰⁷ Vgl. Mark EBERS, Winfried GOTSCH (2002): Institutionenökonomische Theorien der Organisation, S. 199-251.

ten.¹⁰⁸ Die Forderungen nach mehr monetären Anreizen im Gesundheitswesen haben unterschiedliche Reichweiten hinsichtlich der Kostenverantwortung. Um dafür einen Überblick zu bekommen, werden nachfolgend mehrere Kriterien genannt, anhand derer eine Unterscheidung möglich ist.

1.3.2.1.1 Ergänzungen zum bestehenden System und Systemveränderungen

Die monetären Anreize zu mehr Eigenverantwortung lassen sich zunächst in solche unterscheiden, die im Rahmen des bestehenden Systems neue Anreize schaffen wollen, also *systemkonform* sind, und solchen, die die Grundstrukturen des bestehenden Systems in Frage stellen. Systemkonforme Vorschläge wollen im Wesentlichen die bestehenden Anreize verstärken, wie beispielsweise höhere Franchisen oder Selbstbehalte sowie eine Einschränkung des Leistungskatalogs. Weitergehende Vorschläge verändern das bestehende System einer solidarischen Pflichtversicherung, weil mit ihnen Anreize geschaffen werden sollen, die im Rahmen des bestehenden Systems nicht möglich sind. Zu diesen zählen beispielsweise die Abkehr von Kopf- hin zu Risikoprämien, die Aufgabe des Obligatoriums und die freie Wahl des Leistungsumfangs.

1.3.2.1.2 Direkte und indirekte monetäre Anreize

Monetäre Anreize lassen sich ausserdem unterscheiden in *direkte* und *indirekte* Formen. Direkte Formen setzen unmittelbar bei der bezogenen Leistung an. Der Bezug von Leistungen löst in solchen Fällen höhere Selbstbehalte oder Zuzahlungen aus. Indirekte monetäre Anreize entstehen dann, wenn der Umfang der versicherten Leistungen eingeschränkt wird. Wollen die Versicherten weiterhin denselben Leistungsumfang versichert haben, müssen sie zusätzlich eine freiwillige, privatrechtliche Versicherung abschliessen, was die Kosten für die Krankenversicherung indirekt erhöht.

1.3.2.1.3 Absolute und prozentuale monetäre Anreize - Selbstbeteiligungen

Monetäre Anreize zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten orientieren sich in vielen Fällen an den effektiv verursachten Leistungsaufwendungen. Dabei kann zwischen einer *prozentualen* und einer *absoluten* Selbstbeteiligung unterschieden werden. Die Anreizwirkungen sind dabei unterschiedlich. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass unter allokativen

¹⁰⁸ Näheres bei Hermann RIBHEGGE (2004): Sozialpolitik, S. 234ff. Grundlegende Überlegungen aus Sicht der Gesundheitsökonomie zu den Anreizwirkungen verschiedener Typen von Krankenversicherungsverträgen finden sich bei Friedrich BREYER, Peter ZWEIFEL (1997): Gesundheitsökonomie, S. 188ff.

Gesichtspunkten Selbstbeteiligungen nur wirksam sind, wenn eine elastische Nachfrage vorliegt.

Eine absolute Selbstbeteiligung stellt eine Zuzahlung pro bezogene Leistungseinheit dar. Die allokativen Effekte einer absoluten Selbstbeteiligung sind weniger effektiv als bei einer prozentualen, denn bei Preisen von Leistungen über der Zuzahlung wird die Nachfrage der Versicherten wieder unelastisch. D. h. wenn der Preis der Leistung höher ist als die Zuzahlung, existieren für die Versicherten keine weiteren Anreize, die Nachfrage zu reduzieren (unelastische Nachfrage).

Bei einer prozentualen Selbstbeteiligung sind die Versicherten bei für die Versicherung anfallenden Leistungsaufwendungen nach einem festen Prozentsatz beteiligt. Im Unterschied zur vollständigen Kostenübernahme durch die Versicherung werden die Versicherten nach der reinen ökonomischen Theorie ihre Nachfrage entsprechend reduzieren.¹⁰⁹

1.3.2.2 Instrumente monetärer Anreize

Die nachfolgende Nennung von Anreizinstrumenten zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten bezieht sich auf die Situation im Schweizer Gesundheitswesen. Die einzelnen Instrumente spiegeln insbesondere auch die konkreten Vorschläge in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung wider.

1.3.2.2.1 Selbstbeteiligungen – Franchisen und Selbstbehalt

Im Rahmen der OKV setzen sich die Selbstbeteiligungen der Versicherten gemäss Art. 64 KVG aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und einem Selbstbehalt¹¹⁰ zusammen.

1.3.2.2.1.1 Franchisen¹¹¹

Die ordentliche und die Wahlfranchisen stellen eine *absolute Selbstbeteiligung* dar, die bezogen ist auf die Leistungen, die innerhalb eines Jahres nachgefragt werden. Leistungen, deren Kosten unterhalb der Franchise liegen, werden von der Versicherung also nicht vergütet. Theoretisch wird die Nachfrage der Versicherten, wenn sie die Höhe der Franchisen

¹⁰⁹ Diese rein ökonomische Analyse gilt ausschliesslich *ceteris paribus*. Abgrenzungsschwierigkeiten, Wechselwirkungen mit anderen Krankheiten und allfällige soziale Kosten, die daraus entstehen können, sind dabei unberücksichtigt.

¹¹⁰ Der Selbstbehalt umfasst 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten.

¹¹¹ Informationen zu den gesetzlichen Grundlagen und zur konkreten Ausgestaltung der OKV finden sich unter Kap. 2.

übersteigt, *preisunelastisch*. Damit entfallen bei Überschreiten der Franchise Anreize zu kostenbewusster Nachfrage, und Forderungen nach mehr Eigenverantwortung sind nicht mehr durch entsprechende Anreize unterstützt.

Die Möglichkeit, zum Jahresende von einer hohen Wahlfranchise zu einer niedrigeren beziehungsweise zur ordentlichen zu wechseln, begünstigt ausserdem die gesunden Versicherten. Ihre aufgrund ihrer Gesundheit niedrige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erlaubt es ihnen, eine hohe Wahlfranchise mit entsprechend geringeren Prämientarifen zu wählen. Ist absehbar, dass Gesundheitsleistungen in näherer Zeit nachgefragt werden, so kann zum Jahresende in eine für die Versicherten günstigere Versicherungsvariante mit niedrigerer Franchise gewechselt werden. Daraus ergeben sich Anreize für Vorteilsoptimierung (Selbstselektion). Die durch die Franchisen beabsichtigte Senkung der Nachfrage betrifft deshalb nur die Inanspruchnahme von Leistungen unterhalb der Franchise. Durch die Möglichkeit der Vorteilsoptimierung wird dieses Instrument in seiner allokativen Funktion jedoch tendenziell geschwächt.¹¹²

1.3.2.2.1.2 Selbstbehalt

Der im KVG festgelegte Selbstbehalt entspricht einer *prozentualen Selbstbeteiligung* und stellt deshalb unterhalb des Höchstbetrags theoretisch einen allokativen Anreiz zu eigenverantwortlichen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen dar. Ergänzend zur ordentlichen Franchise von 300 CHF sind Leistungen zwischen 300 und 7300 CHF mit 10 Prozent Selbstbehalt belastet. Leistungen, die den Betrag 7300 CHF übersteigen, werden von der Versicherung vollumfänglich getragen, so dass in diesem Bereich wieder von einer *preisunelastischen* Nachfrage auszugehen ist.

1.3.2.2.2 Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts

Fixe Beiträge an die Kosten eines Spitalaufenthalts entsprechen einer *absoluten Selbstbeteiligung*. Da sie ohnehin nur von Personen entrichtet werden müssen, die nicht in einer familienrechtlichen Beziehung leben, ist die Bedeutung für eine Kosteneinsparung von geringer Bedeutung.¹¹³ Hinsichtlich der Eigenverantwortung der Versicherten besteht deshalb nur

¹¹² Vgl. Friedrich BREYER, Peter ZWEIFEL (1997): Gesundheitsökonomie, S. 188ff.

¹¹³ Vgl. KVV, Art. 103-105. Gestützt auf Artikel 64 Abs. 5 KVG hat der Bundesrat den Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts auf täglich 10 CHF festgelegt und folgende Ausnahmen formuliert:

- a. Versicherte, welche mit einer oder mehreren Personen, mit denen sie in einer familienrechtlichen Beziehung stehen, in gemeinsamem Haushalt leben;
- b. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft;

eine geringe allokativer Wirkung. Da Spitalaufenthalte normalerweise nur nach ärztlicher Anweisung vorgenommen werden, dürfte der Anreiz vor allem darin bestehen, das Spital möglichst früh wieder zu verlassen.

1.3.2.2.3 Selbstbehalte bei Medikamentenbezug

Seit dem 1. Januar 2006 ist der Selbstbehalt für Originalpräparate, von denen ein Generikum erhältlich ist, von 10 Prozent auf 20 Prozent erhöht worden unter der Voraussetzung, dass kein medizinischer Grund dagegen spricht und das Originalpräparat teurer ist. Damit handelt es sich um einen *prozentual differenzierten Selbstbehalt*, der einen Anreiz schafft, bei gleichwertigen Produkten das preisgünstigere Generikum zu wählen. Mit dieser Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung sollen Kosten zu Gunsten der Grundversicherung gespart und die Abgabe von Generika gefördert werden.¹¹⁴

Die bisher genannten monetären Anreize in Form von Selbstbeteiligungen der Versicherten sind Teil des bereits bestehenden Systems der OKV.

1.3.2.2.4 Arzt-Erstkonsultationspauschale¹¹⁵

Eine Arzt-Erstkonsultationspauschale gibt es im Rahmen der OKV bisher nicht, sie wurde aber u. a. von der CVP vorgebracht. Dabei sind unterschiedliche Varianten denkbar, zum Beispiel pro Zeiteinheit (Jahr, Halbjahr, Quartal, Monat), pro Krankheitsfall oder bei jeder Konsultation bei einem neuen Arzt.¹¹⁶

Unabhängig von der Höhe der Pauschale und der konkreten Ausgestaltung handelt es sich hier um eine *absolute Kostenbeteiligung* in der Wirkung ähnlich der Franchise. Bei Kosten über der Pauschale ist die Nachfrageelastizität deshalb theoretisch gleich Null. Ein allokativer Effekt könnte vor allem darin bestehen, dass sich die Versicherten wegen der zusätzlichen Kostenbeteiligung grundsätzlich fragen, ob ein Arztbesuch notwendig ist. Ein solcher

c. Versicherte nach Artikel 103 Absatz 6 KVV.

¹¹⁴ Diese Regelung gilt, wenn der Preis eines Generikums mindestens 20 Prozent günstiger ist als derjenige des Originalpräparates. Ansonsten bleibt der Selbstbehalt für das Originalpräparat bei 10 Prozent bestehen. Vgl. Art. 38a KLV.

¹¹⁵ So lautet ein Vorschlag der CVP zur Reform der OKV (Stand Mai 2009).

¹¹⁶ Mit Datum vom 06.05.2009 war in der Presse zu lesen, dass der Bundesrat die dringlichen Massnahmen gegen den Anstieg bei den Krankenkassenprämien von Bundesrat Couchepin unterstützt. Dazu gehört auch eine Praxisgebühr von 30 CHF für die ersten sechs Arzt- und Ambulatoriumsbesuche. Vgl. http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/couchepin_gesundheitswesen_schweiz_krankenkassen_1.2511896.html. Dieser Vorschlag von Bundesrat Couchepin wird jedoch von der CVP, die den Vorschlag einer Arzt-Erstkonsultationspauschale vorbrachte, laut Medieninformationen abgelehnt, NZZ am Sonntag, 10. Mai 2009, S. 9.

Anreiz zum eigenverantwortlichen Umgang mit einem Arztbesuch dürfte wesentlich von der Höhe der Pauschale abhängen. Beträgt die Pauschale nur wenige Franken, ist der allokativer Effekt entsprechend gering. Je höher allerdings die Pauschale ist, desto mehr steigt auch die Gefahr, dass notwendige, beziehungsweise sinnvolle Arztbesuche unterbleiben. Kurzfristig kann dies einen positiven Effekt auf die Kostenentwicklung in der OKV haben, mittel- bis langfristig allerdings könnten die Kosten aufgrund von daraus resultierenden schwerwiegenderen Erkrankungen wieder steigen.¹¹⁷

1.3.2.2.5 Einschränkung des Pflichtleistungskatalogs

Eine Einschränkung des Leistungskatalogs im Rahmen der OKV würde dazu führen, dass bestimmte Gesundheitsleistungen nicht mehr durch die Versicherungen des KVG abgedeckt wären.¹¹⁸ Die Versicherten könnten dann entsprechende private Zusatzversicherungen abschliessen, die ihre monatlichen Gesundheitsausgaben erhöhen. Tun sie dies nicht, steigen bei der Nachfrage solcher Leistungen ihre out-of-pocket-Zahlungen.

In der Wirkung stellen Einschränkungen des Leistungskatalogs eine Erhöhung der Selbstbeteiligung der Versicherten dar. Entscheiden sich diese für eine zusätzliche private Absicherung, entstehen monatliche Fixkosten, die ohne Selbstbehalt theoretisch eine preisunelastische Nachfrage dieser Güter zur Folge haben würde – allerdings nicht zu Lasten der OKV. Wird keine Versicherung abgeschlossen, müssen die Kosten solcher Leistungen von den Versicherten vollumfänglich getragen werden.

Die bisher genannten Instrumente können alle innerhalb des bestehenden Systems angewandt werden. Risikogerechte Prämien und die Vertragsfreiheit hingegen stellen einen Bruch mit dem bisherigen System eines sozialen Gesundheitswesens dar, weil damit Kernelemente des bestehenden Systems, wie eine solidarische Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten sowie Männern und Frauen, aufgegeben würden.

¹¹⁷ Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang auch soziale Aspekte: Die Allokationswirkung dürfte bei unteren Einkommensklassen deutlich höher sein, weil ihre Ausgaben für die Gesundheit stärker konkurrieren mit Ausgaben für andere Dinge. Das Solidarziel des KVG würde bei einer entsprechend hohen Pauschale damit unterlaufen.

¹¹⁸ 2005 hatte der damalige Gesundheitsminister Pascal Couchepin 5 komplementärmedizinische Therapien aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen. Im Mai 2009 wurde zu dieser Frage eine Volksabstimmung durchgeführt. Seither sind Bund und Kantone verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin zu sorgen.

1.3.2.2.6 Risikogerechte Prämien und Vertragsfreiheit

Die Einführung risikogerechter Prämien, der materiellen Vertragsfreiheit und somit die Abschaffung von Pflichtleistungen setzen unmittelbar bei den einzelnen Versicherten an. Je nach Risiko erhalten diese dadurch unterschiedliche Anreize, Leistungen des Gesundheitswesens nachzufragen und mit ihrer Gesundheit sorgfältig umzugehen. Ein Gesundheitswesen mit derartigen Elementen stellt vor allem auf die Freiheit der Individuen ab. Es liegt ganz in ihrer eigenen Verantwortung, wie und in welchem Umfang sie ihre gesundheitlichen Risiken absichern wollen. Ein solcher Reformvorschlag hätte weitreichende Folgen, weil auch das Versicherungsobligatorium und der festgelegte Umfang der Versicherungsleistungen entfielen. Werner Widmer et al. beispielsweise plädieren für eine solche Reform, bei der die „persönliche Verantwortung des Einzelnen“¹¹⁹ durch risikogerechte Prämien verstärkt wird. Ihre Vorschläge zu einer weitgehenden Reform des Gesundheitswesens begründen sie vor allem mit folgender Überlegung:

„Je mehr der Patient die ärztliche Leistung selber bezahlen muss, desto mehr wird er Preis-Leistungs-Überlegungen anstellen und bei hohen Preisen vielleicht eine Zweitmeinung einholen, in jedem Fall aber nur Leistungen nachfragen, die ihm den Preis wert sind.“¹²⁰

Es liegt auf der Hand, dass bei einer solchen Regelung die monetären Anreize für eigenverantwortliche Entscheidungen in Gesundheitsfragen am stärksten sind, weil Kosten nicht überwältigt und moral hazard-Phänomene damit weitgehend¹²¹ ausgeschlossen werden können.

„Wer zahlt, befiehlt. Auf dieser Grundlage hat die einzelne Person genügend finanzielle Anreize, gesund zu leben, und genügend finanzielle Anreize, sich zu informieren, welche Leistungen für sie von welchen Leistungserbringern wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich angeboten werden. Es lohnt sich u. U. sogar, für Beratungsleistungen (z. B. präventive Ratschläge, Second Opinion), die unabhängig von Leistungserbringern angeboten werden, zu zahlen. Dieser Anreiz wird durch die risikogerechten Prämien verstärkt.“¹²²

Solche Reformvorschläge zielen darauf ab, den Gesundheitsmarkt wie andere Märkte auch zu behandeln. Die Bürger sollen über ihre Zahlungsbereitschaft exakt die Leistungen erhalten, die ihnen den Preis wert sind. Eigenheiten des Gesundheitsmarkts (Informationsasym-

¹¹⁹ Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, S. 112.

¹²⁰ DERS. et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, S. 56.

¹²¹ Unter der Annahme, dass bei risikogerechten Prämien zwischen den Versicherten und den Versicherern kein Informationsdefizit besteht.

¹²² Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, S. 112.

metrien, Gesundheit als konditionales Gut, Gesundheit als nicht exakter Begriff etc.) werden dabei ausgeblendet. Die Zahlungsbereitschaft der Bürger für Leistungen des Gesundheitswesens entscheidet darüber, was und in welcher Menge auf dem Gesundheitsmarkt gekauft wird. In diesem Sinne ist es offensichtlich, dass die Rede von mehr Eigenverantwortung allein die Kostenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger für Gesundheitsleistungen meint.¹²³ In Gesundheitsfragen sind damit die Versicherten in ähnlicher Weise auf sich allein gestellt, wie dies beispielsweise bei einem Autokauf der Fall ist.

1.4 Vorschläge der politischen Parteien der Schweiz zur Eigenverantwortung

Wie bisher dargelegt, kann die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten als ein Appell verstanden werden, der sich entweder an die *Gesundheitskompetenzen* oder an die *Zahlungsbereitschaft* der Versicherten richtet. Im ersten Fall sind vor allem Massnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung im Blick. Es wird dabei unterstellt, dass das Potential für eigenverantwortliches, gesundheitsförderliches Handeln in Gesundheitsfragen noch nicht ausgeschöpft ist und die Versicherten deshalb mittels Prävention und Gesundheitsförderung dazu befähigt werden müssen. Im zweiten Fall stehen finanzielle Anreize im Vordergrund. Die Versicherten tragen damit ein höheres Kostenrisiko. Eigenverantwortung wird in diesem Sinn verstanden als Zahlungsbereitschaft. Es ist zu vermuten, dass beide Massnahmenbündel je unterschiedlich für ein bestimmtes politisches Spektrum stehen. Von daher sollen nachfolgend die inhaltlichen Positionen der wichtigsten in der Schweiz vertretenen Parteien auf Bundesebene näher betrachtet werden.¹²⁴ Grundlage dieser Betrachtung sind die Parteiprogramme bzw. Grundsatzdokumente von CVP, FDP, Grüne, SP und SVP.¹²⁵ Die Beschränkung auf solche Grundlagenpapiere ermöglicht es, die zentralen gesundheitspolitischen Eckpunkte zur Eigenverantwortung bei den wichtigsten politischen Strömungen der Schweiz herauszuarbeiten. Man verliert sich ausserdem nicht in den komplexen Detailfragen zur Reform des Gesundheitswesens, weil auch die Partei- und Grundsatzprogramme in einer gewissen Detailunschärfe bleiben müssen, sonst wären sie

¹²³ Vgl. Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Die soziale Verantwortung des Staates soll durch eine Subjektsubventionierung via Vouchers bei höheren Risiken gewährleistet werden (S. 105-107).

¹²⁴ Die Beschränkung auf die Schweiz entspricht einerseits der Gesamtanlage dieser Arbeit und vermeidet andererseits Probleme der Vergleichbarkeit. Würden parteipolitische Vorschläge aus anderen Ländern noch hinzugezogen, müssten dann auch die unterschiedlichen Ausgangs- und Rahmenbedingungen der jeweiligen Gesundheitssysteme mit einbezogen werden.

¹²⁵ Die Bürgerlich-Demokratische Partei BDP wurde erst am 1. November 2008 als Abspaltung von der SVP gegründet. Die Grün-Liberale Partei Schweiz und die Evangelische Volkspartei bilden zusammen mit der CVP im Parlament eine Fraktion. Deshalb bleiben diese Parteien bei dieser Untersuchung unberücksichtigt.

keine Grundsatzdokumente mehr.¹²⁶ Darüber hinaus ermöglicht diese Beschränkung auch eine Vergleichbarkeit der einzelnen Dokumente. Was dabei im Rahmen dieser Grundsätze zum Thema Eigenverantwortung der Versicherten gesagt wird und was nicht, soll nachfolgend in alphabetischer Reihenfolge insbesondere auf die Aspekte Gesundheitskompetenzen und Zahlungsbereitschaft hin untersucht werden.

1.4.1 CVP und Eigenverantwortung

Die CVP stellt ihr Parteiprogramm aus dem Jahr 2004 unter das Motto „Eigenverantwortung und Solidarität“.¹²⁷ Unter dem Stichwort „Charta für eine liberal-soziale Schweiz: eine freie und solidarische Gemeinschaft“ wird unter Punkt 2 „Freiheit und Verantwortung“ ausgeführt:

„Zur Freiheit gehört auch die Verantwortung sich selbst und anderen gegenüber. Damit jeder Mensch in Freiheit und Verantwortung handeln kann, streben wir Chancengleichheit an.“¹²⁸

Unter Punkt 3 „Soziale Sicherheit“ heisst es weiter:

„Fehlende Eigenverantwortung und fehlender Leistungswille dürfen aber keinen Anspruch auf staatliche Hilfe zur Folge haben.“¹²⁹

Auf der Basis dieser grundlegenden Positionierung ist für die CVP im Gesundheitswesen das oberste Ziel die Stabilisierung der Gesundheitskosten. Dafür sollen mehr Anreize für Eigenverantwortung¹³⁰ und faire Wettbewerbsregeln auch im Gesundheitswesen geschaffen werden.¹³¹ Zur Stabilisierung der Kosten nennt die CVP folgenden Punkt:

„Wir unterstützen die Prävention und Gesundheitsförderung. Die Eigenverantwortung der Versicherten sowie ihre Sensibilisierung für die Gesundheitsförderung müssen gestärkt werden (Empowerment).“¹³²

Die Delegiertenversammlung der CVP vom 22. Oktober 2005 hat ausserdem einen Leitfa- den für die Grundsatzdiskussion in der Gesundheitspolitik verabschiedet, darin enthalten ist ein 20-Punkte-Programm. Abgesehen davon, dass das Szenario „Stabile Prämien bis 2010“ inzwischen aufgrund der bereits stattgefundenen Entwicklung bei den Gesundheitskosten

¹²⁶ Aktuelle inhaltliche Ergänzungen zu diesen Grundsatzprogrammen im Hinblick auf die Frage der Eigenverantwortung werden im Text an passender Stelle aufgenommen.

¹²⁷ Vgl. Parteiprogramm der CVP Schweiz. Verabschiedet durch den Parteikongress der CVP Schweiz am 18. September 2004, http://www.cvp.ch/fileadmin/Bund_DE/downloads/partei/Parteiprogramm-dt11.pdf (Stand August 2010).

¹²⁸ CVP (2004): Parteiprogramm, S. 6.

¹²⁹ CVP (2004): Parteiprogramm, S. 8.

¹³⁰ Vgl. CVP (2004): Parteiprogramm, S. 12.

¹³¹ Vgl. CVP (2004): Parteiprogramm, S. 14, 20.

¹³² CVP (2004): Parteiprogramm, S. 20.

und der Prämienentwicklung hinfällig ist, sind die darin enthaltenen ersten sechs Punkte zur Eigenverantwortung in unserem Zusammenhang von Interesse:

„a.) Versicherte und Versicherungen:

Patienten: Mit mehr Eigenverantwortung Prämien senken

Heute „rentiert“ für die Betroffenen Prävention, Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein zu wenig: Weil alles versichert ist, kommt es zu vielen Arztbesuchen oder teuren Behandlungen, die medizinisch nicht notwendig sind. Es braucht mehr Anreize zu kostenbewusstem Verhalten der Prämienzahlenden.

1. Wir wollen ein Szenario »stabile Prämien bis 2010«: Der Bundesrat soll aufzeigen, wie hoch eine generelle Erhöhung der Franchise sein müsste, damit die Prämien für die Grundversicherung bis 2010 ein Haushaltseinkommen nicht zusätzlich belasten. Parallel zu einem solchen Szenario müssten flankierende Massnahmen für Härtefälle, Familien und Kinder vorgesehen werden.

2. Das Szenario »stabile Prämien bis 2010« zeigt auf, welchen Beitrag eine »Arzt-Erstkonsultationspauschale« leisten kann und wie hoch diese sein müsste. Eine solche Pauschale könnte helfen, dass Bagatellfälle und leichte Befindlichkeitsstörungen (inkl. Medikamente) vermehrt in der Eigenverantwortung der Patienten liegen.

3. Im Szenario »stabile Prämien bis 2010« ist auch die Kombination der Massnahmen 1 und 2 vorzusehen: Welche Massnahme kann wie viel zum Prämienentlastungseffekt beitragen. Dabei soll auch die Option «Nullprämie für Kinder» berechnet werden.

4. Die Administration des Prämienverbilligungssystems verschlingt Millionen. Dieses Geld fehlt in den Taschen der Versicherten. Wir wollen eine Vereinfachung mit grösserem Effekt.

5. Die Einführung der Gesundheitskarte ist dringlich: Wenn die Informationen zur Krankheitsgeschichte eines Patienten verfügbar sind, werden Kosten eingespart (z. B. Hinweise zum letzten Spitalaufenthalt, Allergien, Name des Hausarztes, etc.; überflüssige Abklärungen können verhindert werden). Zweit- und Mehrfachuntersuchungen – insbesondere Laboruntersuchungen oder Röntgenbilder – sollen von den Krankenkassen nur noch bezahlt werden, wenn eine zusätzliche Diagnose vorliegt bzw. ein weiterer Untersuchung angezeigt ist.

6. Wer konsequent Generika konsumiert, soll einen tieferen Selbstbehalt bezahlen müssen.¹³³

¹³³ CVP (2005): Stabile Prämien bis 2010.

Kosten- und Prämienanstiege im Gesundheitswesen stehen für die CVP im Mittelpunkt ihres Interesses. Ihre Lösungsvorschläge sollen helfen, vor allem den weiteren Prämienanstieg zu stoppen. Ohne das Ziel der Chancengleichheit aufzugeben, fordert sie mehr Eigenverantwortung der Versicherten. Diese soll dazu beitragen, die Prämien stabil zu halten bzw. sie zu senken. Durch mehr Prävention und Gesundheitsförderung soll die gesundheitliche Verfassung der Bevölkerung verbessert werden, um auch so einen positiven Kosteneffekt zu erzielen. Die Stichworte Gesundheitsförderung und Prävention werden allerdings nicht näher ausgeführt.

Die CVP versteht Eigenverantwortung primär im Sinn einer Kostenverantwortung der Versicherten.¹³⁴ Die entsprechenden Vorschläge sind überwiegend monetärer Art: Erhöhung der Franchise, Arzt-Erstkonsultationspauschale und tieferer Selbstbehalt bei Generika-konsum. Das Eigenverantwortungskonzept der CVP setzt also weitgehend auf der Kosten-seite an. Sie unterstellt damit, dass die Versicherten in Gesundheitsfragen bisher zu wenig eigenverantwortlich gehandelt haben. Die darin begründeten zu hohen Gesundheitsausgaben sollen durch eine entsprechend geringere Nachfrage nach Gesundheitsleistungen reduziert werden. Die Entscheidung, welche Gesundheitsleistungen im Einzelfall nachgefragt werden, sollen verstärkt die Versicherten treffen. Durch eine höhere Kostenverantwortung sollen diese die Gesundheitsleistungen nachfragen, die ihnen die Kosten auch wert sind. Ergänzend dazu sollen Prävention und Gesundheitsförderung helfen, die Prämien im Gesundheitswesen stabil zu halten.

Die Vorschläge der CVP bewegen sich damit im Rahmen des bestehenden Systems, sie will an der OKV festhalten, eine Aufhebung des Obligatoriums, die Einführung von Risikoprämien oder freie Wahl des Prämienumfangs sind für sie kein Thema. Ebenfalls kein Thema im Rahmen dieser grundlegenden Positionen sind Prämienzuschläge, Versicherungsaus-schlüsse oder höhere Selbstbehalte bei sogenannten Risikosportarten oder riskanten Lebensstilen, wie sie beispielsweise mit dem Konsum von Suchtmitteln und Übergewicht ins Gespräch gebracht wurden.¹³⁵

¹³⁴ Allerdings ist der Gebrauch dieses Begriffs nicht einheitlich, wenn die Rede davon ist, dass fehlende Eigenverantwortung und Leistungswille keinen Anspruch auf staatliche Hilfe zur Folge haben dürfen. In diesem Zusammenhang meint Eigenverantwortung wohl eher eine gesundheitsförderliche Lebensweise.

¹³⁵ Eine Umfrage des Beobachters aus dem Jahr 2006 ergab, dass 58% der Schweizer Bevölkerung dafür sind, dass Versicherte, die rauchen, Drogen konsumieren, stark übergewichtig sind und einen hohen Alkoholkonsum haben, höhere Krankenkassenprämien bezahlen sollen. Vgl. *Beobachter*, Ausg. 19 v. 13. Sept. 2006.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die CVP trotz Forderungen in Richtung Chancengleichheit, Gesundheitsförderung und Prävention bei ihren konkreten Vorschlägen den Schwerpunkt im Bereich monetärer Anreize setzt. Die monetären Anreize sollen die Eigenverantwortung fördern und die Prämien stabilisieren.

1.4.2 FDP und Eigenverantwortung

Im Parteiprogramm der FDP Schweiz „...stehen die Würde, die Individualität und die Freiheit der Menschen sowie deren *Verantwortung für sich selbst* [Hervorhebung eingefügt, WB] im Zentrum.“¹³⁶ Dementsprechend lautet das Motto im Bereich der Gesundheitspolitik „Eigenverantwortung stärken, Kosten senken.“¹³⁷ Kontrollierter Wettbewerb und die Förderung der Eigenverantwortung aller Beteiligten sollen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bremsen. In 11 Forderungspunkten präzisiert die FDP ihre Vorstellungen, unter anderem fordert sie (Auswahl):

- Die Erhöhung der Franchise und des Selbstbehalts für die Behandlung von geringfügigen Leiden (mit Obergrenze, um beispielsweise Chronischkranke nicht übermässig zu belasten). Dies trägt zur Stärkung des *Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung* [Hervorhebung eingefügt, WB] der Versicherten bei.
- Hohe Wahlfranchisen sind mit entsprechenden Prämienrabatten zu belohnen.
- Fortführung der einkommensabhängigen Prämiensubventionierung für wirtschaftlich Schwächere. Diese schafft einen sozialen Ausgleich, damit insbesondere Familien mit Kindern nicht unverhältnismässig stark unter der Krankenkassenprämienbelastung leiden müssen.
- Die Förderung von Leistungserbringernetzwerken mit eigener Budgetverantwortung, da diese zur Qualitätssicherung, zur Kostenkontrolle sowie zur Förderung der *Eigenverantwortung* [Hervorhebung eingefügt, WB] von Leistungserbringern und Versicherten beitragen.
- [...]
- Regelmässige und transparente Information der Versicherten durch die Krankenversicherer (Jahresrechnung, Reserven).
- [...]
- Die Abgabe von Generika soll gefördert werden, deren Zwangsverschreibung wird abgelehnt.“¹³⁸

¹³⁶ FDP Schweiz (2006): FDP. Inhalte & Positionen, S. 5.

¹³⁷ FDP Schweiz (2006): FDP. Inhalte & Positionen, S. 15.

¹³⁸ FDP Schweiz (2006): FDP. Inhalte & Positionen, S. 15.

Bei der FDP stehen Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein ebenfalls im Zentrum. Die Forderungen konzentrieren sich vor allem darauf, die Eigenverantwortung auf allen Ebenen des Gesundheitswesens durch finanzielle Anreize zu erhöhen. Höhere Kostenbeteiligungen der Versicherten sollen zu mehr Eigenverantwortung und grösserem Kostenbewusstsein führen. Freiheit und Verantwortung für sich selbst werden betont. Damit beides von den Versicherten wahrgenommen werden kann, braucht es eine bessere, d.h. umfassendere Information. Das durch mehr Eigenverantwortung entstehende höhere Kostenrisiko für die Versicherten wird, insbesondere für wirtschaftlich Schwächere und Familien mit Kindern, nicht weiter thematisiert. Lediglich bei den Prämien soll eine unverhältnismässige Belastung dieser Gruppen durch die Fortführung der einkommensabhängigen Prämiensubventionierung vermieden werden. Mehr Wettbewerb und Kostenverantwortung sollen ausserdem unter den Leistungserbringern Qualitätssicherung, Kostenkontrolle und Eigenverantwortung fördern.

Mit diesen Vorschlägen bewegt sich auch die FDP innerhalb des bestehenden Systems einer obligatorischen und sozialen Krankenversicherung. Von den Versicherten wird ein verstärktes Kostenbewusstsein durch höhere Franchisen und Selbstbehalte gefordert, nicht aber eine freie Vertragsgestaltung.¹³⁹ Eigenverantwortung wird vor allem als Kostenverantwortung verstanden.¹⁴⁰ Die Einführung von Risikoprämien wird nicht gefordert. Ebenfalls nicht gefordert werden im Rahmen dieser grundlegenden Positionen Prämienzuschläge, Versicherungsausschlüsse oder höhere Selbstbehalte bei sogenannten Risikosportarten oder riskanten Lebensstilen. Die Freiheit des Einzelnen ist der FDP ein hohes Gut, so dass die Verschreibung von Generika nicht zwingend vorgeschrieben, die Abgabe jedoch gefördert werden soll. Zwischen den beiden gesellschaftlichen Polen Freiheit und solidarische Verantwortung tendiert sie deutlich mehr zu ersterem. Stichworte wie Chancengleichheit, Prävention und Gesundheitsförderung werden nicht genannt.

¹³⁹ Die dabei angeführte Einschränkung auf die Behandlung von geringfügigen Leiden wird nicht näher ausgeführt. Unklar ist, aufgrund welcher Kriterien eine Abgrenzung zu anderen Erkrankungen erfolgen soll.

¹⁴⁰ Vorschläge in Richtung Prävention und Empowerment bei den Versicherten werden keine gemacht.

1.4.3 Grüne und Eigenverantwortung

Die Grüne Partei der Schweiz (Grüne) nennt als zentrale Elemente einer grünen Gesundheitspolitik eine gute Versorgung, Solidarität, Prävention und Gesundheitsförderung.¹⁴¹ Sie bewertet die weitgehend sichergestellte Grundversorgung über die OKV als positive Leistung. Grossen Handlungsbedarf sieht sie bei den Punkten Solidarität, Prävention und Gesundheitsförderung.

„Der Gesundheitsförderung und der Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens der einzelnen Versicherten wird nach wie vor zu wenig Beachtung geschenkt.

Selbstverantwortung [Hervorhebung eingefügt, WB] kann aber nicht durch unsolidarische Finanzmodelle wie die Erhöhung der Franchise und des Selbstbehalts verstärkt werden. Sie muss vielmehr bei einer verstärkten Gesundheitsschulung und –beratung ansetzen.“¹⁴²

Die Grünen fordern, dass in der gesundheitspolitischen Diskussion soziale und arbeitsmedizinische Faktoren stärker berücksichtigt werden.¹⁴³ Zu den Stichworten Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wird ferner ausgeführt:

„Jeder und jede soll die Art der eigenen Lebensführung selbst bestimmen können. Dazu gehört auch die Methodenwahl bei der Gesundheitsversorgung. Wir sind uns bewusst, dass die meisten Menschen ohne ihr eigenes Zutun krank werden. Gleichwohl trägt jeder Mensch eine gewisse *Eigenverantwortung* [Hervorhebung eingefügt, WB] und kann einen Beitrag zur Gesundheit leisten.

- Die Versicherten sollen frei zwischen schulmedizinischen und alternativen/komplementärmedizinischen Methoden wählen können.
- Die soziale Krankenversicherung soll den Zugang zur Komplementärmedizin erweitern.
- Die *Eigenverantwortung* [Hervorhebung eingefügt, WB] für ein gesundheitsförderndes Verhalten soll mit Information, Prävention und einer Stärkung der Patientenrechte gefördert werden.
- Lenkungsabgaben auf gesundheitsschädigenden Konsumgütern sind, wo sinnvoll, anzustreben.“¹⁴⁴

¹⁴¹ Vgl. GRÜNE PARTEI SCHWEIZ (2003): Positionen der Grünen zur Gesundheitspolitik. Vom Vorstand der Grünen Schweiz verabschiedet am 5. April 2003.

http://www.gruene.ch/d/politik/pp/d_gesundheitspapier2.pdf.

¹⁴² GRÜNE PARTEI SCHWEIZ (2003): Positionen der Grünen zur Gesundheitspolitik, S.2.

¹⁴³ Vgl. GRÜNE PARTEI SCHWEIZ (2003): Positionen der Grünen zur Gesundheitspolitik, S.2.

¹⁴⁴ GRÜNE PARTEI SCHWEIZ (2003): Positionen der Grünen zur Gesundheitspolitik, S.3.

Explizit wird ausserdem darauf hingewiesen, dass „[z]ur Gesundheitsförderung ... auch die Sozial- und Wirtschaftspolitik“¹⁴⁵ gehören. Nur so könnten Risikofaktoren wie motorisierter Verkehr, ungesunde Ernährung, Rauchen, wenig Bewegung und ungesunde Wohnverhältnisse, die besonders bei sozial Benachteiligten verbreitet sind, angegangen werden.

Deshalb fordern die Grünen:

- „Den Vollzug der geltenden Umweltschutzgesetzgebung (Klima-, Lärm-, Gewässer-, Boden-, und Landschaftsschutz) zur Erhaltung einer gesunden Umwelt
- Die konsequente Förderung der Verkehrssicherheit
- Verbesserte Arbeitsbedingungen (Arbeitszeitmodelle und -verkürzung, Stressabbau, Ergonomie am Arbeitsplatz, Durchsetzung der Arbeitsschutzbestimmungen)
- Eine Flexibilisierung des Rentenalters
- Naturnahe Lebensmittelproduktion ohne Gentechnologie
- Mittel für Gesundheitsförderungsprogramme in Schulen und anderen öffentlichen Institutionen
- Aufwertung der Arbeitsmedizin in den Kantonen; Präventionskampagnen und verstärkte Kontrollen der Arbeitssicherheit am Arbeitsplatz
- Eine Abgabe auf gesundheitsschädigenden Konsumgütern, beispielsweise über eine Erhöhung der Tabaksteuer
- Ein Werbeverbot für Zigaretten und Alkohol
- Eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung bei Massnahmen in der Gesetzgebung (bei Verkehrsvorlagen, Grossinvestitionen etc.)“¹⁴⁶

Diese Liste von Forderungen für eine grüne Gesundheitspolitik zeigt, dass die Grünen die Frage der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in einem grösseren sozialgesellschaftlichen Kontext betrachten als dies die bisher untersuchten Parteien tun. Deshalb steht für sie das individuelle Nachfrageverhalten der Versicherten nicht im Vordergrund. Sie schauen in erster Linie auf deren Arbeits- und Lebensbedingungen, die einer besseren Gesundheit im Weg stehen. Die Frage der Eigenverantwortung der Versicherten betrachten sie vor allem aus dem Blickwinkel der Befähigung zur Eigenverantwortung. Stärkere monetäre Anreizsysteme lehnen sie ab, weil dadurch Eigenverantwortung behindert und die gesellschaftliche Solidarität geschwächt würden. Damit treten andere Forderungen und Lösungsvorschläge in den Vordergrund. Diese zielen primär auf eine Verhältnisprävention und auf Gesundheitsförderung als eine politische Querschnittsaufgabe. Das gesundheitsre-

¹⁴⁵ GRÜNE PARTEI SCHWEIZ (2003): Positionen der Grünen zur Gesundheitspolitik, S.3.

¹⁴⁶ GRÜNE PARTEI SCHWEIZ (2003): Positionen der Grünen zur Gesundheitspolitik.

levante Verhalten der Versicherten (Verhaltensprävention) soll über bessere Information und Gesundheitsförderungsprogramme positiv beeinflusst werden. Im Sinne der Grünen ist Eigenverantwortung keine schon vorhandene individuelle Ressource, die über monetäre Anreize freigesetzt werden könnte. Eigenverantwortung ist deshalb gerade nicht zu verstehen als Kostenverantwortung, sondern als komplexe Fähigkeit einer selbstbestimmten Lebensführung. Die bei den anderen Parteien vorgeschlagenen Mittel zur Stärkung der Eigenverantwortung wie höhere Franchisen und Selbstbehalte betrachten sie als nicht effektiv. Die gesundheitsförderliche Ressource Eigenverantwortung braucht hingegen mehr Information, Prävention und Unterstützung für ein gesundheitsförderliches Verhalten sowie die freie Wahl zwischen schul- und komplementärmedizinischen Therapiemethoden.

Mit ihren Forderungen setzen die Grünen primär auf eine starke Verantwortung des Staates für die Gesundheit der Bevölkerung. Er soll die für die Gesundheit relevanten Rahmenbedingungen so gestalten, dass die Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen der Versicherten ihrer Gesundheit zuträglich sind. Die Versicherten sollen hinreichend informiert sein, und Förderprogramme sollen für Gesundheitsfragen sensibilisieren, damit die Eigenverantwortung für die Gesundheit auf dieser Grundlage nicht an fehlender Information oder einer Überforderung der Versicherten scheitert. Dieses Verständnis von Eigenverantwortung zielt in eine andere Richtung, als dies rein finanzielle Anreize tun. Damit kommen die individuellen Fähigkeiten und Lebensumstände der Versicherten in den Blick. Die Grünen plädieren deshalb für Gesundheitsschulung und -beratung, die die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in Bezug auf die eigene Gesundheit fördern. Ihre Vorschläge zur Gesundheitspolitik sind stark vom Gedanken der Befähigung zu gesundheitsförderlichem Verhalten und der Verbesserung der Arbeits- und Lebensverhältnisse geprägt. Die einzelnen Versicherten sollen auf der Basis der Reduzierung von gesundheitsschädlichen Umgebungsfaktoren und der Verbesserung von Information und Schulung befähigt werden, eigenverantwortlich mit ihrer Gesundheit umzugehen. Explizit sprechen die Grünen auch die Benachteiligung unterer sozialer Schichten bei Gesundheitsvorsorge und bei Gesundheitsförderprogrammen an. Eine umfassende Gesundheitspolitik muss deshalb im Sinn der Grünen auch die Sozial- und Wirtschaftspolitik mit einbeziehen. Folglich setzt grüne Gesundheitspolitik einerseits auf eine starke Verantwortung des Staates, andererseits aber auch auf ein gestütztes, selbstverantwortliches Mitwirken der Versicherten.

Hingegen spielt die Sorge um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in den Grundlagenpapieren der Grünen verglichen mit den anderen Parteien kaum eine Rolle. Es ist zu vermuten, dass unausgesprochen einer wirksamen Gesundheitsförderung auch positive Auswirkungen auf die Kostenentwicklung unterstellt werden. Während für die anderen Parteien die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen den Ausgangspunkt für Reformüberlegungen darstellt und daraus die Forderung nach mehr Eigenverantwortung folgt, steht für die Grünen das Ziel einer besseren Gesundheit der Bevölkerung im Mittelpunkt. Die steigenden Kosten und die Prämienentwicklung im Gesundheitswesen stellen sie nicht an den Anfang ihrer Überlegungen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Grünen eine Erhöhung von Franchisen und Selbstbehalten aus Gründen der Solidarität ablehnen, ebenso eine Verstärkung anderer monetärer Anreizinstrumente, die den Versicherten ein höheres Kostenrisiko zumuten. Mit dieser Position unterscheiden sie sich deutlich von den Positionen der bisher untersuchten Parteien. Das Wahrnehmen von Eigenverantwortung verstehen sie in erster Linie als politischen Auftrag, die Versicherten zu selbstbewusstem und selbstverantwortlichem Handeln zu befähigen. Die dafür notwendigen Rahmenbedingungen, Aufklärungs- und Informationinstrumente müssen vom Staat geschaffen werden.¹⁴⁷

1.4.3 SP und Eigenverantwortung

Das aktuelle Parteiprogramm der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz wurde am 30./31. Oktober 2010 in Lausanne verabschiedet. Der Titel lautet: „Für eine sozial-ökologische Wirtschaftsdemokratie“. Die SP versteht dieses Programm als Antwort auf die tiefgreifenden Krisen in Finanz und Wirtschaft, die auf „menschenfeindlichen politischen Konzepten und einer Erosion von Werten“¹⁴⁸ beruht. Sie betont stattdessen die Werte Freiheit – Gleichheit – Solidarität. Im Hinblick auf die Gestaltung des Sozialen setzt sich die SP folgendes Ziel:

Sozialdemokratische Politik „will dafür sorgen, dass alle Menschen die gleiche Ausgangsposition erhalten, tatsächliche Chancengleichheit realisiert ist und jeder und jede nach seinen und ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten einen Beitrag zur Gesellschaft leisten können. Die Menschen sollen nicht länger gezwungen sein, dort zu verharren, wo sie der Zufall der Geburt in die Welt gesetzt hat.“¹⁴⁹

¹⁴⁷ Vgl. GRÜNE PARTEI SCHWEIZ (2003): Positionen der Grünen zur Gesundheitspolitik, S. 2.

¹⁴⁸ SP SCHWEIZ (2010): Für eine sozial-ökologische Wirtschaftsdemokratie, S. 5.

¹⁴⁹ SP SCHWEIZ (2010): Für eine sozial-ökologische Wirtschaftsdemokratie, S. 14.

Im Hinblick auf Sozial- und Gesundheitspolitik plädiert die SP für eine „vorsorgenden Sozialstaat“:

„Der Sozialstaat des 21. Jahrhunderts braucht zwei Beine. Zum nachsorgenden Standbein, das Risiken absichert, tritt ein vorsorgendes, das die Menschen dazu befähigt, ihre Chancen zu ergreifen [...] Der vorsorgende Sozialstaat stellt den Menschen und seine Entfaltungsmöglichkeiten ins Zentrum. [...] Er schaut nicht einfach zu, wenn Menschen unter krankmachenden Bedingungen arbeiten und leben müssen, und verweist nicht allein auf die Krankenversicherung. Vielmehr bekämpft der vorsorgende Sozialstaat zusätzlich das krankmachende Umfeld. Vorsorgende Sozialpolitik bedingt eine Regulierung der Arbeit, die gute Arbeitsbedingungen garantiert.“¹⁵⁰

Unter den Stichworten Umverteilung und soziale Sicherheit führt die SP weiter aus:

„Es gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen, sein Leben in Sicherheit verbringen zu können, und es gehört zu den Grundaufgaben des Staates, für diese Sicherheit und für mehr Verteilungsgerechtigkeit zu sorgen.“¹⁵¹

Unter der Überschrift „Eine für alle zugängliche, qualitativ gute Gesundheitsversorgung“ präzisiert sie ihre Forderungen und Vorschläge auf das Gesundheitswesen hin. Sie kritisiert die mangelnde Sozialverträglichkeit der Finanzierung aufgrund des hohen Anteils der Kopfprämien und den hohen Selbstbeteiligungen. Gleichzeitig weist sie darauf hin, dass die Gesundheitsausgaben seit dem Jahr 2000 im Gleichschritt mit der Wirtschaft gewachsen seien. Handlungsbedarf sieht sie deshalb in erster Linie auf der Finanzierungsseite und dort vor allem bei der wachsenden Belastung der Prämienzahlenden.¹⁵² Die SP kritisiert die hohen Belastungen der privaten Haushalte, insbesondere Haushalte mit mittleren Einkommen und ohne Anspruch auf Prämienverbilligung:

„Zusätzlich zu den Krankenkassenprämien bezahlen die privaten Haushalte ein weiteres Drittel der Gesundheitsausgaben aus der eigenen Tasche. Franchisen und Selbstbehalte, Zahnarztbehandlungen, nicht kassenpflichtige Medikamente, Aufenthalte im Pflegeheim und Spitex-Betreuung gehen auf eigene Kosten. In keinem anderen OECD-Land ist der privat finanzierte Anteil an den Gesundheitsausgaben so hoch wie in der Schweiz. Für die oft gehörte Forderung, die Eigenverantwortung bedinge eine erhöhte Selbstbeteiligung, gibt es keine Grundlage; im Gegenteil: Eine allzu hohe Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten führt zu Unterversorgung bei chronisch

¹⁵⁰ SP SCHWEIZ (2010): Für eine sozial-ökologische Wirtschaftsdemokratie, S. 23.

¹⁵¹ SP SCHWEIZ (2010): Für eine sozial-ökologische Wirtschaftsdemokratie, S. 25.

¹⁵² SP SCHWEIZ (2010): Für eine sozial-ökologische Wirtschaftsdemokratie, S. 27.

Kranken und Leuten mit wenig Einkommen – und damit zu umso höheren Folgekosten für die Gesellschaft.“¹⁵³

Auf der Basis dieser Analyse formuliert die SP eine Reihe von Forderungen, wovon nachfolgend zwei für unsere Fragestellung wichtige Punkte genannt werden:

„In der Gesundheitsförderung und Prävention bedarf es massiv höherer Investitionen und einer nationalen Strategie, die sich an messbaren und periodisch zu überprüfenden Gesundheitszielen orientiert. Den entscheidenden Beitrag zur Gesundheit leistet das soziale Umfeld: Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit und ein stabiles Beziehungsnetz. Die Vernetzung von Sozialpolitik und Gesundheitsförderung ist deshalb unverzichtbar.

[...]

Die SP will eine soziale Finanzierung des Gesundheitssystems. Die Finanzierung der Krankenversicherung muss einkommensabhängig erfolgen, wie das bei den anderen Sozialwerken der Fall ist. Die Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten darf nicht weiter erhöht werden. Die öffentliche Hand muss einen höheren Finanzierungsanteil übernehmen. Die SP will keine weitere Umverteilung von den wenig Verdienenden zu den Gutverdienenden.“¹⁵⁴

Die SP setzt in der Gesundheitspolitik – ähnlich wie die Grünen – deutlich andere Schwerpunkte als die bürgerlichen Parteien. Nicht die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, sondern der hohe Finanzierungsanteil der privaten Haushalte bildet den Ausgangspunkt ihrer Forderungen. Die SP sieht dadurch das Ziel der Chancengleichheit vor allem bei chronisch Kranken und Bürgerinnen und Bürgern mit geringem Einkommen gefährdet. Sie setzt deshalb viel stärker auf die Verantwortung des Staates, dafür zu sorgen, dass krankmachende Arbeits- und Lebensbedingungen verbessert werden. Dementsprechend setzt die SP auf verstärkte Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung. Das Thema Eigenverantwortung spielt bei ihren Lösungsvorschlägen keine Rolle. Explizit lehnt sie höhere Selbstbeteiligungen der Versicherten ab, will aber einkommensabhängige Prämien auch für die OKV mit einer stärkeren Umverteilung von den gut Verdienenden zu den weniger Verdienenden. Ergänzend fordert sie einen höheren Finanzierungsanteil durch die öffentliche Hand. Im Mittelpunkt stehen bei der SP Fragen der sozialen Gerechtigkeit, der Solidarität und der Vorbeugung von Gesundheitsschäden. In ihrem Parteiprogramm räumt sie der Vorbeugung von Gesundheitsschäden einen wichtigen Platz ein, es gilt der Grundsatz:

¹⁵³ SP SCHWEIZ (2010): Für eine sozial-ökologische Wirtschaftsdemokratie, S. 27f.

¹⁵⁴ SP SCHWEIZ (2010): Für eine sozial-ökologische Wirtschaftsdemokratie, S. 28f.

Vorbeugen ist besser als Intervention. Dabei setzt sie vor allem auf Verhältnisprävention, um gesundheitsschädliche Belastungen zu reduzieren.

Damit wendet sich die SP nicht grundsätzlich gegen ein System der Kostenbeteiligung der Versicherten (Selbstbehalt und Franchise), lehnt aber eine höhere Kostenbelastung der Versicherten ab. In ihrem Hintergrundpapier zur Gesundheitspolitik wird als eines der Hauptziele ebenfalls die Korrektur der „unsoziale[n] Prämienlast und d[er] Umverteilung zulasten der Kranken (Erhöhung von Franchise und Selbstbehalt)“¹⁵⁵ genannt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für die SP bei ihren gesundheitspolitischen Überlegungen nicht die Kosten-, sondern die Entwicklung der finanziellen Belastungen der Haushalte vor allem mit geringem Einkommen im Vordergrund stehen. Ihre Vorschläge orientieren sich dabei stärker an der Verantwortung des Staates als an der Eigenverantwortung der Versicherten. Ihr Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung geht über die unmittelbar dem Gesundheitsbereich zuzuordnenden Bereiche hinaus. Eine erfolgreiche Gesundheitspolitik versteht sie als Querschnittsaufgabe von Arbeitsmarkt-, Sozial- und Umweltpolitik. Ihre Forderungen zu einer Reform des Gesundheitswesens bleiben damit im Rahmen der bestehenden obligatorischen und sozialen Krankenversicherung, allerdings mit einer starken Betonung der Verantwortung des Staates und einer stärkeren Gewichtung von Prävention und Gesundheitsförderung.

1.4.5 SVP und Eigenverantwortung

Das aktuelle Parteiprogramm der Schweizerischen Volkspartei liefert die politischen Eckdaten von 2011-2015. Das Kapitel zur Gesundheitspolitik steht unter dem Motto „Qualität dank Wettbewerb“.¹⁵⁶ Zur Charakterisierung des Gesundheitswesens ist darin Folgendes zu lesen:

„Regelmässig wie eine fünfte Jahreszeit erfolgt jeweils im Spätsommer die Ankündigung der nächsten Prämienhöhung der Krankenversicherung. Das von der SVP seinerzeit bekämpfte Krankenversicherungsgesetz (KVG) bedeutete die Errichtung einer obligatorischen, einheitlichen, flächendeckenden Krankenversicherung für alle Einwohner der Schweiz. Seit Einführung des KVG haben sich die Prämien mehr als verdoppelt – und sie steigen immer weiter. Die Umsetzung einer staatlichen Zwangsversicherung mit Anbietern im freien Markt führte zu gewaltigen Problemen zwischen

¹⁵⁵ Jost GROSS (2003): Schwerpunkte in der Gesundheitspolitik.

¹⁵⁶ SVP SCHWEIZ (2011): SVP – die Partei für die Schweiz, S. 81-85.

Prämienzahlern, Leistungserbringern und Kostenträgern. Kurz: Unser Gesundheitswesen ist krank. Bald die Hälfte der Bevölkerung ist auf Prämienverbilligungen angewiesen.“¹⁵⁷

Ferner kritisiert die SVP darin den grundsätzlichen Mangel, dass es heute keinen individuellen Vertrag mehr zwischen Patient und Versicherung gibt und dass politische Entscheidungsträger weitgehend die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen festlegen. Dadurch entstehen Fehlanreize, die das gesamte Gesundheitssystem belasten und nur durch mehr Wettbewerb korrigiert werden können.

„Die Fehlanreize des geltenden Krankenversicherungsgesetzes sind offensichtlich. Zu viele Akteure im Gesundheitswesen haben kein Interesse mehr am haushälterischen Umgang mit den Mitteln. Das KVG muss daher zwingend in eine marktwirtschaftliche Richtung reformiert werden. [...] Unser Gesundheitswesen kann nur gesunden, wenn wir es mit folgenden Massnahmen verbessern: Förderung der Eigenverantwortung, massgeschneiderte Versicherungsmodule mit echter Risikobeteiligung der Versicherten, Zusatzversicherungen für Wünschbares und Komfort, saubere Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden.“¹⁵⁸

Darüber hinaus kritisiert die SVP den „Präventions-Wahnsinn“ und setzt ihrerseits auf den „mündigen Bürger“.¹⁵⁹ Vor diesem Hintergrund plädiert die SVP für eine Reform des Gesundheitswesens, sie:

- „steht für eine wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens ein, die für Stadt und Land eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung garantiert;
- fordert mehr Transparenz über Qualität und Preise im Gesundheitswesen, um die Wahlfreiheit der Patienten und damit deren Wohlergehen zu stärken;
- [...]
- kämpft längerfristig für die Aufhebung des Obligatoriums in der Grundversicherung zur Stärkung der ökonomischen Anreize für die Leistungserbringer und kurzfristig für die Aufhebung von Vertragszwang sowie Zulassungsstopp;
- verlangt die sofortige Aufhebung der amtlich festgelegten Obergrenze der frei wählbaren Franchise in der obligatorischen Krankenversicherung, damit die Prämienzahler den Umfang ihres Versicherungsschutzes in eigener Verantwortung

¹⁵⁷ SVP SCHWEIZ (2011): SVP – die Partei für die Schweiz, S. 81.

¹⁵⁸ SVP SCHWEIZ (2011): SVP – die Partei für die Schweiz, S. 82f.

¹⁵⁹ SVP SCHWEIZ (2011): SVP – die Partei für die Schweiz, S. 83.

bestimmen und auf die Entwicklung massiv steigender Prämien reagieren können;
[...]¹⁶⁰

In einer früheren Wahlplattform aus dem Jahr 2007 stellt sie die Verantwortung des Einzelnen ebenfalls in den Mittelpunkt:

„Die SVP setzt auf die Freiheit und *Eigenverantwortung* [Hervorhebung eingefügt, WB] als traditionelle Werte, welche der Schweiz Wohlstand gebracht haben. Die Eigenverantwortung beginnt in der Familie und gehört schliesslich in jeden Bereich, von der Wirtschaft über den Verkehr bis hin zu den Sozialversicherungen. Es geht nicht an, bei allem und jedem den Staat um Hilfe zu rufen. Der Staat hat dort tätig zu werden, wo der Einzelne nicht wirken kann: Er hat Schutz zu bieten vor Krieg und Gewalt, und er hat ein soziales Netz zu gewährleisten, das die Grundbedürfnisse sichert. Wo immer aber möglich, hat der Einzelne für sein Tun und Handeln Verantwortung zu übernehmen und Konsequenzen zu tragen.“¹⁶¹

Der Grundsatz „Weniger Staat – mehr Eigenverantwortung“ soll für die SVP auch im Bereich des Gesundheitswesens gelten. Die Möglichkeit zu weitgehender Eigenverantwortung ist für sie dann gegeben, wenn die Rahmenbedingungen ein *Maximum an Markt* zulassen. Wie die SVP zu Recht schreibt, bräuchte dies „...ein grundlegendes Umdenken im Gesundheitswesen!“¹⁶² Ein zentraler Aspekt des KVG, nämlich die Stärkung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, findet in diesem Papier keine Erwähnung. Auch dem Sinn nach werden dazu keine Aussagen gemacht; soziale Gerechtigkeit wird als „Vorwand“ gesehen, um den Leistungsumfang der GKV zu rechtfertigen.¹⁶³

Ausgehend von den jährlich steigenden Krankenkassenprämien geht die Kritik der SVP am bestehenden System des Gesundheitswesens vergleichsweise weit. Mit ihrer Forderung nach einer längerfristigen Aufhebung des Obligatoriums in der Grundversicherung stellt sie sich vor allem gegen die Zielsetzung des KVG, die Solidarität der Versicherten und den Zugang zu einer hochstehenden ärztlichen Versorgung für alle zu gewährleisten.¹⁶⁴ Die Senkung der Kosten und damit auch der Versicherungsprämien soll dadurch erreicht werden, dass die Akteure im Gesundheitswesen mehr wirtschaftliche Freiheit bekommen. Entsprechend sollen die Versicherten selbst entscheiden, welche Risiken sie versichern lassen

¹⁶⁰ SVP SCHWEIZ (2011): SVP – die Partei für die Schweiz, S. 85.

¹⁶¹ SVP (2003): Wahlplattform 2003 - 2007, S. 9.

¹⁶² SVP (2003): Wahlplattform 2003 - 2007, S. 9.

¹⁶³ Vgl. SVP SCHWEIZ (2011): SVP – die Partei für die Schweiz, S. 81.

¹⁶⁴ Vgl. BUNDESRAT (1991): Botschaft über die Revision der Krankenversicherung.

wollen und welche nicht. Damit möchte die SVP längerfristig das bestehende Zwei-Stufen-Modell mit Grund- und Zusatzversicherungen zugunsten einer privatrechtlichen, freiwilligen Versicherungslösung aufgeben. Kurzfristig soll die Franchisenobergrenze aufgehoben werden.

Hinter der Betonung von Freiheit, Eigenverantwortung und mehr Wettbewerb stehen bei der SVP soziale und Gerechtigkeitsüberlegungen weit zurück. Das Thema sozialer Ausgleich oder soziale Zielsetzungen finden in den Überlegungen der SVP zur Gesundheitspolitik keine Erwähnung, vielmehr wird „soziale Gerechtigkeit“ als Einschränkung von Eigenverantwortung verstanden. Folglich finden sich auch keine Überlegungen, wie die Förderung der Gesundheit in der Bevölkerung durch Prävention und Aufklärung erreicht werden könnte. Das Kernproblem im Gesundheitswesen liegt ihrer Meinung nach in den Fehlansätzen des Systems, welche dazu führen, dass die Ansprüche der Versicherten das System überfordern und das Gesundheitswesen nicht mehr finanzierbar ist. Ihre Forderung lautet deshalb: Mehr Wettbewerb, ein Minimum an Staat und ein Maximum an Eigenverantwortung für die Bürger! Die SVP stellt sich damit als einzige Schweizer Partei gegen das 1996 eingeführte KVG und dessen Zielsetzungen. Eigenverantwortung versteht sie konsequenterweise nicht im Sinn höherer Selbstbehalt, sondern wirtschaftlicher Freiheit, bei der die Versicherten frei und eigenverantwortlich entscheiden können, ob und welchen Versicherungsumfang sie haben möchten.

1.5 Eigenverantwortung der Versicherten in der Schweizer Gesundheitspolitik – ein Fazit

Die Analyse der Vorschläge der Parteien zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen hat bestätigt, dass die Vorstellungen von mehr Eigenverantwortung in zwei unterschiedliche Richtungen gehen können. Zum einen gibt es Forderungen und Vorschläge, die die Fähigkeit zu eigenverantwortlicher Lebensführung – was mit einem gesünderen Lebensstil verbunden wird – in unterschiedlichen sozialen Milieus oder Schichten verschieden stark ausgebildet sehen („Arme sterben früher“). Deshalb konzentrieren sie sich beim Thema Eigenverantwortung darauf, die Fähigkeit zu eigenverantwortlicher und gesünderer Lebensführung zu verbessern. In dieser Hinsicht meint die Forderung nach mehr Eigenverantwortung eine *Verbesserung der Fähigkeit* zu einer gesünderen Lebensführung, um das Erkrankungsrisiko zu senken. Durch Prävention und Gesundheitsförderung sollen die Sensibilität für Gesundheitsfragen und die Fähigkeit zu einem gesundheitsförder-

lichen Lebensstil verbessert werden. Damit ist in erster Linie an die Verantwortung des Staates appelliert, die für das Gesundheitswesen externen Kostenfaktoren zu verbessern. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen sowohl die einzelnen Versicherten mit ihren konkreten Arbeits- und Lebensumständen (Verhaltens- und Verhältnisprävention) als auch allgemeine Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen (Verhältnisprävention). Verhältnis- und Verhaltensprävention sowie Gesundheitsförderung sollen dabei als politische Querschnittsaufgabe verstanden werden. Eine solche Strategie steht in engem Zusammenhang mit den Vorgaben der Ottawa-Charta,¹⁶⁵ die Gesundheitsförderung als präventive Strategie vor allem mit den Stichworten Selbstbestimmung und Chancengleichheit verbindet. Dieser Ansatz des Förderns eines selbstbestimmten und gesundheitsförderlichen Lebensstils wird von den Grünen und der SP stark hervorgehoben. Nicht die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen steht bei ihnen im Vordergrund ihrer Vorschläge, sondern ein möglichst gesundes Leben für alle.

Zum anderen gibt es die Vorstellung, dass Eigenverantwortung nur möglich ist und gefördert wird, wenn die Versicherten frei entscheiden können, welche Gesundheits- und Versicherungsleistungen sie in Anspruch nehmen möchten. Allerdings müssen sie im Gegenzug auch die Kostenverantwortung für ihre individuelle Entscheidung übernehmen. Damit soll erreicht werden, dass die Versicherten nur die Leistungen nachfragen, für die sie in eigenverantwortlicher Entscheidung auch bereit sind, die Kosten zu tragen. Im Extremfall lässt sich mit dieser Position eine solidarische Pflichtversicherung mit einem festgelegten Leistungskatalog nicht vereinbaren. Das Ziel einer solidarischen Grundversicherung für gesundheitliche Risiken, wie es 1996 mit Einführung der OKV gewünscht wurde, würde damit aufgegeben. Ein solches Verständnis von Eigenverantwortung stellt individuelle Risikokalkulation und monetäre Anreizstrukturen in den Mittelpunkt.¹⁶⁶ Diese Auffassung von Eigenverantwortung beschränkt sich darauf, die Entscheidungsspielräume im Gesundheitswesen für die Versicherten zu vergrößern und monetäre Anreize zu setzen, damit die Versicherten gemäss ihren eigenen Präferenzen medizinische Güter und Leistungen nachfragen. Dieser Ansatz geht davon aus, dass ein Teil der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch sogenannte moral hazard-Phänomene („Trittbrettfahrer“) verursacht wird. Deshalb sollen entsprechende Preissignale die Versicherten anhalten, nur die Leistungen nachzufragen, für die sie auch bereit sind, eine entsprechende Kostenbeteiligung beziehungsweise insgesamt die Kosten zu tragen. Diese Strategie des Forderns von Eigenverantwortung setzt darauf, dass die Versicherten selbst am besten wissen, was für ihre Ge-

¹⁶⁵ Vgl. WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Näheres dazu in Kap. 6.

¹⁶⁶ Vgl. Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität.

sundheit am sinnvollsten ist. Nicht der Staat, sondern der Markt als Plattform für Angebot und Nachfrage soll eine effiziente Lösung herbeiführen. Am konsequentesten wird dieses Konzept von der SVP vertreten. Längerfristig zielt sie auf eine Abkehr vom KVG, weil sie das Versicherungsobligatorium und einen staatlich vorgegebenen Leistungskatalog ablehnt. Die SVP verspricht sich davon eine effektivere und effizientere Mittelverwendung im Gesundheitswesen, wovon die Bürgerinnen und Bürger in Form von angemesseneren Prämien profitieren würden. Die FDP setzt ebenfalls stark auf das Konzept des Forderns, allerdings im Rahmen des bestehenden Systems. Ihre Vorschläge zielen vor allem darauf, durch höhere Selbstbeteiligungen moral hazard-Phänomene zu beseitigen. Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein der Versicherten sind ihrer Meinung nach die geeigneten Mittel, um der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu begegnen. Stichworte wie Prävention, Gesundheitsförderung und Chancengleichheit werden hingegen nicht erwähnt.

Beide Konzepte des Förderns und Forderns von Eigenverantwortung sind durchaus auch kombinierbar. Diesen Weg beschreitet die CVP, indem sie sowohl auf monetäre Anreize zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten als auch auf Prävention und Gesundheitsförderung setzt. Sie stellt ihre gesundheitspolitischen Vorschläge unter das Motto „Solidarität und Eigenverantwortung“. Das Hauptproblem im Gesundheitswesen sieht sie in der Kostenentwicklung. Dieser versucht sie, mit verschiedenen Mitteln zu begegnen. Sie plädiert sowohl für eine Erhöhung der Selbstbeteiligung als auch für mehr staatliche Massnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Mit diesen Vorschlägen stellt sich die CVP hinter die Ziele des KVG von 1996.

Es zeigt sich, dass mit der unterschiedlichen Gewichtung der Ziele Gesundheitsförderung und Kosteneinsparung in der OKV durch stärkere Kostenbeteiligung der Versicherten auch unterschiedliche Vorstellungen von gesellschaftlicher Verantwortung, sozialer Gerechtigkeit und letztlich auch unterschiedliche Menschen- und Weltbilder zum Tragen kommen.

Abschliessend ist festzuhalten, dass in der gesundheitspolitischen Reformdiskussion die Entwicklung der Kosten und Prämien im Mittelpunkt stehen. Allerdings werden sie in den parteipolitischen Lagern unterschiedlich beurteilt, was Konsequenzen für das Verständnis von Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen hat. Insbesondere die verschiedenen Instrumente des Forderns von (mehr) Eigenverantwortung durch direkte und indirekte monetäre Anreize, die in der gesundheitspolitischen Diskussion eine zentrale Rolle spielen, sind in

ihrer Reichweite auf eine Kosteneinsparung hin differenziert zu betrachten. Absolute Kostenbeteiligungen wie beispielsweise eine Arzt-Erstkonsultationspauschale können u. U. zu einer verstärkten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führen nach dem Motto `Wenn ich schon bezahlt habe, muss sich das auch rentieren`. Konzepte des Forderns von (mehr) Eigenverantwortung der Versicherten stehen in der Gefahr, soziale Ungleichheiten zu verstärken. Aus ethischer Sicht ist hier eine besondere Aufmerksamkeit gefordert.

Das Gesundheitswesen als komplexes gesellschaftliches Subsystem zeichnet sich durch unterschiedliche und zahlreiche Akteure und Interessen aus. Die Rolle der Versicherten und ihre Einflussmöglichkeiten auf die Entstehung von Kosten muss deshalb differenziert betrachtet werden, was im folgenden Kapitel geschehen soll.

2 Das Schweizer Gesundheitswesen, die Entwicklung der Gesundheitskosten und die Handlungsspielräume der Versicherten

Die Diskussion um mehr Eigenverantwortung der Versicherten ist in erster Linie durch die Kosten- und Prämienentwicklung im Gesundheitswesen angestossen worden. Mehr Eigenverantwortung soll helfen, diese Entwicklung zu bremsen bzw. zu korrigieren. Zur Klärung dieser Frage ist es deshalb notwendig, die Kosten- und Prämienentwicklung und die Möglichkeiten der Einflussnahme durch die Versicherten differenziert zu analysieren.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch ein komplexes Zusammenspiel von unterschiedlichen Akteuren, Interessen, Zuständigkeiten und politischen Regelungsvorgaben. Die steigenden Gesundheitskosten beanspruchen einen zunehmend grösseren Anteil aus der Wertschöpfung der Schweizer Volkswirtschaft. Letztendlich werden diese Kosten von den Versicherten getragen. Sie finanzieren über Versicherungsprämien, Selbstbehalte, „Out of Pocket-Zahlungen“ (Barauslagen), Steuern und Abgaben das gesamte Gesundheitswesen und verzichten damit auf Ausgaben für andere Dinge. Dem Staat fehlen dadurch ebenfalls Mittel, um beispielsweise Investitionen in Bildung oder in eine modernere Infrastruktur zu finanzieren. Somit sind die steigenden Gesundheitsausgaben nicht nur ein Problem für die privaten Haushalte, sondern auch für den Staat mit seinen öffentlichen Aufgaben.

Die Charakteristika des Schweizer Gesundheitswesens und der Vergleich mit den relevanten Kennzahlen der Gesundheitssysteme anderer Länder können helfen, strukturelle Ursachen und generelle Tendenzen moderner Gesellschaften zu erkennen. Ausserdem ist zu klären, wie sich die Kostenentwicklung in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens darstellt und wie diese sich auf die Prämienentwicklung in der OKV auswirkt. Daran anschliessend ist die Frage zu beantworten, welche Entscheidungsspielräume die Versicherten beziehungsweise die Patientinnen oder Patienten dabei besitzen und in welchem Verhältnis diese zum jeweiligen Kostenumfang in den verschiedenen Bereichen stehen. Der Blick ist im Rahmen der vorliegenden Fragestellung vor allem auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (KVG) gerichtet, weil einerseits die Leistungen privater Versicherungen und privat bezahlter medizinischer Leistungen ohnehin bereits in der Eigenverantwortung der Versicherten liegen und andererseits die übrigen Kosten des Ge-

sundheitswesens (z. B. Spitalfinanzierung) nicht direkt von den Versicherten zu verantworten sind. Die genannten Fragen werden nachfolgend näher beleuchtet.

2.1 Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen

2.1.1 Grundstrukturen des Schweizer Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen ist ein gesellschaftliches Teilsystem, das auf vielfältige Weise mit anderen gesellschaftlichen Teilsystemen vernetzt ist. So spielen beispielsweise im Bereich der Wirtschaft neben den gesundheitsrelevanten Faktoren der konkreten Arbeitsbedingungen auch die allgemeine Gesundheit der Beschäftigten und die Belastung der Wirtschaft mit den Kosten des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Generell lässt sich sagen, dass der Wohlstand eines Landes eine wesentliche Rolle für das Gesundheitswesen spielt. Je höher der Wohlstand, desto ausgebauter ist im Allgemeinen das Gesundheitswesen, weil mit steigendem Wohlstand auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt.¹⁶⁷ Umgekehrt spielt das Gesundheitswesen eine wichtige Rolle auf dem Arbeitsmarkt. Laut Angaben des BfS aus dem Jahre 2008 arbeiten 12 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitssektor.¹⁶⁸

In der Literatur zur Gesundheitspolitik werden Gesundheitssysteme nach drei Organisationsmodellen unterschieden:

1. *Nationaler Gesundheitsdienst*¹⁶⁹ oder *sozialdemokratisches Modell*¹⁷⁰: Dieses Modell findet sich vor allem in den skandinavischen Ländern und Grossbritannien. Die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt weitgehend durch den Staat (nationaler Gesundheitsdienst). Der Zugang zu Gütern und Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens steht allen Mitgliedern gleich weit offen. Dieses Modell betont die soziale Gesamtverantwortung des Staates im Bereich der Gesundheit und beseitigt schichtenspezifische Ungleichheiten weitgehend.¹⁷¹ Der

¹⁶⁷ Ein Erklärungsansatz begründet diesen Zusammenhang damit, dass mit steigendem Wohlstand der Grenznutzen des Konsums abnimmt und im Gegenzug aufgrund der höheren Wertschätzung der Gesundheit die Bereitschaft, höhere Gesundheitskosten zu tragen, zunimmt. Vgl. Stefan FELDER (2005): Lebenserwartung.

¹⁶⁸ Mitte der Neunzigerjahre waren es noch 9,7%. Vgl. BFS (2007): Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse, S. IX. In absoluten Zahlen waren dies 2008 541'824 Beschäftigte im Gesundheitsbereich. Vgl. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/04/key/01.html> (Stand Januar 2013).

¹⁶⁹ Vgl. Willy OGGIER (2004): Internationale Vergleiche, in: Gerhard KOCHER, Willy OGGIER (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, S. 76.

¹⁷⁰ Vgl. u. a. Rolf ROSENBROCK (2003): Gesundheitspolitik, in: Klaus HURRELMANN, Ulrich LAASER: Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 711f.; Thomas BOHRMANN (2003): Organisierte Gesundheit, S. 39.

¹⁷¹ Dies gilt insbesondere für die skandinavischen Varianten. Die Möglichkeit zusätzlicher oder paralleler privater Versicherungen hebt die sozialen Unterschiede beim Zugang zu Gesundheitsleistungen allerdings nicht gänzlich auf. Im britischen Gesundheitswesen werden die sozialen Unterschiede durch die Möglich-

Spielraum für eigenverantwortliche Entscheide ist zumindest im Rahmen des staatlichen Obligatoriums bzw. der Grundversorgung weitgehend begrenzt auf die grundsätzliche Entscheidung, im konkreten Fall Gesundheitsleistungen nachzufragen. Selbstbeteiligungen bei den Kosten spielen allenfalls eine untergeordnete Rolle.

2. *Sozialversicherungsmodell*¹⁷² oder *konservatives Modell*¹⁷³: Dieses Organisationsmodell findet sich vor allem in kontinentaleuropäischen Ländern wie Deutschland, Österreich und Frankreich. Die Organisationslogik stellt eine Mischform dar zwischen einerseits staatlichen Vorgaben und direkter staatlicher Einflussnahme und andererseits marktwirtschaftlich-unternehmerischen Elementen. In Deutschland beispielsweise steht die gesetzliche Krankenversicherung unter staatlicher Aufsicht. Die sogenannten Pflichtversicherten und die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten entrichten einkommensabhängige Beiträge (Prämien). Die Versicherungspflicht gilt für alle abhängig Beschäftigten, jedoch nur bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze. Die Beiträge werden je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bezahlt.¹⁷⁴ Aufgrund der formal gleichen Zugangschancen aller Pflichtversicherten und der einkommensabhängigen Beiträge versucht das deutsche Modell innerhalb der gesetzlichen Versicherung soziale Ungleichheiten möglichst abzubauen. Für Besserverdienende und bestimmte Berufsgruppen wie Beamte und Selbstständige hingegen bestehen aufgrund der fehlenden Versicherungspflicht weitgehende Handlungsspielräume, die eigenverantwortlich entweder freiwillig in der gesetzlichen Versicherung oder nach privatem Versicherungsrecht gestaltet werden können (sog. „private Krankenversicherung“). Die Möglichkeiten für Eigenverantwortung sind in Deutschland folglich gegenüber einem nationalen Gesundheitsdienst grösser, jedenfalls für bestimmte Berufsgruppen und Besserverdienende, weil sie nicht mehr der Pflichtversicherung unterliegen und über privatrechtliche Versicherungen grössere Handlungsspielräume bei ihrer Krankenversicherung haben.

keit einer ergänzenden oder alternativen privaten Absicherung verstärkt, weil bspw. die Wartezeiten auf medizinische Interventionen im staatlichen System deutlich länger sind als bei privater Versicherung. Vgl. Jens ALBER, Brigitte BERNARDI-SCHENKLUHN (1992): Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien.

¹⁷² Vgl. Willy OGGIER (2004): Internationale Vergleiche, in: Gerhard KOCHER, Willy OGGIER (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, S. 76.

¹⁷³ Vgl. u. a. Rolf ROSENBROCK (2003): Gesundheitspolitik, in: Klaus HURRELMANN, Ulrich LAASER: Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 711f.; Thomas BOHRMANN (2003): Organisierte Gesundheit, S. 39.

¹⁷⁴ Die Versicherungspflichtgrenze für 2011 liegt bei 49'500€ jährlichem bzw. 4'125€ monatlichem Einkommen.

3. *Privatversicherungssystem*¹⁷⁵ oder *wirtschaftsliberales Modell*¹⁷⁶: Dieses Modell findet sich gegenwärtig vor allem in den USA, Australien und Neuseeland. Kern dessen Organisationslogik sind marktwirtschaftliche Elemente. Folglich sind hier privatrechtliche Versicherungen, freiwillige Mitgliedschaften und je nach Vertrag unterschiedliche Leistungsumfänge vorherrschend. Die Rolle des Staates beschränkt sich meist nur auf eine subsidiäre Armenfürsorge auf Basis des Bedürftigkeitsprinzips. Sozialpolitische Umverteilungsziele kennt dieses Modell nicht. Es ist sozial selektiv, weil es z. T. ganze Bevölkerungsgruppen von Leistungen des Gesundheitswesens ausschliesst oder hohe Zugangsbarrieren errichtet.¹⁷⁷ Entsprechend bestehen empirisch nachweisbare grosse soziale Ungleichheiten gegenüber Krankheit und Lebenserwartung (schichtenspezifische Morbidität und Mortalität). Es ist selbstredend, dass bei diesem Modell die Eigenverantwortung im Sinn formaler Handlungsspielräume der Bürgerinnen und Bürger verglichen mit den beiden vorgenannten Modellen die grösste Rolle spielt. Dazu gehört auch – wie in den USA – dass ein bestimmter Prozentsatz (USA 2007: 15,3%)¹⁷⁸ der Bürgerinnen und Bürger keinen Krankenversicherungsschutz haben und meist nur in medizinischen Notfällen eine Minimalversorgung durch den Staat erhalten.¹⁷⁹

Das schweizerische Gesundheitswesen ist am ehesten dem konservativen oder Sozialversicherungsmodell zuzurechnen, allerdings mit deutlich eigener Prägung.¹⁸⁰ Die Schweiz hat ein System, das in vielen Bereichen eine Mischform darstellt. Grundlage ist die Versicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz (Versicherungspflicht).¹⁸¹ Die Krankenversicherungsträger sind jedoch von privater Rechtsnatur. Sie können in der Form von Vereinen, Stiftungen, Genossenschaften oder auch als Aktiengesellschaften or-

¹⁷⁵ Vgl. Willy OGGIER (2004): Internationale Vergleiche, in: Gerhard KOCHER, Willy OGGIER (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, S. 76.

¹⁷⁶ Vgl. u. a. Rolf ROSENBROCK (2003): Gesundheitspolitik, in: Klaus HURRELMANN, Ulrich LAASER: Handbuch Gesundheitswissenschaften, S. 711f.; Thomas BOHRMANN (2003): Organisierte Gesundheit, S. 39.

¹⁷⁷ Vgl. Rolf ROSENBROCK (2003): Gesundheitspolitik, S. 712.

¹⁷⁸ Vgl. Carmen DENAVAS-WALT et al. (2008): Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007, S. 19.

¹⁷⁹ Zu unterscheiden sind Personen, die keinen Versicherungsschutz haben, aber aufgrund von Bedürftigkeit Leistungen von Medicaid (Sozialhilfe) beziehen können, und solchen, die ohne Versicherungsschutz ihre Gesundheitsausgaben selbst tragen.

¹⁸⁰ Vgl. zu den folgenden Ausführungen v.a. Rita BAUR et al. (2001): Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich, in: Jan BÖCKEN et al. (Hrsg.): Reformen im Gesundheitswesen, S.97-110; Willy OGGIER (2004): Internationale Vergleiche, in: Gerhard KOCHER, Willy OGGIER: Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, S. 76-89.

¹⁸¹ Art. 3 KVG.

ganisiert sein.¹⁸² Die Versicherungen, die im Rahmen der gesetzlichen Pflichtversicherung¹⁸³ tätig sind, müssen grundsätzlich alle Interessierten aufnehmen und unterliegen hier weitgehenden staatlichen Vorschriften, was Leistungsumfang und Prämiengestaltung betrifft. Die Prämien sind als sogenannte „Kopfprämien“ ausgestaltet, d.h. sie sind nicht einkommensabhängig. Ein sozialer Ausgleich für untere Einkommen wird über Beiträge für eine individuelle Prämienverbilligung (IPV) erzielt. Darüber hinaus können die Versicherungen auch Zusatzversicherungen anbieten. Diese unterliegen den Regeln des Privatrechts (des Versicherungsvertragsgesetzes VVG), so dass die Leistungen individuell abgestimmt und die Prämien nach Risikogruppen festgesetzt werden können. Im Bereich dieser privaten Zusatzversicherungen macht die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten keinen Sinn, weil sie ja bereits Ausdruck individueller Risikoeinschätzung und grundsätzlich freiwillig sind.¹⁸⁴ Für die vorliegende Fragestellung stehen deshalb die Möglichkeiten für Eigenverantwortung im Rahmen der OKV im Vordergrund.

2.1.2 Das Wachstum der Gesundheitskosten

Der Gesundheitsmarkt ist in der Schweiz, wie in allen höher entwickelten Industrieländern, ein Wachstumsmarkt. Mit zunehmendem Wohlstand steigt die Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -dienstleistungen. Der Anteil der Ausgaben für Gesundheit nimmt bezogen auf das BIP dabei im Allgemeinen zu. Nicht nur in der Schweiz, auch vielen anderen Ländern ist deshalb nicht selten die Rede von einer „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“.

Das Wachstum der Ausgaben für das Gesundheitswesen ist jedoch für sich allein genommen noch kein hinreichender Grund für eine Dramatisierung der Situation, so wie es die Rede von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ nahelegt. Solange sich die Gesundheitskosten parallel zum Wirtschaftswachstum entwickeln, bleibt der Anteil des BIP, der für die Gesundheit verwendet wird, konstant. Wenn allerdings das Wachstum der Gesundheitskosten grösser ist als das Wachstum der Wirtschaft, dann wird ein zunehmend grösserer Teil des BIP für die Gesundheit aufgebracht. Die nachfolgende Grafik zeigt die Zusammenhänge seit 1960 für ausgewählte OECD-Staaten.¹⁸⁵

¹⁸² Vgl. Walter FREI (2004): Krankenversicherer, in: Gerhard KOCHER, Willy OGGIER: Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, S.144ff.

¹⁸³ Die obligatorische Krankenversicherung (OKV) ist im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) geregelt.

¹⁸⁴ Näheres hierzu findet sich unter Ziff. 2.1.4.

¹⁸⁵ Die verfügbaren, offiziellen Zahlen aus der jüngeren Vergangenheit liegen bereits 2-3 Jahre zurück, weil sich dahinter umfangreiche statistische Erhebungen verbergen, die erst mit entsprechender zeitlicher Ver-

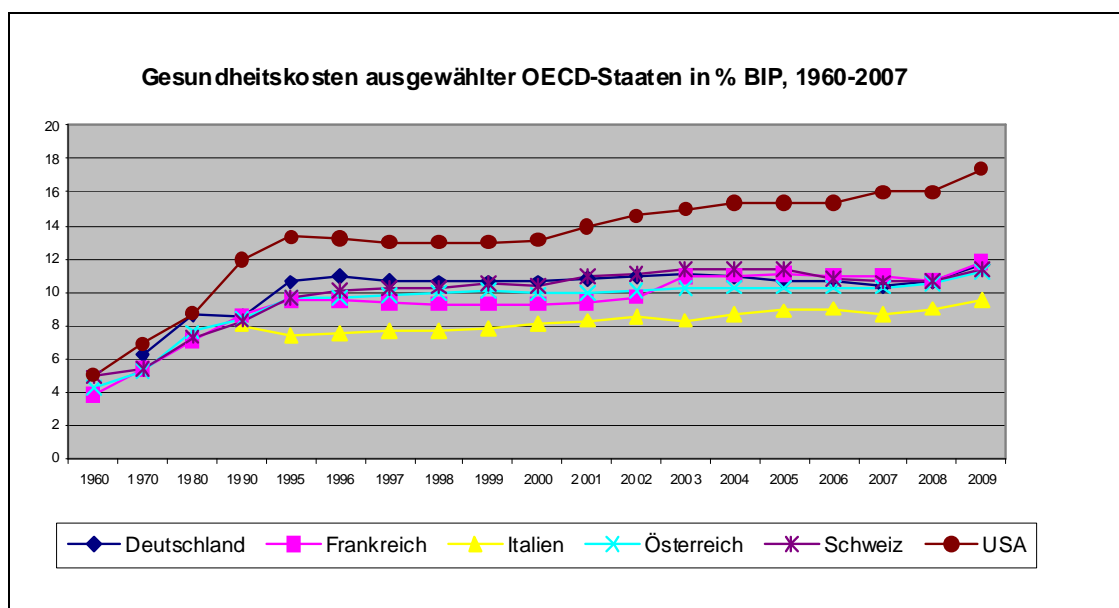


Abb. 2: Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Staaten in % BIP, 1960-2007¹⁸⁶

Die in der Grafik dargestellte Entwicklung zeigt, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP seit 1960 in den Ländern Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, Schweiz und den USA deutlich zugenommen hat. Das Ausgangsniveau lag in den 1960er Jahren in allen sechs Ländern zwischen 4 und 5 Prozent. Die grösste Zunahme erfolgte in den Jahren zwischen 1960 und 1995,¹⁸⁷ wobei die Zunahme in den einzelnen Ländern bis 1980 ähnlich gross war. In Deutschland ist in den Jahren zwischen 1980 und 1990 ein leichter Rückgang zu verzeichnen, in der ersten Hälfte der 1990er Jahre nahm der Anteil am BIP aber wieder deutlich zu. Die USA hatten zwischen 1980 und 1995 einen Anstieg von über 4 Prozent und seit dem Jahr 2000 nochmals einen deutlichen Anstieg um weitere 4,3 Prozent. Mit 17,4 Prozent bezogen auf das Jahr 2009 geben die USA mit Abstand den grössten Anteil des BIP für Gesundheitsgüter aus. Es folgen Frankreich mit 11,8 Prozent, Deutschland mit

zögerung zur Verfügung stehen. In der Schweiz ist der BIP-Anteil der Gesundheitskosten in den Jahren 2008 und 2009 wieder gestiegen: 2008 auf 10.7% und 2009 auf 11.4% (aktuelle Zahlen, BFS).

¹⁸⁶ Die Angaben 1960-2002 beziehen sich auf OECD-Quellen, die Angaben 2003-2009 sind zusammengestellt aus OECD-Quellen und Angaben der nationalen Statistikämtern (Deutschland, Frankreich, Österreich und Schweiz – eigene Zusammenstellung). Für die Schweiz: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten__finanzierung/kennzahlen0/kosten0/ueberblick.html. Die Angaben aus der OECD-Statistik finden sich unter <http://www.oecd.org/dataoecd/42/9/40902483.xls> (Stand Juli 2009). Die Angaben der einzelnen nationalen statistischen Ämter divergieren mitunter um ein bis zwei Zehntel hinter dem Komma gegenüber der OECD-Statistik.

¹⁸⁷ Die seit 1995 deutlich erkennbare Abschwächung der Zunahme bzw. Konstanz des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP lässt sich auf verschiedene Faktoren zurückführen. Einerseits sind die Jahre seit 1995 geprägt von wirtschaftlichen Wachstumsschwächen in allen Industriestaaten, was wiederum Rückwirkungen auf das Investitions- und Ausgabenverhalten im Gesundheitsbereich hat, und andererseits darf vermutet werden, dass die vielfältigen Diskussionen um eine Begrenzung des Kostenwachstums in dieser Hinsicht nicht ganz ohne Folgen geblieben sind.

11,6 Prozent und die Schweiz mit 11,4 Prozent in der Rangliste der OECD-Staaten mit den höchsten Gesundheitsausgaben. Das 1995 erreichte Niveau konnte in den berücksichtigten Staaten mit Ausnahme der USA bis ins Jahr 2008 weitgehend gehalten werden. Lediglich Frankreich und Italien hatten in diesem Zeitraum einen Anstieg von über einem Prozent. In der Schweiz stieg der Anteil am BIP in diesem Zeitraum um 1 Prozent.¹⁸⁸ Der in allen Ländern deutliche Anstieg in 2009 reflektiert den Rückgang der Wirtschaftsleistung im Zuge der Wirtschafts- und Finanzkrise.¹⁸⁹

Verglichen mit den Gesundheitssystemen anderer OECD-Staaten und bezogen auf das BIP leistet sich die Schweiz also das viertteuerste Gesundheitswesen, wobei sie bis 2005 sogar an zweiter Stelle lag. 11,4 Prozent des BIP oder 62,5 Milliarden Franken flossen 2010 in Ausgaben für die Gesundheit.¹⁹⁰ Laut einer Studie des BfS werden die Gesundheitskosten in der Schweiz im Jahr 2030 122,8 Milliarden Franken betragen und einen Anteil am BIP von 16,7% erreichen.¹⁹¹ Bei allen Unsicherheiten, die in solchen Szenarien enthalten sind, muss dennoch davon ausgegangen werden, dass in Zukunft ein grösserer Anteil des BIP für Gesundheitsausgaben aufgewendet werden wird. Der seit 1995, verglichen mit früheren Jahren, vergleichsweise schwache, aber kontinuierliche Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP in der Schweiz – mit Ausnahme der Jahre 2006 und 2007 – sollte deshalb Grund genug sein für ein Nachdenken über Möglichkeiten, die diese Kostenentwicklung abbremsen und den Anstieg verlangsamen können.¹⁹² Offensichtlich handelt es sich dabei um eine Herausforderung, vor der viele OECD-Staaten stehen.

¹⁸⁸ Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) hat bis 2004 zugenommen und danach, bis im Jahr 2007, auf 10,6% abgenommen. Diese Abnahme erklärt sich durch das starke Wirtschaftswachstum, welches die Kostenerhöhung in diesen Jahren kompensiert hat.

¹⁸⁹ Auslöser war die Banken- und Finanzkrise, die im Frühsommer 2007 mit der US-Immobilienkrise (auch Subprimekrise) begann. Diese Krise äusserte sich weltweit in Verlusten und Insolvenzen bei Unternehmen der Finanzbranche, aber seit Ende 2008 auch in der Realwirtschaft.

¹⁹⁰ Vgl. BFS (2012): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2010. Mit einem Wachstum gegenüber 2009 um 2,5 Prozent lag es deutlich unter dem Durchschnitt der letzten 5 Jahre von 3,7 Prozent.

¹⁹¹ Vgl. BFS (2007): Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse, insb. S. VIII-IX. Bei den genannten Zahlen ist unterstellt, dass die Morbidität der Bevölkerung aufgrund des demografischen Wandels zunehmen wird.

¹⁹² Eine Ende der Kostensteigerung oder gar eine Kostenabschwächung scheint angesichts solcher Prognosen und der Erfahrungen der Vergangenheit eine Illusion zu sein.

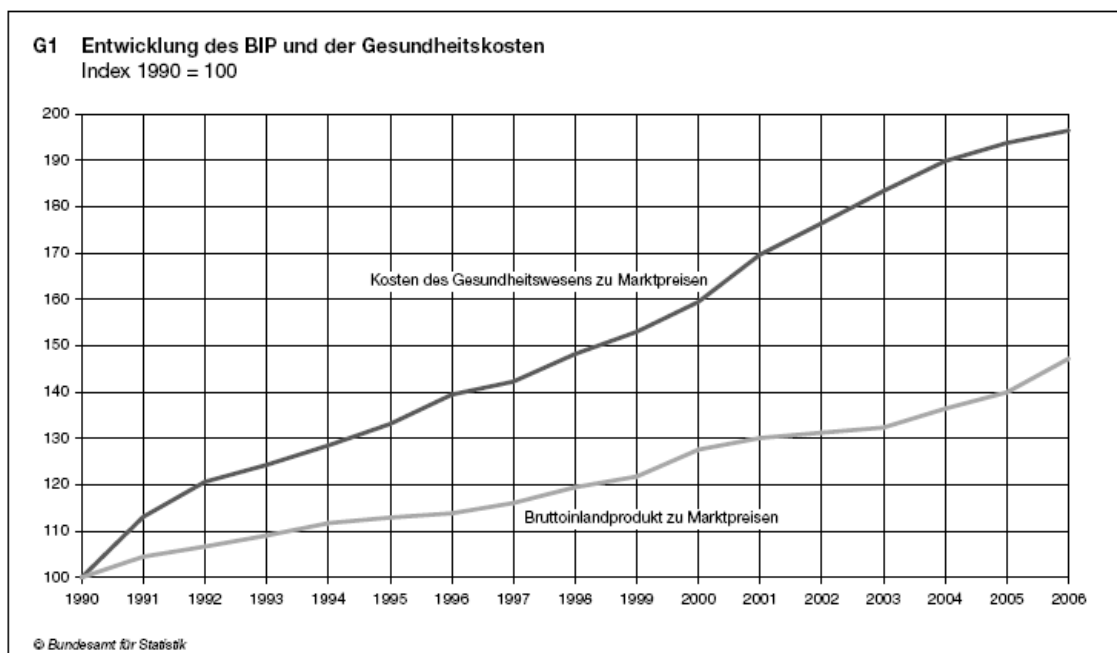


Abb. 3: Entwicklung des BIP und der Gesundheitskosten¹⁹³

Abb. 3 veranschaulicht das grundlegende Finanzierungsproblem ausgehend vom Jahr 1990 für die Schweiz. Der zunehmende Abstand zwischen den beiden Grafen verdeutlicht den Handlungsdruck, weil immer mehr gesellschaftlich erbrachte Leistungen in das Gesundheitswesen verlagert werden. Während das BIP seit 1990 von einem Index von 100 auf knapp 150 im Jahr 2006 angestiegen ist, haben die Kosten im Gesundheitswesen insbesondere zu Beginn der Neunziger Jahre und zwischen 2000 und 2004 deutlich stärker zugenommen. Nur 2005 und 2006 waren die Wachstumsraten des BIP höher als die der Gesundheitskosten. Der Index für die Gesundheitskosten stieg von 100 im Jahr 1990 auf knapp 200 im Jahr 2006.

2.1.3 Die Rede von der „Kostenexplosion“

Der Blick auf den Verlauf des Grafen für den Anteil der Gesundheitskosten am BIP in der Abb. 3 zeigt durchgängig einen leichten Anstieg seit 1995. Das 2003 erreichte Niveau von 11,4 Prozent konnte in den Jahren 2004 und 2005 gehalten und in den Jahren 2006 und 2007 sogar leicht auf 10,8 bzw. 10,6 Prozent „reduziert“ werden.¹⁹⁴ Vor diesem Hintergrund, trotz der erneuten Anstiege in 2008 und 2009, kann also in den vergangenen 15 bis

¹⁹³ BFS (2008): Medienmitteilung vom 25.08.2008, Stabilisierung der Gesundheitskosten.

¹⁹⁴ So die Zahlen aus dem BfS vom August 2008. Aufgrund des hohen Wirtschaftswachstums in 2006 ist der Anteil der Gesundheitskosten am BIP auf 10,8% gesunken (11,4% in 2005). S. BFS (2008): Medienmitteilung vom 25.08.2008, Stabilisierung der Gesundheitskosten.

20 Jahren nicht von einer „Kostenexplosion“ im Schweizer Gesundheitswesen gesprochen werden. Dafür müsste ein progressiver Kostenanstieg unterstellt werden, der sich empirisch aber nicht bestätigen lässt.¹⁹⁵

Woher kommt dennoch die Rede von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen? Dazu ist es hilfreich, zwischen der Kostenentwicklung und der Entwicklung der Krankenversicherungsprämien zu unterscheiden. Zwischen 1996 und 2009 sind die *Gesundheitskosten* laut Interpharma nämlich um 63 Prozent gestiegen, während sich die *Prämien* in der Grundversicherung im gleichen Zeitraum viel stärker, um 87 Prozent, erhöht haben. Die Gründe für diese Entwicklung liegen im Finanzierungssystem als solchem – Stichworte sind Umlageverfahren und Reservenbildung – und im Rückgang der Aufwendungen, die von Bund und Kantonen getragen werden. Zum einen mussten also die steigenden Gesundheitskosten durch steigende Prämien gedeckt und zum anderen mussten die Prämien angehoben werden, um den Ausfall von Staatsleistungen zu kompensieren. Interpharma kommt deshalb zu folgendem Schluss: „Die weit herum beklagte ‚Kostenexplosion‘ im Gesundheitswesen ist in Tat und Wahrheit eine ‚Prämienexplosion‘. Die Prämien sind in den letzten sechs Jahren doppelt so rasch angestiegen wie die Kosten. Die Diskussion auf die Kosten des Gesundheitswesens zu fokussieren, heisst, die Prioritäten am falschen Ort setzen, [...]“.¹⁹⁶

Die Rede von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen kann folglich so nicht bestätigt werden. Es sind die Prämien der Grundversicherung (OKV), die in den vergangenen 10 bis 15 Jahren stärker zugenommen haben, als dies der reine Kostenanstieg im Gesundheitswesen nahe legen würde. Von daher ist es verständlich, dass in den Augen der Versicherten das Gesundheitswesen zu einer immer teureren Angelegenheit wird und die Rede von der „Kostenexplosion“ zu den sich jährlich erhöhenden Prämien in der Grundversicherung passt. In der Öffentlichkeit wird deshalb die Höhe der Prämien als die wesentliche gesundheitspolitische Grösse wahrgenommen. „Die Prämienhöhen beanspruchen weit grösseres

¹⁹⁵ Nicht selten wird das „Argument“ der Kostenexplosion auch im Zusammenhang mit der Einführung des KVG in 1996 vorgebracht. Der Blick auf den Grafen in Abb. 2 zeigt aber gerade, dass der Kostenanstieg vor 1996 signifikant höher war.

¹⁹⁶ INTERPHARMA (2008): Schweizer Gesundheitswesen, in: <http://www.interpharma.ch/de/189.asp> (Stand: 15.08.2008).

Interesse als die fast dreimal höheren Kosten des Gesundheitswesens selbst¹⁹⁷, schrieb der inzwischen verstorbene Hans Heinrich Brunner.¹⁹⁸

Ferner muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass sich die Ausgaben für Gesundheit zusammensetzen aus Preis mal Menge. Für eine genauere Analyse der Kostenentwicklung müsste also zuvor noch geklärt werden, ob die Ursache für den Kostenanstieg primär bei den Preisen oder bei der Menge der nachgefragten Gesundheitsgüter liegt. Im ersten Fall hätten die Versicherten keinen direkten Handlungsspielraum, um dies zu ändern. Im zweiten Fall wäre der Handlungsspielraum der Versicherten erst noch zu untersuchen. Eine pauschale Dramatisierung der Kostenentwicklung scheint mit Blick auf die gegebenen Sachverhalte jedenfalls nicht angemessen.

2.1.4 Die Verteilung der Kosten und der Handlungsspielraum der Versicherten

Der Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen verteilt sich auf verschiedene Leistungsbe-
reiche¹⁹⁹ und Kostenträger²⁰⁰. Nicht nur die Kostenentwicklung in den einzelnen Bereichen und bei den einzelnen Kostenträgern, sondern auch der Handlungsspielraum der Versicherten kann dabei sehr unterschiedlich sein. Diese Unterschiede sollen nachfolgend für unsere Fragestellung aufgeschlüsselt werden.

Der Verantwortungs- bzw. Handlungsspielraum der Versicherten lässt sich zunächst unterscheiden in Entscheidungen im Zusammenhang mit einem *gesundheitsrelevanten Lebensstil* und Entscheidungen, die *Versicherungsleistungen* und *Inanspruchnahme medizinischer Güter und Dienstleistungen* umfassen. Bei Ersteren sind in erster Linie Aspekte der Ernährung, des Konsums, der Bewegung, der Prävention und Vorsorge angesprochen. Die individuelle Verantwortung für den eigenen Lebensstil entspricht der modernen Vorstellung von Freiheit, Individualität und Würde. Die individuellen und sozialen Kostenfolgen sind hier jedoch weit weniger evident als gemeinhin vermutet und zeitlich in aller Regel nicht

¹⁹⁷ Hans Heinrich BRUNNER et al. (2007): Krankenversicherung, in: Gerhard KOCHER, Willy OGGIER: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, S. 160f.

¹⁹⁸ Brunner war von 1994-2004 Präsident der FMH.

¹⁹⁹ Unter Leistungsbereiche werden Einheiten zusammengefasst, die sich unterscheiden in ihrer Organisation, ihrer Zielsetzung und ihrer Funktion innerhalb des Gesundheitswesens, z. B.: ambulante oder stationäre Dienste, Arzt oder Spital u. ä. Die Handlungsspielräume der Versicherten variieren je nach Leistungsbereich.

²⁰⁰ Bei den Kostenträgern steht die Frage, wer die anfallenden Kosten trägt, im Vordergrund. Dies können die Versicherten, obligatorische oder private Versicherungen oder der Staat sein. Je nach Perspektive können drei Konzepte unterschieden werden: 1.) aus Sicht der Direktzahlenden, was am geläufigsten ist; 2.) aus Sicht der sozialen Sicherheit und 3.) aus volkswirtschaftlicher Sicht. Vgl. BFS (2011): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, S. 15.

unmittelbar erkennbar.²⁰¹ Die Frage des Lebensstils steht deshalb nachfolgend nicht im Vordergrund. Bei Entscheidungen, die Versicherungsleistungen und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen betreffen, bewegen wir uns im Rahmen der OKV. Hier finden sich die Handlungsspielräume der Versicherten, die unmittelbar Auswirkungen auf die Gesundheitskosten haben. Auf Kosten, die beim Staat für das Gesundheitswesen entstehen oder durch staatliche Vorgaben festgelegt sind, können die Versicherten allenfalls indirekt Einfluss nehmen, wenn sie sich bei Abstimmungen für andere gesundheitspolitische Weichenstellungen entscheiden. In den nachfolgenden Ausführungen geht es deshalb vor allem um die Handlungsspielräume der Versicherten im Rahmen der OKV und um das Gewicht der Ausgaben, auf die die Versicherten Einfluss nehmen können.

Eine detaillierte Betrachtung der Kostenentwicklung im Hinblick auf den Aspekt der Eigenverantwortung der Versicherten muss die Frage beantworten, bei welchen Kostenträgern (Versicherte, obligatorische oder private Versicherungen, Staat) und in welchen Leistungsbereichen (ambulante oder stationäre Dienste, Medikamente etc.) die meisten Kosten und die grössten Kostenanstiege zu verzeichnen sind.

2.1.4.1 Kostenträger

Die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen betragen im Jahr 2010 62,5 Mrd. Franken, was pro Kopf 7'936 Franken entspricht.²⁰² Bezogen auf die Kostenträger bzw. Direktzahlenden²⁰³ wie Sozialversicherungen, private Haushalte und Staat liegt die mit Abstand grösste Finanzierungslast bei den Sozialversicherungen und den privaten Haushalten. Diese Finanzierung teilt sich folgendermassen auf:

²⁰¹ Die Gründe und Zusammenhänge werden in Kap. 7 näher erläutert.

²⁰² Vgl. BFS (2012): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Dies sind die neuesten provisorischen Zahlen des BfS. Die Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS stellt eine Synthese dar aus sämtlichem verfügbarem Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme welche mit der Produktion und dem Konsum von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres verbunden sind. Sie kann somit erst erstellt werden, wenn sämtliche statistischen Primärdaten verfügbar sind, insbesondere jene der Sozialversicherungen und der öffentlichen Finanzen. Dadurch lassen sich die definitiven Zahlen erst mit einer rund zweijährigen Verspätung veröffentlichen.

²⁰³ Unter Direktzahlenden versteht man die wirtschaftliche Einheit, die die Leistungen der Leistungserbringer direkt bezahlen.

• Sozialversicherungen (OKV, IV, UV, Militärvers.):	26,10 Mrd.	41,7%
• Private Haushalte (Kostenbeteiligungen, Out of Pocket-Zahlungen, private Versicherungen)	21,10 Mrd.	33,8%
• Staatliche Beiträge (Bund, Kantone, Gemeinden)	11,85 Mrd.	18,9%
• Andere Regimes, andere private Finanzierung ²⁰⁴ und bedarfsabhängige Sozialleistungen	3,44 Mrd.	5,6%
Gesamt	62,5 Mrd.	100%

Abb. 4: Anteile an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens 2010 nach direkt zahlenden Kostenträgern in Franken²⁰⁵

Wie Abb. 4 zeigt, stellen die Zahlungen der privaten Haushalte nach den Sozialversicherungen den zweiten bedeutsamen Anteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens dar. Die direkten Zahlungen der privaten Haushalte umfassen insbesondere Leistungen der sozialmedizinischen Institutionen und der ambulanten Leistungserbringer sowie Medikamente, die von Sozial- oder Privatversicherung nicht bezahlt werden (Zahnarzt- und Pflegekosten, Selbstbeteiligungen). In der obigen Auflistung wurden die durch private Versicherungen getragene Kosten hinzugerechnet, weil diese Ausgaben ebenfalls von den privaten Haushalten via Beiträge finanziert werden und Ausdruck eigenverantwortlich getroffener Entscheidungen sind.²⁰⁶ Somit bezahlen die Haushalte in der Schweiz rund ein Drittel der Gesundheitskosten direkt an die Leistungserbringer. Im Vergleich zu anderen OECD-Staaten tragen die privaten Haushalte in der Schweiz damit einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Gesundheitskosten.²⁰⁷ Die Sozialversicherungen sind mit einem Finanzierungsanteil in Höhe von 41,7 Prozent die wichtigsten Direktfinanzierer des Gesundheitswesens. Innerhalb dieses Postens trägt die OKV den Hauptanteil der Finanzierungslast mit rund 35 Prozent der Gesamtausgaben. Der Grossteil der staatlichen Direktfinanzierungs-

²⁰⁴ Darunter fallen z. B. Spenden und Vermächtnisse.

²⁰⁵ Die Angaben und Zahlen beziehen sich auf BFS (2012): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.

²⁰⁶ Dies widerspricht zwar der Aufteilung der Kosten auf die Direktzahlenden, wonach die Kosten der privaten Versicherungen separat aufgelistet werden müssten, bringt aber die Kosten der privaten Haushalte, die durch eigenverantwortlich getragene Entscheidungen verursacht sind, deutlicher zum Ausdruck. Hingegen sind die Beiträge für die Sozialversicherungen obligatorisch, ausser durch die Wahl einer alternativen Versicherungsform oder einer höheren Franchise können diese durch die Versicherten nicht beeinflusst werden.

²⁰⁷ Vgl. BFS (2011): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, S. 16.

beiträge (Bund, Kantone und Gemeinden) umfasst individuelle Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Subventionen an Spitäler und die sozialmedizinischen Institutionen.

Neben den Direktzahlungen für medizinische Güter und Dienstleistungen haben die privaten Haushalte auch die Prämienbeiträge für OKV und private Zusatzversicherungen zu tragen. Die dabei gegebenen Handlungsspielräume zur Reduzierung der individuellen Prämienlast erlauben zusätzliche eigenverantwortliche Entscheidungen. Deshalb ist es notwendig, im Zusammenhang mit der Forderung nach mehr Eigenverantwortung die Direktzahlungen der Privaten und die Ausgaben für obligatorische und private Krankenversicherungen zu betrachten. Der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte erhöht sich damit auf knapp zwei Drittel an den gesamten Gesundheitskosten. Das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten kann folglich verstanden werden als Erweiterung des eigenverantwortlichen Handlungsspielraums innerhalb dieses zwei Drittel-Anteils oder als eine Erhöhung dieser Finanzierungslast.

Der Blick auf die Versicherten im Hinblick auf die Frage der Eigenverantwortung macht also prima facie durchaus Sinn. Da sie den Grossteil der Gesundheitskosten direkt oder indirekt (via Prämienbeiträge) tragen, sollte es in ihrem Interesse liegen, durch einen verantwortlichen Umgang mit den begrenzten Ressourcen auf diese Kosten Einfluss zu nehmen. Sollten ein gesundheitsförderliches Verhalten und die Verminderung von moral hazard-Phänomenen insgesamt zu niedrigeren Kosten führen, so wären im Endeffekt auch die Kosten, die vom Staat und den anderen Sozialversicherungsträgern getragen werden, positiv davon betroffen. Allerdings lässt dieser Blick auf die Kostenanteile am Gesundheitswesen noch kein differenziertes Urteil über die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Kosten durch die Versicherten zu. Ein differenzierteres Urteil muss nämlich berücksichtigen, dass einerseits ein gesundheitsförderliches Verhalten positive Kosteneffekte in aller Regel erst in Zukunft mit sich bringen wird und andererseits die Versicherten nicht auf alle Entscheide im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit oder ihrer Krankheit denselben Einfluss nehmen können. So ist die Entscheidung, wegen einer geringfügigen Erkrankung zum Arzt zu gehen, nicht gleichzusetzen mit der Entscheidung, aufgrund ärztlichen Anratens ins Spital zu gehen und sich operieren zu lassen. Darüber hinaus müssen grundsätzlich die Fragen geklärt werden, was ein gesünderer Lebensstil im Konkreten meint und ob ein gesünderer

Lebensstil statistisch zu einem längeren und vor allem gesünderen Leben führt.²⁰⁸ Dabei kann die Langlebigkeit selbst wieder als Ursache für eine Zunahme der Gesundheitskosten verstanden werden, weil mit zunehmendem Alter das Risiko bestimmter Erkrankungen deutlich zunimmt. Eine verringerte Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit des älteren Organismus erhöht das Erkrankungsrisiko.²⁰⁹ Als Folge davon ist Pflegebedürftigkeit im Alter zu einem neuen „Grossrisiko“ geworden.²¹⁰

Generell kann davon ausgegangen werden, dass stationäre Dienstleistungen, von Ärzten verordnete Therapien, Medikamente und Laboruntersuchungen sowie Spitexleistungen von den Versicherten weit weniger beeinflusst werden können, als ambulante Konsultationen, der Bezug von Medikamenten mit Generika-Alternativen und Medikamenten, die sie ohnehin direkt aus der eigenen Tasche bezahlen müssen. Es ist naheliegend, dass Patientinnen und Patienten kaum entgegen ärztlichen Anratens und medizinischer Erfordernisse entsprechende Interventionen und Therapien ablehnen.²¹¹ Neben den Kostenanteilen der Kostenträger müssen ausserdem die Kostenanstiege in den unterschiedlichen Kostengruppen betrachtet werden.

2.1.4.2 Kostenanstiege in den Kostengruppen

Seit Januar 2006 weist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Kostenentwicklung in der OKV quartalsweise im Internet und jährlich in Publikationen aus. Dies erlaubt, neben den Ausgaben der Versicherer in den einzelnen Kantonen auch die einzelnen Kostengruppen zu

²⁰⁸ Im Hintergrund zu dieser Frage steht die Diskussion um eine empirische Bestätigung der Medikalierungs- oder Kompressionsthese. Näheres vgl. Kap. 7.

²⁰⁹ Als alterscharakteristische physiologische Problembereiche gelten u.a.: zunehmender Bluthochdruck, erhöhter Cholesteringehalt im Blut, verminderte Glukosetoleranz, Abnahme der Muskelfasern und Kapillaren bei Zunahme des Bindegewebes, biochemische Veränderungen der Faserbestandteile und der Grundsubstanz des Bindegewebes, Abnahme des Mineralgehalts des Skeletts, Trübung der Augenlinse, Verlust des Hörvermögens für hohe Frequenzen. Aus qualitativer Perspektive sind insbesondere die Alzheimer-Krankheit bzw. Demenz als bedeutsame alterstypische Erkrankungen zu nennen, da sie weit reichende Auswirkungen auf die selbständige Lebensführung und die Lebensqualität haben. Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT; STATISTISCHES BUNDESAMT (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit im Alter, S. 8. Wichtig in diesem Zusammenhang auch: Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, insb. S. 31-39.

²¹⁰ Vgl. Carsten COLOMBIER (2008): Demografische Alterung und Gesundheitswesen, S. 65: „Die Ausgabenentwicklung [in der Langzeitpflege] ist aufgrund des stärkeren Einflusses der Alterung und des Gesundheitszustands der Bevölkerung dynamischer als die der Gesundheitsausgaben ohne die Langzeitpflege, so dass spürbare Zusatzlasten auf die Gesellschaft zukommen dürften.“; Willy OGGIER (2007): Internationale Vergleiche, in: Gerhard KOCHER, Willy OGGIER: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, S. 89.

²¹¹ Allenfalls mag es im Einzelfall vorkommen, wenn Nebenwirkungen und Prognosen so schlecht sind, dass man sich entscheidet, nicht alles medizinisch Mögliche in Anspruch zu nehmen.

vergleichen.²¹² Gemäss Art. 19b KVG umfassen die Kosten für die gesetzlichen Leistungen:

Art. 19b KVG

- a. die Kosten der Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- b. die Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung;
- c. die Risikoabgaben in den Risikoausgleich;
- d. die mit der Gewährung der Leistungen nach den Buchstaben a–c verbundenen Verwaltungskosten.

Die unter den Buchstaben b-d genannten Kostenpunkte sind für unsere Fragestellung nicht relevant, so dass es sinnvoll ist, die Leistungsseite der OKV näher zu betrachten. Bei der Aufteilung der Bruttoleistungen der OKV (d.h. mit der Kostenbeteiligung der Versicherten) eines Betriebsjahrs nach Kostengruppen entfallen von der Gesamtsumme im Jahr 2008 von 22,7 Mrd. Franken (+5,3% gegenüber 2007) 38 Prozent auf die Spitäler (ambulant und stationär), 22 Prozent auf Leistungen der Ärzte (ambulant), 20 Prozent auf Medikamente (von Apotheken und Ärzten abgegeben), 8 Prozent auf Pflegekosten in Pflegeheimen sowie 12 Prozent auf übrige Leistungen wie Spitex, Physiotherapie, Chiropraktik, Labor, Mittel und Gegenstände. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht die Dimensionen.

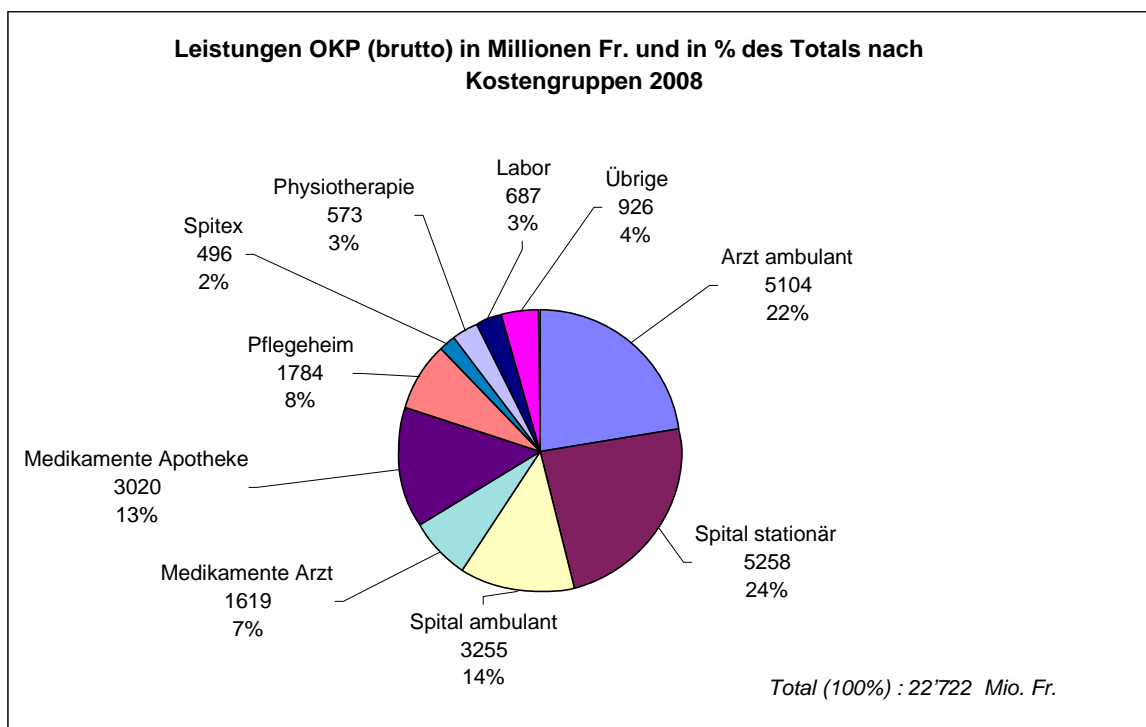


Abb. 5: Leistungen OKP (brutto) nach Kostengruppen 2008²¹³

²¹² Vgl. BAG (o. J.): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Im Internet unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/02446/index.html?lang=de> (Stand 16.10.2010).

Abb. 5 zeigt, dass innerhalb der durch die OKV gemäss KVG bezahlten Leistungen die Posten Spital stationär, Arzt ambulant, Spital ambulant und Medikamente Apotheke in dieser Reihenfolge die grössten Kostengruppen sind. Sie verursachen insgesamt 73 Prozent der gesamten Kosten für Brutto-Leistungen der OKV. Pro versicherte Person wurden 2008 2'984 Franken aufgewendet, 4,2 Prozent mehr als im Jahr 2007.²¹⁴ Wie aber oben bereits erwähnt, ist die Einflussnahme der Versicherten im Krankheitsfall bei den einzelnen Kostengruppen sehr unterschiedlich. Nur bei den Kostengruppen Arzt ambulant und Spital ambulant ist anzunehmen, dass die Versicherten je nach individueller Einschätzung ihrer Erkrankung einen gewissen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Leistungen haben.²¹⁵ So liegt die Entscheidung, sich in ärztliche Behandlung zu begeben und dadurch entsprechende Kosten zu verursachen, in den meisten Fällen zunächst bei den Versicherten. Je nach Versicherungsmodell²¹⁶ können die Versicherten auch entscheiden, ob sie direkt zu einem Facharzt oder in ein Spital gehen. Notwendige weitere medizinische Konsultationen beim Haus- oder Facharzt oder im Spital liegen dann schon weitgehend im Verantwortungsbereich der Ärzte. Dieser Umstand schränkt somit den kostenrelevanten Einflussbereich der Versicherten ebenfalls ein.

Von den vier grössten Kostengruppen sind es also lediglich die ambulanten Leistungen von Arzt und Spital, bei denen die Forderung nach mehr Eigenverantwortung wenigstens theoretisch zu einer Kostenentlastung führen könnte. Der Einfluss der Versicherten auf die ebenfalls bedeutenden Kostengruppen Spital stationär und Medikamente Apotheke ist als gering anzunehmen, weil diese Kostengruppen weitgehend auf ärztliche Anweisung hin relevant sind und es nicht erwartet werden kann, dass sich die Versicherten entgegen ärztlichem Rat verhalten. Bei den Medikamenten kann allerdings, wenn Generika-Alternativen vorhanden sind, diese günstigere Variante gefordert werden.

²¹³ BAG (o. J.): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008. Die entsprechenden Excel-Dateien finden sich im Internet unter:

http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHfHt9g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- (Reg. 2e, letzte Änderung vom 27.04.2010). Die relevanten Zahlen für 2010 lagen zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch nicht vor.

²¹⁴ Vgl. BAG (o. J.): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Reg. 101d.

²¹⁵ Ob eine Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von ambulanten Diensten dann im Endeffekt auch positiv für die Kosten ist bzw. war, müsste statistisch untersucht werden. Dazu relevante Zahlen waren in der genannten Literatur nicht zu finden.

²¹⁶ Sog. „Gatekeeper“-Modelle wie Hausarzt- oder HMO-Modelle verlangen von den Versicherten gegen entsprechende Prämienrabatte, dass sie zuerst den in der Versicherung festgelegten Arzt konsultieren. Hier fällt diese Wahlmöglichkeit weg.

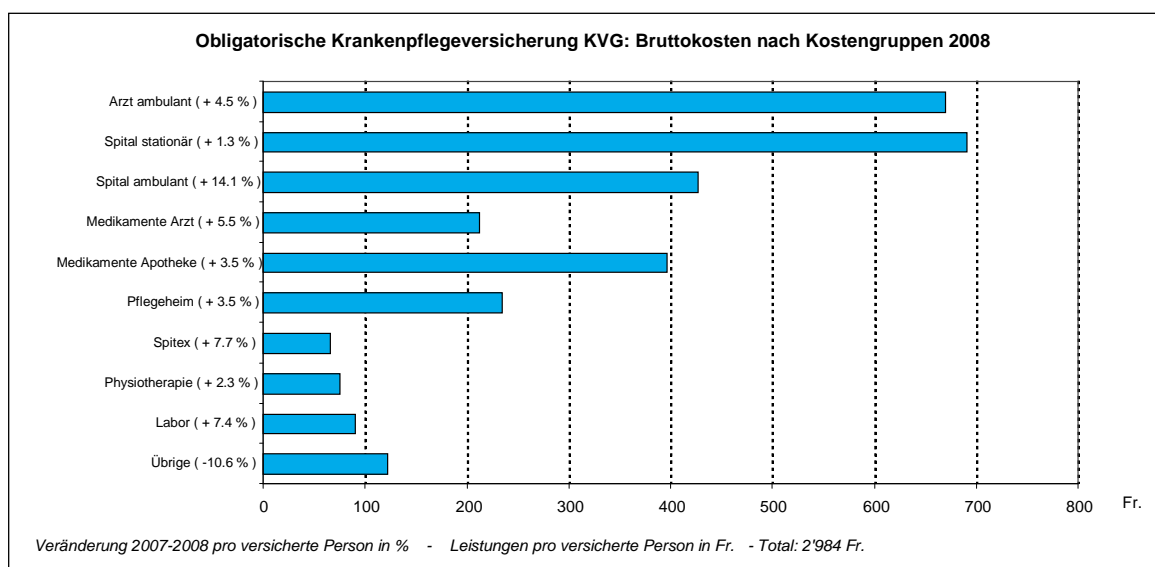


Abb. 6: Bruttokosten obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG²¹⁷

Die obige Abbildung veranschaulicht das bisherige Ergebnis auch im Blick auf die einzelne versicherte Person: Bruttokosten von knapp 700 Franken pro versicherte Person sind in den Kostengruppen Arzt ambulant und Spital stationär 2008 angefallen. Deutlich weniger, nämlich rund 420 Franken, sind pro Versichertem bei Spital ambulant und knapp 400 Franken bei Medikamente Apotheke angefallen. Ausserdem zeigt die Abbildung die Kostenentwicklung im Vergleich zum Vorjahr. Auffallend sind zunächst die mit Abstand grösste Zunahme bei Spital ambulant (+14,1 %) und die deutliche Zunahme bei Spitex (+7,7%) und Labor (+7,4%). Etwas weniger stark waren die Zunahmen bei Medikamente Arzt (5,5 %) und Arzt ambulant (4,5 %). Ebenfalls auffallend ist der Kostenrückgang bei Übrige (-10,6%), worunter Kosten für Chiropraktik, Komplementärmedizin, Mittel und Gegenstände zusammengefasst sind.

Das hohe Kostenwachstum bei Spital ambulant in 2008 ist mehr als dreifach so hoch als das durchschnittliche Trendwachstum in allen Bereichen (3,9%). Santésuisse verweist darauf, dass insbesondere die Inanspruchnahme der Spitaldienste im Notfall sehr stark angestiegen ist. Dabei könnten ihrer Meinung nach viele Fälle auch von den Grundversorgern behandelt werden. Aufgrund des besser ausgebauten Angebots im Spital bestehen für die Versicherten allerdings starke Anreize, direkt in die Spitalambulanz zu gehen, was höhere

²¹⁷ BAG (o. J.): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Reg. 2f.

Kosten verursacht.²¹⁸ Sollte eine Überversorgung von ambulanten Notfallpatienten im Spital tatsächlich ein Grund für diesen enormen Kostenanstieg nicht nur in 2008 sein, so wäre eine Verlagerung zu den Hausärzten/Grundversorgern grundsätzlich zu begrüssen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob in diesem Fall die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten das geeignete Mittel ist oder ob nicht sogenannte Gatekeeper-Modelle²¹⁹ eine bessere Antwort auf dieses Problem wären. Es könnte nämlich gerade die „Eigenverantwortung“ sein, die im Krankheits- oder Notfall die Versicherten in die Spitäler führt, weil sie dort eine fachkundigere und effizientere Behandlung erwarten.

Darüber hinaus verweist das BFS bezogen auf den Kostenanstieg in den Spitälern noch auf folgenden Zusammenhang hin:

„Die Krankenhauskosten (einschliesslich der ambulanten Behandlung) sind zwischen 2000 und 2005 um jährlich 4,4 Prozent und damit etwas mehr als die Gesamtkosten (+4,1%) gestiegen. Die ambulante Behandlung in den Krankenhäusern verzeichnete in diesem Zeitraum einen starken Kostenzuwachs von durchschnittlich 10,3 Prozent pro Jahr gegenüber 3,2 Prozent für die stationäre Behandlung. Damit ist der Anteil der ambulanten Behandlungskosten der Krankenhäuser an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens von 5,0 Prozent im Jahr 2000 auf 6,6 Prozent im Jahr 2005 angewachsen. Diese Entwicklung ist teilweise auf die Einführung von weniger invasiven medizinischen Techniken zurückzuführen, die mehr ambulante Behandlungen ermöglichen.“²²⁰

Es zeigt sich also, dass auch andere, wünschenswerte und sich positiv auf die Gesamtkosten auswirkende Gründe für den Kostenanstieg bei Spital ambulant gegeben sind.

Auf die Kostenanstiege bei Spitem und Labor können die Versicherten nur sehr beschränkt Einfluss nehmen, weil sie im Allgemeinen bei entsprechendem Befund von den Ärzten an-

²¹⁸ Vgl. SANTÉSUISSE (2009): Gegen den Kostenanstieg Spital ambulant. Im Internet unter: https://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=26122&detail=yes&navid=. Die Kostenanstiege bei Spital ambulant sind in verschiedenen Jahren sehr unterschiedlich. So gingen die Kosten in 2006 verglichen mit dem Vorjahr um 1,5 % zurück! Diese unterschiedlichen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die einzelnen jährlichen Veränderungen nicht überbewertet werden dürfen, sie müssen vielmehr über einen längeren Zeitraum betrachtet werden.

²¹⁹ Mit Gatekeeper-Modellen werden Versicherungsmodelle bezeichnet, bei denen die Versicherten in der Regel gehalten sind, zunächst einen Hausarzt oder Grundversorger zu konsultieren, der quasi als „Pfortner“ zu entscheiden hat, ob ein Facharzt oder ein Spital für die weitere medizinische Behandlung notwendig ist. Allerdings ist auch bei diesen Versicherungsmodellen in Notsituationen die Verpflichtung, zuerst zum Gatekeeper zu gehen, aufgehoben.

²²⁰ BFS (2007): 53 Milliarden für die Gesundheit. Medienmitteilung Nr. 0350-0701-40 v. 08.02.2007. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch zu erwähnen, dass die ambulanten Spitalkosten im Rahmen der OKV von den Krankenversicherungen zu tragen sind. Die Kantone können deshalb über entsprechende Anreize auf diesem Weg zulasten der OKV sparen.

geordnet werden. Die Kostenzunahme bei den Spitexleistungen müsste eigens genauer betrachtet werden, um den Spielraum für Eigenverantwortung bewerten zu können. Vor allem müsste geklärt werden, was in diesem Zusammenhang Eigenverantwortung meint. Die Pflegebedürftigen selbst können an ihrer Situation kaum etwas ändern. Die Pflege durch Angehörige wäre sicher ein Beitrag zur Kostensenkung, würde den Begriff der Eigenverantwortung aber deutlich ausweiten. Generell ist anzumerken, dass diese Pflegeleistungen von ärztlicher Seite angeordnet werden müssen, damit sie zu Lasten der OKV abgerechnet werden können. Es ist also auch in diesem Bereich davon auszugehen, dass der Spielraum für Eigenverantwortung unmittelbar bei den Versicherten nicht gross sein dürfte.

Mit einem Blick auf die Kostenentwicklung im Rahmen der OKV soll die Tendenz über mehrere Jahre analysiert werden. Die nachfolgende Abbildung zeigt dazu die Bruttokostenentwicklung von 1998 bis 2006 pro versicherte Person.

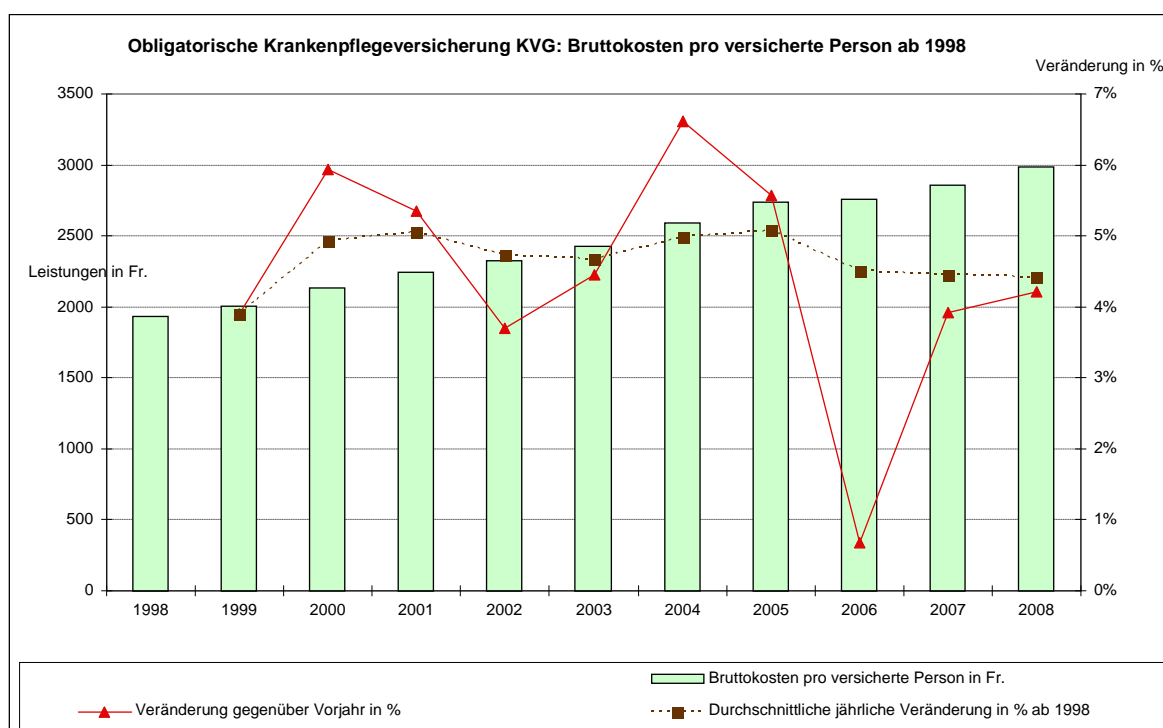


Abb. 7: Bruttokosten pro versicherte Person ab 1998 OKV²²¹

Abb. 7 zeigt den Anstieg der Bruttokosten pro versicherte Person von knapp 2000 Franken in 1998 bis auf 3000 Franken in 2008. Während in allen anderen Jahren ein deutlicher Anstieg der Kosten zu verzeichnen ist, sind die Kosten in der OKV in 2006 gegenüber 2005

²²¹ BAG (o. J.): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Reg. 2h.

fast unverändert geblieben (+0,7%).²²² Die kumulierte durchschnittliche jährliche Veränderung der Kosten ab 1998 betrug in 2008 4,4 Prozent, wobei sich die jährlichen Kostenanstiege in einer Bandbreite von 0,7 – 6,7 Prozent bewegen. Diese Bandbreite von 6 Prozent lässt sich kaum allein mit einer jährlich schwankenden Inanspruchnahme durch die Versicherten erklären. Offensichtlich muss es andere relevante Gründe geben, die für diesen schwankenden Kostenanstieg verantwortlich gemacht werden können.²²³

2.1.4.3 Die Versicherten als „Kostenverursacher“

Nicht alle Versicherten nehmen in gleichem Mass die Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch. Über die Prämienbeiträge tragen „Geringkostenfälle“ die Kosten der „Hochkostenfälle“ mit. Verschiedene Untersuchungen belegen, dass rund 5 Prozent der Versicherten 50 Prozent der Kosten in der Grundversicherung verursachen. 20 Prozent der teuersten Versicherten verursachen bereits 70 bis 80 Prozent der Kosten.²²⁴ Folglich ist eine erhebliche Konzentration der Kosten unter den Versicherten zu beobachten. Ein verhältnismässig kleiner Teil der Versicherten verursacht somit einen relativ grossen Teil der Kosten in der OKV.²²⁵

Die Frage des Handlungsspielraums für mehr Eigenverantwortung der Versicherten hat dabei zwei Aspekte, die berücksichtigt werden müssen. Zum einen sind bestehende Hochkostenfälle bereits in intensiver ärztlicher Behandlung, ihr Spielraum für Eigenverantwortung ist aufgrund ihrer schwerwiegenden Erkrankung eingeschränkt. Eine höhere Kostenlast dürfte deshalb bei dieser Personengruppe zu einer unverhältnismässig starken Belastung führen. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass eine generelle Forderung nach

²²² Santésuisse, der Verband der Schweizer Krankenversicherer, spricht in einem Communiqué mit Datum vom 30.07.2008 von einem Kostenstiege in der Grundversicherung in 2006 von 2,2%. Die Angaben variieren deutlich zu den Angaben des BAG. Für 2007 spricht Santésuisse von einem Kostenanstieg von 4,7% in der Grundversicherung und rechnet auch für die kommenden Jahre mit weiteren Kostenanstiegen. Vgl. Santésuisse (2008): Kostenanstieg in der Grundversicherung verdüstert Prämiensichten, Communiqué, <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200807300928040.pdf>.

²²³ Diese Frage kann im Rahmen der vorliegenden Fragestellung nicht näher untersucht werden. Es ist aber anzunehmen, dass gesundheitspolitische Gründe (Einschränkung oder Erweiterung des Leistungsumfangs in der OKV, Veränderungen in der Spitalfinanzierung etc.) und der medizinische Fortschritt (Investitionen in neue technische Möglichkeiten und Medikamente) in den einzelnen Jahren unterschiedlich zum Tragen kommen.

²²⁴ Vgl. Jürg H. SOMMER, Ortrud BIRSACK (2005): Hochkostenfällen in der Krankenversicherung, S. 9; Brigitte CASANOVA (2005): Medizinischer Fortschritt und Gesundheitskosten. Letztere verweist in diesem Artikel auf ein Statement von Markus Zimmermann-Acklin, wo er im Rahmen der Luzerner Trendtage Gesundheit mit dem Titel „Machbarkeit – Finanzierbarkeit – Ethik“ vom 22.-23. Februar 2005 ebenfalls dieses Patienten-Kosten-Verhältnis nennt.

²²⁵ In der Literatur werden Hochkostenfälle in zwei Klassen unterschieden: zwischen 20'000 und 50'000 CHF und grösser als 50'000 CHF/Jahr. Vgl. Jürg SOMMER, Nadine ENGLER (2007): Management von Hochkostenfällen im schweizerischen Gesundheitswesen, S. 3.

mehr Eigenverantwortung zahlenmässig vor allem die Versicherten betrifft, die die OKV vergleichsweise wenig belasten und deshalb nur geringen Einfluss auf das Gros der Gesundheitskosten haben. Dies legt die Vermutung nahe, dass damit primär Kosten aus den sozialen Versicherungen auf die privaten Haushalte übertragen werden.

2.1.4.4 Fazit

Als Fazit aus diesen Darlegungen kann zunächst festgehalten werden, dass sich der entscheidende Handlungsspielraum der Versicherten hinsichtlich Überlegungen zu mehr Eigenverantwortung – unabhängig von Fragen des gesunden Lebens – im Leistungsbereich der OKV befindet. Mit 22,5 Mrd. Franken trug die OKV in 2008 rund ein Drittel der Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Die restlichen Kosten von 35,9 Mrd. Franken wurden einerseits über Kostenbeteiligungen in Form von Selbstbehalten und Franchisen, Out of Pocket-Zahlungen und privaten Zusatzversicherungen der Versicherten sowie andererseits über die Beiträge von Bund, Kantonen, Gemeinden und anderen Sozialversicherungen gedeckt. Auf die Ausgaben des Kostenträgers Staat können die Versicherten aber allenfalls indirekt politischen Einfluss nehmen, und Selbstbeteiligungen sowie private Zusatzversicherungen sind bereits Ausdruck weitgehend eigenverantwortlicher Entscheidungen.

Innerhalb dieses Kostendrittels sind die Handlungsspielräume der Versicherten weitgehend auf die Kostengruppen Arzt ambulant und Spital ambulant beschränkt. In allen anderen Kostengruppen ist davon auszugehen, dass von ärztlicher Seite eine entsprechende Notwendigkeit zur Therapie zuvor festgestellt wurde, bevor die Versicherten die entsprechenden medizinischen Güter und Dienstleistungen in Anspruch nehmen können. Die Kosten bei Arzt ambulant sind in 2008 im Vergleich zum Vorjahr um 4,5 % gestiegen. Da sie der zweitgrösste Leistungsblock innerhalb der OKP sind, kann durchaus davon ausgegangen werden, dass die Versicherten mit ihren Entscheidungen zu ambulanten Arztbesuchen (Fach-, Hausarzt oder Spital) einen Einfluss auf die Kosten der OKV ausüben können.²²⁶ Allerdings ist damit noch nicht gesagt, dass weniger ambulante Arztbesuche im Endeffekt, das heisst auf lange Sicht, einen dämpfenden Kosteneffekt haben. Es ist nämlich denkbar, dass unterlassene oder zu spät vorgenommene ärztliche Konsultationen später zu höheren

²²⁶ Die für eine detaillierte Untersuchung notwendigen statistischen Angaben über Arztbesuche, die aufgrund einer neuen, bisher noch nicht behandelten Erkrankung erfolgen, liegen bisher nicht vor. Im Rahmen der Revision des KVG zur Kosteneindämmung befasst sich das Parlament (Stand September 2010) mit der Frage, ob zusammen mit der Arztrechnung in codierter Form auch die Diagnose an die Krankenkassen übermittelt werden soll. Dies böte die Möglichkeit, der Frage nachzugehen, welche Kosten durch Arzterstconsultationen entstanden sind.

Kosten führen, weil notwendige Massnahmen nicht oder zu spät vorgenommen werden. Grundsätzlich kann aber davon ausgegangen werden, dass bei der Inanspruchnahme von ambulanten Dienstleistungen ein gewisser Handlungsspielraum im Sinne von Eigenverantwortung für die Versicherten besteht.

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung bei den Versicherten muss folglich im Hinblick auf das Ziel der Kosteneinsparung im Rahmen der OKV mit einem deutlichen Fragezeichen versehen werden. Denn die in den beiden Kostengruppen Arzt ambulant und Spital ambulant enthaltenen Kosten umfassen zwar mehr als ein Drittel der Kosten der OKV, sie sind aber nur zu einem kleineren Teil von den Versicherten direkt beeinflussbar. Ein Teil der Kostengruppe Spital ambulant ist beispielsweise durch neue Interventionsmethoden bedingt, die früher nur im Rahmen stationärer Behandlungen möglich waren. Ein anderer Teil erfolgt aufgrund ärztlicher Überweisungen, wodurch eine entsprechende Notwendigkeit belegt ist. Bei genauer Betrachtung ist deshalb zu vermuten, dass die Kosteneffekte aufgrund eigenverantwortlicher Entscheidungen der Versicherten tendenziell überschätzt werden.²²⁷ Darüber hinaus können entsprechende Kosteneffekte nicht im Voraus mit Sicherheit bestimmt werden. In der gesundheitspolitischen Diskussion müssen ausserdem Kosten- und Prämienentwicklung voneinander unterschieden werden. Verschiedene Faktoren können nämlich dazu führen, dass sich die Prämienentwicklung deutlich von der Kostenentwicklung unterscheidet. Da eine verhältnismässig kleine Gruppe von Versicherten für einen relativ grossen Teil der Kosten in der OKV verantwortlich ist, erscheint eine generelle Forderung nach mehr Eigenverantwortung aus dieser Sicht als unangemessen.

2.2 Medizinischer Fortschritt und Kostenentwicklung

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist eng verbunden mit dem medizinischen Fortschritt. Dieser stellt neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, die die bisherigen Möglichkeiten ersetzen oder ergänzen können. Neue Diagnose- und Therapieangebote für bestehende und neue Krankheiten (z. B. SARS, Alzheimer etc.) erweitern den medizinischen Handlungsspielraum. Für die Erforschung und Zulassung solcher neuer Di-

²²⁷ In der gesundheitspolitischen Diskussion fällt immer wieder das Stichwort „Bagatellerkrankungen“. Hierbei zeigen sich jedoch zwei Schwierigkeiten. Erstens existiert keine hinreichende Definition dieser Charakterisierung von Erkrankungen, weshalb zweitens häufig erst im Nachhinein entschieden werden kann, ob ein Arztbesuch notwendig war.

agnose- und Therapiemöglichkeiten sind zusätzliche Ressourcen notwendig.²²⁸ Im Zuge dieser Entwicklung stellt sich die Frage, ob mit dem medizinischen Fortschritt höhere oder tiefere Kosten verbunden sind, ob und in wie weit die Versicherten darauf Einfluss nehmen können und in welchem Verhältnis die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten zum medizinischen Fortschritt als weiterem Faktor für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen steht.

Mit welchen Entwicklungen dabei zu rechnen ist, kann nachfolgend nur kurz skizziert werden, um einen Eindruck davon zu bekommen, in welche Richtung der medizinische Fortschritt sich vermutlich entwickeln wird und welche Dimensionen damit angesprochen sind. Es geht darum, den medizinischen Fortschritt anhand bereits konkreter oder zu erwartender neuer Handlungsmöglichkeiten zu skizzieren. Dabei können lediglich einige Grundstrukturen aktueller und zukünftiger Entwicklungen des medizinischen Fortschritts genannt werden. Für eine fundierte Beurteilung der Auswirkungen auf unser Gesundheitswesen bedarf es einer interdisziplinären Betrachtung, die hier nicht geleistet werden kann. Einen tiefer gehenden Eindruck von den Perspektiven der medizinischen Forschung bieten spezielle Delphi-Studien, die versuchen, qualitativ die anstehenden Entwicklungen zu beschreiben.²²⁹

2.2.1 Perspektiven des medizinischen Fortschritts

Die allgemeinen technologischen Veränderungen vollziehen sich vor allem in den Bereichen der Informatisierung, Prozesssteuerung und Miniaturisierung.²³⁰ Informations- und Kommunikationstechnologien, Mikrosystem- und Nanotechnologie sowie Biotechnologien (insbesondere Gentechnik) werden den Gesundheitsbereich und die Medizin weiterhin stark verändern. Ein Grundzug der aktuellen Technologieentwicklung ist die tendenzielle Aufhebung der Grenze von Belebtem und Unbelebtem und damit einhergehend eine immer engere Kopplung von Mensch und Maschine.²³¹ Mit artifiziellen Moleküldesigns, Gentechnik,

²²⁸ Vgl. Stefan FELDER (2005): Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben. Aus ethischer Sicht stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, wie viel und welchen medizinischen Fortschritt wir wollen, was aber im Rahmen der vorliegenden Fragestellung nicht behandelt werden kann.

²²⁹ Delphie-Studien nutzen eine mehrstufige, systematische Befragung, um Trends und Entwicklungen abschätzen zu können. Namensgeber ist das antike Orakel von Delphi. Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FORSCHUNG UND TECHNOLOGIE (1993): Delphi-Bericht 1995 zur Entwicklung von Wissenschaft und Technik.

²³⁰ Vgl. Karlheinz STEINMÜLLER (1995): Grundlegende Entwicklungstrends der kommenden 30 Jahre – Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Zukunft. Zur Mitte dieses Prognosezeitraums ist ein Grossteil dieser genannten Trends bereits Realität.

²³¹ Vgl. Karlheinz STEINMÜLLER (1995): Grundlegende Entwicklungstrends der kommenden 30 Jahre – Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Zukunft, S. 20ff.

Biotechnologie, Bionik und verwandten Disziplinen gelingt bereits ein partieller Nachbau lebender Strukturen.

Neuartige Materialien, neuartige Medikamente und neue Erkenntnisse über die Zusammenhänge der Bioprozesse werden es erlauben, gezielter in Therapie- und Vorsorgeprozesse einzugreifen.²³² Die Erkenntnisse im Bereich Genomanalyse werden beispielsweise in der Pharmakogenomik daraufhin untersucht, wie sie das unterschiedliche Ansprechen von Individuen auf Arzneimittel erklären können.²³³ Die Umsetzung dieser Ergebnisse führt zu einer sogenannten „individualisierten Arzneimitteltherapie“, an der aktuell mit Nachdruck geforscht und gearbeitet wird.²³⁴

Eine weitere Etappe des medizinischen Fortschritts zeichnet sich ab in der Nutzung der Xenotransplantation.²³⁵ Aufgrund des allgemeinen Mangels an Spenderorganen, werden zurzeit enorme Anstrengungen unternommen, diese Technik nutzbar zu machen. Neben den eigens zu diskutierenden Risikofragen und ethischen Implikationen²³⁶ ist im Falle einer sich abzeichnenden Anwendungsmöglichkeit dieser Technologie mit weiteren Forschungs- und enormen Investitionsausgaben zu rechnen.²³⁷

Ohne Zweifel sind in Zukunft weitere medizinische Fortschritte zu erwarten. Die Spannweite medizinischer Handlungsmöglichkeiten wird sich dadurch immer mehr vergrössern. Welche Chancen sich bei einzelnen Krankheiten und insgesamt für das Gesundheitswesen

²³² Im Rahmen der Luzerner Trendtage Gesundheit, die 2005 unter dem Thema „Machbarkeit – Finanzierbarkeit – Ethik. Medizinischer Fortschritt als gesellschaftliche Herausforderung“ standen, informierte Paul Herrling, Head Corporate Research bei Novartis, darüber, dass in Zukunft genetisch wirkende Medikamente verhindern sollen, dass Alzheimer-Plaques das Gehirn schädigen können. Vgl. Brigitte CASANOVA (2005): Medizinischer Fortschritt und Gesundheitskosten, S.42.

²³³ Zahlreiche Medikamente wirken bei einzelnen Personen nur eingeschränkt oder gar nicht, Abbauprozesse dieser Medikamente dauern länger oder verursachen Komplikationen, die bei anderen Personen nicht auftreten. So wirkt beispielsweise das in der Brustkrebstherapie eingesetzte Herceptin nur bei einem bestimmten Typus von Frauen.

²³⁴ Dies belegen beispielsweise die Pressemitteilungen und Fachtagungen des deutschen Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): http://www.bfarm.de/nn_1201360/DE/BfArM/Presse/mitteil2007/pm14-2007.html. In diesem Zusammenhang werden u. a. folgende Krankheiten genannt: Hypertonie, Psychosen, Diabetes, rheumatische Arthritis, Multiple Sklerose, Krebserkrankungen etc.

²³⁵ Bei einer Xenotransplantation handelt es sich um die Übertragung von lebens- und funktionstüchtigen Zellen oder Zellverbänden (einschliesslich ganzer Organe oder Körperteile) von einer Spezies auf eine andere. Zurzeit sind Abstossungsreaktionen beim Empfänger und Übertragungen von artfremden Viren das grösste Problem. In der Schweiz unterliegen Xenotransplantationen der besonderen Bewilligung durch das Bundesamt für Gesundheit. Vgl. Bundesgesetz betreffend die Änderung des Bundesbeschlusses über die Kontrolle von Blut, Blutprodukten und Transplantaten vom 8. Oktober 1999.

²³⁶ Vgl. Hans HALTER (2004): Xenotransplantation – Lösung des Allokationsproblems?

²³⁷ Vgl. Bärbel HÜSING et al. (1998): Xenotransplantation.

daraus ergeben, unsere Morbiditäts- und Mortalitätsraten zu verbessern und die Kosten des Gesundheitswesens damit positiv zu beeinflussen, ist kaum absehbar. Die bisherige Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass die Morbiditätsrate trotz immer besserer medizinischer Möglichkeiten weiter ansteigt, weil die medizinischen Möglichkeiten in den wenigsten Fällen eine Heilung und somit den weitgehenden Verzicht auf medizinische Leistungen versprechen können.²³⁸ Darüber hinaus stellen neue Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten in vielen Fällen eine Erweiterung und weniger eine kostengünstigere Alternative des medizinischen Handlungsspielraums dar.

2.2.2 Kosten des medizinischen Fortschritts

Die oben skizzierten Entwicklungen konstituieren weitgehend den Rahmen für den medizinischen Fortschritt in der Gegenwart und in absehbarer Zukunft. Dabei lassen sich Prozessinnovationen von Produktinnovationen unterscheiden. Bei den *Prozessinnovationen* ist davon auszugehen, dass diese sich in den meisten Fällen kostendämpfend auswirken, weil angesichts des bestehenden Spardrucks im Gesundheitswesen zu erwarten ist, dass neue Prozesse nur dann eingeführt werden, wenn sie sich vor allem durch Kosteneinsparungen oder durch medizinische Vorteile rechtfertigen lassen.²³⁹ Die Kosteneinsparung dürfte somit der eigentliche Anreiz für Prozessinnovationen sein.²⁴⁰

Anders verhält es sich mit den *Produktinnovationen*. Hier lassen sich sowohl für Kosteneinsparungen²⁴¹ als auch für Kostensteigerungen zahlreiche Beispiele finden. Die einzelnen

²³⁸ So konnte beispielsweise die Einführung der Betablocker einerseits die Mortalität senken, andererseits stiegen dadurch die Morbidität und die Gesundheitskosten. Vgl. a. Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens.

²³⁹ Vgl. Joseph P. NEWHOUSE (1992): Medical Care Costs. Selbstverständlich muss dies nicht immer der Fall sein, weil auch bei der Organisation von Prozessen im Gesundheitswesen sehr viele unterschiedliche Akteure im Spiel sind, die ihre eigenen kommerziellen Interessen und Marktstrategien verfolgen.

²⁴⁰ Gerhard Kocher teilt diese positive Wirkung von Prozessinnovationen auf die Kostenentwicklung, er sieht darin noch viel Potential: „Schlummernde Fortschrittsgebiete sind insbesondere die Prävention, die Pflegeforschung, Aus- und Weiterbildung, Datenlage und Statistiken, Evidence based Medicine, Informatik, Tarifsysteem, Patientenmitsprache, Behandlungen im Ausland, Struktur, Planung, Koordination, Kompetenzzentren und so weiter“, zit. nach Brigitte Casanova (2005): Medizinischer Fortschritt und Gesundheitskosten, S. 43.

²⁴¹ Durch die Einführung minimalinvasiver Operationstechniken (z.B. bei Gallenblasen- oder Meniskuserkrankungen) können heute Operationen ohne Öffnung von Körperhöhlen (v. a. Bauch, Brustkorb) mit einem deutlich geringeren Aufwand durchgeführt werden. Die Nachbehandlung ist einfacher und Komplikationen durch Bettlägerigkeit fallen weg. Pro Fall haben sich damit die Kosten deutlich reduziert. Ein anderes Beispiel ist die Behandlung von Nierensteinen. Durch die Entwicklung von Nierensteinerzürmerern (Lithotripter) sind die früher durchgeführten Operationen zur Entfernung von Steinen grotsteils überflüssig geworden. Zwar ist die Gerätebeschaffung kostenintensiv, aber in der Literatur herrscht weitgehend Übereinstimmung, dass in der Summe durch kürzere Spitalaufenthalte, schnellere Heilungsprozesse und weniger Komplikationen mit dieser Methode Kosten gespart werden können.

Produktinnovationen müssen deshalb getrennt auf ihre Kostenwirkung hin untersucht werden.

Eine Analyse der bisherigen Entwicklung der Gesundheitskosten in den Ländern mit einem hoch entwickelten Gesundheitswesen zeigt, dass die wesentliche Ursache für den Kostenanstieg im medizinischen Fortschritt gesehen werden muss.²⁴² Entsprechend wird auch in einer Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung in Kiel die zukünftige Kostensteigerung im Gesundheitswesen vor allem als Folge des medizinisch-technischen Fortschritts gesehen.²⁴³ Darin wird festgehalten, dass aufgrund der Dynamik der medizinischen Forschung davon ausgegangen werden kann, dass die Ausgabensteigerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland bis 2060 durch den medizinischen Fortschritt bei rund 2 Prozent pro Jahr liegen dürfte. Es ist mit guten Gründen davon auszugehen, dass diese Prognose weitgehend auch auf die Schweiz übertragen werden kann.²⁴⁴ Mit Blick auf die vorliegende Fragestellung ist jedoch zu fragen, ob und wenn ja, welchen Spielraum die Versicherten im schweizerischen Gesundheitswesen haben, um eigenverantwortlich Dienste und Güter des medizinischen Fortschritts nachzufragen.

2.2.3 Die Versicherten und der medizinischer Fortschritt

Der medizinische Fortschritt wird für die Versicherten dann konkret erfahrbar, wenn sie als Patienten medizinische Hilfe nachfragen. Neue medizinische Geräte und Dienstleistungen können helfen, Diagnosen zu präzisieren, Therapien zu verfeinern oder überhaupt erst zu ermöglichen. Ebenfalls können sie helfen, Präventionen gezielter anzuwenden. Für Patienten und Ärzte können daraus Erleichterungen, Verbesserungen und für die Patienten eine neue Lebensqualität und neue Lebenschancen resultieren. Da es sich bei der Gesundheit um ein konditionales Gut handelt, also um ein Gut, das Voraussetzung ist oder sein kann für viele andere Güter, ist kaum zu erwarten, dass Patienten sich gegen diesen Fortschritt entscheiden werden, zumindest solange nicht, wie für sie die damit verbunden zusätzlichen Kosten den Grenznutzen der Gesundheit unterschreiten. Die Gesundheit ist ein so hohes Gut, dass anzunehmen ist, dass Versicherte im Zweifelsfall kaum aus Kostengründen „freiwillig“ auf vielleicht bessere, also Erfolg versprechendere, aber auf alle Fälle teurere

²⁴² Vgl. Friedrich BREYER, Ulrich VOLKER (2000): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitskosten.

²⁴³ Vgl. Fritz BESKE, Christian KRAUSS (2010): Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060.

²⁴⁴ Der Blick auf die Gesundheitskosten verschiedener OECD-Staaten in Prozent des BIP hat gezeigt, dass die Entwicklung in Deutschland und in der Schweiz seit 1990 weitgehend ähnlich verlaufen ist. Vgl. Abb. 2 (Kap. 2).

medizinische Güter und Dienstleistungen verzichten.²⁴⁵ Fälle, wo sich Patientinnen oder Patienten nur oder auch aus Kostengründen gegen die Inanspruchnahme einer teuren medizinischen Leistung entscheiden, bleiben deshalb sicherlich Einzelfälle – trotz allfälliger Anreize zu mehr Eigenverantwortung. Die monetären Anreize zur Eigenverantwortung, sprich zur Bereitschaft, die Kosten der neuen Therapie selber zu tragen, müssten so hoch sein, dass die solidarische Zielsetzung einer sozialen und obligatorischen Krankenversicherung in Frage gestellt wäre.

Die systempolitische Hürde, die der medizinische Fortschritt zu nehmen hat, ist zunächst die staatliche Zulassung und die Aufnahme in den Leistungskatalog der OKV. Diese Entscheidungen fallen auf gesundheitspolitischer Ebene, sie sind der Nachfrage durch Patienten weit vorgelagert. Die Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen des medizinischen Fortschritts wird im Bereich der OKV also primär auf gesundheitspolitischer Ebene gesteuert. Dort wird festgelegt, ob Produktinnovationen grundsätzlich im Gesundheitswesen zugelassen sind und ob diese im Rahmen der OKV finanziert werden. Auf dieser Grundlage dürfte in den allermeisten Fällen der behandelnde Arzt oder das behandelnde Team im Sinne der Patientenautonomie zusammen mit ihnen die Entscheidungen treffen, die dann kostenrelevant für die OKV sind. Als Patient ist man auf die Fachkenntnis der medizinischen Experten angewiesen. Trotz verbreitetem medizinischem Wissen und einem theoretisch für alle möglichen Zugang zu diesem Wissen, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall hinsichtlich ihrer eigenen Erkrankung neben dem normalerweise vorhandenen medizinischen Wissen auch das Wissen über die neu vom medizinischen Fortschritt gegebenen Möglichkeiten haben. Die Patientinnen und Patienten werden also weitgehend auf die Empfehlungen der Ärzte angewiesen sein. Es sind deshalb kaum Gründe vorstellbar, die im Einzelfall dazu führen könnten, dass medizinisch angeratene Massnahmen, die von der OKV weitgehend bezahlt werden, aus Kostengründen (!) von Seiten der Patienten nicht in Anspruch genommen werden.²⁴⁶ Vorschläge, die darauf abzielen, die Nachfrage nach medizinisch angeratenen Interventionsmöglichkeiten durch

²⁴⁵ Vgl. hierzu Stefan FELDER (2005): Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben. Bei steigenden Einkommen sinkt der Grenznutzen des Konsums, der Grenznutzen der Gesundheitsausgaben hingegen nimmt zu, weil der Gesundheit ein höherer Wert beigemessen wird.

²⁴⁶ Ausnahmen können Bagatellerkrankungen wie Erkältungen oder Verletzungen ohne zwingende medizinische Intervention sein. Die Gründe gegen eine Inanspruchnahme medizinischer Hilfe in solchen Fällen können durchaus monetärer Art sein (Franchisen und Selbstbehalte), oft sind es aber auch andere Gründe wie fehlende Zeit oder andere Verpflichtungen, die gegen eine Inanspruchnahme professioneller medizinischer Leistungen sprechen. Weil es sich hier aber um Bagatellerkrankungen handelt, sind die damit verbundenen Kosten, insbesondere die, die durch den medizinischen Fortschritt begründet sind, auch entsprechend gering. Eine relevante Kostenentlastung ist dadurch also kaum zu erwarten.

entsprechend hohe Selbstbeteiligungen der Versicherten zu reduzieren, widersprechen dabei der Zielsetzung einer sozialen Krankenversicherung mit gleichen Zugangschancen für alle.

2.2.4 Fazit

Die Untersuchung des medizinischen Fortschritts im Hinblick auf seine Bedeutung für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat gezeigt, dass die technologischen Innovationen und wissenschaftlichen Erkenntnisse eine zentrale Rolle spielen für die Strukturen und Ressourcen des Gesundheitswesens und damit auch für dessen Kosten. Einerseits binden Neuentwicklungen einen Teil der vorhandenen Ressourcen, weil damit meist hohe Investitionskosten verbunden sind. Andererseits können neue Technologien – vor allem mittel- bis langfristig – unter Umständen Effizienzpotentiale realisieren, so dass Ressourcen vermehrt für andere Gesundheitsgüter und –dienstleistungen verwendet werden können und dadurch der Kostendruck abnimmt. Wie die bisherige Erfahrung allerdings zeigt, übersteigen die Mehraufwendungen für neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten die möglichen Kostenersparnisse durch Produkt- und Prozessinnovationen deutlich. Der medizinische Fortschritt, im Sinne zugelassener und im Rahmen der OKV finanzierter neuer medizinischer Möglichkeiten, gilt als der Faktor, der am meisten für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht wird.

Die Frage der Eigenverantwortung spielt dabei nur in begrenztem Umfang eine Rolle, nämlich dann, wenn die Versicherten bzw. Patienten entscheiden können, ob sie die möglichen Therapieangebote vollumfänglich, teilweise oder gar nicht in Anspruch nehmen möchten. Im Falle einer akuten Erkrankung ist wohl in den meisten Fällen davon auszugehen, dass das ärztliche Votum *die* zentrale Rolle spielt. Hier von einem eigenverantwortlichen Handlungsspielraum der Versicherten auszugehen – mit oder ohne finanzielle Anreize in Form von Selbstbehalten oder Zuzahlungen – würde bedeuten, den Wert des Gutes Gesundheit zu unterschätzen. Es ist zu erwarten, dass die Bereitschaft, im Einzelfall für den medizinischen Fortschritt weitere finanzielle Mittel aufzubringen, kaum abnehmen wird. Hohe monetäre Anreize zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten drohen hingegen die solidarische Zielsetzung einer sozialen Krankenversicherung in Frage zu stellen.²⁴⁷ Bei einem Aus-

²⁴⁷ Deshalb plädieren etwa Alena Buyx und Georg Marckman dafür, Eigenverantwortung als Verteilungs- oder Zuteilungskriterium allenfalls auf der Meso- oder Makroebene, nicht aber auf der Mikroebene in Betracht zu ziehen. Vgl. Alena BUYX (2005): Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesund-

schluss bestimmter Leistungen des medizinischen Fortschritts aus dem Leistungskatalog der OKV können die Versicherten eigenverantwortlich eine Zusatzversicherung für diese Leistungen abschliessen oder diese out of pocket bezahlen. Der eigenverantwortliche Entscheidungsspielraum spielt sich dann aber ausserhalb der OKV ab und hat keinen Einfluss mehr auf die Kosten in der OKV. Abgesehen davon würde damit einer sogenannten „Zweiklassen-Medizin“ Vorschub geleistet.

Der Spielraum für Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten ist deshalb im Zusammenhang mit dem Fortschritt in der Medizin und im Bereich der OKV als sehr begrenzt zu betrachten. Mit steigendem Wohlstand wird der Grenznutzen des sonstigen Konsums weiter abnehmen und deshalb die Bereitschaft, für die Gesundheit noch mehr auszugeben, tendenziell zunehmen.²⁴⁸ Dies hat auch Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheide im Zusammenhang mit der Zulassung neuer Medikamente, neuer Operationstechniken oder neuer Produkte aus der Medizintechnik. Einzelne Patientinnen und Patienten können sich dieser Entwicklung nur bedingt entziehen. Entsprechende monetäre Anreizstrukturen, die bei den einzelnen Versicherten auf den Verzicht auf neue und teure Therapien ausgerichtet sind, verstärken sozioökonomische Ungleichheiten und gefährden dadurch den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft.²⁴⁹

2.3 Die Versicherten im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

In den vorausgegangenen Überlegungen kam immer wieder die OKV, deren Rahmenbedingungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung festgelegt sind, zur Sprache. Nachfolgend soll deshalb der Frage nachgegangen werden, welchen Handlungsspielraum das KVG vorsieht, in dem eigenverantwortliche Regelungen, Absprachen oder Verträge der Versicherten Einfluss auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nehmen könnten.

Die in der ersten Vorlage für das KVG von 1994 formulierten Hauptziele waren die Gewährleistung einer *qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung* für alle, Stärkung der *Solidarität* und eine *Kosteneindämmung* durch entsprechende Kostenbeteiligung der Versicherten, die Erstellung von Globalbudgets und die Spitalplanung. Eine eigenverantwortli-

heitswesen; Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung.

²⁴⁸ Vgl. hierzu Stefan FELDER (2005): Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben.

²⁴⁹ Ganz abgesehen davon, dass im konkreten Fall die Ärzte am Krankenbett auf solche, an sich nützliche Therapien verzichten müssten, weil sie nicht versichert sind. Dies gefährdet einerseits das auf Vertrauen aufbauende Arzt-Patienten-Verhältnis und zwingt die Ärzte andererseits in Rollenkonflikte.

che, der Gesundheit förderliche Lebens- und Verhaltensweise wurde vorausgesetzt, aber nicht weiter präzisiert.²⁵⁰ Im Text des KVG selbst findet sich der Begriff „Eigenverantwortung“ nicht.²⁵¹ Deshalb soll auch nachfolgend nur der Handlungsspielraum der Versicherten untersucht werden, der sich unmittelbar aus den rechtlichen Vorgaben ergibt.²⁵² Nach einer kurzen Übersicht über die Eckpunkte des KVG sollen die für die Eigenverantwortung relevanten Wahlmöglichkeiten der Versicherten vorgestellt und auf die vorliegende Fragestellung hin untersucht werden.

2.3.1 Eckpunkte des schweizerischen Gesundheitswesens gemäss KVG

Seit der Inkraftsetzung des KVG 1996 gilt in der Schweiz eine obligatorische Krankenversicherungspflicht.²⁵³ Diese umfasst alle in der Schweiz wohnhaften Personen. Für die Versicherten gilt im Rahmen des KVG freie Arzt- und Versicherungswahl.²⁵⁴ Die Krankenversicherungen im Rahmen des KVG sind privatwirtschaftliche Unternehmen, es gibt keine staatliche Krankenkasse.²⁵⁵ Jede Krankenkasse im Rahmen des KVG ist gesetzlich verpflichtet, jede Person in die Krankenversicherung aufzunehmen, die einen entsprechenden Antrag stellt. Der dadurch möglicherweise entstehende Wettbewerbsnachteil von Kassen, die mehr ältere und/oder kranke Mitglieder haben, wird durch einen speziellen Fonds (Risikostrukturausgleich) teilweise ausgeglichen.²⁵⁶ Für die Zusatzversicherungen (d.h. alle Leistungen, die über die gesetzliche Grundversicherung hinausgehen) gelten rein privatrechtliche Versicherungsbedingungen. Die Kassen sind hier im Rahmen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) frei in der Vertragsgestaltung und darin, mit wem sie private Zusatzverträge abschliessen wollen. Sie können die Prämien frei festlegen und Interessen abweisen. Innerhalb der OKV besteht für die Kassen ausserdem ein Kontrahierungs-

²⁵⁰ Vgl. BUNDESRAT (1991): Botschaft über die Krankenversicherung.

²⁵¹ Stand 1. Januar 2013.

²⁵² Fragen des Umgangs mit der eigenen Gesundheit werden in Kap. 7 behandelt.

²⁵³ KVG Art. 3. Vor der Einführung des KVG bestand weder ein eigentliches Krankenversicherungsgesetz noch eine allgemeine Versicherungspflicht.

²⁵⁴ KVG Art. 4. Dies gilt für die klassische und am weitesten verbreitete Versicherungsform, allerdings nicht für neuere Modelle aus dem Bereich HMO- oder Hausarztmodelle.

²⁵⁵ Vgl. KVG Art. 11 u. 12.

²⁵⁶ Dieser Risikoausgleich berücksichtigt lediglich die beiden Faktoren Alter und Geschlecht. Er war ursprünglich nur für eine begrenzte Zeit (10 Jahre) vorgesehen, in der Hoffnung, dass sich Risikounterschiede zwischen den Kassen durch Wanderungsbewegungen der Versicherten ausgleichen würden. Diese Hoffnung hat sich allerdings bis heute nicht erfüllt. Die Mehrzahl der Gesundheitsökonominnen wie Willy Oggier und Gerhard Kocher fordern deshalb einen differenzierteren Risikoausgleich, um wettbewerbsfremde Strategien der Kassen zu unterbinden (Werben um junge und risikoarme Mitglieder, subtile Zutrittsbarrieren für chronisch Kranke etc.).

zwang gegenüber allen anerkannten Ärzten.²⁵⁷ Die Kassen stehen untereinander im Wettbewerb, und entsprechend können sich die Prämien der verschiedenen Kassen in einer Region voneinander unterscheiden.²⁵⁸

Die Prämien der Versicherten sind einkommensunabhängige Kopfprämien und werden allein von den Versicherten getragen. Es gibt keinen Arbeitgeberbeitrag. Für einkommensschwache Versicherte existiert eine staatliche Prämienbezuschung, die sogenannte individuelle Prämienverbilligung, von der etwas weniger als ein Drittel aller schweizerischen Haushalte profitiert.²⁵⁹ Ziel dieser Prämienverbilligung ist es, dass kein Haushalt mehr als 10% seines Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden muss. Dieses Ziel wird je nach Handhabung in den einzelnen Kantonen unterschiedlich erreicht.

Die Versicherten sind somit nicht frei, sich gegen Krankheit zu versichern. Bei der Wahl der Versicherungsgesellschaft und der Leistungsanbieter hingegen können sie sich weitgehend frei entscheiden.²⁶⁰

2.3.2 Eigenverantwortung der Versicherten im Rahmen des KVG

Die Rahmenordnung des KVG legt den Leistungsumfang der OKV fest,²⁶¹ die Prämien der einzelnen Kassen müssen nach festgelegten Kriterien vom Bundesrat genehmigt werden.²⁶²

Die Versicherten besitzen im Rahmen der OKV gewisse Entscheidungsspielräume, in denen ihre Eigenverantwortung zum Ausdruck gebracht werden kann. Dies sind zunächst die freie Wahl des Versicherers und die freie Arztwahl. Ergänzt werden diese Entscheidungsspielräume durch die Wahl zwischen den verschiedenen Modellen der Kostenbeteiligung und alternativen Versicherungsmodellen.

²⁵⁷ Gemäss KVG Art. 35-40. Die Versicherer können nicht frei entscheiden, mit welchen Leistungserbringern sie eine Vertragsbeziehung eingehen wollen, d.h. sofern es die Grundversicherung betrifft, kann keine Versicherung einen anerkannten Leistungserbringer (Arzt, Therapeuten, Spital) ablehnen.

²⁵⁸ Vgl. Rita BAUR et al. (2001): Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich, S. 98: „Die niedrigste Prämie für Erwachsene, d.h. billigste Kasse, billigste Region belief sich 1998 auf 95 sFr. p.M., die höchste, also teuerste Kasse, teuerste Region auf 382 sFr. In derselben Region unterscheiden sich die Prämien je nach Kasse bis fast zum Faktor 2.“

²⁵⁹ Laut BAG waren es 2006: 28,8%, 2007: 29,8%. Vgl. BAG (2009): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007. Tab. 4.01.

²⁶⁰ Dies gilt zunächst innerhalb des Wohnkantons, der maximal 3 Prämienregionen haben darf (städtisch, halbstädtisch, ländlich). Die Krankenversicherungsprämien sind laut Gesetz kantonal geregelt (vgl. KVG Art. 61, Abs. 2). Bei einer ausserkantonalen Behandlung aus medizinischen Gründen oder in Notfällen gehen die Behandlungskosten zu Lasten der OKV oder des Wohnkantons. Vgl. KVG Art. 41, Abs. 3. Durch die Wahl alternativer Versicherungsformen wie Hausarzt- oder HMO-Modell wird die freie Wahl des Leistungsanbieters eingeschränkt.

²⁶¹ Vgl. KVG Art. 24-31.

²⁶² KVG Art. 61 Abs. 5.

2.3.2.1 Freie Wahl des Versicherers

Eine grundlegende Wahlmöglichkeit für die Versicherten besteht darin, den Versicherungsträger frei nach eigenen Präferenzen zu wählen. Im Rahmen des GKV ist jeder Versicherer verpflichtet, alle gesetzlich verpflichteten Versicherungsnehmer zu versichern. Zum Wechsel des Versicherers sagt das KVG in Art. 7 Folgendes:

Art. 7 KVG:

¹ Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln.

² Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht...

Damit haben die Versicherten bei Einhaltung der Kündigungsfrist jeweils zum Ende eines Kalenderhalbjahrs die Möglichkeit, ihren Versicherer zu wechseln.²⁶³ In Kombination mit dem Versicherungsobligatorium, das Versicherungsvorbehalte ausschliesst, ist damit theoretisch die volle Freizügigkeit gegeben.²⁶⁴ Diese Möglichkeit sollte bei einem funktionierenden Wettbewerb unter den Kassen an und für sich für einen häufigen Gebrauch dieser Möglichkeit sprechen. Die bisherige Erfahrung zeigt aber, dass nur ein kleiner Teil der Versicherten vom Recht auf einen Versicherungswechsel Gebrauch macht. Die Zahl derer, die die Kasse wechseln, hat dabei in der jüngeren Vergangenheit noch abgenommen. Laut Umfragen von Markt- und Meinungsforschungsinstituten wechselten auf 2004 noch rund 350 000 Versicherte (4.6%) ihre Krankenkasse, auf 2005 waren es noch 250 000 (3.3%) und auf 2006 noch 200 000 (2.7%).²⁶⁵ Dabei sind es vor allem jüngere sowie gesunde Versicherte, die von der Freizügigkeit viel häufiger Gebrauch machen als ältere und kranke. Dies ist zunächst erstaunlich, weil laut Santésuisse 30-50 Prozent der Versicherten bei einem Wechsel ihrer Kasse 5 bis 10 Prozent tiefere Prämien realisieren könnten.²⁶⁶ Welches sind die möglichen Gründe für diese geringe Bereitschaft zum Wechsel der Kasse?

In seiner Beschreibung der Krankenversicherer in der Schweiz nennt Walter Frei unter Bezug auf Umfragen, die von Meinungsforschungsinstituten vorgenommen wurden, als wich-

²⁶³ Allerdings gilt dies nur für den Wechsel des Versicherers. KVV Art. 94b Abs. 1f. besagt nämlich, dass ein Wechsel der *wählbaren Franchise* und der *Versicherungsform* unter Einhaltung der vom Gesetz vorgegebenen Kündigungsfristen nur auf das Ende eines Kalenderjahres möglich ist.

²⁶⁴ Vgl. Hans Heinrich BRUNNER, Stephan CUENI, Reto JANUTH (2007): Krankenversicherung, S. 151f.

²⁶⁵ Die Angaben sind Walter FREI (2007): Krankenversicherer, S. 140 entnommen. Er bezieht sich dabei auf Angaben des Internetvergleichsdienstes Comparis, ohne die Quellenangabe näher zu nennen.

²⁶⁶ Vgl. Walter FREI (2007): Krankenversicherer, S. 140f.

tigste Gründe für die Versicherungstreue der Versicherten Tradition, Zufriedenheit mit ihrem Versicherer, ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis und Bequemlichkeit.²⁶⁷

Diese Gründe sind nachvollziehbar, sie lassen aber strukturelle Gründe, die gegen einen Wechsel sprechen, ausser Acht. So haben die meisten Versicherten, die neben der OKV auch eine Zusatzversicherung haben, beide Versicherungen bei derselben Versicherungsgesellschaft. Im Unterschied zur OKV erfolgen Zusatzversicherungen aber nach den Regeln des Privatrechts, so dass die Versicherer frei sind, Vorbehalte anzubringen oder die Aufnahme bei einem Wechsel ganz zu verweigern. Ein Wechsel in der OKV heisst also nicht, dass die Zusatzversicherung beim Wunschversicherer ebenfalls zu guten Konditionen abgeschlossen werden kann.²⁶⁸ Gegen die Lösung, die OKV und die Zusatzversicherung bei verschiedenen Versicherern abzuschliessen, kann aber sprechen, dass Leistungen, die über die Zusatzversicherung abgedeckt sind, mit einem Mehr an bürokratischem Aufwand für die Versicherten von den Leistungen der OKV abgegrenzt werden müssen. Es ist naheliegend, dass viele Versicherte diesen zusätzlichen Aufwand scheuen.²⁶⁹

Ein weiterer Grund für den geringen Wechsel der Versicherung kann ausserdem darin bestehen, dass sich die Leistungen der einzelnen Kassen trotz des obligatorischen, also für alle gleichen Leistungskatalogs nur begrenzt vergleichen lassen.²⁷⁰ Einerseits bietet der Preisvergleich zwar ein objektives Kriterium, andererseits ist damit aber noch nichts über die „Kundenfreundlichkeit“ oder die Qualität der Leistungen der einzelnen Versicherung gesagt. Laut Internetvergleichsdiensten²⁷¹ und Verbraucherforen²⁷² bestehen bei der Informationspolitik gegenüber den Versicherten, der Kulanz, der Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und bei der Schnelligkeit der Auszahlungen erhebliche Unterschiede.

²⁶⁷ Vgl. Walter FREI (2007): Krankenversicherer, S. 141. Umfrage der IHA im Auftrag von Comparis im Oktober 2003 und Demoscope im September 2006.

²⁶⁸ Gründe für einschränkende oder grundsätzliche Vorbehalte in der Zusatzversicherung können Alter, neue gesundheitliche Risiken etc. sein.

²⁶⁹ Diese Vermutung fällt vielleicht mit dem oben genannten Stichwort Bequemlichkeit zusammen. Dies sollte zu Klärung der Gründe für die niedrige Quote von Versicherungsverwechslungen aber eigens geklärt werden. Eine Lösung dieses Problems könnte darin bestehen, bei den Leistungserbringern grundsätzlich eine Rechnungsstellung getrennt nach OKV- und Zusatzleistungen zu verlangen.

²⁷⁰ In Untersuchungen zum Funktionieren des Wettbewerbs unter den Kassen der OKV wird immer wieder darauf hingewiesen, dass der Leistungswettbewerb kaum funktioniere. Viel mehr versuchten die Kassen, durch Selektion von guten und schlechten Risiken ihre Preise zu senken. Für die Versicherten haben die Preise deshalb nur eine begrenzte Aussagekraft. Ein weiteres Erschwernis ist, dass offizielle Daten zum Vergleich der einzelnen Versicherer kaum vorliegen. Erstmals in 2006 hat das BAG die Bilanz und Erfolgsrechnung der einzelnen Krankenversicherer veröffentlicht. Damit ist ein Schritt zu mehr Transparenz für die Versicherten getan.

²⁷¹ Vor allem www.comparis.ch.

²⁷² Zum Beispiel www.gesundheitstipp.ch.

Unter der Voraussetzung, dass Eigenverantwortung meint, für die Folgen der getroffenen Wahl einzustehen, also auch die daraus entstehenden Nachteile zu tragen, kann in Bezug auf die Freiheit bei der Wahl des Versicherers nur begrenzt von Eigenverantwortung gesprochen werden, weil die Versicherten in einem zeitlich überschaubaren Rahmen die Versicherung wieder wechseln können. Wenn sich Versicherte durch günstige Prämien eines Versicherers gewinnen lassen, weil dieser Versicherer sogenannte „gute Risiken“ gezielt anwirbt, so können diese Risiken im Portfolio dieses Versicherers im Verlauf der Jahre aufgrund des zunehmenden Alters der Versicherten zu schlechten Risiken werden und höhere Prämien hervorrufen. Die Versicherten, die von den ursprünglich günstigen Prämien dieser Versicherung profitierten, können dann erneut wechseln und sich wieder einen günstigeren Anbieter suchen. Folglich bestehen in dieser Hinsicht für die Versicherten kaum Risiken. Diese „Flexibilität“ bei den Versicherten war zunächst als Argument für mehr Wettbewerb unter den Versicherungsanbietern gewollt. Es hat sich aber gezeigt, dass diese Möglichkeit des Wechsels auf Seiten der Versicherungen vor allem zu einem Anreiz geführt hat, gute Risiken anzuwerben, ohne dass damit ein Leistungswettbewerb verbunden wäre.²⁷³ Die Versicherten können also die Vorteile der Kundenpolitik ihrer Kasse wahrnehmen, ohne dass sie gezwungen sind, auch mögliche Nachteile zu tragen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass ein Spielraum mit Wahlmöglichkeiten für die Versicherten in Bezug auf den Versicherer durch die Vorgaben des KVG gegeben ist. Die individuellen Hürden für einen Versicherungswechsel scheinen aber höher, als ursprünglich erwartet. Die vom Gesetz vorgesehene Möglichkeit zum einfachen Wechsel des Versicherers wird nur sehr begrenzt genutzt. Die Gründe liegen sowohl bei den Versicherten selbst, was insofern Ausdruck einer nur begrenzten Wahrnehmung von Eigenverantwortung sein kann, als auch von systemimmanenten Hindernissen des Versicherungssystems.

²⁷³ Aufgrund des nur begrenzt funktionierenden Risikoausgleichs wird vielen Kassen eine wettbewerbsfremde Strategie der Mitgliedergewinnung vorgeworfen. So haben beispielsweise grössere Kassen wie die Helsana Gruppe, die CSS Gruppe, die Visana Gruppe oder auch die Group Mutuel neue Kassen gegründet, die gezielt ein jüngeres Publikum ansprechen sollen mit entsprechend geringen Risiken. Mit zunehmendem Alter dieser Mitglieder werden aber die Kosten und die Prämien ebenfalls zunehmen, so dass die ursprünglichen Prämienvorteile für die Versicherten zu einem Nachteil werden könnten. Steigen nämlich die Prämien, wird diese Kasse für Jüngere mit geringem Risikopotential weniger interessant, und die Prämienspirale beginnt sich zu drehen. Für einen Überblick über die Kassen vgl. SANTÉSUISSE (2008): Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung.

2.3.2.2 Franchisen und Selbstbehalte (*cost sharing*) und alternative Versicherungsmodelle

Neben der genannten Wahlfreiheit regelt das KVG auch die Kostenbeteiligung in Form von Franchisen und Selbstbehalten sowie alternative Versicherungsmodelle.²⁷⁴ Kostenbeteiligungen und alternative Versicherungsmodelle sollen nachfolgend kurz vorgestellt und auf die Frage der Eigenverantwortung hin näher untersucht werden. In Art. 64 KVG wird zunächst die Kostenbeteiligung geregelt:

Art. 64 KVG:

¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und
- b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.²⁷⁵

⁴ [...]

⁵ Die Versicherten leisten zudem einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Der Bundesrat setzt den Beitrag fest.

[...]

In Art. 64 KVG ist ebenfalls festgehalten, dass für Kinder keine Franchise erhoben wird und die Hälfte des Höchstbetrags des Selbstbehaltes gilt (Abs. 4). Ausserdem darf der Versicherer auf Leistungen bei Mutterschaft keine Kostenbeteiligung erheben (Abs. 7).²⁷⁶ Das Ziel des Selbstbehalts besteht gemäss Art. 64 KVG also darin, dass sich Versicherte an den Behandlungskosten zu beteiligen haben, welche die Franchise übersteigen. Dabei wird der Selbstbehalt nicht nur auf den Kosten der ambulanten Behandlung, sondern ebenso auf jenen des Spitalaufenthaltes erhoben.

Franchisen

Bei den Franchisen handelt es sich um *wählbare* Selbstbehalte, die grundsätzlich vor dem im KVG genannten Selbstbehalt zu entrichten sind. In der Verordnung über die Krankenversicherung KVV Art. 94b zu Bei-, Austritt und Wechsel der Franchise ist festgelegt:

²⁷⁴ Zu den Anreizstrukturen der verschiedenen Formen von Selbstbeteiligungen vgl. Ziff. 1.3.2.2.1.

²⁷⁵ Für Kinder wird gemäss Art. 64 Abs. 4 KVG keine Franchise erhoben, dagegen ein Selbstbehalt, jedoch nur bis zur Hälfte des Höchstbetrages einer erwachsenen Person. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

²⁷⁶ Art. 64, Abs. 6 KVG bestimmt Ausnahmen von den genannten Vorgaben und Abs. 8 schreibt vor, dass Selbstbeteiligungen nicht versichert werden dürfen.

Art. 94b KVV:

¹ Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

² Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

³ Wechselt die versicherte Person den Versicherer auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes während des Kalenderjahres, so behält sie die beim bisherigen Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt. Artikel 103 Absatz 4 ist sinngemäss anwendbar.

Die Wahl der Franchise zum Jahreswechsel hat Auswirkungen auf die Prämie. Bei der Wahl einer höheren Franchise als die obligatorische Mindestfranchise von 300 Franken vergünstigt sich die monatliche Prämie.²⁷⁷ Mit dieser Wahlmöglichkeit erhalten die Versicherten einen Handlungsspielraum, innerhalb dessen sie entscheiden können, wie sehr sie sich an allfälligen Kosten im Rahmen der OKV beteiligen wollen. Die Mindestfranchise muss in jedem Fall übernommen werden.

Die Zielsetzung dieser Wahlmöglichkeit liegt auf der Hand. Versicherte sollen finanzielle Anreize haben, um die Nachfrage nach medizinischen Gütern und Dienstleistungen gemäss ihren Präferenzen zu steuern. Mit dieser Wahlmöglichkeit übernehmen die Versicherten ein mehr oder weniger grosses Risiko, im Krankheitsfall (zusätzliche) Kosten tragen zu müssen. Für die Übernahme dieses Risikos erhalten sie einen entsprechenden Prämienrabatt. Diese Wahlmöglichkeit stellt somit einen Handlungsspielraum für Eigenverantwortung dar. Grundsätzlich besteht aber auch hier – wie bei allen Selbstbeteiligungen – die Gefahr, dass notwendige oder präventive Massnahmen unterbleiben, mit der Folge, dass die Kosten für Versicherte und Versicherer längerfristig höher ausfallen können, als wenn diese Leistungen oder Massnahmen nicht unterblieben wären.²⁷⁸

²⁷⁷ Die Mindestfranchise für Erwachsene wurde am 1. Januar 2004 von 230 auf 300 Franken angehoben. Höhere Franchisen können Erwachsene frei wählen zwischen 500, 1000, 1500, 2000 oder maximal 2500 Franken pro Jahr. Für Kinder kann zwischen 100, 200, 300, 400, 500 oder maximal 600 Franken gewählt werden, s. Art. 93 KVV. Die daraus resultierende Prämie darf auch nach Abzug von Vergünstigungen durch alternative Versicherungsmodelle und Unfallversicherung nicht weniger als 50% der ordentlichen Prämie des Versicherers betragen, s. Art. 95, Abs. 2 KVV.

²⁷⁸ Konkrete Zahlen für diese Zusammenhänge liegen für die Schweiz nicht vor. Es sind neben erkenntnistheoretischen Gründen (man kann im Voraus prinzipiell nicht definitiv wissen, welche Handlung zu welchem Ergebnis führt; im Nachhinein kann nicht eindeutig bestimmt werden, ob eine unterlassene Handlung höhere Kosten verursacht hat) auch praktisch-organisatorische Gründe für diesen Mangel, weil dazu keine vergleichbaren Daten auf Seiten der Versicherer vorliegen. Die Meinungen hierüber gehen dementsprechend weit auseinander. Doch selbst ein Befürworter deutlich höherer Franchisen gibt zu bedenken:

Verschiedene Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass vor allem junge und gesunde Versicherte eine möglichst hohe Franchise wählen. Sie reduzieren damit ihre Prämienlast, obwohl ihre Nachfrage nach medizinischen Gütern und Dienstleistungen auch bei niedriger Franchise und höherer Prämie gleich oder annähernd gleich niedrig wäre (moral hazard-Phänomen).²⁷⁹

In einem Projekt im Rahmen des NFP 45 „Sozialstaat“ haben Robert E. Leu und Martin Schellhorn die Auswirkungen von Wahlmöglichkeiten in diesem Bereich untersucht.²⁸⁰ Die verfügbaren Daten zeigen, dass Versicherte mit einer höheren Wahlfranchise in geringerem Umfang medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

„Für diese Beobachtung gibt es zwei Erklärungsmöglichkeiten: Selbstselektion und Verhaltensänderungen (Reduktion des moral hazard). Selektionseffekte treten auf, wenn vor allem gesündere Versicherte höhere Franchisen wählen, weil sie ein geringeres Krankheitsrisiko aufweisen und bei entsprechender Reduktion der Versicherungsprämie eine Kostenersparnis erwarten können. Eine Verhaltensänderung kann sich bis zum Erreichen der Franchisegrenze demgegenüber daraus ergeben, dass der finanzielle Anreiz, Leistungen sparsam in Angriff zu nehmen, mit der Höhe der Franchise zunimmt.“²⁸¹

Welches der beiden Erklärungsmuster das zutreffendere ist, wird unterschiedlich beurteilt. Entsprechende Resultate legen gemäss Robert E. Leu und Martin Schellhorn den Schluss nahe, dass die Wahlmöglichkeiten bezüglich der Franchise keinen starken Einfluss auf das Patientenverhalten haben. Der Grossteil der beobachteten Reduktion in der Anzahl der Arztbesuche bei Versicherten mit höheren Selbstbehalten ist durch Selbstselektion zu erklären. Gesündere Versicherte oder Versicherte, die aufgrund ihrer Präferenzen weniger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, wählen höhere Selbstbehalte. Eine Verhaltensänderung in Richtung einer sparsameren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens als Folge

„Unterbehandlung als Folge der vermehrten Eigenverantwortung ist möglich. Mit der gleichen Berechtigung könnten wir uns bei der heutigen Sachlage Sorgen machen über eine teilweise Überbehandlung mit potentiell ebenso negativen Folgen (z.B. Antibiotika-Fehlindikationen).“ René MÉGROZ (2002): *Managed Care – aber wer managed?*, S. 2653.

²⁷⁹ Ursprünglich stammt der Begriff aus der Versicherungswirtschaft und umschreibt ein Verhalten, mit dem Einzelne den eigenen Vorteil auf Kosten der Allgemeinheit suchen (sog. „Trittbrettfahrer“). Im vorliegenden Fall besteht moral hazard darin, dass Kostenvorteile gesucht werden, ohne dass sich das Verhalten entsprechend ändert. Im Zusammenhang mit unserer Fragestellung vgl. Robert E. LEU, Martin SCHELLHORN (o. J.): *Auswirkungen des KVG auf die Versicherten. Die Autoren sprechen hier von „Selbstselektion“*.

²⁸⁰ Vgl. Robert E. LEU, Martin SCHELLHORN (o. J.): *Auswirkungen des KVG auf die Versicherten*.

²⁸¹ Robert E. LEU, Martin SCHELLHORN (o. J.): *Auswirkungen des KVG auf die Versicherten*, S. 1f.

einer höheren Selbstbeteiligung ist demgegenüber kaum festzustellen.²⁸² Andere Autoren finden demgegenüber durchaus Anhaltspunkte für Verhaltensänderungen. So kommt Tilman Slembeck in einer Studie im Auftrag von Santésuisse, die allerdings keine internationalen Vergleiche unternimmt, zu folgendem Ergebnis:

„Wenn also bei höheren Franchisen grössere Kosteneinsparungen resultieren, müssen zusätzliche Anreize (etwa in Form höherer Prämienrabatte) geschaffen werden, um die Versicherten vermehrt zur Wahl höherer Stufen zu bewegen. Zudem bieten sich grössere Abstufungen an, z.B. 1000, 2000, 3000 CHF, um eine deutlichere Reduktion des Moral Hazards zu bewirken.

Von der bereits stattgefundenen Erhöhung der ordentlichen Franchise auf 300 CHF kann jedenfalls kaum ein Kostenspareffekt versprochen werden, weil dieser Anstieg zu gering ist und durch den allgemeinen Kostenanstieg kompensiert wird. – Ob die Erhöhung des Selbstbehalts bei Originalpräparaten eine entsprechende Wirkung entfaltet, wird sich erst zeigen müssen. Die Erfahrungen des ersten Halbjahrs 2006 deuten aber bereits auf eine Steigerung des Marktanteils von Generika hin.“²⁸³

Generell bewertet Slembeck die Kosteneffekte von sogenannten cost sharing-Elementen positiver. Sein Vorschlag, die Abstufungen bei den Wahlfranchisen zu vergrössern, um eine deutliche Reduktion des moral hazards zu bewirken, ist aber nur beschränkt nachzuvollziehen, weil durch grössere Abstufungen und höhere Franchisen die Anreize für Selbstselektion ebenso vergrössert werden würden. Untersuchungen belegen zudem, dass die hohen Franchisen nur von vergleichsweise wenigen Versicherten gewählt werden.²⁸⁴

Wenn der Grossteil der Kosteneffekte bei den Franchisen auf Selbstselektion, also moral hazard-Phänomene zurückzuführen ist, dürfen die effektiven Kosteneffekte in diesem Zusammenhang nicht überbewertet werden. Die Diskussion um Kosteneffekte von Verhaltensänderungen dreht sich ohnehin nur um die Frage, in welchem Umfang die Verhaltensänderung die geringere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Versicherten mit höherer Franchise zu erklären vermag. Die vorliegenden Studien kommen dabei über-

²⁸² Vgl. Robert E. LEU, Martin SCHELLHORN (o. J.): Auswirkungen des KVG auf die Versicherten, S. 2.

²⁸³ Tilman SLEMBECK (2006): Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen, S. 19f. S. a. Michael GERFIN; Martin SCHELLHORN (2005): Nonparametric Bounds on the Effect of Deductibles in Health Care Insurance on Doctor Visits; Andreas WERBLOW (2002): Alles nur Selektion?; Andreas WERBLOW; Stefan FELDER (2003): Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

²⁸⁴ Eine Befragung des GfS-Instituts für Markt- und Sozialforschung im Auftrag des Internet-Vergleichsdienstes comparis.ch zeigt, dass im Jahr 2005 der grösste Teil der Versicherten nicht für die hohen Wahlfranchisen in der Krankenversicherung optierte. Nur gerade 6 Prozent der Befragten hatten sich für die Maximalfranchise von 2500 Franken entschieden, 45 Prozent hatten die Grundfranchise von 300 Franken gewählt. Näheres dazu unter http://www.presseportal.ch/de/pm/100003671/100485013/comparis_ch_ag.

wiegend zu dem Ergebnis, dass Kosteneffekte aufgrund von Selbstselektion die mit Abstand grössere Rolle spielen.

Selbstbehalte

Gemäss Art. 64 KVG Abs. 2b beträgt der Selbstbehalt 10 Prozent der die (gewählte) Franchise übersteigenden Kosten. Abs. 3 hält fest, dass der Bundesrat eine jährliche Obergrenze festlegt.²⁸⁵ Mit der Anwendung von Art. 38a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) gibt es seit 2006 zusätzliche Selbstbehalte bei Arzneimitteln:

Art. 38a KLV:

¹ Der Selbstbehalt beträgt 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten bei:

a. Originalpräparaten, wenn in der Spezialitätenliste damit austauschbare Generika aufgeführt sind, deren Höchstpreise (Art. 67 Abs. 1^{bis} KVV) mindestens 20 Prozent tiefer sind als der Höchstpreis des entsprechenden Originalpräparates;

[...]

² Verschreibt der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin aus medizinischen Gründen ausdrücklich ein Originalpräparat, kommt Absatz 1 nicht zur Anwendung.

Diese Vorschrift führt einen sogenannten „differenzierten Selbstbehalt“²⁸⁶ ein. Für Originalpräparate mit einem Generika-Ersatz wird ein höherer Selbstbehalt von 20 Prozent vorgeschrieben. Ausnahmen können lediglich medizinisch begründet werden.

Gestützt auf Art. 64, Abs. 5 KVG hat der Bundesrat den Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts auf Verordnungsstufe in Art. 104 KVV auf täglich 10 Franken festgelegt,²⁸⁷ allerdings mit folgenden Ausnahmen:

Art. 104, Abs. 2 KVV:

² Keinen Beitrag zu entrichten haben:

- a. Versicherte, welche mit einer oder mehreren Personen, mit denen sie in einer familienrechtlichen Beziehung stehen, in gemeinsamem Haushalt leben;
- b. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft;
- c. Versicherte nach Artikel 103 Absatz 6 [KVV].

Buchstabe a befreit insbesondere Kinder und ihre Eltern sowie Eheleute vom Spitalkostenbeitrag, wenn sie in einem gemeinsamen Haushalt leben. Demgegenüber zahlen Versicherte

²⁸⁵ Aktuell (Stand 2010) beläuft sich der Höchstbetrag des Selbstbehaltes auf 700 CHF für Erwachsene und 350 CHF für Kinder. Bei mehreren Kindern beträgt der Höchstbetrag für alle zusammen 1000 CHF, sofern sie bei demselben Versicherer versichert sind.

²⁸⁶ Hans Heinrich BRUNNER, Stephan CUENI, Reto JANUTH (2007): Krankenversicherung, S. 163.

²⁸⁷ Mit Datum vom 3.12.2010 hat der Bundesrat Art. 104 KVV über die Kostenbeteiligung für den Spitalaufenthalt pro Tag für alle Erwachsene ab 26 Jahren und ab 1.1.2011 von 10 auf 15 Franken erhöht.

mit Unterhalts- oder Unterstützungspflichten, die alleine wohnen, den Beitrag. Ebenso bezahlen Versicherte, die einen gemeinsamen Haushalt mit Personen führen, zu denen sie keine familienrechtlichen Beziehungen haben, den Beitrag.²⁸⁸

Insgesamt ist die Zielsetzung der Selbstbehalte vergleichbar mit der der Franchisen. Über diese Form der Kostenbeteiligung soll einerseits die Kostenlast des Gesundheitswesens stärker auf die Versicherten übertragen werden und andererseits, als Folge dieser Kostenbeteiligung, Einfluss auf die Nachfrage der Versicherten genommen werden. Man erhofft sich, dass „unnötige“ bzw. Leistungen für Bagatellerkrankungen vermieden werden. Im Fall des Beitrags an die Kosten eines Spitalaufenthalts sollen in erster Linie „unnötige“ Aufenthaltstage im Spital vermieden werden.

In der ökonomischen Theorie wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass mit steigenden Kosten die Nachfrage sinkt. Franchisen, Selbstbehalte wie auch Zuzahlungen verteuern für die Versicherten die Gesundheitsleistungen. Eine Kostenbeteiligung auf Seiten der Versicherten kann deshalb die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beeinflussen. Über diesen grundsätzlichen Mechanismus besteht in der gängigen wissenschaftlichen Literatur kein Dissens.²⁸⁹ Diese Einschätzung teilen auch Robert E. Leu und Martin Schellhorn:

„Ohne Selbstbeteiligung, also bei völliger Kostendeckung für medizinische Leistungen, ist eine ineffiziente (zu hohe) Inanspruchnahme zu erwarten. Je höher der Selbstbehalt, desto geringer fällt die Inanspruchnahme unter sonst gleichen Umständen tendenziell aus.“²⁹⁰

Die verschiedenen Formen der Selbstbeteiligung im Schweizer Gesundheitswesen sind somit Anreize für die Versicherten, ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen an ihrer Zahlungsbereitschaft auszurichten. Eine höhere Nachfrage ist für die Versicherten im Rahmen der maximalen Belastungsgrenzen mit höheren Kosten verbunden, so dass sie gegebenenfalls ihre Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen in anderen Bereichen einschränken müssen.²⁹¹ Betrachtet man Gesundheit als ein Gut wie jedes andere, so wäre es aus rein ökonomischer Sicht an dieser Stelle naheliegend, die Krankenversicherung ganz dem priva-

²⁸⁸ Buchstabe b stützt sich auf Art. 64 Abs. 7 KVG, wonach auf die Leistungen bei Mutterschaft keine Kostenbeteiligung erhoben wird. Buchstabe c betrifft Versicherte, die in einem Mitgliedsstaat der EU, in Island, Norwegen oder Liechtenstein wohnen und aufgrund eines Aufenthalts in der Schweiz Anspruch auf internationale Leistungshilfe haben.

²⁸⁹ Allerdings bestehen hinsichtlich unterschiedlicher Güter unterschiedliche Einkommenselastizitäten und kein Konsens darüber, wie diese Effekte im Detail zu bewerten sind.

²⁹⁰ Robert E. LEU, Martin SCHELLHORN (o. J.): Auswirkungen des KVG auf die Versicherten, S. 1.

²⁹¹ Die Frage, ob die Versicherten auch ausreichend Informationen haben, um diese Entscheidung auch rational treffen zu können, kann an dieser Stelle noch nicht geklärt werden. Vgl. Kap. 6.

ten Versicherungsrecht zu unterstellen, weil damit die Versicherer mit den Versicherten freie, risikoadäquate und nachfrageorientierte Verträge abschliessen könnten. Die Zahlungsbereitschaft der Versicherten wäre dann Ausdruck ihrer Eigenverantwortung in Bezug auf ihre vorhandenen Ressourcen und ihre Bedürfnisse. Wie in Kap. 6 aber zu sehen ist, gibt es gute Gründe, das Gut Gesundheit nicht als gewöhnliches Gut zu betrachten.

Studien, die eine negative Korrelation von Franchisen (und Selbsthalten) und Gesundheitskosten konstatieren, und dies, wenn auch zu einem geringeren Teil, auf Verhaltensänderungen und nicht auf Selbstselektion zurückführen, betrachten allerdings in den meisten Fällen nur einen Zeitpunkt bzw. einen kurzen Zeitabschnitt (synchrone Betrachtung).²⁹² Sie verfolgen die Kostenverläufe bei den Versicherten nicht über einen längeren Zeitraum hinweg (diachrone Betrachtung).²⁹³ Dies hat zur Konsequenz, dass kaum Aussagen darüber getroffen werden können, ob kurzfristige Kosteneinsparungen auch längerfristig nachweisbar sind. Damit zusammenhängend muss ausserdem berücksichtigt werden, dass vermeidbare Arztkonsultationen wegen „Bagatellerkrankungen“ nur einen (kleinen) Teil der Kosten ausmachen, die unter den Kostengruppen „Arzt ambulant“ und „Spital ambulant“ zusammen gefasst sind.²⁹⁴ Neben „Spital stationär“ sind dies zwar die grössten Kostengruppen innerhalb der OKV, sie enthalten aber auch ambulante Überweisungen, die von Fachpersonen verordnet sind, also nicht als vermeidbar bewertet werden können. Der eigenverantwortliche Handlungsspielraum der Versicherten im Zusammenhang mit der Frage, ob eine Arztkonsultation notwendig oder vermeidbar ist, muss vor diesem Hintergrund relativiert werden. Einerseits sind mögliche Kosteneffekte bezogen auf die gesamten Kostenbereiche „Arzt ambulant“ und „Spital ambulant“ nur in einem begrenzten Umfang anzunehmen, weil sonst unterstellt werden müsste, dass nicht unerhebliche ärztliche Massnahmen „vermeidbar“ wären. Dies zu unterstellen würde aber die ärztliche Fachkompetenz in Frage stellen. Andererseits besteht die Gefahr, dass bei entsprechend hohen monetären Anreizen die Versicherten an sich sinnvolle Konsultationen unterlassen und längerfristig die kurzfristig gewonnenen Einsparungen durch kostspieligere Nach- oder Spätkonsultationen wieder reduziert beziehungsweise kompensiert werden.

Im Rahmen der OKV sind der absolute und prozentuale Anteil und die maximale Höhe des Selbsthalts durch das KVG, KVV und KLV vorgeben. Abgesehen von der gewählten

²⁹² Vgl. die Studien von Slembeck bzw. Gerfin und Schellhorn.

²⁹³ Solche Untersuchungen lagen zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit für die Schweiz nicht vor.

²⁹⁴ Vgl. Ziff. 2.1.4.2.

Franchise besteht der Handlungsspielraum der Versicherten mit Blick auf den Selbstbehalt also lediglich darin zu entscheiden, ob sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Werden diese in Anspruch genommen, werden über die gewählte Franchise hinaus eine entsprechende Kostenbeteiligung und gegebenenfalls auch Zuzahlungen fällig. Ist allerdings der Höchstbetrag des Selbstbehalts erreicht, entstehen für die Versicherten keine weiteren Kosten. Damit entfallen über der Höchstgrenze des Selbstbehalts jegliche Anreize, sparsamer mit den vorhandenen Ressourcen umzugehen.²⁹⁵ Haben die Versicherten die Obergrenze ihres Selbstbehalts erreicht, wird ihre Nachfrage ökonomisch gesprochen preisunelastisch. Sie können die Kosten ihrer zusätzlichen Nachfrage voll auf Dritte überwälzen. Dieses individuell durchaus rationale Verhalten steht aber im Widerspruch zu dem Ziel eines effizienten Ressourceneinsatzes, wie er aus kollektiver Sicht wünschenswert wäre.²⁹⁶ Hier liegt de facto ein Problem, das durch diese Obergrenze bei der Selbstbeteiligung hervorgerufen wird. Allerdings stellt sich grundsätzlich die Frage, ob solche ökonomischen Überlegungen ohne Weiteres auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen übertragen werden können. Die Mindestfranchise und der maximale Selbstbehalt von 700 Franken für eine erwachsene Person ergeben zusammen 1000 Franken. Dieser Betrag kann bei einem invasiven Eingriff beziehungsweise bei einem Spitalaufenthalt in vielen Fällen überschritten werden, so dass bei allen weiteren Massnahmen keine Kostenbeteiligung mehr erfolgt. Betrachtet man Gesundheit als ein „normales“ Gut, dann müsste aus rein ökonomischen Überlegungen mit Erreichen dieser Obergrenze im Einzelfall die Nachfrage nach Gesundheitsgütern theoretisch unendlich gross werden. Dass dies nicht der Fall ist, zeigt sich nicht nur an den vorliegenden Zahlen, sondern erklärt sich auch dadurch, dass viele Gesundheitsgüter der OKP verschreibungspflichtig sind und deshalb nur mit Zustimmung medizinischen Fachpersonals nachgefragt werden können. Zieht man die auch im internationalen Vergleich hohe Kostenbeteiligung der Schweizer Versicherten in Betracht, so ist es allerdings nachvollziehbar, dass Versicherte, die die Obergrenze beim Selbstbehalt erreicht haben, eine sogenannte „Vollkasko mentalität“ an den Tag legen, die die Nachfrage nach Gesundheitsgütern im Rahmen des Möglichen begünstigt.²⁹⁷

²⁹⁵ Vgl. hierzu Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2006): Gesundheitspolitik; Christoph A. ZENGER, Tarzis JUNG (2003): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik.

²⁹⁶ Vgl. ausführlicher Konstantin BECK (2004): Risiko Krankenversicherung.

²⁹⁷ So auch René MÉGROZ (2002): Managed Care – aber wer managed?

Alternative Versicherungsformen

Alternative Versicherungsformen sind Teil sogenannter „Managed Care“-Versorgungsmodelle.²⁹⁸ Im Kern geht es darum, die verschiedenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen besser zu verschränken, um eine möglichst effiziente und qualitativ hochwertige und damit auch kostengünstige Versorgung der Versicherten zu erzielen.²⁹⁹ Im Rahmen solcher Managed Care-Versorgungsmodelle spielen besondere Versicherungsmodelle, sogenannte Hausarzt- oder HMO (Health Maintenance Organization)³⁰⁰-Modelle eine zentrale Rolle. Bei den HMO-Modellen wird auch die Leistungsfinanzierung in das System des Managed Care integriert, indem die einbezogenen Leistungserbringer direkt mit den Versicherungen Leistungsverträge abschliessen und dadurch eine eigene Budgetverantwortung übernehmen.³⁰¹ Für die Versicherten ergeben sich daraus neue Wahlmöglichkeiten, die gesetzlich in KVG und KVV geregelt sind:

Art. 62 KVG:

¹ Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

² [...]

³ Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

²⁹⁸ In Deutschland ist hierfür auch der Begriff „Integrierte Versorgung“ gebräuchlich. Vgl. Jürg BAUMBERGER (2007): Managed Care, S. 171.

²⁹⁹ Friedrich Breyer et al. kommen zu dem Schluss, dass aufgrund der Anreize und Entscheidungsbefugnisse der HMO-Ärzte vor allem bei Überweisungen an Fachärzte und Spitäler Ersparnisse möglich sind. Dies wurde durch verschiedene Studien bestätigt. Vgl. Friedrich BREYER, Peter ZWEIFEL, Mathias KIFMANN (2005): Gesundheitsökonomik, S. 441f.

³⁰⁰ Der Begriff könnte wörtlich mit „Gesundheitserhaltungsorganisation“ übersetzt werden.

³⁰¹ Zur weiteren Orientierung empfiehlt sich Johannes SCHODER, Peter ZWEIFEL (2008): Managed Care. Konzepte und Lösungsansätze. Der Unterschied zwischen Hausarzt- und HMO-Modell besteht im Wesentlichen darin, dass im Hausarzt-Modell arbeitende Ärzte dies in freier Praxis und gegen Tarifentgelt tun. HMO-Ärzte hingegen sind Mitglied einer HMO-Praxis, sie erhalten entweder einen weitgehend festen Lohn von den beteiligten Kassen oder tragen die Budgetverantwortung, die sich aus den Patientenpauschalen, die die HMO-Praxen von den beteiligten Kassen erhalten, ergeben. Sowohl im Hausarzt- und im HMO-Modell ist die freie Arztwahl aufgehoben, die beteiligten Ärzte sind sog. „Gatekeeper“.

Art. 99 KVV:

¹ Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist.

² Bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten.

Art. 100 KVV

¹ Die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer stehen sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet offen, in dem der Versicherer die betreffende Versicherungsform betreibt.

² Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist jederzeit möglich.

³ Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

⁴ Der Wechsel des Versicherers während des Kalenderjahres auf Grund von Artikel 7 Absatz 2, 3 oder 4 des Gesetzes bleibt vorbehalten.

Die alternativen Versicherungsformen können somit vom Grundsatz der gleichen Prämie beim selben Versicherer in derselben Region abweichen. Die Versicherten haben damit die Möglichkeit, im Rahmen der OKV auf bestimmte Wahlfreiheiten, insbesondere die freie Arztwahl, zu verzichten, um dadurch einen Prämienrabatt von bis zu 20% zu erhalten.³⁰² Die Wahl besteht dann zwischen HMO-, Hausarzt- bzw. Hausarzt Light-Modellen.³⁰³

Im Unterschied zu den Möglichkeiten des sogenannten *cost sharing* übernehmen die Versicherten bei Hausarzt- und HMO-Modellen kein zusätzliches Kostenrisiko. Die Prämienreduktion begründet sich einerseits mit der eingeschränkten Freiheit bei der Arztwahl, wodurch eine effizientere und damit kostengünstigere Versorgung der Patienten gewährleistet sein soll, und andererseits mit den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Versiche-

³⁰² Vgl. Jürg BAUMBERGER (2007): Managed Care. Gemäss seinen Angaben sind heute rund 10% der Versicherten in Managed Care-Modellen versichert, wobei das Hausarzt-Modell überwiegt. Nicht wenige Versicherte haben aber keine wirkliche Wahlfreiheit, weil in ihrer Region keine alternativen Modelle angeboten werden oder die Versicherer (noch) keine anbieten.

³⁰³ In den Hausarzt Light-Modellen haben die Ärzte weder eine Kostenverantwortung, noch besteht ein Vertrag mit einer Versicherung. Das eingeschränkte Arzt-Wahlrecht soll hier ein engeres Arzt-Patienten-Verhältnis garantieren, das über die bessere gegenseitige Kenntnis eine effektivere und effizientere Leistungserbringung garantieren soll. Zwischen den einzelnen Modellen gibt es auch Mischformen.

ern, die ebenfalls eine Kostenersparnis bringen sollen.³⁰⁴ Bei der Beurteilung der Kostenvorteile von HMOs kommen Friedrich Breyer et al. zu folgendem Schluss:

„Health Maintenance Organizations (HMOs) führen im Vergleich zu einer konventionellen Versorgung zu substantiellen Kostenersparnissen. Im Allgemeinen geht dies nicht zu Lasten der Gesundheit der Versicherten. Eine Ausnahme bilden die wirtschaftlich Schwachen mit schlechtem Gesundheitszustand. Auf hart umkämpften Märkten werden die Kostenvorteile der HMOs an die Versicherten weitergegeben.“

Über die Kostenersparnis bei Managed Care-Modellen besteht in der Literatur weitgehend Einigkeit.³⁰⁵ Untersuchungen zeigen, dass insbesondere bei den HMOs, bei denen die Integration von Leistungserbringern, Versicherern und Versicherte am stärksten ist, Einsparungen gegenüber der traditionellen OKV erreichbar sind. Allerdings kann auch bei Managed Care-Modellen das moral hazard-Problem in Form von Risikoselektion (Selbstselektion) nicht ausgeschlossen werden. Die Beurteilung des Spareffekts ist zusätzlich durch fehlende Daten erschwert. Eine Untersuchung des Sozioökonomischen Instituts der Universität Zürich ergab für die Jahre 1999 bis 2004 eine verminderte Beanspruchung der medizinischen Dienstleistungen sowohl in den HMO- als auch in den Hausarzt-Modellen.³⁰⁶ Laut Jürg Baumberger ergeben sich risikoprofilbereinigt gegenüber der traditionellen OKV für das HMO-Modell Kostenvorteile von 29 Prozent, für das Hausarzt-Modell von 17 Prozent und bei Light-Modellen von 22 Prozent.³⁰⁷ Die vielfältigen Ursachen für die Kosteneinsparungen bei diesen alternativen Versicherungsmodellen müssen noch genauer untersucht werden. Aufgrund der vorliegenden Daten kann die Frage, welcher Aspekt in welchem Umfang zur Kosteneinsparung beiträgt, nicht abschliessend beantwortet werden. Eine Studie von Santésuisse begründet dieses Ergebnis folgendermassen:

„Es bestehen einerseits offene Fragen bezüglich des Selektionseffektes respektive der tatsächlichen Wirkung der Managed Care Elemente, andererseits fehlen genauere Angaben über Anzahl und Kostenverlauf der Versicherten mit überdurchschnittlichen Kosten in den HMO's. Bezüglich Kosteneinsparungen muss ferner bedacht werden, dass die HMO's ihr Potenzial bedingt durch die geltenden Rahmenbedingungen hauptsächlich wegen dem Vertragszwang im ambulanten und stationären Bereich nicht vollumfänglich entwickeln konnten.“³⁰⁸

³⁰⁴ Friedrich BREYER et al. (2005): Gesundheitsökonomik, S. 449.

³⁰⁵ Vgl. Peter BERCHTOLD, Kurt HESS (2006): Evidenz für Managed Care.

³⁰⁶ Vgl. Jürg BAUMBERGER (2007): Managed Care, S. 175.

³⁰⁷ Vgl. Jürg BAUMBERGER (2007): Managed Care, S. 175.

³⁰⁸ SANTÉSUISSE (2004): Managed Care, S. 8.

Gemäss verschiedenen Untersuchungen sind heute rund 10 Prozent der Bevölkerung in Managed Care-Modellen versichert, davon 1,6 Prozent in HMO-Modellen und 8,3 Prozent in Hausarzt-Modellen. Mit Blick auf das Ziel der Begrenzung des Kostenanstiegs in der OKV dürften in einer grösseren Verbreitung von Managed Care-Modellen noch Potentiale liegen, auch weil die örtliche Verbreitung sehr unterschiedlich ist.³⁰⁹ Die Geschichte dieser alternativen Versicherungsmodelle beginnt in den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts, ist also knapp 20 Jahre alt. Laut Peter Berchtold und Kurt Hess ist die Zahl der Versicherten in solchen alternativen Versicherungsmodellen im Jahr 2006 wieder angestiegen, nachdem sie einige Jahre zuvor stagniert hatte oder sogar leicht zurück gegangen war.³¹⁰ Offensichtlich spielen bei der Wahl alternativer Versicherungsmodelle neben dem Prämienrabatt auch noch andere Faktoren eine wichtige Rolle. Umfragen zur allgemeinen Kenntnis alternativer Versicherungsmodelle zeigen, dass viele Versicherte bisher noch wenig solide Informationen über solche Modelle haben und dass ein allfälliger Wechsel durch solche Informationsdefizite erschwert wird. Die bereits in solchen Modellen Versicherten sind allgemein mit den Leistungen sehr zufrieden.³¹¹

Mit der Einführung alternativer Versicherungsmodelle hat sich der Handlungsspielraum der Versicherten in der OKV vergrössert. Zentraler Aspekt für die Versicherten im Rahmen dieser alternativen Modelle dürfte die Einschränkung der freien Arztwahl sein. Für diese Einschränkung erhalten sie allerdings Prämienrabatte. Für viele Versicherte besteht diese Wahlfreiheit aber (noch) nicht, weil die Versicherer diese Modelle nicht flächendeckend im Angebot haben. Für die Versicherten dürften bei besserer Information auch die positiven Effekte, welche durch ein Prozessmanagement des Behandlungsablaufes erzielt werden, zunehmend an Gewicht gewinnen. Durch eine solche Steuerung der Krankheitsbehandlung (Case Management) könnte eine qualitativ bessere und gleichzeitig auch effizientere medizinische Versorgung erzielt werden.

2.3.3 Selbstbehalte im holländischen und schweizerischen Gesundheitswesen

Ein Vergleich des schweizerischen mit dem holländischen Gesundheitswesen bestätigt, dass die Versicherten in der Schweiz eine vergleichsweise hohe Selbstzahlerbelastung

³⁰⁹ Stand 2008. Die Zahl von 10% Managed Care-Versicherten ist insofern zu relativieren, als vor allem Versicherte in ländlichen Regionen noch wenig oder keine Angebote für solche Modelle von ihren Versicherern haben.

³¹⁰ Vgl. Peter BERCHTOLD, Kurt HESS (2006): Evidenz für Managed Care, S. 36.

³¹¹ Vgl. Rita BAUR (2005): Managed Care-Modelle, S. 20.

(Selbstbeteiligungen und out of pocket-Zahlungen) besitzen.³¹² In der Schweiz zahlen die Versicherten laut dieser Studie mit 28 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben einen hohen Anteil der Gesundheitskosten direkt aus der eigenen Tasche.³¹³ Neben den cost sharing-Elementen zählen dazu vor allem rezeptfreie Medikamente, Ausgaben für Zahnmedizin, Pflegeheime und Spitex. Die Holländer hingegen zahlen nur 9 Prozent der Gesundheitskosten aus der eigenen Tasche und haben trotzdem ein deutlich billigeres Gesundheitswesen mit vergleichbarem Qualitätsniveau. In Holland sind die Zahnarztkosten besser versichert. Ausserdem kennt Holland bei der Konsultation des Hausarztes weder Selbstbehalte noch Franchisen, und in den Spitälern sind bei stationärer Behandlung auch keine Zuzahlungen fällig. Insgesamt schneidet in dieser Studie das holländische System bei gleichzeitigem Blick auf Kosten und Qualität besser ab als das Schweizer System.³¹⁴

Die hohen out of pocket-Zahlungen der Schweizer Versicherten scheinen gemäss diesen Zahlen und Erkenntnissen ihren Zweck zur effizienteren Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen – wie nach ökonomischer Theorie (*ceteris paribus*) anzunehmen wäre – allenfalls nur wenig zu erfüllen. Sollten out of pocket-Zahlungen allein einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheitskosten haben, so wäre zu erwarten, dass die Kosten in der Schweiz deutlich niedriger sind. Da dies nicht der Fall ist, wird in der Schweiz die Kostenwirksamkeit von Franchisen, Selbstbehalten und Zuzahlungen offensichtlich von anderen Faktoren eingeschränkt. Die Autoren der genannten Studie nennen als Gründe für das teure Schweizer System falsche Anreize mit der Möglichkeit des freien und direkten Zugangs zu Spezialisten, die Leistungshonorierung der Ärzte, beschränkte Vertragsfreiheit der Versicherungen und zu wenig Wettbewerb auf verschiedenen Ebenen.³¹⁵

2.3.4 Fazit

Die Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Rahmen des KVG umfassen also die Versicherungsträger, die gesetzlich gegebenen Wahlmöglichkeiten bei Franchisen und Versiche-

³¹² Vgl. Robert E. LEU, Frans RUTTEN, Werner BROUWER et al. (2008): *The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared*. Auch im internationalen Vergleich steht die Schweiz mit dem hohen Anteil an out of pocket-Zahlungen an der Spitze: 2003 beliefen sich die out-of-pocket-Zahlungen in der Schweiz pro Kopf auf \$ 1192 (kaufkraftbereinigt). Es folgten Griechenland mit \$ 935, die USA mit \$ 793 und Norwegen mit \$ 591. In Italien betragen die Barauslagen \$ 468, in Deutschland \$ 312 und in Frankreich \$ 291, zit. nach Gerhard KOCHER (2006): *Gesundheitsausgaben*, S. 555f.

³¹³ Untersuchungen der OECD gehen sogar von einem Anteil von 31,5% der nationalen Gesundheitsausgaben aus. Vgl. OECD (2005): *Gesundheitsdaten*.

³¹⁴ Die Autoren empfehlen den Holländern dennoch, mit Franchisen und Selbstbehalten die Kosten weiter zu senken.

³¹⁵ Vgl. Robert E. LEU et al. (2008): *The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared*, S. 144ff.

rungsmodell sowie die Leistungsanbieter; die Inhalte des Versicherungsvertrags inklusiv Prämienhöhe bei den einzelnen Versicherungsträgern sind vorgegeben. Cost sharing-Elemente und alternative Versicherungsmodelle bieten den Versicherten im Rahmen der OKV einen Entscheidungsspielraum, in dem sie formal im Sinne der Eigenverantwortung Entscheidungen treffen können. Im Rahmen der vorliegenden Fragestellung ging es darum zu klären, ob diese Wahlmöglichkeiten der Versicherten einen positiven Beitrag zur Kostentwicklung in der OKV leisten können. Wäre dies signifikant der Fall, so hätte die Forderung nach mehr Eigenverantwortung in dieser Hinsicht durchaus ihre Berechtigung.

Folgende grundlegenden Gesichtspunkte können zunächst festgehalten werden:

- Grundsätzlich sind Franchisen und Selbstbehalte (wählbare und nicht wählbare) geeignet, Anreize zu setzen, um angebotene medizinische Leistungen eigenverantwortlich in Anspruch zu nehmen. Die Versicherten profitieren nämlich, wenn sie auf nicht notwendige Leistungen verzichten.
- Die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Franchisen zu wählen, um damit die Prämien zu senken, ist jedoch stark von Selbstselektions-Effekten bestimmt, die als moral hazard-Phänomen dem Ziel der Kostensenkung entgegen stehen.
- Die Möglichkeit, zum Jahresende in eine für die individuelle Situation günstigere Franchisen-Variante zu wechseln, begünstigt die Selbstselektions-Effekte und begrenzt den Aspekt der Eigenverantwortlichkeit, weil das mit günstigen Prämien und entsprechend höheren Franchisen einhergehende finanzielle Risiko zeitlich begrenzt und somit relativ kalkulierbar ist.
- Bei Obergrenzen für Selbstbehalte besteht das Problem, dass bei einem Überschreiten dieser Grenze, Anreize für einen verantwortlichen Umgang mit medizinischen Leistungen entfallen. Da die Nachfrage der Versicherten in weiten Bereichen aber nur via medizinisches Fachpersonal möglich ist, sollte dieser Effekt nicht überbewertet werden.

Mit Blick auf die Rahmenordnung des KVG lässt sich also sagen, dass die Handlungsspielräume für Eigenverantwortung der Versicherten differenziert betrachtet werden müssen. Die rechtlichen Vorgaben des KVG setzen widersprüchliche Anreize. Einerseits begünstigt die Form einer sozialen Krankenversicherung die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und die Möglichkeiten unterschiedlicher Wahlfranchisen ermöglichen moral hazard-Phänomene. Das heisst, medizinische Leistungen werden laut ökonomischer Theorie ineffi-

zient eingesetzt, so dass unnötige Kosten anfallen.³¹⁶ Andererseits tragen bereits heute vergleichsweise hohe out of pocket-Zahlungen dazu bei, dass diese ungewollten Effekte reduziert werden. Die Frage, ob dadurch (längerfristig) Kosten gespart werden können, muss ebenfalls differenziert betrachtet werden. Aufgrund fehlender empirischer Daten kann hierauf keine abschliessende Antwort gegeben werden.

Ausserdem muss der Gesundheitsmarkt wegen des Abhängigkeitsverhältnisses der Patienten vom Arzt sowie der Schwierigkeit, die Leistungen der Leistungserbringer zu überwachen, als „Nachfrage-“ beziehungsweise „Verkäufermarkt“ charakterisiert werden.³¹⁷ Es sind in erster Linie die Leistungsanbieter, welche das Ausmass der Leistungsbeanspruchung festlegen. Deshalb sind die Kosten in den Kantonen mit einer hohen Ärztedichte auch höher als in solchen mit einer tieferen Ärztedichte. Kostentreibend wirken sich auch die ständig anwachsende Produktpalette der Pharma- und Medizinindustrie sowie die steigenden Medikamentenpreise aus. Diesen im System verankerten Anreizen zu einer Ausweitung der Inanspruchnahme medizinischer Güter und Dienstleistungen kann aber nur begrenzt über eine höhere Eigenverantwortung der Versicherten begegnet werden.

2.4 Gesundheit und demografischer Wandel

Grundgedanke des schweizerischen Gesundheitswesens war und ist die Vorstellung, dass die erwerbstätige, jüngere Generation die nicht mehr erwerbstätige, ältere Generation solidarisch mit den Beiträgen in die OKV unterstützt. Dadurch findet eine Umverteilung von Jung zu Alt statt. Diese Konzeption ging von der Vorstellung aus, dass erstens die Jüngeren mehr einbezahlen, als sie aktuell an Kosten verursachen, und dass zweitens eben diese ehemals Jüngeren in höherem Alter ebenfalls von dieser Umlagefinanzierung profitieren werden. Diese Vorstellung wird aber vor allem aufgrund des demografischen Wandels seit geraumer Zeit zusehends in Frage gestellt.³¹⁸

Da die Forderung nach mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen vor allem aufgrund der bisherigen und zu erwartenden Kostensteigerungen erhoben wird, muss auch der Frage

³¹⁶ Als konkrete Beispiele können Arztkonsultationen bei verschiedenen Ärzten, übermässiger Medikamentenkonsum und wenig effektive Therapiemassnahmen genannt werden.

³¹⁷ In den Wirtschaftswissenschaften werden Märkte auch nach den vorherrschenden Machtverhältnissen zwischen Käufern und Verkäufern unterschieden. In einem Verkäufer- oder Nachfragemarkt sind ein tendenziell knappes Angebot und eine hohe Nachfrage vorherrschend, so dass die Verkäufer starken Einfluss auf die Nachfragebedingungen bzw. Preise ausüben können. Vgl. Tilman SLEMBECK (2006): Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen, insb. S. 11ff.

³¹⁸ Exemplarisch vgl. Peter ZWEIFEL (2001): Alter, Gesundheit und Gesundheitsausgaben.

nachgegangen werden, ob der demografische Wandel die Gesundheitskosten negativ beeinflusst und wie die Versicherten auf die demografisch bedingte Kostenentwicklung eigenverantwortlich Einfluss nehmen können. Dazu werden nachfolgend die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und die Handlungsspielräume der Versicherten beschrieben.

2.4.1 Eckpunkte des demografischen Wandels

Während sich in weiten Teilen der Welt das Bevölkerungswachstum vorerst fortsetzt, stagniert und „altert“ die Bevölkerung der Industriestaaten.³¹⁹ Dieser Wandel der Altersverteilung, der auch unter dem Stichwort „demografische Alterung“³²⁰ bekannt ist, ist wesentlich gekennzeichnet durch eine geringe Geburtenhäufigkeit und durch eine zunehmende Lebenserwartung.³²¹ Die Schweiz, wie andere hoch entwickelte Länder auch, ist deshalb mit einer „doppelten demografischen Alterung“³²² konfrontiert: Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen³²³ als Folge des Geburtenrückgangs, andererseits steigen Zahl und Anteil betagter Menschen auch aufgrund der erhöhten Lebenserwartung an. In den letzten

³¹⁹ Der Anteil der sog. Entwicklungsländer am Weltbevölkerungswachstum nahm in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts stetig zu. Im 21. Jahrhundert findet das Bevölkerungswachstum, anders als im 20. Jahrhundert, praktisch ausschliesslich in den Entwicklungsländern statt, inzwischen allerdings mit abnehmenden Wachstumsraten. Dabei sind mittlerweile die Wachstumsunterschiede innerhalb der Entwicklungsregionen und –länder grösser als die zwischen Entwicklungsländern und der sog. entwickelten Welt. Detailliertere Informationen finden sich unter <http://www.un.org/esa/population/publications/longrange2/WorldPop2300final.pdf>. Francois Höpflinger weist ausserdem darauf hin, dass auch die Tatsache von wesentlicher Bedeutung ist, „...dass sich demographische Alterung - als Folge eines weltweiten Geburtenrückgangs und steigender Lebenserwartung - immer mehr zu einem globalen Prozess entwickelt, der in den nächsten Jahrzehnten alle Regionen dieser Welt in massiver Weise berühren wird. Zwar gehört auch Europa künftig zur Weltregion mit dem höchsten Anteil älterer Menschen, aber die schnellste Zunahme in Zahl und Anteil älterer Menschen wird sich ausserhalb Europas abspielen.“ Francois HÖPFLINGER (2000): Aspekte demographischer Alterung – Messung und gesellschaftliche Folgen, in: <http://mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhalter1E.html> (Stand Oktober 2005).

³²⁰ Die „demographische Alterung“ darf nicht verwechselt werden mit dem überwiegend negativ konnotierten Begriff der „gesellschaftlichen Überalterung“. „Dahinter verbirgt sich eine 'biologistische Metapher' der Gesellschaft, indem Aspekte individuellen Alterns auf die Gesamtgesellschaft übertragen werden und etwa befürchtet wird, dass demographische Alterung zu einer weniger aktiven und dynamischen Gesellschaft führe. Aus soziologischer Sicht sind solche Übertragungen individueller Alterungsprozesse auf gesamtgesellschaftliche Strukturen zurückzuweisen.“ Francois HÖPFLINGER (2000): Aspekte demographischer Alterung – Messung und gesellschaftliche Folgen.

³²¹ Die Lebenserwartung nahm für beide Geschlechter im Jahr 2007 leicht zu. Ein Mann kann damit rechnen, im Durchschnitt 79,4 Jahre alt zu werden, eine Frau sogar 84,2 Jahre. Innerhalb von rund 100 Jahren verlängerte sich damit die durchschnittliche Lebenserwartung für beide Geschlechter um 33 bis 35 Jahre. BFS (2008): Die Bevölkerung der Schweiz 2007, S. 7.

³²² Vgl. Francois HÖPFLINGER (2004): Generationenwandel des Alters.

³²³ Gemäss Trendszenario des BFS entwickelt sich der Anteil der über 65 Jährigen in der Schweiz wie folgt:

1950:	9,6%
2000:	15,4%
2020:	20%
2050:	28%

Vgl. BFS (2006): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050, S. 35ff.

Jahrzehnten erhöhten sich insbesondere Zahl und Anteil hochbetagter Menschen (80 Jahre und älter) deutlich.³²⁴

Mindestens zwei prognostizierte Entwicklungen sind für die vorliegende Fragestellung von Bedeutung:

1. Der Anteil der über 65-Jährigen wird in den kommenden Jahrzehnten von heute 16,4 Prozent³²⁵ auf rund 28 Prozent bis 2050 steigen.³²⁶ Die Zahl der Hochbetagten, d.h. der über 80-Jährigen, wird sich im gleichen Zeitraum beinahe verdoppeln, also auf etwa 10 Prozent der Gesamtbevölkerung ansteigen.
2. Aufgrund geburtenschwächerer Jahrgänge wird der Anteil der Erwerbstätigen sinken. Dies wird das solidarische Zusammenspiel von jungen und alten, von gesunden und kranken Menschen in der OKV belasten. Das BFS prognostiziert in seinem mittleren Szenario für die demografische Entwicklung der Schweiz einen raschen Anstieg des Altersquotienten von rund 25 Prozent im Jahr 2000 auf über 50 Prozent im Jahr 2050.³²⁷

2.4.2 Auswirkungen der demografischen Alterung auf das Gesundheitswesen

Die Konsequenzen aus der demografischen Alterung für das Gesundheitswesen sind einerseits vielfältig und andererseits vor allem politisch umstritten, weil die Wechselwirkungen bezogen auf soziale Arrangements in der Gesellschaft oft nur indirekt erfolgen. Aufgrund der oben angesprochenen Zusammenhänge ergeben sich auf den ersten Blick enge kausale Zusammenhänge zwischen einer zunehmenden demografischen Alterung und dem Kostenanstieg im Gesundheitswesen, da der Grossteil der Gesundheits- und Pflegekosten im Alter anfallen. Eine differenzierte Analyse der Zusammenhänge zeigt aber, dass im Einzelfall der Schluss Alter = Kosten(-anstieg) immer weniger gilt.³²⁸

³²⁴ Immer mehr Menschen in der Schweiz dürfen ihren hundertsten Geburtstag feiern: 1960 waren es 23, 1980 179 und im Jahr 200 787. Die deutliche Zunahme der Hundertjährigen, mehrheitlich Frauen, ist ein Phänomen von vielen, das die radikale Umwälzung in der Altersstruktur der schweizerischen – und wie auch der meisten europäischen Länder – sichtbar macht. Vgl. BFS (2005): *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*, S. 55-69.

³²⁵ Bezogen auf das Jahr 2007. Vgl. BFS (2008): *Die Bevölkerung der Schweiz 2007*, S. 3.

³²⁶ Vgl. BFS (2006): *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050*, S. 35ff.

³²⁷ Der Altersquotient beschreibt das quantitative Verhältnis zwischen den über 64-Jährigen und den 20-64-Jährigen. Vgl. BFS (2006): *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050*, S. 35ff.

³²⁸ Vgl. Francois HÖPFLINGER (2000): *Aspekte demographischer Alterung – Messung und gesellschaftliche Folgen*. Zunehmend mehr Menschen erreichen heute ein Alter jenseits der 70, ohne dass gravierende gesundheitliche Probleme vorhanden wären. Prozesse des Alterns sind heute so individuell wie die Lebensgeschichten der Menschen auch.

Statistisch steigen aber die Pro-Kopf-Aufwendungen für Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter deutlich an, weil das Risiko, an chronischen Krankheiten und Behinderungen wie Arteriosklerose, koronare Herzerkrankung, Osteoporose und hirnorganischer Störungen zu erkranken, zunimmt. Die überproportionale Kostenbelastung des Gesundheitswesens durch ältere Personen erklärt aber lediglich die absolute Höhe der Kosten in einer Rechnungsperiode, nicht hinreichend aber deren Wachstum im Zeitverlauf.³²⁹ Es ist also falsch zu unterstellen, dass der wachsende Anteil älterer Personen der einzige Grund für das stetige Wachstum der Gesundheitsausgaben sei.³³⁰ Es darf deshalb, um mit François Höpflinger zu sprechen, die positive Korrelation von Alter und Krankheit „...nicht zur Projektion der zukünftigen Kostenentwicklung benützt werden.“³³¹

Obwohl in der Schweiz die Menschen immer älter werden, lassen sich die steigenden Kosten des Gesundheitswesens allein deshalb noch nicht erklären. Die Menschen bleiben aufgrund besserer diagnostischer und therapeutischer Verfahren und auch aufgrund gesünderer Lebens- und Ernährungsweisen länger gesund.³³² Die hohen „Gesundheitsausgaben“ bei den älteren Altersgruppen sind deshalb eine Folge von hohen Sterbekosten und höherer Sterblichkeit.³³³ Das Sterben ist also teuer geworden und nicht das Alter.³³⁴ Die höheren Ausgaben in den letzten Lebensjahren bedeuten deshalb, dass sich die demografische Alterung in der Vergangenheit weniger stark auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben

³²⁹ Vgl. Francois HÖPFLINGER (2000): Aspekte demographischer Alterung – Messung und gesellschaftliche Folgen.

³³⁰ Wenn beispielsweise die „Babyboomer-Generation“ aus der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand wechselt, heisst dies nicht zwingend, dass die Kosten im Gesundheitswesen gleich signifikant steigen – trotz zunehmendem Alterskoeffizienten! Allenfalls zeigt sich ein Kostenschub erst zeitverzögert, so dass das jährliche Kostenwachstum damit nicht hinreichend erklärt werden kann.

³³¹ Francois HÖPFLINGER (2000): Aspekte demographischer Alterung – Messung und gesellschaftliche Folgen.

³³² Vgl. BFS (2005): Alter und Generationen, S. 63: „In einem Zeitraum von zehn Jahren (1990–2000) hat sich das behinderungsfreie Leben der Menschen ab 65 in der Schweiz verlängert, was an sich schon eine gute Nachricht ist. Dabei haben Männer im Schnitt zwei Jahre und fünf Monate an Behinderungsfreiheit hinzugewonnen, Frauen ein Jahr und fünf Monate. Die zweite erfreuliche Feststellung betrifft die Verminderung der Anzahl Jahre mit Behinderung, und zwar um acht Monate bei Männern bzw. um einen Monat bei Frauen.“

³³³ Untersuchungen haben gezeigt, dass die „Gesundheitskosten“ erst gegen Ende des Lebens deutlich ansteigen, unabhängig vom faktischen Alter. Eine siebzigjährige Person verursacht aufgrund ihres biologischen Alters nicht zwingend höhere Kosten als eine jüngere. Die Gesundheitsökonominnen Stefan Felder und Peter Zweifel konnten anhand einer ex post-Analyse nachweisen, dass die Kosten – unabhängig vom Alter – kurz vor und mit dem Sterben zunehmen. Vgl. Stefan FELDER (2005): Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben, S. 16. Auch wenn mit zunehmendem Alter die Sterbekosten wieder sinken, bleiben sie doch deutlich über den Durchschnittskosten von Überlebenden mit gleichem Alter.

³³⁴ Vgl. Stefan FELDER, Peter ZWEIFEL (1996): Gesundheits- und sozialpolitische Implikationen des Alterungsprozesses, in: Peter ZWEIFEL, Stefan FELDER (Hrsg.): Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses, S. 169-192.

ausgewirkt hat, als gemeinhin angenommen wurde.³³⁵ Die mit zunehmendem Alter einhergehende zunehmende Sterbewahrscheinlichkeit führt aber faktisch zu einer positiven statistischen Korrelation von Alter und Gesundheitskosten.

Tatsächlich ging nur ein vergleichsweise kleiner Teil der vergangenen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen direkt auf die demografische Altersverschiebung zurück. Die Preisentwicklung medizinischer Angebote und eine allgemein erhöhte Inanspruchnahme (neuer und meist teurerer) medizinischer Güter und Dienstleistungen in allen Altersgruppen hatten einen wesentlich grösseren Einfluss auf die absolute oder auch relative Kostenentwicklung im Gesundheitssystem. Ein internationaler Längsschnittvergleich für 20 OECD-Länder lässt erkennen, dass zwischen 1960 bis 1988 die demografische Alterung kein bedeutsamer Erklärungsfaktor steigender Gesundheitsausgaben war.³³⁶

Im Zusammenhang mit der Frage der Eigenverantwortung der Versicherten ist die zahlenmässige Zunahme alter und hochaltriger Personen insofern von Relevanz, als ein höheres Kostenrisiko, ältere Menschen, insbesondere mit chronischen oder Mehrfacherkrankungen, stärker belasten würde als jüngere und gesündere. Darüber hinaus dürfte die Frage der Eigenverantwortung im Sinn eines monetären Anreizes zu gesünderer Lebensweise im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel eher problematisch sein, weil mit zunehmendem Alter die Möglichkeiten schwinden, die eigene Gesundheit mittels gesünderer Lebensweise zu erhalten, geschweige denn zu verbessern.³³⁷

2.5 Die Gesundheitskosten, die Handlungsspielräume der Versicherten und Aspekte des demografischen Wandels im Hinblick auf die Eigenverantwortung der Versicherten – ein Fazit

Voraussetzungen für die Wahrnehmung von Eigenverantwortung durch die Versicherten im Bereich des Gesundheitswesens sind Handlungsspielräume. Die Untersuchung der Kostenstrukturen, sprich der Kostenträger, der Kostenverteilung und des Kostenwachstums in den verschiedenen Bereichen, hat zunächst gezeigt, dass die Möglichkeiten der Einflussnahme auf

³³⁵ Stefan FELDER (2005): Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben, S. 16f.

³³⁶ Vgl. Thomas E. GETZEN (1992): Population Aging and the Growth of Health Expenditures, *Journal of Gerontology*, 47/3, S. 98-104. Allerdings ist damit die Frage noch nicht beantwortet, ob diese Beobachtung auch auf die kommenden Jahrzehnte übertragen werden kann. Mit zunehmendem Alter der sog. Babyboomer-Generation dürfte der demografisch bedingte Kosteneffekt stärker zu beobachten sein.

³³⁷ Über die zahlenmässige Zunahme alter Menschen hinaus stellt sich aber die Frage, ob das Phänomen der Langlebigkeit grundsätzlich mit mehr gesunden oder mit mehr kranken Jahren verbunden ist. Diese Frage ist eng mit medizinischen Überlegungen verbunden und wird deshalb unter Ziff. 7.3 besprochen.

die Kostenentwicklung durch die Versicherten begrenzt sind. Obwohl gut zwei Drittel der Gesamtkosten des Gesundheitswesens zu Lasten der privaten Haushalte gehen (Beiträge OKV, Franchisen, Selbstbehalte, Zuzahlungen, private Zusatzversicherungen und sonstige out of pocket-Zahlungen), zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass die Möglichkeiten der direkten Einflussnahme auf die Kosten durch die Versicherten viel geringer sind, als es die blossе Kostenträgerschaft zunächst vermuten liesse.

Die mit Abstand grössten Kostengruppen im Jahr 2008 waren Spital stationär (24%) und Arzt ambulant (22%) gefolgt von Spital ambulant (14%) und Medikamente Apotheke (13%). Bei den beiden grössten Kostengruppen ist es vor allem Arzt ambulant, wo die Versicherten mit ihrer Entscheidung, einen Arzt aufzusuchen, direkt auf die Kosten Einfluss nehmen können. Allerdings finden sich unter diesem Posten viele Konsultationen, die aus medizinischer Sicht angeraten sind. Die Verantwortung der Versicherten besteht darin, grundsätzlich zu entscheiden, ob ein Arztbesuch notwendig ist. Aufgrund der Datenlage kann aus heutiger Sicht nicht eindeutig entschieden werden, ob diese Möglichkeit der Eigenverantwortung längerfristig positive Auswirkungen auf die Kosten hat. Es ist nämlich durchaus vorstellbar, dass unterlassene oder zu spät vorgenommene Konsultationen im Endeffekt zu höheren Kosten führen können. Dies ist bei „Bagatellerkrankungen“ sicherlich zu vernachlässigen, hingegen bei Erkrankungen, die ohne Massnahmen zu einer Verschlechterung oder zu bleibenden Schäden führen, nicht. Kosteneinsparungen verglichen mit den Durchschnittskosten eines statistischen Normallebens könnten allerdings möglich sein, wenn eine unterlassene Konsultation zum Tod führt.³³⁸ Diese Perspektive ist allerdings mit der Zielsetzung des KVG einer hochwertigen medizinischen Versorgung nicht zu vereinbaren – ganz abgesehen von den ethisch unhaltbaren Implikationen.

Ein stationärer Spitalaufenthalt bedarf im Allgemeinen einer ärztlichen Begründung. Der Entscheidungsspielraum der Versicherten ist hier deshalb gering, weil es bedeuten würde, sich trotz ärztlichen Anratens gegen den Spitalaufenthalt zu entscheiden. Bei Spital ambulant und Medikamente Apotheke sind hingegen Handlungsspielräume gegeben. Zum einen gibt es inzwischen finanzielle Anreize, bei den Medikamenten Nachahmerprodukte (Generika) nachzufragen und zum anderen bestehen ebenfalls Anreize, alternative Versicherungsformen zu wählen, bei denen Spitalkonsultationen in der Regel über einen „Gatekeeper“/Hausarzt erfolgen. Allerdings ist das Kostenvolumen der beiden letztgenannten Kos-

³³⁸ Als Beispiele sind hier HIV-Infektion, Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen zu nennen, die ohne oder bei zu spät erfolgter Behandlung häufig zum Tod führen.

tengruppen deutlich tiefer als bei Spital stationär und Arzt ambulant, so dass die Kostenwirksamkeit in Bezug auf das gesamte Gesundheitswesen zumindest relativiert werden muss. Gleichwohl sind die bei Spital ambulant und Medikamente Apotheke gegebenen Handlungsspielräume zur Kosteneinsparung als Ausdruck wahrgenommener Eigenverantwortung der Versicherten zu sehen und entsprechend zu fördern.

Blickt man auf die Kostenentwicklung in den einzelnen Bereichen des KVG, sind die vorliegenden Zahlen von Jahr zu Jahr unterschiedlich und unterliegen weiteren externen Effekten³³⁹, die grössere Auswirkungen auf die Kostenentwicklung haben als die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Nachfrage durch die Versicherten. Die grösste Kostenzunahme fand 2008 bei Spital ambulant statt (+14,1 %). Dieser auffällige Kostenzuwachs innerhalb eines Jahres lässt sich vor allem durch eine deutliche Zunahme weniger invasiver Interventionen erklären. Der Handlungsspielraum für die Versicherten ist dabei sehr begrenzt, weil hierin der medizinische Fortschritt beziehungsweise ein sich ändernder state of the art in der Medizin zum Ausdruck kommt. Eine solche Veränderung dürfte unter Kostengesichtspunkten sehr erwünscht sein. Generell kann mit Blick auf die Kostenentwicklung davon ausgegangen werden, dass bei der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen der grösste Handlungsspielraum für die Versicherten vorhanden ist. Ob eine über verstärkte Anreize erzielte Senkung der Nachfrage solcher ambulanter Leistungen auch auf lange Sicht helfen kann, Kosten in der OKV einzusparen, müsste eigens noch belegt werden.

Ferner haben die Versicherten bei Versicherungsmodellen mit freier Arztwahl die Möglichkeit, Spezialärzte direkt aufzusuchen, was im Allgemeinen mit höheren Kosten verbunden ist. Im Sinn der Forderung nach mehr Eigenverantwortung, sprich Kostenbeteiligung, sind alternative Versicherungsmodelle (Hausarzt oder HMO), die den Schritt zum Spezialisten oder ins Spital nur via Gatekeeper erlauben und dafür entsprechende Prämienvorteile bieten, sinnvoll. Im internationalen Vergleich besitzt die Schweiz eine bereits sehr hohe Selbstzahlerbelastung. Dies spräche eigentlich für eine effektive Steuerung der Nachfrage über die Kosten. Der unmittelbare Vergleich mit dem holländischen Gesundheitswesen zeigt aber, dass in der Schweiz andere Rahmenbedingungen und nicht primär fehlende Anreize mit für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen verantwortlich sind. Im Schwei-

³³⁹ Die laut BFS deutliche Zunahme bei Spital ambulant zwischen 2000 und 2005 ist u. a. auch damit zu erklären, dass die Kantone hier zulasten der OKV sparen können. Deshalb findet eine in der Sache oft sinnvolle Verlagerung von Spital stationär zu ambulant statt, was auch den vorliegenden Zahlen entspricht.

zer Gesundheitswesen sind es vor allem strukturelle Gründe, die wesentlich die Kostenentwicklung beeinflussen.³⁴⁰

Die Kosteneffekte des medizinischen Fortschritts und des demografischen Wandels, die vor allem für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht werden, sind durch das unmittelbare Verhalten der Versicherten kaum zu beeinflussen. Allerdings ist die Kostenrelevanz beider Aspekte für das Gesundheitswesen deutlich höher zu gewichten als mögliche Effekte durch ein Fordern und Fördern von mehr Eigenverantwortung.

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten als Beitrag zu einer Entlastung der Kostenentwicklung in der OKV ist mit Blick auf die realen Gegebenheiten im Schweizer Gesundheitswesen folglich zu relativieren. Noch stärkere Eigenverantwortungsanreize könnten unter Umständen langfristig zu höheren Kosten führen, wenn einerseits sinnvolle und notwendige Arztbesuche unterbleiben und wenn andererseits ein über stärkere Anreize zu mehr Eigenverantwortung erreichter gesünderer Lebensstil im höheren Alter die Morbiditätsrate und die Gesundheitskosten erhöht.³⁴¹

³⁴⁰ Vgl. Robert E. LEU et al. (2008): The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared.

³⁴¹ Dies wäre der Fall, wenn durch empirische Belege die *Medikalisierungsthese* bestätigt werden würde. Näheres hierzu findet sich unter Ziff. 7.3.

3 Der Begriff der Verantwortung im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen³⁴² erfolgt im Kontext grundlegender sozialpolitischer Auseinandersetzungen.³⁴³ Der Begriff spielt vermehrt seit den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts eine zentrale Rolle.³⁴⁴ Die Häufigkeit allerdings, mit der dieser Begriff bei sozialpolitischen Diskussionen ins Spiel gebracht wird, und die doch recht unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereiche, bei denen auf diesen Begriff Bezug genommen wird, legen es nahe, verschiedene Facetten des Begriffs der Eigenverantwortung näher zu betrachten. Das vorliegende Kapitel befasst sich mit der Begriffsgeschichte der Verantwortung und arbeitet die relevanten Aspekte für unsere Fragestellung heraus. Es kann dabei nicht um eine umfassende begriffsgeschichtliche und philosophische Aufarbeitung der Geschichte der (Eigen-)Verantwortung gehen.³⁴⁵ Es soll vielmehr versucht werden, die Voraussetzungen zu klären, die es ermöglichten, dass der Begriff der Eigenverantwortung zum Schlüsselbegriff in der modernen Sozialstaatsdebatte werden konnte.

Der Ruf nach mehr Eigenverantwortung stellt in sozialpolitischen Diskussionen einen häufig verwendeten „Referenzpunkt“ dar.³⁴⁶ Die Häufigkeit und die fehlende einheitliche Definition des Begriffs legen die Vermutung nahe, dass Eigenverantwortung zu einem Platzhal-

³⁴² Im Sinn eines gesundheitspolitischen Statements im Schweizer Kontext vgl.: Werner WIDMER et al. (2007): *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen.*

³⁴³ Einen Überblick über die kontrovers diskutierten Fragen bietet eine Tagungsdokumentation: FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG (2007): *Zukunft des Sozialstaats – Sozialpolitik*; ebenso Christoph BUTTERWEGGE (2005): *Krise und Zukunft des Sozialstaates*; Karl-Hans HARTWIG (1997): *Alternativen der sozialen Sicherung.*

³⁴⁴ Im Zuge nachlassenden Wirtschaftswachstums, der Globalisierung des Wettbewerbs, des demografischen Wandels, hoher Staatsverschuldung und struktureller Arbeitslosigkeit seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre hat sich in vielen OECD-Staaten die Frage um die Zukunft des Sozialstaats verschärft. Bei den Kritikern des Sozialstaats lautet die Forderung meist weniger Sozialstaat, mehr Eigenverantwortung. So sind auch die aktuellen Diskussionen um die Zukunft des Sozialstaats und der sozialen Sicherungssysteme, die Frage der Zuständigkeiten von Bürger und Staat sowie die Gestaltung der politischen Ordnung generell stark geprägt von diesem Begriff. Aber auch in anderen Zusammenhängen ist der Begriff präsent: In der Schulpolitik ist beispielsweise die Rede von der Eigenverantwortung der Eltern, Schüler und auch Schulen; in der Unternehmenspolitik von der Eigenverantwortung der Mitarbeitenden; bei Hilfestellungen zur individuellen Lebensgestaltung von der Eigenverantwortung zu einem gelungenen Leben etc.

³⁴⁵ Vgl. hierzu Hans JONAS (1984): *Das Prinzip Verantwortung*; Dieter BIRNBACHER (1988): *Verantwortung für zukünftige Generationen*; Kurt BAYERTZ (1995): *Verantwortung. Prinzip oder Problem?* Weyma Lübke (1998): *Verantwortung in komplexen kulturellen Prozessen*; Ludger HEIDBRINK (2003): *Kritik der Verantwortung*; Michael SCHEFCZYK (2012): *Verantwortung für historisches Unrecht*, insb. S. 75ff.

³⁴⁶ Zur Aktualität aus ethischer Sicht vgl. Adrian HOLDEREGGER (2006): *Art. Verantwortung.*

ter mit „Alibi-Funktion“³⁴⁷ für fehlende andere Lösungsvorschläge und/oder zu einem „Ausweg“ aus einer Art „Orientierungslosigkeit“ angesichts zunehmender Komplexität und Unübersichtlichkeit in den bestehenden technologischen, wirtschaftlichen und (sozial-) politischen Verhältnissen geworden ist. Dieser Vermutung soll hier nachgegangen werden. Dies ist insofern von Bedeutung, weil hinter der Forderung nach mehr Eigenverantwortung bestimmte Menschen- und Weltbilder zum Ausdruck kommen, die in den sozialpolitischen Auseinandersetzungen meistens nicht expliziert werden. Vielmehr schwingen sie unausgesprochen im Hintergrund mit, und erst die Klärung dieser Menschen- und Weltbilder erlaubt ein weiterführendes ethisches Urteil über die einzelnen sozialpolitischen Forderungen und Vorschläge. Deshalb werden nachfolgend die Herkunft und die Geschichte des Begriffs der (Eigen-)Verantwortung in einem Überblick vorgestellt. Da der Begriff der Eigenverantwortung jüngeren Datums ist, steht zunächst der Begriff der Verantwortung im Vordergrund.

3.1 Zur Begriffsgeschichte der Verantwortung

3.1.1 Etymologische Vorbemerkungen

Das seit dem 15. Jh. gebräuchliche Verb verantworten (*mhd.* verantworten) leitet sich von „Antwort geben“ ab und lässt sich begriffsgeschichtlich auf das lateinische *respondere*³⁴⁸ zurückführen. Im Mittelhochdeutschen bedeutete es zunächst „antworten“, „Antwort geben“ auf eine zuvor gestellte Frage. Diese Bedeutung bekam dann wie schon im Lateinischen im Kontext der Rechtssprache die Bedeutung „vor Gericht antworten“, „eine Frage beantworten“ und später auch „für etwas einstehen“, „etwas vertreten“ und in reflexiver Funktion „sich rechtfertigen“, „sich gegen einen Vorwurf verteidigen“.³⁴⁹ Dieser am Rechtsleben orientierte Gebrauch dominierte bis ins 19. Jahrhundert und verweist – ebenso wie die analogen Begriffe in anderen Sprachen – auf die Praxis des „Für-etwas-Rede-und-Antwort-Stehens“.³⁵⁰

³⁴⁷ Adrian HOLDEREGGER (2006): Art. Verantwortung, S. 395.

³⁴⁸ Mit der Bedeutung: vor Gericht auf eine Anklage antworten. Vgl. auch seine englische (to respond) und französische (répondre) Entsprechung, in denen der lateinische Ursprung (respondere) deutlich erkennbar ist.

³⁴⁹ Vgl. Jann HOLL (2007): Art. Verantwortung, Teil 1. In: HWPh, S. 566-570; Hans LENK, Matthias MARRING (2007): Art. Verantwortung, Teil 2. In: HWPh, S. 570-575; Héctor WITTEW (2002): Art. Verantwortung. In: TRE, S. 574-577; DUDEN (1997): Etymologie, Art. verantworten, S. 778f.; Wolfgang PFEIFFER (1989): Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, Art. Antwort, S. 61. Eine der frühesten derartigen Fragen nach der „Verantwortung“ findet sich bereits im Buch Genesis 4, 9f im Zusammenhang mit dem Brudermord an Abel: „Da sprach der Herr zu Kain: Wo ist dein Bruder Abel? ... Was hast du getan?“

³⁵⁰ Vgl. Micha H. WERNER (2002): Verantwortung, S. 521.

Vor diesem Hintergrund lassen sich für unsere Fragestellung bereits zwei wichtige Aspekte festhalten: Die Verwendung des Verbs „verantworten“ zielt zum einen ab auf zwei nicht identische Grössen, meist Personen oder Institutionen, die zueinander in einem Verhältnis stehen. Zum anderen ist dieses Verhältnis nicht gleichberechtigt zu verstehen. Die eine Seite kann dabei eine Antwort einfordern oder die andere Seite zum Antworten oder Reagieren veranlassen. Damit ist zunächst ein nicht gleichberechtigtes bipolares Verhältnis beschrieben.

3.1.2 Von der Pflicht zur Eigenverantwortung

3.1.2.1 Von der Pflicht zur Verantwortung

Das oben skizzierte Verständnis von „verantworten“ war eingefügt in gesellschaftspolitische und im weitesten Sinne weltanschauliche Realitäten, die von einem weitgehend fest umschriebenen Welt-, Menschen- und Glaubensbild geprägt waren, wie es bis in die Welt des ausgehenden Mittelalters und der Vormoderne in Europa noch der Fall war. In dieser Welt hatten die Menschen ihren fest gefügten Platz mit entsprechenden Pflichten. Wilhelm Korff und Günter Wilhelms unterscheiden deshalb zwischen einem „klassischen“ und einem „modernen“ Verantwortungsbegriff.³⁵¹ Beim klassischen Verantwortungsbegriff war eine klare und unmittelbare Zuordnung insbesondere dessen, der sich zu verantworten hatte, gegenüber dem, der Verantwortung einfordern konnte, gegeben. Beim modernen Verantwortungsbegriff ist diese eindeutige Zuordnung nicht mehr gegeben.

Der „klassische“ Verantwortungsbegriff – den es also nur der Sache nach, aber noch nicht als Begriff gab – entstammt einem sozial- und kulturpolitischen Kontext, der von weitgehender sozialer Übersichtlichkeit und eindeutigen moralisch-rechtlichen Zurechenbarkeiten und funktionalen Aufgabenstellungen geprägt war.³⁵² Nicht der Einzelne mit seiner Wahlfreiheit stand im Zentrum politischer und auch philosophischer Betrachtungen, sondern *seine Pflichten*, die sich aufgrund seiner sozialen Stellung im Kontext ständischer Ordnung ergaben. Der klassische Verantwortungsbegriff ist folglich gleichzusetzen mit der Pflicht.³⁵³ Wo wir heute – modern – von Verantwortung reden, war zu dieser Zeit – klassisch – die Rede von der «Pflicht». In diesem Sinne musste man sich für eine unterlassene Pflichterfüllung verantworten. Die entsprechende innere Sachlogik liesse sich demnach wie folgt for-

³⁵¹ Wilhelm KORFF, Günter WILHELMS (2001): Verantwortung, S. 597-600.

³⁵² Vgl. Otto G. OEXLE et al. (2004): Stand, Klasse, S. 155-284.

³⁵³ „Verantwortung“ bestand nicht im Hinblick auf jede beliebige Art der Verursachung, sondern nur dort, wo sie auf menschliches Handeln zurückgeführt werden konnte. Vgl. Kurt BAYERTZ (1995): Eine kurze Geschichte der Herkunft der Verantwortung, S. 5.

mulieren: Der *Pflicht zu etwas* entspricht die *Verantwortung für ein entsprechendes Ergebnis*, und ein zurechenbares Handeln oder eine Unterlassung mit negativen Konsequenzen bedingen eine entsprechende *Schuld*. Wenn sich jemand verantworten musste, hatte er im Vorfeld die Pflicht, sich um eine Sache zu kümmern. Er trägt die Schuld für die Verursachung oder Nicht-Verhinderung eines Übels, weil seine Pflicht darin bestand, ein zuvor festgelegtes Ergebnis herbeizuführen. *Nachträglich* wird jemand dafür zur Ver-Antwortung gezogen. Die Begründung der Pflicht selbst stand dabei nicht zur Diskussion, weil sie meist durch eine weitgehend fest gefügte Glaubens- und Weltordnung vorgegeben war.

Allgemein lässt sich sagen, dass der Begriff der Pflicht, verstanden in einem konkret materialemischen Sinne und nicht als generelle moralische Bindung an Sittlichkeit wie bei Immanuel Kant, eine Rahmenordnung voraussetzte, aus der sich verbindliche und überschaubare Aufgaben und Verpflichtungen ableiten liessen.³⁵⁴ Die Pflicht war konkret und hatte einen eindeutigen Adressaten. Bereits in der klassischen Zuschreibung von Verantwortung war die Pflichtzuweisung immer auch mit einem *Werturteil* verknüpft. Diese moralische Dimension spiegelte die bestehenden Normen und Werte in der jeweiligen Gesellschaft wider. Kurt Bayertz formuliert dies so:

„In diesem Sinne bleibt es ungenau, kann sogar irreführend werden, wenn davon gesprochen wird, dass jemand verantwortlich sei, wenn dabei nicht die relative und relationale Natur dieses „Seins“ mitgedacht wird. Verantwortlich kann man nicht sein, sondern wird man (von anderen) gemacht.“³⁵⁵

Die Frage der Verantwortlichkeit in der klassischen Verwendung steht also immer auch in einem grösseren sozial-gesellschaftlichen Kontext. Innerhalb dieses Kontextes wird Verantwortung konstruiert als Zuweisung bestimmter Pflichten und begründet mit entsprechenden Normen. Das Individuum ist sich dabei seiner Pflichten gegenüber anderen bewusst. Seine Verantwortlichkeit schafft er sich nicht selbst, sondern wird ihm aufgrund seiner Stellung von der Gesellschaft zugewiesen.

Noch in der philosophischen Literatur des 18. Jahrhunderts findet sich der Begriff Verantwortung nur gelegentlich³⁵⁶ und überdies meist nur das Adjektiv *verantwortliche/r/s*. Weder bei Martin Luther noch bei Immanuel Kant spielt der Begriff der „Verantwortung“ eine

³⁵⁴ Vgl. Adrian HOLDEREGGER (2006): Verantwortung, S. 396f.; Johannes SCHWARTLÄNDER (1974): Verantwortung, S. 1577-1588.

³⁵⁵ Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 13.

³⁵⁶ So etwa bei David HUME (1992): A Treatise of Human Nature, S. 411.

zentrale Rolle.³⁵⁷ Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nimmt die Häufigkeit der Verwendung zu, und der substantivische Gebrauch tritt in den Vordergrund.³⁵⁸

Warum tritt nun mit Ende des 19. Jahrhunderts der Verantwortungsbegriff – insbesondere als Substantiv – stärker in den Vordergrund? Welche Gründe stehen hinter dem begrifflichen Wechsel von der „Pflicht“ zur „Verantwortung“? Lassen sich gesellschaftliche Veränderungen damit in Zusammenhang bringen? Und wenn ja, lassen sich daraus womöglich Schlüsse für das Verständnis der gegenwärtigen Konjunktur der Eigenverantwortung ziehen?

3.1.2.2 Verantwortung als Platzhalter für Komplexität und Unübersichtlichkeit

Das 19. Jahrhundert war geprägt von zahlreichen Veränderungen: Vor allem als Folge der Französischen Revolution und der Napoleonischen Kriege treten Nationalstaaten als neue politische Größen in den Vordergrund. Mit ihnen entstehen Bürgertum und bürgerliche Gesellschaften, Industrialisierung und kapitalistische Produktion setzten sich immer mehr durch, mit dem Imperialismus erreichte die direkte und indirekte Dominanz Europas in der Welt ihren Höhepunkt.³⁵⁹ Innerhalb der sich industrialisierenden Gesellschaften veränderten sich die Lebensweisen teilweise dramatisch. Der soziale Wandel zerstörte hergebrachte Ordnungen, Verhaltens- und Denkweisen. Die Verkehrsrevolution und die Suche nach Arbeit erhöhten die Mobilität. Die Städte wuchsen nicht nur in quantitativer Hinsicht, sondern mit der Urbanisierung begann sich eine spezifisch neuzeitliche, städtische Lebensweise durchzusetzen. Mit diesen Veränderungen waren Angst und Verunsicherung, aber auch Chancen und Hoffnungen verbunden. Für die Menschen war es eine Herausforderung, sich in den sich immer schneller wandelnden Gegebenheiten zurechtzufinden. Politische, gesellschaftliche und intellektuelle Selbstverständlichkeiten waren aufgrund der sich vollziehenden Veränderungen zu überwinden, ganz neue Problemlagen entstanden daraus. Charakteristisch für die Verantwortungsfrage waren immer weniger individuelles Verschulden, son-

³⁵⁷ Ein vergleichbarer Hinweis findet sich bei Robert LEICHT (2004): Das Prinzip Zahnbürste. Alle reden von Eigenverantwortung. Aber was ist das? Der Philosophie Immanuel Kants kommt der Sache nach zwar zentrale Bedeutung für eine Theorie der moralischen Verantwortung zu, den Begriff der Verantwortung stellt sie aber (noch) nicht in den Mittelpunkt, sondern den der Pflicht. Indem Kant Autonomie als Fähigkeit zur vernünftigen - d.h. auch sittlich vernünftigen - Selbstbestimmung konzipiert, werden Freiheit und moralische Verantwortlichkeit zu gleichursprünglichen Konzepten: Dadurch, dass ich mich nach Kant selbst als autonomes Vernunftwesen bestimme, anerkenne ich die *Pflicht*, mein Handeln an allgemein einsichtigen „Gesetzen“ zu orientieren. Vgl. Immanuel KANT (1990): Kritik der praktischen Vernunft, insb. S.33ff.

³⁵⁸ So benutzt John St. Mill in seinem 1859 erschienen Essay „On Liberty“ mehrfach die Begriffe „responsability“ und „moral responsibility“. Vgl. John St. MILL (1969): On Liberty, S. 7-113.

³⁵⁹ Näheres z. B. bei Imanuel GEISS (1997): Chronik des 19. Jahrhunderts.

dem Systemzusammenhänge, innerhalb derer nicht beabsichtigte Übel kaum mehr linear auf einzelne menschliche Handlungen beziehungsweise unterlassene Pflichtleistungen kausal zurückgeführt werden konnten.³⁶⁰

In der Tendenz also wird der Einzelne einerseits immer weniger als jemand wahrgenommen, der gegenüber dem Staat pflichtschuldigen Gehorsam leisten muss, sondern als ein Subjekt, das zusehends selbstbestimmt und selbstverantwortlich seine Interessen verfolgt. Und andererseits werden gesellschaftliche Prozesse, in die der Einzelne eingebunden ist, komplexer und damit immer weniger überschaubar, so dass die Rede von der Pflicht nicht mehr hinreichend die Komplexität der Zusammenhänge beschreiben konnte.

Mit dem Wegbrechen der geistigen, religiösen und auch politischen Selbstverständlichkeiten und durch die mit der technologischen und industriellen Revolution einhergehenden umfassenden gesellschaftlichen Veränderungen wurde die Welt komplexer und „unübersichtlicher“. Die im Kontext des Pflicht-Verständnisses wichtigen eindeutigen und verbindlichen Aufgaben- und Funktionsbeschreibungen waren immer weniger gegeben. Vor diesem Hintergrund tritt der Begriff der Verantwortung stärker in den Vordergrund. Eindeutige Zurechenbarkeiten im Sinne einer klar vorgegebenen Verantwortlichkeit (=Pflicht) waren vor allem aufgrund zunehmender Arbeitsteilung und des technischen Fortschritts und einer daraus resultierenden Zunahme an Komplexität in Wirtschaft und Gesellschaft immer weniger gegeben. Auf den heutigen Kontext übertragen beschreibt Adrian Holderegger diese Entwicklung folgendermassen:

„Die *Verwendungszusammenhänge*, in denen Verantwortung vornehmlich gebraucht wird, weisen auf folgenden, für die Begrifflichkeit wichtigen Umstand hin: Von Verantwortung ist vermehrt in modernen ‚Risikogesellschaften‘ und insbesondere in jenen Bereichen die Rede, in denen sich die Auswirkungen und Folgelasten menschlichen Handelns augenscheinlich am problematischsten und am ambivalentesten erweisen, und zwar aufgrund der Reichweite und des damit gegebenen Risikos menschlicher Aktivitäten, die mittlerweile eine immense Erweiterung erfahren haben (z. B. in Technik, Wirtschaft, Naturwissenschaften).“³⁶¹

³⁶⁰ Von besonderer Bedeutung im Zusammenhang mit der Bedeutungsentwicklung des Begriffs Verantwortung waren beispielsweise Dampfkesselexplosionen, deren Schäden eine gesellschaftliche Dimension hatten, d.h. sie wurden zu einem „bedeutsamen öffentlichen Problem“, ohne dass im konkreten Fall immer auch die Person ausfindig gemacht werden konnte, die die Explosion zu verantworten hatte. Vgl. Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, v. a. S. 26.

³⁶¹ Adrian HOLDEREGGER (2006): Verantwortung, S. 394.

Die Verwendung des Begriffs Verantwortung besitzt dabei einen appellativen Charakter, der die Aufforderung enthält, für die Handlungsfolgen *gerade zu stehen*, beziehungsweise die *Zuständigkeit* für die Handlungsfolgen heraus streicht. Je unübersichtlicher und komplexer dabei die Prozesse und die damit möglicherweise verbundenen Risiken werden, desto nachdrücklicher erscheint die Rede von der Verantwortung:

„Mit dem Begriff Verantwortung will in diesem Kontext nicht bloss in der Wissenschafts-, sondern auch in der Umgangssprache verdeutlicht werden, dass die Handlungssubjekte komplexe, mit schwer einschätzbaren Wagnissen behaftete Prozesse, kumuliertes Wissen und konzentrierte Macht nicht einfach einem urwüchsigen Kräftespiel überlassen dürfen, sondern bewusst zu steuern und in die Hand zu nehmen haben. Die Rede von Verantwortung wird um so eindringlicher, je mehr das Verfügungswissen mit den damit verbundenen Chancen und Risiken wächst (z. B. Gentechnik) und je offensichtlicher die Bedrohungen in Bio- und Ökosphäre planetarisch-gefährliche Ausmasse annehmen. [...] Jedenfalls ist auffällig, dass namentlich dann von Verantwortung gesprochen wird, wenn die Handlungsfelder komplexer und die Wirkungen unüberschaubarer werden und wenn man damit gleichzeitig zu verstehen geben will, dass sie dennoch in jemandes *Zuständigkeit* gehören und nicht einfach der Natur und deren Prozessen angelastet werden dürfen.“³⁶²

Daneben tritt aber noch ein weiterer Aspekt in den Vordergrund, nämlich die Frage nach der Möglichkeit der *Vermeidung von Schäden*. Entsprechende Verantwortlichkeiten richten den Blick nach vorne, und werden aufgrund der Komplexität der arbeitsteiligen Prozesse zu einer Verantwortung für eine Sache, für ganze Prozessabläufe. Detaillierte Vorgaben für die Wahrnehmung dieser Verantwortung können kaum mehr gemacht werden. Derjenige, der diese Verantwortung wahrnimmt oder übertragen bekommen hat³⁶³, erhält damit einen wesentlich unbestimmten Auftrag. Das Fehlen von klaren Vorgaben und Standardlösungen beschreibt Kurt Bayertz so:

„Der nicht-klassische Verantwortungsbegriff erweist sich damit als Ausdruck der Koordinations- und Steuerungsprobleme, die sich im Rahmen komplexer arbeitsteiliger Organisationen und in modernen Gesellschaften allgemein ergeben... »Verantwortungsvolle« Aufgaben sind keine Routineaufgaben, sondern beziehen sich auf die Bewältigung unvorhersehbarer mehrdimensionaler Probleme, für die keine Standardlösungen existieren.“³⁶⁴

³⁶² Adrian HOLDEREGGER (2006): Verantwortung, S. 394f.

³⁶³ Z.B. durch Wahlen legitimierte Politiker, Unternehmensführer oder höhere Beamte.

³⁶⁴ Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 34.

Die Verdrängung des Pflichtbegriffs durch den Verantwortungsbegriff hat auch darin eine ihrer Ursachen. Verantwortung ist nun dort gefragt, wo nicht auf bestehende Konzepte und Regeln zurückgegriffen werden kann, wo aber umso mehr an die *Selbstverpflichtung*, an die *Loyalität* des Einzelnen für *eine Sache* appelliert wird.³⁶⁵

Dieser Appell an die Verpflichtung für eine Sache, an das Verantwortungsbewusstsein dessen, der die Verantwortung für etwas trägt, hat zunächst einen rein *funktionalen* Charakter. Die moralische Dimension des klassischen Begriffs ist dabei zunehmend entwertet. Nicht im Dienste allgemein verbindlicher Normen, sondern in spezifischen Organisationszielen oder institutionellen Normen steht diese Verantwortung. „Eine auf effizientes Funktionieren ausgerichtete Organisation der Institution überlässt die Bewertung des Handelns ihrer Mitglieder nicht deren Gewissen; „verantwortlich“ sind diese vielmehr ihren Vorgesetzten oder den für die Steuerung des Gesamtprozesses zuständigen Instanzen.“³⁶⁶

Ethisch ist dies von besonderem Belang, weil an die Stelle allgemein-verbindlicher moralischer Normen nun zunächst rein funktionale Hierarchieuordnungen treten. Dem Vorgesetzten bzw. einer Institution gegenüber ist man nur noch „verantwortlich“ im Sinne einer *Rechenschaftspflicht*.³⁶⁷ Jeder kommt seiner „Verantwortung“ nach, ohne wirklich Verantwortung zu übernehmen, bis dass damit schlimmste Verbrechen gerechtfertigt werden. In „Der Mann ohne Eigenschaften“ formuliert dies Robert Musil so:

„Durch diese zur Virtuosität ausgebildete »Indirektheit« wird heute das gute Gewissen jedes Einzelnen wie der ganzen Gesellschaft gesichert; der Knopf, auf den man drückt, ist immer weiss und schön, und was am anderen Ende der Leitung geschieht, geht andere Leute an, die für ihre Person wieder nicht drücken.“³⁶⁸

Insgesamt sind diese Veränderungen im Bereich der Organisation von Gesellschaft, des modernen individuellen und kollektiven Selbstverständnisses und der Erfahrung von Ursache und Wirkung die Voraussetzung dafür, dass der Begriff der Verantwortung im 20. Jahrhundert eine prominente Rolle beispielsweise in der (Sozial-) Philosophie³⁶⁹, der Theo-

³⁶⁵ Vgl. Franz-X. KAUFMANN (1992): Der Ruf nach Verantwortung, S. 67f.

³⁶⁶ Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 35.

³⁶⁷ Aktuelle Beispiele gibt es viele: Der Sales-Manager ist verantwortlich für die Umsatzzahlen, der CEO für die Quartalszahlen und den Börsenkurs; ein Präsident einer NGO für die Mitgliedszahlen etc. Diese Verantwortung reduziert sich jedoch auf eine je eigene Rechenschaftspflicht, die, sollte sie nicht überzeugen, nicht selten zur Entlassung und damit zum Ende der Verantwortung für diesen Bereich führt.

³⁶⁸ Robert MUSIL (1930): Der Mann ohne Eigenschaften, S. 638.

³⁶⁹ Vgl. exemplarisch Max WEBER (1926): Politik als Beruf, S. 57ff. mit der Unterscheidung von *Verantwortungs- und Gesinnungsethik*; Hans JONAS (1984): Das Prinzip Verantwortung; Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung; Otfried HÖFFE (1993): Moral als Preis der Moderne; Karl-O. APEL (1988): Diskurs und Verantwortung.

logie³⁷⁰ und der Gesellschaftspolitik einnehmen konnte. Damit steht der Verantwortungsbegriff in einem engen Zusammenhang mit dem Autonomiebegriff der Moderne. Nur ein autonom handelndes Subjekt, das jenseits von gesellschaftlichen, sozialen und religiösen Zwängen frei ist in seinen Handlungen, kann auch die Verantwortung für sein eigenes Handeln übernehmen.

3.1.2.3 Verantwortung als Selbstverantwortung

Neben der zunächst hauptsächlich juristischen Instanz, dem Gericht, wo eine moralische Zurechnung erfolgte, gab es im Kontext der jüdisch-christlichen Tradition dem Sinn nach auch die Vorstellung einer moralischen Verantwortung vor Gott als transzendente Richter.³⁷¹ Diese Vorstellung hat das moralische abendländische Empfinden grundlegend geprägt. Die zentrale Instanz, der sich niemand zu entziehen vermochte, war das Gewissen. Dieser innere Gerichtshof, das *forum internum*, wie Immanuel Kant es formulierte,³⁷² war die innere Stimme Gottes, die die Verantwortung der Menschen gegenüber ihrem Gott vor allem in Bezug auf ihr eigenes Tun und ihre Mitmenschen zum Ausdruck brachte.

Im Verlauf der Neuzeit findet hier gewissermaßen eine Umkehrung statt. Die innere Stimme, das *Gewissen*, verweist immer weniger auf eine ausserhalb des Einzelnen befindliche, göttliche Instanz, sondern wird zum *auf sich selbst begrenzten Bezugspunkt* des Individuums. Damit wird „...die moralische Verantwortung eine säkularisierte religiöse Verantwortung“.³⁷³

„Weil sich in der mit Descartes beginnenden Epoche das Denken seiner möglichen Wahrheit nur durch den Rückbezug auf sich selbst und seine eigenen Prinzipien vergewissern kann, wird das denkende Ich selbst als die Instanz verstanden, vor der die sittliche Vernunft sich verantwortlich weiss. Deshalb wird die Verantwortung als Ver-

³⁷⁰ Noch in der Enzyklika *Leos XIII. Rerum novarum* von 1891 findet sich der Begriff „Verantwortung“ an keiner Stelle; in *Quadragesimo anno* von Pius XI. aus dem Jahre 1931 findet sich der Begriff genau einmal; in der Pastoralkonstitution *Gaudium et spes* des Zweiten Vatikanums von 1965 hingegen bekommt der Begriff an zahlreichen Stellen (16x) eine tragende Bedeutung. Auch die Begriffspaare „Verantwortungsbewusstsein“ (4x) und „Eigenverantwortung“ (1x) sowie „verantwortungsbewusste Mitarbeit“ (1x) finden sich darin.

³⁷¹ Die Beispiele im AT und NT sind zahlreich. So findet sich im AT immer wieder ein Hinweis auf eine Anklage Israels, das von seinem Gott für seine Taten zur Rechenschaft gezogen wird, z.B. Mi 6. Im NT findet sich die Vorstellung vom Richterstuhl Gottes bzw. Christi, vor dem sich der Einzelne zu verantworten hat für seine Taten, vgl. 2 Kor 5,10.

³⁷² Vgl. Immanuel KANT (1990): Eine Vorlesung über Ethik, S. 77.

³⁷³ Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 18.

antwortung vor dem eigenen Gewissen, das heisst als Verantwortung vor sich selbst, als Selbstverantwortung verstanden.“³⁷⁴

Diese bemerkenswerte Veränderung im Verständnis des Verantwortungsbegriffs ist nicht nur Symptom einer philosophisch-anthropologischen Veränderung, sondern hat auch Konsequenzen für die Zuweisung von Verantwortung. Während in der jüdisch-christlichen Tradition die Vorstellung einer personalen Beziehung zwischen Gott und Mensch zentral und damit eine *relationale Struktur* der Verantwortung vorgegeben ist, findet hier durch die konsequente Verinnerlichung von Verantwortung eine Negierung dieser relationalen Struktur statt. Durch die Reduktion von Verantwortung auf Selbstverantwortung konzentrieren sich die vier Elemente der klassischen Verantwortungsrelation (Subjekt, Objekt, Instanz und Norm)³⁷⁵ nur noch im Selbst. In diesem Sinne verantwortet sich das Subjekt vor sich selbst (d.h. seinem Gewissen) nach der Massgabe von Normen, die es aufgrund seiner Autonomie selbst gesetzt hat.³⁷⁶

Die sich daraus ergebenden Konsequenzen sind deutlich: Verantwortung wird weitgehend zur individuellen Angelegenheit – sofern nicht unwiderlegbare Schuldzuweisungen von anderen vorgebracht und damit vor einem Gericht verhandelbar sind. Im Sinne dieses verinnerlichten Verantwortungsbegriffs wird das Individuum nicht nur sein eigener Richter, sondern auch Normsetzer. Dies beleuchtet einen Aspekt dessen, weshalb es immer weniger möglich ist, sich über gemeinsame Normen und Werte zu verständigen. Die soziale Funktion der Zuschreibung von Verantwortung geht damit zusehends verloren und ist allenfalls noch Teil gesellschaftlicher Subsysteme wie Familien, Gruppen und religiöse Gemeinschaften. Adrian Holderegger spricht in diesem Zusammenhang von einem ethischen Dilemma:

„Einerseits werden die Forderungen nach einer intersubjektiv verbindlichen Ethik „sozialer Verantwortung der Menschheit“ [...] in der Art einer prospektiv ausgerichteten Handlungsverantwortung angesichts globaler Risiken und Konflikte noch nie so entschieden eingefordert wie in der Gegenwart; andererseits erscheint es äusserst schwierig, eine intersubjektiv gültige normative Basis rational begründen zu können, an der sich eine gebieterisch eingeforderte verantwortliche Grundeinstellung ausrichten und legitimieren könnte.“³⁷⁷

³⁷⁴ Georg PICHT (1969): Wahrheit, Vernunft, Verantwortung, S. 320.

³⁷⁵ Näheres hierzu in Kap. 4.

³⁷⁶ Vgl. hierzu Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 17-19 und die Ausführungen in Kap. 4.

³⁷⁷ Adrian HOLDEREGGER (2006): Verantwortung, S. 395.

Verantwortung wird somit immer mehr zu einem inhaltlich unbestimmten Wert mit zwei wesentlichen Aspekten. Einerseits muss dessen normativer Gehalt weitgehend von den Einzelnen erst bestimmt werden, weil „gemeinsam verpflichtende Handlungsorientierungen“³⁷⁸ fehlen, und andererseits haftet gerade deshalb dem Ruf nach (mehr) Verantwortung ein zwar moralisch aufgeladenes, aber weitgehend inhaltsleeres Pathos an, das den Verdacht einer „Alibi-Funktion“³⁷⁹ nahelegt.

3.1.2.4 Von der Verantwortung zur Eigenverantwortung

Die bisherigen Ausführungen legen die Vermutung nahe, dass der häufige und vor allem in sozialpolitischen Diskussionen verbreitete Gebrauch des Begriffs der Eigenverantwortung in gewissem Sinne ein Ergebnis der Fortsetzung der bisherigen Begriffsgeschichte ist. Dies insofern, als die Zuweisung von Verantwortung unter den Bedingungen der Postmoderne und den damit verbundenen komplexen Systemzusammenhängen ausdifferenzierter Gesellschaften noch schwieriger geworden ist.³⁸⁰ Damit stellt die begriffliche Zuspitzung auf die „Eigenverantwortung“ hin einen weiteren Ausdruck zunehmender Komplexitäten unserer Handlungsfelder, der damit verbundenen „Unübersichtlichkeit“ und den möglichen Gefahren dar. Je mehr also Orientierungswissen und Handlungsverantwortung gefragt sind, desto dringlicher scheint der Ruf nach (mehr) Eigenverantwortung zu erklingen.

Diese Beobachtungen sind wesentlich, weil sie den Hintergrund erhellen, vor dem der Verantwortungsbegriff vielfältig gebraucht wird, ohne dass klar ist, *was* (Objekt/Instanz/Norm) und *wer* (Subjekt) genau damit gemeint ist. Oft werden die unterschiedlichen Arten von Verantwortung deshalb vermischt und mitunter gegeneinander ausgespielt. „Die daraus resultierenden Äquivokationen sind eine der Ursachen für die weit verbreitete Beliebigkeit der Rede von »Verantwortung« im öffentlichen Leben.“³⁸¹

3.2 Fazit zum Begriff der (Eigen-)Verantwortung

Zusammenfassend lassen sich folgende charakteristische Tendenzen für die Begriffsgeschichte der Verantwortung im 19./20. Jahrhundert festhalten:

1. An die Stelle älterer Termini wie „Schuldigkeit“ oder „Pflicht“ tritt spätestens seit Ende des 19. Jh. der Begriff der „Verantwortung“. Es konnte gezeigt werden, dass

³⁷⁸ Adrian HOLDEREGGER (2006): Verantwortung, S. 395.

³⁷⁹ So Adrian HOLDEREGGER (2006): Verantwortung, S. 395.

³⁸⁰ Vgl. hierzu v. a. Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 34.

³⁸¹ Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 65.

der Begriff der Pflicht in den gesellschaftsphilosophischen Reflektionen mehr und mehr an Bedeutung verlor. Im Gegenzug fand der Begriff der Verantwortung zunehmende Verwendung. Die Gründe dafür finden sich in zunehmenden gesellschaftlichen Komplexitäten, bei denen der Begriff der Pflicht keine angemessene Beschreibung mehr zulässt. Die eindeutige Zuschreibung von Pflichten und Zuständigkeiten ist erschwert, weil immer mehr Personen in Produktionsprozesse und gesellschaftliche Entwicklungen involviert sind und die ausdifferenzierte Organisation moderner Gesellschaften kaum mehr einen Überblick ermöglicht. Der Begriff der Verantwortung kann somit auch als Symptom für eine Zunahme von „Unübersichtlichkeit“ verstanden werden.

2. Während in der klassischen Verwendung die „Verantwortung“ im Wesentlichen einzelne direkte Handlungsfolgen umfasste, werden die Zusammenhänge nun komplexer und die Bedeutung des Begriffs erfährt eine Ausweitung, auch auf Zukunft hin.
3. Schliesslich verliert sich der relationale Gehalt und die moralische Norm des Begriffs der Verantwortung zusehends, die Selbst-Verantwortung des Individuums wird stärker betont. Eine materiale Bestimmung dessen, was Verantwortung konkret meint, wird dabei immer schwieriger und geht einher mit der Konjunktur des Begriffs der Eigenverantwortung: Je stärker die Ausdifferenzierung moderner Gesellschaften und je zahlreicher die Herausbildung unterschiedlicher gesellschaftlicher Subgruppen, umso schwieriger sind Lösungen zu formulieren, die von möglichst allen mitgetragen werden. Als Reflex darauf erfolgt die Rede von der Eigenverantwortung.
4. Der besondere Charakter des Begriffs Eigenverantwortung erlaubt es, trotz zunehmender Komplexitäten eine Verantwortungszuschreibung zu betonen, obschon unklar bleibt, was genau damit gemeint ist.³⁸² Im Kontext der gesundheitspolitischen Diskussionen ist es so möglich, unangenehme Wahrheiten wie höhere Kostenbelastung oder Leistungseinschränkungen unerwähnt zu lassen. Der Begriff der Eigenverantwortung verursacht aber gerade dadurch, dass allgemein gültige Orientierungen fehlen, eine inhaltsleere „moralische Aufladung“ des Handelns der Subjekte. Der eng mit dem positiven Begriff der Autonomie im Zusammenhang stehende Begriff der Eigen-Verantwortung birgt damit die Gefahr einer Einseitig-

³⁸² „Offenbar bietet der Begriff der Eigenverantwortung trotz bzw. gerade aufgrund seiner fehlenden definitiven Präzision die ideale Projektionsfläche für die sozial- und gesundheitspolitische Debatte.“ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 49.

keit und einer Alibi-Funktion für an sich auf politischer Ebene zu lösende Aufgaben.

Die sich aus den genannten Punkten ergebenden Konsequenzen sind deutlich: Verantwortung wird weitgehend zur individuellen Angelegenheit – sofern sie nicht vor einem Gericht verhandelbar ist. Im Sinne dieses verinnerlichten Verantwortungsbegriffs wird das Individuum nicht nur sein eigener Richter, sondern auch Normsetzer. Die soziale Funktion der Zuschreibung von Verantwortung geht damit zusehends verloren und ist allenfalls noch Teil gesellschaftlicher Subsysteme wie Familien, Gruppen und religiöse Gemeinschaften. Verantwortung wird immer mehr zu einem inhaltlich unbestimmten Wert, dessen normativer Gehalt von den Einzelnen selbst bestimmt werden muss.

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen sollte die dargestellten Zusammenhänge im Blick haben. In vielen (sozial-) politischen Konzepten spielen Verantwortung und Eigenverantwortung eine zentrale Rolle, ohne dass aber näher erläutert wird, gegenüber wem und in Bezug auf welche Norm Verantwortung übernommen werden soll. Die Begriffe werden so zum inhaltsleeren Appell, gar zu einem „Kampfbegriff“ anderweitig begründeter Interessen³⁸³ und das Postulat der Eigenverantwortung zum Ausdruck „Privatisierter Politik“.³⁸⁴ Lassen sich auf politischer Ebene breit abgestützte Normen und Werte immer weniger für Entscheidungsprozesse finden, wird Eigenverantwortung immer mehr zur „Pflicht“. In diesem Zusammenhang hat Kurt Bayertz den Begriff der „Metaverantwortung“ geprägt, um das dem Postulat nach (Eigen-)Verantwortung zugrunde liegende Normensystem kritisch zu überprüfen.³⁸⁵

In Bezug auf das Gesundheitswesen kann daraus der Schluss gezogen werden, dass die Individuen nicht nur selbst nach ihrer Gesundheit schauen müssen, sondern dass sie im Krankheitsfall auch vermehrt die Kosten für allfällige Behandlungen tragen sollen. Eigenverantwortung als politische Forderung wäre so zu verstehen als bloße Kostenüberwälzung von der obligatorischen Grundversicherung hin zu den Versicherten. Eigenverantwortung zu haben, beschränkt sich dann nicht auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbewusstsein, sondern schliesst Kostenbewusstsein und Kostenübernahme ein, um die Scha

³⁸³ Zu nennen wären beispielsweise das Interesse der Kosteneinsparung, an einer generellen minimalen Staatszuständigkeit und einer weitgehend marktwirtschaftlichen Organisation des Gesundheitswesens.

³⁸⁴ Vgl. Bettina SCHMIDT (2008): Verantwortung haben immer die Anderen, S. 47-49.

³⁸⁵ Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 63ff.

densfälle für die OKV so gering wie möglich zu halten.³⁸⁶ Diese bis hierher nur angedeuteten Zusammenhänge beim Postulat der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

³⁸⁶ Vgl. Bettina SCHMIDT (2008): Verantwortung haben immer die Anderen, S. 58.

4 „Weniger Staat – mehr Eigenverantwortung“

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung steht im Zusammenhang mit der Frage nach dem Verhältnis von Staat und Bürger. Dabei findet in den politischen Auseinandersetzungen eine Polarisierung statt zwischen unterschiedlichen Menschen-, Gesellschafts- und Politikverständnissen, die jeweils stärker die Rolle des Individuums als freier Bürger oder die vorsorgende Verantwortung des Staates betonen.³⁸⁷ Die dabei im Hintergrund getroffenen Vorentscheidungen werden meist nicht eigens zur Sprache gebracht, sie sind aber wichtig, um die verschiedenen Positionen vor allem im Hinblick auf ihre Konsequenzen beurteilen zu können. Im Folgenden wird deshalb vor allem das Verhältnis von Bürger und Staat Thema sein. Dabei können wiederum nur Grundstrukturen skizziert werden, weil detailliertere Ausführungen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden.

4.1 Das Verhältnis von Bürger und Staat als politische Gestaltungsaufgabe

Forderungen im Sinne von mehr Eigenverantwortung finden sich in der Schweiz – wie die Untersuchung der parteipolitischen Positionen zur Eigenverantwortung in Kapitel 1 gezeigt hat – vor allem auf rechtsbürgerlicher Seite.³⁸⁸ Sie werden im Zusammenhang mit unterschiedlichen gesellschaftspolitischen Themen erhoben: Gesundheitspolitik, Wirtschaftspolitik, Steuerpolitik etc.³⁸⁹ Mehr Eigenverantwortung als Teil einer politischen Gesellschaftskonzeption versteht sich dabei als Alternativkonzept zu einem „Versorgungsstaat“, wie er im sozialdemokratischen Sozialstaatskonzept zum Ausdruck kommt.³⁹⁰ Im Allgemeinen

³⁸⁷ Literatur zum Verhältnis Bürger und Staat findet sich unter verschiedenen wissenschaftlichen Gesichtspunkten. Neben den „klassischen“ Disziplinen für diese Fragestellung wie beispielsweise Soziologie, Politologie, Rechts- und Staatswissenschaften und Philosophie beschäftigen sich auch die Psychologie, die Sozialethik, die Ökonomie und die Sozialpädagogik damit. Zu den ideengeschichtlichen Grundlagen Gotthard BREIT et al. (2003): Der Staat; aus politologischer Perspektive Arthur BENZ (2001): Der moderne Staat; aus philosophischer Perspektive Helmut KUHN (1967): Der Staat; als sozialetischer Beitrag zum Gesundheitswesen Wilfried HÄRLE (2008): Staatsaufgabe – Eigenverantwortung; als Sammelband zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion Volker SCHUMPELICK, Bernhard VOGEL (2008): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb.

³⁸⁸ „Rechtsbürgerlich“ als geläufige Charakterisierung einer Mischung aus konservativen und liberalen Politikelementen orientiert sich an dem von Gøsta Esping-Andersen entwickelten Konzept der Unterscheidung von drei Typen von Sozialstaaten: konservativ – liberal – sozialdemokratisch. Diese Typisierung ist auch als Rechts – Mitte – Links geläufig. Vgl. Gøsta ESPING-ANDERSEN (2006): The three worlds of welfare capitalism.

³⁸⁹ Vgl. SVP Wahlplattform 2007-2011, S. 9 (Stand: 29.04.2008): „Die Schweiz ist nach wie vor eines der reicheren Länder der Welt, aber sie hat die Spitzenposition eingebüsst, weil ein schleichend ausgebauter Sozial- und Umverteilungsstaat die Selbstverantwortung des Einzelnen zunehmend untergräbt.“ Die FDP steht ein für „Eigeninitiative“, „Wettbewerb“ und „Selbstverantwortung“ und bekämpft deshalb die „Abhängigkeit vom Staat“. Vgl. http://www.fdp.ch/platform/content/element/91498/FDP%20Kernthemen_d.pdf (Stand: 29.04.2008).

³⁹⁰ Noch in den 1970er Jahren galt die Schweiz aufgrund ihrer relativ niedrigen Sozialleistungsquote in den meisten vergleichenden Studien als liberaler Wohlfahrtsstaat, der am ehesten mit Grossbritannien, den

steht hinter der Forderung nach mehr Eigenverantwortung auch eine Kritik am Sozialstaat.³⁹¹ Diese Kritik kann von grundlegender Art sein, in dem sie die Errungenschaften des Sozialstaats prinzipiell in Frage stellt, weil sie als Ursache für die wirtschaftlichen Probleme moderner Sozialstaaten angesehen werden.³⁹² Die Kritik kann aber auch graduell verstanden werden, weil ein „Ausufer“ des Sozialstaats unterstellt wird.³⁹³

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung kann folglich nicht losgelöst von politisch normativen Auseinandersetzungen betrachtet werden.³⁹⁴ In den gegenwärtigen Diskussionen um die „Krise des Sozialstaats“ stehen zwei grundlegende Aspekte im Vordergrund: zum einen die Frage der *Finanzierbarkeit* und zum anderen die Frage der *Legitimation* des Sozial- oder Wohlfahrtsstaats überhaupt.³⁹⁵

Die vielfach als dringliche Herausforderung konstatierte Finanzkrise des Sozialstaats resultiert im Wesentlichen aus einem Missverhältnis zwischen den Mitteln und den Aufgaben des Sozialstaats. Obwohl es unbestritten ist, dass jede Wirtschaftskrise sich grundsätzlich nachteilig auf das Verhältnis der verfügbaren Mittel zu den Ausgaben des Sozialstaates auswirkt, da sie wachsende soziale Bedürfnisse hervorruft und zugleich das Substrat öffentlicher Finanzen beeinträchtigt, so ist doch die Situation der öffentlichen Haushalte und Staatsfinanzen selbst wieder Ergebnis steuerpolitischer Entscheide (Abgabenlast, Steuer-

USA oder Australien, nicht aber mit anderen kontinentaleuropäischen Staaten verglichen wurde. Vgl. Gøsta ESPING-ANDERSEN (2006): The three worlds of welfare capitalism. Inzwischen hat sich die Schweizer Sozialleistungsquote dem europäischen Mittelwert angeglichen, so dass sie nicht mehr als Modell des liberalen Wohlfahrtsstaates gelten kann. Kritiker des Sozialstaats nehmen dies zum Anlass, die aktuellen finanz- und wirtschaftspolitischen Problemlagen wie hohe Staatsverschuldung, strukturelle Arbeitslosigkeit und geringes wirtschaftliches Wachstum dem Sozialstaat anzulasten.

³⁹¹ Die vor allem seit den 1990er Jahren polarisierende Sozialstaatsdebatte zielt auf die Modernisierung des Sozialstaats. Zentrale Elemente sind dabei Eigenverantwortung und Aktivierung der Fähigkeiten von Bürgerinnen und Bürger. Vgl. Hans-Jürgen Urban (2004): Eigenverantwortung und Aktivierung.

³⁹² Exemplarisch für diese Position sind Friedrich August von Hayek, Milton Friedman und die in den Wirtschaftswissenschaften sog. „Chicago School“, die grossen Einfluss vor allem auf die Wirtschaftspolitik von Margret Thatcher in England und Ronald Reagan in den USA hatte. Aktuelle Positionen in diese Richtung werden im Allgemeinen dem sog. Neoliberalismus zugerechnet, der eine Einflussnahme von Seiten des Staates auf den Wirtschaftsprozess weitgehend ablehnt.

³⁹³ Als Beispiel für eine graduelle Reform des Sozialstaats kann Anthony GIDDENS (1999): Der dritte Weg genannt werden. In der Bundesrepublik Deutschland ist der Umbau des Sozialstaats eng verknüpft mit der unter SPD und Bündnis 90/Die Grünen verfolgten Agenda 2010.

³⁹⁴ So auch Michael SCHRAMM et al. (2006): Der fraglich gewordene Sozialstaat.

³⁹⁵ Der Begriff des Wohlfahrtsstaats wird oft mit dem Begriff des Sozialstaats gleichgesetzt. Mitunter wird unter Wohlfahrtsstaat aber ein umfassender „Versorgungsstaat“ gemeint, der weitgehend eingreift, um das materielle, soziale und kulturelle Wohlergehen seiner Bürgerinnen und Bürger zu steigern. Im internationalen Sprachgebrauch ist der Begriff Wohlfahrtsstaat vorherrschend. Vgl. Franz-Xaver KAUFMANN (1997): Herausforderungen des Sozialstaats; Wolfgang KERSTING (1998): Der Glaube an die Allmacht Geld.

senkungen u. a.). Es geht also auch hier um grundlegende Fragen der Gestaltung des politischen Raums, insbesondere der Verteilung des gesellschaftlich produzierten Wohlstands.

Für unsere Fragestellung ist die Frage der Gestaltung des politischen Raums zentral, weil auf dieser Ebene Entscheidungen getroffen werden darüber, wer welche Freiheits- und Risikoräume besitzt und wo, wann und in welchem Umfang der Staat „einspringt“, um Bürgerinnen und Bürger in konkreten Situationen zu unterstützen.³⁹⁶ Die politisch normativen Auseinandersetzungen um die Gestaltung von Wirtschaft und Gesellschaft sind geprägt von unterschiedlichen Menschen- und Gesellschaftsbildern. Damit sind mindestens philosophische, gesellschafts- und demokratietheoretische sowie ethische Grundfragen aufgeworfen, die im Kern auf die Frage hinauslaufen, wie wir als Gesellschaft zusammen leben wollen. Zwei „Gravitationspunkte“ sind damit vorgegeben: Individuum und Staat. Je nach Auffassung und Verständnis dieser beiden Pole variiert die Antwort auf die Frage, wie sie zueinander in Beziehung stehen und welche Verantwortlichkeiten individuell oder kollektiv übernommen werden sollen. In den aktuellen Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der Reform des Sozialstaats stehen zwei gegensätzliche Konzepte zur Diskussion, die sich in den konkreten politischen Vorschlägen mehr oder weniger klar abgrenzen lassen: der *Wohlfahrtsstaat* und der *Minimalstaat*.

4.1.1 Der Staat als Garant für Wohlfahrt und Gerechtigkeit – der Wohlfahrtsstaat

Das Konzept des Wohlfahrtsstaats³⁹⁷ bezeichnet in strikter Ausprägung einen umfassend fürsorgenden Staat. Weitreichende Massnahmen der Umverteilung von Einkommen und Vermögen und die staatliche Organisation von Wirtschaft und Sozialem werden mit dem Ziel der Steigerung des Wohlergehens aller Bürgerinnen und Bürger ergriffen. Der Wohlfahrtsstaat steht bei seinen Kritikern aber auch für einen bevormundenden Staat, der die Freiheit der Bürger einer staatlich definierten Wohlfahrt unterordnet. Er kann in seinem Anspruch totalitär werden, insofern dieser Wohlfahrtsstaat in seiner konkreten Ausprägung vielfach über seine eigentlichen Grenzen, Menschen in Not zu unterstützen, hinausgeht und die Bürgerinnen und Bürger weitgehend in ihren Freiheitsräumen zugunsten von staatlichen

³⁹⁶ Nähere Ausführungen hierzu bei Heiner GANSSMANN (2000): Politische Ökonomie des Sozialstaates und Rolf NEF (2002): Der schweizerische Sozialstaat.

³⁹⁷ Zur grundlegenden Auseinandersetzung mit dem Wohlfahrtsstaat vgl. Gøsta ESPING-ANDERSEN (2006): The three worlds of welfare capitalism; Carsten G. ULLRICH (2005): Soziologie des Wohlfahrtsstaates. Die Konzeption des Wohlfahrtsstaats wird auch als *Etatismus* bezeichnet.

Vorgaben einschränkt.³⁹⁸ In sozialistischer Ausformung mündet der Wohlfahrtsstaat in einen Maximalstaat.

Der Konzeption eines umfassenden Wohlfahrtsstaates³⁹⁹ liegt die Vorstellung zugrunde, dass der Staat die zentrale Kompetenz hat, für Wohlfahrt und soziale Gerechtigkeit in hinreichendem Masse zu sorgen. Der Staat legt die Strukturen gesellschaftlichen Zusammenlebens fest und ist verantwortlich für die Bewältigung der Herausforderungen des Daseins der Einzelnen und von Gruppen. Die Blickrichtung zur Lösung anstehender Probleme geht also zunächst einmal Richtung Staat – wohlgerichtet in der strikten Ausprägung dieser Konzeption. Der Mensch ist hier nicht auf sich allein gestellt, er muss nicht allein seines Glückes Schmied sein. Die soziale Dimension des Menschseins steht im Vordergrund. Die Gefahren der Entmündigung und des Missbrauchs sind erfahrungsgemäss nicht von der Hand zu weisen. Staatliche Hilfs- und Umverteilungssysteme müssen einerseits Vorgaben machen, die im Einzelfall den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürgern nicht zwingend angemessen Rechnung tragen, so dass obrigkeitsstaatliche Paternalismen die Fähigkeiten der Betroffenen eher behindern als fördern können. Andererseits können solche Vorgaben auch als Anreize für die Inanspruchnahme von Leistungen wirken, obwohl die Notwendigkeit der Unterstützung nicht gegeben ist (moral hazard).

Eine ausgeprägte obrigkeitsstaatliche Konzeption – auch im Gesundheitswesen – muss angesichts sowohl kleiner werdender Verteilungsspielräume aufgrund knapper Kassen als auch des verbreiteten Bedürfnisses nach Selbstbestimmung und Autonomie auf diese Kritikpunkte eine Antwort geben.⁴⁰⁰ Die vorherrschende Kritik am Wohlfahrtsstaat setzt an bei der Bedrohung der Freiheit des Einzelnen bis hin zur Lähmung von Eigeninitiative und wirtschaftlichem Engagement.⁴⁰¹ Aus dem staatlichen Anspruch einer möglichst umfassenden Vorsorge kann ein „Teufelskreis“ von immer mehr Erwartungen aufseiten der Bürger an staatliche Leistungen, von höheren Steuern und Abgaben und abnehmender Leistungsbereitschaft resultieren. In dieser Situation treffen normative und Finanzierungsfragen direkt aufeinander.

³⁹⁸ Vgl. Ursula NOTHELLE-WILDFEUER (2004): Subsidiäre Defizite des Sozialstaates, S. 69-100.

³⁹⁹ Die Ausführungen konzentrieren sich auf idealtypische Konzeptionen, weil die wesentlichen Charakteristika deutlicher beschrieben werden können. In der Realität sind Mischformen vorherrschend.

⁴⁰⁰ Zur Kritik einer obrigkeitsstaatlichen Konzeption des Gesundheitswesens aus sozialetischer Perspektive vgl. Wilfried HÄRLE (2008): Staatsaufgabe – Eigenverantwortung.

⁴⁰¹ Vgl. z. B. die Wahlplattform der SVP 2007 - 2011, insbesondere die Kap. „Bürger und Staat: Demokratische Selbstbestimmung statt Staatsallmacht, S.12ff. und „Steuern und Abgaben: Mehr dem Bürger, weniger dem Staat“, S. 22ff.

Vor diesem Hintergrund ist es einsichtig, warum das Gesundheitswesen einen so grossen Stellenwert in der aktuellen Sozialstaatsdiskussion erlangt hat. In den 1960er Jahren lag der Anteil der Ausgaben für das Gesundheitswesen am BIP in der Schweiz bei knapp 5 Prozent. Heute liegt der Anteil bei über 11 Prozent.⁴⁰² Damit stellt der Gesundheitssektor mit Blick auf den Anteil aller Sozialausgaben am BIP von 26,4 Prozent in 2009 neben den Leistungen der Altersvorsorge den zweitgrössten Posten dar.⁴⁰³ Das mittlere Szenario der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) geht von einem weiteren Anstieg bis 15,5 Prozent im Jahr 2050 aus.⁴⁰⁴ Neben dem finanziellen Umfang, den das Gesundheitswesen inzwischen erreicht hat, treffen vor allem Fragen nach Eigeninitiative und Freiheitsräumen der Bürgerinnen und Bürger, nach moral hazard-Phänomenen, nach Aufgaben eines modernen Staates und nach Gerechtigkeit aufeinander.

4.1.2 Der Staat als Garant für Freiheit und Recht – der Minimalstaat

Das konzeptionelle Pendant zum Wohlfahrtsstaat wird nicht selten, meist in polemischer Absicht, als „Nachtwächterstaat“⁴⁰⁵ bezeichnet. Damit wird gemeinhin ein Staat bezeichnet, dessen Aufgabe beschränkt ist auf die Wahrung der inneren und äusseren Sicherheit, um in erster Linie die Freiheit und das Privateigentum der Bürger und Bürgerinnen zu schützen (sog. «laissez faire»⁴⁰⁶). Dieser Minimalstaat greift in strikter Ausprägung weder in die Wirtschafts-, noch in die Sozialpolitik ein, er überlässt die „Gestaltung“ der Gesellschaft und des gesellschaftlichen Zusammenlebens weitgehend den einzelnen Bürgerinnen und Bürgern und den Interessen, die mit wirtschaftlichen Prozessen verbunden sind.⁴⁰⁷

⁴⁰² Vgl. die Angaben in Kap. 2.

⁴⁰³ BFS (2012): Soziale Sicherheit – Panorama.

⁴⁰⁴ Vgl. Carsten COLOMBIER, Werner WEBER (2008): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050.

⁴⁰⁵ Der Nachtwächterstaat ist gemeinhin eine von Ferdinand Lassalle (1825–1864) geprägte polemische Bezeichnung für einen liberalen Staat, der ausschließlich für innere und äussere Sicherheit zuständig ist – in Anspielung auf die Aufgabe eines Nachtwächters. Doch bereits Thomas Hobbes (1588–1679) hatte in seinem *Leviathan* den Staat als neutrale Schutzmacht beschrieben, die das Zusammenleben seiner Bürger garantiert, ohne sich in weitere Belange einzumischen. Vgl. Thomas HOBBS (2004): *Leviathan*.

⁴⁰⁶ Aufgrund der Erfahrungen der Finanz- und Wirtschaftskrisen seit 2007 sind Vertreter des reinen Laissez-Faire-Kapitalismus, der sog. „Chicago School of Economics“ bzw. des strikten Neoliberalismus in der Defensive.

⁴⁰⁷ Beispiele solcher Minimalstaatskonzeptionen finden sich bei Robert Nozick, Ludwig von Mises, Friedrich August von Hayek u. a. In den gegenwärtigen politischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen um das Verhältnis Staat – Individuum finden sich entsprechende Konzeptionen im politischen Bereich v. a. unter der Etikette Liberalismus, im wirtschaftspolitischen Bereich unter der Etikette Neoliberalismus oder Monetarismus.

Das Postulat nach mehr Eigenverantwortung will ebenfalls die „Vormundschaft“ des Staates – nicht nur in sozialen Fragen – überwinden und neue Freiheitsräume für die Einzelnen schaffen. Bei der Forderung nach „Weniger Staat – mehr Eigenverantwortung“ stehen die Belange des Individuums prima facie deutlich stärker im Zentrum als in der Konzeption des Wohlfahrtsstaates, der vor allem die Solidarität im Sozialen betont. Die individuellen Präferenzen haben grundsätzlich Vorrang vor staatlichen Regelungen, die lediglich dazu da sind, Freiheit und Recht für den Einzelnen zu gewährleisten. Eine solche liberale oder besser liberalistische Gesellschafts- oder Staatskonzeption ist formal gekennzeichnet durch einen minimalen Staat und maximale Freiheit für die Einzelnen. Macht und Staat stehen dabei ausschliesslich im Dienste des Individuums.⁴⁰⁸ Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Bürger passt nahtlos in dieses Verständnis von Politik. Nicht der Staat, sondern das Individuum ist verantwortlich für beispielsweise die Absicherung sozialer Risiken. Die Massnahmen des Staates beschränken sich auf die Sicherstellung von Freiheit und Recht. Dem Individuum obliegt es, innerhalb dieser „Freiheitsstrukturen“ die Entscheidungen zu treffen, die seinen Präferenzen entsprechen. Wobei vorausgesetzt wird, dass die Individuen – von Ausnahmen abgesehen – dies auch können.⁴⁰⁹

Der „Rückzug“ des Staates und die Überantwortung von gesellschaftlichen Belangen an die Individuen und die Kräfte des Marktes gehen Kritikern zufolge mit dem Verlust demokratischer Einflussmöglichkeiten auf das Gemeinwesen einher.⁴¹⁰ Je mehr ehemals öffentliche Bereiche in private Verantwortung übergehen, desto geringer werde der Einfluss von Politik und Gesellschaft darauf. Im Zuge solcher „Privatisierungen“ drohen soziale Aspekte vernachlässigt zu werden. Von tendenziell eher linken Parteien und Gewerkschaften werden die von „neoliberaler“ Politik geforderten Privatisierungen meistens kritisiert, da sie zu einer „Prekarisierung“ der Beschäftigungsverhältnisse, zu Desintegration und sozialer Segmentierung führten.⁴¹¹ Kritiker beklagen ferner, dass die Freiheit durch Marktchancen faktisch in erster Linie die Freiheit von Wohlhabenden und Mächtigen darstellt. Achte man allein auf Rendite, würden ausserdem moralische oder soziale Normen leiden. Auch wird

⁴⁰⁸ Vgl. KONRAD ADENAUER STIFTUNG (2003): Aufbruch in die Bürgergesellschaft: Weniger Staat – mehr Eigenverantwortung.

⁴⁰⁹ Kritik an dieser Konzeption findet sich in Kap. 7, wenn die Frage der Eigenverantwortung im Kontext des Gesundheitswesens einer vertieften Analyse unterzogen wird.

⁴¹⁰ Zur Kritik am Neoliberalismus vgl. exemplarisch Christoph BUTTERWEGGE et al. (2007): Kritik des Neoliberalismus; Tim ENGARTNER (2007): Privatisierung und Liberalisierung – Strategien zur Selbstentmachtung des öffentlichen Sektors.

⁴¹¹ Vgl. Tim ENGARTNER (2007): Privatisierung und Liberalisierung – Strategien zur Selbstentmachtung des öffentlichen Sektors.

kritisiert, dass die sozialen und ökologischen Folgen deregulierter Märkte von der Allgemeinheit zu tragen seien.⁴¹²

4.2 Unterschiedliche Menschenbilder und Gesellschaftsverständnisse in der gesundheitspolitischen Diskussion

Die Skizzen von Minimal- und Wohlfahrtsstaat, die die zentralen Eckpunkte beider Konzeptionen festhalten, machen deutlich, dass bei der Diskussion um die Gestaltung des Sozialstaats unterschiedliche Menschenbilder und Gesellschaftsverständnisse bestimmend sind. Diese haben unmittelbar Auswirkungen auf die Diskussion um gesundheitspolitische Reformvorschläge.

4.2.1 Der homo oeconomicus im Gesundheitswesen

Eine zentrale Rolle bei der Diskussion um mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen spielt das vor allem in der neoklassischen Ökonomie verbreitete Konstrukt des „homo oeconomicus“. Dessen Grundannahmen lassen sich wie folgt zusammen fassen:⁴¹³

1. Der homo oeconomicus verhält sich in aller Regel *rational*, d.h. auch in Gesundheitsfragen wählt er stets jene Alternative, die in seinem wohlverstandenen Eigeninteresse liegt (Rationalitätsannahme). Der homo oeconomicus orientiert sich dabei vor allem an den für ihn effektiven Kosten und wägt seine Präferenzen darüber ab.
2. Der Mensch als homo oeconomicus verhält sich grundsätzlich *eigennützig* (Eigennutzannahme). Auch wenn die Kriterien für den Eigennutz vielfältig sein können, so interessieren ihn einzig die Folgen seines Handelns für ihn selbst.
3. Die je eigenen Präferenzen des homo oeconomicus sind *unbeeinflusst* durch die Präferenzen anderer.
4. Der homo oeconomicus ist in der Lage, zwischen kurz- und langfristigen Konsequenzen seines Verhaltens zu unterscheiden. Er wählt stets die Alternative, die seinen langfristigen *Nutzen maximiert*.

Der Homo oeconomicus stellt ein frei und rational sich entscheidendes Individuum, das primär im Eigeninteresse handelt, in den Mittelpunkt. Das Eingebundensein in soziale Be-

⁴¹² Vgl. exemplarisch Christoph BUTTERWEGGE et al. (2008): Neoliberalismus. Analysen und Alternativen.

⁴¹³ Vgl. hierzu z. B. Alexander DIETZ (2005): Der Homo oeconomicus; Gebhard KIRCHGÄSSNER (2000): Homo Oeconomicus; Norbert BRIESKORN, Johannes WALLACHER (Hg.) (1998): Homo oeconomicus: Der Mensch der Zukunft?

ziehungsstrukturen wird als Ergebnis rein privater Entscheidungen angesehen und ist nicht Teil der staatlichen Verantwortung. Dadurch tritt das ethische Prinzip der Solidarität hinter das Prinzip der Subsidiarität⁴¹⁴ – im Sinne blosser Eigenverantwortlichkeit – zurück. Der Freiheitsgedanke ist so stark, dass das Individuum zum alleinigen „Schmied seines Glücks“ wird. Die einzigen Regeln, nach denen das freie Individuum handelt und entscheidet, sind nach liberaler/liberalistischer Vorstellung die des Marktes. Ursula Nothelle-Wildfeuer spricht in diesem Zusammenhang von einem „subtil versteckten Ansatzpunkt anthropologischen Denkens, der in einer allgemeinen Formulierung lautet: Der Mensch wird vorrangig betrachtet in seiner Rolle als Wirtschaftsbürger, für deren reibungsloses Funktionieren er fähig gemacht oder gehalten werden soll.“⁴¹⁵ Das damit vertretene Menschenbild ist das eines auf Freiheit und Selbstständigkeit bedachten Menschen. Soziale Bezüge kommen dadurch nicht in den Blick. Die Eigenverantwortlichkeit des Homo oeconomicus kann folglich als „marktwirtschaftliche Vernünftigkeit“ beschrieben werden, weil seine Entscheidungen stets durch rationale Gewinn- und Nutzenmaximierungsüberlegungen geprägt sind.

Der Homo oeconomicus ist in der Lage, bei seinen gesundheitsrelevanten Entscheidungen alle zur Verfügung stehenden Informationen in rationaler Weise zu berücksichtigen, die Konsequenzen verschiedener Alternativen zu antizipieren und gemäss seiner Bewertung sowie der Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens zu gewichten.⁴¹⁶ Schätzt er das Gut Gesundheit hoch ein, verhält er sich entsprechend. Damit hat die privatwirtschaftliche Vorstellung, „dass wir für alles, was uns widerfährt, selbst verantwortlich sind“, ⁴¹⁷ Einzug in die Sozial- und Gesundheitspolitik gehalten. Im Dunkeln bleibt dabei, dass die Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme von zahlreichen kognitiven und sozialen Kompetenzen sowie sozio-ökonomischen Faktoren abhängig ist.⁴¹⁸ Eine auf den homo oeconomicus und Eigenverantwortung setzende Gesundheitspolitik fordert möglichst weitgehende Entscheidungsräume für die Versicherten, so dass Versicherungsschutz, Umfang der Versicherungsleistungen und freie Wahl der Leistungsanbieter in privatrechtlicher Weise von den Versicherten entschieden werden können. Der Homo oeconomicus des Gesundheitswesens kennt seine Präferenzen in Gesundheitsfragen – heute und in Zukunft, Schicksalsschläge hat er in seine

⁴¹⁴ Näheres hierzu findet sich in Kap. 8.

⁴¹⁵ Ursula NOTHELLE-WILDFEUER (2007): Das Menschenbild in der christlichen Soziallehre, S. 19.

⁴¹⁶ Spätestens seit Daniel Kahneman, der als Begründer der Verhaltensökonomie gilt und 2002 den Nobelpreis für Ökonomie erhalten hat, gelten auch die genannten Annahmen zum homo oeconomicus in der modernen Ökonomie nicht mehr fraglos. Dennoch sind sie in zahlreichen wirtschaftspolitischen Statements und Forderungen immer noch anzutreffen. Vgl. Daniel KAHNEMAN; Amos TVERSKY (2009): Choices, Values, and Frames.

⁴¹⁷ Barbara EHRENREICH (2006): Qualifiziert und arbeitslos, S. 89.

⁴¹⁸ Vgl. Franz-Xaver KAUFMANN (2006): Verantwortung im Sozialstaatsdiskurs, S. 39-60.

rationalen Überlegungen integriert. Seine Gesundheitsziele verfolgt er geradlinig und diszipliniert. Seine eigene Gesundheit fasst er als wirtschaftliches knappes Gut auf und kann seine übrigen Bedürfnisse konsistent darauf abstimmen.

Diesem Verständnis vom Menschen entspricht die Forderung nach einem Minimalstaat, der die Organisation des Gesundheitswesens den Marktkräften überlässt, weil nur so garantiert ist, dass Menschen rational und unbeeinflusst von staatlicher Seite ihre eigenen Präferenzen verwirklichen können. Ein staatlich organisiertes Gesundheitswesen, das Leistungskatalog, Versicherungsobligatorium und die Prämien festsetzt, ist mit diesen Annahmen zum homo oeconomicus nicht vereinbar. In einer minimalstaatlichen Konzeption hingegen überlässt es der Staat, Bürgern und Markt adäquate Lösungen zu finden.

4.2.2 Wohlfahrtsstaatliche Konzeptionen

In wohlfahrtsstaatlichen Gesellschaftskonzeptionen ist das Individuum eingebettet in grössere soziale und gesellschaftliche Bezüge. Diese Zusammenhänge entscheiden mit über Lebenschancen und Möglichkeiten des Umgangs mit Risiken. Da Lebenschancen ungleich verteilt und die Risiken in modernen, ausdifferenzierten Gesellschaften stark strukturell begründet sind und von den Einzelnen in unterschiedlichem Masse bewältigt werden können, wird in wohlfahrtsstaatlichen Konzepten davon ausgegangen, dass es im Interesse der Gerechtigkeit und gesamtstaatlicher Wohlfahrt ist, wenn der Staat korrigierend und unterstützend eingreift. Damit wirkt der Staat als Gegenpol zu reinen Marktergebnissen mit dem Ziel, die Ergebnisse des Marktes auf mehr Gerechtigkeit und insgesamt eine grössere staatliche Wohlfahrt hin zu „verbessern“. Durch solche „Korrekturen“ ändert der Staat aber auch die Anreizstrukturen, die für das Verhalten der Bürgerinnen und Bürger im Markt relevant sind.

Das Menschenbild wohlfahrtsstaatlicher Konzeptionen betont damit weniger die Autonomie und die Souveränität des Menschen, dafür mehr die sozialen Bezüge, in die die Menschen bei ihren Entscheidungen und in ihrem Verhalten beeinflusst sind. Dies schliesst Aspekte von Autonomie und Souveränität nicht zwingend aus, stellt sie aber in grössere kollektive Zusammenhänge. Vertreter wohlfahrtsstaatlicher Konzeptionen leugnen nicht, dass sich Menschen bei ihren Entscheidungen von den Anreizmechanismen des Marktes beeinflussen lassen. Darüber hinaus betonen sie aber auch das relative Wohl der Menschen.⁴¹⁹

⁴¹⁹ Näheres hierzu bei Gebhard KIRCHGÄSSNER (2000): Homo oeconomicus, S. 169ff.

Menschen orientieren sich bei der Einschätzung ihres eigenen Wohls an ihrem Umfeld.⁴²⁰ Ebenso betonen sie die unterschiedlichen sozioökonomischen Voraussetzungen für eine rationale Entscheidung, wobei insbesondere die langfristigen Konsequenzen des eigenen Verhaltens sehr unterschiedlich berücksichtigt werden.⁴²¹

Eine wohlfahrtsstaatliche Konzeption des Gesundheitswesens überlässt es daher nicht (allein) den Einzelnen, gesundheitliche Vorsorge und Absicherung nach einem Gutdünken vorzunehmen. Sie anerkennt, dass Gesundheit und die Fähigkeit, mit der eigenen Gesundheit vorteilhaft umzugehen, nicht gleich verteilt sind. Ausserdem wird aus staatlicher Sicht dem Gut Gesundheit ein hoher Wert beigemessen, weil damit ein Interesse an einer hohen kollektiven, wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit verbunden ist. Der Staat kann in einer solchen Konzeption die Versicherungspflicht, den Umfang des Leistungskatalogs, das Angebot an Gesundheitsleistungen und die Zulassungsbedingungen für den Gesundheitsmarkt bestimmen.

4.3 Die aktuelle gesundheitspolitische Debatte

Übertragen auf die aktuelle gesundheitspolitische Debatte wird die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten meist in einen Zusammenhang gestellt mit der „Neuverteilung von Gesundheitsverantwortung, von Krankheitslasten und Krankheitskosten“.⁴²² Die auf Eigenverantwortung setzenden Vorschläge erfolgen im Kontext der viel grundlegenden Debatte um die Zukunft des Sozialstaats. Umverteilt werden dabei Verantwortungslasten vor allem von den staatlichen Akteuren zu den einzelnen Versicherten. Eigenverantwortung fungiert dabei als „Gefäss“ eines redimensionierten (Sozial-)Staats, der die Individuen in die Pflicht nimmt, ihre Leistungsfähigkeit, ihre Leistungswilligkeit und Leistungsmöglichkeit in allen Belangen des gesellschaftlichen Lebens einzubringen.

⁴²⁰ In der Wirtschaftspsychologie gilt es heute als erwiesen, dass Menschen Repräsentativitäts-, Verfügbarkeits- und Ankerheuristiken unterliegen. Vgl. hierzu Elliot ARONSON; Timothy D. WILSON; Robin M. AKERT (2004): Sozialpsychologie, S 74ff.

⁴²¹ Empirische Untersuchungen belegen, dass Menschen oftmals nicht in der Lage sind, die langfristigen Konsequenzen ihres Verhaltens bei ihren Entscheidungen hinreichend zu berücksichtigen. So nennt eine aktuelle Publikation dreier eidg. Kommissionen die Auswirkungen des Konsums verschiedener Drogen und eines ungesunden Lebenswandels als Beispiel. Dabei sind Tabakkonsum für 11,2%, Bluthochdruck für 7,3%, Alkoholkonsum für 7,2%, hoher Body-Mass-Index für 6,0% und körperliche Inaktivität für 2,4% aller DALYs (DALY = Disability Adjusted Life Years, was der Summe der vorzeitig – vor dem 70. Lebensjahr – verlorenen Lebensjahre sowie der mit körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung verbrachten Lebensjahre entspricht) verantwortlich. Vgl. STEUERGRUPPE DER DREI EIDG. KOMMISSIONEN FÜR ALKOHOLFRAGEN, FÜR DROGENFRAGEN UND FÜR TABAKPRÄVENTION (2010): Herausforderung Sucht. Diese Zahlen allein vermögen einen gesundheitsförderlicheren Lebensstil der Menschen offensichtlich noch nicht zu begründen.

⁴²² Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 9.

Von den Kritikern wohlfahrtsstaatlicher Konzeptionen wird argumentiert, dass staatliches Handeln private Initiative mindestens behindert, in vielen Fällen sogar verhindert, dass staatliches Handeln zusätzliche Nachfrage nach staatlichen Leistungen generiert und dass die Finanzierung umfangreicher staatlicher Leistungen im Zuge leerer öffentlicher Kassen die Finanzierung wirklich notwendiger staatlicher Leistungen verhindert und dadurch im eigentlichen Sinne ungerecht sei.⁴²³ Deshalb werden mindestens höhere Selbstbeteiligungen in Form von höheren Franchisen und Selbstbehalten gefordert,⁴²⁴ in weiterführender Konsequenz die Aufhebung des Versicherungsobligatoriums und des Kontrahierungszwangs,⁴²⁵ was eine Abkehr von den Zielen des KVG bedeuten würde.

Aufgrund des besonderen Charakters des Guts Gesundheit⁴²⁶ und den Eigenheiten im Gesundheitsmarkt⁴²⁷ müssen neben den oben genannten grundlegenden konzeptionellen Unterschieden aber auch weitere Besonderheiten betrachtet werden. Als individuelles und öffentliches Gut können Gesundheitsfragen nicht allein dem privaten, nicht öffentlichen Bereich überlassen werden. Das öffentliche Interesse an der sogenannten „Volksgesundheit“ kann unter wirtschaftlichen, politischen und sozialen Gesichtspunkten mit guten Argumenten begründet werden.⁴²⁸ Als individuelles Gut, das Voraussetzung ist für die Möglichkeit der Verwirklichung anderer Güter und Werte (transzendentes oder konditionales Gut) kommt dem Gut Gesundheit im Allgemeinen ein hoher Stellenwert zu, so dass es nicht einfach mit anderen Gütern verglichen werden kann.

⁴²³ Vgl. exemplarisch Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität.

⁴²⁴ Vgl. FDP Schweiz (2006): FDP - Inhalte und Positionen; SVP Schweiz (2011): SVP – die Partei für die Schweiz. Die wohl am meisten erwähnte und bekannteste empirische Untersuchung zur Wirkung von Anreizsystemen ist die als RAND-Studie bekannte Studie «Health Insurance Experiment» aus Kalifornien. Obwohl bereits Mitte der 70er Jahre durchgeführt, gilt sie bis heute als zentrale Untersuchung zur Thematik: Robert BROOK et al. (1984): The Effect of Coinsurance on the Health of Adults. Für die Schweiz vgl. Martin SCHELLHORN (2004): Wählbare Selbstbehalte in der Krankenversicherung der Schweiz.

⁴²⁵ Unter „Kontrahierungszwang“ versteht man die Tatsache, dass jeder Arzt oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen, der oder die die Ausbildungsvoraussetzungen erfüllen, eine Praxisbewilligung beantragen und sich niederlassen können. Die Krankenkassen sind dann verpflichtet, sämtliche Leistungen zu vergüten. Zur Forderung nach einer Abschaffung des Versicherungs- und Kontrahierungszwangs vgl. Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität; Friedrich BREYER, Peter ZWEIFEL (1997): Gesundheitsökonomie.

⁴²⁶ Vgl. hierzu die weiterführenden Ausführungen in Kap. 6.

⁴²⁷ Das Gesundheitswesen ist durch asymmetrische Informationsverteilung gekennzeichnet: Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen können nicht beobachten, ob sich Patientinnen und Patienten gesundheitsbewusst verhalten. Krankenkassen und Patientinnen/Patienten wiederum verlassen sich auf das Urteil des Arztes hinsichtlich der angezeigten Therapien – und damit der verursachten Kosten. Diese Informationsasymmetrien können ineffizientes Verhalten auf Seiten der Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten fördern und so zu unnötig hohen Ausgaben führen.

⁴²⁸ Vgl. hierzu auch Kap. 6.

4.4 Eigenverantwortung in der gesundheitspolitischen Diskussion

Die oben genannten Überlegungen zu gesundheitspolitischen Grundfragen passen inhaltlich und zeitlich in einen grösseren sozial- und wirtschaftspolitischen Kontext, in dem die Bedeutung bisher weitgehend bewährter Institutionen wie der Sozialstaat mit seiner obligatorischen sozialen Absicherung oder die Rolle der Politik in der Wirtschaft grundsätzlich in Frage gestellt werden.⁴²⁹ Dahinter verbergen sich nicht nur „ökonomische Zweckmässigkeitsargumente“, sondern grundsätzliche normative Konflikte um das Verhältnis von Staat und Individuum, von Wirtschaft und Gesellschaft.

Die gegenwärtigen politischen Auseinandersetzungen um die Frage der „Ausbalancierung“ der Verantwortlichkeiten von Staat und Individuum (nicht nur) in der Schweiz sind letztlich ein Streit um die Konkretisierung der in der Bundesverfassung vorgegebenen sozialen Rahmenordnung. Auch die Forderung nach mehr Eigenverantwortung lässt sich in diese Auseinandersetzungen integrieren. Mehr noch: Die Häufigkeit, mit der diese Forderung vor allem in sozialpolitischen Bereichen erhoben wird, deutet darauf hin, dass es ein Defizit an politisch überzeugenden Antworten gibt, die das komplexe Verhältnis von Individuum und Gesellschaft in einem modernen ausdifferenzierten Staat, aber auch das Zusammenspiel von Leistung und Solidarität hinreichend beschreiben könnten.

„Der fraglich gewordene Sozialstaat“⁴³⁰ ist Ausdruck dieser normativen Konflikte, und die Forderung nach (mehr) Eigenverantwortung positioniert sich auf der Meinungsseite, die Eigenverantwortung unmittelbar als Ausdruck von Autonomie bzw. Wahlfreiheit versteht. In der Konzeption des Verhältnisses von Staat und Individuum kommt dabei dem Staat allenfalls eine nachgeordnete, häufig aber auch nur eine Minimalfunktion zu. Fragen der Chancengleichheit⁴³¹ und der Befähigung zu „eigenverantwortlichem“ Handeln stehen selten im Mittelpunkt, sie werden häufig gar nicht gestellt.

⁴²⁹ Vgl. idealtypisch die Kritik am Wohlfahrtsstaat durch die *Chicagoer Schule*, die auf Milton Friedman zurück geht und bis heute Ideen stiftend wirkt für wirtschaftspolitische Konzepte, die staatliche Eingriffe in wirtschaftliche Prozesse auf ein Minimum beschränken möchten. Zur aktuellen Diskussion um den Sozialstaat vgl. Michael SCHRAMM et al. (2006): Der fraglich gewordene Sozialstaat. Aktuelle Streitfelder – ethische Grundlagenprobleme.

⁴³⁰ So der Titel einer Publikation aus dem Jahr 2006 von Michael SCHRAMM et al. (2006): Der fraglich gewordene Sozialstaat.

⁴³¹ In den aktuellen sozialpolitischen und sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzungen werden Chancengerechtigkeit und Chancengleichheit häufig unterschieden. Im Unterschied zum Begriff der Chancengleichheit, der die *Gleichheit* der Chancen im Blick hat, ist der Begriff der Chancengerechtigkeit stärker am Leistungsgedanken orientiert. Vgl. hierzu Ziff. 8.4.2.

Gesundheitspolitische Konzepte, die auf weniger Staat und mehr Eigenverantwortung setzen, lassen häufig die durch die oben genannten Eigenheiten des Gesundheitsmarktes aufgeworfenen Fragen unbeantwortet. Die gesundheitliche „Grundausstattung“ in der Bevölkerung ist unterschiedlich verteilt, folglich stellt sich die Frage, wo staatlicher Ausgleich und Unterstützung unerlässlich sind, um nicht das biologische Schicksal als rein individuelle Angelegenheit, jenseits staatlicher Zuständigkeiten, als Faktum zu akzeptieren. Auch liberale Minimalstaatskonzeptionen kommen nicht umhin, eine staatliche Zuständigkeit für eine Minimalversorgung von chronisch Kranken oder untersten Gesellschaftsschichten zu organisieren. Folglich stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien eine solche Zuständigkeitsgrenze zu ziehen ist. Da Gesundheit nicht nur aus der biologischen Grundausstattung abgeleitet werden kann, sondern auch Ergebnis individueller und gesellschaftlicher Bewältigungsstrategien ist, müssen normative Kriterien erstellt werden, die einen staatlichen Handlungsbedarf begründen beziehungsweise die Zuständigkeit dem Individuum überlassen.

Darüber hinaus ist die Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Einzelfall kaum kalkulierbar, wobei im Krankheitsfall die Nachfrage auf hohem Niveau nahezu unelastisch⁴³² werden kann. Die Definition von Gesundheit, der Umgang mit ihr, die Nachfrage nach medizinischen Leistungen und die Möglichkeiten, gesundheitlichen Risiken adäquat zu begegnen, sind sozial unterschiedlich verteilt. Damit sind Fragen der Chancengleichheit und der Bedürfnisgerechtigkeit aufgeworfen, die bei gesundheitspolitischen Konzepten im Sinne von weniger Staat – mehr Eigenverantwortung kaum Erwähnung finden.⁴³³

Umgekehrt müssen wohlfahrtsstaatliche Konzeptionen des Gesundheitswesens der berechtigten Kritik begegnen, dass ein „staatlicher Paternalismus“ immer neue Bedürfnisse schafft und die Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger mindestens behindert. Welches sind dann die Kriterien, anhand derer der Staat Leistungen verteilt und den Bürgerinnen und Bürgern gesundheitsrelevante Vorgaben macht? Angesichts einer allgemeinen angespannten öffentlichen Kassenlage erfährt eine ausgeprägte wohlfahrtsstaatliche Konzeption von mehreren Seiten Widerstand, weil eine Bereitstellung staatlicher Leistungen – nicht nur im Gesundheitswesen – mit anderen Leistungserwartungen an den Staat konkurrieren und so-

⁴³² Eine unelastische Nachfrage bezeichnet in den Wirtschaftswissenschaften eine Nachfrage, die nicht mehr auf Preisänderungen reagiert.

⁴³³ Als Beispiel können die gesundheitspolitischen Vorschläge der SVP herangezogen werden. Vgl. Ziff. 1.4.5.

mit entweder zu deren Nachteil oder über eine Schuldenfinanzierung zu Lasten jüngerer Generationen finanziert werden müssen.

Sowohl bei einer stärker wohlfahrtsstaatlich als auch bei einer liberalistischen, an minimalstaatlichen Überlegungen orientierten Gesundheitspolitik ist die Balance zwischen den Verantwortlichkeiten der Individuen und des Staates zu begründen. Da das Gut Gesundheit sowohl von individuellem als auch öffentlichem Interesse ist, kann eine rein individualistische Lösung von vorne herein – von ethischen Überlegungen noch ganz abgesehen – nicht überzeugen. Die Forderung „Weniger Staat – mehr Eigenverantwortung“ droht, ohne eine Antwort auf diese aufgeworfenen Fragen, zu einer relativ inhaltsleeren politischen Parole zu werden. Mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen meint dann allein eine höhere Kostenbelastung über zusätzliche Gesundheitsausgaben in Form von höheren Franchisen, höheren Selbstbehalten und Zuzahlungen und aufgrund die Einschränkung der obligatorischen Gesundheitsleistungen. Die soziale Polarisierung der Gesellschaft dürfte sich dann auch im Gesundheitswesen deutlicher zeigen. Die Rede von einer „Zwei-Klassen-Medizin“ wäre nicht mehr von der Hand zu weisen.

Die Diskussion um mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen kann nicht von dem jeweiligen weltanschaulichen Hintergrund gelöst werden. Die Vertreter unterschiedlicher Positionen müssen offen legen, von welchem Menschenbild, von welchem Gesellschaftsverständnis, von welchem Verständnis der Relation Gesellschaft/Staat und Individuum und von welchem Politikverständnis sie – bewusst oder unbewusst – ausgehen. Dann geht es nicht mehr nur um theoretische oder technische Lösungskonzepte, sondern auch um die Frage, in welcher Gesellschaft wir leben wollen und welchen Platz die oder der Einzelne darin haben soll. Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen muss ausserdem im Kontext öffentlich geführter Gesundheitsdebatten die schichtenspezifischen Risiken von Morbidität und Mortalität zur Kenntnis nehmen und gegenüber der politischen Öffentlichkeit entsprechende Antworten geben. Da Gesundheit ein konditionales Gut und Chancengleichheit ein zentrales Anliegen liberaler Staatskonzeptionen ist, dürfte vor allem die Gesundheitsförderung als inzwischen weitgehend akzeptiertes gesundheitspolitisches Instrument zur Vorbeugung von Krankheiten ein besonders wichtiger Punkt sein. Diese Aspekte gilt es, in der ethischen Beurteilung nochmals aufzugreifen.

Teil 2: Eigenverantwortung und Gesundheit

5 Zur Systematik des Verantwortungsbegriffs

Aspekte der (Eigen-)Verantwortung im Kontext von Gesundheitsfragen müssen Bezüge und Implikationen des Verantwortungsbegriffs als solchem im Blick haben. Nachfolgend sollen deshalb anhand eines Überblicks über die inhaltliche Systematik des Verantwortungsbegriffs die Voraussetzungen und Grenzen des Verantwortungsbegriffs im Kontext von Gesundheitsfragen geklärt werden. Nur so können die Kriterien bestimmt werden, die für eine inhaltlich angemessene und sinnvolle Verwendung des Begriffs notwendig sind. Diese Klärung ist insbesondere für die spätere ethische Beurteilung des Postulats der Eigenverantwortung von Bedeutung, weil dabei zur Kenntnis genommen werden muss, ob für die Versicherten im Gesundheitswesen die entsprechenden Kriterien gegeben sind. Im anderen Fall könnte ein Mehr an Eigenverantwortung zu einer unangemessenen Überforderung der Versicherten führen, was ethisch mit Blick auf das hohe Gut Gesundheit nicht akzeptabel wäre.

5.1 Zur Struktur des Verantwortungsbegriffs

Auf der Grundlage der unter Ziff. 3.1.2 gemachten Ausführungen lässt sich für den Verantwortungsbegriff formal eine grundlegende mindestens vierstellige Relation festhalten: *Jemand* (die Person, die sich zu verantworten hat bzw. die die Verantwortung trägt, das Verantwortungssubjekt) ist *für etwas* (eine Handlung oder auch für eine Unterlassung, das Verantwortungsobjekt) *gegenüber einer Instanz* (Gericht) *in Bezug auf bestimmte Normen* (Gesetz, Richtlinien oder Moralkodex) verantwortlich. Verantwortung konstituiert sich folglich im Zusammenspiel von

Verantwortungssubjekt + Verantwortungsobjekt + Norm + Instanz.

Verantwortung lässt sich dann konkret und präzise zuschreiben, wenn das Verantwortungssubjekt genau benannt werden kann, wenn sich das Verantwortungsobjekt exakt umschreiben lässt, wenn auf eine Norm Bezug genommen werden kann, die allgemein anerkannt und bei Missachtung mit entsprechenden Sanktionen verbunden ist, und eine Instanz vorhanden ist, die diese Verantwortungszuschreibung vornimmt.⁴³⁴ Wie die in Kapitel 3 gemachten Ausführungen verdeutlicht haben, sind diese Voraussetzungen im Zuge moderner, ausdifferenzierter Gesellschaften mit komplexen technologischen Prozessen aber immer

⁴³⁴ Vgl. hierzu Hans J. MÜNK (2007): Zum Konzept der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht, S 182-194; Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung.

weniger gegeben. Die Zuschreibung von Verantwortung auf einzelne Personen wird damit immer schwieriger. Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten ist nicht losgelöst von dieser Entwicklung.

5.2 Dimensionen von Verantwortung

Otfried Höffe unterscheidet *Primär-, Sekundär- und Tertiärverantwortung*.⁴³⁵ Die Primärverantwortung trägt jemand unmittelbar, und zwar als spezifische *Aufgabenverantwortung* für bestimmte Rollen, Ämter und Funktionen und generelle *Handlungsverantwortung* für die Folgen des eigenen Tuns. Die Sekundärverantwortung, auch *Rechenschaftsverantwortung*, wird einem von anderen zugewiesen, sie impliziert ein Moment der Anschuldigung oder zumindest der Verdächtigung. Bestätigt sich die Anschuldigung oder der Verdacht, so wird man im Sinne der Tertiärverantwortung schlussendlich zur Verantwortung gezogen: Man haftet für den entstandenen Schaden, leistet Schadensersatz und unterliegt womöglich einer Strafe (*Haftungsverantwortung*).

Micha H. Werner bezeichnet die Verantwortung in der primären Verwendung als „Zuschreibungsbegriff“ und unterscheidet zwischen einer *retrospektiven* und *prospektiven* Zuschreibung.⁴³⁶ Der retrospektive Verantwortungsbegriff entspricht bei ihm der Rechenschaftsverantwortung bei Otfried Höffe, wobei das Moment der Anschuldigung nicht zwingend gegeben sein muss. Mitunter können auch blosse Kausalbeziehungen damit bezeichnet werden.⁴³⁷ Bei der prospektiven Verwendung handelt es sich bei Micha H. Werner nicht um eine deskriptive, sondern um eine normative Zuschreibung. Solche Sätze müssen seines Erachtens nicht immer einen primär moralischen Geltungssinn haben, sondern können auch funktionale, politische oder allgemeine Zuständigkeiten zum Ausdruck bringen.

Der Vielfalt sozialer Rollen, die Personen in modernen ausdifferenzierten Gesellschaften innehaben, entspricht ausserdem eine Vielfalt von Verantwortlichkeiten in je unterschiedlichen Kontexten. Diese Verantwortlichkeiten können dabei durchaus miteinander kollidieren oder einander über- oder untergeordnet sein. So kann beispielsweise die Verantwortung für die eigene Gesundheit durchaus kollidieren mit der Verantwortung für den finanziellen

⁴³⁵ Vgl. Otfried HÖFFE (2002): Lexikon der Ethik, S. 274-275.

⁴³⁶ Micha H. WERNER (2002): Art. Verantwortung, in: Handbuch Ethik, S. 521.

⁴³⁷ Z.B.: Weil die Firma X alle ihre Aktienanteile von Firma Y auf einmal verkaufte, sank der Aktienkurs.

Unterhalt der Familie, wenn dieser beispielsweise nur durch gesundheitsschädigende Nacharbeit oder durch andere belastende Arbeiten erzielt werden kann.

Übertragen auf die Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen heisst dies, dass die Verantwortung für die eigene Gesundheit zunächst einer primären Verantwortung entspricht, die sowohl prospektive als auch retrospektive Aspekte besitzt. Prospektiv handelt es sich dabei um eine normative Zuschreibung, die die erste, unaufgebbare Verantwortung für die eigene Gesundheit zum Ausdruck bringt.⁴³⁸ Im Kontext der Auseinandersetzung um das Postulat von mehr Eigenverantwortung der Versicherten darf diese „Erstverantwortung“ aber nicht verwechselt werden mit „Alleinverantwortung“.⁴³⁹ Eine retrospektive Verantwortungszuschreibung im Sinn der Sekundärverantwortung erfolgt dann, wenn darüber nachgedacht wird, ob und in wiefern die Versicherten für ihre individuellen Lebensstile zur Rechenschaft gezogen werden können.⁴⁴⁰

5.3 Eigentümlichkeiten des Begriffs „Eigenverantwortung“

5.3.1 Die Privatisierung von Verantwortung

Die „klassische“, mindestens vierstellige Relation des Verantwortungsbegriffs⁴⁴¹ macht deutlich, dass der Begriff „Eigen-Verantwortung“ eine eigentümliche Formulierung darstellt. Franz-Xaver Kaufmann teilt diese Einschätzung und schreibt: „Eigenverantwortung ist schon vom Wort her widersprüchlich, bezeichnet ‘Verantworten’ doch einen kommunikativen Akt des Rechenschaft-Ablegens gegenüber Dritten.“⁴⁴² Die Relationalität von Verantwortung verliert in der Verwendung des Begriffs Eigenverantwortung deutlich an Gewicht, weil Verantwortung im Sinne einer „Selbstverantwortung“ den Bezugspunkt vorwiegend auf das Selbst beziehungsweise das Subjekt legt. Durch diese „Reduktion“ von

⁴³⁸ „Die Fähigkeit und Möglichkeit zur selbstverantwortlichen Lebensführung ist fundamental für Zufriedenheit und Wohlbefinden. Selbstverantwortlichkeit erzeugt Kontrollerleben, Selbstwirksamkeitserfahrungen und Selbstwirksamkeitserwartungen, und diese Elemente der persönlichen Lebensgestaltungskompetenz sind von prinzipieller Bedeutung für die subjektive Lebensqualität.“ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 101. Vgl. in diesem Zusammenhang auch die Ottawa-Charta der WHO, die eine hohe Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen betont. WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

⁴³⁹ Die Erstverantwortung für die eigene Gesundheit kommt beispielsweise im in der Medizinethik anerkannten Prinzip des Respekts vor der Autonomie der Patienten zum Ausdruck. Vgl. Tom L. BEAUCHAMP, James F. CHILDRESS (2008): Principles of Biomedical Ethics.

⁴⁴⁰ Dies umfasst beispielsweise die verschiedenen Vorschläge um eine höhere Prämienbelastung von Rauchern, Betreibern von Risikosportarten oder generell die Diskussion um risikoadäquate Prämien in der Krankenversicherung.

⁴⁴¹ Zur Aktualität des Verantwortungsbegriffs aus ethischer Sicht vgl. Adrian HOLDEREGGER (2006): Verantwortung.

⁴⁴² Franz-Xaver KAUFMANN (2006): Verantwortung im Sozialstaatsdiskurs, S. 53.

Verantwortung auf Selbstverantwortung konzentrieren sich die vier Elemente der klassischen Verantwortungsrelation weitgehend nur noch im Verantwortungssubjekt. In diesem Sinne verantwortet sich das Subjekt vor sich selbst nach der Massgabe von Normen, die es aufgrund seiner Autonomie selbst setzt.⁴⁴³ Die Relationalität der Verantwortung vor einer externen Instanz scheint offensichtlich nicht mehr gegeben, jedenfalls nicht im Sinn klarer, allgemeingültiger Handlungsvorgaben, so dass mit dem Präfix „Eigen“ die besondere Verantwortung des Subjekts für sich und vor sich selbst betont werden soll. Dass aber Menschen für sich selbst verantwortlich sind, hat normalerweise mit ihrer Freiheit zu tun und bedürfte keiner besonderen Erwähnung. Mit der Aufforderung, Eigen-Verantwortung zu übernehmen, kann folglich nur gemeint sein, „dass ich mich für mich selber vor mir selber verantworten müsste.“⁴⁴⁴ Bettina Schmidt führt diesen Gedanken fort und schreibt:

„Soll ich mich also nicht vor Gott oder einem sonstigen Dritten verantworten müssen, sondern nur noch vor mir selbst? Dann wäre der Weg frei für die Überschreitung der Grenze von Verantwortung über Eigenverantwortung zur Unverantwortlichkeit.“⁴⁴⁵

Die klassische vierstellige Relationalität des Verantwortungsbegriffs wird also durch die Konzentration auf das Verantwortungssubjekt und den Wegfall einer externen Verantwortungsinstanz aufgehoben. Durch die Verlagerung der Verantwortungsinstanz auf das Verantwortungssubjekt wird auch die Norm, auf die hin Verantwortung übernommen werden soll, relativiert. Die Kehrseite dieser Medaille ist, dass Verantwortlichkeit privatisiert wird. Diese Privatisierung von Verantwortung meint mehr, als die persönliche Verantwortung für die eigene Lebensführung zu übernehmen. „Die Pflicht besteht nicht nur darin, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten um Selbsterhalt und Selbstversorgung zu kümmern, sondern dabei auch nicht gegen die Gebote der wechselseitig zu respektierenden Freiheit und Gleichheit zu verstossen.“⁴⁴⁶ Im Kontext der Auseinandersetzungen um die Zukunft des Sozialstaats erfährt diese Verantwortlichkeit gegenüber der Gemeinschaft eine Engführung auf Compliance⁴⁴⁷ hinsichtlich Gesundheitsverhalten und Kostenbewusstsein.⁴⁴⁸

⁴⁴³ Vgl. hierzu auch Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 17-19.

⁴⁴⁴ Robert LEICHT (2004): Das Prinzip Zahnbürste, S. 2.

⁴⁴⁵ Bettina SCHMIDT (2008): Verantwortung haben immer die Anderen, S. 50.

⁴⁴⁶ Bettina SCHMIDT (2008): Verantwortung haben immer die Anderen, S. 50 unter Verweis auf Ludger HEIDBRINK, Alfred HIRSCH (2006): Verantwortung in der Zivilgesellschaft.

⁴⁴⁷ Generell spricht man von Compliance, wenn es darum geht, Regeln und andere Vorgaben einzuhalten. Compliance kann übersetzt werden mit „Regelbefolgung“. In der Medizin spricht man von der Compliance des Patienten als Oberbegriff für dessen kooperatives Verhalten im Rahmen der Therapie. Gute Compliance entspricht konsequentem Befolgen der ärztlichen Therapievorgaben.

⁴⁴⁸ So auch Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 53.

5.3.2 Eigenverantwortung wofür?

Das Postulat der Eigenverantwortung ist in den aktuellen gesundheitspolitischen Debatten gegenüber dem Verantwortungsobjekt weitgehend unpräzise. Es ist unklar, ob damit die eigene Gesundheit, das Gesundheitsverhalten oder die Kosten gemeint sind. Allgemeine Appelle gegen Bewegungsmangel, falsche Ernährung und Alkohol- bzw. Tabakkonsum beispielsweise bestimmen die Debatte. Dabei bleibt jedoch offen, was im Einzelfall das „richtige“ Mass an Bewegung oder die „richtige“ Weise der Ernährung ist. Einerseits unterliegen auch vermeintlich objektive wissenschaftlich untermauerte Empfehlungen bestimmten Moden und einem vorherrschenden Zeitgeist und andererseits lassen sich Gesundheitsempfehlungen bezogen auf den Einzelfall meist nicht verallgemeinern, weil die physischen und psychischen Konstitutionen der Menschen sehr unterschiedlich sein können.⁴⁴⁹ Bleiben das Verantwortungsobjekt wie auch die Norm, auf die sich die Verantwortung bezieht, weitgehend diffus, so läuft die durch das Postulat der Eigenverantwortung unterstellte Zuschreibung im wahrsten Sinne des Wortes ins Leere. „Und damit verliert die Rede von der Verantwortung tatsächlich jeden deutlichen Sinn. Sie wird zur blossen rhetorischen Floskel“.⁴⁵⁰ Das Postulat der Eigenverantwortung, das die Zuweisung von Verantwortung auf das Subjekt in den Mittelpunkt stellt, verschleiert dadurch, dass sowohl das Verantwortungsobjekt als auch die Norm, an der sich die Verantwortung zu orientieren hat, faktisch kaum gegeben sind.⁴⁵¹ Die „Hochkonjunktur“⁴⁵² des Verantwortungsprinzips muss deshalb kritisch hinterfragt werden. Die Gründe für diese Kritikbedürftigkeit des Verantwortungskonzepts liegen nach Wolfgang Kersting nicht in der Theorie, „sondern in der Wirklichkeit, die aufgrund ihrer normativen Ratlosigkeit so verschwenderisch mit dem Verantwortungsbegriff umgegangen ist und umgeht.“⁴⁵³

⁴⁴⁹ So zeigen sich in den verschiedenen Empfehlungen zu einem gesunden Lebensstil immer wieder Varianzen. Während in der Vergangenheit eine ausgewogene und massvolle Ernährung als Mittel gegen Übergewichtigkeit und einen zu hohen Bodymass-Index im Vordergrund standen, gilt heute v. a. eine ausreichende Bewegung als wichtigstes Kriterium für einen gesunden Lebensstil. „Die Liste reicht von ausgewogener Ernährung und regelmässiger körperlicher Aktivität über Folsäurezusätze bis hin zu präventiven Massnahmen wie Hormonbehandlungen gegen Osteoporose. Man muss sich jedoch stets im Klaren sein, dass genauso wie die Alltagstheorien auch das Expertenwissen stets in einem spezifischen sozialen und kulturellen Kontext entsteht. Mit anderen Worten: Das medizinische System ist immer bis zu einem gewissen Grad auch ein Spiegel der Werte und Strukturen einer Gesellschaft.“ Thomas ABEL et al. (2004): Was ist ein gesunder Lebensstil?, S. 5.

⁴⁵⁰ Kurt BAYERTZ (1995): Verantwortung, S. 67.

⁴⁵¹ Vgl. hierzu auch die Ausführungen zur Gesundheit in Kap. 6.

⁴⁵² Wolfgang KERSTING (2003): Verantwortliche Verantwortung, S. 10.

⁴⁵³ Wolfgang KERSTING (2003): Verantwortliche Verantwortung, S. 9.

Wenn die Norm zumindest in Bezug auf das Gesundheitsverhalten nur diffus und je nach Kontext unterschiedlich formuliert und die Kostenverantwortung stark in den Vordergrund gestellt wird, dann erfährt das Postulat der Eigenverantwortung eine moralische Auf- und eine inhaltlich-normative Abwertung:⁴⁵⁴ Die Versicherten müssen sich eigenverantwortlich verhalten, weil sie sonst die Allgemeinheit beziehungsweise die Versichertengemeinschaft belasten.⁴⁵⁵ Eigenverantwortung zu haben, beschränkt sich also nicht auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbewusstsein, sondern schliesst Kostenverantwortung wesentlich mit ein.

Dieses Zusammenspiel von einerseits diffusen Erwartungen an einen gesunden Lebensstil und andererseits einer klaren Kostenverantwortung kann zu einer Überforderung der Versicherten führen. Darin liegt ein ethisch relevanter Aspekt, wenn die Bedingungen zur Wahrnehmung von Eigenverantwortung ungleich verteilt sind. Der Rekurs auf die Eigenverantwortung weicht diesem Problem dann aus, wenn die konkreten Umstände im Einzelfall unberücksichtigt bleiben. Er unterstellt eine Handlungsfreiheit, die im Einzelfall so nicht gegeben sein muss.

Jede Verantwortungszuschreibung enthält ausserdem ein implizites Werturteil, welches die bestehenden Normen und Werte in der jeweiligen Gesellschaft widerspiegelt.⁴⁵⁶ Damit ist Verantwortung nichts Naturgegebenes, sondern eine moralisch-gesellschaftliche Konstruktion. Es wird festgelegt, wer sich wofür vor wem zu verantworten hat und wie das zugrunde liegende Verhalten zu bewerten ist. Das jeweilige Verhalten beziehungsweise die entsprechenden Lebensstile werden dabei als gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädigend, als verantwortungsbewusst oder verantwortungslos qualifiziert.⁴⁵⁷ Dieses normative Urteil verstärkt das moralisch aufgeladene „Verantwortungs-Pathos“ der Eigenverantwortung.

⁴⁵⁴ Vgl. hierzu Wolfgang KERSTING (2003): Verantwortliche Verantwortung.

⁴⁵⁵ Vgl. Bettina SCHMIDT (2008): Verantwortung haben immer die Anderen, S. 53ff.

⁴⁵⁶ Vgl. Kap. 3 und Ziff. 7.2.5. Bettina Schmidt bringt in diesem Zusammenhang das Beispiel einer an Lungenkrebs erkrankten Patientin: Je nach geltender Sichtweise hat „die Patientin selbst (die über 20 Jahre geraucht hat), die Eltern (stellten als Raucher ein schlechtes Vorbild dar), der Betrieb (hat das Rauchen nicht strikt untersagt), die medizinische Forschung (die noch immer keine Therapie entwickelt hat), die Tabakindustrie (die ihre Werbung gezielt an Frauen richtet), die Politik (die die Tabaksteuern nicht hinreichend erhöht)“ die Verantwortung für diese Erkrankung zu tragen. Bettina SCHMIDT (2008): Verantwortung haben immer die Anderen, S. 28f.

⁴⁵⁷ Vgl. hierzu Stefan GOSEPATH (2006): Verantwortung für die Beseitigung von Übeln.

5.3.3 Zwischenfazit

Der Zusammenhang einer inhaltlich-normativen Unbestimmtheit von Verantwortung und gleichzeitiger semantischer Betonung des Verantwortungssubjekts in der Kombination von „Eigen“ + „Verantwortung“ ist erklärungsbedürftig. Folgende Zusammenhänge lassen sich aus dem bisher Gesagten festhalten:

1. Die Idee der „Verantwortung“ ist im Kern eine spezifisch moralische Zurechnung zwischen einem Verantwortungssubjekt und einem Verantwortungsobjekt.
2. Die Zurechnung von Verantwortung ist Resultat einer Konstruktion, sie ergibt sich nicht aus der Natur der Sache.
3. Die Zurechnung von Verantwortung in einem konkreten Kontext kann mit anderen Verantwortlichkeiten kollidieren. Die Vielzahl sozialer Rollen erschwert eine klare und eindeutige Gewichtung unterschiedlicher Verantwortlichkeiten.⁴⁵⁸
4. Sowohl der Begriff der Verantwortung als auch der Eigenverantwortung suggerieren zunächst eine klare Zuordnung. Im Kontext moderner ausdifferenzierter Gesellschaften erweisen sich die Begriffe aber als unscharf. Obwohl oder gerade weil das Verantwortungssubjekt betont wird, bleibt doch meist unklar, welches die konkreten Normen sind, anhand derer die Zuschreibung bewertet werden soll, und das Verantwortungsobjekt ist ebenfalls meistens nicht exakt bestimmt.
5. Ferner ist zu fragen, wenn die Betonung auf der *Eigen*-Verantwortung liegt, ob es dann noch Sinn macht, von *Verantwortungsinstanz* und *Verantwortungsnormen* zu sprechen, weil deren Relevanz für das Verantwortungssubjekt erst einmal begründet werden müsste. Was die Normen betrifft, deutet sich hier ein Problem an, denn zumindest in einem obligatorischen Versicherungssystem wie der OKV in der Schweiz müsste der Staat gegenüber den Versicherten Normen vorschreiben, damit die Eigenverantwortlichkeit nicht den Charakter des Willkürlichen bekommt und zur Unverantwortlichkeit wird, wie dies Bettina Schmidt befürchtet.⁴⁵⁹ Im konkreten Fall des Gesundheitswesens müssten klare Richtlinien vorgegeben sein, die besagen, was gesundheitsförderlich und was gesundheitsschädlich ist und welche Konsequenzen sich jeweils daraus ergeben. Da das Ziel letztlich die Kosteneinsparung ist, müsste auch transparent sein, welches Verhalten mehr und welches weniger kostet.

⁴⁵⁸ So kann beispielsweise die Verantwortung für die eigene Gesundheit durchaus mit der Verantwortung für den finanziellen Unterhalt der Familie kollidieren, wenn dieser nur durch gesundheitsschädigende oder durch andere belastende Arbeiten erzielt werden kann.

⁴⁵⁹ Bettina SCHMIDT (2008): Verantwortung haben immer die Anderen, S. 50.

5.4 Freiheit, Wissen und Alternativen als Bedingungen von Verantwortung

Voraussetzungen für die Übernahme oder Zuschreibung von Verantwortung sind ganz allgemein die Zurechnungsfähigkeit des handelnden Subjekts, das Handeln aus eigenem Antrieb, also aus Freiheit und gegebene Handlungsalternativen. Die Zurechnungsfähigkeit unterstellt das bewusste Streben, das heisst, dass die handelnde Person die Handlungssituation überschaut und die Handlungsfolgen abschätzen kann. Schon Aristoteles hat in der Frage der Zurechnungsfähigkeit Tiere, Kinder und geistig Behinderte ausgenommen, weil unterstellt werden muss, dass sie in ihrem Tun nicht wissentlich und willentlich, also nicht frei handeln.⁴⁶⁰ Eine Handlung erfolgt ausserdem nur dann aus freien Stücken, wenn grundsätzlich die Möglichkeit gegeben ist, dass man auch anders hätte handeln können. Nachfolgend werden diese Aspekte auf unsere Fragestellung hin beleuchtet.

5.4.1 Freiheit

Handeln in Freiheit unterstellt nicht, dass der Mensch völlig losgelöst von äusseren und inneren Zwängen handelt, sehr wohl aber, dass seine eigene Motivation neben inneren und äusseren Zwängen erkennbar ist und von diesen nicht dominiert wird.⁴⁶¹ Ein in Freiheit realisierter Umgang mit der eigenen Gesundheit kann also durchaus innerhalb gegebener individueller und kollektiver Schranken erfolgen. Zu den individuellen Schranken gehören in erster Linie die physischen und psychischen Gegebenheiten, die weder frei zur Verfügung stehen, noch frei manipuliert oder verbessert werden können. Es ist offensichtlich, dass Gesundheit beziehungsweise das, was jeweils darunter verstanden wird, sehr unterschiedlich verteilt ist. Trotz aller Versprechungen der modernen Medizin und anderer Gesundheitsanbieter können diese Gegebenheiten nur sehr begrenzt korrigiert werden.

Es gibt aber auch kollektive Schranken, die unser Gesundheitsempfinden so stark beeinflussen, dass wir hier nur von einer begrenzten Freiheit im Umgang mit unserer eigenen Gesundheit sprechen müssen. Gerade weil Gesundheit – gleiches gilt auch für Krankheit – kein objektiv definierter Zustand ist,⁴⁶² herrschten zu unterschiedlichen Zeiten unterschied-

⁴⁶⁰ Vgl. ARISTOTELES (2003): *Nikomachische Ethik*, S. 23.

⁴⁶¹ Vgl. neuere Arbeiten hierzu, u. a. Wolfgang SEIDEL (2009): *Das ethische Gehirn*; Judith HARDEGGER (2009): *Willenssache*; Michael PAUEN, Gerhard ROTH (2008): *Freiheit, Schuld und Verantwortung*; Reinhard MERKEL (2008): *Willensfreiheit und rechtliche Schuld*; Tillmann VIERKANT (2008): *Willenshandlungen*.

⁴⁶² Näheres hierzu vgl. Kap. 6.

liche Vorstellung darüber, was Gesundheit ausmacht.⁴⁶³ Betrachtet man die Vorstellungen von Gesundheit im zeitlichen Verlauf, so wird erkennbar, dass es keine einheitliche Vorstellung darüber gab, wann eine Person gesund oder behandlungsbedürftig war. Vor diesem Hintergrund wird auch verständlich, warum Mode und die vielversprechenden Werbungen der Gesundheitsindustrie unsere Bedürfnisse nach mehr Gesundheit so erfolgreich manipulieren können. Offensichtlich ist der freie Umgang mit der eigenen Gesundheit immer auch von historischen, soziokulturellen und gesellschaftspolitischen Kontexten beeinflusst.⁴⁶⁴ Bereits in der Erziehung werden Vorstellungen von einem „gesunden Leben“ weitergegeben, die auch den späteren Umgang mit der eigenen Gesundheit prägen.⁴⁶⁵ Daraus ergeben sich soziokulturelle und gesundheitliche Ungleichheiten, die schichttypisch verteilt sind.⁴⁶⁶ Krankheit und Gesundheit verteilen sich nicht nur zufällig zwischen einzelnen Menschen. Die grössten gesundheitlichen Belastungen häufen sich systematisch in den benachteiligten sozialen Schichten.⁴⁶⁷ Die Freiheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit kann also kulturell, sozial und wirtschaftlich sehr eingeschränkt sein. Nicht nur die Gesundheit, sondern auch die Freiheitsgrade im Umgang mit der eigenen Gesundheit sind unterschiedlich verteilt.

Die Rede von der Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen muss redlicherweise diese Aspekte mit berücksichtigen. Die oder der Einzelne kann sich diesen Einflussfaktoren nämlich nur begrenzt entziehen, anderenfalls wären Gesundheitsstatus und gesundheitsrelevantes Verhalten keine soziale Frage.⁴⁶⁸ Der individuelle Freiheitsrahmen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit ist also immer auch ein Produkt aus vorgegebenen sozial-kulturellen Standards und individuellen biologischen Faktoren.

5.4.2 Wissen

Verantwortliches Handeln ist nur möglich, wenn das handelnde Subjekt sowohl über die Rahmenbedingungen als auch über die Konsequenzen seines Handelns informiert ist. Das sogenannte „Gesundheitswissen“ ist folglich eine Voraussetzung dafür, dass der Umgang mit der eigenen Gesundheit als bewusst unterstellt werden kann. Nur wenn eine Person die

⁴⁶³ In der westlichen Welt war bis zum Mittelalter Gesundheit ein wenig beeinflussbares Faktum. Der Umgang mit Krankheit lag dabei weniger in ärztlicher Zuständigkeit als im eigenen Vermögen, damit umzugehen. Erst mit den sich ausbreitenden Seuchen wie Pest und Cholera erlangte Gesundheit öffentliche Aufmerksamkeit. Vgl. Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2004): Gesundheitspolitik.

⁴⁶⁴ Vgl. Friedrich W. SCHWARTZ et al. (2003): Das Public-Health-Buch.

⁴⁶⁵ Insbesondere sind hier die Ernährung, Bewegung und Umgang mit Drogen zu nennen.

⁴⁶⁶ Vgl. Andreas MIELCK (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit.

⁴⁶⁷ ROBERT-KOCH-INSTITUT (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit.

⁴⁶⁸ Vgl. Kap. 6.

mit Gesundheitsfragen gegebenen Zusammenhänge überschaut und die entsprechenden Folgen abschätzen kann, kann auch sinnvollerweise von einem bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit gesprochen werden.

Hiermit ist bei Gesundheitsfragen allerdings ein grosses und komplexes Themenfeld angeschnitten. In vielen Bereichen lassen sich allgemeine Erkenntnisse zur Gesundheit beziehungsweise zur Gesundheitsförderung nicht unmittelbar auf Einzelfälle übertragen. Die Zusammenhänge zwischen gesundheitsrelevantem Verhalten und Gesundheitsstatus sind in der Mehrzahl „korrelativer statt kausaler Natur“.⁴⁶⁹ In der Alltagserfahrung lassen Lebensstile und gesundheitsrelevantes Verhalten eine breite Varianz im Gesundheitsstatus zu. Meist besteht die Wahl nicht in einem gesundheitsförderlichen oder gesundheitsschädlichen Verhalten, sondern zwischen mehr oder weniger riskanten beziehungsweise widersprüchlichen Alternativen.⁴⁷⁰ Wie in Kap. 6 noch näher erläutert wird, ist Gesundheit kein eindeutig definierbarer Zustand, der zudem von zahlreichen Faktoren bestimmt wird, die untereinander in einem komplexen Zusammenhang stehen. In den meisten Fällen lassen sich weder die unmittelbar krankheitsrelevanten noch die gesundheitsförderlichen Faktoren eindeutig bestimmen. Das sogenannte Gesundheitswissen umfasst folglich in erster Linie allgemeine, allenfalls korrelativ abgestützte Erkenntnisse, die aber im Einzelfall nicht zwingend zutreffen müssen.⁴⁷¹ Insbesondere das Zusammenspiel von genetischen Voraussetzungen mit entsprechendem Ernährungs- und Bewegungsverhalten, psychischer Befindlichkeit und sozialen Umgebungsvariablen ist bei vielen Gesundheitsrisiken so komplex, dass einzelne Studien meist nur isolierte Zusammenhänge erforschen können. Das Postulat der Eigenverantwortung gerät hier offensichtlich an eine legitimatorische Grenze.

⁴⁶⁹ Bettina SCHMIDT (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen*, S. 155.

⁴⁷⁰ Bettina Schmidt bringt in diesem Zusammenhang das Beispiel eines belastenden Streits mit der Chefin oder dem Freund. Danach ist nicht evident, „ob man zur Entspannung lieber eine (halbe?) Tafel Schokolade essen, eine Zigarette rauchen, einen Schnaps trinken, eine Runde Auto fahren, ein paar Fahrradreifen zerstechen, sich beim Squash auspowern oder beim Fernsehen entspannen sollte. Gar nicht bzw. erst „post-mortem“ kann beurteilt werden, ob die zerstochnen Reifen einen Unfall hätten verhüten können oder ob die gerauchte Zigarette nicht bedeutend gesünder gewesen wäre als die beim Squash gerissene Achillessehne.“ Bettina SCHMIDT (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen*, S. 155.

⁴⁷¹ Als Beispiel sei hier die bis heute kontrovers diskutierte Frage nach dem Idealgewicht angeführt, das statistisch die besten Voraussetzungen für den Erhalt der Gesundheit bietet. Aufgrund unterschiedlicher Referenzgrössen wie Broca-Index, Body-Mass-Index, Taille-Hüft-Verhältnis, Bauchumfang oder Ponderalumfang (abgeleitet von der Wägbarkeit des Körpervolumens) sind die Ergebnisse nicht eindeutig. Ebenso wenig eindeutig sind die Ursachen und die gesundheitlichen Risiken, die mit geringem oder starkem Übergewicht einher gehen können.

5.4.3 Alternativen

Im Alltag genügt gesundheitsrelevantes Faktenwissen allein meist nicht, um den individuellen und kollektiven Gesundheitsstatus zu verbessern. Zahlreiche andere Faktoren haben ebenfalls Einfluss auf die Fähigkeit, Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen zu übernehmen. Sind keine Handlungsalternativen vorhanden oder sind die Alternativen durch andere, meist sozioökonomische Faktoren nicht zugänglich, kann allenfalls eingeschränkt von eigenverantwortlichen Entscheidungen gesprochen werden. Voraussetzung für eigenverantwortliche Gesundheitsentscheidungen ist folglich die Möglichkeit einer anderen Lebensführung beziehungsweise eines anderen Verhaltens. Gesundheitsrelevante Aspekte des Lebensstils sind aber nicht selten nur begrenzt änderbar. Das führt uns die eigene alltägliche Erfahrung vor Augen: Man sollte sich mehr bewegen, man sollte sich ausgewogener und massvoller ernähren, man sollte lernen, mit Stress besser umzugehen, und schafft es doch oft genug nicht. Vielen Versicherten gelingt es offensichtlich nicht, ihre Vorsätze, Wünsche und Ziele für ein gesünderes Leben umzusetzen. Wissen und Wollen reichen oft nicht aus, um eine Änderung zu bewirken.

Diese wohl von jeder und jedem schon gemachte Erfahrung liesse zunächst den Schluss zu, dass man sich eben noch mehr Mühe geben muss. Doch stellt sich die Frage, ob die Gesünderen wirklich diejenigen sind, die sich mehr Mühe geben. Oder gibt es nicht noch andere Gründe, die die ungleiche Verteilung des Guts Gesundheit begründen können? Wohlgemerkt, es soll hier nicht bestritten werden, dass Menschen Verantwortung übernehmen können und sollen für ihre Lebensgestaltung und ihren Lebensstil. Empirische Untersuchungen belegen aber, dass die Fähigkeit zu eigenverantwortlicher Lebensgestaltung – wie Gesundheit auch – sozial unterschiedlich verteilt ist.⁴⁷² Deshalb betont die EKD in ihrem Schreiben zu den aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitspolitik die Gefahr der Erosion von Solidarität im Zusammenhang mit dem Postulat nach mehr Eigenverantwortung, wenn die Rahmenbedingungen nicht so sind, dass eine „gerechte Teilhabe und Befähigung Benachteiligter“ gegeben sind.⁴⁷³ Wenn die Fähigkeiten und Ressourcen für eine

⁴⁷² Vgl. Carlo KNÖPFEL, Simone VILLIGER (2009): Armut macht krank; Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 150-156; Andreas MIELCK (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit; Carlo KNÖPFEL, Gabriela KÜNZLER (2002): Arme sterben früher.

⁴⁷³ EKD (2011): „Und unsern kranken Nachbarn auch!“, S. 13f. „Vor diesem Hintergrund wird in der Gesundheitspolitik zunehmend Wert auf die Unterstützung und Ermöglichung eigenverantwortlichen Handelns gelegt. Diese Entwicklung spiegelt die wachsende Kenntnisnahme der Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements für das Gesundheitssystem und nimmt den Wunsch nach Befähigung der Menschen zu selbstbestimmtem Handeln und Entscheiden auf. Sie birgt aber zugleich die Gefahr der Erosion von Solidarität angesichts des steigenden Kostendrucks, der gesellschaftlichen Individualisierung und wachsender Ungleichheit. Bei allen Überlegungen zur Stärkung der Eigenverantwortung muss deshalb berücksichtigt

eigenverantwortliche und gesundheitsförderliche Lebensführung sozial unterschiedlich verteilt sind, so sind auch die Alternativen im Bereich gesundheitsrelevanten Verhaltens unterschiedlich verteilt. Damit führt das Postulat nach mehr Eigenverantwortung zwangsläufig zu einer Überforderung derjenigen, die ohnehin schon in anderen gesellschaftlichen Bereichen benachteiligt und krank sind.

„Eigenverantwortlich zu handeln ist anscheinend gar nicht so einfach“ schreibt Bettina Schmidt und verweist u. a. auf die Fähigkeit zum Abwägen zwischen verschiedenen Handlungsoptionen, zur Konzentration auf das Wesentliche und zur Risikobereitschaft für prospektives Handeln unter Ungewissheit.⁴⁷⁴ Eigenverantwortlich ein gesundes Leben zu führen, ist den einen mehr und den anderen weniger gegeben. Die mit dem Postulat der Eigenverantwortung transportierte Vorstellung, dass der individuelle Gesundheitsstatus weitgehend selbst zu verbessern ist, „übersieht die eisernen Gitterstäbe, die die Freiheit der Menschen, sich gesund zu verhalten, gesund zu werden und gesund zu bleiben einschränken. [...] Soziokulturelle und gesellschaftspolitische Bedingungsfaktoren nehmen massgeblichen Einfluss auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten von Menschen, sich gesundheitsgerecht zu verhalten.“⁴⁷⁵ In vielen Fällen verhalten sich Menschen so, wie es ihrem soziokulturellen Status entspricht. Andere Möglichkeiten sehen sie oft nicht oder sind für sie nicht erreichbar.

5.5 Fazit zur begrifflichen und inhaltlichen Verwendung von „Eigen-Verantwortung“

Der Begriff der Eigenverantwortung weist mehrere Eigenheiten auf. Zunächst ist die Kombination von „Eigen“ und „Verantwortung“ erklärungsbedürftig, weil die mindestens vierstellige Relationsstruktur von Verantwortung mit Verantwortungssubjekt, -objekt, -norm und -instanz ausreichend für eine hinreichende Verantwortungszuschreibung wäre. Es würde genügen, davon zu sprechen, dass jemand Verantwortung für seine Gesundheit trägt. Hingegen wirkt es aufgeladen, wenn man von *Eigen-Verantwortung* spricht. Diese semantische Aufladung unterstreicht die Zuständigkeit des Verantwortungssubjekts, wobei gleichzeitig die Verantwortungsnorm und die Verantwortungsinstanz in den Hintergrund geraten. Das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen bleibt

werden, dass die Potenziale eigenverantwortlichen Handelns in der Gesellschaft ungleich verteilt sind. Eigenverantwortung setzt Rahmenbedingungen voraus, die auf gerechte Teilhabe und Befähigung Benachteiligter zielen.“

⁴⁷⁴ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 151.

⁴⁷⁵ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 156.

ausserdem auch gegenüber dem Verantwortungsobjekt diffus. Offen bleibt, ob damit eine rein monetäre Kostenverantwortung oder die Fähigkeit zu einem selbstbestimmten, gesunden Lebensstil gemeint ist.

Ferner sind die Kriterien der Freiheitlichkeit, der Wissentlichkeit und der Möglichkeit alternativer Verhaltensweisen wesentliche Voraussetzungen dafür, dass jemandem Verantwortung zugeschrieben werden kann. Aufgrund der definatorischen Schwierigkeiten bei der Bestimmung von Gesundheit und damit auch konkreter Gesundheitsrisiken ist auch das Wissen um Gesundheit vor prinzipielle Grenzen gestellt. Das Gesundheitswissen stellt in erster Linie ein allgemeines, auf Korrelationen bezogenes Erfahrungswissen dar, das im Konkreten den Einzelfall nicht hinreichend erklären kann. Im Umgang mit unserer Gesundheit sind wir also prinzipiell mit Unsicherheiten konfrontiert. Die Freiheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit endet dort, wo die biophysische Grundausstattung Grenzen vorgibt, aber auch dort, wo der individuelle Gesundheitsstatus an sozialkulturelle und sozioökonomische Faktoren gebunden ist.

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Umgang mit ihrer Gesundheit muss diese Rahmenbedingungen berücksichtigen, will sie nicht Gefahr laufen, die Einzelnen zu überfordern oder zu einem relativ inhaltsleeren politischen „Kampfbegriff“ zu werden.

6 Gesundheit – ein hohes Gut

Ausgangspunkt für die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen ist, wie in den vorausgegangenen Kapiteln dargelegt, in den meisten Fällen der Kostenanstieg und eine allgemeine Kritik am Sozialstaat, der die Freiheit der Bürgerinnen und Bürger in vermeintlich unnötiger Weise einschränkt und eine überbordende Nachfrage nach seinen Leistungen fördert. Anreize zu mehr Eigenverantwortung sollen dagegen ein gesundheitsförderliches Verhalten bewirken und die Nachfrage der Versicherten nach Leistungen des Gesundheitswesens so beeinflussen, dass dadurch der Kostenanstieg im Gesundheitswesen, insbesondere in der OKV abgebremst, im Idealfall sogar gestoppt wird.⁴⁷⁶ Im Wesentlichen lassen sich dabei zwei unterschiedliche Ansätze hinsichtlich entsprechender Reformvorschläge unterscheiden. Zum einen handelt es sich um Massnahmen, die im Sinne umfassender Prävention Belastungen senken und die Ressourcen zur Gesundheitsförderung stärken wollen. Im Rahmen dieses Ansatzes stehen vor allem Aufklärungs- und Informationskampagnen sowie Massnahmen einer Befähigung zu einem gesünderen Leben im Mittelpunkt.⁴⁷⁷ Der gewünschte Kosteneffekt soll hier durch die Verbesserung des gesundheitlichen Status der Bevölkerung erzielt werden. Zum anderen geht es darum, über monetäre Anreize die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu senken. Die Versicherten sollen über entsprechende Preissignale und Kosten angehalten werden, nur die Gesundheitsgüter und -dienstleistungen nachzufragen, die ihren „wahren“ Präferenzen entsprechen. In der Schweizer gesundheitspolitischen Reformdiskussion stehen vor allem die Möglichkeiten einer höheren Kostenbeteiligung im Mittelpunkt⁴⁷⁸. Theoretisch können die Versicherten dieser höheren Kostenbelastung entweder durch Leistungsverzicht oder durch einen gesünderen Lebenswandel entgehen.

Da das Gut Gesundheit im Allgemeinen eine hohe Wertschätzung erfährt, ist davon auszugehen, dass beide Ansätze durch eine Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung Kosten sparen wollen.⁴⁷⁹ Allerdings ist der jeweils vorgeschlagene Weg ein anderer. Bei

⁴⁷⁶ Vgl. v. a. die Ausführungen in Kap. 1 und 2.

⁴⁷⁷ Hier sind z. B. Bewegungs-, Ernährungs- und Antistresskampagnen angesprochen.

⁴⁷⁸ Vgl. Ziff. 1.4. Die SVP geht mit ihren Vorschlägen „massgeschneiderter Versicherungsmodule mit echter Risikobeteiligung“ und der Aufhebung des Versicherungsobligatoriums über die bestehende Rechtsordnung des KVG hinaus.

⁴⁷⁹ Der Ansatz mit höherer Kostenverantwortung ist ausserdem bestrebt, die moral hazard-Phänomene einer Versicherungslösung zu reduzieren. Auch die Absicht einer reinen Kostenverlagerung zulasten der Versicherten kann mittel- bis langfristig durchaus zusätzliche positive Kosteneffekte für die OKV bewirken, wenn dies die Versicherten zu einem gesünderen Lebensstil anregt und dadurch der Gesundheitsstatus der Bevölkerung verbessert wird. Theoretisch können Kosten- und Gesundheitsförderungsansatz mittel- bis

Massnahmen zum Erhalt, zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit steht die Überzeugung im Vordergrund, dass die hohe Wertschätzung des Gutes Gesundheit in konkreten Fällen durch andere Gründe negativ beeinflusst wird. Diesen Gründen in Form von Informationsdefiziten und soziokulturellen Anreizen (selten auch sozioökonomischen Benachteiligungen) soll durch entsprechende Massnahmen begegnet werden. Bei den höheren Kostenbeteiligungen hingegen sollen die Versicherten einen ungesunden Lebensstil auch und zunächst im Portemonnaie spüren. Dies soll Anreiz genug sein, einen gesünderen Lebensstil zu pflegen. Ruth Humbel Näf beispielsweise spricht sich sehr deutlich für monetäre Anreize aus, um der Kostenentwicklung in der OKV zu begegnen. Wer dennoch nicht gesund lebt, soll sich entsprechend an den Kosten beteiligen. In dem Zusammenhang schreibt sie:

„Grundsätzlich sind die Menschen selbst verantwortlich für ihre Gesundheit, und eigentlich müssten auch alle Menschen das Rezept für ein gesundes Leben wissen:

- ausgewogene Ernährung;
- genügend Bewegung;
- mässiger Alkoholkonsum;
- nicht rauchen;
- keine Drogen.

Wer systematisch gegen diese Regeln verstösst und sich selber schädigt, tut nichts Unrechtes im Sinne des Gesetzes. Selbstschädigung ist nicht strafbar. Aber muss die Allgemeinheit über Sozialversicherung und Steuern dafür bezahlen, muss sie für die Reparaturkosten der einzelnen aufkommen, wenn diese sich bewusst oder fahrlässig gesundheitlichen Schaden zufügen?⁴⁸⁰

Gesundheit ist demnach ein beeinflussbares Gut, das je nach Vorhandensein entsprechende Kosten verursacht. Wer verantwortlich mit seiner Gesundheit umgeht, verursacht somit weniger Kosten. Wer aber gegen die „Regeln“ gesunden Lebens verstösst, soll eigenverantwortlich die entsprechenden Kosten tragen.

Die Rede von der Eigenverantwortung der Versicherten ist also mehr oder weniger explizit auch ein Appell für eine gesündere Lebensweise, weil damit individuell und kollektiv Kosten gespart werden können. Eine ethische Bewertung dieser Forderung muss klären, was

langfristig dadurch zum selben Ergebnis kommen: Ein besserer Gesundheitsstatus der Bevölkerung kann weniger Kosten verursachen, weil ein besserer Gesundheitsstatus die Nachfrage nach Gesundheitsgütern- und -dienstleistungen senkt. Ob diese Schlussfolgerung allerdings zutreffend ist, muss erst noch geklärt werden. S. Kap. 7.

⁴⁸⁰ Ruth HUMBEL NÄF (2007): Die Stärkung der Eigenverantwortung aus Sicht der Krankenversicherer, S. 178f.

der Begriff „Gesundheit“ konkret meint und welche normativen Urteile damit verbunden sind. Was gesund ist, soll deshalb nachfolgend geklärt werden. Da die Diskussion um den Gesundheitsbegriff nahezu uferlos ist, können nur die für unsere Fragestellung relevanten Aspekte aufgegriffen werden.⁴⁸¹ Die Wahrnehmung von Verantwortung setzt – wie in Kapitel 5 bereits dargelegt – allgemein voraus, dass Menschen frei sind und ein entsprechendes Wissen über Handlungsalternativen und deren Folgen haben. Im Zusammenhang mit der Eigenverantwortung für die Gesundheit muss folglich bekannt sein, was gesund eigentlich meint. Davon liesse sich dann eine normative Zielformulierung ableiten. Ausserdem ist es notwendig zu klären, wie dieses Ziel zu erreichen ist, d. h. welche Faktoren für dieses Ziel dienlich sind und welche nicht.

6.1 Was ist gesund?

Auf den ersten Blick scheinen die Begriffe Gesundheit wie auch Krankheit eindeutig definiert. Gesundheit liesse sich mit Wohlbefinden und Abwesenheit von Beschwerden und Symptomen beschreiben. Mit Krankheit dagegen verbindet man Beschwerden, Schmerzen, Nichtfunktionieren und Einschränkungen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass die Bestimmung von Gesundheit und Krankheit nicht so einfach ist, wie es auf den ersten Blick scheint. Die Begriffe Gesundheit und Krankheit können sehr unterschiedlich bestimmt sein, im privaten wie auch im gesellschaftlichen Bereich. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist Gegenstand zahlreicher Debatten⁴⁸², die hier nicht in extenso dargelegt werden können. Verwiesen sei nur auf die Fragen ethisch begründbarer Grenzen moderner Medizin im Bereich von Diagnose, Therapie und Enhancement.⁴⁸³

⁴⁸¹ Zur grundlegenden Orientierung dienen Rolf ROSENBROCK, Thomas GERLINGER (2006): Gesundheitspolitik; Friedrich W. SCHWARTZ (2006): Von der "medizinischen Polizey" zu den Gesundheitswissenschaften. - Da der Gesundheitsbegriff in enger Korrelation zum Krankheitsbegriff steht, vgl. a. Dirk LANZERATH (2000): Krankheit und ärztliches Handeln.

⁴⁸² Verwiesen sei hier auf die von Dirk Lanzerath dargelegte Debatte um den Gesundheitsbegriff. Vgl. Dirk LANZERATH (2000): Krankheit und ärztliches Handeln. In Abgrenzung zu Autoren wie Christopher Boorse, die die Auffassung vertreten, dass Krankheiten als weitgehend objektive Phänomene, die in allen kulturellen Kontexten ähnlich wahrgenommen werden, in der Natur des Menschen „ablesbar“ sind, vertritt Lanzerath ein Krankheitsverständnis, das sowohl „naturalistische“ als auch „normative“ Elemente enthält. Boorse hingegen geht von statistischen Mittelwerten aus, die an sich wertfrei zu verstehen sind. Dabei versteht er nicht jede beliebige Abweichung von einem statistisch ermittelten Wert als krankhaft, sondern nur solche, die die biologischen Funktionen des individuellen Überlebens und der Reproduktion einschränken oder verhindern (sog. „biostatistisches Modell“). Vgl. Christopher BOORSE (1977): Health as a theoretical concept, insb. S. 567. Einen normativ-universalistischen Ansatz vertritt Monika Bobbert, die Krankheit vor allem als Einschränkung grundlegender Handlungskompetenzen sieht. Vgl. Monika BOBBERT (2000): Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-informativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an Alan Gewirth.

⁴⁸³ Mit dem Stichwort „Human Enhancement“ werden medizinische Interventionen bezeichnet, die eine „Verbesserung“ *nichtpathologischer* Merkmale zum Ziel haben. Ein wesentlicher Aspekt bei der Beurteilung solcher Massnahmen ist die Unterscheidung von Therapie und Prävention einerseits und Enhance-

6.1.1 Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit gehören zu den Grundbegriffen der Medizin. Während sich jedoch einzelne Krankheiten sehr detailliert beschreiben lassen, fällt dies bei der Bestimmung von Gesundheit und Krankheit als kategoriale Beschreibungen von physischen, psychischen, sozialen und/oder geistigen Zuständen schon schwerer.⁴⁸⁴ Darüber hinaus waren und sind Fragen, die Gesundheit und Krankheit betreffen, nicht nur für die Medizin von Interesse. Im Verlauf der uns bekannten Kulturgeschichte haben neben der Medizin auch Literatur, Kunst, Philosophie und Theologie eigene Vorstellungen von den Zusammenhängen, Hintergründen und Funktionen von Gesundheit und Krankheit entwickelt. Dietrich von Engelhardt hält fest: „Zu einem allgemeingültigen Gesundheits- und Krankheitsbegriff ist es in der europäischen Kultur- und Wissenschaftsgeschichte bislang nicht gekommen.“⁴⁸⁵

Ein wesentlicher Punkt bei der Frage nach der Bestimmung von Gesundheit und Krankheit ist das Verständnis von natürlichen Gegebenheiten und dem individuellen und gesellschaftlichen Umgang damit. Im Kern geht es also um die Frage, ob sich Krankheiten unmittelbar in der Natur ablesen lassen oder ob nicht immer schon Vorverständnisse einfließen, die zuvor Krankheit beziehungsweise Gesundheit normativ bestimmen.⁴⁸⁶ Für Dirk Lanzerath geht es darum zu klären, wie mit dem Krankheitsbegriff ohne naturalistische Verkürzungen auf die menschliche Natur Bezug genommen werden kann.⁴⁸⁷ Die Schwierigkeiten dabei beschreibt er exemplarisch folgendermassen:

„Es sei festgehalten, dass in der Diskussion um den Krankheitsbegriff in vielfältiger Weise auf den Naturbegriff Bezug genommen wird. Aber es konnte gezeigt werden, dass Krankheitszustände keine Zustände sind, die in der Natur einfach ablesbar wären, sondern als solche vielmehr zu interpretieren sind. Die Natur, die es zu betrachten gilt, ist in diesem evaluativen Verhältnis nicht ein »nur Gegenüber«, sondern Teil des Betrachtenden selbst. [...] So stehen Krankheit und Gesundheit in einem Spannungsfeld von *naturaler Vorgabe* und *habituellem Aufgabe*, zwischen *Sein* und *Seinkönnen*.“⁴⁸⁸

ment andererseits. Dabei zeigt sich, dass eine Grenzziehung weder objektiv noch normativ eindeutig bestimmt werden kann. Sie muss vielmehr als graduell, kontextuell und dynamisch verstanden werden. Vgl. AKADEMIEN DER WISSENSCHAFTEN SCHWEIZ (2012): *Medizin für Gesunde?* sowie Anne ECKHARDT et al. (2011): *Human Enhancement*.

⁴⁸⁴ Detailliertere Informationen finden sich u. a. bei Dietrich von ENGELHARDT (1998): *Gesundheit*; Dirk LANZERATH (2000): *Krankheit und ärztliches Handeln*.

⁴⁸⁵ Dietrich von ENGELHARDT (1998): *Gesundheit*, S. 113.

⁴⁸⁶ Vgl. Fussnote 482.

⁴⁸⁷ Dirk LANZERATH (2000): *Krankheit und ärztliches Handeln*, S. 89-167.

⁴⁸⁸ Dirk LANZERATH (2000): *Krankheit und ärztliches Handeln*, S. 167.

Ferner konnte Dirk Lanzerath aufzeigen, dass Krankheiten „keine selbständigen Entitäten sind, sondern als akzidentielle Eigenschaften am individuellen Menschen existieren. Deren Natur kann nicht auf empirisch erhebbare Daten reduziert werden, sondern sie wird für das betroffene Subjekt zum Interpretandum innerhalb eines soziokulturellen Kontextes.“⁴⁸⁹ Analoges kann auch für die Gesundheit gesagt werden. Es ist immer der einzelne, konkrete Mensch, an dem sich Gesundsein oder Kranksein vollziehen. Gesundheit ist somit nie nur ein Faktum, sondern immer auch ein Interpretandum, in welches eigene und soziokulturelle Einflüsse einbezogen werden (müssen).

Weil also nicht abschliessend und in allen Fällen klar ist, was Gesundheit oder Krankheit im Einzelfall ausmacht, kann eine Bestimmung nur im Sinne einer Annäherung erfolgen. Gesundheit ist einerseits ein Gegenbegriff zu Krankheit, andererseits ist Gesundheit aber mehr als das blosse Fehlen von Krankheit. Dies kommt vor allem in der bekannten Definition des Gesundheitsbegriffs der WHO aus dem Jahre 1946 zum Ausdruck:

„Gesundheit ist der Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“⁴⁹⁰

Mit dieser Bestimmung zeigt sich aber auch die Schwierigkeit einer Definition von Gesundheit, weil sich zu Recht fragen lässt: „Wer darf sich in dieser Perspektive als gesund betrachten?“⁴⁹¹

Beide Begriffe – Gesundheit wie Krankheit – implizieren Werturteile, in denen erfahrungsgestützte, statistische, ideelle und individuelle Normbegriffe einfließen. Diese unterschiedlichen Normbegriffe, die in das Verständnis von Gesundheit und Krankheit einfließen, müssen sich dabei nicht ausschliessen, sie können sich ergänzen. Aus ihnen ergibt sich aber die *Pluralität* des Gesundheits- und Krankheitsbegriffes, wie Jürgen Bengel vermerkt:

„Für manche ist Gesundheit gleichbedeutend mit Wohlbefinden und Glück, andere verstehen darunter das Freisein von körperlichen Beschwerden. Wieder andere betrachten Gesundheit als Fähigkeit des Organismus, mit Belastungen fertig zu werden. Diese subjektiven Vorstellungen entwickeln sich in der Sozialisation jedes einzelnen und in einem spezifischen gesellschaftlichen Kontext und Klima; die Wahrnehmung körperlicher Beeinträchtigungen wird durch die soziale und individuelle Einschätzung beeinflusst. Dieser Einschätzungsprozess ist zwar nicht unabhängig von der Schwere der Symptome, doch hat die Wahrnehmung von persönlichen und sozialen Ressour-

⁴⁸⁹ Dirk LANZERATH (2000): Krankheit und ärztliches Handeln, S. 195.

⁴⁹⁰ WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation.

⁴⁹¹ Dietrich von ENGELHARDT (1998): Gesundheit, S. 112.

cen entscheidenden Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit und auf das gesundheitsbezogene Verhalten des einzelnen.

Innerhalb des medizinischen Systems sind die Definitionen von Gesundheit in der Regel Negativbestimmungen, d.h. Gesundheit wird als Abwesenheit oder Freisein von Krankheit beschrieben. Beim Vorhandensein von Beschwerden und Symptomen wird eine Person als krank eingestuft. Dieses Begriffsverständnis der Experten, der Ärzte und Therapeuten, trifft auf die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sogenannter Laien, der Patienten. Eine rein biomedizinische Betrachtungsweise vernachlässigt wichtige Dimensionen des Befindens, wie z.B. Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. Personen mit physischen Schädigungen können sich unter psychischen Gesichtspunkten als gesund bezeichnen, wenn sie sich trotz der Erkrankung ihre Genuss- und Leistungsfähigkeit erhalten können.“⁴⁹²

Die definitorische Unschärfe der Begriffe Gesundheit und Krankheit gehört offensichtlich wesentlich zu dem Beschreibungsgegenstand, weil die Perspektive des Betrachters immer auch in die Definition mit einfließt. Aussagen über oder auch Erwartungen und Forderungen im Hinblick auf Gesundheit oder Krankheit implizieren folglich immer auch bestimmte Wertmuster oder Werturteile subjektiver und kultureller Art. Diese Zusammenhänge müssen bei einer Analyse der Forderung nach mehr Eigenverantwortung berücksichtigt werden, weil im Hintergrund die Vorstellung eine Rolle spielt, dass Gesundheit gestaltbar ist. Allerdings muss dann auch gesagt werden, was genau unter Gesundheit (und Krankheit) verstanden wird.

6.1.2 Gesundheit als dynamischer Prozess

Schon die WHO-Definition von Gesundheit bringt zum Ausdruck, dass Gesundheit und Krankheit als dynamischer Prozess verstanden werden muss. Die Zielformulierung eines „vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ dürfte in der Realität kaum, allenfalls nur punktuell erreicht werden. Krankheit wechselt sich ab mit Gesundheit. Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit ergeben sich aber nicht nur im zeitlichen Verlauf, sie können auch nebeneinander bestehen. Einzelne Gebrechen und Krankheiten einzelner Bereiche und Funktionen des Körpers können durchaus neben anderen gesunden Bereichen und Funktionen bestehen, es kann sogar trotz einzelner Gebrechen oder Krank-

⁴⁹² Jürgen BENGEL et al. (2001): Was erhält Menschen gesund?, S. 15f.

heiten die Gesamtbefindlichkeit als gesund bezeichnet werden.⁴⁹³ Eine überzeugende Definition von Gesundheit und Krankheit muss diese Dynamik in den Prozessen von Gesundheit und Krankheit entsprechend berücksichtigen.

Insgesamt sind Gesundheit und Krankheit „Erscheinungen des Lebendigen“⁴⁹⁴, sie gehören wesentlich zum Leben dazu. Sie sind, um mit Dirk Lanzerath zu sprechen, eine „anthropologische Notwendigkeit“.⁴⁹⁵ Gleichzeitig zeigt sich darin eine weitere Schwierigkeit ihrer Bestimmung: Vor allem gegen Ende des Lebens ist der Alterungsprozess mit zunehmenden Gebrechlichkeiten und Krankheiten verbunden, die in jüngeren Jahren selten vorzufinden sind. So stellt sich im Einzelfall die Frage, ob eine solche Gebrechlichkeit oder Krankheit als Teil des „natürlichen“ Alterungsprozesses oder als zu therapierende Krankheit zu verstehen sind. Mit der Feststellung gesund oder krank sind folglich tiefgreifende Werturteile verbunden, die entsprechende Konsequenzen für die medizinisch-therapeutische Intervention haben können.

Der in der neueren Gesundheitsforschung, insbesondere bei Konzepten der Gesundheitsförderung verbreitete Ansatz der *Salutogenese*⁴⁹⁶ geht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus. Gesundheit und Krankheit werden darin als dynamischer Prozess verstanden, indem Gesundheit im Sinne eines „Kohärenzgefühls“ aktiv erworben werden muss.⁴⁹⁷

„Salutogenese meint, alle Menschen als mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank zu betrachten. Die Frage lautet daher: Wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?“⁴⁹⁸

Bei diesem Verständnis von Gesundheit und Krankheit geht es vor allem darum, das Zusammenspiel von beiden zu beschreiben und in ihrer individuellen Ausprägung zu verste-

⁴⁹³ Vgl. Dietrich von ENGELHARDT (1998): Gesundheit, S. 112f.

⁴⁹⁴ Dietrich von ENGELHARDT (1998): Gesundheit, S. 113.

⁴⁹⁵ Dirk LANZERATH (2000): Krankheit und ärztliches Handeln, S.169.

⁴⁹⁶ Begriff und Konzept gehen zurück auf Aaron ANTONOVSKY (1987): *Unraveling the Mystery of Health*, auf Deutsch erschienen unter: Aaron ANTONOVSKY, Alexa FRANKE (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*.

⁴⁹⁷ Vgl. Aaron ANTONOVSKY (1987): *Unraveling the Mystery of Health*; ferner: Jürgen BENDEL et al. (2001): *Was erhält Menschen gesund?*, insb. S. 24-36.

⁴⁹⁸ Jürgen BENDEL et al. (2001): *Was erhält Menschen gesund?*, S. 24.

hen. Damit könnte beispielsweise geklärt werden, warum die einen bei ähnlichen gesundheitsgefährdenden Einflüssen – etwa bei Grippeviren – krank werden, andere hingegen gesund bleiben.

Im allgemein vorherrschenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit, werden die beiden Begriffe jedoch überwiegend als sich gegenseitig ausschliessend verstanden. Also entweder ist man gesund oder krank, so Jürgen Bengel:

„Wenn von Krankheit und Gesundheit die Rede ist, wird in der Regel davon ausgegangen, dass sich hier zwei Zustände ausschließen, d.h. nur einer von beiden Zuständen vorliegen kann (Dichotomie): Entweder man ist gesund oder krank. Die Zuordnung erfolgt durch die Diagnose eines Arztes, der eine spezifische Krankheit feststellt, oder auch durch den Patienten selbst und seine Umwelt. Menschen, die als gesund eingestuft werden, werden im Rahmen der medizinischen Versorgung nicht weiter beachtet, sieht man von den Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen einmal ab.“⁴⁹⁹

Im Unterschied zu einem biomedizinischen Verständnis, bei dem Krankheit als eine Abweichung von der Norm Gesundheit verstanden wird,⁵⁰⁰ steht aus der Perspektive der Salutogenese die Vorstellung im Vordergrund, dass Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muss, und dass der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess ist, der sich im Einzelfall sehr unterschiedlich darstellt. Die individuelle Fähigkeit von Menschen, je neu eine Balance zwischen diesen unterschiedlichen Herausforderungen zu finden, nennt Aaron Antonovsky *Kohärenzgefühl* („sense of coherence“), welches er folgendermassen beschreibt:

„(...) a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one’s internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.“⁵⁰¹

Dieses Kohärenzgefühl kann demnach als eine Art Lebenseinstellung oder Fähigkeit verstanden werden, die es erlaubt, flexibel und engagiert auf unterschiedliche Herausforderun-

⁴⁹⁹ Jürgen BENGEL et al. (2001): Was erhält Menschen gesund?, S. 26.

⁵⁰⁰ Vgl. Dirk LANZERATH (2000): Krankheit und ärztliches Handeln, S. 129-146.

⁵⁰¹ Aaron ANTONOVSKY (1987): Unraveling the Mystery of Health, S. 10: „(...) eine Lebenseinstellung, die zum Ausdruck bringt, dass jemand ein alles durchdringendes, beständiges und gleichwohl dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, so dass die innere und äussere Lebenswelt vorhersehbar sind und dass sich die Dinge mit hoher Wahrscheinlichkeit so entwickeln, wie sie vernünftigerweise erwartet werden können.“ [Übersetzung W. B.].

gen des Lebens zu reagieren.⁵⁰² Die weitreichende Bedeutung dieses Kohärenzgefühls macht deutlich, dass die Quellen der eigenen Gesundheit im Sinne der Fähigkeit zum Umgang mit und der Bewältigung von gesundheitsschädigenden Einflüssen ein Ergebnis zahlreicher Faktoren sind, die einzelne Personen nicht nur aus sich selbst hervorbringen können, sondern auch in erheblichem Masse von der Erziehung und dem sozioökonomischen Umfeld abhängen.

6.2 Gesundheit als individuelles und öffentliches Gut

Es hat sich bisher gezeigt, dass Gesundheit als ein Ergebnis komplexer Faktoren bestimmt werden muss. Diese Faktoren liegen sowohl im persönlichen wie auch im gesellschaftlichen Bereich. Es muss deshalb geklärt werden, welche Faktoren mit der Forderung nach mehr Eigenverantwortung formal angesprochen sind, Fitness, Wohlbefinden oder Leistungsfähigkeit beispielsweise. Gesundheit ist ein hohes Gut, für das viele bereit sind, hohe Kosten und grosse Mühen zu übernehmen. Mit bisher gutem Erfolg: In keiner Epoche der Menschheit war die durchschnittliche Lebenserwartung so hoch wie gegenwärtig in den entwickelten Industrieländern.⁵⁰³ Die Frage, wer für dieses Gut verantwortlich ist, in welchem Umfang und in welcher Hinsicht, stellt sich vor allem auch im Kontext stetig steigender Gesundheitsausgaben. Je nach politischem und weltanschaulichem Standpunkt tendieren die Antworten stärker in Richtung persönlicher oder staatlicher Verantwortung.

6.2.1 Gesundheit als individuelles Gut

Gesundheit ist zu allererst ein persönliches Gut, weil es individuell ist und als solches nicht mit anderen geteilt werden kann. Sie gehört – wie Krankheit auch – nach Eberhard Schockenhoff zu den „kulturübergreifenden Grunderfahrungen des Menschen“.⁵⁰⁴ Von daher ist es auf den ersten Blick nachvollziehbar, wenn Ruth Humbel Näf in ihren Überlegungen zu Reformen im Krankenversicherungsbereich schreibt: „Menschen sind zu einem erheblichen Teil selbst verantwortlich für ihre Gesundheit. Sie müssen ihr möglichstes tun, um diese zu erhalten oder wiederherzustellen.“⁵⁰⁵ Dies konvergiert mit einem geläufigen Verständnis, in

⁵⁰² Nach Antonovsky setzt sich diese Grundhaltung gegenüber der Welt aus drei Komponenten zusammen: ein Gefühl der Verstehbarkeit („sense of comprehensibility“), ein Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit („sense of manageability“) und ein Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit („sense of meaningfulness“).

⁵⁰³ Hintergründe und einen detaillierten Blick auf die Schweiz liefert François HÖPFLINGER (2008): Zur Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz.

⁵⁰⁴ Eberhard SCHOCKENHOFF (1998): Ethik des Lebens, S. 221.

⁵⁰⁵ Ruth HUMBEL NÄF (2007): Die Stärkung der Eigenverantwortung aus Sicht der Krankenversicherer, S. 178.

dem Gesundheit als Phänomen verstanden wird, das „...vorwiegend individuell gefühlt und erfahren, gedeutet und sinnhaft eingeordnet wird.“⁵⁰⁶ Von daher liegt es nahe, dass jede und jeder für ihre oder seine Gesundheit zunächst selbst verantwortlich ist. Zum Ausdruck kommt dies beispielsweise im Zusammenhang mit Anti-Raucher⁵⁰⁷- oder anderen Gesundheitsförderungskampagnen, wo weitgehend die individuelle Gesundheit und das individuelle Verhalten angesprochen sind.

Damit richtet sich der Blick auf den Beitrag, den die Menschen selbst für ihre Gesundheit durch eine adäquate Lebensführung leisten können und müssen. Dies korrespondiert mit einer Entwicklung moderner Gesellschaften, in der der Leitcode krank-gesund gemäss Niklas Luhmann geradezu zu ihrem Kennzeichen geworden ist.⁵⁰⁸ Im Lebensgefühl der modernen Menschen in den Industriegesellschaften ist die Sorge um die eigene Gesundheit in der Rangskala möglicher Werte immer höher gerückt. An die Stelle der religiösen Jenseitsorientierung trat immer mehr die Hochschätzung der Gesundheit, die heute, durch Stichworte wie Fitnesswahn, Jugendlichkeit, Schönheitskult, Schlanksein, gesunde Ernährung, Sport u. a. zum Ausdruck gebracht,⁵⁰⁹ für viele gar zum „höchsten Gut“ geworden ist:

„Im Allgemeinen aber wird Gesundheit bis heute immer wieder als höchstes Gut der Menschen bezeichnet. Weil Menschen ohne Gesundheit rasch einmal kaum mehr etwas vermögen, sind sie denn auch bereit, dafür alles zu tun und zu bezahlen, sei es, um ihre Gesundheit zu erhalten, sei es, um sie wiederzuerlangen.“⁵¹⁰

Aus der religiösen Jenseitsorientierung wäre damit eine Diesseitsorientierung entstanden, in der das Gut Gesundheit eine Divinisierung erfahren hat. Zu Recht kritisiert dies Hans J. Münk, er betont:

„Wer der Gesundheit indes den Rang eines höchsten Gutes verleiht, ordnet sie allem anderen über und entzieht sie damit auch prinzipiell der Möglichkeit, Gegenstand von Abwägungen zu sein.“⁵¹¹

Da jeder Mensch immer wieder Risiken hinsichtlich der eigenen Gesundheit eingeht und in konkreten Situationen anderen Gütern den Vorzug gibt, kann Gesundheit nicht als höchstes

⁵⁰⁶ Barbara DIPPelhofer-STIEM (2008): Gesundheitssozialisation, S. 8.

⁵⁰⁷ Eine Ausnahme bilden Kampagnen, die das Passivrauchen zum Thema haben.

⁵⁰⁸ Vgl. Niklas LUHMANN (1994): Soziologische Aufklärung.

⁵⁰⁹ Eine Entwicklung, die beispielsweise von Manfred LÜTZ (2005): Hauptsache gesund? kritisch kommentiert wird. Er sieht in unserer gegenwärtigen Gesellschaft in den vielfältigen Anstrengungen um Gesundheit und Jugendlichkeit einen „monströsen Kult der Gesundheitsreligion“ (S. 30). Vgl. ferner Thomas BOHRMANN (2005): Gesundheitssicherung und Solidarität; Michael HALBFAS (2005): Gesundheit als Illusion?

⁵¹⁰ Ruth HUMBEL NÄF (2007): Die Stärkung der Eigenverantwortung aus Sicht der Krankenversicherer, S. 168.

⁵¹¹ Vgl. Hans J. MÜNK (2007): Zum Konzept der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht, S. 187f.

Gut bezeichnet werden. Gleichwohl ist die Gesundheit ein hohes Gut von fundamentalem Rang. Sie ist eine Voraussetzung für die Möglichkeit der Verwirklichung vieler anderer Güter und Werte.⁵¹² Sie ist allerdings unter biologischen (genetisch, physisch) und psychischen Gesichtspunkten sehr unterschiedlich verteilt. Trotzdem oder gerade deshalb muss im Sinne der Autonomie die Sorge um den Erhalt, die Förderung oder Wiederherstellung der eigenen Gesundheit im wohl verstandenen Eigeninteresse jeder Person liegen. Die unmittelbare Verantwortung für die Gestaltung des Handlungsspielraums im Hinblick auf die eigene Gesundheit kann somit auch nicht delegiert werden. Gesundheit ist zu allererst ein persönliches Gut, das im Kontext gegebener sozialer Erwartungen und Definitionen individuell erfahren wird. Die zunehmende gesundheitliche Aufklärung trägt ausserdem dazu bei, dass grundlegendes Wissen um gesundheitsförderliche und gesundheitsschädliche Lebensweisen weitgehend zum Allgemeinwissen gehört. Jede Einzelne und jeder Einzelne sind in diesem Sinne für ihren eigenen Lebensstil zunächst verantwortlich.

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen trifft also auf einen wichtigen Punkt: Die exklusive Verantwortung für die eigene Gesundheit kann insoweit nicht delegiert werden, als sie Fragen der eigenen Lebensanschauung und -führung betrifft. Was man unter dem Begriff „gesund“ versteht und unter welchen Bedingungen man sich gesund fühlt, muss individuell beantwortet werden. Insofern liegt die Verantwortung beim Einzelnen. Da die oder der Einzelne sich aber immer in einem sozialgesellschaftlichen Kontext befindet, hat die individuelle Gesundheit bzw. Krankheit immer auch gesellschaftliche Relevanz, sowohl was das Verständnis als auch die Auswirkungen betreffen.

6.2.2 Gesundheit als öffentliches Gut

Schon seit der Antike ist das Interesse an der Gesundheit ein doppeltes: Neben dem persönlichen Wunsch nach Gesundheit und einem gesunden Leben gab es auch ein öffentliches Interesse. In der Antike wurden sportliche Fähigkeiten immer auch im Kontext der Ertüchtigung für das Kriegshandwerk gesehen. In der sportlichen Ertüchtigung sollten die Voraussetzungen für den erfolgreichen Kampf geschaffen werden.⁵¹³ Dieses öffentliche Interesse an der Gesundheit beziehungsweise an Krankheiten veränderte sich im Verlauf des Mittel-

⁵¹² Wolfgang Kersting spricht davon, dass Gesundheit ein „transzendentes oder ein konditionales Gut“ sei, was bedeutet, dass Gesundheit die Bedingung der Möglichkeit für eine Vielzahl, wenn nicht sogar alle anderen, Lebensvollzüge ist, sofern diese einer bestimmten Lebensqualität entsprechen sollen. Vgl. Wolfgang KERSTING (2000): Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, S. 467-507.

⁵¹³ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 131-135.

alters. Von den sich ausbreitenden Seuchen wie vor allem Pest und Cholera, die das Überleben ganzer Bevölkerungsgruppen bedrohten, resultierten neben den privaten Schicksalsschlägen auch soziale und wirtschaftliche Konsequenzen, die zum Teil für ganze Regionen negative Auswirkungen hatten. Gesundheit und Krankheit wurden deshalb zunehmend weniger als private Angelegenheit, sondern auch als öffentliche Aufgabe verstanden. Vor allem in den wachsenden Städten mussten Lösungen für die grassierenden Krankheiten gefunden werden. Im Zuge dieser Entwicklung bildeten sich Hygienestandards und allgemeine Gesundheitsvorschriften heraus.⁵¹⁴ Das mittelalterliche Verständnis von Gesundheit als weitgehende „Seuchenresistenz“⁵¹⁵ wurde mit der Überwindung flächendeckender Seuchenbedrohungen und im Kontext von Aufklärung und der zunehmenden Etablierung bürgerlicher Moralvorstellungen in den Hintergrund gedrängt. Vor allem mit der Industrialisierung wurde „Gesundheit mit Sauberkeit, Arbeitsfähigkeit, Bevölkerungsmehrung und Eroberungs- bzw. Kriegstauglichkeit gleichgesetzt.“⁵¹⁶

Seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs fand ein Wandel des Gesundheitsbegriffs über die Ausweitung der Lebenserwartung hinaus hin zu einer Verbesserung der gesamten Lebensqualität statt. Dieser grundlegende Wandel im Gesundheitsverständnis⁵¹⁷ kommt deutlich zum Ausdruck in staatlich verantworteten Gesundheitsförderprogrammen in Schulen und allgemeiner Öffentlichkeit als auch in der Herausbildung des Fachs „Public Health“ und der damit verbundenen Fülle an Literatur, die sich mit den verschiedenen Facetten der Gesundheit der Bevölkerung befasst.⁵¹⁸ Auch wenn das öffentliche Interesse am Gut Gesundheit im Verlauf der Geschichte immer wieder andere Gründe hatte, so zeigt sich doch, dass Gesundheit nie eine rein private Angelegenheit war und ist.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten lässt sich Gesundheit ebenfalls als Gut von öffentlichem Interesse erklären. Insbesondere die Arbeiten von Richard Musgrave haben gezeigt, dass bei sogenannten *meritorischen Gütern*⁵¹⁹ eine staatliche Förderung insofern gerechtfertigt und sinnvoll ist, als die reine Marktnachfrage nach diesen Gütern unterhalb des individuellen und kollektiven Nutzenoptimums liegt. Mit Hilfe staatlicher Förderung kann also

⁵¹⁴ Vgl. Friedrich W. SCHWARTZ (2006): Von der „medizinischen Polizey“ zu den Gesundheitswissenschaften, S. 70-80.

⁵¹⁵ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 132.

⁵¹⁶ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 132.

⁵¹⁷ Exemplarisch spiegelt sich dies im Gesundheitsbegriff der WHO von 1946, vgl. WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation.

⁵¹⁸ Eine umfangreiche, nach Kapitel und Sachbereichen gegliederte Literaturliste findet sich in Friedrich W. SCHWARTZ et al. (2003): Das Public Health Buch, S. 830-873.

⁵¹⁹ Meritorisch – [lat.]: verdienstlich, verdienstvoll.

ein höherer Nutzen erreicht werden, als sich aus reiner Marktnachfrage ergeben würde.⁵²⁰ Gesundheit wird weithin als ein meritorisches Gut verstanden, weil die Bürgerinnen und Bürger den Nutzen zukünftiger Gesundheit insbesondere im längeren Zeithorizont unterschätzen und deshalb weniger in Gesundheit investieren.⁵²¹ Der höhere Nutzen einer staatlichen Förderung folgt aus einer besseren Gesundheit der Bevölkerung, weshalb geringere Kosten für Erhalt, Herstellung und Verbesserung der Gesundheit anfallen. Damit ist die Gesundheit der Bevölkerung ein wichtiger Wettbewerbsfaktor im Wirtschaftsprozess. Ein besserer allgemeiner Gesundheitsstatus in der Bevölkerung verbilligt den Produktionsfaktor Arbeit beziehungsweise verbessert das vorhandene Humankapital.⁵²²

Dem modernen Staat erwächst aus seiner Sorge für die Gesundheit seiner Bürgerinnen und Bürger eine zusätzliche moralische Legitimation. Indem das staatliche Gesundheitswesen *Verantwortung* für das Gut „Gesundheit“ übernimmt, befriedigt es nicht nur *individuelle* Bedürfnisse, sondern stiftet zudem auch einen *sozialen* Nutzen für das gesamte Gemeinwesen.⁵²³ Diese Doppelseitigkeit von Gesundheit – als privates und öffentliches Gut – hat bei der Entwicklung moderner Gesundheitssysteme aber auch die Gefahr befördert, dass private Gesundheitsrisiken, die aus individuellen Lebensstilen erwachsen können, auf die solidarisch ausgerichteten öffentlichen Gesundheitssysteme abgewälzt werden (*moral hazard*). Hieraus erwächst ein Grossteil der Kritik am bestehenden System der OKV mit der allseits beklagten Kostenentwicklung.⁵²⁴

⁵²⁰ Richard A. MUSGRAVE (1966): Finanztheorie.

⁵²¹ Als Gründe für eine geringe Zahlungsbereitschaft werden normalerweise Unfähigkeit zu rationaler Entscheidung in Gesundheitsfragen, Minderschätzung zukünftiger Gesundheitsbedürfnisse und unvollkommene Informationen auf den Gesundheitsmärkten genannt. Bildung und Kultur sind weitere typisch meritorische Güter.

⁵²² Vgl. Jürgen WALLNER (2004): Ethik im Gesundheitssystem, S. 93.

⁵²³ Vgl. Eberhard SCHOCKENHOFF (1998): Ethik des Lebens, S. 225f.

⁵²⁴ Vgl. hierzu stellvertretend für viele andere solcher Positionen Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität.

6.3 Eigenverantwortung für das Gut Gesundheit

Als „transzendentes oder konditionales Gut“, wie Wolfgang Kersting es nennt, kommt der Gesundheit ein hoher Wert zu.⁵²⁵ Als Bedingung der Möglichkeit, individuell erhoffte Lebensvollzüge in gewünschter Qualität zu „erleben“, ist es auch in dieser Hinsicht nachvollziehbar, wenn auf die Frage einer angemessenen Gesundheitsversorgung kaum eine für alle befriedigende Antwort gegeben werden kann. Die oben gemachten Ausführungen haben gezeigt, dass das Gut Gesundheit inhaltlich nicht objektiv bestimmt werden kann. Gesundheit ist somit kein normativ eindeutiger Bezugspunkt. Jürgen Bengel formuliert es so:

„Gesundheit ist also kein eindeutig definierbares Konstrukt; sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben. Heute besteht in den Sozialwissenschaften und der Medizin Einigkeit darüber, dass Gesundheit mehrdimensional betrachtet werden muss: Neben körperlichem Wohlbefinden (z.B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen) und psychischem Wohlbefinden (z.B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit) gehören auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazu. Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt sowie vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung, Erschliessung und Inanspruchnahme von Ressourcen.“⁵²⁶

Diese Charakterisierung der Schwierigkeit, Gesundheit zu bestimmen, zeigt die Komplexität des Problems und das ebenfalls schwierig zu bestimmende Verhältnis zwischen individuellem Gesundheitsempfinden und den Aufgaben und Zielen von Public Health. Bettina Schmidt charakterisiert Gesundheit „als unbestimmte positive Grunderfahrung“, aber auch „als makellose Normalität und Glücksverheissung“ und „als beschäftigungsfähige Funktionstätigkeit“.⁵²⁷ Sie steckt damit im Wesentlichen den Rahmen für die in der Öffentlichkeit vorherrschenden Gesundheitsvorstellungen und –erwartungen ab. Berücksichtigt man ausserdem, dass das Verständnis von Gesundheit historisch wechselhaft und immer als Korrelat zu den jeweils vorherrschenden Menschen- und Weltbildern zu verstehen ist, dann wird erkennbar, auf welche Schwierigkeiten das Postulat von mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen stösst: Für welche Gesundheit soll mehr Eigenverantwortung übernommen werden? Wie definieren wir die Grenze, die die individuelle und öffentliche Sorge um das Gut Gesundheit trennt? Wie begegnen wir den Gefahren, die aus einer

⁵²⁵ Wolfgang KERSTING (2000): Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, S. 467-507.

⁵²⁶ Jürgen BENDEL et al. (2001): Was erhält Menschen gesund?, S. 16.

⁵²⁷ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 135-141.

„Divinisierung“⁵²⁸, einer Zuspitzung als quasi-religiöse Ersatzdroge⁵²⁹ oder als Fitness, die zu einer Kernkompetenz der Beschäftigten in Unternehmen und zum Kennzeichen „gesundheitsoptimierter BürgerInnen“⁵³⁰ wird, entstehen?

Aufgrund des bisher Gesagten ist deutlich geworden, dass Gesundheit zunächst ein nur unscharf bestimmbarer Zustand ist, der vor dem Hintergrund sozialer Normen und Erwartungen personal erlebt und interpretiert wird. Auf dieser Grundlage bildet sich die Verantwortung für die eigene Gesundheit. Die „Eigenverantwortung“ im Rahmen des gegebenen Handlungsspielraums kann als „*Erstzuständigkeit*“⁵³¹ des Menschen für die Gestaltung des eigenen Lebens und den eigenen Lebensstil verstanden werden. Diese Erstzuständigkeit des Menschen für das eigene Leben und die eigene Gesundheit meint nach Stefan Gosepath die Verantwortlichkeit für das eigene freiheitliche Handeln bzw. Unterlassen und für absehbare Handlungsfolgen.⁵³² Sie darf aber nicht als *Alleinzuständigkeit* des Einzelnen verstanden werden. Darauf verweist nachdrücklich auch das Gesundheitspapier des Zentralkomitees der deutschen Katholiken (ZdK):

„Die Erstzuständigkeit eines Menschen für die Gestaltung seines Lebens ist niemals eine Alleinzuständigkeit. Unsere Verantwortung gilt deshalb nie nur unserem eigenen Gelingen, sondern allen, die unserer Unterstützung und Fürsorge in besonderer Weise anvertraut sind. Diese Solidarität ist Ausdruck christlicher Nächstenliebe (*caritas*).“⁵³³

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit muss folglich neben der normativen Offenheit des Begriffs auch die Komplementarität von Eigen- und Fremd- bzw. Kollektivverantwortung berücksichtigen. Dies impliziert, dass möglichst klar gesagt werden muss, welches Gesundheitsverständnis mit dieser Forderung verbunden wird und welche konkreten Handlungsalternativen im Blick sind. Nur so kann verhindert werden, dass eine angemessene und auch unaufgebbare Verantwortung für die eigene Gesundheit in die Nähe von sozialpolitischen Staatskonzeptionen gerät, die die staatliche Verantwortung entweder auf ein Minimum reduzieren möchten oder gesundheitspolitisch die Bürgerinnen und Bürger entmündigen. Amartya Sen ist folglich zuzustimmen:

⁵²⁸ Hans J. MÜNK (2007): Zum Konzept der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht, S. 187f.

⁵²⁹ Vgl. Manfred LÜTZ (2005): Hauptsache gesund?

⁵³⁰ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 138ff.

⁵³¹ ZdK (2003): Vertrauen stärken - Verantwortung tragen - Solidarität erhalten, S. 2.

⁵³² Vgl. Stefan GOSEPATH (2006): Verantwortung für die Beseitigung von Übeln, S. 308-408.

⁵³³ ZdK (2003): Vertrauen stärken - Verantwortung tragen - Solidarität erhalten, S. 2.

„Dass ausschliesslicher Verlass auf die persönliche Verantwortung nur bedingt plausibel und tragfähig ist, lässt sich erst richtig einschätzen, wenn man zugestanden hat, dass sie von zentraler Wichtigkeit ist.“⁵³⁴

Abschliessend muss in diesem Zusammenhang noch auf einen grundlegenden Nicht-Zusammenhang hingewiesen werden, der der Verantwortung für die eigene Gesundheit klare Grenzen setzt: Ein von Eigenverantwortlichkeit geprägtes Gesundheitsverhalten ist nicht per se mit guter Gesundheit gleichzusetzen, denn dies würde umgekehrt fehlende Gesundheit oder Krankheit als Ausdruck fehlender Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Gesundheit beschreiben. Biologisches und soziales Schicksal wären damit ausgeblendet. Dem hält Wolfgang Kersting entgegen:

„Wir sind für unsere Handlungen verantwortlich, wir sind auch für das verantwortlich, was wir aus uns machen und insofern sind. Wir sind aber nicht für das verantwortlich, was wir zu Beginn unserer Lebenskarriere mit uns, in uns, an uns und um uns vorfinden.“⁵³⁵

Gesundheit ist folglich auch ein „Geschenk“, für das wir nicht vollumfänglich verantwortlich gemacht werden können. Hier befindet sich eine unüberwindbare Grenze der Eigenverantwortung.

⁵³⁴ Amartya K. SEN (2000): Ökonomie für den Menschen, S. 336.

⁵³⁵ Wolfgang KERSTING (2001): Kritik der Verteilungsgerechtigkeit, S. 24.

7 Eigenverantwortung unter medizinischen Gesichtspunkten

Die bisherigen Ausführungen zur Eigenverantwortung waren an den Inhalten der gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Diskussionen, den gesetzlichen Rahmenbedingungen, den philosophisch-epistemologischen Facetten des Begriffs Verantwortung, dem sozialpolitischen Kontext, innerhalb dessen sich die Diskussion um mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen bewegt, und den Schwierigkeiten, den Begriff „Gesundheit“ exakt zu bestimmen, orientiert. Nun sind die Fragen noch offen, in welcher Weise Eigenverantwortung aus medizinischer Sicht sinnvoll ist und ob sich mit einem Mehr an Eigenverantwortung ein Mehr an Gesundheit erreichen lässt, so dass langfristig eine Kosteneinsparung erwartet werden kann.

7.1 Allgemeine Vorbemerkungen

Unter Ziffer 5.3 wurde gezeigt, dass (mindestens) zwei unterschiedliche Verwendungen des Begriffs „Verantwortung“ unterschieden werden können. In der *prospektiven* Verwendung wird eine Verpflichtung des Verantwortungssubjekts gegenüber dem Verantwortungsobjekt zum Ausdruck gebracht. Diese prospektive Verwendung kann auch als *Aufgaben-* oder *Zuständigkeitsverantwortung* bezeichnet werden für etwas Zukünftiges. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Fragestellung geht es also darum, den Versicherten mehr Eigenverantwortung für den Erhalt und die Förderung der eigenen Gesundheit und im Sinne eines Eigenbeitrags auch für deren Wiederherstellung im Krankheitsfall zuzusprechen. Es handelt sich also um einen Zeitpunkt, wo entweder noch keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen oder ein besserer Gesundheitszustand erreicht werden soll.

Der Begriff „Verantwortung“ kann aber auch *retrospektiv* verwendet werden. Die rückblickende Perspektive bezieht sich dabei auf meist unerwünschte Handlungen, Handlungsergebnisse und Handlungsfolgen, die einem Verantwortungssubjekt zugerechnet werden. Man spricht deshalb von der *Zurechnungs-* oder *Rechenschaftsverantwortung*. Die Versicherten im Gesundheitswesen hätten somit mehr „Eigenverantwortung“ zu tragen für einen Mangel an Gesundheit, zumindest dann, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten, mit denen Kosten verbunden sind. Die Voraussetzungen für eine legitime Verantwortungszuweisung sind, dass das Verhalten der oder des Versicherten im konkreten Fall kausal das Ergebnis bewirkt hat, dass das Ergebnis wissentlich-willentlich – das heisst ohne äusseren Zwang – zumindest in Kauf genommen wurde und dass Alternativen bestanden

hätten. Diese Aspekte sollen nachfolgend unter medizinischem Gesichtspunkt betrachtet werden. So ist es möglich, das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten auch unter medizinischen Gesichtspunkten zu beurteilen.

7.2 Eigenverantwortung für die Gesundheit

Bei den folgenden Überlegungen geht es folglich nicht um Krankheiten oder Behinderungen, die genetisch, biologisch oder durch unbeeinflussbare Schicksalsschläge „verursacht“ sind, sogenanntes *brute luck*.⁵³⁶ In solchen Fällen können die Betroffenen weder kausal noch im Sinne einer freien Entscheidung verantwortlich gemacht werden, weil Kausalität und freie Entscheidung auf der Grundlage von Wissen um Alternativen und Konsequenzen zwei notwendige Voraussetzungen für eine Zuschreibung von Verantwortung sind.⁵³⁷

7.2.1 Prospektiv

Gesundheit ist, wie in Kapitel 6 dargelegt wurde, zunächst eine individuelle Angelegenheit, die als persönliche Erfahrung, Deutung und Aufgabe verstanden werden muss. Diese „Erstzuständigkeit“⁵³⁸ kann deshalb als Aufgaben- oder Zuständigkeitsverantwortung für die eigene Gesundheit verstanden werden. Die prospektive Verantwortung kann bei mündigen Personen, die willentlich und wissentlich ihr Leben gestalten und dabei auch Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen, in einem unmittelbaren Sinne nicht delegiert werden. Für Fragen des Lebensstils ist jede und jeder folglich zunächst selbst verantwortlich.

Diese formale Zuständigkeit für den eigenen Lebensstil und die gesundheitlichen Konsequenzen erweist sich aber bei genauerer Betrachtung als unzureichend im Hinblick auf konkrete Lebensstile und normative Vorgaben. Zahlreiche Faktoren, die eine gesundheitliche Belastung darstellen können, entziehen sich nämlich häufig der individuellen Einflussnahme und müssen deshalb – sofern möglich – kollektiv angegangen werden: Arbeits- und Lebensbedingungen, Umweltbelastungen, sozioökonomische Voraussetzungen und gesundheitsbelastende Faktoren, die im Zusammenhang mit modernen Lebensbedingungen

⁵³⁶ Man spricht von *brute luck* („brutales Schicksal“), im Unterschied zu *option luck* („gewähltes Geschick“), wenn ein Gesundheitsstatus Ergebnis einer „natürlichen Lotterie“ ist, wofür die Menschen nicht verantwortlich gemacht werden können. „Option luck is a matter of how deliberate and calculated gambles turn out [...]. Brute luck is a matter of how risks fall out that are not in that sense deliberate gambles. If I buy a stock on the exchange that rises, then my option luck is good. If I am hit by a falling meteorite whose course could not have been predicted, then my bad luck is brute [...].“ Ronald DWORKIN (1981): What is Equality? Part 2: Equality of Resources. In: *Philosophy & Public Affairs*, 10, S. 293.

⁵³⁷ Vgl. Ziff. 5.4.

⁵³⁸ ZdK (2003): Vertrauen stärken - Verantwortung tragen - Solidarität erhalten, S. 2.

stehen und oft in ihrer Wirkung noch nicht hinreichend erforscht sind.⁵³⁹ Georg Marckmann kommt zum Schluss: „Der Einzelne vermag deshalb nur für diejenigen Determinanten der Gesundheit sinnvoll Verantwortung zu tragen, die er durch sein Verhalten und seine Lebensführung beeinflussen kann.“⁵⁴⁰

7.2.2 Retrospektiv

Von den vorausgegangenen Ausführungen her legt sich die Frage nahe, inwiefern aus der prospektiven Verantwortung der Versicherten auch eine retrospektive Verantwortung für die eigene Gesundheit ableitbar ist. Eine retrospektive Verantwortung im Sinne einer Rechenschaftsverantwortung fragt nach der Verantwortung der Versicherten für selbstverschuldete Gesundheitsstörungen, für die sie im Nachhinein verantwortlich gemacht werden sollen. Voraussetzungen für eine retrospektive Verantwortungszuschreibung sind mindestens eine freiheitliche Entscheidung im Wissen um Konsequenzen und Alternativen.⁵⁴¹ Dabei handelt es sich um notwendige, aber noch nicht hinreichende Voraussetzungen für eine konkrete Verantwortungszuschreibung. Darüber hinaus muss festgelegt sein, für welche der kausal verursachten und autonom eingegangenen Gesundheitsschädigungen die Versicherten in welchem Ausmass Verantwortung tragen. Die Festlegung solcher normativer Standards begründet Georg Marckmann damit, dass es wenig sinnvoll ist,

„...*alle* selbst verursachten Gesundheitsstörungen ausnahmslos aus der gesetzlichen Regelversorgung auszuschliessen. So lassen sich zum Beispiel die basalen Unfallrisiken des Alltags (wie der Sturz auf einer Treppe), die ohne Zweifel auf das eigene Verhalten zurückzuführen sind, auch bei grösster Vorsicht nicht mit Sicherheit vermeiden, so dass es wenig plausibel erscheint, dem Einzelnen die Verantwortung für die gesundheitlichen und finanziellen Folgen aufzubürden. Betrachtet man die konkreten Vorschläge zur Ausgliederung der Behandlung selbstverschuldeter Gesundheitsstörungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, so wird deutlich, dass nicht alle selbst zu verantwortenden Gesundheitsrisiken gleich bewertet werden. An erster Stelle genannt werden immer wieder Risikosportarten oder durch das Rauchen bedingte Erkrankungen; die nicht unerheblichen Gesundheitsrisiken für eine werdende Mutter,

⁵³⁹ Hier liessen sich Strahlungen aller Art verschiedener moderner Geräte wie Mobiltelefone, Mikrowellen, WLAN-Verbindungen, aber auch künstliche Inhaltsstoffe in Lebensmitteln, Nanopartikel und manches mehr nennen.

⁵⁴⁰ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 304.

⁵⁴¹ Vgl. Ziff. 5.4. Sind die Voraussetzungen für eine prospektive Verantwortungszuschreibung (ebenfalls Freiheit und Wissen um Alternativen und Konsequenzen) nicht gegeben, so kann legitimerweise auch keine retrospektive Verantwortung erfolgen.

bedingt durch die heute meist eigenverantwortlich getroffene Entscheidung, Kinder haben zu wollen, bleiben hingegen – mit guten Gründen – unerwähnt.⁵⁴²

Im medizinischen Kontext müssen – sowohl für die Bestimmung einer pro-, als auch einer retrospektiven Verantwortung – folglich Faktoren bestimmt werden, die einerseits ursächlich verantwortlich sind für konkrete Erkrankungen (Kausalität) und andererseits willentlich und wissentlich (Freiheit und Wissen) von den Versicherten beeinflussbar sind. Ferner muss geklärt werden, ob und wenn ja, welche medizinischen Kriterien bestimmbar sind, die „normale“ Gefährdungen im Alltag von „zusätzlichen“ abgrenzen lassen und wie verschiedene, meist konkurrierende Risiken bewertet werden können (normative Standards).

7.2.3 Das Problem der Kausalität in der Medizin

In der Medizin ergeben sich erhebliche praktische Probleme, wenn es darum geht zu bestimmen, welche Faktoren in welchem Ausmass und in welcher Frequenz der Gesundheit dienlich oder schädlich sind. Wenn Ruth Humbel Näf darauf verweist, dass eigentlich alle Menschen das Rezept für ein gesundes Leben kennen, nämlich:

- „- ausgewogene Ernährung;
- genügend Bewegung;
- mässiger Alkoholkonsum;
- nicht rauchen;
- keine Drogen“⁵⁴³,

so zeigt schon die Begrifflichkeit, dass es sich hierbei nur um relativ vage Angaben – mit Ausnahme der letzten beiden Beispiele – handelt. Dieses Problem ist nicht zu unterschätzen, weil gerade in dieser Unbestimmtheit ein grosses Mass an Unwissenheit und Unsicherheit verborgen sind. Auch medizinisch lassen sich solche Fragen nicht eindeutig beantworten und können „gesundheitswissenschaftlichem Zeitgeist“ unterliegen.⁵⁴⁴ Die Faktoren Ernährung und Bewegung sind zwar eng mit einem gesunden Lebensstil verknüpft, eine Beurteilung im Einzelfall muss aber auch die individuellen genetischen, biologischen und psychischen Voraussetzungen berücksichtigen. Allgemeingültige Aussagen können deshalb allenfalls als im Idealfall anzustrebende Orientierungsgrössen verstanden werden,

⁵⁴² Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 307.

⁵⁴³ Ruth HUMBEL NÄF (2007): Die Stärkung der Eigenverantwortung aus der Sicht der Krankenversicherer, S. 179.

⁵⁴⁴ Vgl. zu Ernährungsfragen Ibrahim ELMADFA, Claus LEITZMANN (2004): Ernährung des Menschen.

die im Rahmen eines breiteren Zielkorridors mehr oder weniger deutliche Varianzen für den Einzelfall zulassen.⁵⁴⁵

Aus der Variationsbreite der verschiedenen Ernährungs- und Bewegungsziele sowie der Grenzwertangaben zu gesundheitlichen Belastungen lassen sich folglich für den Einzelfall keine exakten Vorgaben ableiten. Eine retrospektive Verantwortung der Versicherten für gesundheitliche Mängel setzt voraus, dass im Einzelfall „...eine Gesundheitsstörung tatsächlich kausal auf eine individuelle Entscheidung zurückzuführen ist und damit die Voraussetzungen für ein selbst zu verantwortendes Eigenverschulden vorliegen.“⁵⁴⁶ Im konkreten Einzelfall ergeben sich bei der Klärung dieser meist komplexen Zusammenhänge aber zahlreiche Probleme. Die meisten Erkrankungen beruhen nämlich – soweit dies bisher bekannt ist – auf einem „multifaktoriellen Ursachengeflecht“⁵⁴⁷. Der Einfluss genetischer Veranlagung, von Umweltfaktoren, die durch die Versicherten nicht oder nur sehr eingeschränkt beeinflusst werden können, und gesundheitsrelevanter Lebensstile der Versicherten lassen sich bei den allermeisten Erkrankungen nicht exakt bestimmen.⁵⁴⁸ Georg Marckmann teilt diese Einschätzung und kritisiert ausserdem die sich aus einer Überprüfung der Lebensstile ergebenden Probleme:

„Über unfallbedingte Gesundheitsstörungen hinaus dürfte es deshalb nur wenige Fälle geben, in denen sich eine kausale Verursachung *eindeutig* nachweisen lässt. Darüber hinaus entzieht sich das gesundheitsbezogene Verhalten bzw. Fehlverhalten weitgehend einer retrospektiven Überprüfung, was den Nachweis eines Selbstverschuldens zusätzlich erschwert. Zumindest wären erhebliche Eingriffe in die Privatsphäre der Betroffenen notwendig, um an die erforderliche Information für die Differenzierung zwischen *option luck* und *brute luck* heranzukommen, eine Kollision mit individuellen Freiheitsrechten scheint unvermeidlich.“⁵⁴⁹

⁵⁴⁵ Vgl. beispielsweise im Zusammenhang mit Ernährungsfragen den sog. „Ernährungskreis“ oder die „Lebensmittelpyramide“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung unter www.dge.de.

⁵⁴⁶ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 305.

⁵⁴⁷ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 305.

⁵⁴⁸ Als Gegenbeispiele können vor allem Sportverletzungen beim Motorrad- oder Skifahren angeführt werden, weil sich hier die gesundheitliche Schädigung kausal auf eine Entscheidung der Versicherten zurückzuführen ist, bei der diese willentlich-wissentlich ein Gesundheitsrisiko eingegangen sind. Dabei ist aber noch nicht geklärt, ob ein Vermeiden solcher Risiken nicht andere Risiken provoziert und ob ein Leben ohne gesundheitliche Risiken überhaupt möglich ist.

⁵⁴⁹ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 305f.

Obwohl die Versicherten zwar weitgehend die Verantwortung für ihren Lebensstil, der Bewegung, Ernährung und die Belastung durch gesundheitsschädliche Faktoren mit einschliesst, tragen, kann aufgrund der genannten Unschärfen in den allermeisten Fällen keine Zuschreibung vorgenommen werden im Sinne von: Jemand hat gesundheitliche Probleme, weil er/sie sich mit zu viel Fett ernährt oder weil er/sie sich wöchentlich zwei Stunden zu wenig bewegt hat. Werden die gesundheitsfördernden Zielgrößen allerdings signifikant über- oder unterschritten, so können gesundheitliche Schäden vor allem aufgrund statistischer Erfahrungswerte prognostiziert werden.⁵⁵⁰

Aus medizinischer Sicht kann folglich aus Gründen statistischer Evidenz eine *Erst-Verantwortung* der Versicherten im Hinblick auf den jeweiligen Lebensstil durchaus bestätigt werden.⁵⁵¹ Allerdings kann eine solche Zuschreibungsverantwortung nicht exakt bestimmt werden, sie umfasst vielmehr Lebensstilfragen, die aus medizinischer Sicht Handlungsspielräume umfassen, die nicht auf exakte Angaben reduziert werden können. Damit bewegen wir uns im Bereich von Public Health, die als medizinische Teildisziplin bemüht ist, einerseits gesundheitliche *Schutzfaktoren* zu fördern und andererseits gesundheitliche *Risikofaktoren* zu vermindern.⁵⁵² Sowohl die *prospektive* als auch die *retrospektive* Wahrnehmung von Verantwortung in Bezug auf die eigene Gesundheit durch die Versicherten setzt in diesem Zusammenhang aber ein entsprechend genaues Wissen um gesundheitsdienliche und gesundheitsgefährliche Zusammenhänge, alternative Handlungsoptionen und Konsequenzen voraus.

7.2.4 Das Problem der freien Entscheidung hinsichtlich der eigenen Gesundheit

Empirische Untersuchungen belegen, dass Gesundheit und Lebenserwartung auch von sozialen und ökonomischen Faktoren abhängig sind. Die Handlungsfreiheit der Versicherten hinsichtlich ihrer eigenen Gesundheit ist damit häufig durch äussere Einflüsse eingeschränkt: Erziehung und allgemeine Lebensstile, soziökonomische Rahmenbedingungen und Sachzwänge sowie die individuelle biologische Grundausstattung, um nur die wichtigsten zu nennen. Georg Marckmann verweist darauf, dass zum Beispiel Armut in der Kind-

⁵⁵⁰ Doch auch hier gilt, dass beispielsweise nicht generell gesagt werden kann, dass jede Raucherin oder jeder Raucher Lungenkrebs bekommen wird oder dass Übergewicht oder Fettleibigkeit in jedem Fall zu Diabetes führen muss.

⁵⁵¹ So auch Georg MARCKMANN (2005): *Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?*, S. 304.

⁵⁵² Vgl. hierzu die weiteren Ausführungen unter Ziff. 6.2.2.

heit ein „wichtiger Prädiktor“ für ungesundes Verhalten darstellt⁵⁵³ – ein Umstand, der sich gänzlich der Einflussnahme durch die Betroffenen entzieht. Die Voraussetzung einer freien Entscheidung im Umgang mit der eigenen Gesundheit ist in solchen Fällen deshalb nicht zwingend gegeben, und es stellt sich die Frage, ob ein gesundheitsschädigendes Verhalten tatsächlich auf einer selbstbestimmten Entscheidung beruht. Die Bedeutung solcher Zusammenhänge zeigt sich vor allem, wenn man – wie bereits erwähnt – ebenfalls zur Kenntnis nimmt, dass Arme früher sterben.⁵⁵⁴ Der Umgang mit der eigenen Gesundheit ist ein Ergebnis zahlreicher unterschiedlicher Faktoren, deren Bestimmungsunschärfe nicht zuletzt auch mit den Schwierigkeiten einer eindeutigen Bestimmung von Gesundheit selbst zusammenhängt.⁵⁵⁵

Erschwerend kommt aber ausserdem hinzu, dass einzelne Faktoren im Widerspruch zueinander stehen können. So führen vermehrte sportliche Aktivitäten zur Vermeidung von Bewegungsmangel zwingend zu anderen, neuen Risiken. Dieser Zusammenhang lässt sich dabei nicht auf die Risikosportarten beschränken, weil jede Sportart – vom Wandern bis zum Klettern beispielsweise – eigene Risiken mit sich bringt. Neben allgemeinen Verletzungsrisiken sind hier vor allem einseitige Belastungen mit möglichen Folgen für Gelenke, Sehnen und Muskulatur zu nennen.

Mehr Eigenverantwortung wird mitunter auch beim Konsum von Drogen gefordert. Grundsätzlich stellt sich auch hier die Frage nach Mass und Frequenz des Konsums, ab denen eindeutig gesundheitliche Risiken zu erwarten sind. Am Beispiel Alkohol zeigt sich die Schwierigkeit einer Grenzziehung besonders deutlich: Einerseits wird von verschiedenen, auch wissenschaftlichen Seiten ein *massvoller* Konsum bestimmter Alkoholika zur Vermeidung von Herz-Kreislaufkrankungen empfohlen,⁵⁵⁶ und andererseits weiss man um die Folgen eines übermassigen Konsums: Sucht, Schädigung der inneren Organe etc. Bei Süchtigen scheint es darüber hinaus zumindest klärungsbedürftig, „...inwieweit man bei den gesundheitlichen Folgeschäden von einem Eigenverschulden ausgehen kann, da es sich

⁵⁵³ Vgl. Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 306.

⁵⁵⁴ Vgl. u. a. Gabriela KÜNZER, Carlo KNÖPFEL (2002): Arme sterben früher.

⁵⁵⁵ S. Ziff. 6.3.

⁵⁵⁶ Als Beispiel sei die Studie von Joline W. J. BEULENS, Eric B. RIMM, Alberto ASCHERIOS et al. (2007): Alcohol Consumption and Risk for Coronary Heart Disease among Men with Hypertension genannt. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass der regelmässige, tägliche Konsum von geringen Mengen von Alkohol das Risiko von tödlichen als auch nicht zum Tode führende Herzerkrankungen reduziert. Schon frühere Studien hatten gezeigt, dass gemässigt trinken von Alkohol das Risiko für Herzkrankheiten senkt. Ein Grund wird in der Erhöhung der Menge des HDLs, des sogenannten „guten“ Cholesterins im Blut, und möglicherweise einer blutverdünnenden Wirkung des Alkohols vermutet.

... [dabei, wb] nach weithin geteilter Auffassung um eine Suchterkrankung handelt, bei der *per definitionem* die Fähigkeit zur Selbstkontrolle eingeschränkt ist.“⁵⁵⁷

Die Frage der freien Entscheidung der Versicherten im Umgang mit ihrer Gesundheit muss folglich differenziert und bezogen auf den Einzelfall betrachtet werden. Vor allem Prägungen durch das soziale Umfeld, Wissensdefizite und Unsicherheiten hinsichtlich der exakten biologisch-medizinischen Zusammenhänge sprechen in den meisten Fällen gegen die Annahme einer freien und eigenverantwortlichen Entscheidung, die um Alternativen und Folgen weiss. Generelle Urteile, die sich auf statistische Erkenntnisse stützen, versagen im Einzelfall und bergen die Gefahr, ohnehin bereits sozioökonomisch Benachteiligte auch im Bereich des Gesundheitswesens ein weiteres Mal zu benachteiligen. Ausserdem ist die Überprüfung des individuellen Lebensstils der Versicherten grundsätzlich mit praktischen Schwierigkeiten verbunden, die hinsichtlich des Schutzes der Privatsphäre mit ethischen Bedenken verbunden werden müssen.

7.2.5 Das Problem normativer Standards für das Kriterium Eigenverantwortung

Die Frage nach der Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen führte zunächst zu den Schwierigkeiten bei der Bestimmung einer eindeutig kausalen Verursachung von Krankheiten und der freien Entscheidung. Beide Kriterien sind notwendige, aber noch nicht hinreichende Voraussetzungen für die Zuschreibung von Eigenverantwortung. „Grundsätzlich erscheint es nämlich wenig sinnvoll, *alle* selbst verursachten Gesundheitsstörungen ausnahmslos aus der gesetzlichen Regelversorgung auszuschliessen.“⁵⁵⁸ Diese Einschätzung von Georg Marckmann gilt selbstverständlich auch dann, wenn die Selbstverschuldung nicht zu einem Ausschluss von Leistungen aus der OKV, wohl aber zu höheren Selbstbeteiligungen führen soll.

Würde man bei allen selbstverschuldeten Erkrankungen mehr Eigenverantwortung fordern, so müssten die allermeisten Unfälle bis hin zu grippalen Infekten, die aufgrund mangelnder Vorsorge und ungenügender Bekleidung verursacht wurden, ebenfalls berücksichtigt werden. Dies erscheint weder angemessen, noch praktikabel, weil damit die meisten Unfall- und viele Erkrankungsrisiken des Lebens, die sich auch bei grösster Vorsicht nicht mit Si-

⁵⁵⁷ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 306.

⁵⁵⁸ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 307.

cherheit vermeiden lassen, aber gleichwohl auf das individuelle Verhalten zurückzuführen sind,⁵⁵⁹ in der OKV diskriminiert wären. Ein solches Kriterium, das zu Ausschluss oder zu Einschränkungen bei der OKV führt, würde die Zielsetzung einer solidarischen Absicherung im Krankheitsfall weitgehend unterlaufen.

Folglich braucht es, um Eigenverantwortung im Sinne der Zielsetzungen des KVG sinnvoll anwenden zu können, normative Standards, „...welche Gesundheitsrisiken als »normale«, mit zumutbaren Massnahmen nicht vermeidbare Risiken des täglichen Lebens anzusehen sind (man müsste zum Beispiel ganz auf Treppensteigen verzichten, um Unfälle sicher auszuschliessen) und welche mit vertretbarem Aufwand vermeidbar und damit selbst zu verantworten sind.“⁵⁶⁰ Es liegt auf der Hand, dass dabei keine eindeutigen Grenzziehungen möglich sind, die sich aus einer allgemeinen, politisch breit abgestützten Norm oder einer Gerechtigkeitstheorie ableiten liessen. Normative Standards zur Anwendung von Eigenverantwortung als Kriterium für Ausschluss oder Einschränkungen bei der OKV können allenfalls ein Ergebnis politischer Auseinandersetzungen sein um die Fragen, welche Lebensstile mit ihren entsprechenden je eigenen Gesundheitsrisiken gesellschaftlich akzeptiert und welche Präventionsmassnahmen und andere Formen der Eigenverantwortung dem Einzelnen zuzumuten sind. Diese gesundheitspolitische Auseinandersetzung unterläge gesundheitlichen Strömungen, Moden von Lebensstilen und Interessen, so dass neue Ungerechtigkeiten und Ineffizienzen zu erwarten wären.

Erschwerend kommt ausserdem hinzu, dass die Auswirkungen bestimmter Verhaltensweisen und Lebensstile durchaus ambivalent sein können. Wie unter Ziff. 7.2.4 bereits erwähnt, sind unterschiedliche Lebensstile mit je eigenen Risiken verbunden, die zu einander im Konflikt stehen können. So haben viele Sportarten einen „...positiven präventionsmedizinischen Effekt für die Risiken von Herz-Kreislauf-Erkrankungen“⁵⁶¹, umgekehrt sind sie aber mit meist höheren Verletzungs- und körperlichen Degenerationsrisiken verbunden. Zur Festlegung normativer Standards müsste also auch geklärt sein, welcher Effekt wie und mit welcher Gewichtung in die Bewertung gesundheitsbezogenen Verhaltens einfliessen sollte. Einem solchen Ansinnen hält Georg Marckmann entgegen: „Eine vergleichende, empi-

⁵⁵⁹ Unfälle im Haushalt, in der Freizeit und bei der Arbeit sind in den meisten Fällen auf das eigene Verhalten zurückzuführen, zumindest dann, wenn die Möglichkeit bestanden hätte, auf diese Arbeit oder dieses Freizeitvorhaben zu verzichten.

⁵⁶⁰ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 307f.

⁵⁶¹ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 308.

risch-quantitative Abschätzung beider Effekte ist bislang mit hinreichender Sicherheit nicht möglich.“⁵⁶²

7.2.6 Eigenverantwortung für die Gesundheit fördern

Soll fehlende Eigenverantwortung zu einem Kriterium für den Ausschluss oder die Einschränkung bestimmter Leistungen bei der OKV werden, so müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein, damit eine Verantwortungszuschreibung legitimerweise erfolgen kann. Neben dem Nachweis, dass bestimmte Erkrankungen eindeutig auf einen entsprechenden Lebensstil zurückzuführen sind, braucht es ausserdem den Nachweis einer freien Entscheidung der Versicherten, die mögliche, nicht oder weniger gesundheitsschädliche Alternativen sowie das Wissen darum einschliesst.

Am Beispiel des malignen Melanoms kann Georg Marckmann die praktischen Probleme aufzeigen, die bei einer retrospektiven Verantwortungszuschreibung bestehen. Da sich beim malignen Melanom der Risikofaktor „UV-Exposition“ als ursächlich relevanter Faktor bestimmen lässt, bietet dieses Beispiel für den Einzelnen Handlungsspielräume zur eigenverantwortlichen Krankheitsvorsorge, sofern die entsprechenden Informationen vorhanden sind. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass das Melanom auf potentiell vermeidbaren – exogenen – und grundsätzlich nicht vermeidbaren – endogenen – Faktoren beruht. Damit wird deutlich, dass allein das Kriterium der UV-Exposition meist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine retrospektive Verantwortungszuschreibung bietet. Hier müsste normativ als entscheidendes Kriterium festgelegt werden, ab wann eine UV-Exposition als übermässig, als das „normale“ Mass übersteigend, zu gelten hat. Schon allein aufgrund der verschiedenen Hauttypen mit ihrer unterschiedlichen Sonnenempfindlichkeit dürfte es sich hierbei um eine kaum lösbare Aufgabe handeln.⁵⁶³ Darüber hinaus verweist Georg Marckmann auf die bisher gemachten Erfahrungen mit Präventionskampagnen zur Vermeidung von übermässiger UV-Exposition – insbesondere in Australien. Dabei zeigt sich, dass solche prospektiv ausgerichteten Kampagnen, die die Stärkung der gesundheitlichen Eigenverantwortung zum Ziel haben, durch entsprechende Aufklärung und Präventionskampagnen nicht nur möglich, sondern auch wirksam sein können. Er kommt deshalb zu folgendem Schluss:

⁵⁶² Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 308.

⁵⁶³ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 309f.

„Anstatt Menschen retrospektiv für gesundheitsschädliches Verhalten zu bestrafen, sollte man prospektiv die Eigenverantwortung und Gesundheitsmündigkeit der Versicherten stärken – nicht nur der Solidargemeinschaft zu liebe, sondern im wohlverstandenen Eigeninteresse des Einzelnen.“⁵⁶⁴

Aus medizinischer Sicht sind also die Voraussetzungen für eine *retrospektive* Zuschreibung von (Eigen-)Verantwortung nur in wenigen Einzelfällen gegeben. Weder eine eindeutige Kausalität noch willentlich-wissentliche Entscheidungen können bei den meisten Erkrankungen vorausgesetzt oder unterstellt werden. Ausserdem ist es wenig sinnvoll, alle Erkrankungen, die zwar durch ein Eigenverschulden verursacht wurden, mit einem Ausschluss oder einer Einschränkung bei der OKV zu belegen. Dadurch würden unvermeidliche Risiken des Alltags aus der OKV herausgenommen und eine ihrer zentralen Zielsetzungen, nämlich der solidarischen Absicherung bei Krankheit, unterlaufen. Damit wird das Thema Eigenverantwortung für die Gesundheit nicht obsolet, gesundheitspolitische Überlegungen hierzu sollten aber bei einer Stärkung der *prospektiven* Eigenverantwortung ansetzen und gesundheitliche Aufklärung, Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens im Sinne eines Empowerments und die Verbesserung der sozialen Rahmenbedingungen in den Mittelpunkt stellen.

7.3 Bessere Gesundheit – weniger Kosten?

Hinter allen Versuchen, durch mehr Eigenverantwortung oder wirksamere Gesundheitsaufklärung und Prävention die Gesundheit zu verbessern, steht letztendlich mehr oder weniger ausgesprochen die Erwartung, dass ein besserer individueller und kollektiver Gesundheitsstatus der Bevölkerung die Kosten im Gesundheitswesen senkt. Diese Vermutung ist zunächst naheliegend, weil Gesunde keine medizinischen Leistungen beanspruchen, die von der OKV zu tragen wären. Die enorm gestiegene Lebenserwartung vor allem in den westlichen Industrieländern⁵⁶⁵ ist neben anderen Schlüsselfaktoren⁵⁶⁶ auch den modernen medizinischen Möglichkeiten zu verdanken.⁵⁶⁷ Allerdings sind diese medizinischen Möglichkeiten mit entsprechenden Kosten verbunden und für die Mehrzahl der behandelbaren Krankhei-

⁵⁶⁴ Georg MARCKMANN (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, S. 312.

⁵⁶⁵ Die Lebenserwartung ist in Mitteleuropa seit 1840 im Schnitt um 40 Jahre gewachsen. Das Max-Planck-Institut für demografische Forschung spricht von fast drei zusätzlichen Monaten pro Jahr. S. Sabine SCHNABEL et al. (2005): Immer neue Rekorde und kein Ende in Sicht, S. 3.

⁵⁶⁶ Bessere Hygiene, sauberes Trinkwasser sowie ausreichende und abwechslungsreiche Ernährung.

⁵⁶⁷ Dieser Zusammenhang ist insbesondere bei der Verbesserung der Säuglingssterblichkeit evident.

ten führen sie nicht zu vollständiger Genesung, sondern zu einer fortdauernden „Abhängigkeit“ von der Medizin.⁵⁶⁸ Der Epidemiologe Manfred Pflanz beschreibt die Situation so:

„Leider besitzen wir keine auch nur einigermaßen zuverlässigen Zahlen über die Häufigkeit von Krankheiten, doch haben wir auch keine eindeutigen Indizien dafür, dass medizinische Fortschritte zur Verringerung der Krankheitshäufigkeit und zur Besserung des Gesundheitszustandes beigetragen haben.“⁵⁶⁹

Ausserdem zeigen die Erfahrungen und Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte, dass bestimmte Krankheiten erst in höherem Alter auftreten, so dass die Hochaltrigkeit selbst zu einer Ursache von neuen Kostenquellen geworden ist.⁵⁷⁰ In der Wissenschaft wird die zunehmende Lebenserwartung im Hinblick auf ihre Kosteneffekte unterschiedlich bewertet. *Medikalisierungs-* und *Kompressions- bzw. Rektangularisierungsthese* stehen sich hier gegenüber.⁵⁷¹ Ferner wird die These vertreten, dass der moderne Medizinbetrieb selbst pathologisch sei und uns aufgrund seiner Erfolge bedroht. Diese Fragen sollen nachfolgend geklärt werden.

7.3.1 Medikalisierungs- versus Kompressions-/Rektangularisierungsthese⁵⁷²

Unter der Voraussetzung, dass ein gesundheitsförderlicher Lebensstil sich nicht nur positiv auf die Morbiditäts-, sondern auch auf die Mortalitätsrate auswirkt, ist zu erwarten, dass die Versicherten länger gesund leben und die Lebenserwartung steigt. Wie bereits erwähnt, treten aber mit zunehmendem Alter Krankheiten auf, die in jüngeren Jahren nur selten oder gar nicht auftreten.⁵⁷³ Zu nennen sind hier vor allem Demenzerkrankungen und zahlreiche Arten von Krebserkrankungen.⁵⁷⁴

Alter selbst ist keine Krankheit. Das Alter zeigt aber eine verstärkte Korrelation zu Krankheiten, denn eine verringerte Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit des älteren Organismus erhöht das Erkrankungsrisiko. Seniorinnen und Senioren leiden meist nicht nur an ei-

⁵⁶⁸ So beispielsweise Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens. S. auch Ziff. 7.3.2ff.

⁵⁶⁹ Zit. nach Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, S. 19.

⁵⁷⁰ Hier sind vor allem Demenzerkrankungen und bestimmte Arten von Krebserkrankungen zu nennen.

⁵⁷¹ Einen guten Überblick über Arbeiten zum Thema Kompressions- und Medikalisierungsthese gibt Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV.

⁵⁷² Der Begriff „Rektangularisierungsthese“ leitet sich ab vom im Extrem rechtwinkligen (retangulär) Verlauf der Morbiditätsrate, die dieser Auffassung zufolge erst in hohen Jahren steil, d.h. nahezu rechtwinklig ansteigt. Das BFS spricht von der „Kompression der Morbidität“ (Kompressionsthese), s. BFS (2005): Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, S. 56ff. Diese These wurde in: James F. FRIES: The Compression of Morbidity, 1983 begründet.

⁵⁷³ Näheres zu den demografischen Auswirkungen auf die Kosten im Gesundheitswesen s. Ziff. 2.4.

⁵⁷⁴ Alterung ist der Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Krebs, deshalb tritt diese Krankheit am häufigsten bei Menschen über 60 Jahren auf. Davon betroffen sind vor allem Darm, Lunge, malignes Melanom und bei Männern Prostata und Blase. Näheres dazu in: ROBERT KOCH-INSTITUT (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter, insb. S 31-61.

ner Krankheit, sondern an mehreren Krankheiten gleichzeitig. In der Altersmedizin spricht man von *Multimorbidität* oder *Polypathie*. Meist leiden ältere Menschen an einer Krankheit bis an ihr Lebensende, denn Krankheit im Alter zeichnet sich durch eine Tendenz zum chronischen Verlauf aus. Krankheit im Alter ist in der Regel behandlungsbedürftig. Je ausgeprägter die Multimorbidität bei älteren Menschen ist, desto wahrscheinlicher wird zusätzlich das Auftreten einer akuten Krankheit, da akute Krankheit häufig mit einer chronischen Erkrankung einhergeht. Darüber hinaus beeinflussen einzelne chronische Krankheiten einander negativ.⁵⁷⁵

Für die künftige, längerfristige Kostenentwicklung ist es folglich entscheidend, ob ein gesundheitsförderlicher Lebensstil im Sinne von wahrgenommener Eigenverantwortung nicht nur in jüngeren Jahren positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Versicherten hat, sondern mit Blick auf eine zu erwartende steigende Lebenserwartung auch in höherem Alter mit mehr gesunden, sprich kostengünstigen Lebensjahren verbunden ist. Bei der Beantwortung dieser Frage stehen sich – wie bereits erwähnt – zwei gegensätzliche Positionen gegenüber:

- die *Medikalisierungsthese*⁵⁷⁶ geht davon aus, dass trotz weiter sinkender Mortalitätsraten mit mehr chronisch Kranken und Behinderungen zu rechnen ist. Weil die Morbidität mit zunehmendem Lebensalter (überproportional) zunimmt, erhöht sich aufgrund der demografischen Entwicklung der Anteil kranker Menschen bezogen auf die Gesamtbevölkerung stetig. Dies führt in der Folge zu einer wachsenden Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Pflegediensten. Eine steigende Lebenserwartung wird somit um den Preis insgesamt höherer Gesundheitsausgaben erzielt, weil die älter werdenden Menschen intensiver und länger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen. In Bezug auf den medizinischen Fortschritt ist gemäss Medikalisierungsthese damit zu rechnen, dass die Morbiditätsraten allein deshalb zunehmen werden, weil schwerwiegende Erkrankungen auch in jüngeren

⁵⁷⁵ Als alterscharakteristische physiologische Problembereiche gelten u. a.: zunehmender Bluthochdruck, erhöhter Cholesteringehalt im Blut, verminderte Glukosetoleranz, Abnahme der Muskelfasern und Kapillaren bei Zunahme des Bindegewebes, biochemische Veränderungen der Faserbestandteile und der Grundsubstanz des Bindegewebes, Abnahme des Mineralgehalts des Skeletts, Trübung der Augenlinse, Verlust des Hörvermögens für hohe Frequenzen. Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT, STATISTISCHES BUNDESAMT (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10: Gesundheit im Alter, S. 8; Anke-Christine SASS et al. (2009): Alter = Krankheit? Somatische und psychische Gesundheit, S. 31-61.

⁵⁷⁶ Das BFS spricht von der „Expansion der Morbidität“ (Expansionsthese) am Lebensende, s. BFS (2005): Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Neuchâtel, S. 56ff.

Jahren nicht mehr zwingend zum Tod führen. Das weitere Leben ist aber dann in den allermeisten Fällen abhängig von den Leistungen der Medizin.⁵⁷⁷

- die *Kompressions-* oder *Rektangularisierungsthese* hingegen prognostiziert eine sinkende Morbidität. Die Menschen würden zukünftig folglich vermehrt bis ins hohe Alter bei guter Gesundheit leben und rasch sterben. Schwere Erkrankungen mit entsprechenden Folgekosten stellen sich vor allem erst im letzten Lebensabschnitt, also vor dem Tod, ein. Menschen erreichen in zunehmendem Masse ihre natürliche maximale Lebenserwartung. Demzufolge würden die Gesundheits- und Pflegekosten höchstens für die ältesten Altersgruppen ansteigen, wogegen für die anderen Altersgruppen ein relativer Rückgang der Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen zu erwarten sei.

In der ursprünglichen Definition beziehen sich Medikalierungs- und Kompressionsthese auf die Veränderungen des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität in den Jahren vor dem Tod bei steigender Lebenserwartung. Für eine empirische Überprüfung wird dabei die Lebensqualität gemessen. Dies erfolgt in der Regel durch Befragung. Die Kompressionsthese wird auf diese Weise in einigen Studien belegt, indem Indikatoren wie der Gesundheitszustand, Behinderungen und Pflegebedürftigkeit oder chronische Krankheiten analysiert werden.⁵⁷⁸ Da sich mit zunehmendem Alter die individuelle Einstellung zur eigenen Gesundheit aber häufig verändert – im Einzelfall kann eine hohe Lebensqualität mit hohen Gesundheitsausgaben verbunden sein –,⁵⁷⁹ ist eine Trennung zwischen der Ebene Lebensqualität und Kosten geboten.

Verschiedene Untersuchungen zur Wirkung des Alters auf die Kostenentwicklung stellen mit zunehmendem Alter einen überproportionalen Anstieg der Ausgaben für Ältere fest.⁵⁸⁰ Bei detaillierter Betrachtung kommt man im stationären und im ambulanten Bereich zu unterschiedlichen Ergebnissen. Im stationären Bereich wird bei einer direkten Übertragung der Kostenentwicklung auf die Lebensqualitätsebene eher die Medikalierungsthese bestätigt, im ambulanten eher die Kompressionsthese.⁵⁸¹ Zunächst spricht für die Kompressionsthese, dass die Kosten in der Zeit vor dem Tod am höchsten sind, wenngleich in höherem

⁵⁷⁷ So z. B. bei Diabetes, Niereninsuffizienz und anderen chronischen Erkrankungen. Vgl. hierzu auch Walter KRÄMER (1996): Hippokrates und Sisyphus.

⁵⁷⁸ Vgl. Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV.

⁵⁷⁹ Vgl. Frank NIEHAUS (2006): Alter und steigende Lebenserwartung, S. 16ff.

⁵⁸⁰ Vgl. Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV, S. 18.

⁵⁸¹ Vgl. Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV, S. 18.

Alter aber wieder abnehmen. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass der Kampf gegen den Tod entsprechende Ressourcen legitimiert, zunächst auch unabhängig vom Alter. Mit zunehmendem Alter spielt ausserdem die Multimorbidität eine immer grössere Rolle, was sich ebenfalls in den Kosten am Lebensende zeigt. Da der Tod einer alten Person mehr kostet als der Tod einer hochaltrigen,⁵⁸² kann mit zunehmender Lebenserwartung jedoch eine Kostenentlastung unterstellt werden. Betrachtet man allerdings die Entwicklung der Sterbekosten innerhalb eines Jahres vor dem Tod im Zeitablauf, so zeigt sich, dass sich die Sterbekosten bei allen Sterbealtern erhöhen. Mit zunehmender allgemeiner Lebenserwartung ist folglich auch weiterhin mit steigenden Kosten zu rechnen.

Unabhängig von der empirischen Bestätigung der einzelnen Ergebnisse ist es – wie bereits erwähnt – vorstellbar, dass auf der Ebene der Lebensqualität durchaus eine Kompression, auf der monetären Seite aber eine Ausweitung der Kosten stattfindet. Diese Möglichkeit wird in ihrer Wahrscheinlichkeit auch dadurch verstärkt, dass angenommen werden kann, dass über den medizinischen Fortschritt die individuellen Ansprüche der Versicherten an die medizinischen Dienste eher zu- als abnehmen werden.⁵⁸³ Ergänzend muss zudem noch angefügt werden, dass auch die allgemeine Teuerung (Inflation) aufgrund der ohnehin höheren Gesundheitsausgaben im Alter und des sogenannten „Baumol-Effekts“⁵⁸⁴ zusätzliche Kostentreiber darstellen, so dass die Ausgaben im Alter gewissermassen einer mindestens doppelten, weil zusätzlich monetären Steigerung ausgesetzt sind.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass in der Literatur sowohl Argumente für und gegen die Kompressions- beziehungsweise Medikalisierungsthese zu finden sind. Eine empirische Überprüfung der verschiedenen Annahmen anhand vor allem deutscher Statistiken durch Stefan Fetzter kommt jedoch zu einem eindeutigen und nachvollziehbaren Ergebnis:

„Die Analyse der Entwicklung der Ausgabenprofile ergibt im Zeitablauf fast durchweg einen Anstieg der Ausgaben bei allen Altersklassen der Versicherten.

[...]

Der Vergleich der prozentualen Zunahme der Gesundheitsausgaben unter Berücksichtigung der allgemeinen Inflationsrate zeigt, dass die Gesundheitsausgabensteigerung

⁵⁸² Vgl. Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV, S. 116ff.

⁵⁸³ Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV, S. 21.

⁵⁸⁴ Der sog. „Baumol-Effekt“ besagt, dass eine relativ unelastische Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eine über den Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen hinausgehende Lohnsteigerung erlaubt. Vgl. Carsten COLOMBIER (2008): Demografische Alterung und Gesundheitswesen, S. 64.

gen über der Inflationsrate liegen. Dies trifft besonders im hohen Alter zu. So lässt sich eine inflationsbereinigte monetäre Medikalisierung feststellen. Da diese Steigerungen über der Inflation liegen, kann für die Lebensqualitätsebene gefolgert werden, dass die Patienten in der Regel mehr Leistungen oder teurere Leistungen bei gleichem Alter erhalten haben.

[...]

Eine in der Literatur beschriebene Kompression der Morbidität auf der Lebensqualitätsebene führte in der Vergangenheit nicht zu einem kostensenkenden Effekt. Auch eine geringere finanzielle Beanspruchung des Gesundheitssystems durch eine Erhöhung der Sterbealter zeigt sich nicht in den Daten. Im Gegenteil: Auch die Ausgaben vor dem Tod sind trotz höherer Lebenserwartung gestiegen.⁵⁸⁵

Mit der steigenden Zahl von alten und hochaltrigen Menschen in unserer Gesellschaft dürfte aufgrund der vorliegenden empirischen Daten eher die Medikalisierungsthese bestätigt werden. Demnach steigen die Gesundheitsausgaben überproportional zur längeren Lebenserwartung. Der durch mehr Eigenverantwortung wünschenswerterweise hervorgerufene positive Effekt einer steigenden Lebenserwartung wäre nach Massgabe der empirischen Untersuchung von Stefan Fetzter im höheren Alter, also langfristig mit höheren Kosten verbunden.

7.3.2 Die „Erfolgsthese“ von Walter Krämer

Ein weiterer Aspekt unserer Fragestellung betrifft den medizinisch-technischen Fortschritt und die dadurch gegebenen Möglichkeiten moderner Medizin. Bei steigender Lebenserwartung leben die Menschen zwar länger, aber, wie wir oben gesehen haben, meist auch mit höheren Gesundheitskosten. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Möglichkeiten und Entwicklungen in der modernen Medizin nicht dazu beitragen können, die oben genannten Faktoren zur Kostensteigerung zu kompensieren.⁵⁸⁶ Dieser Punkt soll nachfolgend anhand der „Erfolgsthese“ von Walter Krämer untersucht werden.

⁵⁸⁵ Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV, S. 144-146.

⁵⁸⁶ Vgl. hierzu die Ausführungen unter Ziff. 2.2. Die Frage hat v. a. „Prozessinnovationen“ im Blick, weil diese sich in der Regel nur über Kosteneinsparungen begründen lassen.

7.3.2.1 Das Paradox des medizinischen Fortschritts

Bereits in den Achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts hat Walter Krämer die „Kostexplosion“ in modernen Gesundheitswesen empirisch untersucht.⁵⁸⁷ Seine mitunter plakative Sprache⁵⁸⁸ darf nicht darüber hinweg täuschen, dass er ernstzunehmende Zusammenhänge beschreibt. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist der Umstand, dass wir inzwischen so viel für das Gesundheitswesen ausgeben wie noch nie und gleichzeitig die Zahl der Erkrankungen und medizinischen Leistungen stetig zunimmt. Beides, die hohen Ausgaben und die Zunahme an Erkrankungen, ist paradoxerweise dem *Erfolg der Medizin* zu verdanken. An diesen Zusammenhang mögen wir uns bereits gewöhnt haben, er besagt aber auch, dass die Medizin in vielen Fällen nicht zur Gesundheit verhilft, sondern nur die Krankheiten erträglicher macht. Krämer kommt zum Schluss: „Gesundheit ist heute nicht mehr normal.“⁵⁸⁹ Dabei anerkennt er ausdrücklich die Leistungen der modernen Medizin. „Das Dilemma ist nur, von all diesen Gesundheitsgütern werden wir offenbar nicht gesünder.“⁵⁹⁰ Dabei unterscheidet Krämer deutlich die kollektive von der individuellen Ebene. Obwohl oder gerade weil die moderne Medizin in vielen Einzelfällen helfen kann, den Gesundheitszustand zu verbessern,

„...geht die durchschnittliche Gesundheit aller Lebenden zurück. Wir sind krank, nicht obwohl, sondern weil wir soviel für unsere Gesundheit tun, nicht trotz, sondern wegen der Wundertaten der modernen Medizin. Das ist das Paradox des medizinischen Fortschritts. Was dem einzelnen nützt, macht die Gesellschaft krank.“⁵⁹¹

7.3.2.2 Das „Problem“ der Langlebigkeit

Darüber hinaus kommt Walter Krämer noch auf einen weiteren Punkt zu sprechen:

„Die Verdoppelung der Lebenserwartung in den letzten hundert Jahren ist natürlich nicht nur ein Erfolg der Medizin allein. Verbesserte Ernährung und Hygiene haben dazu mindestens genauso viel beigetragen. [...] Wichtig für unsere Zwecke ist allein der folgende Punkt: Bessere Hygiene und Ernährung verlängern das gesunde Leben, verhindern Infektionen und halten uns länger gesund. Eine bessere Medizin dagegen

⁵⁸⁷ Walter Krämer ist Professor für Wirtschafts- und Sozialstatistik an der Technischen Universität Dortmund. Vgl. u. a. Walter KRÄMER (1982): Wer leben will, muss zahlen; Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens.

⁵⁸⁸ So lauten beispielsweise Kapitelüberschriften in seinen Publikationen „Die Krankheit des Gesundheitswesens“ „Ein Volk von Kranken“, „Der Fluch des Überflusses“ und „Sparen am *höchsten* [Hervorhebung eingefügt, WB] Gut“.

⁵⁸⁹ Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, S. 17.

⁵⁹⁰ Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, S. 18.

⁵⁹¹ Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, S. 23.

lässt uns vor allem später sterben. Sie vermehrt nicht unsere gesunden, sondern unsere kranken Jahre.“⁵⁹²

Wenn man davon ausgeht, dass die bestehenden Hygienestandards kaum mehr verbessert werden können und dass eine ausgewogene Ernährung nur noch vergleichsweise geringe Effekte auf die allgemeine Lebenserwartung hat, dann wäre eine weiterhin zunehmende Lebenserwartung vor allem dem Erfolg der Medizin zu verdanken, allerdings um den Preis höher Kosten. Als konkretes Beispiel nennt Walter Krämer die hohe Krebssterblichkeit in Mitteleuropa, die s. E. völlig zu Unrecht „...immer noch als Makel für ein Land oder eine Region“ gilt.⁵⁹³ Krebs konnte erst im Zuge der Erfolge der Medizin und der daraus resultierenden Langlebigkeit solche Ausmasse erreichen. Auch wenn es die bisher bekannten Auslöser wie Umweltverschmutzung, einseitige Ernährung, Zivilisationsstress etc. nicht gäbe, würden wir mit grosser Wahrscheinlichkeit ebenfalls an Krebs sterben.

„Was auch immer die letztendliche Krebskrankheit auslöst, zu dieser gefürchteten Menschheitsgeisel konnte Krebs nur deshalb werden, weil heute immer mehr Menschen die Altersjahrgänge erreichen, in denen Krebs überhaupt eine Chance hat.“⁵⁹⁴

Weil vor allem Demenz- und zahlreiche Krebserkrankungen in den meisten Fällen erst in späterem Alter, dann aber gehäuft auftreten, ist der Zusammenhang Alter und Krankheit statistisch gegeben, wenngleich er im Einzelfall nicht zwingend gelten muss.

Für unsere Fragestellung sind diese Zusammenhänge – die die oben genannte Medikalisationsthese stützen, aber von einer anderen Seite beleuchten – in sofern von Bedeutung, weil geklärt werden muss, ob ein durch mehr Eigenverantwortung der Versicherten unterstelltes Mehr an Gesundheit die durch Langlebigkeit höheren Kosten kompensieren kann. Ein Ja auf diese Frage würde bedeuten, dass ein Mehr an Gesundheit, das die Langlebigkeit weiter erhöht, auch langfristig positive Effekte auf die Kosten im Gesundheitswesen hätte. Damit könnte Eigenverantwortung die in der Medikalisationsthese unterstellten negativen Kostenzusammenhänge kompensieren. Ein Nein auf die gestellte Frage würde die Anstrengungen zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten allein unter Kostengesichtspunkten zu einem negativen Faktor machen. Aufgrund der Komplexität der Zusammenhänge und den Schwierigkeiten einer empirischen Überprüfung ist es nicht verwunderlich, dass hierzu (noch) keine wissenschaftlichen Untersuchungen vorliegen. Wir müssen versuchen, die Problemstellung deshalb theoretisch zu klären.

⁵⁹² Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, S. 31.

⁵⁹³ Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, S. 35.

⁵⁹⁴ Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens, S. 35.

Zunächst einmal kann mit guten Gründen angenommen werden, dass ein gesünderes Leben – vorausgesetzt, dies resultiert aus einer grösseren Eigenverantwortung – dazu beiträgt, die gesunden Lebensjahre der Versicherten zu verlängern (man wird im Allgemeinen erst später krank). Mit dem Mehr an gesunden Lebensjahren und den unterstellten positiven Effekten eines gesundheitsförderlichen Lebensstils kann ebenfalls mit guten Gründen angenommen werden, dass die Lebenserwartung dadurch (zusätzlich) steigen wird. Durch die zunehmende Hochaltrigkeit der Versicherten entstehen aber neue Krankheiten als Kostenquellen, die in jüngeren Altersgruppen weniger zum Tragen kommen. Die Medizin kann dabei helfen, dass wir an Erkrankungen nicht unmittelbar sterben müssen. In vielen Fällen sind wir dann aber auf dauernde medizinische Leistungen angewiesen. Für den *langfristigen* Kosteneffekt ist die Nettowirkung dieser beiden gegenläufigen Aspekte von entscheidender Bedeutung. Die zu klärende Frage lautet also: Können die positiven Kosteneffekte, die sich zunächst durch mehr gesunde Lebensjahre begründen lassen, die negativen, langfristigen Kosteneffekte kompensieren, die durch eine weitere Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung begründet sind?

Eine mögliche Antwort auf diese gegenläufigen Zusammenhänge kann sich an den empirischen Ergebnissen zur Relevanz von Medikalisierung- und Kompressionsthese orientieren. Die Faktoren, die empirisch zur Bestätigung der Medikalisierungsthese geführt haben,⁵⁹⁵ dürften auch bei dieser Fragestellung eine Rolle spielen. Einerseits wird ein Mehr an gesunden Lebensjahren die hohen Kostenbelastungen für das Gesundheitswesen auf der Zeitachse in ein höheres Alter verschieben. Andererseits treten dann verzögert, aber durch die zunehmende Hochaltrigkeit verstärkt, die Aspekte der Medikalisierungsthese in den Vordergrund. Vor diesem Hintergrund scheint es fragwürdig, ob ein gesünderer Lebensstil auch *langfristig* mit positiven Kosteneffekten für das Gesundheitswesen verbunden ist. Anhand der graphischen Darstellung lassen sich diese Zusammenhänge schematisch veranschaulichen.

⁵⁹⁵ Vor allem sich ändernde Ansprüche an die Medizin, die Rolle des medizinisch-technischen Fortschritts, Effekte der allgemeinen Teuerung und die „begrenzten“ Möglichkeiten der Medizin.

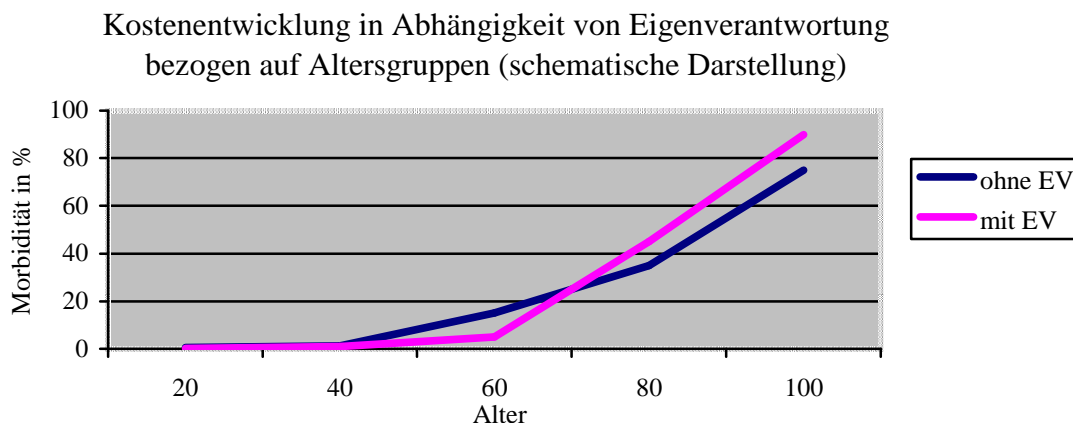


Abb. 8: Schematische Darstellung Kostenentwicklung und Eigenverantwortung⁵⁹⁶

Die Graphen in Abb. 8 zeigen den unterschiedlichen Kostenverlauf ohne und mit erfolgreicher Eigenverantwortung. Der Anstieg des Graphen mit Eigenverantwortung erfolgt zeitlich später als positiver Effekt der durch Eigenverantwortung vermiedenen Kosten. In den höheren Altersgruppen steigt dieser dann aber steiler an, weil durch die aufgrund gesünder Lebensweise erreichte Hochaltrigkeit mit einer höheren Morbiditätsrate zu rechnen ist. Dies lässt sich auch an einem konstruierten Beispiel⁵⁹⁷ verdeutlichen: Jemand führt ein gesundes Leben mit ausgewogener Ernährung und viel sportlicher Betätigung. In den Jahren nach 60 stellen sich erste Abnutzungserscheinungen am Skelett ein, die einen Ersatz des Hüftgelenks erfordern. Wenige Jahre später zeigt sich, dass auch ein Kniegelenk ersetzt werden muss. Als Folge davon müssen die sportlichen Aktivitäten aufgegeben werden. Es kommt zu einer Sinnkrise, was eine psychotherapeutische Behandlung nötig macht. Bei sonst guter körperlicher Verfassung, d. h. es bestehen weder Bluthochdruck noch Diabetes, stellen sich im Alter nach 70 erste Demenzsymptome ein. Die Person wechselt in eine Einrichtung mit betreutem Wohnen. Erschwerend kommt später noch eine Darmkrebserkrankung hinzu. Dieses Beispiel zeigt anschaulich, wie sich das Phänomen der Multimorbidität auswirken könnte. Der in früheren Jahren nicht zuletzt wegen einer gesunden Lebensweise gute Gesundheitsstatus kann nicht verhindern, dass im Alter unterschiedliche Krankheiten entstehen. Für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen entscheidend ist die Differenz zwischen zuvor eingesparten und später angefallenen Kosten.

⁵⁹⁶ Den Graphen liegen keine empirischen Daten zugrunde, sie sind lediglich ein Versuch, den Kostenverlauf schematisch darzustellen.

⁵⁹⁷ Ein Beispiel, das sich aber an einem konkreten Fall in der weiteren Bekanntheit des Verfassers orientiert.

7.3.3 Gesünderes Leben – geringere Kosten?

Ausgehend von den verschiedenen Aspekten des demografischen Wandels⁵⁹⁸, der medizinischen Möglichkeiten und des Forderns und Förderns von mehr Eigenverantwortung der Versicherten, um der Kostenentwicklung in der GKV entgegenzutreten, lassen sich folgende Erkenntnisse festhalten:

1. In der Vergangenheit wurde der kostenrelevante Zusammenhang zwischen steigendem Alterskoeffizienten und Gesundheitsaufwendungen überschätzt. Andere Gründe für die wachsenden Gesundheitsausgaben wie medizinischer Fortschritt, allgemein höhere Ansprüche an das Gesundheitswesen, falsche Anreize im System für Anbieter und Nachfrager etc. wurden häufig als zu gering bewertet. Ausgehend von den aktuellen statistischen Zusammenhängen lässt sich sagen, dass, wer heute länger lebt, auch länger gesund bleibt als früher. Dadurch wird nicht nur länger in die OKV einbezahlt, sondern durch das Mehr an gesunden Jahren wird sie auch erst später mit steigenden Kosten belastet.
2. Trotz aller Einschränkungen lässt sich aber eine positive Korrelation zwischen demografischer Alterung und Kosten nicht leugnen, wenngleich im Einzelfall die Gleichung alt = krank immer weniger gilt. Insbesondere die Pflegebedürftigkeit betagter und hochbetagter Menschen sowie die medizinische Versorgung von zunehmend chronisch Kranken werden vor allem mit dem Eintritt der Babyboomer-Generation in diese Altersphase deutlich zunehmen. Für die Abschätzung der kostenrelevanten Auswirkungen einer Veränderung des Altersaufbaus in der Bevölkerung ist es vor allem wichtig zu wissen, welche Kosteneffekte eine längere Lebenserwartung hat. Aufgrund ungenügender empirischer Daten lassen sich aktuell noch keine einheitlichen und abschliessenden Schlüsse ziehen. Die statistische Langlebigkeit führt gemäss Medikalisierungsthese zu höheren Kosten. Eine durch Eigenverantwortung geförderte gesündere Lebensweise könnte diesen Effekt etwas kompensieren, aber gemäss Walter Krämer sicher nicht aufhalten.⁵⁹⁹ Die Kompressions- these kommt zu einem gegenteiligen Schluss: Ein über mehr Eigenverantwortung erzielt gesünderes und längeres Leben könnte aufgrund zu erwartender Abnahme der Morbiditätsraten zu einer Kostenentlastung führen. Aufgrund der jüngsten empirischen Untersuchungen spricht allerdings mehr für die Bestätigung der Medikalisierungsthese.

⁵⁹⁸ Vgl. hierzu die Ausführungen unter Ziff. 2.4.

⁵⁹⁹ Vgl. Walter KRÄMER (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens.

3. Denkbar ist eine Kombination beider Effekte, so dass im früheren Alter die Kompressionsthese und in höherem Alter die Medikalierungsthese bestätigt wird.

Auch wenn die empirischen Untersuchungen der Vergangenheit noch zu keiner abschließenden Bestätigung der Kompressions- und der Medikalierungsthese geführt haben, so gibt es Vermutungen, dass neuere Untersuchungen zu eindeutigeren Ergebnissen führen könnten. Dies deshalb, weil einerseits die Kosteneffekte der Langlebigkeit erst vereinzelt empirisch nachgewiesen werden konnten⁶⁰⁰ und andererseits die im Zusammenhang mit der modernen Lebensweise (Bewegungsmangel, Übergewicht, einseitige Ernährung etc.) verbundenen „neuen“ gesundheitlichen Risiken ihre weiter reichenden Folgen erst langsam erkennen lassen – ein Aspekt, der vom Effekt her gegen die Kompressionsthese sprechen könnte, aber auch gegen eine weitere Zunahme der Lebenserwartung und der gesunden Lebensjahre.

7.4 Fazit zur Eigenverantwortung aus medizinischer Sicht

Sowohl der heutige medizinische Kenntnisstand über die konkreten Ursachen von Krankheiten im Einzelfall, als auch die sozioökonomischen Faktoren, die die individuellen Lebensstile und das Wissen um gesundheitsrelevantes Verhalten beeinflussen, sprechen gegen eine retrospektive Verantwortungszuschreibung im Einzelfall. Eigenverantwortung als Kriterium eines nachträglichen Ausschlusses oder nachträglicher Einschränkungen von Leistungen aus der GKV ist sowohl aus medizinischen als auch unter gerechtigkeitsrechtlichen Gesichtspunkten nicht hinreichend begründbar. Es fehlen zudem eindeutige normative Standards, die normale und deshalb im alltäglichen Leben unvermeidbare Risiken von solchen trennen, die vermeidbar und im Hinblick auf die Effekte für die Gesundheit eindeutig negativ sind. Die oft genannten Risikosportarten sind eben häufig ambivalent in ihren Effekten für die Gesundheit.⁶⁰¹

Gesundheitspolitische Bemühungen sollten sich deshalb vor allem auf eine Stärkung der prospektiven Eigenverantwortung im Sinne einer zunehmenden „Gesundheitsmündigkeit“⁶⁰² durch gesundheitliche Aufklärung, Förderung gesundheitsbewusster Lebensstile

⁶⁰⁰ Vgl. Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV.

⁶⁰¹ Meist sind sie auch unter versicherungsmathematischen Gesichtspunkten keine Kernprobleme für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, da Unfälle häufig mit dem Tod verbunden sind. Dies gilt übrigens auch für Raucher, die weniger in der Krankenversicherung, wohl aber im Bereich der Lebensversicherung ein Kostenrisiko darstellen.

⁶⁰² So Elena M. BUYX (2005): Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen, S. 327.

und Beseitigung sozioökonomischer Unterschiede konzentrieren. Die Forderung nach einem Mehr an Eigenverantwortung im Gesundheitswesen darf deshalb nicht losgelöst sein von Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Frage, ob mit einem gesünderen Lebensstil *langfristig* auch geringere Kosten verbunden sind, kann aufgrund unzureichender beziehungsweise fehlender empirischer Daten abschliessend (noch) nicht beantwortet werden. Allerdings spricht eine empirische Überprüfung der Kompressions- und der Medikalisierungsthese aus dem Jahre 2005⁶⁰³ für eine Bestätigung der Medikalisierungsthese. So können wir damit rechnen, dass ein über mehr Eigenverantwortung geförderter gesünderer Lebensstil zwar die gesunden Lebensjahre verlängert und die Lebenserwartung zusätzlich erhöht. Aber aufgrund der Zunahme der Lebenserwartung ist mit einer Zunahme von Krankheiten im höheren Alter zu rechnen, so dass damit auch höhere Gesundheitsausgaben verbunden sind. Der Nettoeffekt dieser beiden Entwicklungen dürfte insgesamt zu einer höheren Kostenbelastung im Gesundheitswesen führen.

⁶⁰³ Vgl. Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV.

Teil 3: Mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen? Eine ethische Beurteilung

„Wurzelgrund, Träger und Ziel aller gesellschaftlichen Institutionen ist und muss auch sein die menschliche Person, die ja von ihrem Wesen her des gesellschaftlichen Lebens durchaus bedarf.“ (GS, 25)

8 Sozialethische Prinzipien als normative Ausgangspunkte für eine Beurteilung

8.1 Zwischenbilanz

Die vorausgegangene Untersuchung hat gezeigt, dass die Frage nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen sowohl in gesundheitspolitischer als auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht vor allem als eine umfangreichere monetäre Kostenverantwortung der Versicherten verstanden wird.⁶⁰⁴ Eine zusätzliche Kostenverantwortung schafft aber nicht nur – je nach Art und Schwere der Erkrankung – zusätzliche Anreize, auf medizinische Leistungen zu verzichten, sondern fördert im Gegenzug auch die Gefahr, vor allem bei vermeintlich geringfügigeren Erkrankungen eine notwendige und sinnvolle Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu unterlassen. Aufgrund der fehlenden empirischen Belege kann aktuell (noch) nicht geklärt werden, ob im Endeffekt durch verspätete und meist kostspieligere Interventionen höhere Gesamtkosten resultieren. Die Gefahr besteht aber durchaus.

Der Blick auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen im Verhältnis zum BIP zeigte mehrere Gesichtspunkte:

- Die Rede von einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen überzeichnet die tatsächliche Entwicklung. Zwar sind die Kosten in den vergangenen Jahrzehnten deutlich angestiegen, allerdings mit unterschiedlicher Dynamik und in der jüngeren Vergangenheit deutlich geringer als in den Jahren vor 1995.
- Die Schweiz besitzt eines der teuersten Gesundheitswesen weltweit. Die Kostenentwicklung ist in ihrer Dynamik weitgehend vergleichbar mit der anderer OECD-Staaten. Unabhängig von der konkreten ordnungspolitischen Ausgestaltung des Gesundheitswesens in den einzelnen Ländern, sind alle mit dem Problem steigender Gesundheitskosten konfrontiert.
- Der Grossteil der Kosten entsteht in Bereichen, die von den Versicherten kaum direkt beeinflusst werden können.
- 80 Prozent der Gesundheitskosten entfallen auf 20 Prozent der Versicherten.
- Die sogenannten out of pocket-Zahlungen sind in der Schweiz im internationalen Vergleich bereits hoch.

⁶⁰⁴ Vgl. Kap. 1.

Vor diesem Hintergrund stellt sich allein schon die Frage, ob die Forderung nach (noch) mehr Eigenverantwortung der Versicherten ein angemessener Vorschlag zur Stabilisierung oder gar zur Senkung der Gesundheitskosten darstellen kann.

Darüber hinaus bewegt sich die Diskussion um mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Kontext grundlegender Fragen um die Aufgaben und Ziele des Sozialstaats in modernen Gesellschaften.⁶⁰⁵ Die Auseinandersetzungen bewegen sich dabei zwischen liberalistischen Positionen einerseits, die sowohl den Versicherten als auch den Leistungsanbietern und Versicherungen weitgehende Wahl- und Vertragsfreiheit zukommen lassen möchten,⁶⁰⁶ und einer staatlichen Zuständigkeit für das Gut Gesundheit andererseits. Deren Befürworter⁶⁰⁷ betonen den grundlegenden Ermöglichungscharakter des Gutes Gesundheit⁶⁰⁸ sowie dessen Charakter eines meritorischen Gutes⁶⁰⁹ und die bestehenden Informationsasymmetrien zwischen den Versicherten einerseits und den Versicherungen und Leistungsanbietern andererseits. Ein rein marktwirtschaftlicher Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage würde deshalb keine wünschenswerten Ergebnisse hervor bringen.

Wie ausserdem zu sehen war, sind Gesundheit und Krankheit keine objektiv zu bestimmenden Zustände. Beide unterliegen soziokulturellen Deutungsprozessen,⁶¹⁰ die eine objektive Bestimmung dessen, welche Zustände Gesundheit und Krankheit umfassen, nicht erlauben. Darüber hinaus lassen sich unter medizinischen Gesichtspunkten nur in wenigen Fällen eindeutige Verantwortungszuschreibungen für Erkrankungen bestimmen.⁶¹¹ Der Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten fehlen somit in sozialer, gesellschaftlicher und medizinischer Hinsicht die Voraussetzungen, um als praktikables und nichtdiskriminierendes Instrument einer Nachfragesteuerung gelten zu können. In wirtschaftlicher Hinsicht fehlen überzeugende Gründe, damit Eigenverantwortung eine angemessene Antwort auf die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich sein könnte. Ebenso

⁶⁰⁵ Vgl. Kap. 5.

⁶⁰⁶ Z. B. Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, v. a. S. 98ff, grundlegend Robert NOZICK (2011): Anarchie, Staat, Utopia. Die extrem liberalistische Position von Nozick will auch im Gesundheitsbereich eine reine Selbstregulation des Marktes.

⁶⁰⁷ So z. B. Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen; Jürgen WALLNER (2004): Ethik im Gesundheitssystem; Thomas BOHRMANN (2002): Organisierte Gesundheit; Ulrike KOSTKA (2002): Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Elke MACK (1998): Ethik des Gesundheitswesens.

⁶⁰⁸ Vgl. hierzu Kap. 6.

⁶⁰⁹ Ein meritorisches Gut ist in den Wirtschaftswissenschaften ein Gut, bei dem die private Nachfrage geringer ist als die Nachfrage, wie sie aus politischem oder öffentlichem Interesse wünschenswert wäre.

⁶¹⁰ Vgl. Kap. 6.

⁶¹¹ Vgl. Kap. 7.

bietet mehr Eigenverantwortung keine angemessene Antwort auf die wirtschaftliche Dynamik im Gesundheitsbereich⁶¹² und keine überzeugenden Ideen und Orientierungen, wie unter den Gegebenheiten moderner Gesellschaften angemessen mit der eigenen Gesundheit umgegangen werden soll.

Diese Kritikpunkte am Konzept grösserer Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen sind auch ethisch bedeutsam. Weil Gesunde und Kranke, aber auch Arme und Reiche unterschiedlich von den Konsequenzen betroffen sind, sind damit Gerechtigkeitsfragen aufgeworfen. Tendenziell wird mit zunehmender Kostenübernahme durch die Versicherten das Kriterium der Bedürftigkeit, welches bei der Einführung des KVG eine zentrale Rolle spielte,⁶¹³ zugunsten marktwirtschaftlicher Anreizstrukturen sowie der Versicherungsgedanke entwertet.⁶¹⁴ Damit geht es auch um ganz konkrete Lebenschancen. Als Ermöglichungsgut für viele andere Güter und Ziele spielt das Gut Gesundheit eine besondere Rolle, folglich ist die Allokation von Gesundheitschancen von eminent ethischer Relevanz. Die folgenden Ausführungen werden sich deshalb näher mit den aufgeworfenen Fragen aus ethischer Sicht beschäftigen. In einem ersten Schritt wird dafür der normative Ausgangspunkt für die hier vorgenommene ethische Beurteilung dargelegt,⁶¹⁵ um anschliessend die verschiedenen ethisch relevanten Aspekte der Diskussion um mehr Eigenverantwortung auf dieser Grundlage zu analysieren. Dem gegebenen Thema entsprechend kann hier nicht die gesamte Diskussion um die Begründung theologisch-ethischer Urteilsbildung nachgezeichnet werden. Dies wäre sowohl ein uferloses Unterfangen⁶¹⁶ als auch dem Thema der

⁶¹² Damit ist in erster Linie die Dynamik beim Angebot neuer Therapiemöglichkeiten und das Bemühen der Pharmaindustrie, diese mit entsprechenden Hoffnungen auf Erfolg zu vermarkten, gemeint. Für die betroffenen Patientinnen und Patienten wird es dadurch immer schwieriger zu entscheiden, wo tatsächlich ihre Präferenzen liegen. Insgesamt wird es zu einer immer grösseren Herausforderung zu bestimmen, was zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung gehört und dementsprechend von der OKV zu bezahlen ist.

⁶¹³ Vgl. Art. 25, Abs.1 KVG: „Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.“

⁶¹⁴ Vgl. Bettina SCHMIDT (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen*, v. a. S. 58.

⁶¹⁵ Bisher wurde kritisch angemerkt, dass in den politischen Auseinandersetzungen um die Gestaltung des Gesundheitswesens zugrunde liegende Menschen- und Gesellschaftsbilder meist nicht zur Sprache kommen. Demgegenüber will die vorliegende Arbeit die hier eingenommene Position, deren Menschen-, Welt- und Gesellschaftsbild klar begründen. Der hohe Wert des Guts Gesundheit begründet diese Vorgehensweise. Nur durch Offenlegung solcher Hintergrundbilder mit fundamentalmoralischer Relevanz können auch gesundheitspolitische Positionierungen über Sach- und Strategiefragen hinaus differenzierter betrachtet werden. Da es bei gesundheitspolitischen Fragestellungen letztlich auch um Fragen von Lebenschancen geht, sollten entsprechende Menschen-, Welt- und Gesellschaftsbilder auch transparent gemacht werden.

⁶¹⁶ Allein die Literatur zu Wesen, Inhalt und Zielsetzung theologisch-ethischer Urteilsbildung im Anschluss an das Zweite Vatikanum ist nahezu unübersehbar. Im Sinne einer Ethik, die die menschliche Erfahrungswelt und die Vernunft als unabdingbar für die ethische Urteilsbildung betrachtet, wird gemeinhin der Ansatz von Alfons Auer zur Autonomie Moral als grundlegend für die moderne theologisch-ethische Diskussion betrachtet. Vgl. Alfons AUER (1971): *Autonome Moral und christlicher Glaube*. Diese Über-

Untersuchung in seiner praktischen Absicht nicht angemessen. Deshalb sollen nachfolgend nur die für die Thematik relevanten Aspekte dargelegt werden.

8.2 Vorüberlegungen zum normativen Ausgangspunkt

8.2.1 Allgemeine Bemerkungen

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen ist zwar mit Schwierigkeiten und Beschränkungen auf medizinischer und rechtlicher Ebene konfrontiert, gleichwohl bildet sie – wie in Kapitel 1 bereits dargelegt – eine zentrale Forderung in der gesundheitspolitischen Reformdebatte.

Den gesundheitspolitischen Debatten liegen Wertentscheidungen zugrunde. Die Auseinandersetzungen um die „richtigen“ Anreizstrukturen im Gesundheitswesen sind folglich nicht nur rein gesundheitspolitischer oder gesundheitsökonomischer Art, sondern widerspiegeln verschiedene Überzeugungen über das Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft. Weltanschauliche Überzeugungen kommen dadurch zum Ausdruck.

Auch eine ethisch wertende Stellungnahme geschieht immer von einem weltanschaulichen Standpunkt aus. Dieser weltanschauliche Standpunkt ist als Summe von Grundvorstellungen zu verstehen, die zunächst vorwissenschaftlich geprägt sind und Erfahrungen von Sinn – positiver wie negativer Art –, Einstellungen zum Leben, Gefühle und Befindlichkeiten widerspiegeln.⁶¹⁷ In der jeweiligen Weltanschauung werden diese verschiedenen Elemente zu einer gedanklichen Einheit und ermöglichen so eine wertende Stellungnahme zu konkreten Fragen des Lebens. Dieses umfassende Bezugssystem gibt nicht nur Halt und Orientierung, sondern muss sich selbst wieder in den je neu gemachten Erfahrungen bewähren. Damit sind Weltanschauungen sowohl Orientierungshilfe als auch Aufgabe. Der jeweilige weltanschauliche Standpunkt hat in gesundheitspolitischen Reformdiskussionen eine besondere ethische Relevanz, weil Fragen des Menschenbildes, der Gewichtung und des Umgangs mit Gesundheit und den Risiken menschlichen Lebens im Mittelpunkt stehen. Es

legungen wurden dann v. a. von Franz Böckle, dem Auer-Schüler Dietmar Mieth, Alberto Bondolfi und jüngeren Ethikern und Ethikerinnen – Hille Haker, Walter Lesch, Jean-Pierre Wils etc. – dahin gehend modifiziert, dass sie die metaphysischen und religiösen Prämissen dieses Ansatzes überwandern und kommunikativ-diskursive, narrative und modellethische Elemente zur Begründung des ethischen Sollens in den Vordergrund stellten. Näheres hierzu bei Hans HIRSCHI (1995): *Autonome Moral und christliche Anthropologie*.

⁶¹⁷ Vgl. Jean-Pierre WILS et al. (1992): *Sinn und Motivation*, S. 148; Otfried HÖFFE (1997): *Art. Weltanschauung*, S. 328-329.

geht also nicht nur um Fragen von „richtig“ und „falsch“, sondern auch von „gut“ und „gelingendem Leben“ – Fragen, die den Kern ethischer Reflexion betreffen.⁶¹⁸

Eine Stellung nehmende ethische Reflexion der Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen muss die in der Diskussion implizit oder explizit zum Ausdruck kommenden ethischen Überzeugungen und deren (mutmassliche) weltanschaulichen Voraussetzungen transparent machen. Da diese wissenschaftliche Reflexion aber auch auf ethisch relevanten Annahmen beruht, die ihrerseits eine weltanschauliche Grundlage haben, muss diese Stellungnahme zuerst ihre eigenen ethischen und weltanschaulichen Voraussetzungen transparent machen und wo nötig begründen.

8.2.2 Zum Anspruch einer theologisch-ethischen Stellungnahme⁶¹⁹

Der hier eingenommene weltanschauliche Standpunkt, von wo aus eine ethische Bewertung vorgenommen werden soll, fusst auf dem Verständnis des *biblisch-christlichen Menschenbildes*.⁶²⁰ Mit dieser Entscheidung soll keineswegs gesagt sein, dass dies der einzig mögliche Standpunkt sein kann. Vielmehr sollen damit die in die ethische Bewertung einfließenden Vorentscheidungen transparent gemacht werden. Der Bezug auf das biblisch-christliche Menschenbild an dieser Stelle mag im Zusammenhang mit einer vorwiegend politisch geführten Auseinandersetzung überraschen. Fragen zum Umgang mit der (eigenen) Gesundheit, die als Bedingung für viele andere Ziele im Leben ein hohes Gut darstellt, werfen jedoch ganz grundlegende Fragen zum Verständnis menschlichen Lebens und seiner individuellen und sozialen Befindlichkeit auf. Fragen zur Gestaltung des Gesundheitswesens, insbesondere die Zuweisung von Verantwortung auf Einzelne oder das Gemeinwesen sind davon ebenso betroffen. Über das biblisch-christliche Menschenbild gewonnene Über-

⁶¹⁸ Vgl. hierzu Arno ANZENBACHER (1998): Christliche Sozialethik, v. a. S. 90-96.

⁶¹⁹ Der Begriff „theologisch-ethisch“ wird hier verstanden als Unterscheidung zu einer philosophischen Ethik.

⁶²⁰ Die theologische Ethik ist dabei auf die bibelwissenschaftliche Forschung angewiesen. Eine ihrer Aufgaben ist es, den geschichtlichen Graben zwischen der alt- und neutestamentlichen Zeit und unserer heutigen modernen Zeit hermeneutisch zu erläutern. Diese methodische Vorgehensweise innerhalb der Theologie ist insofern jüngerer Datums, weil erst in der Folge des Zweiten Vatikanums die exegetischen Grundlagen der Moralthologie bzw. theologischen Ethik systematisch herausgearbeitet wurden. Vgl. hierzu v. a. Franz BÖCKLE (1976): Was ist das Proprium einer christlichen Ethik? DERS. (1985): Fundamentalmoral. Literatur zur alttestamentlichen Anthropologie vgl. Lothar RUPPERT (1996): Zur Anthropologie der Biblischen Urgeschichte, in: *Catholica* 50, S. 299-314; Otto KAISER (1998): Der Gott des Alten Testaments, Teil 2, insb. S. 278ff.; DERS. (2003): Der Gott des Alten Testaments, Teil 3, insb. S. 232ff.; Bernd JANOWSKI, Kathrin LIESS (2009): Der Mensch im Alten Israel; Andreas WAGNER (2009): Anthropologische Aufbrüche; Christian FREVEL (2010): Biblische Anthropologie; Zur neutestamentlichen Anthropologie vgl. Udo SCHNELLE (1991): Neutestamentliche Anthropologie; Hans CONZELMANN (1997): Grundriss der Theologie des Neuen Testaments; AT u. NT verbindend Ernst HAAG (2006): Art. Anthropologie, in: *LThK*, S. 725f..

zeugungen können also einen durchaus eigenen Beitrag für die Diskussion leisten, der in Bezug auf eine grundlegende ethische Orientierung hinsichtlich des Umgangs mit Gesundheit und Eigenverantwortung weithin anerkannte Prinzipien begründen und bei Missachtung in der politischen Diskussion auch stark machen kann.⁶²¹

Innerhalb der Theologischen Ethik hat sich das Fach der Christlichen Sozialethik etabliert.⁶²² In ihrem Zentrum stehen Fragen der Gerechtigkeit von gesellschaftlichen und staatlichen Ordnungen. Sie klärt die strukturellen Handlungsbedingungen und beschreibt, prüft und bewertet anhand von Gerechtigkeitskonzepten die transpersonalen, gesellschaftlichen und internationalen Bedingungen des Zusammenlebens.⁶²³ Die Klärung der Frage der Eigenverantwortung in Bezug auf die eigene Gesundheit als gesundheitspolitische Forderung zur Kostensenkung erweist sich somit als eine sozialethische, weil damit gerechtigkeits-theoretische Aspekte in Bezug auf das Gesundheitswesen aufgeworfen sind.⁶²⁴ In diesem Sinne ist die Sozialethik als *Institutionenethik* gefragt, insofern die Institution Gesundheitswesen darauf hin befragt wird, wie sie unter gerechtigkeits-theoretischen Gesichtspunkten erhalten, gestaltet oder verändert werden soll und welche Rolle die Eigenverantwortung der Versicherten innerhalb dieser Institution spielen soll.⁶²⁵

⁶²¹ Die hier zugrunde liegende christlich-theologische Ethik versteht sich als *Vernunft-Ethik*, sie fusst auf der Eigenständigkeit und Autonomie des Sittlichen. Die Erkenntnis und Begründung ethischer Normen ist deshalb Sache der menschlichen Vernunft und der Erfahrung mit der Wirklichkeit in dieser Welt. Glaube und Offenbarung fügen den der Vernunft einsichtigen ethischen Normen keine weiteren Offenbarungs- oder Glaubensnormen hinzu. Vor diesem Hintergrund gibt es *kein Proprium christlicher Ethik*. Vgl. hierzu Alfons AUER (1971): *Autonome Moral und christlicher Glaube*; Stephan ERNST (2009): *Grundfragen theologischer Ethik*, insb. S. 18-28. Hille HAKER (2011): *Autonomie - ein Grundbegriff der Theologischen Ethik*.

⁶²² In der Philosophie hat sich hierfür eher der Ausdruck »politische Philosophie« eingebürgert. Dietmar Mieth verweist darauf, dass „die Bevorzugung des Begriffes »Sozial...« vor Konnotationen mit dem Begriff »Politisch...« [...] in der christlichen Ethik damit zusammen[hängt], dass »politische Theologie« einen spezifischen Ansatz bezeichnet und dass »politisch« eher mit »strategisch« als etwa mit »gerechtigkeitstheoretisch« assoziiert wird.“ Vgl. Dietmar MIETH (2006): *Sozialethik*, S. 517. Es besteht heute weitgehend Einigkeit darüber, dass Individual- und Sozialethik zwar unterschiedliche Fragestellungen behandeln, gleichwohl aber nicht streng von einander zu trennen sind. Vgl. Hans HALTER (2005): *Individualmoral, Sozialmoral und Ethik*.

⁶²³ Im Unterschied dazu hat die *Individualethik* den einzelnen Menschen im Blick. Sie beleuchtet sein Handeln, seine Motive, Einstellungen und Haltungen innerhalb vorgegebener Ordnungen und Moralkonzepte. Zur Grundlegung und Abgrenzung der beiden Bereiche innerhalb der christlichen bzw. theologischen Ethik vgl. v.a. Arno ANZENBACHER (1997): *Christliche Sozialethik*; Dietmar MIETH (2006): *Sozialethik*, S. 517-520; Marianne HEIMBACH-STEINS (2004): *Christliche Sozialethik*, Bd. 1.

⁶²⁴ Dies schliesst selbstverständlich eine individuelle Verantwortung bzw. Zuordnung nicht aus, verortet sie aber auf einer anderen Ebene der Ethik, weil der individuelle Umgang mit der eigenen Gesundheit auch verstanden wird als Reflex auf vorgegebene sozial-gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

⁶²⁵ Vgl. Dietmar MIETH (2006): *Sozialethik*, S. 518. Vorausgesetzt ist dabei, dass gesellschaftliche Verhältnisse veränderbar sind und als Gestaltungsaufgabe wahrgenommen werden. Angesprochen sind dabei nicht nur die Bürgerinnen und Bürger als Individuen, sondern v. a. körperschaftliche Entscheidungs- und Handlungsträger, die durch den Willen der Stimmbürgerinnen und Stimmbürger legitimiert sind. Sozialethik versteht sich dabei als kritische Instanz, die den öffentlichen Diskurs über anstehende Fragen kritisch begleitet und dadurch für ethisch relevante Aspekte sensibilisiert.

Den Ausgangspunkt einer christlichen Ethik stellen zunächst die biblischen Schriften dar.⁶²⁶ Aus ihnen gewinnt sie – vermittelt durch die biblischen Wissenschaften – jene „massgeblichen Gewissheiten, die für die gesamte christliche Praxis (fundamentelethisch) entscheidend sind ...“⁶²⁷ Diese Gewissheiten sind keinesfalls so zu verstehen, dass daraus unmittelbar materialethische, also konkrete, für den Einzelfall gültige ethische Urteile gefällt werden könnten. Vielmehr dienen diese Gewissheiten dazu, einen *grundlegenden* ethischen „Ausgangspunkt“ darlegen zu können, worauf dann mit vernünftigen und theoretisch allen nachvollziehbaren Argumenten eine ethische Urteilsbildung begründet werden kann.⁶²⁸ Dies Vorgehen schliesst nicht aus, dass anders begründete ethische Urteile im Einzelfall zu ähnlichen oder gleichen Ergebnissen kommen können, was sogar wünschenswert wäre, weil damit die *Vernünftigkeit* eines theologisch-ethischen Urteils auch von anderer Seite belegt wäre.⁶²⁹ Für Dietmar Mieth sollten „christliches Ethos und humanistische Ethik in autonomem Sinne [...] letztlich *ununterschieden* sein, weil gerade dies die christliche Ethik von anderen religiösen Ethiken unterscheidet.“⁶³⁰

Eine biblisch-theologische Sicht auf Mensch und Welt kann auch dazu beitragen, dass weit herum (noch) geteilte Überzeugungen zu Fragen von Gesundheit und Krankheit und von einem gelungenen Leben verständlicher werden. Es begründet also ein konkretes Sinnangebot, das auch in der heutigen Zeit, wo solche Sinnfragen recht unterschiedlich beantwortet

⁶²⁶ Vgl. Arno ANZENBACHER (1997): Christliche Sozialethik, S. 19.ff.

⁶²⁷ Arno ANZENBACHER (1997): Christliche Sozialethik, S.19.

⁶²⁸ Die Betonung der Vernunft im Zusammenhang mit einer theologisch-ethischen Urteilsbildung anerkennt das „sittliche Potential“, das in vernünftigen Begründungen gegeben ist. Die Autonomie des Menschen auch in ethischen Fragen meint in der hier vertretenen Richtung nicht eine völlig losgelöste Autarkie, sondern das Eingebundensein der Freiheit in Verantwortung gegenüber Gott und den Menschen. Im Bereich der Sachurteile spielen somit die begrenzte menschliche Erfahrung und die Geschichtlichkeit von Menschen-, Welt- und Gottesbild, in der das Wort Gottes in seiner ethischen Relevanz jeweils neu ausgelegt werden muss, eine zentrale Rolle. Dies impliziert, dass übergeordnete moralische Prinzipien im Sinne eines Ideals ihren besonderen Wert haben, dass sie aber nicht (in allen Fällen) rein deduktiv auf einzelne Sachurteile angewendet werden können. Vielmehr kommt hier menschliches Erfahrungswissen zum Tragen, das sich auch im Rahmen einer christlichen Moralphilosophie entwickelt hat. Dietmar Mieth nennt hier folgende Beispiele: „die Lehre von der Epikie, vom kleineren Übel, von der Abwägung der Werte im Hinblick auf die Folgen, von der mehrfachen Wirkung einer einzigen Handlung, von der Unterscheidung zwischen dem sittlich Richtigen und dem sittlich Guten.“ Dietmar MIETH (1992): Theologie und Ethik. Das unterscheidend Christliche, S. 219.

⁶²⁹ Dietmar Mieth verweist in diesem Zusammenhang auf Theodor Steinbüchel: „Das sittlich Richtige ist, wie schon Theodor Steinbüchel erkannt hat, »in sich selbst« auch ohne theologische Motivation und ohne theologischen Sinnhorizont verbindlich. Wenn die theologischen Überlegungen die Annahme der sittlichen Verbindlichkeit und ihren Vollzug in einen heilsbedeutsamen Sinn transformieren, dann geht es um die vollkommene sittliche Gutheit und nicht um die Verbindlichkeit sittlicher Richtigkeit im einzelnen.“ Dietmar MIETH (1992): Theologie und Ethik. Das unterscheidend Christliche, S. 221.

⁶³⁰ Dietmar MIETH (1982): Gotteserfahrung und Weltverantwortung, S. 205.

werden, ein Zeugnis eines tiefen menschlichen Erfahrungsschatzes ist.⁶³¹ In der Bewältigung von Behinderung und Krankheit, in einer Welt, in der vor allem Leistungsfähigkeit, Jugendlichkeit und Flexibilität – um nur einige Beispiele zu nennen – die Erfordernisse des Marktes und moderner Gesellschaften widerspiegeln, können Aspekte menschlichen Lebens stark gemacht werden, die ein erfülltes und gelungenes Leben nicht nur an diesen ebengenannten Kriterien festmachen. Damit bekommt die theologische Ethik eine Funktion des Korrektivs, um den Menschen in seiner konkreten Verfasstheit einerseits nicht gänzlich den nicht selten illusionären Versprechungen einer modernen Medizin auszuliefern und ihm andererseits im System des Gesundheitswesens einen Platz einzuräumen, bei dem er seiner Verantwortung gerecht wird, ohne überfordert zu sein.

Das Proprium einer christlichen bzw. theologischen Ethik liegt damit nicht im Bereich einer Moral, die nur für Gläubige von Relevanz sein kann, sondern im Bereich der *Motivation* und in einem „integrierenden, stimulierenden und kritisierenden Effekt im Prozess der Normfindung.“⁶³² Dieses Verständnis hinsichtlich des Beitrags einer theologischen Ethik zu einer konkreten ethischen Urteilsfindung mag auf den ersten Blick bescheiden erscheinen, weil unmittelbare Rückgriffe auf biblische Textstellen wie auch deduktive, d. h. von höheren Normen und Prinzipien direkt abgeleitete Urteile nicht möglich sind⁶³³ und ein christlicher Beitrag zu einer ethischen Urteilsbildung nicht einfach auf religiöse Quellen verweisen kann, sondern die Autonomie der Sachbereiche und der Wissenschaften anzuerkennen hat.⁶³⁴ Umgekehrt ist erst dadurch eine *Öffnung zur Welt*⁶³⁵ hin möglich, die die Freiheit

⁶³¹ Vgl. Sebastian ZINK (2012): Gedenke Israel... In: Marianne HEIMBACH-STEINS, Georg STEINS (Hg.): *Bibelhermeneutik und Christliche Soziallehre*, S. 165–216.

⁶³² Hans HIRSCHI (1995): *Autonome Moral und christliche Anthropologie*, S. 98.

⁶³³ So auch Arno ANZENBACHER (1997): *Christliche Sozialethik*, S. 29f: „Wenn der Christliche Sozialethiker vor der Aufgabe steht, bestimmte Sachbereiche des Sozialen zu beurteilen und auf inhaltlich-konkrete Fragen Lösungsvorschläge zu erarbeiten, dann hilft ihm der Rekurs auf die Heilige Schrift wenig. Er muss sich – motiviert durch die Gewissheiten und die prinzipielle Orientierung, die er aus der Offenbarung schöpft, - in den Sachbereichen und Themenfeldern konkret kompetent machen. Der Glaube mag noch so sehr sozial sensibiliert sein und noch so begeistert und selbstlos in das soziale Engagement drängen; wenn er sich nicht sachlich und thematisch kompetent macht, läuft er Gefahr, mehr Unheil anzurichten als an der Linderung sozialer Not mitzuwirken.“ Zur Abgrenzung von kirchlichem Lehramt und theologischer Ethik s. Hans HALTER (2006): *Das Problem der Implementierung*, v. a. S. 414ff.

⁶³⁴ Theologische Ethik hat damit eine integrative Funktion. Sie muss die Erkenntnisse der Einzelwissenschaften ernst nehmen. Methodisch ist sie einem interdisziplinären Ansatz verpflichtet. Die Pastoralkonstitution des Zweiten Vatikanums spricht in diesem Zusammenhang von der „Autonomie der irdischen Wirklichkeiten“ (GS 36) und anerkennt die Charakteristika moderner Gesellschaften: Ausdifferenzierung und Verselbständigung. Vgl. Arno ANZENBACHER (1997): *Christliche Sozialethik*, S. 35ff.; Dietmar MIETH (1992): *Theologie und Ethik. Das unterscheidend Christliche*, S. 219f.; Stephan ERNST (2009): *Grundfragen theologischer Ethik*.

⁶³⁵ Ital.: *Aggiornamento*, ein von Papst Johannes XXIII. geprägter Begriff für die Öffnung der Katholischen Kirche zur Welt hin. Er wurde später zum Motto des Zweiten Vatikanums.

und Verantwortung des Menschen auch theologisch begründet und das Kriterium der Humanität ernst nimmt.⁶³⁶

8.3 Biblisch-theologische Orientierungspunkte

8.3.1 Allgemeine Vorbemerkungen

In der Katholischen Soziallehre (KSL)⁶³⁷ sind seit gut hundert Jahren⁶³⁸ Überzeugungen bzw. „Gewissheiten“ hinsichtlich verschiedener Grundbestimmtheiten des Menschen als Individuum, aber auch als Sozial- und Gemeinschaftswesen festgehalten.⁶³⁹ Dies erfolgte im Horizont des jüdisch-christlichen Menschen- und Weltverständnisses. Grundlagen hierfür sind einerseits die biblischen Schriften und andererseits die im gelebten Glauben gewonnenen Überzeugungen, die gemeinhin als Tradition⁶⁴⁰ bezeichnet werden.

Diese normativen Orientierungen dienen dazu, in konkreten Sachbereichen, die durch „thematische Reduktionen“ und „bestimmte Methoden“⁶⁴¹ gekennzeichnet sind, die christlichen Überzeugungen von der unverfügbaren Würde des Menschen kritisch mit nachvollziehbaren Gründen zur Sprache zu bringen. Die Aspekte und Argumente, die solche Prinzipien zum Ausdruck bringen, können dabei in ihrem wesentlichen ethischen Gehalt auch von anderen Ethikansätzen bejaht werden. Die theologische Ethik bringt sich damit in konkreten Sachbereichen als ernst zu nehmendes und kritisches Korrektiv⁶⁴² gegen eine einsei-

⁶³⁶ Vgl. hierzu Dietmar MIETH (1992): *Theologie und Ethik. Das unterscheidend Christliche*, S.221.

⁶³⁷ Der Bezug auf die Katholische Soziallehre will nicht als Abgrenzung zu einer kirchlichen oder christlichen Soziallehre verstanden sein. Allerdings ist die KSL eher als eine Einheit zu verstehen, weil die darin entwickelten Prinzipien anders als in der evangelisch-protestantischen Tradition, wo von der Struktur und vom Selbstverständnis dieser Kirchen her eine geringere Verbindlichkeit und weniger ein allgemeiner Anspruch auf Anerkennung damit verbunden ist, zum Grundbestand katholischer Ethik zählt. Darüber hinaus stellt sie aber keinen einheitlichen lehramtlichen Bestand dar, sondern wird als solche entsprechend den vorherrschenden Fragen (vgl. insbesondere die Diskussionen im Bereich der Bio- und Medizinethik) weiter entwickelt und an neue wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst.

⁶³⁸ Der Anfang offizieller katholischer Sozialverkündigung wird bekanntlich mit der Verkündigung der Sozialenzyklika *Rerum novarum* von 1891 gleichgesetzt. Sie markiert somit den Beginn dessen, was wir als KSL bezeichnen.

⁶³⁹ Einen Überblick über die Entwicklung der „Sozialen Frage“ in der Katholischen Kirche bietet Franz Josef STEGMANN (1999): *Ansätze und Entwicklungen der modernen wirtschaftsethischen Fragestellung in den christlichen Kirchen*, S. 683-712. Einen Literaturüberblick zur KSL bietet Hans-Joachim HÖHN (1999): *Konzeptionelle wirtschaftsethische Implikationen in den Soziallehren der Kirchen*, S. 740-758. Eine Zusammenstellung der lehramtlich relevanten Texte findet sich bei KAB DEUTSCHLAND (2007): *Texte zur katholischen Soziallehre*.

⁶⁴⁰ Dieser Begriff umfasst mehr als die lehramtlichen Positionen. Zur Tradition gehört auch, unterschiedliche Entwürfe bis hin zu einer Kritik lehramtlicher Positionen in den Blick zu nehmen.

⁶⁴¹ Vgl. Arno ANZENBACHER (1997): *Christliche Sozialethik*, S. 36.

⁶⁴² So auch Arno ANZENBACHER (1997): *Christliche Sozialethik*, S. 178: „Die Ausarbeitung eines solchen Prinzipientraktats [die Sozialprinzipien, Anm. d. Verf.] ist notwendigerweise kritisch auf die aktuellen sozialen Kontexte bezogen...“

tige oder ausschliessliche Ver zweckung des Menschen und eine Missachtung seiner Rechte in Position.

Die nachfolgenden Ausführungen zu den Sozialprinzipien⁶⁴³ der KSL verfolgen das Ziel, die aus christlich-ethischer Perspektive grundlegenden Überzeugungen zu Mensch und Gesellschaft im Hinblick auf die vorliegende Frage kurz zu erläutern. Dazu ist es nicht nötig, die Begründung dieser Prinzipien in extenso darzulegen.⁶⁴⁴ Vielmehr sollen die relevanten Aspekte im Hinblick auf Eigenverantwortung und Gesundheit dargelegt werden. Dies bildet dann die Grundlage für eine weitergehende ethische Urteilsfindung zur Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen.

8.3.2 Der Mensch in den biblischen Quellen

Ausgehend von der biblischen Offenbarung, die sowohl im Alten wie im Neuen Testament zentrale Anhaltspunkte über das Selbstverständnis des Menschen liefert,⁶⁴⁵ lassen sich einige theologisch relevante Orientierungspunkte für unsere Fragestellung gewinnen. Die Grundlegung des biblisch-christlichen Menschenbildes findet sich im Schöpfungsbericht des AT. Als Geschöpf Gottes, der den Menschen als *sein Abbild* schuf,⁶⁴⁶ steht der Mensch im Mittelpunkt der Schöpfungsordnung. In seiner Gottebenbildlichkeit wird der Mensch zum Repräsentanten Gottes und seiner Herrschaft in der Welt. Dieser erste Befund stellt den Menschen als Subjekt seines Handelns dar. Er ist vor Gott zur Mitgestaltung der Schöpfung, also auch seiner sozialen Umwelt, aufgerufen.

⁶⁴³ Vgl. Arno ANZENBACHER (1997): Christliche Sozialethik, S. 178-224; Alois BAUMGARTNER, Wilhelm KORFF (1998): Sozialprinzipien, S. 405-411; Marianne HEIMBACH-STEINS (2004): Christliche Sozialethik, S. 265-301.

⁶⁴⁴ Deshalb ist es im vorgegebenen Kontext auch nicht nötig, alle Sozialprinzipien darzustellen. Die Darstellung folgt dem traditionell verbreiteten Gliederungsschema von *Personalität*, *Solidarität* und *Subsidiarität*. Bei Marianne Heimbach-Steins werden als normative Orientierung eigens auch noch *Gemeinwohl*, *Gerechtigkeit* und *Nachhaltigkeit* genannt. S. Marianne HEIMBACH-STEINS (2004): Christliche Sozialethik, S. 15. Nachhaltigkeit und Gemeinwohlorientierung spielen bei der Frage der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen eher eine untergeordnete Rolle, zumal sich die Gemeinwohlorientierung wesentlich aus dem Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzipien ergibt. Was das Prinzip der Gerechtigkeit im Kontext der vorliegenden Fragestellung meint, soll ausserdem gerade anhand der genannten Prinzipien verdeutlicht werden.

⁶⁴⁵ Näheres in Bezug auf das Menschenbild im AT findet sich u. a. bei Erich ZENGER (1987): Gottes Bogen in den Wolken; LTHK (2006): Art. Mensch, biblisch-theologisch, S. 110-111. Zum Menschenbild des NT Näheres bei LTHK (2006): Art. Mensch, biblisch-theologisch, S. 111-117; Joachim GNILKA (1994): Theologie des Neuen Testaments, S. 40-69. Ferner NHTHG (1985): Art. Mensch/Ebenbild Gottes, S. 83-94. Vgl. a. Marianne Heimbach-Steins (2012): Christliche Sozialethik – im Gespräch mit der Bibel. In: Marianne HEIMBACH-STEINS, Georg STEINS (Hg.): Bibelhermeneutik und Christliche Soziallehre, S. 11-36.

⁶⁴⁶ Gen 1,26f.

In der Geschöpflichkeit des Menschen kommt aber auch zum Ausdruck, dass der Mensch sich das Leben nicht selbst gegeben hat. Vielmehr wird es als Geschenk begriffen, das von Beginn an bis zum Tod dem Menschen im Letzten nicht verfügbar ist.⁶⁴⁷ Im engeren Zusammenhang mit dem Thema «Gesundheit» werden in den biblischen Texten beispielsweise Einschränkungen aufgrund des Alters⁶⁴⁸, Kinderlosigkeit⁶⁴⁹ sowie eine qualvolle und ekelerregende Krankheit⁶⁵⁰ beschrieben, und in zahlreichen Psalmen wird Bezug genommen auf Schmerzen, Krankheiten und Gebrechlichkeit.⁶⁵¹

Neben der Gottebenbildlichkeit wird im Schöpfungsbericht ebenfalls davon gesprochen, dass Gott den Menschen als Mann und Frau schuf.⁶⁵² Der Mensch als Person ist somit von Beginn an auf Gemeinschaft hin angelegt. Der Mensch kann sich nach biblischem Verständnis nicht allein als Abbild Gottes verstehen, sondern nur in seinem Bezug zu Gemeinschaft, und die Basis dieser Gemeinschaft ist Kommunikation.⁶⁵³ Der Mensch wird in der Bibel also nicht nur in Beziehung zu Gott geschildert, sondern auch in Bezug auf seinesgleichen.⁶⁵⁴

Im NT wird der Gedanke der Gottebenbildlichkeit, der besonderen Würde des Menschen und seiner Geschöpflichkeit in der Person Jesu erneut aufgegriffen. Diese besondere Würde ist universal, also unabhängig von Alter, Gesundheit, sozialer Stellung und ethnischer Zugehörigkeit. Christus ist nach Paulus das „Bild Gottes“⁶⁵⁵, das den „neuen Adam“⁶⁵⁶ verkörpert. Sowohl im AT wie im NT wird damit der Mensch als Gegenüber von Gott angesprochen. Seine Gottebenbildlichkeit kommt besonders darin zum Ausdruck, dass der Mensch in Freiheit mit Vernunft ausgestattet aufgefordert ist, selbst schöpferisch tätig zu sein. Gemäss biblischen Erzählungen erfährt der Mensch seine Freiheit als Geschenk, aller-

⁶⁴⁷ Vgl. Andreas LIENKAMP (2012): Herrschaftsauftrag und Nachhaltigkeit. In: Marianne HEIMBACH-STEINS, Georg STEINS (Hg.): *Bibelhermeneutik und Christliche Soziallehre*, S. 187–216.

⁶⁴⁸ Gen 18,9-15.

⁶⁴⁹ Gen 16,1.

⁶⁵⁰ Hiob 2,7.

⁶⁵¹ Ps 6; 38; 41 und 88, um nur einige Beispiele zu nennen.

⁶⁵² Gen 1,27; Gen 2,18-23; Gen 5,2. Vgl. Magdalene L. FRETTLÖH (2002): *Wenn Mann und Frau im Bilde Gottes sind*.

⁶⁵³ Otto H. Pesch oder Jean-Pierre Wils betonen, dass der Mensch erst im Wechselspiel zwischen Ich und Gemeinschaft, zwischen Selbst-Sein und Fremd-Sein zu sich selber findet. Vgl. Otto H. PESCH (1983): *Frei sein aus Gnade*; Jean-Pierre WILS (1992): *Anthropologie*, S. 178 und Christian DUQUOC (1985): *Mensch/Ebenbild Gottes*, in: *NHthG*, S. 83-94.

⁶⁵⁴ Dies impliziert auch Aspekte der Erinnerung und Vergegenwärtigung. Vgl. Sebastian ZINK (2012): *Gedenke Israel...* In: Marianne HEIMBACH-STEINS, Georg STEINS (Hg.): *Bibelhermeneutik und Christliche Soziallehre*, S. 165–216.

⁶⁵⁵ Kol 1,15.

⁶⁵⁶ 1 Kor 15,49.

dings als ein Geschenk, das immer wieder Gefährdungen ausgesetzt ist. Der Mensch ist verstrickt in Unfrieden, Unheil und Leid.⁶⁵⁷ Allerdings bildet diese „Heillosigkeit“ nicht den Schlussakkord der biblischen Botschaft. Im Verlauf der biblischen Erfahrungsgeschichte der Menschen mit Gott manifestiert sich ein leidenschaftliches Bekenntnis Gottes zu den Menschen. Obwohl sich der Mensch immer wieder von Gott abwendet, anderen Göttern huldigt, sich selbst an die Stelle Gottes setzt und damit nach biblischem Verständnis die eigentliche Bestimmung zum Menschsein verfehlt, lässt dieser ihn nicht gänzlich fallen.⁶⁵⁸ Dieses Bekenntnis Gottes zum Menschen findet nach christlichem Verständnis in der Heilstat durch Jesus Christus seinen Höhepunkt. In dieser Gottebenbildlichkeit und in der durch Jesus Christus begründeten Heilswirklichkeit kommt die einzigartige und universale Würde⁶⁵⁹ aller Menschen zum Ausdruck,⁶⁶⁰ in deren Folge "muss der Mensch Träger, Schöpfer und Ziel aller gesellschaftlichen Einrichtungen sein".⁶⁶¹ Diese biblisch begründete Erkenntnis bildet den Ausgangspunkt jeder christlich-ethischen Reflexion im Zusammenhang mit dem Menschen und seiner Stellung im Kosmos. Innerhalb der kirchlichen Soziallehre wurden ausgehend von den genannten biblisch begründeten Überzeugungen mehrere Grundorientierungen formuliert, die das christlich geprägte Bild vom Menschen und seiner Beziehung zur sozialen Umwelt in einer Sprache zum Ausdruck bringen, die es erlaubt, auf der Basis allgemeiner Erfahrungen und der Vernunft auch mit einer philosophischen Ethik ins Gespräch zu kommen. Diese sogenannten Sozialprinzipien werden nachfolgend auf die vorliegende Themenstellung hin erläutert.

8.3.3 Der Mensch als Person – das Personalitätsprinzip⁶⁶²

Mit dem bisher Gesagten ist klar, dass der Mensch im Mittelpunkt aller (theologisch-) ethischen Reflexion steht. So stellt auch das *Personalitätsprinzip* in systematischer Hinsicht

⁶⁵⁷ Vgl. im NT v. a. die paulinischen Schriften, die die Verfallenheit des Menschen zum Tod thematisieren (Röm 5,12-21; Eph 2,1-3; Hebr 2,14-18).

⁶⁵⁸ Davon zeugt die Erzählung von der Sintflutgeschichte (Gen 6,5-7,24), die mit der Versöhnung Gottes mit den Menschen und dem Bundschluss (Gen 15,18-21) endet.

⁶⁵⁹ Der Begriff der «Würde» geht in diesem Zusammenhang auf Immanuel Kant zurück. Kant bezeichnet «Würde» als etwas, dem der Mensch unbedingt verpflichtet ist. Den Gegenbegriff hierzu sieht er im «Wert», der durch einen Preis bestimmt ist und grundsätzlich durch ein Äquivalent ersetzt werden kann. Immanuel KANT (2004): *GMS*, S. 43 [48].

⁶⁶⁰ Zum Zusammenhang von Gottebenbildlichkeit, christologischer Heilstat und Menschenwürde vgl. Konrad HILPERT (2006): Art. Menschenwürde; DERS. (2001): *Menschenrechte und Theologie*, insb. S. 356-368; Johannes SCHWARTLÄNDER (1998): Art. Menschenwürde/Personwürde.

⁶⁶¹ JOHANNES XXIII. (1961): *Mater et magistra*, 217. Das 2. Vatikanische Konzil hat diese wichtige Aussage wieder aufgenommen und genauer akzentuiert in GS 25: „Wurzelgrund nämlich, Träger und Ziel aller gesellschaftlichen Institutionen ist und muss auch sein die menschliche Person, die ja von ihrem Wesen selbst her des gesellschaftlichen Lebens durchaus bedarf.“

⁶⁶² Weiterführende Literatur findet sich bei Thomas BOHRMANN (2002): *Organisierte Gesundheit*, S. 74-82; Alois BAUMGARTNER, Wilhelm KORFF (1998): *Sozialprinzipien*; Heinrich SCHMIDINGER (1994): *Der Mensch ist Person*.

das Fundament für die weiteren Prinzipien dar. Diese sind im Kern bereits im Personalprinzip angelegt.⁶⁶³ Der in der Neuzeit zu besonderer Bedeutung gekommene Personbegriff bildet so auch die Grundlage der christlichen Ethik. Der Mensch als Person wird damit zum letzten Massstab weltlicher Ordnung. Dieser *Letztbezug* auf den Menschen (worin gerade seine Würde zum Ausdruck kommt) ist nur möglich, weil der Mensch, eben weil er Person ist, einen „unbedingten Wert“ darstellt.⁶⁶⁴ Deshalb haben auch alle gesellschaftlichen Institutionen und Ordnungen eine „ausschliesslich *instrumentelle* Funktion“⁶⁶⁵ in Bezug auf das Wohlergehen des Menschen: „Ihre Rechtfertigungsfähigkeit bemisst sich daran, inwieweit sie den Entfaltungsbedürfnissen des personalen Subjekts entsprechen...“⁶⁶⁶ Auf lehramtlicher Seite bringt dies in exemplarischer Weise die Enzyklika *Mater et magistra* aus dem Jahre 1961 zum Ausdruck:

„Nach dem obersten Grundsatz dieser Lehre [der KSL, Anm. d. Verf.] muss der Mensch Träger, Schöpfer und das Ziel aller gesellschaftlicher Einrichtungen sein. Und zwar der Mensch, sofern er von Natur aus auf Mit-Sein angelegt und zugleich zu einer höheren Ordnung berufen ist, die die Natur übersteigt und diese zugleich überwindet. Dieses oberste Prinzip trägt und schützt die unantastbare Würde der menschlichen Person.“⁶⁶⁷

Diese grundlegende Orientierung am Menschen, die ihn zum Mass aller Dinge macht, gilt selbstverständlich auch für gesellschaftspolitische Fragen. Bei der Frage der Eigenverantwortung für die Gesundheit spielt diese Erkenntnis insofern eine zentrale Rolle, weil Gesundheit als *Ermöglichungsgut*⁶⁶⁸, das die Befriedigung vieler anderer Bedürfnisse erst ermöglicht, eine wesentliche Voraussetzung ist, wenn es um Entfaltungsmöglichkeiten und Lebensperspektiven des Menschen geht. Dies hat Konsequenzen in zweierlei Hinsicht.

Das prinzipielle Recht auf Gesundheit

Zum einen wird die Wichtigkeit des Gutes Gesundheit für die je individuellen Lebensperspektiven und –pläne unterstrichen. Das Gut Gesundheit ist so grundlegend für ein *erfülltes Leben*, dass es die Würde des Menschen berührt, wenn angemessene Hilfe zur Förderung,

⁶⁶³ So auch Arno ANZENBACHER (1997): *Christliche Sozialethik*; Heinrich SCHMIDINGER (1994): *Der Mensch ist Person*; Marianne HEIMBACH-STEINS (2004): *Christliche Sozialethik*, S. 263.

⁶⁶⁴ Wie bereits in FN 656 angesprochen, unterscheidet Immanuel Kant zwischen „Preis“ und „Würde“, also zwischen relativen und absoluten Werten: „Im Reich der Zwecke hat alles entweder seinen Preis, oder seine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als Äquivalent, gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.“ Immanuel KANT (1994): *GMS*, S.49 [69].

⁶⁶⁵ Alois BAUMGARTNER (2004): *Personalität*, S. 265 (kursiv im Original).

⁶⁶⁶ Marianne HEIMBACH-STEINS (2004): *Christliche Sozialethik*, S. 263.

⁶⁶⁷ *Mater et magistra*, 218-220.

⁶⁶⁸ Näheres vgl. Kap. 6.

Wiederherstellung und Erhalt der Gesundheit unterbleibt. Ziel aller staatlichen und gesellschaftlichen Arrangements in Sachen Gesundheit muss deshalb der einzelne, individuelle Mensch sein. Er ist das entscheidende Kriterium – wenn auch nicht das einzige – jeden ethischen Nachdenkens über die Strukturen im Gesundheitswesen. Das Personalitätsprinzip, das in der universellen Würde des Menschen begründet ist, unterstreicht also nicht nur das individuelle Recht jedes Menschen auf bestmögliche Gesundheit,⁶⁶⁹ sondern dient auch als ethischer Massstab für die Bewertung staatlicher Institutionen und Ordnungen in Bezug auf die Gesundheit seiner Bürgerinnen und Bürger.⁶⁷⁰ Die Rede von der Menschenwürde, die im unhintergehbaren Verständnis des Personseins aller Menschen wurzelt, begründet somit *Anspruchsrechte*⁶⁷¹ der Einzelnen gegenüber diesen Institutionen und Ordnungen.⁶⁷² Diese Anspruchsrechte tragen dazu bei, dass die theoretisch formulierten Ansprüche, wie das beispielsweise im UNO-Pakt I⁶⁷³ formulierte Recht für alle auf ein erreichbares Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit, auch auf *konkrete* Weise umgesetzt werden. Das Personalitätsprinzip begründet, warum das Recht auf Gesundheit auch „faktisch-material“ so umgesetzt werden muss, dass alle Rechtspersonen in einer Gesellschaft in Bezug auf die Gesundheit die Chance haben, ein menschenwürdiges Leben mit fairen Chancen auf bestmögliche Gesundheit zu führen. Aufgrund des fundamentalen Charakters des Gutes Gesundheit gilt dieses Recht (prinzipiell) für alle Menschen, weltweit. Allerdings ist hierbei anzuerkennen, dass eine faktische Umsetzung dieses Anspruchs andere grundlegenden Rechte infrage stellen kann, so z. B. das Selbstbestimmungsrecht anderer Menschen und Staaten, das Recht auf kulturelle Vielfalt etc. Jürgen Habermas spricht deshalb von sozialen Grundrechten, die für „die Gewährung von Lebensbedingungen, die in dem Masse sozial, technisch und ökologisch gesichert sind, wie dies für die chancengleiche Nutzung unter gegebenen Verhältnissen jeweils notwendig ist“, zentral sind.⁶⁷⁴

⁶⁶⁹ Zum Verständnis eines Menschenrechts auf Gesundheit vgl. Ziff. 8.4.

⁶⁷⁰ Denn „die gesellschaftliche Ordnung und ihre Entwicklung müssen sich dauernd am Wohl der Personen orientieren.“ GS 26.

⁶⁷¹ Es handelt sich dabei um wirtschaftlich-soziale und kulturelle Grundrechte. Dazu gehören das Recht auf soziale Sicherung, auf Gesundheitsversorgung und auf Wohnung, das Recht auf Arbeit und faire Arbeitsbedingungen, auf Erholung und Freizeit sowie auf Bildung und Teilnahme am kulturellen Leben. Vgl. Arno ANZENBACHER (1997): *Christliche Sozialethik*, S. 191.

⁶⁷² Vgl. Alois BAUMGARTNER (2004): *Personalität*, S.266f; Arno ANZENBACHER (1997): *Sozialethik*, insb. S. 191f. Diese Bestimmung von Anspruchsrechten ist zunächst ganz im Kontext des Personalprinzips formuliert, was aber nicht ausschliesst, dass umgekehrt auch die Gesellschaft unterschiedliche Interessen an einer bestmöglichen Gesundheit ihrer Mitglieder besitzt (Seuchengefahr, Human Capital etc.).

⁶⁷³ Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, von der UNO 1966 verabschiedet.

⁶⁷⁴ Jürgen HABERMAS (1992): *Faktizität und Geltung*, S. 156f.

Die Erstverantwortung für die eigene Gesundheit

Zum anderen betont das Personalprinzip die Person als Subjekt des Handelns. Im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen ist hier die Frage der Eigenverantwortung von besonderer Relevanz. Einerseits ist klar, dass viele gesundheitsrelevante Aspekte wie körperliche und geistige Einschränkungen, Veranlagungen und seelische Befindlichkeiten nicht verantwortet werden können. Sie sind Ausdruck einer „natürlichen Lotterie“⁶⁷⁵, deren Resultate in vielen Fällen nur begrenzt therapiert und medizinisch behandelt werden können. Andererseits muss jede Person ihr Leben mit den gegebenen Voraussetzungen zunächst und letztlich in eigener Verantwortung gestalten. Diese „Erstverantwortung“⁶⁷⁶ für die eigene Gesundheit bedeutet aber gerade nicht, dass das Individuum die Alleinverantwortung dafür trägt. Die Erstverantwortung steht in einem Beziehungsverhältnis zu grösseren sozialen Einheiten wie Familie, Versichertengemeinschaft und Gesellschaft, weil Einzelne immer wieder mit ihren gesundheitlichen Problemen überfordert und überlastet sind, so dass sie die oben begründeten Rechtsansprüche gegenüber staatlichen oder auch privaten Institutionen geltend machen können. Damit begründet das Personalitätsprinzip aber auch einen hohen Anspruch an das Individuum: Es würde der verantworteten Freiheit des Menschen nicht gerecht, wenn er Aufgaben der verantwortlichen Lebensführung, der Gesundheitserhaltung, -förderung und -wiederherstellung vollumfänglich anderen überlassen würde. Eine unverhältnismässige Übertragung solcher Verantwortlichkeiten auf Gesellschaft und Staat widerspricht ebenso dem Personalitätsprinzip wie eine Alleinverantwortung für die Gesundheit. Die hohe Kunst besteht darin, diese beiden Aspekte in ein vernünftiges und damit ausgewogenes Verhältnis zu bringen. Den rechtlichen Rahmen dafür definiert die Schweizer Bundesverfassung in Art. 41, Abs 1 folgendermassen: „Bund und Kantone setzen sich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür ein, dass: b) jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.“

8.3.4 Einer für alle, alle für einen – das Solidaritätsprinzip⁶⁷⁷

Arno Anzenbacher beschreibt das Verhältnis zwischen Personalitäts- und Solidaritätsprinzip folgendermassen: „Während das *Personalitätsprinzip* im Sinne des wechselseitigen

⁶⁷⁵ John Rawls spricht im Zusammenhang mit der Frage nach einer gerechten Vermögensverteilung von der „Lotterie der Natur“, John RAWLS (1979): Eine Theorie der Gerechtigkeit, S. 94.

⁶⁷⁶ Vgl. Kap. 6.

⁶⁷⁷ Es gibt eine ausführliche Diskussion zur Klärung des Begriffs der Solidarität. Zur inhaltlichen und historischen Bestimmung grundlegend ist der Sammelband von Kurt BAYERTZ (1998): Solidarität; ferner zur Klärung des Begriffs „Solidaritätsprinzip“ vgl.: Thomas BOHRMANN (2002): Organisierte Gesundheit, S. 82-100; Ulrike KOSTKA (2002): Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, S. 151-153.; Arno ANZENBACHER (1997): Christliche Sozialethik, S. 196-210; Alois BAUMGARTNER, Wilhelm KORFF (1998): Art. Sozialprinzipien, S. 405-411; Oswald von NELL-BREUNING (1990): Baugesetze der Gesellschaft.

Anerkennungsverhältnisses den menschenrechtlichen Status der Person präzisiert, also den prinzipiellen *Rechtsanspruch* jedes Menschen als Person entfaltet, geht es im *Solidaritätsprinzip* um die diesen Rechtsanspruch entsprechenden *Pflichten*, die sich innerhalb der Rechtsgemeinschaft für jedermann sowie für die Rechtsgemeinschaft als ganze ergeben. Insofern verpflichtet das Solidaritätsprinzip zu einer *sozialen Kooperation*, deren Ziel es ist, *den menschenrechtlichen Status der Person für alle zu gewährleisten*.⁶⁷⁸

Entsprechend der anthropologischen Bedeutung des Gutes Gesundheit verpflichtet das Solidaritätsprinzip sowohl jeden Einzelnen wie auch die Gemeinschaft als ganze zu Hilfe und Unterstützung im Fall von Krankheit und gesundheitlichen Einschränkungen, mit denen Einzelne oder kleinere Gemeinschaften allein überfordert wären.⁶⁷⁹ Die Rede von der „Rechtsgemeinschaft“ bei Anzenbacher, also die Begrenzung auf ein konkret verfasstes Sozialgebilde, deutet darauf hin, dass er das Solidaritätsprinzip auf dem Hintergrund des deutschen Sozialstaats erläutert. Allerdings muss aus grundlegenden ethischen Gründen betont werden, dass Solidarität im Hinblick auf jede menschliche Person geboten ist, weil sie „keine religiösen, sozialen, topographischen, ethnischen oder kulturellen Grenzen“⁶⁸⁰ kennt. Als sozialetisches Prinzip besitzt die Solidarität eine universelle Dimension.⁶⁸¹ Dies deckt sich mit der beim Personalitätsprinzip herausgearbeiteten Universalität der Menschenwürde: Wer auch immer Unterstützung bei Behinderung und Krankheit benötigt, weil für ihn dadurch grundlegende Lebenschancen bedroht sind, hat Anspruch auf die Solidarität derjenigen, die diese geben können. Solidarität in diesem Sinne ist zunächst Ausdruck menschlicher Verbundenheit und „mitmenschlicher Schicksalsgemeinschaft“⁶⁸².

Allerdings zeigt sich hier auch ein Grundproblem solcher universalistischer Rechtsansprüche: Wie sollen diese im Einzelfall konkret umgesetzt werden? Wie weit kann/muss die Reichweite solcher Solidarität gehen und welche konkreten Ansprüche sind damit verbunden? Diese Fragen müssen im Detail beantwortet werden, eine ausführliche Beantwortung würde jedoch die Grenzen dieser Arbeit sprengen. Deshalb soll nur kurz darauf eingegangen werden, welche ethischen Gesichtspunkte bei möglichen Antworten berücksichtigt werden müssen.

⁶⁷⁸ Arno ANZENBACHER (1998): Christliche Sozialethik, S. 197 (kursiv im Original).

⁶⁷⁹ Vgl. Ulrike KOSTKA (2002): Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, S. 151.

⁶⁸⁰ So auch der Philosoph Julian NIDA-RÜMELIN (2000): Die ethischen Grundlagen des Sozialstaats, S. 346.

⁶⁸¹ Vgl. Thomas BOHRMANN (2002): Organisierte Gesundheit, S. 94f.: „Der gemeinsame Zusammenschluss von Menschen im Geiste der Solidarität kennt keinerlei Ausnahmen; nicht die Exklusivität dominiert hier, sondern die inklusive Ausdehnung, die alle umfasst, die dem Menschengeschlecht angehören.

⁶⁸² DBK/Rat der EKD (1997): Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit, Ziff. 116.

Das Ziel einer universellen Solidargemeinschaft

Im Bereich der Gesundheitsversorgung zeigt sich, dass ein solidarisch begründeter Rechtsanspruch immer national oder allenfalls regional, wenn man das Beispiel Europa betrachtet⁶⁸³, begrenzt ist. Wie lässt sich eine solche, andere Personen ausschliessende Partikularität angesichts des grundlegenden Werts von Gesundheit begründen? Zunächst müssen wir die faktische Begrenztheit von Finanzen und Ressourcen anerkennen. Der medizinisch-technische Standard des Schweizer Gesundheitswesens lässt sich aus diesen Gründen nicht 1:1 auf andere Staaten übertragen.⁶⁸⁴ Dieser Hinweis allein kann aber noch keine ethische Legitimität begründen. Alois Baumgartner und Wilhelm Korff bringen hier ein teleologisches Argument ins Spiel: „Die Verwirklichung des Wohls der kleineren Einheit muss sich zugleich als Voraussetzung der Verwirklichung des Ganzen erweisen.“⁶⁸⁵ Mit dieser Begründung stehen alle solidarischen Verpflichtungen von der eigenen Familie über berufliche oder private Gemeinschaften bis hin zur staatlichen oder regionalen Rechtsgemeinschaft unter dem Anspruch, dass sie dem eigentlichen Ziel einer universellen Solidargemeinschaft dienen.

„Universelle Solidarität bedeutet – wenn man das Bild konzentrischer Kreise wählt –, dass die Solidarität in jedem Lebenskreis zwar ihre eigene, nicht überspringbare Bedeutung hat, aber ihre Qualität einbüsst, wenn sie in sich selbst verschränkt bleibt und nicht offen ist für das Wohl umfassenderer Lebenskreise.“⁶⁸⁶

Die gesundheitliche „Erstverantwortung“ des Individuums, dann die besondere gesundheitliche Sorge und Verantwortung innerhalb der Familie und weitergehend die Verantwortung innerhalb einer Versicherten- oder Rechtsgemeinschaft stellt also den universellen Charakter einer ethisch begründeten Solidarität nicht zwingend in Frage.⁶⁸⁷ Sofern eine gesundheitliche Solidarität und Verantwortung in kleineren sozialen Einheiten verstanden wird als Vorstufe oder Weg hin zu einer grösseren und umfassenderen Gesundheit aller, ist sie sogar Ausdruck des universellen Charakters ethisch begründeter Solidarität.

⁶⁸³ Die Europäische Krankenversicherungskarte ermöglicht es Bürgerinnen und Bürgern aus den EU-Mitgliedsstaaten sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz medizinische Versorgungsleistungen während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland zu bekommen.

⁶⁸⁴ Ganz abgesehen davon, dass in anderen Regionen dieser Erde unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bestehen.

⁶⁸⁵ Alois BAUMGARTNER; Wilhelm KORFF (1998): Art. Sozialprinzipien, S.409.

⁶⁸⁶ Alois BAUMGARTNER (2004): Solidarität, S. 290.

⁶⁸⁷ Dies ist allerdings dann der Fall, wenn eine Kleingruppen-Solidarität primär einen abgrenzenden und egoistischen Charakter besitzt und ausschliesslich partikuläre Interessen verfolgt.

Unterschiedliche Bedürftigkeiten für ein Leben in Würde

Ein weiterer, für die vorliegende Fragestellung relevanter Aspekt ist mit dem Solidaritätsprinzip verbunden. Indem der ethisch begründete Solidaritätsgedanke aus der gemeinsamen und unhintergehbaren Würde aller Menschen hergeleitet wird und die gesundheitsbezogene Grundausstattung der Menschen sehr unterschiedlich verteilt sein kann,⁶⁸⁸ lässt sich in diesem Sinne solidarisches Handeln nicht verstehen als „Jedem das Gleiche“⁶⁸⁹, sondern nur als „Jedem das Seine“⁶⁹⁰. Folglich muss der Solidaritätsgedanke im Bereich der Gesundheit⁶⁹¹ vorrangig denen gelten, die aufgrund ihrer physischen, psychischen und geistigen Konstitution benachteiligt und dadurch in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und in der Verwirklichung grundlegender Lebensziele beeinträchtigt sind.⁶⁹² Ein Kriterium zur Beantwortung der Fragen, wie weit und in welchem Umfang ein solidarisch begründetes Handeln erfolgen soll, ist folglich der *Bedarf*, der notwendig ist, um ein den jeweiligen gesellschaftlich-kulturellen Umständen entsprechendes Leben in Würde zu führen.⁶⁹³

Gesundheit als individualethischer Auftrag

Ein ethisch begründeter Solidaritätsbegriff besitzt aber auch einen *individualethischen* Aspekt. Die bisherigen Ausführungen waren primär auf die Ausgestaltung des institutionellen Rahmens des Gesundheitswesens gerichtet. Die Klärung der Begriffe Gesundheit und Krankheit in Kap. 6 hat aber gezeigt, dass diese nicht einfach definiert und vorgegeben

⁶⁸⁸ Das Stichwort lautet hier „natürliche Lotterie“.

⁶⁸⁹ Im Kontext des Gesundheitswesens würde diese Interpretation bedeuten, dass jede Person bzw. alle Versicherten das Recht zusteht in gleichem Umfang, die für ihre Gesundheit wichtigen medizinischen Leistungen in Anspruch zu nehmen. Eine so verstandene Solidarität würde die unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Menschen nicht berücksichtigen.

⁶⁹⁰ Lateinisch als „*sum cuique*“ bekannt. Dieser antike Gerechtigkeitsgrundsatz (vgl. v. a. Platon und Cicero) fand insbesondere im politischen und juristischen Bereich Anwendung. Er kann grundsätzlich verstanden werden i. S. v. „Jedem das ihm zustehende Recht“, so dass unterschiedliche (Rechts-)Standards möglich sind oder i. S. v. „Jedem das, wessen er bedürftig ist“. Das erstgenannte Verständnis hat insbesondere im Nationalsozialismus eine menschenverachtende Rolle gespielt. Am Tor des Konzentrationslagers Buchenwald, von innen lesbar, wurden die Inhaftierten darauf hingewiesen, dass das Leben (und Sterben) im Lager, das ist, was ihnen zusteht.

⁶⁹¹ Wobei dies nicht nur für den Gesundheitsbereich gilt, sondern überall dort, wo die „Realisierung eines menschenwürdigen Lebens“ und „ein Leben in unverkürzter Menschlichkeit verwehrt wird.“ Alois BAUMGARTNER (2004): *Solidarität*, S. 290.

⁶⁹² In einem umfassenderen Sinn spricht man hier in der theologischen Ethik von der „Option für die Armen“ oder von der „Option für die am meisten Benachteiligten“. Ersterer wurde von der Theologie der Befreiung in Lateinamerika eingeführt, vgl. Ignacio ELLACURIA /Jon SOBRINO (1995): *Mysterium Liberationis*, und später auch von der DBK und EKD übernommen: „Die christliche Nächstenliebe wendet sich vorrangig den Armen, Schwachen und Benachteiligten zu. So wird die Option für die Armen zum verpflichtenden Kriterium des Handelns.“ DBK/ Rat der EKD (1997): *Für ein Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit*, S. 44, Ziff. 105.

⁶⁹³ Das Kriterium ist dabei noch unterbestimmt und undifferenziert. Der Bedarf für ein der Würde angemessenes Leben muss im Einzelfall konkretisiert werden. Mögliche Hilfe im Notfall zur Vermeidung bleibender Schäden und des Todes sind im Kontext des Schweizer Gesundheitswesens fraglos inbegriffen. Hinsichtlich der Eigenverantwortung folgen später weitere Ausführungen.

werden können. Gesundheit und Krankheit sind wesentliche Prozesse des Lebens, die letztlich je individuell zu deuten sind. Deshalb erhält hier die Solidarität eine subjektiv-moralische Seite. Im Wissen um grundsätzlich begrenzte Ressourcen und eine nicht endlos belastbare Solidarität in einer Gemeinschaft steht jede Person in der Verantwortung, den eigenen Bedarf an Gesundheitsgütern und –leistungen mitzubestimmen, sich also die Frage zu stellen, ob alle Ansprüche und Erwartungen an das Gesundheitswesen gerechtfertigt sind. Arno Anzenbacher weist darauf hin, dass es aus individualethischer Sicht um eine „subjektiv-moralische *Solidaritätsgesinnung*“ geht, also um die je persönliche Bereitschaft bzw. »die feste und beständige Entschlossenheit« (SRS 38), einerseits Solidarität als konkrete Rechtspflicht und als freiwillig-karitative Liebespflicht zu üben und andererseits sich für die solidaritätsbestimmte Gestaltung des institutionellen Bereichs einzusetzen.⁶⁹⁴

Im Kontext des Gesundheitswesens und der Frage der Eigenverantwortung der Versicherten ergeben sich daraus mehrere Aspekte, die teilweise auch schon angeklungen sind:

- Erstens geht es um eine grundlegende solidarische Einstellung hinsichtlich des Guts Gesundheit, die sowohl auf Ebene der sogenannten „Rechtspflichten“ als auch auf der Ebene der nicht geschuldeten, aber durchaus wünschenswerten „Tugendpflichten“ ihren Ausdruck finden muss.⁶⁹⁵ Zu den Rechtspflichten gehören alle für ein menschenwürdiges Leben notwendigen Hilfestellungen und Leistungen, wie sie bereits unter Ziff. 8.3.3 angesprochen wurden. Tugendethische Pflichten als individualethisches Element des Solidaritätsprinzips können im Hinblick auf die Gesundheit beispielsweise freiwillig-karitative Dienste⁶⁹⁶ oder das Bemühen um den Vorbildcharakter des eigenen Lebensstils sein.
- Zweitens betrifft dies das (gesundheitspolitische) Engagement für eine „solidaritätsbestimmende Gestaltung des institutionellen Bereichs“.⁶⁹⁷
- Und drittens umfasst der individualethische Aspekt des Solidaritätsprinzips die individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer.

⁶⁹⁴ Arno ANZENBACHER (1998): Christliche Sozialethik, S. 198f.

⁶⁹⁵ Eine Unterscheidung, die bei Immanuel Kant zu finden ist. Ein wesentlicher Unterschied zwischen Rechtspflichten und Tugendpflichten besteht in der Art der Verbindlichkeit. *Rechtspflichten* bewegen sich im Bereich der Gerechtigkeit, sie folgen aus der Verbindlichkeit staatlichen Rechts, einer positiv formulierten Legalität. Alle Personen haben einen rechtlichen Anspruch auf die Erfüllung von Rechtspflichten. *Tugendpflichten* hingegen sind im Bereich des *guten Lebens* anzusetzen, sie sind ethische Pflichten, die auf einer inneren moralischen Verpflichtung beruhen, sie unterliegen keiner äußeren Gesetzgebung. Immanuel KANT (1991): Metaphysik der Sitten, S. 21.

⁶⁹⁶ Solche dienste können die ehrenamtliche Betreuung von Kranken, ehrenamtliche Sozialdienste in Behinderten- und Krankeneinrichtungen etc. sein.

⁶⁹⁷ Ulrike KOSTKA (2002): Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, S. 153.

Angesichts prinzipiell begrenzter Ressourcen und begrenzten Möglichkeiten, Gesundheit wieder herzustellen, liegt die Verantwortung zunächst bei jedem Einzelnen, mit dem Gut Gesundheit verantwortlich umzugehen.⁶⁹⁸ Aber auch die Bereitschaft zu gegenseitiger solidarischer Unterstützung, wie dies im Rahmen der OKV institutionell geregelt ist, darf nicht über Gebühr beansprucht werden. Solidarisches Handeln des Einzelnen umfasst auch die Pflicht, im Rahmen einer solidarisch organisierten Gesundheitsversorgung nur so viel an Leistungen in Anspruch zu nehmen, wie nötig ist.⁶⁹⁹

8.3.5 „Hilfreicher Beistand“⁷⁰⁰ – das Subsidiaritätsprinzip

Im Zusammenhang mit dem Subsidiaritätsprinzip wird häufig auf die Enzyklika *Quadragesimo anno* von 1931 verwiesen.⁷⁰¹ Sie gilt als Quelle der klassischen Formulierung des Subsidiaritätsprinzips. Folgende Passage ist für die weiteren Ausführungen zentral:

„...wie dasjenige, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen; zugleich ist es überaus nachteilig und verwirrt die ganze Gesellschaftsordnung. Jedwede Gesellschaftstätigkeit ist ja ihrem Wesen und Begriff nach subsidiär;...“⁷⁰²

Im Fordergrund dieser Formulierung steht die „*eigenverantwortlich-autonome* Stellung des Einzelmenschen in der Gesellschaft“,⁷⁰³ was sich deckt mit der Betonung der Würde im Personalitätsprinzip, die jedem Menschen als Person zukommt. Gesellschaftliche und staatliche Tätigkeiten haben dies zu respektieren und sind deshalb in jeder Hinsicht *subsidiär*. Oswald v. Nell-Breuning bezeichnet diesen Aspekt der Subsidiarität als „negative Seite“⁷⁰⁴, weil sie Autoritätsansprüche höherer Ebenen in die Schranken weist.

⁶⁹⁸ Es kann an dieser Stelle noch nicht die Rede davon sein, ob einzelne Personen auch in der Lage sind, Verantwortung zu übernehmen und ob das dafür nötige Wissen vorhanden ist.

⁶⁹⁹ So auch Ulrike KOSTKA (2002): Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, S. 153.

⁷⁰⁰ Dies ist die Kurzfassung des Subsidiaritätsprinzips bei Oswald v. NELL-BREUNING (1990): Baugesetze der Gesellschaft, S. 77.

⁷⁰¹ So z. B. Thomas BOHRMANN (2002): Organisierte Gesundheit, S. 101ff.; Arno ANZENBACHER (1998): Christliche Sozialethik, S. 210ff. Alois BAUMGARTNER/Wilhelm KORFF (1998): Art. Sozialprinzipien, und Oswald v. NELL-BREUNING (1990): Baugesetze der Gesellschaft.

⁷⁰² QA, Ziff. 79.

⁷⁰³ Arno ANZENBACHER (1998): Christliche Sozialethik, S. 212.

⁷⁰⁴ Oswald v. NELL-BREUNING (1990): Baugesetze der Gesellschaft, S. 100ff.

Interessanterweise beginnt er bei seiner Einführung in das Subsidiaritätsprinzip mit der „positiven Seite“⁷⁰⁵:

„Die Gemeinschaft soll ihren Gliedern hilfreichen Beistand leisten. Dieser Beitrag kann in zweierlei bestehen: einmal darin, dass die Gemeinschaft das tut, was das Glied für sich selbst schlechterdings nicht tun kann; zum andern Mal darin, dass sie das Glied unterstützt bei dem, was es nicht allein, sondern nur mit Hilfe anderer vollbringen kann.“⁷⁰⁶

Beide Formulierungen beschreiben dasselbe Anliegen, aber aus unterschiedlicher Warte: „Soviel Kompetenz für die je kleinere Sozialeinheit *wie möglich* – soviel Kompetenz für die je grössere *wie notwendig*“⁷⁰⁷. Der Begriff »subsidium« stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Hilfe oder Hilfestellung. Von daher steht zunächst die positive Seite der Subsidiarität im Vordergrund. Verschiedene Autoren weisen deshalb auch darauf hin, dass es eine verbreitete Fehlinterpretation ist zu meinen, „das Subsidiaritätsprinzip plädiere einfachhin für Deregulierung, Sozialabbau, Privatisierung, Dezentralisierung und dafür, die Armen an ihre Eigenverantwortung zu verweisen und im Stich zu lassen“.⁷⁰⁸

Um dem Subsidiaritätsprinzip gerecht zu werden, sind folglich drei Dimensionen zu beachten:

- *Erstens* wird in der Enzyklika betont, dass jede gesellschaftliche Tätigkeit ihrem Wesen und Begriff nach subsidiär ist. Das Subsidiaritätsprinzip kann also als *Ordnungs-* oder *Strukturprinzip* verstanden werden, das auf den Menschen als (Einzel-) Person ausgerichtet ist. Gerecht ist demnach eine soziale Ordnung, wenn sie in ihrer Struktur und Zielsetzung auf das Wohlergehen des einzelnen Menschen ausgerichtet ist.
- Aufgrund des subsidiären Charakters jedweder Gesellschaftstätigkeit kann *zweitens* gefolgert werden, dass gegenüber Einzelnen und kleineren sozialen Gruppen für die hierarchisch abgestuften Sozialgebilde ein *Hilfestellungsgebot* (positive Seite) erwächst, damit diese kleineren Einheiten den ihnen entsprechenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten gerecht werden können.

⁷⁰⁵ Oswald v. NELL-BREUNING (1990): Baugesetze der Gesellschaft, S. 94ff.

⁷⁰⁶ Oswald v. NELL-BREUNING (1990): Baugesetze der Gesellschaft, S. 94.

⁷⁰⁷ Arno ANZENBACHER (1998): Christliche Sozialethik, S. 214.

⁷⁰⁸ Arno ANZENBACHER (1998): Christliche Sozialethik, S. 214. Diese Einschätzung wird geteilt von Oswald v. NELL-BREUNING (1990): Baugesetze der Gesellschaft, S. 93f., wenn er schreibt: „Im allgemeinen Bewusstsein steht vor allem die negative Seite, und in der öffentlichen, insbesondere tagespolitischen Diskussion spielt fast ausschliesslich sie eine Rolle.“

- *Drittens* nennt die Enzyklika quasi als Kehrseite des Hilfestellungsgebots ein sogenanntes *Kompetenzanmassungsverbot* (negative Seite). Insgesamt besitzt das Subsidiaritätsprinzip damit den Charakter eines Gerechtigkeitsprinzips. Es strukturiert die soziale Hierarchie im Sinne einer „Parteinahme für unten“⁷⁰⁹, die auf höheren Stufen eine entsprechende Zurückhaltung verlangt. Natürlich stellt sich hier dann die Frage, wer darüber entscheidet, wann eine höhere soziale Stufe im Sinne des „so viel wie nötig“ entsprechende Kompetenzen erhält. Die Antwort muss aus ethischer Sicht auch hier lauten, dass jede Entscheidung im Interesse der Einzelpersonen erfolgen muss. Auch wenn es sich dabei um eine genuin politische Angelegenheit handelt, muss gewährleistet sein, dass eine „Rückbindung an die Basis“ formal und konkret gegeben ist.

Zusammenfassend lässt sich demnach Folgendes festhalten: Das Subsidiaritätsprinzip nimmt zwar den Einzelnen in die Pflicht, sein eigenes Leben möglichst aus eigener Kraft und in eigener Verantwortung zu gestalten. Es verpflichtet aber auch die grösseren sozialen Einheiten dazu, die für eigenverantwortliches Handeln notwendigen Bedingungen zu schaffen. Das Subsidiaritätsprinzip ist also gerade kein Freibrief für Forderungen nach Abschaffung des Sozialstaats, nach einer rein marktwirtschaftlich-liberalen Struktur des Sozialen, die sich ausschliesslich am Prinzip der Leistungsfähigkeit orientiert, u. ä. Eine unmittelbare Übertragung auf konkrete Fragen im Gesundheitswesen ist aufgrund des allgemeinen Charakters dieses Prinzips zunächst nicht möglich, gleichwohl lassen sich an dieser Stelle gewisse ethische Markierungspunkte festhalten:

- Gerade mit Verweis auf das Subsidiaritätsprinzip lässt sich eine prinzipielle *Erstverantwortung* der Einzelnen für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit begründen. Dies meint neben der besonderen Sorge um die eigene Gesundheit auch den Umstand, dass deshalb nicht alle gesundheitlichen Bedürfnisse gesellschaftlich abgesichert werden müssen.⁷¹⁰
- Allerdings liegt es auch in der *Autonomie* des Individuums, in welcher Art und Weise es seine Fähigkeit, ein Leben in Gesundheit zu führen, realisiert.⁷¹¹ Neben der

⁷⁰⁹ Arno ANZENBACHER (1998): Christliche Sozialethik, S. 213.

⁷¹⁰ Die Schwierigkeit liegt dabei zunächst in Frage, was im Konkreten von Einzelnen erwartet werden kann und dann in der Frage, welche Konsequenzen es hat, wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden.

⁷¹¹ Der eigene Lebensstil bzw. Umgang mit der eigenen Gesundheit kann auch Auswirkungen auf die Situation anderer haben und die Betroffenen in ihrer Fähigkeit zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil einschränken (Hygiene, Ernährungsgewohnheiten und Lebensstilfragen als negative Vorbilder für Kinder, Rauchen in geschlossenen Räumen etc.). Im Sinne der Gerechtigkeit und der daraus erwachsenden relati-

Pflicht, für die eigene Gesundheit Sorge zu tragen, gibt es deshalb auch das Recht, den eigenen Lebensstil und einen individuellen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu wählen. Eine höhere soziale oder politische Ebene darf sich deshalb nicht anmassen, dem Individuum Vorschriften zu machen, welchen gesundheitsrelevanten Lebensstil es zu pflegen hat und welche Leistungen – solidarisch oder privat – bezogen werden dürfen.⁷¹² Folglich darf die Gesellschaft dem Individuum auch nicht jede Verantwortung für die Absicherung seiner Gesundheit abnehmen.

- Allerdings stehen die höheren Ebenen in der Verantwortung, Bedingungen zu schaffen, dass Personen auch bei gesundheitlichen Einschränkungen ein menschenwürdiges Leben führen können und faire Chancen für alle gegeben sind, ihr eigenes Gesundheitspotential bestmöglich zu nutzen.⁷¹³ Dies umfasst insbesondere Hilfe zur Selbsthilfe,⁷¹⁴ Festlegung von Grenzwerten und Verfahrensregeln zur Vermeidung von negativen äusseren Einflüssen, die der Gesundheit Schaden können, sowie die Schaffung von Rahmenbedingungen zur Überwindung sozioökonomischer Benachteiligungen.
- Die im Gesundheitsbereich zentralen Beziehungen wie Arzt-Patient, Patient-Versicherung oder auch Leistungserbringer-Versicherungen müssen ethisch ebenfalls auf das Wohlergehen der Einzelperson ausgerichtet sein. Bei bestehenden Sozialhierarchien haben sich die höheren an den tieferen, letztlich am Wohl der Einzelpersonen zu orientieren.

8.4 Ethische Orientierungspunkte – ein Zwischenfazit

Menschenbilder, weltanschauliche Standpunkte und ethische Prinzipien können im Kontext sozialer, also auch gesundheitspolitischer Fragen nicht unmittelbar, d. h. im Sinne einer

onalen Autonomie müssen deshalb die Ansprüche und Interessen der anderen im Umgang mit der eigenen Gesundheit berücksichtigt werden.

⁷¹² Dies schliesst nicht aus, dass eine demokratisch legitimierte Regierung (und damit letztlich getragen von den Bürgerinnen und Bürgern) im Rahmen einer obligatorischen Versicherungspflicht einen bestimmten Leistungskatalog definiert. Des Weiteren kann aus ethischen Gründen den Bürgerinnen und Bürgern nicht verboten werden, darüber hinaus gehende Leistungen privat zu beziehen.

⁷¹³ Vgl. UNO-Pakt I und die Ausführungen zum Personalprinzip, Ziff. 8.3.3.

⁷¹⁴ Oswald v. Nell-Breuning präzisiert diesen Aspekt dahingehend, dass er sich gegen das Missverständnis wehrt, mit dem Subsidiaritätsprinzip werde ausgesagt, „...die Gemeinschaft dürfe nur dort, wo die Kräfte des einzelnen versagen, behelfsmässig oder ersatzweise eingreifen.“ Vielmehr betont er: „Längst vorher muss die Gemeinschaft Vorleistungen erbringen, durch die sie überhaupt erst die Voraussetzungen dafür schafft, dass der einzelne (oder die engere Gemeinschaft) bestehen oder irgendetwas unternehmen kann.“ Oswald v. NELL-BREUNING (1983): Soziallehre der Kirche, S. 53. „Hilfe zur Selbsthilfe“ muss im Kontext von Gesundheitsfragen deshalb verstanden werden im Sinne einer umfassenderen *Befähigung* (Empowerment) zum Umgang mit der eigenen Gesundheit. Dazu zählen Informations- und Sensibilisierungsmassnahmen ebenso wie die Beseitigung sozio-ökonomischer und struktureller Benachteiligungen der Betroffenen (vgl. „Armut macht krank“).

linear-deduktiven Begründung, für einzelne inhaltliche Positionen stark gemacht werden. Aspekte der *Verhältnismässigkeit* sowie der *Personen-* und *Sachgerechtigkeit* müssen in eine ethisch angemessene Beurteilung ebenfalls einfließen.⁷¹⁵ Sie bieten aber gleichwohl Grundorientierungen und Beurteilungskriterien, anhand derer in sachpolitischen Streitfragen die Perspektive geweitet werden kann auf Aspekte, die explizit nicht zur Sprache kommen, im Hintergrund aber für die Beurteilung eines Sachverhalts eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Charakteristikum ethisch begründeter Orientierungspunkte ist der Bezug auf den Menschen als Person. Dadurch besitzen die klassischen Sozialprinzipien die Funktion eines Korrektivs zur Wahrung dessen, was unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde notwendig ist. Die Sozialprinzipien *Personalität*, *Solidarität* und *Subsidiarität* bieten hierfür ein überzeugendes Grundgerüst an Orientierungen, Normen und Prioritäten. Bezogen auf die vorliegende Fragestellung lassen sich aus ethischer Sicht folgende Punkte festhalten:

1. Jeder Mensch hat ein Recht auf *grösstmögliche Gesundheit*, das sich aus seiner Würde als Person herleitet. Dieses Recht hat sich an den realen (gesellschaftlichen) Gegebenheiten zu orientieren, so dass es nicht als Recht auf „vollkommenes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden“⁷¹⁶ verstanden werden darf. Dieses Recht kommt gegenüber dem Staat zum Tragen als individueller Anspruch auf eine angemessene und am Gerechtigkeitskriterium orientierte Gesundheitsversorgung.
2. Der Umgang mit dem hohen Gut Gesundheit liegt zunächst in der Verantwortung jeder einzelnen Person. Diese *Erstverantwortung* ist direkter Ausdruck der besonderen Würde des Menschen, sie impliziert die Aspekte Freiheit und Verantwortung.
3. Insbesondere die am meisten benachteiligten Personen (Behinderte, chronisch Kranke, Angehörige unterer sozialer Schichten etc.) haben Anspruch auf besondere solidarische Unterstützung, die sich aus dem besonderen Charakter des Gutes Gesundheit ergibt.⁷¹⁷ Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten findet dort ihre Grenze, wo sie die ohnehin schon Benachteiligten weiter benachteiligt.

⁷¹⁵ Näheres dazu bei Arthur RICH (1984): *Wirtschaftsethik*; Raymond CADUFF (2007): *Schweizer Sozialhilfe auf dem Prüfstand*, S. 104-106. Vor dem Hintergrund dieser Unterscheidung, die die Personengerechtigkeit primär als Aufgabe der Ethik und die Sachgerechtigkeit als Aufgabe der zuständigen Fachwissenschaften versteht, muss ein ethisches Urteil abschliessend beide Aspekte umfassend würdigen.

⁷¹⁶ WHO (1946): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*.

⁷¹⁷ Diese Forderung lehnt sich an an das allgemeine theologisch-ethische Prinzip der *Option für die am meisten Benachteiligten*, welches selbst wieder in Anlehnung an die durch die sog. Befreiungstheologie begründete *Option für die Armen* entstanden ist. Vgl. GUTIÉRREZ, Gustavo (1995): *Die Armen und die Grundoption*.

4. Weil Gesundheit ein fundamentales Gut ist und aus einem Mangel an Gesundheit gravierende Belastungen erwachsen können, die vom Einzelnen nicht mehr allein getragen werden können, können aus (sozial-)ethischer Perspektive gute Gründe für eine solidarische Gesundheitsversorgung vorgebracht werden.⁷¹⁸ Eigenverantwortung als Argument für ein rein privates Gesundheitssystem ohne garantierte Grundversorgung ist ethisch somit nicht haltbar.⁷¹⁹
5. Der Umgang mit der eigenen Gesundheit ist abhängig von der Gestaltung des Gesundheitswesens als Kulturleistung, die nicht zuletzt von der sozio-ökonomischen Situation abhängig ist. Deshalb ist es dem Menschen aufgegeben, das *Gesundheitswesen verantwortlich mit zu gestalten*.
6. Grundsätzlich sind die oben genannten Orientierungspunkte für die Frage des Umgangs mit Gesundheit und der Gestaltung des Gesundheitswesens *universell*, d. h. sie haben sowohl im globalen als auch im intergenerationellen Zusammenhang Anspruch auf Gültigkeit.

⁷¹⁸ Vgl. u. a. Ulrike KOSTKA (2006): Die Zukunft der sozialen Sicherung gegen Krankheitsrisiken; Peter DABROCK (2001): Capability-Approach und Decent Minimum; DERS. (2005): Befähigungsgerechtigkeit.

⁷¹⁹ Dieses Argument allein kann so noch nicht als Begründung für ein Sozialversicherungsmodell, für einen nationalen Gesundheitsdienst oder für ein Privatversicherungssystem (vgl. Kap. 2) benutzt werden, sofern niemandem aufgrund eines fehlenden Versicherungsschutzes notwendige medizinische Massnahmen vorenthalten werden.

9 Eigenverantwortung der Versicherten als Thema der Ethik

Auf der Grundlage der oben dargelegten Ausführungen soll nachfolgend die Frage der Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive detaillierter behandelt werden. Dabei stellt der Mensch als Person mit seiner unveräusserlichen Würde den zentralen Bezugspunkt in ethischer Perspektive dar. Bevor jedoch konkreter auf die Vorschläge im Kontext der Diskussion um eine stärkere Eigenverantwortung innerhalb des schweizerischen Gesundheitswesens eingegangen werden kann, müssen zuvor noch einige Punkte geklärt werden, die in diesem Zusammenhang immer wieder zur Sprache kommen. Dies umfasst zunächst die Frage nach dem Verständnis eines Menschenrechts auf Gesundheit, dann die Unterscheidung von Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit und eine eingehendere Klärung des Konzepts einer Befähigung zu eigenverantwortlichem Gesundheitsverhalten.

9.1 Wie ist das Menschenrecht auf Gesundheit zu verstehen?

Art. 25 Abs. 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte,⁷²⁰ Art. 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte⁷²¹ wie auch die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO⁷²² verstehen Gesundheit als eines der unveräusserlichen Rechte, die jedem Menschen zustehen. Für Gertraud Putz sind Menschenrechte „unveräusserliche, unverzichtbare Rechte, die jedem Menschen aufgrund seines Wesens von Natur aus zustehen, unabhängig von seiner Zugehörigkeit zu einem bestimmten Staat, einer bestimmten Gruppe, einer Religion, einer Weltanschauung, einer Rasse usw. Es sind angeborene, überstaatliche Rechte. Sie sind unteilbar, d. h. kein Menschenrecht darf gegen ein anderes ausgespielt werden.“⁷²³

⁷²⁰ Bereits in Art. 3 AEMR werden die grundlegenden Abwehr- und Freiheitsrechte wie das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit genannt. In Art. 22 folgt das Recht auf soziale Sicherheit, das die aus den Freiheitsrechten erwachsenden sozialen Ansprüche garantieren will. Art. 25 Abs. 1 lautet: „Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschliesslich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ Elke MACK (2000): Das Menschenrecht auf Gesundheit, S. 186f. weist darauf hin, dass damit das Recht auf Gesundheit nicht nur ein negatives Abwehrrecht sein kann, sondern auch als ein soziales Anspruchsrecht verstanden werden muss.

⁷²¹ Auch UNO-Pakt I genannt.

⁷²² „Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ – Präambel der Verfassung der WHO, welche für die Schweiz am 7. April 1948 in Kraft getreten ist.

⁷²³ Gertraud PUTZ (2001): Die Umsetzung des Personalitätsprinzips in den Menschenrechten und durch die Menschenrechte, S. 10.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie dieses Menschenrecht auf Gesundheit zu verstehen ist. Offensichtlich gibt es in der Schweiz⁷²⁴ und anderen nationalen Kontexten, ganz zu schweigen von globalen Unterschieden, gravierende gesundheitliche Unterschiede, die ein Menschenrecht auf Gesundheit im Sinne eines Rechts auf gleiche und möglichst vollkommene Gesundheit faktisch in Frage stellen. Wie aber lässt sich ein Recht auf Gesundheit⁷²⁵ folglich sinnvoll verstehen und welche Ansprüche können damit formuliert werden? Darauf sollen nachfolgend im Hinblick auf unsere Fragestellung einige Erläuterungen gegeben werden.

Aus juristischer Sicht verweist Kurt Seelmann auf das *Impossibulum nulla obligatio*-Prinzip.⁷²⁶ Demzufolge kann es kein Recht gegenüber irgendjemandem geben, das einem die Gesundheit garantiert. Seiner Meinung nach kann deshalb ein Recht auf Gesundheit entweder verstanden werden als „ein Recht gegenüber anderen, dass sie einem die Gesundheit nicht beeinträchtigen. Oder es meint ein Recht gegenüber einer Gemeinschaft, „alles Menschenmögliche zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit bereitzustellen.“⁷²⁷ Ersteres ist seiner Meinung nach im Prinzip unbestritten, Letzteres hingegen Gegenstand unzähliger Debatten und deshalb bestritten. „Das Recht hat [aber] seit langem anerkannt, dass es bei der Gesundheit um die leibliche Existenz und damit um die Grundlage der Rechtssubjektivität geht, für die deshalb die Rechtsgemeinschaft in einem bestimmten Umfang solidarisch einzustehen hat.“⁷²⁸ Das Menschenrecht auf Gesundheit wird folglich aus juristischer Sicht nicht prinzipiell infrage gestellt, allerdings zunächst einmal nur im Sinne eines Anspruchs aller auf eine *Mindestversorgung* anerkannt.⁷²⁹ Neben diesem prinzipiellen Recht auf medizinische Versorgung muss auch der Grundsatz der *Gleichbehandlung* Gültigkeit haben. Eine unterschiedliche medizinische Behandlung im Rahmen einer angemessenen Gesundheitsversorgung – aus welchen Gründen auch immer – würde

⁷²⁴ Vgl. aktuell Simone VILLIGER, Carlo KNÖPFEL (2009): Armut macht krank; Andreas MIELCK (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit; Matthias RICHTER, Klaus HURRELMANN (2009): Gesundheitliche Ungleichheit.

⁷²⁵ Zu den historischen Vorläufern eines Rechts auf Gesundheit vgl. Elke MACK (2000): Das Menschenrecht auf Gesundheit.

⁷²⁶ Auf Deutsch: Auf Unmögliches gibt es keinen Rechtsanspruch.

⁷²⁷ Kurt SEELMANN (2008): Recht auf Gesundheit?, S. 177.

⁷²⁸ Kurt SEELMANN (2008): Recht auf Gesundheit?, S. 177.

⁷²⁹ Vgl. Kurt SEELMANN (2008): Recht auf Gesundheit?, S. 181.

das Prinzip der Gleichheit verletzen und damit gegen das Prinzip der Menschenwürde verstossen.⁷³⁰

In einer ethischen Besprechung dieser Frage verweist Hartmut Kress darauf, dass der Gesundheitsschutz auf mehreren Strängen der abendländischen Tradition beruht.⁷³¹ Er plädiert deshalb für ein ausgewogenes Verständnis dieses Rechts im Sinne des auch in internationalen Texten formulierten Rechts der Menschen auf ihr *individuell erreichbares Maß an Gesundheit*. Ebenso argumentiert Elke Mack:

„Nimmt man das kulturelle Erbe Europas sowie die Argumente der Ethik ernst, dann darf man das Recht auf Gesundheitsschutz nicht beiseiteschieben. Im Rahmen der Staatszwecke sind Staat und Politik verpflichtet, die gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger so weit wie möglich zu fördern, indem die strukturellen Voraussetzungen für eine gesundheitlich adäquate Lebensführung gesichert werden.“⁷³²

Das Menschenrecht auf Gesundheit deutet Hartmut Kress als „Grundrecht auf Gesundheitsschutz“, das dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gleichgestellt werden sollte. Allerdings wendet er sich dabei gegen überzogene Gesundheitsansprüche und Gesundheitsideologien, die das bestehende System überfordern.⁷³³

Elke Mack verweist auf die Unterscheidung von einem Recht auf Gesundheit und einem Recht auf *Gesundheitsversorgung*.⁷³⁴ Letzteres geht den Schwierigkeiten, ein Recht auf Gesundheit zu formulieren, dadurch aus dem Weg, dass es sich auf die vorhandenen Ressourcen und Möglichkeiten konzentriert und weiter reichende Ansprüche ablehnt. Allerdings bleiben dabei die Aspekte der *Gesundheitsvorsorge* (Prävention) und der *Gesundheitsnachsorge* (Rehabilitation) unberücksichtigt. Laut Elke Mack spricht deshalb eine

⁷³⁰ Vgl. hierzu Thomas BOHRMANN (2005): *Gesundheitssicherung und Solidarität*, S. 241f.; Paul KIRCHHOFF (2004): *Das Recht auf Gesundheit*, S. 5.

⁷³¹ Vgl. Hartmut KRESS (2006): *Das Recht auf Gesundheit: Ideologie oder unverzichtbares Menschenrecht?*, S. 3: „In der christlichen Theologie waren »Gesundheit« und »Gerechtigkeit« oder »Gesundheit« und »Heil« Begriffe, die einander wechselseitig erläuterten. Hierzu finden sich zahlreiche Belege bei Augustinus, bei Martin Luther oder bei anderen Vordenkern des Christentums. Schon die Alte Kirche hatte das himmlische Heil und das irdische gesundheitliche Wohl miteinander verknüpft. Christus wurde als Arzt bezeichnet („Christus medicus“) und an die Stelle des antiken Arztgottes Asklepios gerückt. Die christliche Tradition hob den Zusammenhang zwischen der seelischen und der leiblichen Dimension des Menschseins hervor; sie vertrat – modern ausgedrückt – häufig eine psychosomatisch integrative Gesundheitsidee. Gesundheit wurde im Horizont göttlicher Fürsorge und Gerechtigkeit gedeutet. Es sind auch *diese* geistesgeschichtlichen Wurzeln, auf denen die moderne säkulare Idee eines Rechtes des Einzelnen auf Gesundheitsschutz gründet.“

⁷³² Elke MACK (2006): *Das Recht auf Gesundheit: Ideologie oder unverzichtbares Menschenrecht?*, S. 3.

⁷³³ Explizit wendet er sich in Hartmut KRESS (2006): *Das Recht auf Gesundheit*, S. 12 gegen Dietrich H. W. GRÖNEMEYER (2005): *Gesundheitswirtschaft und dessen darin aufgebrauchten Vorschlag nach einem „Gesundheitswirtschaftsministerium“*, womit weitere Investitionen ins Gesundheitswesen ermöglicht werden sollen.

⁷³⁴ Vgl. Elke MACK (2000): *Das Menschenrecht auf Gesundheit*, S. 189.

Mehrzahl der Ethikerinnen und Ethiker von einem Menschenrecht auf Gesundheit,⁷³⁵ wodurch „jeder Mensch in einer Gesellschaft die Möglichkeit erhält, im Rahmen seiner natürlichen Konstitution gesund zu bleiben, Krankheiten vorzubeugen und im Falle der Krankheit ausreichend versorgt zu werden, so dass er wieder selbständig ein menschenwürdiges Leben führen kann.“⁷³⁶ Umfang und Reichweite eines Menschenrechts auf Gesundheit sind damit jedoch noch nicht näher bestimmt. Mack sieht die Beantwortung dieser Frage als Forschungsdesiderat und „dringende“ Aufgabe, die interdisziplinär im Rahmen einer nationalen gesellschaftlichen Konsensfindung, aber auch in transnationalen Institutionen wie dem Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen geleistet werden muss.⁷³⁷

Zusammenfassend für die vorliegende Fragestellung im Kontext der Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen lassen sich folgende Punkte festhalten:

- Die Rede vom Menschenrecht auf Gesundheit hat im Rechtswesen eine Jahrzehnte lange Tradition, die insbesondere in internationalen Verträgen zum Tragen kommt. Dieses Recht kann nicht verstanden werden als Anspruchsrecht auf vollkommene Gesundheit, gleichwohl aber als Recht aller auf eine Mindestversorgung, die notwendig ist zur Gewährleistung eines menschenwürdigen Lebens im jeweiligen sozio-ökonomischen Kontext.
- In der Ethik ist die Rede vom Menschenrecht auf Gesundheit weit verbreitet. Mit dem Hinweis auf die Würde des Menschen und den fundamentalen Charakter des Gutes Gesundheit lassen sich staatliche Rechtspflichten gut begründen. An der völkerrechtlichen und ethischen Gültigkeit eines Menschenrechts auf Gesundheit bestehen wenig Zweifel. Vorschläge, die ausschliesslich auf die Eigenverantwortung der Versicherten bzw. Staatsbürger setzen, sind in diesem Sinne nicht zu rechtfertigen.
- Umfang und Reichweite eines Menschenrechts auf Gesundheit sind damit noch in keiner Weise geklärt. Ein Minimum an Gesundheitsvorsorge und –versorgung (in therapeutischer und rehabilitativer Hinsicht) sollten allerdings gewährleistet sein. Die Bestimmung des Verhältnisses von Eigenverantwortung und staatlichen Rechtspflichten in Sachen Gesundheit kann auf dieser Ebene noch nicht hinreichend geklärt werden. Dafür müssen die konkreten Sachverhalte und Umstände berück-

⁷³⁵ Elke MACK (2000): Das Menschenrecht auf Gesundheit, S. 189. Sie verweist bei ihrem Hinweis, dass eine Mehrzahl von Ethikerinnen und Ethiker von einem Menschenrecht auf Gesundheit sprechen, auf James Childress, Tom Beauchamp, Robert Veatch, Norman Daniels und Virginia Leary.

⁷³⁶ Elke MACK (2000): Das Menschenrecht auf Gesundheit, S. 189.

⁷³⁷ Elke MACK (2000): Das Menschenrecht auf Gesundheit, S. 200.

sichtigt werden, um klären zu können, ob und inwieweit die mit dem Menschenrecht auf Gesundheit verbundenen Ansprüche durch eine spezifische Gesundheitsversorgung in spezifischen Gesellschaften in Frage gestellt sind.

9.2 Chancengleichheit oder Chancengerechtigkeit in Sachen Gesundheit?

Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit sind zwei Begriffe, die vor allem in der Bildungspolitik immer wieder kontrovers diskutiert werden.⁷³⁸ Startet man unter Google die Suche mit „Chancengerechtigkeit oder Chancengleichheit“ bekommt man ungefähr 144'000 Ergebnisse geliefert. Ein Stöbern in diesem „Informationswald“ lässt recht schnell erkennen, dass diese Begriffe vor allem die bildungspolitische Landschaft in „links“ und „rechts“ trennt. Die beiden Begriffe sind also bildungs- und sozialpolitisch höchst aufgeladen, sie stehen für unterschiedliche Politikkonzepte und Weltanschauungen.⁷³⁹

Im Zusammenhang mit der Frage der Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen ist die Unterscheidung der beiden Begriffe insbesondere relevant, wenn es darum geht, Eigenverantwortung im Sinne einer Befähigung (Empowerment) oder „Eigenmächtigkeit“⁷⁴⁰ zu präzisieren. Wird Eigenverantwortung nicht einfach als monetäre Kostenverantwortung verstanden, sondern werden auch die individuellen und sozioökonomischen Voraussetzungen für eigenverantwortliches Gesundheitshandeln in den Blick genommen,⁷⁴¹ dann stellt sich die Frage, ob es in der Zielsetzung der Befähigung um *Chancengleichheit* oder *Chancengerechtigkeit*⁷⁴² geht.

9.2.1 Chancengleichheit

Das Postulat der Chancengleichheit war ein zentrales Element in der „Bildungsexpansion“ ab Mitte der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts in Deutschland. Das erklärte Ziel war es, möglichst vielen eine höhere Schulbildung zu ermöglichen. Man spricht deshalb von einer *Zielchancengleichheit*⁷⁴³. Alle Bevölkerungsgruppen sollten die gleiche Chance haben, die

⁷³⁸ Vgl. Margret RUEP (2011): Leistung und Chancengleichheit; www.bmbf.de.

⁷³⁹ Vgl. hierzu exemplarisch Holdger PLATTA (o. J.): Der heimtückische Begriff „Chancengerechtigkeit“.

⁷⁴⁰ Vgl. Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen.

⁷⁴¹ Vgl. hierzu die Ausführungen in Kap. 1.

⁷⁴² Die Unterscheidung von Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit geht laut Heiner Meulemann auf Emile Durkheim zurück. Er spricht von „äusserer“ Gleichheit und meint damit das, was heute als Chancengerechtigkeit bezeichnet wird: Niemand soll aufgrund persönlich nicht verantworteter, also „äusserer“ Umstände anders behandelt werden. Ungleichheit ist somit nur durch unterschiedliche Leistung zu rechtfertigen.

⁷⁴³ Was jedoch nicht zu verwechseln ist mit einer Ergebnisgleichheit. Vgl. Irene BECKER/Richard HAUSER (2004): Soziale Gerechtigkeit – eine Standortbestimmung.

höchsten Bildungsgrade zu erreichen.⁷⁴⁴ Selbstredend sind mit diesem bildungspolitischen Konzept sämtliche Diskriminierungen aufgrund von Geschlecht oder sozialer Herkunft im Prinzip nicht vereinbar. Die damit verbundene Bildungsexpansion ermöglichte es Kindern aus unteren Sozialmilieus und der Arbeiterschicht in bisher ungekanntem Ausmass, eine höhere Bildungsstufe zu erreichen. Kinder unterschiedlicher Herkunft sollten die gleichen Chancen auf einen höheren Bildungsstatus haben.⁷⁴⁵ Um eine Zielchancengleichheit zu erreichen, müssen sozioökonomische Benachteiligungen kompensiert werden. Dazu braucht es Programme, die nicht nur die Startchancen verbessern, sondern kontinuierlich bestehende Benachteiligungen durch eine entsprechende Begleitung und Förderung (Finanzen, Information, Infrastruktur etc.) überwinden. Die starke Betonung der Gleichheit führte jedoch dazu, dass Kritiker dieses Konzepts einen „Qualitätsverlust“ aufgrund von „Gleichmacherei“, einer zugrunde liegenden „Sozialromantik“ u. ä. monierten.⁷⁴⁶ Für Hans Meier, der sich im Rahmen der Bildungspolitik explizit für gleiche Startchancen ausspricht, ist die Zielchancengleichheit ein Ding der Unmöglichkeit:

„Unmöglich dagegen ist die Egalisierung der *Zielchancen*. Sie würde die totale Bewirtschaftung der menschlichen Ressourcen, die Schaffung gleicher «Umwelten», ja im Grunde die Abschaffung der menschlichen Ungleichheit durch Gehirnwäsche und gezieltes Hemmen hier, Fördern dort notwendig machen. Das aber ist inhuman, illiberal, unmöglich. Wir müssen also mit der Ungleichheit leben. Daher Chancengleichheit im Sinn der Startchancen, nicht im Sinn der Zielchancen.“⁷⁴⁷

Die Frage gleicher Zielchancen wird hier offensichtlich im Sinn einer *Ergebnisgleichheit* verstanden, was hingegen von Margret Ruep bestritten wird:

„Chancengleichheit heisst dann keinesfalls – und es ist auch keine Sozialromantik damit verbunden –, dass alle gleich wären. Vielmehr heisst es, dass bei aller Unterschiedlichkeit die Lern- und Lebenssituation in der Schule gleich sein soll...“⁷⁴⁸

⁷⁴⁴ Vgl. Stefan HRADIL (2000): Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung, Mobilität; Heiner MEULEMANN (2006): Soziologie von Anfang an, insb. S. 321-330.

⁷⁴⁵ Helmut GRASSL (2008): Ökonomisierung der Bildungsproduktion, S. 44 sieht Chancengleichheit vor allem im sozialdemokratischen Bildungsstaat der skandinavischen Ländern realisiert, weil dort durch die hohe Frauenerwerbstätigkeit, durch die Entprivatisierung und Professionalisierung der Kindererziehung die Chancengleichheit im Sozialisationsprozess unabhängig vom sozialen Hintergrund vergrössert wurde. So Margret RUEP (2011): Leistung und Chancengleichheit, S.112.

⁷⁴⁷ Hans MEIER (2008): Kultur und politische Welt, S. 109. Die Startchancengleichheit spielt auch im Liberalismus eine zentrale Rolle. Im liberalen Verständnis von Gerechtigkeit sollte der Start ins Bildungsleben der Einzelnen möglichst auf gleicher Ebene erfolgen, für den weiteren Erfolg sind dann aber nur Leistung und Erfolg relevant. Vgl. hierzu auch Irene BECKER/Richard HAUSER (2004): Soziale Gerechtigkeit – eine Standortbestimmung.

⁷⁴⁸ Margret RUEP (2011): Leistung und Chancengleichheit, S. 113.

Es gibt offensichtlich keine einheitliche Verwendung des Begriffs der Chancengleichheit. Das Verständnis des Begriffs der Chancengleichheit bewegt sich in den verschiedenen politischen Debatten zwischen Startchancen- und Zielchancengleichheit.

Das Menschenrecht auf Bildung⁷⁴⁹ gilt allgemein als ein hohes Gut, das vergleichbar mit dem Gut Gesundheit viele andere Güter erst ermöglicht. Aufgrund dieses Ermöglichungscharakters besitzt Bildung ebenfalls eine hohe Relevanz für die Realisierung anderer Lebensziele. Positiv am Postulat der Chancengleichheit im Sinn einer Zielchancengleichheit⁷⁵⁰ ist im Hinblick auf die zuvor dargelegten Sozialprinzipien⁷⁵¹ der Versuch, v. a. sozioökonomische Benachteiligungen einzelner gesellschaftlicher Gruppen durch umfangreiche Bildungsangebote und –anstrengungen zu überwinden, so dass Kinder nicht gezwungen sind, den gesellschaftlichen Status ihrer Eltern beizubehalten. Sollte durch die Betonung der Gleichheit tendenziell der Leistungsaspekt vernachlässigt worden sein, so wäre dies in der Tat – auch unter Verweis auf die Sozialprinzipien, insbesondere des Personalprinzips – zu kritisieren. Engagement, Fähigkeiten und Leistung Einzelner würden dann keine angemessene Beachtung finden, was mit der Würde der Person nicht vereinbar wäre.

Auch im Gesundheitsbereich gibt es ungleiche Rahmenbedingungen für die Realisierung des je eigenen Gesundheitspotentials. Diese Ungleichheiten bei der Realisierung des Gesundheitspotentials und nicht die Ungleichheiten bei der faktischen Gesundheit („natürliche Lotterie“) sind aus ethischer Sicht nicht akzeptabel. Chancengleichheit heisst dann keinesfalls, dass für alle die gleiche Gesundheit anzustreben ist (Ergebnisgleichheit) – was ohnehin illusorisch wäre⁷⁵² –, sondern dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, die helfen, die unterschiedlich verteilten Gesundheitspotentiale bestmöglich zu realisieren. Das Postulat gleicher Chancen auf die Realisierung des eigenen Gesundheitspotentials für alle liesse sich von daher ethisch gut begründen. Allerdings ist damit noch nicht gesagt, wie dies im Konkreten geschehen und welchen Umfang und welche Reichweite die Chancengleichheit im Gesundheitswesen besitzen soll. Das Ziel der Chancengleichheit ist die Überwindung

⁷⁴⁹ Art. 26 AEMR, Art.13 IPwskR.

⁷⁵⁰ Der Begriff der Chancengleichheit wird nachfolgend in diesem Sinn verwendet.

⁷⁵¹ Vgl. Ziff. 8.3.

⁷⁵² Ein Postulat einer Chancengleichheit im Sinne einer gleichen Gesundheit für alle jedoch, das allen die gleichen Lebenschancen im Hinblick auf die Gesundheit ermöglicht, wäre illusorisch, weil es die anthropologische Tatsache ignorieren würde, dass das Gut Gesundheit unterschiedlich verteilt ist und uns die medizinischen Möglichkeiten fehlen, daran grundsätzlich etwas zu ändern. Auch bei zunehmenden Möglichkeiten, unterschiedliche Krankheiten medizinisch zu behandeln und die negativen Auswirkungen von Behinderungen bestmöglich zu kompensieren, zählen Krankheit und Tod zu den anthropologischen Gegebenheiten, mit denen wir als Menschen konfrontiert sind.

sozialer Ungleichheiten, die in unterschiedlichen (nationalen) Kontexten unterschiedlich aussehen können. Es muss folglich das konkrete soziale, wirtschaftliche und kulturelle Umfeld zur Kenntnis genommen werden, um angemessene Lösungsstrategien zu entwickeln. Dies deckt sich mit den Aussagen der WHO zur Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta:

„Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer.“⁷⁵³

Die WHO unterstreicht damit das Ziel gleicher Chancen auf dem Gebiet der Gesundheit und fordert deshalb, die Verringerung sozioökonomischer Ungleichheiten, die einer Verwirklichung des je individuell grösstmöglichen Gesundheitspotentials im Wege stehen.

9.2.2 Chancengerechtigkeit

Ausgehend von der oben genannten Kritik am Konzept der Chancengleichheit wird heute vielerorts, tendenziell eher von bürgerlich-konservativer Seite, der Begriff der Chancengerechtigkeit verwendet.⁷⁵⁴ Margret Ruep bringt die Auseinandersetzung im Bereich der Bildungspolitik folgendermassen auf den Punkt:

„Der Begriff der Chancengleichheit löst [...] bei den Kontrahenten Assoziationen wie ‘Sozialromantik’, ‘wissenschaftlicher Unsinn’, ‘Gleichmacherei’ oder Ähnliches aus. [...] Stattdessen wird der Begriff ‘Chancengerechtigkeit’ verwendet und damit assoziiert, dass Menschen auf natürliche Weise unterschiedlich seien. Diese ‘Differenz’ wird stets mit ‘unterschiedlich leistungsfähig’ bzw. ‘unterschiedlich begabt’ gleichgesetzt. Der unterlegte Begabungsbegriff ist nicht selten statisch und erinnert an das

⁷⁵³ WHO (1986): Ottawa-Charta.

⁷⁵⁴ So spricht das Bundesministerium für Bildung und Forschung in Deutschland bei seinen Aufgaben und Zielen von *Bildungsgerechtigkeit* mit der Begründung, dass „damit nicht länger die Herkunft über Bildungschancen eines Menschen entscheidet und kein Talent verloren geht.“ Vgl. <http://www.bmbf.de/de/90.php>. Damit wird aufgegriffen, was mit *Chancengleichheit* ebenfalls erreicht werden soll.

Bild einer Stände- oder Standesgesellschaft und der Vorstellung homogener Gruppen.“⁷⁵⁵

Der Begriff der Chancengerechtigkeit hat demnach primär die unterschiedlichen Stärken und Schwächen der Menschen im Blick, weniger die sozioökonomischen Rahmenbedingungen, die diese beeinflussen. Heiner Meulemann kritisiert deshalb am Postulat der Chancengleichheit, dass es die persönliche Leistung der Kinder missachtet:

„Wenn Kinder aus höheren Schichten mehr geleistet haben, darf ihnen die soziale Herkunft, die sich zuvor positiv für sie ausgewirkt hat, nun nicht negativ zu Buche schlagen.“⁷⁵⁶

Chancengerechtigkeit zielt folglich darauf ab, dass Kinder unterschiedlicher sozialer Herkunft bei gleicher *Leistung* die *gleichen* Chancen auf ein hohes Bildungsniveau haben. Es geht also auch hier um eine Chancengleichheit, allerdings mit Bezug auf die erbrachte (schulische) Leistung.

Eine Übertragung des Postulats der Chancengerechtigkeit auf das Gesundheitswesen würde in Analogie zur Diskussion in der Bildungspolitik bedeuten, dass vorwiegend die gesundheitlichen „Fähigkeiten“ oder „Leistungspotentiale“ Einzelner im Vordergrund stehen. Dies macht m. E. wenig Sinn. Im Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit kann nämlich nicht von „Leistung“ gesprochen werden. Dafür gibt es einerseits kaum monokausale Ursachen (Lebensstile), die einen konkreten Gesundheitszustand erklären können, und andererseits haben gesundheitsdienliche Lebensstile (insbesondere mit sportlichen Aktivitäten) auch Risikopotentiale (Unfälle, degenerative Erkrankungen durch Überlastung oder einseitige Belastung), die das Ziel einer grösstmöglichen Realisierung des eigenen Gesundheitspotentials gefährden können.⁷⁵⁷ Folglich ist es nur begrenzt möglich, einen konkreten Gesundheitszustand einer Person pro- oder retrospektiv mit einem bestimmten Verhalten oder Lebensstil zu begründen. Ein konkreter Gesundheitszustand hat immer auch den Charakter des Zufälligen, Gesundheit lässt sich nicht machen.

⁷⁵⁵ Margret RUEP (2011): Leistung und Chancengleichheit, S. 112.

⁷⁵⁶ Heiner MEULEMANN (2006): Soziologie von Anfang an, S. 321.

⁷⁵⁷ Vgl. hierzu die Ausführungen unter Kap. 6.

9.2.3 Gleiche Chancen auf Realisierung des Gesundheitspotentials

Die Unterscheidung von Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit, wie sie vor allem im Bildungsbereich vorgenommen wird,⁷⁵⁸ lässt sich folglich so nicht auf das Gesundheitswesen übertragen. Die Postulate von Chancengerechtigkeit oder Chancengleichheit werden im Kontext gesundheitspolitischer Diskussionen auch nahezu synonym verwendet. Begrifflich stellen sie unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund. Die Chancengerechtigkeit betont stärker die Bedürftigkeit. Ein Aspekt, der aber beim Postulat einer Chancengleichheit ebenfalls eine Rolle spielen muss, weil sonst die gleiche Chance auf Realisierung des je eigenen Gesundheitspotentials nicht gegeben ist. Wohlgemerkt, bei beiden Postulaten, sofern sie unterschiedlich gebraucht werden, kann keine faktische Gleichheit in der Gesundheit, keine Ergebnisgleichheit gemeint sein. Nachfolgend verwende ich den Begriff der Chancengleichheit, weil dadurch der für alle Menschen *gleiche* fundamentale Charakter des Gutes Gesundheit stärker zum Ausdruck kommt und somit verhindert wird, dass allenfalls bei weniger gesunden oder physisch oder psychisch eingeschränkten Personen ein geringerer Bedarf an Gesundheitsleistungen angenommen werden kann, so wie im Sinne der Chancengerechtigkeit bei „leistungsschwächeren“ Kindern nicht selten ein geringerer Bildungsbedarf unterstellt wird.

Aus ethischer Sicht besteht also ein Recht auf Gesundheit für alle im Sinn einer bestmöglichen Realisierung des je individuellen Gesundheitspotentials. Dieses Recht besitzt in seiner Universalität durchaus einen egalitären Charakter, jenseits von einer „natürlichen Grundausstattung“ und erbrachten Gesundheitsleistungen.⁷⁵⁹ Mit den einerseits zunehmenden Möglichkeiten moderner Medizin und andererseits begrenzten Ressourcen kann eine bestmögliche Realisierung des Gesundheitspotentials natürlich nicht (mehr) bedeuten, dass grenzenlos alle Leistungen und Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Die Bestimmung dessen, was menschen- und sachgerecht angemessen ist, um das individuelle Gesundheitspo-

⁷⁵⁸ Diese politisch aufgeladene, begriffliche Unterscheidung ist dabei selbst im Bildungsbereich erklärungsbedürftig. Chancengleichheit meint auch dort keine Ergebnisgleichheit, weshalb Kriterien gefunden werden müssen, die Ungleichheiten im Ergebnis rechtfertigen können. Da soziale Diskriminierungen in demokratischen Gesellschaften nicht hingenommen werden, muss umgekehrt auch das Postulat einer Chancengerechtigkeit darauf entsprechende Antworten bieten.

⁷⁵⁹ Aufgrund des fundamentalen Charakters des Gutes Gesundheit kann mit guten Gründen gegen ein wie auch immer geartetes „Leistungskriterium“ als Grundlage für solidarische Leistungsansprüche argumentiert werden. Als solche Leistungskriterien werden immer wieder einmal der Verzicht auf Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum, Vermeidung von Übergewicht oder angemessene sportliche Bewegung genannt. Wie sich aber bereits in Kap. 6 gezeigt hat, sind diese Kriterien willkürlich und sachlich im Konkreten nicht begründbar.

tential zu realisieren, bleibt weiterhin eine herausfordernde Aufgabe von Ethik, Medizin, Ökonomie und Politik.⁷⁶⁰

9.3 Befähigung zur Eigenverantwortung

Das Stichwort Befähigung bzw. Empowerment⁷⁶¹ war bereits mehrfach Thema. Es soll an dieser Stelle deshalb kurz erläutert und von ethischer Seite beleuchtet werden. Der Begriff stammt aus der amerikanischen Gemeindepsychologie⁷⁶² und wird mit dem Sozialwissenschaftler Julian Rappaport in Verbindung gebracht.⁷⁶³ Heute bezeichnet man mit Empowerment in unterschiedlichen Bereichen und Disziplinen Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, den Grad an *Autonomie* und *Selbstbestimmung* im Leben von Menschen oder Gemeinschaften zu erhöhen und die es ihnen ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten. Empowerment bezeichnet dabei sowohl den Prozess der Selbstermächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen.⁷⁶⁴ Empowermentstrategien im Gesundheitsbereich zielen folglich darauf ab, den eigenverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit zu fördern, ohne im konkreten Einzelfall die Betroffenen zu überfordern, weil sie die Rahmenbedingungen berücksichtigen und entsprechende Hilfestellung und Unterstützung bieten.⁷⁶⁵

Unter Bezug auf den Befähigungsansatz von Martha Nussbaum⁷⁶⁶ spricht Ulrike Kostka davon, dass Gerechtigkeit nur dann gegeben ist, wenn die Gewährleistung der Bedingungen gegeben ist, die es allen Menschen ermöglichen, die grundlegenden *Fähigkeiten*, die für menschliches Leben charakteristisch sind, zu entfalten.⁷⁶⁷ Ohne den auch „cabability ap-

⁷⁶⁰ Einen Überblick über die Liste der zu klärenden Fragen liefert z.B. Markus ZIMMERMANN-ACKLIN, Hans HALTER (2007): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.

⁷⁶¹ Der Begriff ist im Deutschen am ehesten mit *Ermächtigung* oder *Befähigung* zu übersetzen. Er beschreibt sowohl einen eigenständigen Ansatz, als auch eine Methode oder eine Haltung. Vgl. Suitbert CECHURA (2007): Empowerment und Gesundheitsförderung.

⁷⁶² Die Gemeindepsychologie (engl. *community psychology*) ist ein Teilbereich der Psychologie. Sie beschäftigt sich mit gesellschaftlichen Ungleichheiten hinsichtlich sozioökonomisch bzw. kulturell bestimmter Lebensbedingungen und individueller psychischer Gesundheit. Sie versucht dazu im lokalen und regionalen Kontext psychosoziale Hilfeformen zu entwickeln. Vgl. Heiner KEUPP (1997): Ermutigung zum aufrechten Gang, S. 191-206.

⁷⁶³ Vgl. Julian RAPPAPORT (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit.

⁷⁶⁴ Vgl. Kenneth BLANCHARD et al. (1998): Management durch Empowerment; Norbert HERRIGER (2002): Empowerment in der Sozialen Arbeit.

⁷⁶⁵ Eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Ansatz und die Betonung zahlreicher Gemeinsamkeiten von Gesundheitsförderung und Empowerment finden sich bei Suitbert CECHURA (2007): Empowerment und Gesundheitsförderung.

⁷⁶⁶ Martha C. NUSSBAUM (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben, insb. S. 57f. Zur Diskussion dieses Ansatzes vgl. Dieter STURM (2000): Universalismus und Neoaristotelismus, S. 257-292.

⁷⁶⁷ Ulrike KOSTKA (2006): Die Zukunft der sozialen Sicherung gegen Krankheitsrisiken, S.114-118.

proach“ genannten Ansatz von Nussbaum in extenso zu erläutern und die Diskussion darüber nachzuzeichnen, scheint es sinnvoll, die für diesen Ansatz charakteristischen Elemente für eine ethische Bewertung der Eigenverantwortung heranzuziehen.⁷⁶⁸ In ihrer Analyse der menschlichen Natur skizziert Nussbaum die konstitutiven Bedingungen des Menschen,⁷⁶⁹ aus denen sie eine Liste von zehn Grundfähigkeiten entwickelt. Die Realisierung dieser Fähigkeiten ist folglich die Voraussetzung für ein gutes Leben. Am Anfang dieser Liste stehen die Fähigkeiten,

1. „...ein volles Menschenleben bis zum Ende zu führen; nicht vorzeitig zu sterben oder zu sterben, bevor das Leben so reduziert ist, dass es nicht mehr lebenswert ist.
2. [...] sich guter Gesundheit zu erfreuen; sich angemessen zu ernähren; eine angemessene Unterkunft zu haben...“⁷⁷⁰

Die umfassende Sicht der Person, wie sie als Ausgangspunkt innerhalb der Sozialethik zum Ausdruck kommt, findet sich auch in diesem *Befähigungsansatz*. Er thematisiert grundlegende Bedingungen, die Voraussetzung sind für ein menschenwürdiges Leben und kann deshalb bei der Klärung der Frage der Eigenverantwortung der Versicherten herangezogen werden. Zu klären ist, was im Hinblick auf die Organisation von Eigenverantwortung im Gesundheitswesen als der Menschenwürde angemessen und somit als gerecht zu bezeichnen ist. Nur die Erfüllung dieser Bedingung erlaubt es nämlich, unter sozial-ethischem Gesichtspunkt von einem gerechten Gesundheitswesen bzw. von einer angemessenen Balance von Eigenverantwortung und solidarischer Absicherung im Gesundheitswesen zu sprechen.

9.3.1 Gesundheit, Eigenverantwortung und soziale Ungleichheiten

Die Vorstellung, dass „jeder seines Glückes Schmied ist“, wird besonders aus liberaler Grundhaltung heraus betont. So schreibt beispielsweise Wolfgang Kersting:

„Wir sind für unsere Handlungen verantwortlich, wir sind auch für das verantwortlich, was wir aus uns machen und insofern sind. Wir sind aber nicht für das verantwortlich, was wir zu Beginn unserer Lebenskarriere mit uns, in uns, an uns und um uns vorfinden.“⁷⁷¹

⁷⁶⁸ Vgl. a. Suitbert CECHURA (2007): Empowerment und Gesundheitsförderung.

⁷⁶⁹ Nussbaum zählt dazu Sterblichkeit, Körperlichkeit, Erleben von Freude und Schmerz, kognitive Fähigkeiten, Sozialität, Verbundenheit mit anderen Arten und mit der Natur, Humor und Spiel und die Erfahrungen des Getrenntseins.

⁷⁷⁰ Martha C. NUSSBAUM (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben, S.57. Dieser an der aristotelischen Philosophie ausgerichtete Ansatz, der explizit die Frage nach der Gerechtigkeit mit der nach dem guten Leben zu verknüpfen sucht, kann dadurch als Versuch zu einer materialen Begründung der Menschenrechte verstanden werden.

⁷⁷¹ Wolfgang KERSTING (2001): Kritik der Verteilungsgerechtigkeit, S. 24.

In der bisherigen Erörterung wurde aufgezeigt, dass soziokulturell und sozioökonomisch begründete Ungleichheiten hinsichtlich des Gutes Gesundheit bestehen. Die Ungleichheiten finden sich am Beginn des Lebens nämlich nicht nur in biologischen Unterschieden, die sich in genetischen Dispositionen und körperlich-geistigen Startbedingungen manifestieren, sondern auch in unterschiedlichen sozialen Rahmenbedingungen.⁷⁷² Weil „Arme früher sterben“, wiederholt sich das „Schicksal“ während des weiteren Lebensverlaufs.⁷⁷³ Die Vorstellung, wir seien für unsere Gesundheit selbst verantwortlich – abgesehen von den Gegebenheiten der „natürlichen Lotterie“ –, ist offensichtlich so nicht haltbar, zumal auch Schicksalsschläge im Verlauf des Lebens, z. B. ein Unfall, die Gesundheitschancen grundlegend verändern können, ohne dass in allen Fällen die Betroffenen dafür selbst verantwortlich gemacht werden können. Die Frage der Verantwortung muss folglich differenzierter beantwortet werden: Zum Verantwortung übernehmen *Sollen* gehört auch das Verantwortung übernehmen *Können*. Wenn für jede Person die gleichen Chancen für eine bestmögliche Realisierung des eigenen Gesundheitspotentials gegeben sein sollen, so muss auch das Gut Gesundheit als Ergebnis komplexer Zusammenhänge verstanden werden. Es kann nicht auf biologische Zusammenhänge reduziert werden und lässt sich auch nicht anhand rein naturwissenschaftlich-medizinischer Kriterien bestimmen. Gesellschaftlich-kulturelle Standards und sozioökonomische Zugehörigkeiten prägen nämlich nicht nur die individuelle Vorstellung von Gesundheit, sondern üben einen nicht unerheblichen Einfluss auf die tatsächliche Gesundheit aus.

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten muss diese Ergebnisse zur Kenntnis nehmen und Lösungsvorschläge anbieten, die diese Benachteiligungen überwinden helfen. Dazu müssen folgende Fragen geklärt werden:

- Sind die Bedingungen zur Wahrnehmung von Eigenverantwortung für alle gleich? Worin bestehen allfällige Unterschiede?
- Verstärkt die Forderung nach mehr Eigenverantwortung unter Umständen die sozialen Ungleichheiten, die ihrerseits negative Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand haben?
- Zur Wahrnehmung von Eigenverantwortung gehören als grundlegende Voraussetzungen das Wissen um relevante Zusammenhänge und die Freiheit, bestehende Al-

⁷⁷² Vgl. Andreas MIELCK (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit.

⁷⁷³ So auch Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 159.

alternativen wählen zu können. Können diese bei allen Personen in gleicher Weise vorausgesetzt werden?

9.3.1.1 Ungleiche Bedingungen zur Wahrnehmung von Verantwortung

Wie in Kap. 4 bereits dargelegt wurde, ist die Fähigkeit, Eigenverantwortung zu übernehmen, keine Selbstverständlichkeit. Die Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme ist Ergebnis individueller Lern- und Erfahrungsprozesse, die sozial unterschiedlich verteilt sind. „Typischerweise ist eigenverantwortliches Handeln gekennzeichnet durch das bewusste Abwägen zwischen verschiedenen Handlungsoptionen, die stabile Absicht, gesetzte Ziele auch zu erreichen, die Konzentration auf das Wesentliche und die Fähigkeit zur Ablenkungsvermeidung.“⁷⁷⁴ Im Hinblick auf ein gesundes Leben ist eigenverantwortliches Handeln aber gar nicht so einfach. Jedenfalls ist es in der Medizin bis heute nicht möglich, eindeutige Zusammenhänge zwischen konkretem Verhalten und dem Ausbruch einer Krankheit zu bestimmen.⁷⁷⁵ Als Laie sieht man sich mit wandelnden Gesundheitsratschlägen und einer Flut von Gesundheitsratgebern konfrontiert, die aber in einer konkreten Krankheitssituation meist wenig Hilfe bieten. Diese Informationsflut muss zudem bewältigt und in das eigene Leben integriert werden. Die meisten dieser Ratschläge lassen die konkreten Lebensumstände ohnehin unberücksichtigt. Die Aufforderung zu mehr Bewegung und zu einer ausgewogenen Ernährung beispielsweise kollidiert nicht selten mit den Erfordernissen am Arbeitsplatz und seit längerem gepflegten und manchmal auch „ererbten“ Lebensweisen. Zur Überwindung dieser gesundheitlich riskanten Verhaltensmuster braucht es Disziplin und im Falle von Rückschlägen ein bestimmtes Mass an Frustrationstoleranz. Diese Fähigkeiten müssen erlernt und eingeübt werden und sind in den verschiedenen Sozialmilieus unterschiedlich verteilt.⁷⁷⁶ Die Fähigkeiten zur Übernahme von Verantwortung, insbesondere auch Eigenverantwortung, sind offensichtlich nicht zufällig in manchen Menschen stärker und in manchen schwächer ausgeprägt. Vielmehr muss die Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels „zwischen Biographieerfahrungen, Persönlichkeitsmerkmalen, individuellen Fähigkeiten und strukturellen Möglichkeiten“⁷⁷⁷ verstanden werden. Die Bedingungen dafür können nicht überall als gleich gegeben vorausgesetzt werden.

⁷⁷⁴ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 150.

⁷⁷⁵ Vgl. die Ausführungen in Kap. 7.

⁷⁷⁶ Zu den sozialpsychologischen Voraussetzungen vgl. Hans-Werner BIERHOFF/Eva NEUMANN (2006): Soziale Verantwortung und Diffusion der Verantwortung.

⁷⁷⁷ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 153.

9.3.1.2 Verantwortungszuweisung und Überforderung

Verantwortungsübernahme ist also nicht nur eine Frage des Sollens und Wissens, sondern auch des Könnens. Sofern die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen die oben genannten sozialen Ungleichheiten unberücksichtigt lässt, besteht die Gefahr, dass diejenigen, die in Gesundheitsfragen bereits benachteiligt sind, durch die Forderung nach mehr Eigenverantwortung zusätzlich benachteiligt werden. Wie bereits dargelegt wurde, ist die Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels zahlreicher Faktoren. Bestehen dabei individuelle und strukturelle Defizite, die beispielsweise durch eine grössere gesundheitliche Belastung, durch geringere Stressresistenz und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen begründet sind, so führt eine grössere Eigenverantwortung nicht nur zu einer zusätzlichen Belastung, sondern kann die Betroffenen auch überfordern. Die Folge könnte eine Form von Resignation sein, bei der das ursprüngliche Ziel eines gesünderen Lebens und einer Kostenentlastung gerade nicht erreicht werden würde.⁷⁷⁸

9.3.1.3 Eigenverantwortung, Freiheit und Alternativen

Es entspricht der persönlichen Erfahrung, dass „weder Sollen noch Wollen noch Wissen immer ausreichen, um regelmässiges Gesundheitsverhalten im eigenen Alltag zu integrieren...“⁷⁷⁹ Wie in Kap. 5 bereits dargelegt, muss verantwortliches Handeln aus freien Stücken, also ohne Zwang, erfolgen, und es muss Handlungsalternativen geben. Lebensstile und bestimmte Verhaltensmuster sind aber nicht nur aus bewusster Entscheidung heraus entstanden. So können Erfordernisse am Arbeitsplatz und Umstände des Wohnens den Gesundheitsstatus beeinflussen. Meist ist das Wohnen an einer Strasse mit hohem Verkehrsaufkommen und entsprechend hoher Abgasbelastung billiger als in einer ruhigeren Zone. Gesünderes Wohnen ist deshalb aus finanziellen Gründen für viele keine greifbare Alternative. Eigenverantwortliches gesundes Leben ist also nicht nur eine Frage des Wollens, sondern auch des Könnens. Wenn hingegen durch eine Überbetonung der Eigenverantwortung „Gesundheit als Folge des freien Willens und eigenverantwortlichen Verhaltens konzipiert wird, dann wird Krankheit zum Kennzeichen fehlenden oder falschen Willens.“⁷⁸⁰ Eine solche Konstruktion, die Gesundheit und Krankheit in erster Linie als Ergeb-

⁷⁷⁸ Vgl. hierzu Hans-Werner BIERHOFF/Eva NEUMANN (2006): Soziale Verantwortung und Diffusion der Verantwortung.

⁷⁷⁹ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 153.

⁷⁸⁰ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 157.

nis des eigenen Tun und Lassens begreift, ist jedoch aufgrund des bisher Gesagten aus ethischer Sicht nicht haltbar.

Aus ethischer Perspektive darf die Forderung nach mehr Eigenverantwortung nicht nur nicht die Gesundheits- und Lebenschancen bestimmter Personengruppen verschlechtern, sie muss vielmehr auch einen Beitrag dazu leisten, dass genau diese Personen bessere Chancen auf mehr Gesundheit und eine höhere Lebenserwartung bekommen. Der Gefahr verstärkter sozialer Desintegration von Personengruppen, die ohnehin schon benachteiligt sind, ist mit Blick auf die Forderung nach Chancengleichheit deshalb besondere Beachtung zu schenken. Hier stehen vor allem Personen im Mittelpunkt, die aufgrund ihres sozialen Umfelds und ihrer konkreten Arbeits- und Lebensbedingungen nicht die gleichen Möglichkeiten haben, einen ihren Bedürfnissen angemessenen und gesunden Lebensstil zu pflegen. Häufig fehlen ihnen Handlungsalternativen und die für eigenverantwortliches Handeln wichtigen Fähigkeiten.

Darüber hinaus konnte in Kap. 4 dargelegt werden, dass Verantwortungszuweisungen gesellschaftliche Konstruktionen darstellen, die einem zeitlichen Wandel unterliegen. Was wir als gesundheitsschädigend betrachten und welche Verantwortung wir dabei den Betroffenen zusprechen, unterliegt „gesellschaftlichen Trends“, die anfällig sind „für elitäre Verengung, totalitäre Verallgemeinerung, fiktionale Übersteigerung, irrationale Verdrängung, herrschaftliche Ausnutzung und wirtschaftliche Ausbeutung.“⁷⁸¹ Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung beim individuellen Umgang mit dem Gut Gesundheit braucht deshalb aus sozialetischer Perspektive Rahmenbedingungen, die entsprechend den Sozialprinzipien von Personalität, Solidarität und Subsidiarität einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit erst ermöglichen. Aus ethischer Sicht muss deshalb die Forderung nach mehr Eigenverantwortung mehr umfassen als nur die Aspekte des Forderns und Förderns.⁷⁸² Sie muss die Menschen befähigen, sich aus soziokulturellen und -ökonomischen Begrenztheiten zu befreien um in eigener Verantwortung ein gesundheitsrelevantes Leben zu führen, das im Sinn eines *gelungenen Lebens* ihren Bedürfnissen entspricht.

⁷⁸¹ Eberhard GÖPEL (2004): *Gesund bewegt*.

⁷⁸² Vgl. Ziff. 1.4.

9.3.2 Eigenverantwortung als Befähigung zur „Eigenmächtigkeit“

Der Begriff der Eigenverantwortung wird in den sozialpolitischen Auseinandersetzungen nicht nur sehr unterschiedlich bewertet, er ist auch inhaltlich so unspezifisch, dass sich die Frage aufdrängt, ob es nicht sinnvoller wäre, auf den Begriff ganz zu verzichten. Oder gibt es ein Verständnis von Eigenverantwortung, das die individuelle Erstverantwortung für die eigene Gesundheit und Lebensgestaltung mit einer „sozialen Solidarverantwortung“ in ein ethisch ausgewogenes Verhältnis setzen kann? Auf der Grundlage des bisher Gesagten muss eine Antwort auf diese Fragen zwei Aspekte umfassen:

- Die gängigen Strategien zur Befähigung zur Eigenverantwortung setzen vor allem auf Wissensmehrung und Motivationssteigerung. Sie lassen strukturelle Rahmenbedingungen tendenziell unterbelichtet, sie setzen stark auf die Verbesserung der Fähigkeiten und schauen zu wenig auf die konkret gegebenen Möglichkeiten. So können Gesundheitskampagnen, die beispielsweise dem Phänomen der Übergewichtigkeit aufgrund falscher Ernährung und mangelnder Bewegung entgegenwirken wollen, nur begrenzt erfolgreich sein, wenn sie die finanziellen, beruflichen, sozialen und kulturellen Hintergründe im Einzelfall unberücksichtigt lassen.

„Eigenverantwortung bildet sich in einem ressourcenreichen Zusammenspiel zwischen Biographieerfahrungen, Persönlichkeitsmerkmalen, individuellen Fähigkeiten und strukturellen Möglichkeiten. Unterkomplex ist eine isolierte Betrachtung und Herauslösung von Eigenverantwortung, und entsprechend unerreichbar ist eine isolierte Veränderungsaufforderung oder Verhaltensbefähigung zu mehr Eigenverantwortung. Die isolierte Förderung und Befähigung erscheint ebenso unrealistisch wie der Versuch, nur einen Ast in einem Baum zu düngen, bzw. nur sein unteres Ende.“⁷⁸³

Eine erfolgreiche Befähigung zur Eigenverantwortung sieht deshalb *erstens* die individuellen Potentiale nicht losgelöst von strukturellen Bedingtheiten und versucht, auf beiden Ebenen anzusetzen.

- Ein ethisch legitimerter Begriff von Eigenverantwortung muss *zweitens* verschiedene *Verantwortungszuständigkeiten* anerkennen. Da das Gesundheitswesen ein komplexes Arrangement darstellt, in dem verschiedene Akteure wie Bund, Kantone, Versicherungen, Leistungsanbieter und Versicherte unterschiedliche Handlungsspielräume besitzen und unterschiedliche Interessen verfolgen, kommt es zu konkurrierenden Verantwortungszuweisungen und zu Verantwortungsüberwälzungen. Diese Zusammenhänge lassen sich deutlich am Beispiel des Rauchens illustrieren.

⁷⁸³ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 153.

Für das BAG stellt der Tabakkonsum die Hauptursache für vermeidbare frühzeitige Todesfälle dar.⁷⁸⁴ Gleichzeitig wird der Tabakanbau in der Schweiz finanziell gefördert,⁷⁸⁵ die Werbung für Tabakwaren hingegen ist in Radio und Fernsehen seit 1964 verboten, auf öffentlichen Plätzen wird es kantonal unterschiedlich gehandhabt.⁷⁸⁶ Trotz dieser widersprüchlichen Signale vonseiten der Politik wendet sich das EDI in seinen Text- und Bildwarnhinweisen zum Rauchen, die inzwischen auf jeder einzelnen Packung aufgedruckt sein müssen, an die Bürgerinnen und Bürger. Hier werden auf verschiedenen Verantwortungsebenen, strukturell und individuell, unterschiedliche und z. T. widersprüchliche Signale ausgesendet. Statt das Rauchen auf politischer Ebene konsequent mit generellem Werbeverbot, einem Ende der Subventionierung des Anbaus und höheren Tabaksteuern anzugehen, wird über Plakate und Warnhinweise die Verantwortung letztlich auf die Einzelpersonen überwältigt.⁷⁸⁷

Um dieser Unübersichtlichkeit in Verantwortungsfragen begegnen zu können, schlägt Bettina Schmidt ein differenziertes Verantwortungsmodell vor, das die Legitimität von „Zuweisungsprozeduren“, des „Verantwortungshorizonts“, der „Akteursverantwortlichkeiten“ und eines „gestuften Verantwortungsprozesses“ anhand der in der Bioethik bewährten Kriterien von Autonomie, Gerechtigkeit, Vorteilhaftigkeit und Nicht-Schaden⁷⁸⁸ rechtfertigt. Eigenverantwortung ist dann nur ein Element in einem Setting von Verantwortlichkeiten, die wesentlich zueinander in Beziehung stehen:

„Eine verantwortungsbewusste Gesellschaft bedarf der verantwortungsbewussten Gesellschaftsorganisation, diese bedarf wiederum der verantwortungsbewussten Gesellschaftsmitglieder, die jedoch nur verantwortungsbewusst sind, wenn die Gesellschaft

⁷⁸⁴ „2007 starben laut Bundesamt für Statistik mehr als 9'000 Personen (6427 Männer, 2774 Frauen) frühzeitig an den Folgen von Tabakkonsum; das sind etwas 25 Todesfälle pro Tag und entspricht rund 14% der gesamten Todesfälle in der schweizerischen Bevölkerung.“ BAG: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00612/03652/03653/index.html?lang=de> (Stand 17.02.2012).

⁷⁸⁵ Die Tabakindustrie muss dazu pro Zigarettenspäckchen 2,6 Rappen in einen Fonds einzahlen, der der Unterstützung der rund 350 einheimischen Landwirte dient, die Tabak anbauen. Jährlich kommen so rund 18 Mio. Franken zusammen. Vgl. <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/tabak/besteuerung> (Stand 17.02.2012).

⁷⁸⁶ BAG (2007): Basisinformationen zur Tabakwerbung, S. 3.

⁷⁸⁷ Unabhängig davon wäre eigens zu klären, wie die Güter Freiheit und Gesundheit in diesem Zusammenhang zu bewerten sind. Allein unter dem Gesichtspunkt steigender Gesundheitskosten sind höhere Tabaksteuern und –abgaben nicht zu begründen. Anders als im Bereich der Lebensversicherung zählen Raucherinnen und Raucher in der Krankenversicherung nämlich nicht zu den hohen Kostenverursachern. Vgl. die Ausführungen unter Ziff. 7.2.

⁷⁸⁸ Vgl. Tom L. BEAUCHAMP, James F. CHILDRESS (2008): Principles of Biomedical Ethics. Die darin genannten vier Prinzipien sind „respect for autonomy“ – Autonomie, „justice“ – Gerechtigkeit, „beneficence“ – Wohltun bzw. Vorteilhaftigkeit und „nonmaleficence“ – Nicht-Schaden.

strukturell verantwortlich organisiert ist. Ob ein verändertes Verantwortungssystem in der alltäglichen Praxis also die Chance auf Umsetzung und Nutzen hat, ist abhängig sowohl von den individuellen als auch den strukturellen Voraussetzungen zur Verantwortungsübernahme sowie von der Legitimität der Verfahren, nach denen Verantwortung zugerechnet wird.⁷⁸⁹

Vereinfacht formuliert und übertragen auf die vorliegende Themenstellung könnte man sagen: Verantwortungsbewusstes Verhalten der Versicherten braucht ein den unterschiedlichen Verantwortlichkeiten entsprechend geordnetes Gesundheitswesen. Will man an dem Verantwortungsbegriff festhalten – wofür hier plädiert wird – dann sollte Eigenverantwortung immer im Zusammenspiel mit anderen Verantwortlichkeiten, die weit über das Gesundheitswesen hinausgehen, gesehen und begründet werden. Dabei wird die Verantwortung für den eigenen Lebensstil den Einzelnen gerade nicht entzogen, die Handlungsverantwortung für die Folgen sollte aber begrenzt sein, weil sich sowohl aus medizinischen⁷⁹⁰ wie auch aus Gründen der Besonderheiten des Verantwortungsbegriffs⁷⁹¹ kaum kausale Zusammenhänge begründen lassen, die weder willkürlich noch Ausdruck bestimmter Interessen sind.⁷⁹²

Vor dem Hintergrund der genannten Schwierigkeiten mit dem Begriff Eigenverantwortung ist für Frank Nullmeier⁷⁹³ der Begriff der *Autonomiesteigerung* dem der Eigenverantwortung vorzuziehen. Er vermeidet seiner Meinung nach die „individualethische Verkürzung des Verantwortungskonzepts“ und verdeutlicht, dass Verantwortung nur dann zugewiesen werden darf, wenn sie die Autonomie der Angesprochenen stärkt.⁷⁹⁴ Eine Stärkung der Autonomie ist dann gegeben, wenn der oder die Einzelne nicht nur vorgegebenen Gesundheitstipps nacheifert, sondern der je eigene Lebensstil Ausdruck einer bewussten, eigenen Entscheidung ist, die durchaus die Interessen anderer berücksichtigt. Autonomiesteigerung kann dann als *Eigenmächtigkeit* verstanden werden, ein Begriff, der ebenfalls von Frank

⁷⁸⁹ Bettina SCHMIDT (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen*, S. 207.

⁷⁹⁰ Erläuterungen hierzu finden sich in Kap. 7.

⁷⁹¹ Damit ist einerseits der Kontext der grundlegenden Sozialstaatsdiskussion gemeint, in dem die Forderung nach Eigenverantwortung einen zentralen Platz einnimmt, und andererseits die o. g. Phänomene, dass Eigenverantwortung mit konkreten Interessen zugewiesen und je nach Möglichkeit überwältigt wird.

⁷⁹² Bettina SCHMIDT (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen*, S. 201ff., insb. S.213: „In vier Schritten ist ein gestuftes Verantwortungssystem etablierbar: Wer bereits heute wirksam Verantwortung für individuelle und strukturelle Gesundheit übernehmen kann, muss dies tun. Wer über ungenutzte Verantwortungspotenziale verfügt, muss die produktive Nutzung dieser Reserven schnellstmöglich gewährleisten. Wer noch nicht zur Verantwortungsübernahme fähig ist, soll befähigt werden. Wer nicht zur Verantwortungsübernahme fähig ist, dem ist Solidarverantwortung garantiert.“

⁷⁹³ Frank NULLMEIER (2006): *Paradoxien der Eigenverantwortung*, S. 158f.

⁷⁹⁴ Bettina SCHMIDT (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen*, S. 217.

Nullmeier in den Verantwortungsdiskurs eingebracht wurde.⁷⁹⁵ Eigenmächtigkeit unterstreicht dabei zwei Aspekte einer wohl verstandenen Eigenverantwortung: *selbstverantwortliche Eigenständigkeit* und *eigenwillige Selbstermächtigung*. Selbstverantwortliche Eigenständigkeit unterstreicht dabei die Fähigkeit, aus eigenem Antrieb heraus verantwortlich zu handeln; eigenwillige Selbstermächtigung hebt hingegen das Recht auf einen selbstbestimmten Lebensstil hervor.

Aus ethischer Sicht ist der Vorschlag von Bettina Schmidt eines differenzierten Umgangs mit Verantwortungszuweisungen und –zuständigkeiten bedeutsam. Sie weist verschiedentlich darauf hin, dass es im Kern um das Wohl der Versicherten gehen muss, was einerseits den besonderen Charakter des Guts Gesundheit berücksichtigt und andererseits das Wohlergehen der einzelnen Person in den Mittelpunkt stellt. Es kann folglich nicht darum gehen, vorgefasste ökonomische Konzepte oder Ordnungsmodelle unmittelbar auf das Gesundheitswesen zu übertragen. Als Beispiel mag hier das von Werner Widmer et al. vorgelegte Konzept für „Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität“ zur effizienteren Ressourcennutzung und Kostensenkung im Gesundheitswesen dienen.⁷⁹⁶ Es ignoriert gerade das komplexe Zusammenspiel in der Verantwortungsfrage. Aus einem einseitig ökonomischen Blickwinkel heraus werden finanzielle Fehlanreize im Gesundheitswesen meist zu Recht kritisiert, sozioökonomische Benachteiligungen von bestimmten gesellschaftlichen Gruppen bleiben aber weitgehend unberücksichtigt. Der von ihnen vorgeschlagene Lösungsweg würde die OKV abschaffen und alternativ einen freiwilligen privaten Versicherungsschutz mit individuellen Risikoprämien einführen. Der besondere Charakter des Gutes Gesundheit wird allein unter dem Aspekt der „notwendigen Pflege“, wie es Art. 41 der BV formuliert, diskutiert.⁷⁹⁷ Für chronisch Kranke und von Geburt an Behinderte mit einem meist überdurchschnittlich hohen Kostenrisiko ist zwar eine Prämienverbilligung vorgesehen,⁷⁹⁸ ihr vulnerabler gesellschaftlicher Status bleibt aber gänzlich unberücksichtigt. Auch sie müssen sich wie der *homo oeconomicus*⁷⁹⁹ verhalten, der in Gesundheitsfragen seine Prioritäten eindeutig kennt und sich entsprechend rational verhält. Hier zeigt sich aber, dass die aus ethischer Sicht wichtigen Prinzipien der Personalität, Solidarität und Subsidiarität nur unzureichende Beachtung finden. In der Konsequenz wird der Verantwortungsbegriff auch nur

⁷⁹⁵ Vgl. Frank NULLMEIER (2006): Paradoxien der Eigenverantwortung, S. 161.

⁷⁹⁶ Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität.

⁷⁹⁷ Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, S. 92-95.

⁷⁹⁸ Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, S. 108.

⁷⁹⁹ Das ökonomische Modell des *homo oeconomicus* steht für einen fiktiv-abstrakten Nutzenmaximierer, der eindeutige Präferenzen besitzt, rational und aus ausschliesslich eigenem Interesse handelt. Vgl. Ziff. 4.2.1.

einseitig verstanden, und das dahinter stehende Menschen- und Gesellschaftsbild nimmt den Menschen als Person in seiner Verwiesenheit auf andere – gerade in Gesundheitsfragen – nur begrenzt wahr.

Ein ethisch legitimierter Verantwortungsbegriff für das Gesundheitswesen muss folglich die individuellen Umstände und Bedingtheiten verantwortlichen Handelns zunächst einmal zur Kenntnis nehmen. Er muss ausserdem, ganz im Sinne des Subsidiaritätsprinzips, ein Konzept beinhalten, mit dem individuelle und strukturelle Defizite überwunden werden können. Bleiben diese Punkte ausser Acht, führt der Verantwortungsbegriff zur Überforderung, insbesondere der ohnehin schon Benachteiligten. In Anlehnung an bereits erprobte und bewährte Empowermentstrategien aus anderen Sozialbereichen wird ein solcher Verantwortungsbegriff zum Befähigungskonzept, das die Erstverantwortung für die eigene Gesundheit und die Fähigkeit, das bestmögliche Gesundheitspotential zu realisieren, stärkt sowie die strukturell-solidarische Sicherheit bietet, im Krankheitsfall angemessen versorgt zu sein. In diesem Sinn wird Eigenverantwortung tatsächlich zur „Eigenmächtigkeit“ hinsichtlich der verantwortlichen Gestaltung des eigenen Lebens.

10 Ethische Beurteilung der Vorschläge zu mehr Eigenverantwortung

10.1 Zur Verhältnismässigkeit des Postulats nach mehr Eigenverantwortung

In Kap. 1 wurde gezeigt, dass das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Schweizer Gesundheitswesen einen Katalog an Vorschlägen umfasst, die sich zwischen „Fordern“ und „Fördern“ von Eigenverantwortung bewegen. Das Fordern von mehr Eigenverantwortung geschieht nicht einfach als blosser Appell, sondern wird durch monetäre Anreize erzielt, die das Kostenrisiko für die Versicherten erhöhen. Das Fordern von mehr Eigenverantwortung beinhaltet dabei zwei Aspekte: Zum einen werden Kosten der OKV zu Lasten der Versicherten verschoben, was sich unmittelbar positiv auf die Kostenseite der OKV auswirkt und nicht selten von Kritikern als „reine Sparübung“ verurteilt wird. Zum anderen setzt die Forderung von mehr Eigenverantwortung auf die Fähigkeit der Versicherten, auf ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen Einfluss nehmen zu können. Diese Annahme unterstellt, dass entsprechende monetäre Anreize die Versicherten in ihrer Nachfrage von Gesundheitsleistungen beeinflussen. Ohne monetäre Anreize würden die Versicherten Gesundheitsleistungen nachfragen, für die sie nicht bereit wären zu bezahlen.⁸⁰⁰ Auch unter Ökonomen gilt es als erwiesen, dass fehlende Kostenbeteiligungen im Allgemeinen zu überhöhter Nachfrage führen.⁸⁰¹ Diese Annahme kann aber nicht ohne weiteres auf das Gesundheitswesen übertragen werden. Da der Selbstzahleranteil an den gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz ohnehin bereits vergleichsweise hoch ist,⁸⁰² kann man davon ausgehen, dass eine weitere Erhöhung der Selbstbehalte, sogenannte Out of pocket-Zahlungen, kaum mehr positive allokativen Effekte hervorbringen dürfte, ohne – quasi als Kehrseite der Medaille – mittel- bis längerfristig neue Kosten zu verursachen, weil mit zunehmender Kostenlast an sich notwendige medizinische Massnahmen aus Kostengründen unterlassen wurden. Wahrscheinlicher dürfte es hingegen sein, dass dies zu (weiteren) sozioökonomischen Benachteiligungen führt.⁸⁰³ Die Analyse der Handlungsspielräume der Versicherten im Hinblick auf vermeidbare Kosten in Kap. 2 hat ausserdem gezeigt, dass lediglich bei „Arzt ambulant“ und teilweise auch bei „Spital ambulant“ die grössten Spielräume für eigenverantwortliche Entscheidungen bestehen, weil dort primär entschieden

⁸⁰⁰ Diese Leistungen werden gerade deshalb nachgefragt, weil sie nichts kosten. Die daraus resultierende ineffiziente Ressourcenallokation wird dabei als eine der Ursachen für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen betrachtet.

⁸⁰¹ Vgl. Ziff. 1.3.2.

⁸⁰² Vgl. Ziff. 2.3.3.

⁸⁰³ Dies beträfe nicht nur die wirtschaftlich Schwachen, sondern insbesondere auch Familien, die bereits heute hohe Prämienlasten und Gesundheitsausgaben zu tragen haben.

wird, ob medizinische Leistungen der OKV in Anspruch genommen werden oder nicht. Der weitaus grössere Teil der Gesundheitskosten wird aber in Kostengruppen verursacht, auf die die Versicherten allenfalls nur begrenzt Einfluss nehmen können⁸⁰⁴ („Spital stationär“, „Spital ambulant“,⁸⁰⁵ „Medikamente Apotheke“,⁸⁰⁶ „Pflegeheim“ etc.).

Diese Erkenntnisse legen grundsätzlich die Frage nahe, ob die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten in Bezug auf die Kostenentwicklung verhältnismässig und sachgerecht und somit ethisch vertretbar ist.

Die Frage der Verhältnismässigkeit stellt sich auch aus einem weiteren Grund. Wie bereits erwähnt, „verursachen“ zwanzig Prozent der Versicherten rund achtzig Prozent der Gesundheitskosten in der OKV.⁸⁰⁷ Umgekehrt lässt sich sagen, dass achtzig Prozent der Versicherten einen vergleichsweise geringen Anteil der Gesundheitskosten verursachen. Diese achtzig Prozent mit weiteren Zuzahlungen, höheren Franchisen oder Selbstbehalten zu belasten, erscheint der Begrenzung der Kostenentwicklung nicht angemessen. Angesichts der Gesamtausgaben von über 22 Mrd. Franken in der OKV dürfte im Einzelfall der Verzicht auf einen Arztbesuch bei geringfügiger Erkrankung kaum ausreichen, um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen spürbar zu verringern. Wenn es dennoch gefordert wird, dann liegt der Verdacht nahe, dass es tatsächlich um eine Kostenverschiebung von der OKV zu den privaten Versicherten geht und weniger um einen Anreiz, eigenverantwortlich und kostenbewusst mit dem Gut Gesundheit umzugehen. Im Vordergrund steht dann das „Verursacherprinzip“⁸⁰⁸ und nicht eine solidarische Absicherung im Krankheitsfall. Die zwanzig Prozent der Versicherten, die achtzig Prozent der Kosten verursachen, bedürfen offensichtlich für den Erhalt, die Verbesserung oder die Wiederherstellung ihres Gesundheitsstatus oder ihrer Lebensqualität entsprechend kostenintensiver Gesundheitsleistungen. Sie mit weiteren Kosten zu belasten, ist aus ethischer Perspektive nicht haltbar. Aus Gründen des Menschenrechts auf Gesundheit im Sinne einer bestmöglichen Förderung des indi-

⁸⁰⁴ Vgl. hierzu die Ausführungen in Ziff. 2.1.4.

⁸⁰⁵ Nur ein Teil der Kosten bei Spital ambulant liessen sich durch Grundversorger wie Hausärzte übernehmen. Ein nicht zu unterschätzender Teil wird durch nur im Spital mögliche Untersuchungen oder Therapien verursacht, was insbesondere durch die Möglichkeit minimalinvasiver Operationstechniken begünstigt wird.

⁸⁰⁶ Medikamente, die nicht ohnehin out of pocket bezahlt werden, benötigen im Allgemeinen ein Rezept von ärztlicher Seite, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass eine entsprechende Indikation vorliegt.

⁸⁰⁷ Vgl. Jürg H. SOMMER, Ortrud BIRSACK (2005): Hochkostenfällen in der Krankenversicherung, S. 9.

⁸⁰⁸ Das Verursacherprinzip setzt hier bei den Versicherten an, die als „Ursache“ der Leistungserbringung und damit als Kostenverursacher verstanden werden.

viduellen Gesundheitspotentials, also der Chancengleichheit im Bereich der Gesundheit, darf hier das Verursacherprinzip nicht angewendet beziehungsweise verstärkt werden.

Im Rahmen dieser grundlegenden Überlegungen zu einer ethischen Bewertung des Postulats nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten als Element zur Lösung des Kostenproblems im Gesundheitswesen muss schliesslich auch berücksichtigt werden, dass es vor allem die Kostenfaktoren „medizinisch-technischer Fortschritt“ und „demografische Alterung“ sind, die gemäss unterschiedlicher Studien auch zukünftig massgeblich die Kostenentwicklung beeinflussen werden.⁸⁰⁹ Sollte mit dem Postulat nach mehr Eigenverantwortung beabsichtigt sein, auf die Kosteneffekte des medizinisch-technischen Fortschritts auf der Ebene der Versicherten Einfluss zu nehmen, würde dies einerseits den hohen Wert des Gutes Gesundheit missachten und andererseits eine Verantwortungszuschreibung auf falscher Ebene bedeuten. Unter Berücksichtigung des Kriteriums der Chancengleichheit müssen Entscheidungen zu Forschungsvorhaben und neuen medizinischen Leistungsangeboten auf gesundheitspolitischer Ebene vorgenommen werden.⁸¹⁰

Angesichts der bereits beschriebenen Schwierigkeiten mit dem Postulat nach mehr Eigenverantwortung erweist sich dieses deshalb als ein unangemessener und nicht sachgerechter Vorschlag zur Kostenentwicklung. Zum einen dürften die kritisierten moral hazard-Phänomene⁸¹¹ durch die bereits bestehenden, vergleichsweise hohen out of pocket-Zahlungen der Versicherten in der Schweiz im Allgemeinen überschätzt werden. Zum anderen gibt es gute Gründe für die Annahme, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht 1:1 verglichen werden kann mit der Nachfrage nach anderen Gütern. Informationsasymmetrien hinsichtlich des meritorischen Guts Gesundheit und eine nahezu unelastische Nachfrage im Krankheitsfall sind überzeugende Argumente, um diese Annahme zu stützen.

10.2 Wettbewerblich organisiertes Gesundheitswesens mit risikogerechten Prämien und Eigenverantwortung

Werner Widmer et al. schlagen in ihrem Plädoyer für ein wettbewerblich organisiertes Gesundheitswesen die Einführung einer freiwilligen Krankenversicherung mit „risikogerech-

⁸⁰⁹ Vgl. die näheren Ausführungen in Kap. 2.

⁸¹⁰ Vgl. hierzu Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 201ff. Sie plädiert für gestuftes Verantwortungssystem.

⁸¹¹ Vgl. Ziff. 1.3.2.

ten Prämien“ vor.⁸¹² Die Versicherten beziehungsweise die Kranken sind in diesem Falle gezwungen, ihr Krankheitsrisiko vorausschauend zu kalkulieren. Massstab für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ist dann nicht mehr primär der Bedarf, sondern die im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen oder das Vorhandensein eines entsprechenden finanziellen Vermögens. Damit wird deutlich, dass bei dieser Interpretation von Eigenverantwortung der seinen Nutzen optimierende homo oeconomicus im Zentrum steht.⁸¹³ Versicherungsmathematische Berechnungen können dann durchaus dazu führen, dass gewisse Lebensstile günstigere Prämientarife erhalten. In Kap. 7 konnte jedoch gezeigt werden, dass aus medizinischen Gründen in den wenigsten Erkrankungsfällen eine eindeutige kausale Zuschreibung möglich ist.⁸¹⁴ Damit fehlt ein wesentliches Element der Verantwortungszuschreibung. Die Gewährung von günstigeren Prämientarifen für bestimmte Lebensstile wäre dann allein Ergebnis einer versicherungsmathematischen Kalkulation, aber nicht mit dem Kausalitätskriterium der Eigenverantwortung begründbar.

Aus ethischer Sicht sind damit gegen eine risikoabhängige Prämie im Einzelfall zahlreiche Einwände vorzubringen. Zunächst stellt sie einen Verstoss gegen das bewährte Prinzip der Gerechtigkeit dar, weil einerseits auch gesund lebende Menschen durchaus und nicht selten schwer krank werden und andererseits auch kranke Menschen einen gesunden Lebensstil pflegen können, aber trotzdem höhere Prämien bezahlen müssten. In beiden Fällen wäre dies ein Konflikt mit dem Kriterium der Risikogerechtigkeit. Darüber hinaus spielt das Kriterium der Bedürftigkeit, was als Anerkennung des Personalprinzips beziehungsweise der Menschenwürde verstanden werden kann, nur eine unzureichende Rolle. Selbst wenn eine solche Reform, wie von Werner Widmer et al. vorgeschlagen, eine „Subjektsubventionierung“ für diejenigen vorsieht, die eine risikogerechte Prämie nicht bezahlen können,⁸¹⁵ so besteht die berechtigte Gefahr einer subtilen Desintegration und Stigmatisierung dieser Menschen mit dem Vorwurf, sich nicht im Sinne der Eigenverantwortung zu verhalten oder verhalten zu haben. Angesichts des hohen Werts des Gutes Gesundheit als sogenanntes Ermöglichungsgut für viele andere Güter wäre dies ein Verstoss gegen das Solidaritätsprinzip.

⁸¹² Vgl. Werner WIDMER (2007): *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität*, S. 101. Für Prämien-schuldner und Patienten, die von Leistungserbringern betrieben werden müssen, soll ein Versicherungs-sobligatorium mit minimalen Leistungen gelten.

⁸¹³ Unterbelichtet bleiben dabei die erwähnten Besonderheiten des Gesundheitswesens: Informationsasym-metrien und das öffentliche Interesse an einem meritorischen Gut.

⁸¹⁴ Vgl. insbesondere Ziff. 7.2.3.

⁸¹⁵ Vgl. Werner WIDMER et al. (2007): *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität*, S. 103.

Ein wettbewerblich organisiertes Gesundheitswesen mit risikogerechten Prämien kommt aus ethisch-humanen Gründen nicht umhin, für besondere Fälle wie säumige Prämienzahler oder Mittellose ohne Versicherung eine „minimale Absicherung“ anzubieten.⁸¹⁶ Die bisherige Erfahrung mit der Bestimmung eines medizinischen Minimums hat aber gezeigt, dass damit zahlreiche schwierige praktische Fragen und ethische Bedenken verbunden sind.⁸¹⁷ Eine minimale Absicherung als Absicherung des puren Überlebens wäre eine Form der Diskriminierung gegenüber diesen Menschen, weil die sozioökonomischen Aspekte von Gesundheit und das Ziel der Chancengleichheit im Bereich der Gesundheit unberücksichtigt blieben. Dies wäre somit ein Verstoss gegen das Menschenrecht auf Gesundheit und deshalb ethisch nicht haltbar.

10.3 Eigenverantwortung im Rahmen des bestehenden Systems des Gesundheitswesens

In Kap. 1 wurden die verschiedenen Formen und Instrumente von Eigenverantwortung der Versicherten vorgestellt. Dabei zeigte sich, dass die Instrumente des Forderns und Förderns von Eigenverantwortung einen unterschiedlichen Blick auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen werfen und entsprechend andere Ziele verfolgen. Bei einer ethischen Beurteilung müssen deshalb die Instrumente des Forderns und Förderns getrennt betrachtet werden.

10.3.1 Fordern von mehr Eigenverantwortung im Sinne einer höheren Kostenverantwortung

Die verschiedenen monetären Anreizinstrumente⁸¹⁸ zur „Förderung“ von mehr Eigenverantwortung im Gesundheitsbereich muten den Versicherten im Leistungsfall eine höhere Kostenlast zu. Diese Ausgaben fehlen im Haushaltsbudget für andere Aufwendungen. Die Versicherten sind deshalb gezwungen, Präferenzentscheidungen vorzunehmen. Diese Situation können sie nach Meinung der Vertreter dieser Position umgehen, indem sie einen ge-

⁸¹⁶ Dies sieht auch der Vorschlag vor von Werner WIDMER et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität, S. 101.

⁸¹⁷ Der bekannteste Versuch, medizinische Leistungen zu bewerten und damit eine Prioritätenliste zu erstellen, stellt ein Rationierungsversuch im Staat Oregon/USA aus dem Jahr 1993, der sog. Oregon Health Plan, dar. Der Versuch scheiterte nicht zuletzt, weil Ergebnisse aus einer Kosten-Nutzen-Analyse im Widerspruch zu intuitiver Vernunft und ethischen Prinzipien wie Chancengleichheit und Bedürftigkeit standen. Markus Zimmermann-Acklin verweist in diesem Zusammenhang auf das „politische Paradox der Rationierung“, was besagt, dass eine transparent geführte Diskussion um Rationierung den politischen Druck auf eine Mengenausweitung im Bereich der Grundversorgung verstärkt. Vgl. Markus ZIMMERMANN-ACKLIN (2005): Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, S. 10 (These 5).

⁸¹⁸ Vgl. Ziff. 1.3.2.

sünderen Lebensstil pflegen und damit weniger Kosten verursachen. Die statistische Evidenz des Zusammenhangs von „gesünder leben“ und „weniger Kosten verursachen“ lässt sich im höheren Lebensalter jedoch nicht mehr nachweisen. Es ist davon auszugehen, dass durch die höhere Lebenserwartung, die durchaus Folge eines gesünderen Lebensstils und den Möglichkeiten einer modernen Medizin ist, in verstärktem Masse Krankheiten auftreten, die in jüngeren Jahren eher unwahrscheinlich sind.⁸¹⁹ Aktuell verfügbare Daten sprechen für eine Bestätigung der Medikalisationsthese im hohen und höheren Lebensalter.⁸²⁰ Die Vertreter und Vertreterinnen stärkerer monetärer Anreizstrukturen im Gesundheitswesen sind deshalb herausgefordert, das Argument der Kosteneinsparung neu oder besser zu begründen, abgesehen davon, dass das überwiegend privatrechtlich organisierte Gesundheitswesen in den Vereinigten Staaten das teuerste der Welt ist.

Die Position einer Abschaffung des Versicherungsobligatoriums im KVG sowie einer rein privatrechtlich organisierten Krankenversicherung mit entsprechenden Risikoprämien wird unter anderem damit begründet, dass die bestehenden monetären Anreizinstrumente von ihrer Konzeption eine eingeschränkte Wirkung hätten. Ein maximaler Selbstbehalt, eine festgelegte Franchise oder eine festgelegte Arzterstkonsultationspauschale müssten nach reiner ökonomischer Lehre bei Überschreiten des jeweiligen Höchstbetrags oder nach bezahlter Pauschale theoretisch eine preisunelastische Nachfrage bewirken, weil dann keine zusätzlichen Kosten mehr für die Versicherten anfallen. Es mag in der Realität durchaus solche Überlegungen nach dem Motto „Jetzt habe ich schon so viel bezahlt, jetzt will ich auch auf meine Kosten kommen“ geben. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass sich die Versicherten die wirklich kostenträchtigen Leistungen nicht selber verordnen können. Dazu braucht es im Allgemeinen ärztliches Fachpersonal, das eine solche Verordnung mit zu verantworten hat. Von daher stellt sich die Frage, ob es nicht effektiver und damit auch sachgerechter wäre, auf ärztlicher Seite Anreize zu setzen, dass tatsächlich nur medizinisch angezeigte Leistungen verschrieben werden.⁸²¹

Ausserdem scheint es wenig plausibel, dass Versicherte nach Überschreiten der maximalen Belastungsgrenze rein aus moral hazard-Überlegungen umfangreiche weitere medizinische Leistungen nachfragen. Einerseits ist bekannt, dass viele dieser Leistungen Nebenwirkun-

⁸¹⁹ Die näheren Ausführungen zu diesen Zusammenhängen finden sich unter Ziff. 7.3.

⁸²⁰ Vgl. Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV.

⁸²¹ Z. B. kann hier auf das HMO-Modell verwiesen werden, wo die Ärzte von den Versicherungen Leistungspauschalen erhalten und damit in die Kostenverantwortung mit eingebunden sind.

gen haben können und dass gerade deshalb das Motto „doppelt genäht, hält besser“ nur in wenigen Fällen Gültigkeit haben dürfte. Andererseits sind ärztliche Konsultationen mit einem Zeitaufwand verbunden, so dass sie in Konkurrenz zu anderen Aufgaben und Vorhaben treten, was es kaum nahe legt, dass eine relevante Zahl der Versicherten mehr als nötig zum Arzt geht. Das Gefühl, krank zu sein, ist ein individuelles, welches sich nicht mit monetären Anreizen therapieren lässt.

Gesundheit und Krankheit hängen zudem vom sozioökonomischen Status ab. Wird das Postulat nach mehr Eigenverantwortung nur im Sinne eines höheren Kostenrisikos auf Seiten der Versicherten vertreten, so bleibt dieser Aspekt gänzlich unberücksichtigt, was ethisch nicht haltbar ist. Aufgrund des Ermöglichungscharakters des Gutes Gesundheit für viele andere Güter stellt ein höheres Kostenrisiko, das die unterschiedlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Versicherten zu einem gesunden Lebensstil ausser Acht lässt, einen Verstoss gegen den Gerechtigkeitsgrundsatz und das Ziel der Chancengleichheit dar. Dieses Argument wiegt besonders schwer, wenn man in Betracht zieht, dass bereits heute rund ein Drittel der Versicherten mit individuellen Prämienvergünstigungen unterstützt werden und man deshalb davon ausgehen kann, dass zusätzliche Selbstbeteiligungen auf ihrer Seite unmittelbar die Möglichkeit der Befriedigung anderer, ebenfalls wichtiger Bedürfnisse einschränken.

10.3.2 Fördern von mehr Eigenverantwortung im Sinne einer Förderung des bestmöglichen Gesundheitspotentials

Das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten kann, wie bereits verschiedentlich dargelegt, auch in dem Sinne verstanden werden, dass die Fähigkeiten zu einem gesünderen und eigenverantwortlich gestalteten Leben verbessert werden sollen. Dieser Ansatz geht, im Unterschied zum Kostenrisiko-Ansatz, davon aus, dass die Fähigkeiten zu einem verantwortlichen und gesunden Lebensstil ungleich verteilt sind, und dass diese ungleichen Chancen mit Blick auf das Menschenrecht auf Gesundheit durch entsprechende Massnahmen verbessert werden können und sollten. Solche Massnahmen sind beispielsweise Aufklärungs- und Informationskampagnen sowie Förder- und Unterstützungsangebote. Aus ethischer Sicht sind solche Massnahmen grundsätzlich zu begrüssen, weil sie Möglichkeiten zur Realisierung des individuell möglichen Gesundheitspotentials verbessern.

Eine Gefahr besteht jedoch darin, dass ein bestimmter, von aktuellen Moden oder einseitigen Interessen geprägter Gesundheitsbegriff⁸²² gerade nicht eine selbstbestimmte Gesundheit oder ein umfassendes Wohlbefinden fördert, sondern danach ausgerichtet ist, das öffentlich vermittelte Gesundheitsideal zu bedienen. Die Ideale von Schlankheit, Schönheit und Fitness bringen dabei das zurzeit vorherrschende Gesundheitsideal zum Ausdruck. Bettina Schmidt verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Inhalte dieses Ideals nicht zufällig sind, sondern den Erfordernissen einer bürgerlichen Arbeitsgesellschaft entsprechen.⁸²³ Gesundheit wird so zur „funktionalen Fitness“, die dazu beiträgt, dass die Kosten für Arbeitsmarkt und Sozialstaat möglichst gering gehalten werden.

Ansätze zur Förderung eines eigenverantwortlich gestalteten, gesunden Lebens müssen diese Gefahr im Auge behalten. Nicht alle Massnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention haben tatsächlich die Verbesserung des individuell möglichen Gesundheitspotentials zum Ziel, sondern vielmehr die Verbreitung bestimmter Gesundheitsstereotypen. Die Anstrengungen zur Stärkung des eigenverantwortlich gestalteten, gesunden Lebensstils sind dann nicht darauf ausgerichtet, die Einzelnen in einer selbstbestimmten Lebensführung zu befördern. Dabei geht vergessen, dass Gesundheit nicht das eigentliche Ziel, sondern Mittel zu einem gelungenen und erfüllten Leben sein kann.

Wie in Kap. 6 und 7 ausführlich dargelegt, ist Gesundheit zunächst eine individuell gemachte Erfahrung, die weder objektiv bestimmbar, noch beliebig gestaltbar ist. Eine Überbetonung der Eigenverantwortung für Gesundheit – auch im Sinne von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention – nährt deshalb die Tendenz, Kranksein als ungenügend wahrgenommene Eigenverantwortung zu interpretieren.⁸²⁴ Dies mag zwar gut zu einer Arbeits- und Leistungsgesellschaft passen, wird aber dem Einzelfall nicht gerecht, weil eben auch Sport treibende und sich ausgewogen ernährende Menschen krank werden können. Darüber hinaus darf Krankheit nicht nur als Ergebnis eines potenziell ungesunden Lebensstils, sondern muss auch als Folge krank machender Lebensbedingungen verstanden wer-

⁸²² Beispielsweise werden in der modernen Arbeitsgesellschaft vorzugsweise junge, flexible, gesunde und leistungsfähige Arbeitskräfte gesucht. Gesundheit ist so eine wesentliche Voraussetzung für die Beschäftigungsfähigkeit, was die inhaltliche Bestimmung von Gesundheit eng an die Erfordernisse des Arbeitsmarktes koppelt. Vgl. hierzu auch Bettina SCHMIDT (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen*, S. 138.

⁸²³ „Dass das heute geltende Konzept von Gesundheit als eigenverantwortliche flexible Leistungsfähigkeit so punktgenau zu einem individualisierten Lebensstil eines globalisierten Arbeitsmarkts passt, ist kein Zufall, und es ist auch kein Dauerzustand, sondern situative Konstruktion, die bis zur nächsten Mode andauert.“ Bettina SCHMIDT (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen*, S. 141.

⁸²⁴ Im Sinne von: Hättest du mehr Sport getrieben und dich ausgewogener ernährt, wärst du jetzt nicht krank.

den. Damit ändert sich der Fokus der Gesundheitsförderung, nämlich von der Verhaltensänderung zur Verhältnisänderung. „Solidarisches Eintreten für gesunde Verhältnisse statt disziplinierende Erziehung zu gesundem Verhalten muss wieder zum Zentralziel öffentlicher Gesundheitsförderung werden“⁸²⁵, folgert deshalb Bettina Schmidt.

10.4 Das Postulat nach mehr Eigenverantwortung aus ethischer Sicht – ein Schlussfazit

10.4.1 Rückblick

Die Beurteilung des Postulats nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten aus ethischer Sicht kommt aus den bisher genannten Gründen zu einem ernüchternden Urteil:

- Das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten wird dem hohen Wert des Gutes Gesundheit unter ethischen Gesichtspunkten nicht gerecht. Es täuscht eine Verantwortlichkeit vor, die unter medizinischen Gesichtspunkten nicht gerechtfertigt ist. Weder prospektiv, noch retrospektiv ist in den wenigsten Fällen eine eindeutige, kausale Zuschreibung möglich.
- Die inhaltliche Unschärfe des Begriffs Eigenverantwortung eröffnet einen Spielraum für sehr unterschiedliche Interessen. Diese reichen von blosser Privatisierung der Gesundheitskosten und damit einer Entlastung der OKV bis hin zu Massnahmen der Gesundheitsförderung, die sowohl die Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben als auch die individuellen Fähigkeiten zu einem eigenverantwortlichen, gesunden Leben fördern wollen. Dem hohen Wert des Gutes Gesundheit sind Strategien einer weitgehenden Privatisierung des Gesundheitswesens und damit einer Abschaffung der OKV nicht angemessen. Sie stellen einen Verstoß gegen das Prinzip der Chancengleichheit im Bereich der Gesundheit dar.
- Die Analyse der Kosten im Gesundheitswesen hat gezeigt, dass die sogenannten out of pocket-Zahlungen der Schweizer Versicherten bereits heute vergleichsweise hoch sind. Eine weitere Erhöhung des Selbstzahleranteils dürfte deshalb im Hinblick auf moral hazard-Verhalten nur geringe Effekte zeigen. Das Gut Gesundheit besitzt allgemein einen sehr hohen Wert, so dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im Krankheitsfall nahezu unelastisch ist. Wirklich teure Interventionen (Organtransplantationen, Dialyse, Medikamente bei seltenen Erkrankungen, sog. orphan drugs etc.) kommen ohnehin nur bei entsprechend dringlicher Bedürftigkeit zur

⁸²⁵ Bettina SCHMIDT (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen, S. 198.

Anwendung. Ein höheres Kostenrisiko für die Versicherten ist deshalb aus Gründen der Angemessenheit und der Gerechtigkeit nicht zu befürworten.

- Ferner hat sich gezeigt, dass innerhalb des gesamten Spektrums des Gesundheitswesens die Handlungsspielräume der Versicherten vergleichsweise begrenzt sind. In erster Linie entscheiden die Versicherten im Bereich „Arzt ambulant“, ob sie zum Arzt gehen oder nicht. Auf die Kostenentwicklung der teuersten Kostengruppe „Spital stationär“ haben die Versicherten nur sehr begrenzt Einfluss. Kostenvermeidungsstrategien aufseiten der Versicherten stünden dann nämlich im Widerspruch zu ärztlich angeratenen Massnahmen. Sinnvolle Kostenvermeidungsstrategie müssten im Bereich Spital auf mittlerer oder höchster Ebene ansetzen, das würde Versicherte und Ärzte entlasten.
- Die Analyse der Gesundheitskosten hat gezeigt, dass alle entwickelten Staaten vor dem Problem steigender Gesundheitskosten stehen. Steigende Gesundheitsausgaben sind offensichtlich die Kehrseite der Modernisierung, unabhängig von konkreten Konzeptionen des Gesundheitswesens. Es gibt bisher keine empirischen Belege, dass ein durch Fördern und Fordern von mehr Eigenverantwortung erzielter gesünderer Lebensstil auch langfristig einen positiven Beitrag zur Senkung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen liefert. Auch ein starkes Herz und eine ausgewogene Ernährung können in hohem Alter weder Krebs, noch Demenz verhindern.
- Der betonte Rückbezug auf das Individuum im Bereich der Gesundheit durch das Postulat nach mehr Eigenverantwortung kann bei Einzelnen ein Gefühl der Überforderung hervorrufen, weil Gesundheit nur begrenzt gestaltbar, geschweige denn verbesserbar ist – ganz abgesehen von den sozioökonomischen Rahmenbedingungen. Es besteht die begründete Vermutung, dass Eigenverantwortung zum Platzhalter für gesundheitspolitische „Orientierungslosigkeit“ geworden ist, die die Verantwortung auf politischer Ebene versucht, auf die individuelle Ebene abzuwälzen. Aus ethischer Sicht ist dies unangemessen, weil die begrenzten Fähigkeiten und Möglichkeiten der Verantwortungsübernahme auf individueller Ebene ignoriert werden. Es bräuchte ein differenziertes Verantwortungskonzept, das den verschiedenen Ebenen im Bereich des Gesundheitswesens klare Verantwortungszuständigkeiten zuschreibt.
- Der Begriff der Gesundheit ist selbst auch offen für unterschiedliche Auslegungen, er unterliegt Moden und unterschiedlichsten Interessen, die eng im Zusammenhang stehen mit den Erfordernissen eines Arbeitsmarktes im Kontext der Globalisierung.

Gesundheit wird so vor allem verstanden als Arbeitsmarktfähigkeit, die in Schlagworten wie Fitness, Flexibilität, Schönheit und Leistungsfähigkeit zum Ausdruck kommt. Dabei geht vergessen, dass Gesundheit gerade nicht das höchste Gut ist, sondern ein Mittel zu einem erfüllten und gelungenen Leben.

- Aus ethischer Sicht kann es bei aller Kritik am Postulat der Eigenverantwortung nicht um eine grundsätzliche und pauschale Kritik am Verantwortungsprinzip im Bereich der Gesundheit gehen. Empirische Belege, dass ein gesunder Lebensstil im Allgemeinen, aber eben nicht in jedem Fall, den Gesundheitsstatus fördert, sind Grund genug, verantwortlich mit der eigenen Gesundheit umzugehen. Diese Erstverantwortung für die eigene Gesundheit ist nicht delegierbar, darf aber auch nicht im Sinne einer Alleinverantwortung missverstanden werden.
- Die Diskussion um mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen steht im Kontext allgemeiner Finanzknappheit in den öffentlichen und sozialen Haushalten. Sie kann nicht losgelöst diskutiert werden von der grundsätzlichen Kritik am Sozialstaat. Dabei geht es dann unmittelbar um die Frage, was eine Gesellschaft zusammenhält und wie wir in Zukunft zusammen leben wollen. Der hier eingenommene ethische Standpunkt geht aus von der grundsätzlichen Vulnerabilität und Unvollkommenheit menschlichen Lebens. Der Mensch steht als Person im Mittelpunkt, damit besitzt er eine unveräusserliche Würde und hat Anspruch auf Anerkennung des Menschenrechts auf Gesundheit im Sinne einer Befähigung zur bestmöglichen Realisierung des je eigenen Gesundheitspotentials.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten unter dem Gesichtspunkt der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ethisch nicht zu rechtfertigen ist. Weder Eigenverantwortung im Sinne einer höheren Kostenverantwortung durch die Versicherten noch im Sinne einer selbstbestimmten Lebensgestaltung im Hinblick auf Gesundheitsfragen führt zwingend zu einer Entlastung der Gesundheitskosten. Es gibt ernstzunehmende Gründe, die trotz Kostenanreizen und einem gesünderen Lebensstil mittel- bis längerfristig weiterhin steigende Gesundheitskosten erklären: Wer ungesund lebt, verursacht nicht zwingend höhere Gesundheitskosten (z. B. Raucher), und umgekehrt ist ein gesunder Lebensstil nicht einfach mit geringeren Gesundheitskosten gleichzusetzen.

Eine Verlagerung der Gesundheitskosten vom obligatorisch-öffentlichen in den privaten Bereich über eine finanziell höhere Kostenverantwortung dürfte zwar Vermeidungsstrategien gegen ein höheres finanzielles Risiko auf Seiten der Versicherten bewirken, eine mittel- bis längerfristige Senkung der obligatorischen Gesundheitskosten muss damit aber nicht zwingend verbunden sein. Gerade die Vermeidungsstrategien können dazu führen, dass unterlassene Inanspruchnahmen medizinischer Leistungen im Endeffekt mit höheren Kosten verbunden sind. Hinter den Postulaten nach mehr Eigenverantwortung, die das bestehende System einer obligatorischen und solidarischen Absicherung im Krankheitsfall wieder abschaffen wollen, steht das einseitige Menschenbild des *homo oeconomicus*, das der besonderen Bedeutung von Gesundheit als Ermöglichungsgut für viele andere Güter im Leben aus ethischer Sicht nicht gerecht wird. Ein ethisch legitimes Menschenbild anerkennt vielmehr sowohl den besonderen Wert des Gutes Gesundheit als auch die letzte Unverfügbarkeit von dem, was Gesundheit ausmacht, sprich die grundsätzliche Verletzlichkeit menschlichen Lebens.

Ein Verständnis von Eigenverantwortung, das ein selbstbestimmtes und auf eigene Vorstellungen von Gesundheit und Wohlergehen ausgerichtetes Leben meint, ist aus ethischer Perspektive durchaus zu befürworten. Eine genauere Betrachtung zeigt aber, dass die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Gesundheitsverhalten unterschiedlich verteilt ist. Aus theologisch-ethischer Sicht stehen hier die Prinzipien der Personalität, der Solidarität und der Subsidiarität im Vordergrund. Das Ziel eines eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens muss deshalb aus Gründen der Gerechtigkeit und des sozialen Zusammenhalts entsprechende sozioökonomischen Benachteiligungen und mangelnde Fähigkeiten im Blick haben. Instrumente und Strategien der Befähigung zu einem selbstbestimmten Gesundheitsverhalten können dabei helfen, solche Benachteiligungen zu überwinden, die sozioökonomisch bedingten Benachteiligungen müssen aber primär durch Politikbereiche angegangen werden, die weit über den Bereich der eigentlichen Gesundheitspolitik hinausgehen. Dazu zählen insbesondere die Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik, die Einkommens- und Sozialpolitik sowie die Umweltpolitik.

10.4.2 Ausblick

Die Diskussion um mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Schweizer Gesundheitswesen entzündet sich in erster Linie an den hohen Gesundheitskosten. Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung ist deshalb meist verbunden mit der Erwartung, dadurch

Kosten zu sparen. Diese Erwartung lässt sich aber aktuell aufgrund der vorliegenden empirischen Befunde weder eindeutig bestätigen noch widerlegen.⁸²⁶ Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten entpuppt sich deshalb – je nach inhaltlicher Ausprägung dieser Forderung – auch als Bekenntnis zu einem bestimmten Menschenbild. Die Vorstellung eines auf Freiheit ausgerichteten und auf weitgehend individuelle Vorteile bedachten Menschen (*homo oeconomicus*) versteht Eigenverantwortung im Sinne monetärer Anreize und möglichst breit angelegter Freiheitsräume der Versicherten. Prägend für dieses Verständnis des Menschen ist die Vorstellung, dass jede und jeder seines Glückes Schmied ist. Dem steht die Vorstellung gegenüber, dass die gesundheitsrelevanten Möglichkeiten und Fähigkeiten der Menschen unterschiedlich verteilt sind, und deshalb zur Erreichung des Ziels der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich unterschiedliche Instrumente der Befähigung zu einem gesundheitsförderlichem Verhalten und zur Überwindung relevanter sozioökonomischer Benachteiligungen notwendig sind.

Das Schweizer Gesundheitswesen enthält Elemente beider Vorstellungen von Eigenverantwortung. Internationale Vergleiche zeigen dabei, dass die monetären Anreize im Sinne von Selbstbehalten und *out of pocket*-Zahlungen in der Schweiz bereits vergleichsweise hoch sind. Eine Verstärkung der monetären Anreize für die Versicherten birgt die zunehmende Gefahr, dass bereits bestehende sozioökonomische Benachteiligungen auch im Gesundheitsbereich verstärkt werden, was aus der ethischen Perspektive, die in dieser Abhandlung eingenommen wird, nicht vertretbar ist. Demgegenüber gilt es, den Blick stärker auf die gesundheitsrelevanten Faktoren zu richten, die individuell weniger zu beeinflussen sind und weit über den Bereich der Gesundheitspolitik hinaus gehen: konkrete Arbeits- und Lebensbedingungen, Bildungschancen und Umwelteinflüsse. Hier tut sich auch für die Schweizer Gesellschaft ein breites Handlungsfeld auf, in dem vor allem politische und weniger individuelle Antworten gefragt sind.

Das Ziel eines selbstbestimmten, eigenverantwortlich gestalteten gesundheitsförderlichen Lebens steht im Dienst eines noch grundlegenderen Ziels, nämlich individuell ein möglichst gelungenes Leben führen zu können, und dabei spielt das Gut Gesundheit zwar eine zentrale, aber nicht die einzige Rolle. Es muss deshalb auch weiterhin möglich sein, dass

⁸²⁶ Dieses Urteil berücksichtigt zwar die Ergebnisse von Stefan Fetzter aus dem Jahr 2005, die für das höhere Alter eine Bestätigung der Medikalisierungsthese liefern. Für ein eindeutiges Ergebnis fehlen aber aktuellere Studien, insbesondere aus der Schweiz. Vgl. Stefan FETZER (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV.

Menschen individuelle Lebensstile pflegen, die dem Mainstream an Vorstellungen von gesundem Leben entgegen stehen und trotzdem mögliche negative gesundheitliche Folgen von der Gesellschaft solidarisch mitgetragen werden. Zumal die vorliegende Untersuchung zum Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen zeigen konnte, dass ein gesünderes Leben nicht zwingend geringere Kosten zur Folge hat. Umgekehrt verursacht auch ein ungesunder (z. B. Rauchen) beziehungsweise mit hohem gesundheitlichem Risiko verbundener Lebensstil (z. B. Risikosportarten) nicht zwingend höhere Kosten.

Für die zukünftige Gestaltung des Gesundheitswesens in der Schweiz stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, auf welches Ziel hin wir als Gesellschaft zusammen leben wollen. Damit sind andere Fragen verbunden: Welchen Platz räumen wir Einzelnen in unserer Gesellschaft ein? Wie wollen wir zusammen leben? Soll Solidarität weiterhin ein zentrales Element unserer Gesellschaft sein gemäss der in der Präambel unserer Verfassung festgehaltenen Überzeugung, „dass die Stärke des Volkes sich misst am Wohl der Schwachen“? Die Beantwortung dieser Fragen bietet die Chance, dass steigende Gesundheitskosten nicht nur als eine um jeden Preis zu vermeidende Entwicklung verstanden werden, sondern vor allem als Kehrseite eines hohen Lebensstandards und auch als Erfolg moderner Medizin. Kostendämpfungsmassnahmen lassen sich dann nicht bloss an die einzelnen Versicherten adressieren, sondern werfen die grundsätzliche und auch schwierige Frage auf, welche Möglichkeiten der modernen Medizin wir uns als Gesellschaft leisten wollen.⁸²⁷ Aus ethischer Sicht müssen dabei die Bedürfnisse der Versicherten und der hohe Wert des Gutes Gesundheit für ein gelingendes Leben im Mittelpunkt stehen. Die hohen Kosten des Gesundheitswesens sind im Verhältnis zum Lebensstandard und hohen Wohlstand in der Schweiz zu sehen. Das Postulat „Kosten sparen durch mehr Eigenverantwortung!“ darf aus ethischer Sicht nicht zu einer Kostenverlagerung vom öffentlichen in den privaten Bereich werden, weil dies dem hohen Wert des Gutes Gesundheit nicht gerecht wird. Ohnehin müssen die Kosten, die unmittelbar von den Versicherten zu beeinflussen sind, ins Verhältnis gesetzt werden zu den Kosten, die an anderer Stelle im Gesundheitswesen entstehen.

Einer der bedeutendsten Ökonomen des 20. Jahrhunderts, John Maynard Keynes, soll den bekannten Spruch geprägt haben „In the long run we are all dead“. In hiesigem Kontext

⁸²⁷ Damit ist das Thema der Rationierung im Gesundheitswesen aufgeworfen. Einen Überblick über die verschiedenen Facetten der Rationierungsdebatte in der Schweiz liefert Markus ZIMMERMANN-ACKLIN, Hans HALTER (2007): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.

wäre er zu ergänzen mit dem Hinweis: Und bis dahin sind wir gefordert, die Unwägbarkeiten des Lebens anzuerkennen und zu versuchen, in gegenseitiger Unterstützung ein gutes und gelingendes Leben zu führen.

Schluss

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit der Frage, ob das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten ein sachgerechtes und ethisch vertretbares Mittel darstellt, um der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen zu begegnen. Wie die Analyse der verschiedenen parteipolitischen Positionen zu diesem Thema zeigt, ist das Postulat nach mehr Eigenverantwortung ein zentrales Element in den hiesigen reformpolitischen Debatten im Gesundheitswesen.

Eigenverantwortung wird dabei entweder als Kostenverantwortung oder im Sinne von Massnahmen verstanden, die den individuellen Umgang mit der Gesundheit verbessern sollen. Letzteres kann verstanden werden als Appell mit nicht-monetären Anreizen für das individuelle Gesundheitsverhalten (z. B. Kampagnen gegen Rauchen, Bewegungsmangel oder Übergewicht) oder als ein umfassenderes Bemühen, die allgemeinen Rahmenbedingungen für gesunde Lebensstile zu verbessern. Die parteipolitischen Positionen lassen sich dabei nahezu trennscharf dem einen oder dem anderen Konzept zuordnen: Die bürgerlich-konservativen Parteien favorisieren das Konzept der Kostenverantwortung, was Appelle an das individuelle Gesundheitsverhalten nicht ausschliesst. SP und Grüne verstehen Eigenverantwortung in erster Linie als Fähigkeit, bewusst und möglichst frei von widrigen Rahmenbedingungen ein gesundes Leben führen zu können. Deshalb setzen sie sich auch für einen umfassenderen Begriff von Gesundheitspolitik ein. In ihrem Konzept für mehr Eigenverantwortung geht es darum, Bürgerinnen und Bürger zu einem gesünderen Lebensstil zu befähigen (empowerment) und sozioökonomische Ungleichheiten zu überwinden.

Der Blick auf die Kostenentwicklung der vergangenen Jahre und die Möglichkeiten der konkreten Einflussnahme der Versicherten auf die Kostenentwicklung im Rahmen des KVG zeigen, dass das Postulat nach mehr Eigenverantwortung von der Sache her kaum gerechtfertigt ist. Mehr Eigenverantwortung im Sinne einer höheren Kostenverantwortung birgt ausserdem die Gefahr, dass mit zunehmender Kostenbelastung notwendige medizinische Massnahmen unterbleiben und auf mittlere bis längere Sicht dadurch die Kosten im Rahmen des KVG steigen.

Der Begriff der Verantwortung hat in den letzten 200 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und den Begriff der Pflicht nahezu abgelöst. Dabei kann die zunehmende Bedeu-

tung des Begriffs der Verantwortung auch als Platzhalter für eine zunehmende „Unübersichtlichkeit“ in modernen ausdifferenzierten Gesellschaften verstanden werden. Die begriffliche Kombination von „Eigen“ und „Verantwortung“ provoziert mit Blick auf die Begriffssystematik von Verantwortung mehrere Fragezeichen: Gegenüber *wem* soll Verantwortung übernommen werden und in Bezug auf welche *Norm*? Und für was soll genau Verantwortung übernommen werden (*Verantwortungsobjekt*)? Die Betonung der „Eigenverantwortung“ lässt folglich nur den Schluss zu, dass die Konsequenzen eines Handelns oder Unterlassens allein dem Individuum zugerechnet werden sollen. Im gesundheitspolitischen Kontext bedeutet dies, dass jede und jeder zunehmend Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen hat, was im Krankheitsfall mit entsprechendem Kostenrisiko verbunden ist.

Eigenverantwortung als Kostenverantwortung orientiert sich dabei stark am ökonomischen Modell des *homo oeconomicus*. Dabei zeigt sich aber bei genauer Betrachtung, dass in Gesundheitsdingen kaum jemand „seines Glückes eigener Schmied“ ist. Weder prospektiv noch retrospektiv lassen sich aus medizinischer Sicht in den meisten Fällen eindeutige Kausalitätsbezüge ermitteln, allenfalls sind Korrelationen bestimmter Lebensstile zu einzelnen Erkrankungen möglich. Folglich lassen sich mit dem Kriterium der Eigenverantwortung aus medizinischer Sicht nur in seltenen Einzelfällen eine höhere Kostenlast für die Betroffenen oder Leistungsausschlüsse begründen. Politische Forderungen zur Einschränkung des Leistungskatalogs und höheren Selbstbehalten innerhalb des KVG oder zur Aufhebung des Versicherungsobligatoriums betonen, dass sogenanntes *moral hazard*-Verhalten die Nachfrage nach medizinischen Leistungen verzerrt. Sie unterstellen, dass die Versicherten selbst am besten ihre Gesundheitspräferenzen kennen würden, weshalb eine wettbewerbliche Lösung, wie in anderen Bereichen auch, anzustreben sei. Der meritorische Charakter des Gutes Gesundheit, Informationsasymmetrien zwischen den Versicherten einerseits und den Leistungserbringern und Versicherungen andererseits bleiben dabei weitgehend unberücksichtigt.

Ausgangspunkt für das Postulat nach mehr Eigenverantwortung ist die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Die vorliegende Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass ein eigenverantwortlich geführter, gesundheitsdienlicher Lebensstil mit guten Gründen zu einer höheren Lebenserwartung führt. Quasi als Kehrseite dieser Medaille steigt dann aber in höherem und hohem Alter die Morbiditätswahrscheinlichkeit. Die zunehmende Lebenser-

wartung und Hochaltrigkeit selbst sind Ursachen für den Kostenanstieg im Gesundheitswesen (vgl. *Medikalisierungsthese*). Das Postulat nach mehr Eigenverantwortung hat somit auf lange Sicht eher mit höheren als mit niedrigeren Gesundheitskosten zu rechnen. Damit entfällt ein zentrales Argument für dessen Begründung.

Aus ethischer Sicht ist das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Gesundheitswesen unter mehreren Gesichtspunkten zu kritisieren. Wird Eigenverantwortung als bloße Kostenverantwortung verstanden, werden sozioökonomisch Benachteiligte auch im Gesundheitsbereich zusätzlich diskriminiert. Arme sterben nämlich früher und sind in ihren Fähigkeiten, ein selbstbestimmtes, gesundes Leben zu führen, eingeschränkter als sozioökonomisch Bessergestellte. Nicht nur die physisch-psychische Gesundheitsausstattung ist unterschiedlich verteilt, sondern auch die Fähigkeit zu eigenverantwortlich selbstbestimmten und gesundheitsförderlichem Leben.

Gesund zu leben, ist nicht eindeutig bestimmbar. Auch der Gesundheitsbegriff unterliegt kulturellem Wandel und ist Ausdruck vorherrschender Ideale und Interessen. Das Postulat nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten muss deshalb letztlich die Antwort schuldig bleiben, wie ein gesundes und somit kostengünstiges Leben möglich ist. Die Betonung der Eigenverantwortung unterstellt ein gesichertes Wissen darüber, was gesund ist. Aus medizinischer und ethischer Sicht ist dies eine Unterstellung, die im Einzelfall nicht haltbar ist.

Der hier eingenommene ethische Standpunkt orientiert sich an den Sozialprinzipien der Katholischen Soziallehre und der unaufgebaren Würde aller Menschen. Gesundheit ist zwar nicht das höchste, aber ein hohes Gut, das in vielen Dingen Voraussetzung für andere Güter ist (*Ermöglichungscharakter*). Davon ausgehend lässt sich das Menschenrecht auf Gesundheit begründen, was nicht gleichgesetzt werden kann mit einem Anspruch auf vollkommene Gesundheit und Wohlbefinden. Vielmehr muss es darum gehen, dass jeder Mensch befähigt wird, die *Erstverantwortung* für den eigenen Lebensstil und die eigene Gesundheit in ausreichendem Masse wahrzunehmen. Darüber hinaus ist es aus ethischer Sicht unerlässlich, dass die unterschiedlichen Fähigkeiten und Rahmenbedingungen zu eigenverantwortlichem gesundheitsförderlichem Verhalten berücksichtigt werden. Wird dies bei der Forderung nach mehr Eigenverantwortung ausser Acht gelassen, wird sie leicht zur Überforderung. *Wissen* und *Sollen* allein genügen nicht für einen gesunden Lebensstil, es

braucht auch das *Können*. Nur so besteht die Chance auf eine bestmögliche Realisierung des eigenen Gesundheitspotentials.

Die isolierte Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten wird weder dem hohen Gut Gesundheit noch dem Menschen in seiner Vulnerabilität gerecht. Sie wird auch keinen Beitrag gegen den Kostenanstieg im Gesundheitswesen leisten können. Vor diesem Hintergrund wird dem Kostenanstieg an anderer Stelle zu begegnen sein, wobei nicht außer Acht gelassen werden darf, dass ein teures Gesundheitswesen gerade Ausdruck einer erfolgreichen Medizin ist und die Kehrseite grossen Wohlstands und langen Lebens darstellt. Wie diese Kosten gerecht verteilt werden können, ist Gegenstand anderer gesundheitspolitischer Diskussionen.

Abkürzungsverzeichnis

AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AT	Altes Testament
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung, Deutschland
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (berufliche Vorsorge)
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutschland
CHSS	Soziale Sicherheit Schweiz
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz
DBK	Deutsche Bischofskonferenz
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
EV	Eigenverantwortung
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FDP	Liberaler Partei der Schweiz (seit 01.01.2009 „FDP.Die Liberalen“)
FN	Fussnote
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
Grüne	Grüne Partei der Schweiz
GMS	Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, I. Kant
GS	Gaudium et spes (Pastoralkonstitution des Zweiten Vatikanischen Konzils)
HK	Herder Korrespondenz
HMO	Health Maintenance Organization
IHA	Institut für Haushaltsanalysen, seit Januar 2009 „GfK Switzerland“
IPwskR	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, 1966, auch UNO-Pakt I; in der Schweiz in Kraft getreten 1992
IV	Invalidenversicherung
KAB	Katholische Arbeitnehmer-Bewegung (Deutschland)

KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KSL	Katholische Soziallehre
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LThK	Lexikon für Theologie und Kirche
MM	Mater et magistra (Sozialzyklika, 1961, Johannes XXIII.)
MST	Die Metaphysik der Sitten, 2. Teil: Tugendlehre, I. Kant
NFP	Nationales Forschungsprogramm
NGO	Non-Governmental Organization (Nicht-Regierungsorganisation)
NT	Neues Testament
NHthG	Neues Handbuch theologischer Grundbegriffe
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OKP	Obligatorische Krankenpflege (entspricht den Leistungen gemäss KVG)
OKV	Obligatorische Krankenversicherung (gemäss KVG)
Reg.	Register
SÄZ	Schweizerische Ärztezeitung
SARS	Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom (virale Infektionskrankheit)
SBK	Schweizer Bischofskonferenz
SEK	Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
SP	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
SRS	Sollicitudo rei socialis (Sozialzyklika, 1987, Johannes Paul II.)
SVP	Schweizerische Volkspartei
TRE	Theologische Realenzyklopädie
UN(O)	United Nations (Organization)
UNO-Pakt I	Internationaler Pakt vom 16. Dezember 1966 über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte; für die Schweiz am 18. September 1992 in Kraft getreten
UV	Unfallversicherung
WHO	World Health Organization
ZEE	Zeitschrift für Evangelische Ethik
ZESO	Zeitschrift für Sozialhilfe
ZdK	Zentralkomitee der deutschen Katholiken

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1: Verhältnisprävention und Verhaltensprävention	34
Abb. 2: Gesundheitskosten ausgewählter OECD-Staaten in % BIP, 1960-2007	70
Abb. 3: Entwicklung des BIP und der Gesundheitskosten	72
Abb. 4: Anteile an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens 2010 nach direkt zahlenden Kostenträgern in Franken	76
Abb. 5: Leistungen OKP (brutto) nach Kostengruppen 2008	79
Abb. 6: Bruttokosten obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	81
Abb. 7: Bruttokosten pro versicherte Person ab 1998 OKV	83
Abb. 8: Schematische Darstellung Kostenentwicklung und Eigenverantwortung	198

Literaturverzeichnis

ABEL, Thomas (2002): Die Medizin im Zentrum gesellschaftlicher Prozesse. In: Werner Stauffacher, Johannes BIRCHER (Hg.): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 21–26.

ABEL, Thomas; BUCHER Sabine; BURLA, Leila (2004): Was ist ein gesunder Lebensstil? In: *Managed Care* 5, S. 5.

ABELIN, Theodor; JEANNERET, Olivier (1999): Ethik. In: Felix GUTZWILER, Olivier JEANNERET (Hg.): Sozial- und Präventivmedizin, public health. 2. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto u. a.: Huber, S. 31–43.

ABRAHAMSEN, Yngve; HARTWIG, Jochen; SCHIPS, Bernd (2005): Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz. Zürich: Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.

ACKERMANN-LIEBRIG, Ursula (2002): Gesundheit in der Schweiz: ungleiche Chancen. In: Werner STAUFFACHER, Johannes BIRCHER (Hg.): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 13–19.

AHRENS, Dieter (2004): Prioritätensetzung im Gesundheitswesen und die Bedeutung von Gesundheitsförderung und gesundheitsökonomischer Evaluation aus Sicht von Public Health. In: Dieter AHRENS, Bernhard GÜNTERT (Hg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden: Nomos, S. 255–284.

AHRENS, Dieter (2007): Ökonomisierung und Gesundheitsförderung. In: Bettina SCHMIDT, Petra KOLIP (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa-Verl., S. 45–55.

AHRENS, Dieter; GÜNTERT, Bernhard (2004): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. In: Dieter AHRENS, Bernhard GÜNTERT (Hg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden: Nomos, S. 11–25.

AHRENS, Dieter; GÜNTERT, Bernhard (Hg.) (2004): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden: Nomos.

AICHERN, Maximilian (2005): Heilszusage Gottes – eine Herausforderung an die Seelsorge. Katholische Perspektiven angesichts von Leiderfahrung. In: Severin J. LEDERHILGER (Hg.): Gott, Glück und Gesundheit. Erwartungen an ein gelungenes Leben. 6. Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2004. Frankfurt am Main: Lang (Linzer philosophisch-theologische Beiträge, 11), S. 158–164.

AKADEMIEN DER WISSENSCHAFTEN SCHWEIZ (2012): Medizin für Gesunde? Analysen und Empfehlungen zum Umgang mit Human Enhancement. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz.

ALBER, Jens; BERNARDI-SCHENKLUHN, Brigitte (1992): Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Frankfurt a. M.: Campus.

ALTGELD, Thomas; KOLIP, Petra (2007): Wirksame Gesundheitsförderung heute – die Herausforderungen der Ottawa-Charta. In: Bettina SCHMIDT, Petra KOLIP (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa, S. 33–44.

AMMICHT QUINN, Regina (2006): Glück – der Ernst des Lebens? Freiburg im Breisgau: Herder (Herder-Spektrum, 5652).

AMMICHT-QUINN, Regina (2005): Jung, schön, fit – und glücklich? In: Severin J. LEDERHILGER (Hg.): Gott, Glück und Gesundheit. Erwartungen an ein gelungenes Leben. 6. Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2004. Frankfurt am Main: Lang (Linzer philosophisch-theologische Beiträge, 11), S. 72–88.

ANTONOVSKY, Aaron (1987): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass.

ANTONOVSKY, Aaron (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt-Verlag.

ANZENBACHER, Arno (1997): Christliche Sozialethik. Einführung und Prinzipien. Paderborn: Schöningh.

APEL, Karl-Otto (1988): Diskurs und Verantwortung. Das Problem des Übergangs zur postkonventionellen Moral. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

ARENDT, Hannah (1981): Vita Activa oder Vom tätigen Leben. München: Piper.

ARISTOTELES (2003): Nikomachische Ethik. Übersetzung und Nachwort von Franz Dirlmeier. Stuttgart: Reclam.

ARNOLD, Michael (2003): Gesundheitssystemforschung. In: Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Aufl. Weinheim, München: Juventa, S. 851–873.

ARNOLD, Michael (2003): Zum Verhältnis von Subsidiarität und Solidarität. Prinzipien einer Reform des Gesundheitswesens. In: *NZZ Fokus*, Februar 2003 (Nr. 14), S. 13–15.

ARONSON, Elliot; WILSON, Timothy D.; AKERT, Robin M. (2004): Sozialpsychologie. 4., akt. Aufl. München: Pearson.

AUER, Alfons (1971): Autonome Moral und christlicher Glaube. Düsseldorf: Patmos.

AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.) (1997): Wirtschaftsethik und Moralökonomik. Normen, soziale Ordnung und der Beitrag der Ökonomik. Berlin: Duncker & Humblot.

AUFDERHEIDE, Detlef; DABROWSKI, Martin (Hg.) (2002): Gesundheit - Ethik - Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften VWS, 524).

AUHAGEN, Ann Elisabeth; BIERHOFF, Hans Werner (2001): Responsibility. The many faces of a social phenomenon. London, New York: Routledge (Routledge research international series in social psychology, 3).

BAG (Hg.) (2007): Basisinformationen zur Tabakwerbung. Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00612/00765/index.html?lang=de>, zuletzt geprüft am 17.02.2012.

BAG (2008): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006. Statistiken zur Krankenversicherung. Bern.

BAG (2008): Nationales Programm Ernährung und Bewegung. Bern.

BAG (2009): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007. Statistiken zur Krankenversicherung. Bern.

BAG (2009): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007. Teil Tabellen und Beilagen. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Online verfügbar unter http://www.bag.admin.ch/pyramiden/index.html?lang=de&webgrab_path=http://www.bag.admin.ch/kuv/pyramiden/bars_de.php?id1=0&id2=0&nav=100a-subtitle, zuletzt geprüft am 18.07.2010.

BAG (2010): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008. Statistiken zur Krankenversicherung. Bern.

BAHRO, Marcel; KÄMPF, Christian; STRNAD, Jindrich (2001): Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen. Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftsethischer Sicht. In: *Ethik in der Medizin* 13 (1-2), S. 45–60.

BAUCH, Jost (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim, München: Juventa.

BAUER, Ullrich (2008): Polarisierung und Entsolidarisierung. Ansätze zu einem Impact Assessment der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In: Gregor HENSEN, Peter HENSEN (Hg.): *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 141–163.

BAUMGARTNER, Alois (2004): Personalität. In: Marianne HEIMBACH-STEINS (Hg.): *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch*, Bd. 1: Grundlagen, Bd. 1. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 265–269.

BAUMGARTNER, Alois; KORFF, Wilhelm (1990): Das Prinzip Solidarität. Strukturgesetz einer verantworteten Welt. In: *Stimmen der Zeit* Bd. 204 (4), S. 237–250.

BAUMGARTNER, Alois; KORFF, Wilhelm (1998): Art. Sozialprinzipien. In: Wilhelm KORFF, Lutwin BECK, Paul MIKAT (Hg.): *Lexikon der Bioethik*, Bd. 3. 3 Bände. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 405–411.

BAUMGARTNER, Alois; PUTZ, Gertraud (Hg.) (2001): *Sozialprinzipien. Leitideen in einer sich wandelnden Welt*. Innsbruck, Wien: Tyrolia; Tyrolia-Verl. (Salzburger Theologische Studien, 18).

BAUR, Rita (2005): *Managed Care-Modelle. Bestandesaufnahme 2004*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- BAUR, Rita; HEIMER, Andreas; WIESLER, Silvia (2001): Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich. In: Jan BÖCKEN, Martin BUTZLAFF und Andreas ESCHÉ (Hg.): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. 3. Aufl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 23–149.
- BAYERTZ, Kurt (Hg.) (1995): Verantwortung. Prinzip oder Problem? Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- BAYERTZ, Kurt (1995): Eine kurze Geschichte der Verantwortung. In: BAYERTZ, Kurt (Hg.): Verantwortung. Prinzip oder Problem? Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 3-71.
- BAYERTZ, Kurt (1998): Begriff und Problem der Solidarität. In: Kurt BAYERTZ (Hg.): Solidarität. Begriff und Problem. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 11–53.
- BAYERTZ, Kurt (Hg.) (1998): Solidarität. Begriff und Problem. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. (2008): Principles of Biomedical Ethics. 6. Aufl. New York: Oxford University Press.
- BECCHI, Paolo; BONDOLFI, Alberto; KOSTKA, Ulrike et al (Hg.) (2004): Organallokation. Ethische und rechtliche Fragen. Basel: Schwabe Verlag (Ethik und Recht).
- BECK, Konstantin (2004): Risiko Krankenversicherung. Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt.
- BECK, Konstantin (2004): Risikoausgleich - verkanntes Stiefkind. Eine Schlüsselgrösse im System KVG. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 03.11.2004.
- BECK, Konstantin; KÄSER-MEIER, Urs (2003): Die Krankheitskosten im Todesfall - Eine deskriptiv statistische Analyse. In: *Managed Care* (2), S. 24–26.
- BECKER, Irene; HAUSER, Richard (2004): Soziale Gerechtigkeit – eine Standortbestimmung. Zieldimensionen und empirische Befunde. Berlin: Edition sigma.
- BENECKE, Andrea; VOGEL, Heiner (2003): Übergewicht und Adipositas. Berlin: Robert-Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 16).
- BENGEL, Jürgen; STRITTMATTER, Regine; WILLMANN, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert ; eine Expertise. Erw. Neuauf. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6).

BENZ, Arthur (2001): Der moderne Staat. Grundlagen der politologischen Analyse. München: Oldenbourg.

BERCHTOLD, Peter; HESS, Kurt (2006): Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz. Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Arbeitsdokument / Schweizerisches Gesundheitsobservatorium).

BERTELSMANN STIFTUNG (Hg.) (2004): Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

BESKE, Fritz (2005): Prävention. Ein anderes Konzept: vor Illusionen wird gewarnt. Kiel: Schmidt & Klaunig.

BESKE, Fritz; KROLL, Lars Eric (2010): Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060. Kiel: Schmidt & Klaunig (Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, 118).

BEULENS, Joline W. J.; RIMM, Eric B.; ASCHERIO, Alberto et al (2007): Alcohol Consumption and Risk for Coronary Heart Disease among Men with Hypertension. In: *Annals of Internal Medicine* 146 (1), S. 10–20. Online verfügbar unter <http://www.annals.org/cgi/reprint/146/1/10.pdf>, zuletzt geprüft am 13.10.2011.

BFS (2003): Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000. Revidierte Zeitreihen. Neuchâtel (BFS aktuell Gesundheit).

BFS (2004): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2002 und jüngste Entwicklung. Neuchâtel.

BFS (Hg.) (2005): Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Neuchâtel.

BFS (2006): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050. Neuchâtel. Online verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.83713.pdf>, zuletzt geprüft am 08.02.2011.

BFS (2007): Übergewicht bei Erwachsenen in der Schweiz. Aspekte einer multifaktoriellen Problematik. Neuenburg. Online verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.Document.99164.pdf>, zuletzt geprüft am 03.03.2012.

BFS (2007): Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030. Neuchâtel. Online verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.102478.pdf>, zuletzt geprüft am 13.08.2009.

BFS (08.02.2007): 53 Milliarden für die Gesundheit. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005. Bern. Online verfügbar unter <http://www.news-service.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/6822.pdf>, zuletzt geprüft am 11.03.2013.

BFS (2008): Die Bevölkerung der Schweiz 2007. Neuchâtel.

BFS (28.05.2008): Ungebrochen kräftiges Beschäftigungswachstum. Beschäftigungsbarometer im 1. Quartal 2008. Nr. 0350-0804-70. Neuchâtel. Online verfügbar unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/statistique_de_1_emploi/anhang/00.Document.109962.pdf, zuletzt geprüft am 15.08.2008.

BFS (2012): Soziale Sicherheit – Panorama. Online verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/00/pan.Document.118144.pdf>, zuletzt geprüft am 03.03.2012.

BIEDERMANN, Daniel; GROSS, Jost; KOCHER, Gerhard (1999): Krankenversicherung und Gesundheitswesen - wie weiter? 29 Entscheidungsträger beantworten zehn Grundsatzfragen. Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Hans Huber.

BIENFAIT, Agathe (2006): Die Verantwortungsgesellschaft als Konfliktgesellschaft. Max Webers Beitrag jenseits von Moralismus und Fatalismus. In: Ludger HEIDBRINK, Alfred HIRSCH (Hg.): Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips. Frankfurt a. M.: Campus, S. 165–187.

BIERHOFF, Hans-Werner; FREY, Dieter (Hg.) (2006): Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie. Göttingen, Bern, Wien u. a.: Hogrefe.

BIERHOFF, Hans-Werner; NEUMANN, Eva (2006): Soziale Verantwortung und Diffusion der Verantwortung. In: Hans-Werner BIERHOFF Dieter FREY (Hg.): Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie. Göttingen, Bern, Wien u. a.: Hogrefe, S. 174–179.

BIRCHER, Johannes (2003): Unsicherheit medizinischer Entscheidungen: wer sind die Gewinner und die Verlierer? In: *Schweizerische Ärztezeitung* 84 (44), S. 2306–2307.

- BIRNBACHER, Dieter (1988): Verantwortung für zukünftige Generationen. Stuttgart: Reclam.
- BISER, Eugen (2002): Wo bist du? Antwort auf die Frage nach dem Menschen. 2. Aufl. Freiburg i. Brsg.: Johannes-Verlag.
- BISIG, Brigitte; WIETLISBACH, Vincent; GMEL, Gerhard et al (2003): Sozio-demographische, kulturelle und regionale Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: erste Resultate. Stand 23. 01. 2003. NFP 45. o. O.
- BLANCHARD, Kenneth; CARLOS, John P.; RANDOLPH, Alan (1998): Management durch Empowerment. Das neue Führungskonzept. Mitarbeiter bringen mehr, wenn sie mehr dürfen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- BMBF (1996): Delphi-Bericht 1995 zur Entwicklung von Wissenschaft und Technik. Mini-Delphi. Bonn.
- BOBBERT, Monika (2000): Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-informativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth. In: *Ethica*, 8, S. 405-440.
- BOBBERT, Monika (2004): Individuelle Rechte als Massstab für eine gerechte Verteilung von Mitteln im Gesundheitswesen. In: Sigrid GRAUMANN, Katrin GRÜBER (Hg.): Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens. Münster: LIT Verlag, S. 163–196.
- BOBBERT, Monika (2006): Die Zukunft der sozialen Sicherung gegen Krankheitsrisiken: Leistungs- oder Risikosolidarität? In: Michael SCHRAMM, Hermann-Josef GROSSE KRACHT, Ulrike KOSTKA (Hg.): Der fraglich gewordene Sozialstaat. Aktuelle Streitfelder - ethische Grundlagenprobleme. Paderborn: Schöningh, S. 132–136.
- BÖCKEN, Jan; BUTZLAFF, Martin; ESCHE, Andreas (Hg.) (2001): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. 3. Aufl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- BÖCKLE, Franz (1976): Was ist das Proprium einer christlichen Ethik? In: *ZEE* (11), S. 135–147.
- BÖCKLE, Franz (1978): Fundamentalmoral.
- BÖCKLE, Franz (1984): Art. Ethik. In: Peter EICHER (Hg.): Neues Handbuch theologischer Grundbegriffe, Bd. 1. München: Kösel, S. 275–287.

BÖCKLE, Franz (1985): *Fundamentalmoral*. 4. Aufl. München: Kösel.

BOHRMANN, Thomas (2001): Zur Leistungsfähigkeit der Sozialprinzipien im Gesundheitswesen. In: Alois BAUMGARTNER und Gertraud PUTZ (Hg.): *Sozialprinzipien. Leitideen in einer sich wandelnden Welt*. Innsbruck, Wien: Tyrolia; Tyrolia-Verl. (Salzburger Theologische Studien, 18), S. 160–184.

BOHRMANN, Thomas (2002): Solidarität und Wettbewerb: Ethische Ordnungsprinzipien im Gesundheitswesen. In: Detlef AUFDERHEIDE, Martin DABROWSKI (Hg.): *Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens*. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften VWS, 524), S. 95–123.

BOHRMANN, Thomas (2003): *Organisierte Gesundheit. Das deutsche Gesundheitswesen als sozialetisches Problem*. Berlin: Duncker&Humblot GmbH (Sozialwissenschaftliche Abhandlungen der Görres-Gesellschaft, 26).

BOHRMANN, Thomas (2004): Subsidiarität. In: Marianne HEIMBACH-STEINS (Hg.): *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch*, Bd. 1: Grundlagen. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 293–301.

BOHRMANN, Thomas (2005): Gesundheitssicherung und Solidarität. In: Marianne HEIMBACH-STEINS (Hg.): *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch*, Bd. 2: Konkretionen. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 228–253.

BOHRMANN, Thomas (2010): *Steht unser Gesundheitswesen auf gesunden Beinen?* Köln: J. P. Bachem (Kirche und Gesellschaft, 366).

BONDOLFI, Alberto (2006): Art. Gerechtigkeit. In: Jean-Pierre WILS, Christoph HÜBENTHAL (Hg.): *Lexikon der Ethik*. Paderborn, München, Wien u. a.: Ferdinand Schöningh, S. 115–121.

BONDOLFI, Alberto; MÜLLER, Hansjakob (Hg.) (1999): *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*. Basel, Bern: EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

BOORSE, Christopher (1977): Health as a Theoretical Concept. In: *Philosophy of Science*, 44, S. 542–573.

BOORSE, Christopher (2004): On the Distinction between Disease and Illness. In: Arthur L. CAPLAN, James J. MCCARTNEY, Dominic A. SISTI (Hg.): *Health, Disease, and Illness. Concepts in Medicine*. Washington: Georgetown Univ. Press, S. 77–89.

- BOWALD, Béatrice; BÜRGE, Wolfgang (2009): Brennpunkt Altersvorsorge. Gerechtigkeit angesichts demografischer Herausforderungen. Zürich, Chur: Rüegger.
- BRAUN, Bernard; KÜHN, Hagen; REINERS, Hartmut (1999): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. 3. Aufl., Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl. (14093).
- BREIT, Gotthard; MASSING, Peter; BOGUMIL, Jörg (Hg.) (2003): Der Staat. Ideengeschichtliche Grundlagen ; Wandel der Aufgaben ; Stellung des Bürgers ; eine Einführung. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verl.
- BREYER, Friedrich; ULRICH, Volker (2000): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und Anstieg der Gesundheitsausgaben. In: *DIW-Wochenbericht* 67, S. 374–379.
- BREYER, Friedrich; ZWEIFEL, Peter (1997): Gesundheitsökonomie. 2., überarb. und erw. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York u. a.: Springer.
- BRIESKORN, Norbert; WALLACHER, Johannes (Hg.) (1998): Homo oeconomicus: Der Mensch der Zukunft? Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer (Globale Solidarität - Schritte zu einer neuen Weltkultur, 2).
- BROCK, Dan W. (2005): Priority to the Worse Off in Health-Care Resource Prioritization. In: Oliver RAUPRICH, Georg MARCKMANN und Jochen VOLLMANN (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn: Mentis, S. 37–51.
- BRUNNER, Hans Heinrich; CUENI, Stephan; JANUTH, Reto (2007): Krankenversicherung. In: Gerhard KOCHER, Willy OGGIER (Hg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Aufl. Bern: Huber, S. 151–170.
- BRUNNER, Otto; CONZE, Werner; KOSELLECK, Reinhart (Hg.) (2004): Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BROOK, Robert H.; WARE, John E. [JR.]; ROGERS, William H.; KEELER, Emmett B.; DAVIES, Allyson R.; SHERBOURNE, Cathy A.; GOLDBERG, George A.; LOHR, Kathleen N.; CAMP, Patricia; NEWHOUSE, Joseph P. (1984): The Effect of Coinsurance on the Health of Adults. Results from the Rand Health Insurance Experiment. Santa Monica: Rand Corporation. Online verfügbar unter <http://www.rand.org/pubs/reports/2006/R3055.pdf>, zuletzt geprüft am 19.03.2012.

- BRUNNER, Karin (1999): Partielle Selbstversicherung. Ein Konzept zur Stärkung der Eigenvorsorge der Patienten im schweizerischen Gesundheitswesen. St. Gallen: Diss. HSG.
- BSV (Hg.) (2004): Mehr Eigenverantwortung - ein Rezept für die Sicherung des Sozialstaates? Bern (Soziale Sicherheit CHSS).
- BUNDESRAT (1991): Botschaft über die Revision der Krankenversicherung (Bundesblatt, 144. Jahrgang, I).
- BUNDESRAT (2004): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte) vom 26. Mai 2004.
- BÜRGIN, Dieter; DI GALLO, Alain; MENG, Heiner; SCHREINER, Joachim (2002): Die Medizin im Spiegel von Herrn und Frau Jedermann. Anmerkungen zur Befragung des GfS-Forschungsinstitutes ("Was erwartet die Bevölkerung von der Medizin?") aus ärztlicher Sicht. In: Werner STAUFFACHER, Johannes BIRCHER (Hg.): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 76–83.
- BÜRGSTEN, Wolfgang E. (2007): Sozialethische Überlegungen zum Kriterium der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. In: Markus ZIMMERMANN-ACKLIN, Hans HALTER (Hg.): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag (Gesundheitsökonomie, 3), S. 195–204.
- BURKHARDT, Björn (1998): Verantwortung - Rechtlich. In: Wilhelm KORFF, Lutwin BECK und Paul MIKAT (Hg.): Lexikon der Bioethik. 3 Bände. Gütersloh: Gütersloher Verlags- haus, S. 671–673.
- BUTTERWEGGE, Christoph; LÖSCH, Bettina; PTAK, Ralf (Hg.) (2008): Neoliberalismus. Analysen und Alternativen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BUTTERWEGGE, Christoph; LÖSCH, Bettina; PTAK, Ralf; ENGARTNER, Tim (Hg.) (2007): Kritik des Neoliberalismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BUTTERWEGGE, Christoph (2005): Krise und Zukunft des Sozialstaates. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BUYX, Alena (2005): Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen. Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. In: Oliver RAUPRICH, Georg MARCKMANN, Jochen VOLLMANN (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn: Mentis, S. 315–334.

CADUFF, Raymond (2007): Schweizer Sozialhilfe auf dem Prüfstand. Eine kritische Analyse aus sozialetischer Perspektive. Zürich: Rüegger.

CAMENZIND, Paul; MEIER, Claudia (Hg.) (2004): Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Hans Huber.

CARIGIET, Erwin (2003): Gesundheitswesen - Aspekte gesellschaftlicher Solidarität. In: Erwin CARIGIET, Daniel GROB (Hg.): Der alte Mensch im Spital. Altersmedizin im Brennpunkt. Zürich, S. 13–47.

CARIGIET, Erwin; GROB, Daniel (Hg.) (2003): Der alte Mensch im Spital. Altersmedizin im Brennpunkt. Zürich.

CARITAS SCHWEIZ (Hg.) (2003): Sozialalmanach 2003. Schwerpunkt: Gesundheit - Eine soziale Frage. Luzern: Caritas-Verlag.

CARITAS SCHWEIZ (Hg.) (2004): Sozialalmanach 2004. Schwerpunkt: Die demografische Herausforderung. Luzern: Caritas-Verlag.

CARITAS SCHWEIZ (Hg.) (2006): Sozialalmanach 2007. Schwerpunkt: Eigenverantwortung. Caritas Schweiz. Luzern: Caritas-Verlag.

CASANOVA, Brigitte (2005): Medizinischer Fortschritt und Gesundheitskosten. In: *Managed Care* (4), S. 42–44.

CASSEL, Dieter (Hg.) (2003): Europäische Gesundheitssysteme: Gestaltungsprobleme und Lösungsansätze. Tagungsband des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.

CASSEL, Dieter (Hg.) (2004): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.

CECHURA, Suitbert (2007): Empowerment und Gesundheitsförderung. In: Bettina SCHMIDT, Petra KOLIP (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa-Verl., S. 203–214.

CHOUHRY, Niteesh K.; AVORN, Jerry; GLYNN, Robert J.; ANTMAN, Elliott M.; SCHNEEWEISS, Sebastian; TOSCANO, Michele et al. (2011): Full Coverage for Preventive Medications after Myocardial Infarction. In: *New England Journal of Medicine* 22 (365), S. 2088–2097.

COLOMBIER, Carsten (2008): Demografische Alterung und Gesundheitswesen – Mehrbelastungen primär in der Langzeitpflege. In: *Die Volkswirtschaft* 10, S. 63–66.

COLOMBIER, Carsten; WEBER, Werner (2008): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050. Hg. v. EFV (Working Paper des Ökonometeams EFV, 10). Online verfügbar unter http://www.efv.admin.ch/d/downloads/grundlagenpapiere_berichte/arbeiten_oekonomenteam/workingpapers/Working_Paper_10_d.pdf, zuletzt geprüft am 12.03.2012.

CONZELMANN, Hans (1997): Grundriß der Theologie des Neuen Testaments. 6., verb. Aufl./bearb. von Andreas Lindemann. Tübingen: Mohr Siebeck.

SCHOCH ZELLER, Claudia (2011): Steiler Anstieg der Ausgaben wegen Demenz. Jährlich volkswirtschaftliche Kosten von gegen 7 Milliarden Franken. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 12.04.2011 (86), S. 12.

CVP Schweiz (Hg.) (2005): Für stabile Prämien und das Ende der Kostenexplosion! Leitfaden für die Grundsatzdiskussion zum Gesundheitswesen. Bern.

CVP Schweiz (Hg.) (Stand 2006): Parteiprogramm der CVP Schweiz. Für Eigenverantwortung und Solidarität. Bern.

DABROCK, Peter (1999): Tauschgerechtigkeit im Gesundheitswesen? Kritische Anfragen an Otfried Höffes Forderung nach einem Paradigmenwechsel. In: *Zeitschrift für Evangelische Ethik ZEE* 43, S. 2–35.

DABROCK, Peter (2001): Capability-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen. In: *ZEE. Studien, Kommentare, Dokumente*, Bd. 46. Gütersloh: Gerd Mohn, S. 202–215.

DABROCK, Peter (2005): Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium zur Beurteilung von Grundversorgungsmodellen im Gesundheitswesen. Anmerkungen und Alternativen zu einem Vorschlag Stefan Husters. In: Oliver RAUPRICH, Georg MARCKMANN, Jochen VOLLMANN (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn: Mentis, S. 213–245.

- DABROCK, Peter; GABRIEL, Karl (2003): Einladung zum Missbrauch? Eine Kritik aktueller gesundheitspolitischer Stellungnahmen der Kirchen. In: *HK* 57 (8), S. 405–406.
- DABROCK, Peter; JÄHNICHEN, Traugott; KLINNERT, Lars u. a. (Hg.) (2003): Kriterien der Gerechtigkeit. Begründungen – Anwendungen – Vermittlungen. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- DANIELS, Norman (2002): Justice, Health, and Health Care. In: Rosamond RHODES, Margaret P. BATTIN und Anita SILVERS (Hg.): *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. Oxford/New York: Oxford University Press, S. 6–23.
- DANIELS, Norman (2008): *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press.
- DENAVAS-WALT, Carmen; PROCTOR, Bernadette D.; SMITH, Jessica C. (2008): Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007. Current Population Reports, P60-235. Hg. v. U. S. Census Bureau. Washington DC. Online verfügbar unter <http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf>, zuletzt geprüft am 06.11.2008.
- DEPPE, Hans-Ulrich (1998): Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland - Menschenrechte lassen sich nicht kommerzialisieren, ohne dass sie daran zerbrechen. In: Heidrun KAUPEN-HAAS, Christiane ROTHMALER (Hg.): *Strategien der Gesundheitsökonomie*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 101–114.
- DEPPE, Hans-Ulrich; FRIEDRICH, Hannes; MÜLLER, Rainer (Hg.) (1991): *Öffentliche Gesundheit – Public Health*. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- DBK; RAT EKD (1997): *Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit*. Bonn, Hannover (Gemeinsame Texte, 9).
- DEUTSCHER ETHIKRAT (Hg.) (2011): *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen - Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme*. Berlin.
- DIETZ, Alexander (2005): *Der Homo oeconomicus. Theologische und wirtschaftsethische Perspektiven auf ein ökonomisches Modell*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- DIHK - Deutsche Industrie- und Handelskammer (Hg.) (2001): *Handeln in Eigenverantwortung. Programmatik des DIHK-Präsidenten Ludwig Georg Braun*. Berlin.
- DIPPELHOFER-STIEM, Barbara (2008): *Gesundheitssozialisation. Theoretische und empirische Analysen zur Genese des subjektiven Gesundheitsbildes*. Weinheim, München: Juventa (Gesundheitsforschung).

DIRSCHERL, Erwin (2006): Grundriss theologischer Anthropologie. Die Entschiedenheit des Menschen angesichts des Anderen. Regensburg: Pustet.

DOHRN, Daniel (2005): Gesamtgesellschaftliche Ressourcengleichheit und medizinische Versorgung. In: Oliver RAUPRICH, Georg MARCKMANN, Jochen Vollmann (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn: Mentis, S. 53–66.

DOMENIGHETTI, Gianfranco; D'AVANZO, Barbara; BISIG, Brigitte (1999): Health Effects of Job Insecurity among Employees in Swiss General Population. Université de Lausanne, Ecole HEC. o. O. Online verfügbar unter <http://www.hec.unil.ch/deep/textes/9907.pdf>, zuletzt geprüft am 03.12.2009.

DOMENIGHETTI, Gianfranco; QUAGLIA, Jacqueline: Analyse der Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. In: *Die Volkswirtschaft* 74 (2001) (9), S. 9–13.

DONGES, Jürgen B.; EEKHOFF, Johann; FRANZ, Wolfgang; MÖSCHEL, Wernhard; NEUMANN, Manfred J. M.; SIEVERT, Olaf (2002): Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Berlin: Stiftung Marktwirtschaft (39).

DROSDOWSKI, Günther; GREBE, Paul; KÖSTER, Rudolf et al. (Hg.) (1997): Duden - Etymologie. Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. Mannheim, Wien, Zürich: Duden (Der Duden, 7).

DUQUOC, Christian (1984): Mensch/Ebenbild Gottes. Aus dem Französischen übersetzt von Johannes B. Brantschen. In: Peter EICHER (Hg.): Neues Handbuch theologischer Grundbegriffe, Bd. 3. München: Kösel, S. 83–94.

DÜWELL, Marcus; HÜBENTHAL, Christoph; WERNER, Micha H. (Hg.) (2011): Handbuch Ethik. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler.

DWORKIN, Ronald (1981): What is Equality? Part 2: Equality of Resources, in *Philosophy & Public Affairs*, 10, S. 283–345.

EBERS, Mark; GOTSCH, Winfried (2002): Institutionenökonomische Theorien der Organisation. In: Alfred KIESER (Hg.): Organisationstheorien. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 199–251.

ECKHARDT, Anne; BACHMANN, Andreas; MARTI, Michèle et al. (2011): Human Enhancement. TA-SWISS (Hrsg.). Zürich: vdf Hochschulverlag.

EDERER, Günter (2000): Die Sehnsucht nach einer verlogenen Welt. Unsere Angst vor Freiheit, Markt und Eigenverantwortung. Über Gutmenschen und andere Scheinheilige. München: Bertelsmann.

EHRENREICH, Barbara (2006): Qualifiziert und arbeitslos. Eine Irrfahrt durch die Bewerbungswüste. München: Kunstmann.

EHRWEIN, Céline (2004): Freiheit und Verantwortung aus ethischer Sicht. In: *CHSS* (1 Januar/Februar), S. 15–17.

EIBACH, Ulrich (2001): Grenzen der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens und die Sorge für chronisch kranke Menschen. Sozialethische, christliche Aspekte der Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen und die Diskussion über den "Lebensschutz" chronisch kranker und schwerstpflegebedürftiger Menschen. In: *Ethik in der Medizin* 13 (1-2), S. 61–75.

EICHER, Peter (Hg.) (1984): Neues Handbuch theologischer Grundbegriffe. München: Kösel.

EKD (2002): Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Eine Stellungnahme des Rates der EKD, EKD-Text 74. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.

EKD (2011): "Und unsern kranken Nachbarn auch!". Aktuelle Herausforderungen der Gesundheitspolitik. Eine Denkschrift des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.

ELLACURIA, Ignacio; SOBRINO, Jon (Hg.) (1995): *Mysterium liberationis*. Luzern: Ed. Exodus.

ELMADFA, Ibrahim (2004): Ernährungslehre. 101 Tabellen. Stuttgart: Ulmer (UTB Ernährungswissenschaften, Diätetik, Ökotrophologie, Biologie, Pharmazie).

ELMADFA, Ibrahim; LEITZMANN, Claus (2004): Ernährung des Menschen. 300 Tabellen. 4., korrigierte und aktualisierte Aufl. Stuttgart: Ulmer (UTB Wissenschaft, 8036).

ENGARTNER, Tim (2007): Privatisierung und Liberalisierung - Strategien zur Selbstentmachtung des öffentlichen Sektors. In: Christoph BUTTERWEGGE, Bettina LÖSCH, Ralf PTAK und Tim ENGARTNER (Hg.): *Kritik des Neoliberalismus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 87–134.

- ENGELHARDT, Dietrich von (1998): Art. Gesundheit. In: Wilhelm KORFF, Lutwin BECK, Paul MIKAT (Hg.): Lexikon der Bioethik, Bd. 2. 3 Bände. Gütersloh: Gütersloher Verlags-
haus, S. 108–114.
- ERLINGER, Rainer (2005): Gesunde gegen Kranke. Schlachtfeld Gesundheitssektor. In:
Süddeutsche Zeitung, 30.08.2005, S. 5. Online verfügbar unter
<http://www.sueddeutsche.de/kultur/796/406573/text/>, zuletzt geprüft am 12.12.2009.
- ERNST, Stephan (2009): Grundfragen theologischer Ethik. Eine Einführung. München:
Kösel.
- ESPING-ANDERSEN, Gøsta (2006): The three worlds of welfare capitalism. Reprinted. Cam-
bridge: Polity Press.
- EVP - Evangelische Volkspartei der Schweiz (2003): Operation Gesundheitswesen. Befun-
de und Behandlungsvorschläge. o. O.
- EVP - Evangelische Volkspartei der Schweiz (2006): Schwerpunkteprogramm. Parteipro-
gramm der EVP Schweiz. o. O.
- FDP Schweiz (Hg.) (2006): FDP. Inhalte und Positionen. Bern.
- FELDER, Stefan (2005): Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausga-
ben: die Empirie. Plenumsvortrag auf der Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik, Bonn
28. September 2005. Online verfügbar unter
<http://www.socialpolitik.org/docs/oldtag/2005/Felder%20Vortrag.pdf>, zuletzt geprüft am
11.03.2013.
- FELDER, Stefan; ZWEIFEL, Peter (1996): Gesundheits- und sozialpolitische Implikationen
des Alterungsprozesses. In: Peter ZWEIFEL, Stefan FELDER (Hg.): Eine ökonomische Ana-
lyse des Alterungsprozesses. Bern: Haupt, S. 169–192.
- FELDERER, Bernhard (Hg.) (1990): Bevölkerung und Wirtschaft. Berlin: Dun-
cker&Humblot (Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften; N. F., Bd, 202).
- FETZER, Stefan (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV. Doppel-
ter Alterungsprozess, Medikalisierung- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer
Fortschritt. Freiburg i. Brsg.: Albert-Ludwigs-Universität (Diskussionsbeiträge des Instituts
für Finanzwissenschaft, 130).

- FINK, Ulf (2002): Gesundheitsreform 2003. Prävention, Eigenverantwortung, Wettbewerb, Transparenz - Vorschläge gegen eine drohende Zwei-Klassen-Medizin. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.
- FINSTERWALD, Daniel (2004): Managed Care - Pionierland Schweiz. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (Schriftenreihe der SGGP, 75).
- FISCHER, Johannes (2002): Weshalb hat die Medizin Probleme? Normative Faktoren, Ziele, Zielkonflikte. In: Werner STAUFFACHER und Johannes BIRCHER (Hg.): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 129–139.
- FREI, Walter (2007): Krankenversicherer. In: Gerhard Kocher, Willy Oggier (Hg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Aufl. Bern: Huber, S. 139–149.
- FRETTLÖH, Magdalene L. (2002): Wenn Mann und Frau im Bilde Gottes sind ... Über geschlechtsspezifische Gottesbilder, die Gottesbildlichkeit des Menschen und das Bilderverbot. Wuppertal: Foedus-Verl.
- FREVEL, Christian (Hg.) (2010): Biblische Anthropologie. Neue Einsichten aus dem Alten Testament. Freiburg i. Breisgau: Herder (Questiones Disputatae, 237).
- FREVEL, Christian; WISCHMEYER, Oda (2003): Menschsein. Perspektiven des Alten und Neuen Testaments. Würzburg: Echter (Die neue Echter-Bibel, Themen ; 11).
- FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG (2002): Reform für die Zukunft. Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik ; vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, "Gesundheitssysteme im Internationalen Vergleich", am 11. April 2002 in Berlin. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung Wirtschafts- und Sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum Abt. Arbeit und Sozialpolitik.
- FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG (2007): Zukunft des Sozialstaats – Sozialpolitik. Bonn. Online verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/05033.pdf>, zuletzt geprüft am 04.03.2012.
- FRIES, James F. (2005): The Compression of Morbidity. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 61, No. 3, 1983. In: *The Milbank Quarterly* 83 (4), S. 801–823. Online verfügbar unter <http://www.milbank.org/quarterly/830427fries.pdf>, zuletzt geprüft am 08.02.2009.

- FRÜHBAUER, Johannes J. (2005): "Komplexe Gleichheit". Michael Walzers Egalitarismuskritik und die Frage nach einer gerechten Gesundheitsversorgung. In: Oliver RAUPRICH, Georg MARCKMANN, Jochen VOLLMANN (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn: Mentis, S. 67–83.
- GABRIEL, Karl (Hg.) (2007): Solidarität. Institut für christliche Sozialwissenschaften. Münster: Aschendorff (Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften).
- GABRIEL, Karl; HENGSBACH, Friedhelm; MIETH, Dietmar (2004): Abkehr vom "Gemeinsamen Wort" der Kirchen? Stellungnahme zum Impulspapier "Das Soziale neu denken". In: *Orientierung* 68 (1), S. 11–12.
- GANSSMANN, Heiner (2000): Politische Ökonomie des Sozialstaates. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- GÄRTNER, Ludwig (2001): Das Krankenversicherungsgesetz und die Entwicklung der Gesundheitskosten. In: *Die Volkswirtschaft* 74 (9), S. 19–23.
- GÄRTNER, Ludwig (2003): Gesundheitswesen der Schweiz - Wohin? Mögliche Strukturreformen. In: CARITAS SCHWEIZ (Hg.): Sozialalmanach 2003. Schwerpunkt: Gesundheit - Eine soziale Frage. Luzern: Caritas-Verlag, S. 173–188.
- GASCHE, Urs P. (2006): Kreuzverhör: Gesundheitskosten. Zürich: Orell Füssli.
- GEISER, Thomas; KOLLER, Thomas; REUSSER, Ruth et al. (Hg.) (2002): Privatrecht im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichem Wandel und ethischer Verantwortung. Beiträge zum Familienrecht, Erbrecht, Persönlichkeitsrecht, Haftpflichtrecht, Medizinalrecht und allgemeinen Privatrecht. Bern: Stämpfli.
- GEISLER, Linus S. (2003): Der mündige Patient ist ein Phantom. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 6 (9), S. 3.
- GEISS, Imanuel (Hg.) (1993): Chronik des 19. Jahrhunderts. Dortmund: Chronik Verlag.
- GELHAUS, Petra (2012): Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs. Eine Skizze. In: Markus ROTHHAAR, Andreas FREWER (Hg.): Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik, S. 133–147.

GERFIN, Michael; SCHELLHORN, Martin (2005): Nonparametric Bounds on the Effect of Deductibles in Health Care Insurance on Doctor Visits – Swiss Evidence. Hg. v. IZA - Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. Bonn (Discussion Paper No. 1616). Online verfügbar unter

http://www.iza.org/index_html?lang=en&mainframe=http%3A//www.iza.org/en/webcontent/publications/&topSelect=publications, zuletzt geprüft am 05.02.2011.

GERHARDS, Jürgen; RÖSSEL, Jörg (2007): Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie. 4. Aufl. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

GERHARDUS, Ansgar; BRECKENKAMP, Jürgen; RAZUM, Oliver; SCHMACKE, Norbert; WENZEL, Helmut (Hg.) (2010): Evidence-based Public Health. Bern: Huber.

GERLINGER, Thomas (2003): Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996. Berlin.

GERLINGER, Thomas (2007): Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen. Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main (Diskussionspapier 2007 – 2).

GERNHARDT, Robert (Hg.) (2001): Die Neidgesellschaft. Berlin: Rowohlt (Kursbuch, 143).

GERNY, Daniel (2011): Jagd der Krankenversicherer auf "schlechte Risiken". Im Gesundheitssystem mit reguliertem Wettbewerb ist der Staat nur noch Gesetzgeber und Kontrollinstanz. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 14.07.2011 (Nr. 162), S. 13.

GETZEN, Thomas E. (1992): Population Aging and the Growth of Health Expenditures. In: *Journal of Gerontology* 47 (3), S. 98–104.

GIDDENS, Anthony (1999): Der dritte Weg. Die Erneuerung der sozialen Demokratie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

GNILKA, Joachim (1994): Theologie des Neuen Testaments. Freiburg i. Brsg., Basel, Rom u. a.: Herder (Herders theologischer Kommentar zum Neuen Testament, 5).

GOEFFARD, Pierre Yves: Die Rolle von Geldanreizen bei der Nachfrage nach Gesundheitsfürsorge: eine empirische Untersuchung. Zusammenfassung der realisierten Arbeiten. Bericht im Rahmen des NFP 45 Sozialstaat, September 2003.

GOERTZ, Stephan (2005): Privatsache gesund? Eine Kritik des Prinzips Eigenverantwortung. In: *Ethica* 13 (4), S. 339–356.

- GOLDMAN, Lee; EPSTEIN, Arnold M. (2011): Improving Adherence - Money Isn't the Only Thing. In: *New England Journal of Medicine* 22 (365), S. 2131–2133.
- GÖPEL, Eberhard (2004): Gesund bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann. In: Eberhard GÖPEL (Hg.): *Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl, S. 8–27.
- GÖPEL, Eberhard (Hg.) (2004): *Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- GOSEPATH, Stefan (2003): Verteidigung egalitärer Gerechtigkeit. In: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 51 (2), S. 275–297.
- GOSEPATH, Stefan (2006): Verantwortung für die Beseitigung von Übeln. In: Ludger HEIDBRINK und Alfred HIRSCH (Hg.): *Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips*. Frankfurt a. M.: Campus, S. 388–408.
- GÖTZ, Christoph (2000): *Medizinische Ethik und katholische Kirche. Die Aussagen des päpstlichen Lehramtes zu Fragen der medizinischen Ethik seit dem Zweiten Vatikanum*. Münster, Hamburg, London: Lit (Studien der Moraltheologie, 15).
- GRABOW, Karsten (2006): Reformpolitik in westeuropäischen Gesundheitssystemen. In: *Zeitschrift für Politikwissenschaft* 16 (1), S. 29–66.
- GRASSL, Hans (2008): *Ökonomisierung der Bildungsproduktion. Zu einer Theorie des konservativen Bildungsstaats*. Baden-Baden: Nomos.
- GRAUMANN, Sigrid; GRÜBER, Katrin (Hg.) (2004): *Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens*. Münster: LIT Verlag.
- GREBNER, Simone; BERLOWITZ, Ilana; ALVARADO, Vanessa; CASSINA, Mael (2010): *Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit*. Hg. v. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO. Online verfügbar unter <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/24101.pdf>, zuletzt geprüft am 03.03.2012.
- GRESHAKE, Gisbert (2006): Art. Anthropologie. B. Als Thema der Theologie. II. Systematisch-theologisch. In: *Lexikon für Theologie und Kirche*. Hrsg. v. Walter KASPER. 3., völlig neu bearb. Aufl., Sonderausg. Freiburg i. Brsg., Basel, Rom u. a.: Herder, S. 726–731.

GRÖNEMEYER, Dietrich H. W. (2005): Gesundheitswirtschaft. Die Zukunft für Deutschland. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.

GRÖNEMEYER, Dietrich (2008): Gesundheit als ein Ganzes - mehr als ein körperliches Wohlbefinden. In: Dietrich GRÖNEMEYER, Theo KOBUSCH, Heinz SCHOTT (Hg.): Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen. Tübingen: Niemeyer, S. 29–52.

GRÖNEMEYER, Dietrich; KOBUSCH, Theo; SCHOTT, Heinz (Hg.) (2008): Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen. Tübingen: Niemeyer.

GROSS, Jost (2003): Schwerpunkte in der Gesundheitspolitik. Hintergrundpapier der SP-Fraktion der Bundesversammlung. Hg. v. SP Schweiz.

GROTH, Hans; STEURER, Johann (2010): Prävention als Beitrag zur Sicherung des Wohlstands. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 08.03.2010 (55), S. 23.

GRÜHN, Corinna (2001): Gesundheitsbezogene Handlungspflichten der Versicherten in der Sozialversicherung als Dimensionen von Eigenverantwortung und Solidarität. Europarechtliche, verfassungsrechtliche und sozialrechtliche Zulässigkeit. Berlin: Dissertation.de.

GRÜNE PARTEI DER SCHWEIZ (Hg.) (2003): Position der Grünen zur Gesundheitspolitik. o. O.

GUBERAN, Etienne (2000): Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève. Genf: OCIRT.

GUILLEY, Edith (2005): Lebensdauer und Gesundheit. In: BFS (Hg.): Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Neuchâtel, S. 56–61.

GUTIÉRREZ, Gustavo (1995): Die Armen und die Grundoption. In: ELLACURIA, Ignacio; SOBRINO, Jon (Hg.): *Mysterium liberationis*. Luzern: Ed. Exodus, S. 293-311.

GUTZWILER, Felix (2006): Gesundes Verhalten und Spass schliessen sich nicht aus. In: *Vorsorge - Das Fachmagazin der Winterthur* (2), S. 30–34.

GUTZWILER, Felix; JEANNERET, Olivier (Hg.) (1999): Sozial- und Präventivmedizin, public health. 2. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto u. a.: Huber.

GYGI, Pierre; FREI, Andreas (1986): Das schweizerische Gesundheitswesen. Zahlenspiegel, Anbieter von Gesundheitsleistungen, Preisbildung, Organisationsstruktur. Basel: G. Krebs AG.

HABERMAS, Jürgen (1985): Die neue Unübersichtlichkeit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (Kleine politische Schriften).

- HABERMAS, Jürgen (1992): Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- HAFEN, Martin (2011): Gesundheitsförderung, Prävention und Nachhaltige Entwicklung - Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Eine systemtheoretische Analyse von drei Konzepten der Zukunftsbeeinflussung. Luzern: interact.
- HAISCH, Jochen; HURRELMANN, Klaus; KLOTZ, Theodor (Hg.) (2006): Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.
- HAKER Hille (2011): Autonomie – ein Grundbegriff der Theologischen Ethik. In: Marianne HEIMBACH-STEINS, Gerhard KRUIP, Saskia WENDEL (Hg.): „Kirche 2011: Ein notwendiger Aufbruch“. Argumente zum Memorandum. Freiburg: Herder, S. 255-264.
- HALBFAS, Michael (2000): Die Zukunft der Medizin - Anlass zu Hoffnung? In: *Orientierung* 64, S. 162–168.
- HALBFAS, Michael (2005): Gesundheit als Illusion? Probleme aktueller Medizin. In: *Orientierung* 69 (13-14), S. 153–158.
- HALTER, Hans (1977): Taufe und Ethos. Paulinische Kriterien für das Proprium christlicher Moral. Freiburg i. Brsg., Basel, Wien: Herder (Freiburger Theologische Studien, 106).
- HALTER, Hans (1996): Zur Frage nach dem hohen "C". In: Hans HALTER und Hans-Ulrich KNEUBÜHLER (Hg.): Christliche Politik und soziale Verantwortung. Zürich: Sozialinstitut der KAB, S. 2–13.
- HALTER, Hans (2004): Theologische und philosophische Ethik – endgültig getrennte Geschwister. In: *Ethica* 12 (4) , S. 339-448.
- HALTER, Hans (2004): Xenotransplantation - Lösung des Allokationsproblems? In: Paolo BECCHI, Alberto BONDOLFI, Ulrike KOSTKA und Kurt SEELMANN(Hg.): Organallokation. Ethische und rechtliche Fragen. Basel: Schwabe Verlag (Ethik und Recht), S. 261–268.
- HALTER, Hans (2005): Der tierethische Speziesismus-Vorwurf und die christliche Ethik. In: Jean-Pierre WILS und ZAHNER Michael (Hg.): Theologische Ethik zwischen Tradition und Modernitätsanspruch. Festschrift für Adrian Holderegger zum sechzigsten Geburtstag. Freiburg (Schweiz): Academic Press, S. 229–242.
- HALTER, Hans (2005): Individualmoral, Sozialmoral und Ethik. In: Paul RICHLI (Hg.): Wo bleibt die Gerechtigkeit? Zürich, Basel, Genf: Schulthess (Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft, 5), S. 151–156.

HALTER, Hans (2005): Nanotechnologie - eine neue Herausforderung? In: Universität Luzern (Hg.): Jahresbericht 2004. Luzern, S. 14–15. Online verfügbar unter http://www.unilu.ch/files/jb2004_web7812.pdf, zuletzt geprüft am 18.01.2009.

HALTER, Hans (2006): Das Problem der Implementierung. Aufgaben und Grenzen kirchlicher Stellungnahmen und moraltheologischer Reflexionen im biopolitischen Diskurs. In: Konrad HILPERT und Dietmar MIETH (Hg.): Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs. Freiburg im Breisgau: Herder, S. 405–428.

HALTER, Hans; KNEUBÜHLER, Hans-Ulrich (Hg.) (1996): Christliche Politik und soziale Verantwortung. Zürich: Sozialinstitut der KAB.

HAMMER, Stephan; PETER, Martin; TRAGESER, Judith (2008): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung. Schlussbericht. Hg. v. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel. Online verfügbar unter <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/01.Document.113392.pdf>, zuletzt geprüft am 11.03.2013.

HÄRLE, Wilfried (2008): Staatsaufgabe - Eigenverantwortung. Eine Sozialethische Bewertung. In: Volker SCHUMPELICK und Bernhard VOGEL (Hg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven. Beiträge des Symposiums vom 27. bis 30. September 2007 in Cadenabbia. Freiburg, Br., Basel, Wien: Herder, S. 134–141.

Hartwig, Karl-Hans (1997): Alternativen der sozialen Sicherung. Umbau des Sozialstaates. Baden-Baden: Nomos.

HAUS, Michael (2003): Kommunitarismus. Einführung und Analyse. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

HAUSMANNINGER, Thomas (1997): Sozialethik als Strukturenethik. In: Hans-Joachim HÖHN (Hg.): Christliche Sozialethik interdisziplinär. Paderborn, S. 59–88.

HAYER, Angelika (2011): Schweizer Lebensmittelpyramide. Empfehlungen zum ausgewogenen und genussvollen Essen und Trinken für Erwachsene. Hg. v. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung SGE. Bern. Online verfügbar unter http://www.sge-ssn.ch/fileadmin/pdf/100-ernaehrungsthemen/10-gesundes_essen_trinken/Lebensmittelpyramide/_sge_pyramid_long_D.pdf, zuletzt geprüft am 11.01.2011.

HEIDBRINK, Ludger (2003): Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns in komplexen Kontexten. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

- HEIDBRINK, Ludger; HIRSCH, Alfred (Hg.) (2006): Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips. Frankfurt a. M.: Campus.
- HEIMBACH-STEINS, Marianne (2001): Menschenrechte in Gesellschaft und Kirche. Lernprozesse, Konfliktfelder, Zukunftschancen. Mainz: Matthias Grünewald.
- HEIMBACH-STEINS, Marianne (Hg.) (2004): Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch, Bd. 1: Grundlagen. Regensburg: Friedrich Pustet.
- HEIMBACH-STEINS, Marianne (Hg.) (2005): Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch, Bd. 2: Konkretionen. Regensburg: Friedrich Pustet.
- HEIMBACH-STEINS, Marianne (2012): Christliche Sozialethik – im Gespräch mit der Bibel. In: Marianne HEIMBACH-STEINS, Georg STEINS (Hg.): Bibelhermeneutik und Christliche Sozialethik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 11–36.
- HEIMBACH-STEINS, Marianne; KRUIP, Gerhard; WENDEL, Saskia (Hg.) (2011): „Kirche 2011: Ein notwendiger Aufbruch“. Argumente zum Memorandum. Freiburg: Herder.
- HEIMBACH-STEINS, Marianne; STEINS, Georg (Hg.) (2012): Bibelhermeneutik und Christliche Sozialethik. Stuttgart: Kohlhammer.
- HENGSBACH, Friedhelm (2005): Soziale Gerechtigkeit - Spielball aktueller Sozialpolitik. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <http://www.sankt-georgen.de/nbi/pdf/beitrage/skf-ac.pdf>, zuletzt geprüft am 14.06.2009.
- HENKE, Klaus-Dirk; GÖPFFARTH, Dirk (1998): Art. Gesundheitswesen. 3. Gesundheitspolitisch/gesundheitsökonomisch. In: Wilhelm KORFF, Lutwin BECK und Paul MIKAT (Hg.): Lexikon der Bioethik, Bd. 2. 3 Bände. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 141–145.
- HENKE, Klaus-Dirk; REINHARDT, Uwe (Hg.) (1983): Steuerung im Gesundheitswesen. Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart. Gerlingen: Bleicher Verlag.
- HENSEN, Gregor; HENSEN, Peter (2008): Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeiten. In: Gregor HENSEN, Peter HENSEN (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13–38.
- HENSEN, Gregor; HENSEN, Peter (Hg.) (2008): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- HERDER-DORNEICH, Philipp (1976): Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen. Die Kostenexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- HERRIGER, Norbert (2002): Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. 2., überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- HEUSSER, Peter (2002): Das materialistische Weltbild stösst an seine Grenzen. In: Werner STAUFFACHER Johannes BIRCHER (Hg.): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverband, S. 106–113.
- HILPERT, Konrad; MIETH, Dietmar (Hg.) (2006): Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs. Freiburg i. Brsg.: Herder.
- HIRSCHI, Hans (1995): Autonome Moral und christliche Anthropologie. In: Walter LESCH und Alberto BONDOLFI (Hg.): Theologische Ethik im Diskurs. Eine Einführung. Tübingen: Francke, S. 97–119.
- HOBBS, Thomas (2004): Leviathan. Hamburg: Felix Meiner.
- HÖFFE, Otfried (1992): Einführung in die utilitaristische Ethik. Klassische und zeitgenössische Texte. 2. überarb. Aufl. Tübingen: Francke.
- HÖFFE, Otfried (1993): Moral als Preis der Moderne. Ein Versuch über Wissenschaft, Technik und Umwelt. 2. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (stw, 1046).
- HÖFFE, Otfried (Hg.) (1997): Lexikon der Ethik. 5. neubearb. und erw. Aufl. München: C. H. Beck.
- HÖFFE, Otfried (1997): Subsidiarität als Gesellschafts- und Staatsprinzip. In: *Swiss Political Science Review* 3 (3), S. 259–290.
- HÖFFE, Otfried (1997): Verantwortung. In: Otfried HÖFFE (Hg.): Lexikon der Ethik. 5. neubearb. und erw. Aufl. München: C. H. Beck, S. 274–276.
- HÖFFE, Otfried (1998): Medizin in Zeiten knapper Ressourcen. In: *Dt. Ärzteblatt* 95 (5), S. B-174-177.
- HÖFFE, Otfried (2000): Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen - eine Replik. In: *Zeitschrift für Evangelische Ethik ZEE* 44, S. 89–102.
- HÖFFE, Otfried (2002): Öffentliche Daseinsvorsorge. Überlegungen aus rechtsphilosophischer Sicht. In: *Stimmen der Zeit* (127), S. 117–126.

- HÖFFE, Otfried (2010): Die unhaltbare Überfluss-Illusion im Gesundheitswesen. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 02.07.2010, S. 19.
- HOFFMANN, Christian; BESSARD, Pierre (Hg.) (2011): *Sackgasse Sozialstaat. Alternativen zu einem Irrweg*. Zürich: Edition Liberales Institut.
- HÖHN, Hans-Joachim (Hg.) (1997): *Christliche Sozialethik interdisziplinär*. Paderborn.
- HÖHN, Hans-Joachim (1999): Konzeptionelle wirtschaftsethische Implikationen in den Soziallehren der Kirchen. Katholische Kirche. In: Wilhelm KORFF, Alois BAUMGARTNER, Hermann FRANZ u. a. (Hg.): *Handbuch der Wirtschaftsethik*, Bd. 1. 4 Bände. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 740–758.
- HOLDEREGGER, Adrian (2006): Art. Verantwortung. In: Jean-Pierre WILS, Christoph HÜBENTHAL (Hg.): *Lexikon der Ethik*. Paderborn, München, Wien u. a.: Ferdinand Schöningh, S. 394–403.
- HOLDEREGGER, Adrian; MÜLLER, Denis; SITTE-LIVER, Beat; ZIMMERMANN-ACKLIN, Markus (Hg.) (2002): *Theologie und biomedizinische Ethik. Grundlagen und Konkretionen*. Freiburg, Schweiz: Univ.-Verl. [u.a.].
- HÖLLING, Günter; PETERSEN, Erik (Hg.) (1995): *Zukunft der Gesundheit. Perspektiven sozial-ökologischer Gesundheitspolitik und -arbeit*. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- HOLST, Jens (2005): *Eigenbeteiligung im Gesundheitswesen: Mythen, Wahrheiten und Evidenzen*. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Eigenbeteiligung%20Gesundheitswesen.pdf>, zuletzt geprüft am 14.01.2013.
- HOLZHEY, Helmut; SCHABER, Peter (Hg.) (1996): *Ethik in der Schweiz. Ethique en Suisse*. Zürich: Pano-Verl.
- HOMANN, Karl (1997): Sinn und Grenze der ökonomischen Methode in der Wirtschaftsethik. In: Detlef AUFDERHEIDE, Martin DABROWSKI (Hg.): *Wirtschaftsethik und Moralökonomik. Normen, soziale Ordnung und der Beitrag der Ökonomik*. Berlin: Duncker & Humblot, S. 11–42.

- HOMFELDT, Hans G.; STEIGLEDER, Sandra (2007): Gesundheitspotentiale fördern. Gestaltungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit zwischen aktivierendem Sozialstaat und zivilgesellschaftlicher Entwicklung. In: Bettina SCHMIDT, Petra KOLIP (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa, S. 155–165.
- HÖPFLINGER, François (2000): Aspekte demographischer Alterung. Messung und gesellschaftliche Folgen. o. O. Online verfügbar unter <http://www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhalter1E>, zuletzt geprüft am 04.06.2008.
- HÖPFLINGER, François (2004): Generationenwandel des Alters - neues Altern bei neuen Generationen. In: CARITAS SCHWEIZ (Hg.): Sozialalmanach 2004. Schwerpunkt: Die demografische Herausforderung. Luzern: Caritas-Verlag, S. 93–104.
- HÖPFLINGER, François (2008): Zur Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz – Studententext und historisches Datendossier. Zentrale Faktoren der Sterblichkeitsentwicklung. o. O. Online verfügbar unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Lebenserwartung-historisch1.pdf>, zuletzt aktualisiert am August 2008, zuletzt geprüft am 30.05.2009.
- HÖPFLINGER, François; HUGENTOBLER, Valérie (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern: Verlag Hans Huber.
- HORISBERGER, Bruno (2002): Sehnsucht nach dem omnipotenten Arzt? Bemerkungen zu den Ergebnissen der repräsentativen Bevölkerungsbefragung des GfS-Forschungsinstitutes. In: Werner STAUFFACHER, Johannes BIRCHER (Hg.): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 236–249.
- HÖRMANN, Georg (1998): Art. Gesundheitserziehung. In: Wilhelm KORFF, Lutwin BECK und Paul MIKAT (Hg.): Lexikon der Bioethik. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 114–117.
- HRADIL, Stefan (2000): Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung, Mobilität. In: Herman KORTE und Bernhard SCHÄFERS (Hg.): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. 5. Aufl. Opladen: Leske + Budrich, S. 193–215.
- HRADIL, Stefan; SCHIENER, Jürgen (2005): Soziale Ungleichheit in Deutschland. 8. Aufl., Nachdr. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- HUBER, Carola A. (2009): *Kostenbeteiligungen: Schaden oder Nutzen für die Gesundheitsversorgung? Eine vergleichende Wirkungsanalyse zwischen Deutschland und der Schweiz*. Bern: Huber (Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft).
- HUMBEL NÄF, Ruth (2007): *Die Stärkung der Eigenverantwortung aus der Sicht der Krankenversicherer*. In: Markus ZIMMERMANN-ACKLIN, Hans HALTER (Hg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag (Gesundheitsökonomie, 3), S. 167–181.
- HUME, David (1992): *A Treatise of Human Nature*. Hrsg. v. Peter H. Nidditch. Im Original 1739. 4th ed., revised. London: Oxford University Press.
- HURRELMANN, Klaus (1994): *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim, München: Juventa.
- HURRELMANN, Klaus; LAASER, Ulrich (Hg.) (2003): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 3. Aufl. Weinheim, München: Juventa.
- HÜSING, Bärbel; ENGELS, Eve-Marie; FRICK, Thomas (1998): *Xenotransplantation. Technologiefolgenabschätzung*. Bern.
- HUSTER, Ernst-Ulrich (2007): *Gesundheitsmainstreaming – eine Utopie?* In: Bettina SCHMIDT, Petra KOLIP (Hg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit*. Weinheim: Juventa-Verl., S. 215–225.
- HUSTER, Stefan (2005): *Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. In: Oliver RAUPRICH, Georg MARCKMANN, Jochen VOLLMANN (Hg.): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*. Paderborn: Mentis, S. 187–211.
- HUSTER, Stefan (2011): *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?* Berlin: Klaus Wagenbach.
- ILLICH, Ivan (1975): *Die Enteignung der Gesundheit. "Medical Nemesis"*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- IMBODEN, Carlo; HEUSSER, Markus; JUCKEN, Herbert; KETTIGER, Jean; MAGNAGUAGNO, Susanne; RYF, Balz; ZIEGLER, Rita (1995): *Das schweizerische Gesundheitswesen im Jahr 2005. Ergebnisse einer Delphi-Umfrage bei 70 Expertinnen und Experten*. Muri: Zentralsekretariat SGGP.

INFOSUISSE - Schweizerische Gesellschaft für politische und wirtschaftliche Forschung (Hg.) (o. J. [2000]): *Verordnung von Lebensstil versus Eigenverantwortung*. Zürich.

INTERPHARMA (Hg.) (2012): *Gesundheitswesen Schweiz*. Ausgabe 2012. Basel. Online verfügbar unter http://www.interpharma.ch/de/pdf/gws_interpharma_2012_d%281%29.pdf, zuletzt geprüft am 08.03.2012.

INTERPHARMA (Hg.) (2002): *Sechs Jahre KVG - Gesundheitspolitik am Scheideweg*. Basel (Gesundheitspolitik Themendossier III/).

JÄHNICHEN, Traugott (1999): Die soziale Konstruktion von "Knappheit". Über die Unausweichlichkeit von Verteilungskonflikten im Sozialsystem. In: *ZEE* 43, S. 22–25.

JANOWSKI, Bernd; LIESS, Kathrin (Hg.) (2009): *Der Mensch im alten Israel. Neue Forschungen zur alttestamentlichen Anthropologie*. Freiburg i. Br., Basel, Wien u.a.: Herder (Herders Biblische Studien, 59).

JOHANN-ADAM-MÖHLER-INSTITUT: *Catholica*. Vierteljahresschrift für ökumenische Theologie. Paderborn: Aschendorff.

JOHANNES XXIII. (1961): *Mater et magistra*. Zit. nach KAB (1982): *Texte zur Katholischen Soziallehre*, S. 201-270.

JONAS, Hans (1984): *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch.

KAHL, Heidrun; HÖLLING, Heike; KAMTSIURIS Panagiotis (1999): Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Massnahmen zur Gesundheitsförderung. In: *Das Gesundheitswesen* (61), S. 163–168.

KAHNEMAN, Daniel; TVERSKY, Amos (2009): *Choices, values, and frames*. 10. Aufl. Cambridge: Cambridge Univ. Press [u.a.].

KAISER, Otto (2003): *Der Gott des Alten Testaments. Theologie des AT 3. Jahwes Gerechtigkeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (UTB für Wissenschaft, 2392).

KANT, Immanuel (1976): *Zum ewigen Frieden. Ein philosophischer Entwurf*. Stuttgart: Philipp Reclam Jun.

KANT, Immanuel (1990): *Kritik der praktischen Vernunft*. Hrsg. v. Karl Vorländer. 10. Aufl. Hamburg: Felix Meiner [KpV].

- KANT, Immanuel (1991): Die Metaphysik der Sitten. Werksausgabe Band VIII. Herausgegeben von Wilhelm Weischedel. 5. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch (Suhrkamp-Taschenbuch. Wissenschaft) [MS].
- KANT, Immanuel (1991): Eine Vorlesung über Ethik. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.
- KANT, Immanuel (2004): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Herausgegeben, eingeleitet und erläutert von Jens Timmermann. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Sammlung Philosophie, 3) [GMS].
- KÄPPELI, Silvia (2002): Care and Cure sind gleichwertig. In: Werner STAUFFACHER, Johannes BIRCHER (Hg.): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 114–119.
- KARRER, Leo (2004): Glück. In: *Diakonia* 35, S. 220–233.
- KAB DEUTSCHLAND (Hg.) (2007): Texte zur katholischen Soziallehre. Die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente. Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands. 9. Aufl. Köln: Ketteler.
- KASPER, WALTER (Hg.) (2006): Lexikon für Theologie und Kirche. 3., völlig neu bearb. Aufl., Sonderausg. Freiburg i. Brsg., Basel, Rom u. a.: Herder.
- KAUFMANN, Franz-Xaver (1992): Der Ruf nach Verantwortung. Risiko und Ethik in einer unüberschaubaren Welt. Freiburg i. Brsg.: Herder.
- KAUFMANN, Franz-Xaver (1997): Herausforderungen des Sozialstaats. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- KAUFMANN, Franz-Xaver (2003): Die Entstehung sozialer Grundrechte und die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung. Paderborn, München, Wien u. a.: Ferdinand Schöningh.
- KAUFMANN, Franz-Xaver (2006): Verantwortung im Sozialstaatsdiskurs. In: Ludger HEIDBRINK Alfred HIRSCH (Hg.): Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips. Frankfurt a. M.: Campus, S. 39–60.
- KAUPEN-HAAS, Heidrun; ROTHMALER, Christiane (Hg.) (1998): Strategien der Gesundheitsökonomie. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- KERBER, Walter (1998): Sozialethik. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer (Grundkurs Philosophie. Bd, 13).

- KERSTING, Wolfgang (2003): Verantwortliche Verantwortung. Vorwort in Ludger HEIDBRINK (2003): *Kritik der Verantwortung*, S. 9–16.
- KERSTING, Wolfgang (1995): Art. Pflicht. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Hrsg. v. Joachim RITTER und Karlfried GRÜNDER, völlig neu bearb. Ausgabe. Basel: Schwabe, S. 405–433.
- KERSTING, Wolfgang (1998): Der Glaube an die Allmacht Geld. Unser Wohlfahrtsstaat ist von der Voraussetzung der Marktwirtschaft zu deren Albtraum geworden. In: *FAZ* 189, 17.08.1998, S. 42.
- KERSTING, Wolfgang (1999): Über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: Ludger HONNEFELDER, Christian STREFFER (Hg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. Berlin, New York: de Gruyter (4), S. 142–173.
- KERSTING, Wolfgang (2000): Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung. In: Wolfgang KERSTING (Hg.): *Politische Philosophie des Sozialstaats*. Weilerwist: Velbrück Wissenschaft, S. 467–507.
- KERSTING, Wolfgang (Hg.) (2000): *Politische Philosophie des Sozialstaats*. Weilerwist: Velbrück Wissenschaft.
- KERSTING, Wolfgang (2001): Kritik der Verteilungsgerechtigkeit. In: Robert GERNHARDT (Hg.): *Die Neidgesellschaft*. Berlin: Rowohlt (Kursbuch, 143), S. 23–38.
- KERSTING, Wolfgang (2004): *John Rawls zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- KETTNER, Matthias (2006): 1000 Fragen zur Bioethik. Organisierte Mitverantwortung für Biopolitik in der deliberativen Demokratie. In: Ludger HEIDBRINK und Alfred HIRSCH (Hg.): *Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips*. Frankfurt a. M.: Campus, S. 189–217.
- KEUPP, Heiner (1997): *Ermutung zum aufrechten Gang*. Tübingen: Dgvt.-Verl., S. 191–206.
- KICKBUSCH, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft*. Hamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- KIESER, Alfred (Hg.) (2002): *Organisationstheorien*. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

- KIFMANN, Mathias (2003): Das Verhältnis von Grund- und Zusatzversicherung in Deutschland, Österreich und der Schweiz - ein wohlfahrtsökonomischer Vergleich. In: Dieter CASSEL (Hg.): Europäische Gesundheitssysteme: Gestaltungsprobleme und Lösungsansätze. Tagungsband des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., S. 11–20.
- KIRCH, Wilhelm; KLIEMT, Hartmut (Hg.) (1996): Rationierung im Gesundheitswesen. Regensburg: Roderer.
- KIRCHGÄSSNER, Gebhard (2000): Homo Oeconomicus. Das ökonomische Modell individuellen Verhaltens und seine Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. 2., erg. und erw. Aufl. Tübingen: Mohr.
- KIRCHHOF, Paul (2005): Das Recht auf Leben und Gesundheit für alle Generationen. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* (51), S. 229–241.
- KIRCHHOFF, Paul (2004): Das Recht auf Gesundheit. In: *Stimmen der Zeit* 129 (1), S. 3–14.
- KIRCHSCHLÄGER, Walter (1995): Einführung in das Neue Testament. 2. Aufl. Stuttgart: Verl. Kath. Bibelwerk.
- KISSLING, Christian (1994): Gesundheit hat keinen Preis. Solidarität in der Krankenversicherung. Zürich: NZN-Buchverlag (Publikationsreihe der Schweizerischen Nationalkommission *Justitia et Pax*, Band 28).
- KNOEPFFLER, Nikolaus; HANIEL, Anja (Hg.) (2000): Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle. Stuttgart, Leipzig: Hirzel.
- KOCHER, Gerhard (1977): Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Bürgenstock-Symposium 1976. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen.
- KOCHER, Gerhard (1978): Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Erste Resultate und weitere Schritte, 2. Bürgenstock-Symposium 1977. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen.
- KOCHER, Gerhard (2006): Gesundheitsausgaben: Schweiz auf dem zweiten und dritten Rang. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 87, 2006 (Nr. 13), S. 555–557.
- KOCHER, Gerhard; OGGIER, Willy (Hg.) (2004): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht. 2. vollst. überarb. u. akt. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- KOCHER, Gerhard; OGGIER, Willy (Hg.) (2007): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Aufl. Bern: Huber.

- KOCHER, Gerhard; RENTCHNIK, Pierre (1980): *Teure Medizin. Für gezielte Reformen in unserem Gesundheitswesen*. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.
- KOLLER, Peter (Hg.) (2001): *Gerechtigkeit im politischen Diskurs der Gegenwart*. Wien: Passagen.
- KOMMISSION FÜR GESELLSCHAFTLICHE UND SOZIALE FRAGEN DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (2003): *Das Soziale neu denken. Für eine langfristig angelegte Reformpolitik*. Bonn.
- KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG e.V. (Hg.) (2003): *Aufbruch in die Bürgergesellschaft: Weniger Staat - mehr Eigenverantwortung*. Grundsatzpapier des Kuratoriums der Konrad-Adenauer-Stiftung. o.O.
- KORFF, Wilhelm (1999): *Sozialethik als Strukturethik*. In: Wilhelm KORFF, Alois BAUMGARTNER, FRANZ, Hermann u. a. (Hg.): *Handbuch der Wirtschaftsethik*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 207–213.
- KORFF, Wilhelm; BAUMGARTNER, Alois; FRANZ, Hermann u. a. (Hg.) (1999): *Handbuch der Wirtschaftsethik*. Görres-Gesellschaft. 4 Bände. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- KORFF, Wilhelm; BECK, Lutwin; MIKAT, Paul (Hg.) (1998): *Lexikon der Bioethik*. Görres-Gesellschaft. 3 Bände. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- KORFF, Wilhelm; WILHELMS, Günter (2006): *Art. Verantwortung*. In: *Lexikon für Theologie und Kirche*. Hrsg. v. Walter KASPER. 3., völlig neu bearb. Aufl., Sonderausg. Freiburg i. Brsg., Basel, Rom u. a.: Herder, S. 597–600.
- KORTE, Herman; SCHÄFERS, Bernhard (Hg.) (2000): *Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie*. 5. Aufl. Opladen: Leske + Budrich.
- KÖRTNER, Ulrich H. J. (2002): *Gesundheit nicht um jeden Preis. Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht*. In: Detlef AUFDERHEIDE und Martin DABROWSKI (Hg.): *Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens*. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften VWS, 524), S. 51–75.
- KOSTKA, Ulrike (2000): *Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion*. Münster: Lit.

- KOSTKA, Ulrike (2002): Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen – eine sozialetische Analyse. In: Detlef AUFDERHEIDE, Martin DABROWSKI (Hg.): Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften VWS, 524), S. 145–168.
- KOSTKA, Ulrike (2006): Die Zukunft der sozialen Sicherung gegen Krankheitsrisiken: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? In: Michael Schramm, Hermann-Josef GROSSE KRACHT, Ulrike KOSTKA (Hg.): Der fraglich gewordene Sozialstaat. Aktuelle Streitfelder - ethische Grundlagenprobleme. Paderborn: Schöningh, S. 113–126.
- KRAFT, Eliane; MARTI, Michael; WERNER, Sarah; SOMMER, Heini (2010): Cost of dementia in Switzerland. Bern (Swiss Medical Weekly). Online verfügbar unter <http://www.smw.ch/index.php?id=smw-2010-13093>, zuletzt geprüft am 12.03.2013.
- KRÄMER, Walter (1982): Wer leben will, muss zahlen. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre möglichen Auswirkungen. Düsseldorf, Wien: Econ.
- KRÄMER, Walter (1989): Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin. Frankfurt a. M.: Fischer.
- KRÄMER, Walter (1993): Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin. Frankfurt/Main, New York: Campus-Verl.
- KRÄMER, Walter (1996): Hippokrates und Sisyphus. Die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolgs. In: Wilhelm KIRCH, Hartmut KLIEMT (Hg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Regensburg: Roderer, S. 389–393.
- KRÄMER, Walter (2005): Was macht Rationierung unvermeidbar? Hg. v. Nationaler Ethikrat - Wortprotokoll Jahrestagung 2006. Berlin.
- KRESS, Harmut (2006): Das Recht auf Gesundheit: Ideologie oder unverzichtbares Menschenrecht? Gesundheitsschutz und -versorgung sind hohe Güter. Online verfügbar unter http://www.sozialetik.uni-bonn.de/kress/veroeffentlichungen-editionen/kress_recht_auf_gesundheit_okt_2006.pdf, zuletzt geprüft am 13.02.2012.
- KRINGS, Hermann (Hg.) (1974): Handbuch philosophischer Grundbegriffe, Bde 1, 2, 6. München: Kösel-Verlag.
- KRUIP, Gerhard; FISCHER, Michael (Hg.) (2007): Gerechtigkeiten. Hannoversche Zwischenrufe 2006. Münster [u.a.]: Lit (Philosophie aktuell, 5).

- KUHLMEY, Adelheid (2006): Gesundes Altern – geht das? In: *G+G Wissenschaft* 6, 2006 (Nr. 1), S. 7-13.
- KUHN, Helmut (1967): *Der Staat. Eine philosophische Darstellung*. München: Kösel-Verlag.
- KÜHN, Hagen (1993): *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und der Gesundheitsförderung in den USA*. Berlin: Edition sigma.
- KÜNG, Hans (1991): *Projekt Weltethos*. 3. Aufl., München: Piper.
- KUNZE, Ursula (2004): *Präventivmedizin, Epidemiologie und Sozialmedizin für Human- und Sozialmediziner*. 3. überarb. Aufl. Wien: Facultas.
- KÜNZLER, Gabriela (2003): Arme sterben früher. In: CARITAS SCHWEIZ (Hg.): *Sozialalmanach 2003. Schwerpunkt: Gesundheit – Eine soziale Frage*. Luzern: Caritas-Verlag, S. 67–77.
- KÜNZLER, Gabriela; KNÖPFEL, Carlo (2002): Arme sterben früher. Soziale Schicht, Mortalität und Rentenalterpolitik in der Schweiz. Luzern: Caritas-Verlag (Diskussionspapier Nr.11).
- LABISCH, Alfons; PAUL, Norbert (1998): Art. Gesundheitswesen. 1. Zum Problemstand. In: Wilhelm KORFF, Lutwin BECK, Paul MIKAT (Hg.): *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 122–135.
- LABISCH, Alfons; PAUL, Norbert (1998): Art. Medizin. In: Wilhelm KORFF, Lutwin BECK und Paul MIKAT (Hg.): *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 630–642.
- LAMPERT, Thomas; KROLL, Lars E. (2008): Gesundheitliche Ungleichheit als Herausforderung für den Sozialstaat. In: Gregor HENSEN, Peter HENSEN (Hg.): *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 223–238.
- LANZERATH, Dirk (2000): *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*. Freiburg, München: Karl Alber (Alber-Reihe praktische Philosophie, 66).
- LAUBACH, Thomas (Hg.) (2003): *Angewandte Ethik und Religion*. Tübingen, Basel: Francke.

LAUBACH, Thomas (2003): Was hat die Religion in der Angewandten Ethik verloren? Eine Problemorientierung. In: Thomas LAUBACH (Hg.): *Angewandte Ethik und Religion*. Tübingen, Basel: Francke, S. 1–18.

LAUTERBACH, Karl W. (2008): *Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.

LAUTERBACH, Karl W.; STOCK, Stephanie (2001): *Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik – Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel? Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung*. Bonn. Online verfügbar unter http://www.patientenschutz.de/cms/files/gutachten_prof._lauterbach.pdf, zuletzt geprüft am 03.03.2012.

LEDERHILGER, Severin J (Hg.) (2005): *Gott, Glück und Gesundheit. Erwartungen an ein gelungenes Leben*. 6. Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2004. Frankfurt a. M.: Lang (Linzer philosophisch-theologische Beiträge, 11).

LEICHT, Robert (2003): Bei Gesundheit Geld zurück. Wir brauchen endlich Wettbewerb zwischen Kassen, Ärzten, Pharmafirmen. Und mündige Patienten. In: *Die Zeit (Hamburg)* 35.

LEICHT, Robert (2004): Das Prinzip Zahnbürste. Alle reden von Eigenverantwortung. Aber was ist das? Eine kleine Begriffsgeschichte. In: *Die Zeit (Hamburg)* - (2004/01).

LEIST, Anton (2001): Chancengleichheit in der Medizin. In: Peter KOLLER (Hg.): *Gerechtigkeit im politischen Diskurs der Gegenwart*. Wien: Passagen, S. 303–326.

LENK, Hans; MARING, Matthias (2007): Art. Verantwortung. In: *HWPh*, S. 566-575.

LENZ, Petra (2011): Gesundheit und Krankheit. In: Ralf STOECKER, Christian NEUHÄUSER, Marie-Luise RATERS (Hg.): *Handbuch Angewandte Ethik*. Stuttgart: J. B. Metzler, S. 389–393.

LENZEN, Dieter (1991): *Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Kultur*. Originalausg. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.

LEONHÄUSER, Ingrid-Ute; KÖHLER, Jacqueline; MEIER-GRÄWE, Uta; MÖSER, Anke; ZANDER, Uta (2009): *Essalltag in Familien. Ernährungsversorgung zwischen privatem und öffentlichem Raum*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

LESCH, Walter; BONDOLFI, Alberto (Hg.) (1995): Theologische Ethik im Diskurs. Eine Einführung. Tübingen: Francke.

LEU, Robert E. (2006): Ein alternatives Modell: Patient und Qualität im Mittelpunkt. Bern. Online verfügbar unter http://www.safpro.ch/Spitalbereich_Leu1.pdf, zuletzt geprüft am 11.03.2013.

LEU, Robert E.; MATTER, Pius (2009): Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande – ein Vergleich. In: Die Volkswirtschaft (11), S. 9-12.

LEU, Robert E.; RUTTEN, Frans F. H.; BROUWER, Werner; RÜTSCHI, Christian; MATTER, Pius (2008): The Swiss and the Dutch health care systems compared. A tale of two systems. 1. ed. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges. (Gesundheitsökonomische Beiträge, 53).

LEU, Robert E.; BURRI, Stefan; PRIESTER, Tom (1997): Lebensqualität und Armut in der Schweiz. 2., überarb. Aufl. Bern, Stuttgart, Wien: Paul Haupt.

LEU, Robert E.; GERFIN, Michael (1992): Die Nachfrage nach Gesundheit. Ein empirischer Test des Grossmann-Modells. In: Peter OBERENDER (Hg.): Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges. (Gesundheitsökonomische Beiträge, 14), S. 61–80.

LEU, Robert E.; SCHAUB, Thomas (1985): Rauchen und Gesundheit. Eine volkswirtschaftliche Analyse. Institut für Sozialwissenschaften, Universität Basel.

LEU, Robert E.; SCHELLHORN, Martin (o. J.): Auswirkungen des KVG auf die Versicherten: Ausgewählte Resultate. Kurzfassung der Ergebnisse des Projekts im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 «Probleme des Sozialstaats». Online verfügbar unter http://www.sozialstaat.ch/global/pdf/tagungen/oktober/leu_d.pdf, zuletzt geprüft am 28.10.2008.

LEUENBERGER, Petra; LONGCHAMP, Claude (2002): Was erwartet die Bevölkerung von der Medizin? Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des GfS-Forschungsinstitutes, Politik und Staat, Bern, im Auftrag der SAMW. In: Werner STAUFACHER und Johannes BIRCHER (Hg.): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 181–235.

LIENKAMP, Andreas (2012): Herrschaftsauftrag und Nachhaltigkeit. Exemplarische Überlegungen zum Umgang mit der Bibel im Kontext theologischer Ethik. In: Marianne HEIMBACH-STEINS, Georg STEINS (Hg.): Bibelhermeneutik und Christliche Sozialethik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 187–216.

LOCHER, Heinz (2006): Die Vertreibung aus dem Schlaraffenland. Irrtümer der schweizerischen Gesundheitspolitik und Vorschläge zu ihrer Korrektur. In: René SCHAFFHAUSER u. a. (Hg.): Das Gesundheitswesen - Motor von Wohlbefinden und Wohlstand. Radikale Denkanstösse für das schweizerische Gesundheitswesen : Referate der Tagung vom 23. November 2005 in Zürich. St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, S. 79-122.

LONGCHAMP, Claude (2002): Kostenorientierung gewinnt an Bedeutung. Hauptergebnisse zum "Gesundheitsmonitor 2002". GfS-Forschungsinstitut. o.O.

LOSS, Julika; NAGEL, Eckhard (2004): Ansätze für ein gerechtes Gesundheitssystem unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen. In: Sigrid GRAUMANN, Katrin GRÜBER (Hg.): Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens. Münster: LIT Verlag, S. 213–231.

LÜBBE, Weyma (1998): Verantwortung in komplexen kulturellen Prozessen. Freiburg i. Brsg.: K. Alber Verlag.

LUDWIG, Wolf-Dieter (2009): Kostenzuwächse bei neuen Wirkstoffen: Welche Ergebnisse benötigen wir zu patientenrelevanten Endpunkten aus klinischen Studien? In: *Thieme Gesundheitsökonomie Report* (1), S. 37–42.

LUHMANN, Niklas (1994): Soziologische Aufklärung. 6 Bände. Opladen: Westdeutscher Verlag (4).

LÜTZ, Manfred (2002): Lebenslust. Wider die Diätsadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult. München: Knauer-Taschenbuch-Verl.

LÜTZ, Manfred (2005): Hauptsache gesund? In: *Psychologie Heute* 31 (4), S. 30. Online verfügbar unter http://www.spitalseelsorge.ch/maintexts/Dokumente/seelsorge/hauptsache_gesund.pdf, zuletzt geprüft am 04.10.2009.

LÜTZ, Manfred (2005): Vom Gesundheitswahn zur Lebenslust. In: Severin J LEDERHILGER (Hg.): Gott, Glück und Gesundheit. Erwartungen an ein gelungenes Leben. 6. Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2004. Frankfurt a. M.: Lang (Linzer philosophisch-theologische Beiträge, 11), S. 32–54.

MACK, Elke (1998): Ethik des Gesundheitswesens. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 3, S. 173–189.

- MACK, Elke (2000): Das Menschenrecht auf Gesundheit. In: Nikolaus KNOEPFFLER, Anja HANIEL (Hg.): Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle. Stuttgart, Leipzig: Hirzel, S. 183–202.
- MAIER, Hans (2008): Kultur und politische Welt. München: C. H. Beck (Gesammelte Schriften, 3).
- MANDRY, Christof (2006): Recht auf Gesundheitsvorsorge und Befähigungsansatz. In: Michael SCHRAMM, Hermann-Josef GROSSE KRACHT, Ulrike KOSTKA (Hg.): Der fraglich gewordene Sozialstaat. Aktuelle Streitfelder - ethische Grundlagenprobleme. Paderborn: Schöningh, S. 127–131.
- MARCKMANN, Georg (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung? In: Oliver RAUPRICH, Georg MARCKMANN, Jochen VOLLMANN (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn: Mentis, S. 299–313.
- MARCKMANN, Georg (2008): Gesundheit und Gerechtigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51 (8), S. 887–894 .
- MARCKMANN, Georg (2010): Marktorientierung und Gerechtigkeit: Prinzipien im Widerspruch? In: *SGBEBulletinSSEB* (61), S. 5–12.
- MARCKMANN, Georg (2011): Gesundheit und Gerechtigkeit. In: Ralf STOECKER; Christian NEUHÄUSER; Marie-Luise RATERS (Hg.): Handbuch Angewandte Ethik. Stuttgart: J. B. Metzler, S. 406–413.
- MARCKMANN, Georg; MÖHRLE, Matthias; BLUM, Andreas (2004): Gesundheitliche Eigenverantwortung. Möglichkeiten und Grenzen am Beispiel des malignen Melanoms. In: *Der Hautarzt* (8), S. 715–720.
- MARTIN, Jean (2002): Die zukünftige Entwicklung der Medizin - eine Frage der gesellschaftlichen Solidarität. In: Werner STAUFFACHER, Johannes BIRCHER (Hg.): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 44–58.
- MARX, Karl (1978): Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie. Hrsg. von Friedrich Engels. 3 Bände. Berlin: Dietz.
- MATHWIG, Frank (2007): Den Menschen ins Recht setzen. Menschenrechte und Menschenwürde aus theologisch-ethischer Perspektive. Bern: ITE (SEK Positionen, 6).

- MATHWIG, Frank (2007): Ethische Rationierung. Sozialethische Überlegungen zur Rationierungsdiskussion im Gesundheitswesen. In: Markus ZIMMERMANN-ACKLIN, Hans HALTER (Hg.): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag (Gesundheitsökonomie, 3), S. 80–91.
- MATTIG, Thomas (2011): Neue Wege im Gesundheitswesen. Für eine "Healthy Economy" im Verbund mit staatlichen Akteuren. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 19.07.2011 (Nr. 166), S. 15.
- MAZUMDAR, Pravu (2008): Der Gesundheitsimperativ. In: Gregor HENSEN, Peter HENSEN (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 349–360.
- MÉGROZ, René (2002): Managed Care - aber wer managed? In: *SÄZ* 83 (48), S. 2652–2655.
- MEIER, Bernd (2004): Freiheit und Eigenverantwortung. Empirische Befunde und ordnungspolitische Grundlagen der sozialen Marktwirtschaft. Köln: Dt. Inst.-Verl.
- MEIER, René A. (2004): Vor einer Neuverteilung der Verantwortung im Sozialstaat? In: *Soziale Sicherheit CHSS* (Januar/Februar), S. 6–11.
- MERKEL, Reinhard (2008): Willensfreiheit und rechtliche Schuld. Eine strafrechtsphilosophische Untersuchung. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges. (Würzburger Vorträge zur Rechtsphilosophie, Rechtstheorie und Rechtssoziologie, 37).
- METZ, Johannes B. (1962): Christliche Anthropozentrik. Über die Denkform des Thomas von Aquin. München: Kösel.
- MEULEMANN, Heiner (2006): Soziologie von Anfang an. Eine Einführung in Themen, Ergebnisse und Literatur. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- MEYER, Eric Ch. (2002): Zur Zustimmungsfähigkeit von Gesundheitssystemen. In: Detlef AUFDERHEIDE, Martin DABROWSKI (Hg.): Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften VWS, 524), S. 29–38.
- MEYER, Katharina (Hg.) (2009): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber.
- MIELCK, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsansätze. Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Huber.

MIELCK, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften).

MIETH, Dietmar (1982): Gotteserfahrung und Weltverantwortung. Über die christliche Spiritualität des Handelns. München: Kösel.

MIETH, Dietmar (1992): Theologie und Ethik / Das unterscheidend Christliche. In: Jean-Pierre WILS, Dietmar MIETH, Alberto BONDOLFI (Hg.): Grundbegriffe der christlichen Ethik. Paderborn, München, Wien u. a.: Schöningh (Uni-Taschenbücher, 1648), S. 209–224.

MIETH, Dietmar (2005): Kriterien für eine gerechte und solidarische Gesundheitsversorgung. In: Jean-Pierre WILS, Michael ZAHNER (Hg.): Theologische Ethik zwischen Tradition und Modernitätsanspruch. Festschrift für Adrian Holderegger zum sechzigsten Geburtstag. Freiburg (Schweiz): Academic Press, S. 179–196.

MIETH, Dietmar (2011): Art. Sozialethik. In: Marcus DÜWELL, Christoph HÜBENTHAL, Micha H. WERNER (Hg.): Handbuch Ethik. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler, S. 517–520.

MILL, John St. (1969): On Liberty. Representative Government. The Subjection of Woman. Three Essays. London: Oxford University Press.

MÖSLE, Hansueli (2007): Pflegeheime und Pflegeabteilungen. In: Gerhard KOCHER, Willy OGGIER (Hg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Aufl. Bern: Huber, S. 251–263.

MÜLLER, Gerhard (Hg.) (2002): Theologische Realenzyklopädie TRE. Berlin, New York: Verlag Walter de Gruyter.

MÜLLER, Manfred J.; TRAUTWEIN, Elke A. (2005): Gesundheit und Ernährung - Public Health Nutrition. Stuttgart: Eugen Ulmer.

MÜLLER IMBODEN, Annamaria (2001): Kostensteigerung im Gesundheitswesen und kein Ende. In: *Die Volkswirtschaft* 74 (9), S. 14–18.

MÜNK, Hans J. (Hg.) (2002): Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext. Freiburg (Schweiz): Paulusverlag.

MÜNK, Hans J. (2007): Zum Konzept der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht. In: Markus ZIMMERMANN-ACKLIN, Hans HALTER (Hg.): Rationierung und

- Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag (Gesundheitsökonomie, 3), S. 182–194.
- MUSGRAVE, Richard A. (1966): Finanztheorie. übers. von Lore Kullmer. Tübingen: Mohr.
- MUSIL, Robert (1986): Der Mann ohne Eigenschaften. Erstes Buch, neu durchges. u. verb. Ausgabe 1978, hrsg. v. Adolf Frisé. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- NATIONALER ETHIKRAT (2006): Gesundheit für alle - wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Wortprotokoll. Berlin.
- NEF, Rolf (2002): Der schweizerische Sozialstaat: Wahrnehmungen, Akzeptanzen und Entwicklungsoptionen. NF-Projekt 4045-59742. Zürich. Online verfügbar unter http://www.sozialstaat.ch/global/projects/security/nef/nef_2.pdf, zuletzt geprüft am 05.05.2008.
- NELL-BREUNING, Oswald von (1983): Soziallehre der Kirche. Erläuterungen der lehramtlichen Dokumente. Hrsg. v. der Katholischen Sozialakademie Österreichs. 3. erw. Aufl. Wien: Europaverlag.
- NELL-BREUNING, Oswald von (1990): Baugesetze der Gesellschaft. Solidarität und Subsidiarität. Freiburg, Basel, Wien: Herder.
- Neubauer, Bernd (Hg.) (1998): Eigenverantwortung. Positionen und Perspektiven. Waake: Licet-Verlag (EDITION Rondo, 1).
- NEWHOUSE, Joseph P. (1992): Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? In: *Journal of Economic Perspectives* 6 (3), S. 3–21.
- NIEHAUS, Frank (2006): Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. Köln: Wiss. Inst. der PKV.
- NOHLEN, Dieter (Hg.) (1995): Lexikon der Politik. Politische Theorien, München.
- NORDHOFEN, Eckhard (2006): Vom Nutzen und Nachteil des Glaubens. Werte sind mehr als Spielregeln. In: *Die Zeit (Hamburg)*, 21.09.2006 (39), S. 46.
- NOTHELLE-WILDFEUER, Ursula (2002): Verteilungsgerechtigkeit. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 48, S. 196–201.
- NOTHELLE-WILDFEUER, Ursula (2004): Subsidiäre Defizite des Sozialstaates. In: Anton RAUSCHER (Hg.): Der Sozialstaat am Scheideweg. Köln, S. 69–100.

- NOTHELLE-WILDFEUER, Ursula (2007): Das Menschenbild in der christlichen Soziallehre. Freiburg. Online verfügbar unter http://www.theologie.uni-mannheim.de/inhalt/archiv_downloads/veranstaltung_christliche_sozialethik_hws_2007/unterlagen_iv/vorlesug_herbst_07_teil_3.pdf, zuletzt geprüft am 04.10.2009.
- NOZICK, Robert (2011): Anarchie, Staat, Utopia. München: Olzog.
- NULLMEIER, Frank (2006): Eigenverantwortung, Gerechtigkeit und Solidarität. Konkurrierende Prinzipien der Konstruktion moderner Wohlfahrtsstaaten? In: *WSI-Mitteilungen* (4), S. 175–180.
- NULLMEIER, Frank (2006): Paradoxien der Eigenverantwortung. In: Ludger HEIDBRINK, Alfred HIRSCH (Hg.): Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips. Frankfurt a. M.: Campus, S. 151–164.
- NUSSBAUM, Martha C. (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag (edition suhrkamp).
- OBERENDER, Peter (Hg.) (1992): Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges. (Gesundheitsökonomische Beiträge, 14).
- OBERENDER, Peter (Hg.) (1993): Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.
- OBERENDER, Peter; FLEISCHMANN, Jochen (2002): Gesundheitspolitik in der Sozialen Marktwirtschaft. Analyse der Schwachstellen und Perspektiven einer Reform. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft.
- OBERENDER, Peter; HEBBORN, Ansgar (1994): Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Kosteninfarkts. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- OECD (2004): Gesundheitsdaten. Ausgabe 2004. Paris.
- OECD (2005): Gesundheitsdaten. Ausgabe 2005 (elektronische Daten auf CD). Paris.
- OECD (2006): OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz. Bezugsquelle: www.bag.admin.ch/international. Paris.
- OEXLE, Otto Gerhard; CONZE, Werner; WALTER, Rudolph (2004): Stand, Klasse. In: Otto BRUNNER, Werner CONZE, Reinhart KOSELLECK (Hg.): Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland, Bd. 6. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 155–284.

- OGGIER, Willy: Ohne Reformen krankt das Gesundheitswesen. In: *Vorsorge - Das Fachmagazin der Winterthur* 2004 (01), S. 14–16.
- PAUL VI. (1965): *Gaudium et spes*. Zit. nach KAB (1982): *Texte zur Katholischen Soziallehre*, S. 321-425.
- PESCH, Otto H. (1983): *Frei sein aus Gnade. Theologische Anthropologie*. Freiburg i. Brsg., Basel, Wien: Herder.
- PFEIFER, Wolfgang (1989): *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. Bd. 1. Berlin: Akademie-Verlag.
- PICHT, Georg (1969): *Wahrheit, Vernunft, Verantwortung. Philosophische Studien*. Stuttgart: Klett.
- PIEPER, Annemarie (1994): *Einführung in die Ethik*. 3. überarb. Aufl. Tübingen, Basel.
- PIEPER, Annemarie (2007): *Glückssache. Die Kunst gut zu leben*. 4. Aufl. München: Dt. Taschenbuch-Verl.
- PIUS XI. (1931): *Quadragesimo anno*. Zit. nach KAB (1982): *Texte zur Katholischen Soziallehre*, S. 91-148.
- PLATTA, Holdger (o. J.): *Der heimtückische Begriff „Chancengerechtigkeit“*. Analyse eines neoliberalen Propagandabegriffs. o. O. Online verfügbar unter <http://www.weltderarbeit.de/start157.pdf>, zuletzt geprüft am 14.02.2012.
- PRAHL, Hans-Werner; SETZWEIN, Monika (1999): *Soziologie der Ernährung*. Opladen: Leske + Budrich.
- PRIDDAT, Birger P. (1998): *Moral Based Rational Man*. In: Norbert BRIESKORN, Johannes WALLACHER (Hg.): *Homo oeconomicus: Der Mensch der Zukunft?* Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer (*Globale Solidarität - Schritte zu einer neuen Weltkultur*, 2), S. 1–31.
- PRISCHING, Manfred (2001): *Gerechte Ungerechtigkeiten. Gerechtigkeitsparadigmen und Rationierungsfragen*. In: Peter KOLLER (Hg.): *Gerechtigkeit im politischen Diskurs der Gegenwart*. Wien: Passagen, S. 201–234.
- PUTZ, Gertraud (2001): *Die Umsetzung des Personalitätsprinzips in den Menschenrechten und durch die Menschenrechte*. In: Alois BAUMGARTNER, Gertraud PUTZ (Hg.): *Sozialprinzipien. Leitideen in einer sich wandelnden Welt*. Innsbruck, Wien: Tyrolia; (*Salzburger Theologische Studien*, 18), S. 9–30.

RAPPAPORT, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des «empowerment» anstelle präventiver Ansätze. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 17 (2), S. 257–278.

RAUPRICH, Oliver (2005): Gleichheit und Vorrangigkeit in der Gesundheitsversorgung. Eine Prüfung der neuen Egalitarismuskritik. In: Oliver RAUPRICH, Georg MARCKMANN, Jochen VOLLMANN (Hg.): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*. Paderborn: Mentis, S. 13–36.

RAUPRICH, Oliver; MARCKMANN, Georg; VOLLMANN, Jochen (Hg.) (2005): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*. Paderborn: Mentis.

RAUSCHER, Anton (Hg.) (2004): *Der Sozialstaat am Scheideweg*. Köln.

RAWLS, John (1979): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag (stw, 271).

REBSCHER, Herbert; KAUFMANN, Stefan (Hg.) (2010): *Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen*. Deutsch-Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik. Heidelberg: Medhochzwei-Verl.

RHODES, Rosamond; BATTIN, Margaret P.; SILVERS, Anita (Hg.) (2002): *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. Oxford/New York: Oxford University Press.

RIBHEGGE, Hermann (2004): *Sozialpolitik*. München: Vahlen.

RICH, Arthur (1984): *Wirtschaftsethik. Grundlagen in theologischer Perspektive*. Gütersloh: Mohn.

RICHARD, Sabine (1993): *Qualitätssicherung und technologischer Wandel im Gesundheitswesen. Eine institutionenökonomische Analyse*. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.

RICHLI, Paul (Hg.) (2005): *Wo bleibt die Gerechtigkeit?* Zürich, Basel, Genf: Schulthess (Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft, 5).

RICHNER, Christian (1989): *Die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens. Fakten, Probleme, Diskussionspunkte*. Winterthur.

RICHTER, Matthias; HURRELMANN, Klaus (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit. Ausgangsfragen und Herausforderungen*. In: Matthias RICHTER, Klaus HURRELMANN (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11–31.

- RICHTER, Matthias; HURRELMANN, Klaus (Hg.) (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- RITTER, Joachim (2003): *Metaphysik und Politik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- RITTER, Joachim; GRÜNDER, Karlfried; GABRIEL, Gottfried (Hg.) (2007): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Verantwortung. Band 11: U-V. Basel: Schwabe.
- ROBERT KOCH INSTITUT; STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2002): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 10: *Gesundheit im Alter*.
- ROBERT KOCH INSTITUT (Hg.) (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- ROBERT KOCH INSTITUT (Hg.) (2009): *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Unter Mitarbeit von Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer und Thomas Ziese. Robert Koch-Institut. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/cln_171/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter__gesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/alter_gesundheit.pdf, zuletzt geprüft am 03.03.2012.
- RÖHRLE, Bernd (2007): *Prävention und Gesundheitsförderung. Kinder und Jugendliche*. Tübingen: Dgvt-Verl. (3).
- ROSENBERGER, Michael (2006): *Die beste Medizin für alle - um jeden Preis? Die ethische Gestaltung des Gesundheitssystems angesichts begrenzter Mittel (Teil 1 und 2)*. In: *Orientierung* 70 (11+12), S. 125-128 und 141-144.
- ROSENBROCK, Rolf (2001): *Was ist New Public Health?* In: *Bundesgesundheitsblatt* 44, S. 753–762.
- ROSENBROCK, Rolf (2003): *Gesundheitspolitik*. In: Klaus HURRELMANN und Ulrich LAASER (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 3. Aufl. Weinheim, München: Juventa, S. 707–751.
- ROSENBROCK, Rolf; GERLINGER, Thomas (2004): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Hans Huber; Huber.

- ROSSINI, Stéphane (2003): Überlegungen zu einer zukünftigen SP-Gesundheitspolitik. Hg. v. SP Schweiz.
- ROTHHAAR, Markus; FREWER, Andreas (2012) (Hg.): Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik. Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- ROTTER, Hans; VIRT, Günter (Hg.) (1990): Neues Lexikon der christlichen Moral. Innsbruck: Tyrolia.
- RÖTZER, Florian (1998): Vom Lob der Eigenverantwortung. Die Ideologie der Gewinner? o. A. Online verfügbar unter <http://www.heise.de/tp/deutsch/inhalt/co/2387/1.html>, zuletzt geprüft am 03.03.2012.
- RUEP, Margret (Hg.) (2011): Bildungspolitische Trends und Perspektiven. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- RUEP, Margret (2011): Leistung und Chancengleichheit: Grundlegende Ziele der Bildungspolitik unter besonderer Berücksichtigung der Diskussion um integrative bzw. selektive Schulstrukturen. In: Margret RUEP (Hg.): Bildungspolitische Trends und Perspektiven. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 103–118.
- RUPPERT, Lothar (1996): Zur Anthropologie der Biblischen Urgeschichte. In: *Catholica* 50, S. 299–314.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (Hg.) (1990): Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.
- SALM, Martin (2002): Solidarität nicht ohne Eigenverantwortung. In: *Neue Caritas* 103 (22), S. 9–12.
- SANTÉSUISSE (Hg.) (2004): Managed Care. Studienresultate bezüglich Netzwerke. Online verfügbar unter <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200408121419490.pdf>, zuletzt geprüft am 03.02.2009.

SANTÉSUISSE (30.07.2008): Kostenanstieg in der Grundversicherung verdüstert Prämienaussichten. Solothurn. Online verfügbar unter <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200807300928040.pdf>, zuletzt geprüft am 03.03.2012.

SANTÉSUISSE (2009): Gegen den Kostenanstieg Spital ambulant. Online verfügbar unter https://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=26122&detail=yes&navid=, zuletzt geprüft am 03.08.2010.

SANTÉSUISSE (Hrsg.) (2007): Handbuch der schweizerischen Krankenversicherung. Die Krankenversicherer der Schweiz. Solothurn.

SASS, Anke-Christine; WURM, Susanne; ZIESE, Thomas (2009): Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. Somatische und psychische Gesundheit. In: ROBERT KOCH-INSTITUT (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Unter Mitarbeit von Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer und Thomas Ziese. Berlin, S. 31–61.

SASS, Hans-Martin (Hg.) (1988): Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische und ordnungspolitische Einflussfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

SASS, Hans-Martin (1988): Persönliche Verantwortung und gesellschaftliche Solidarität. In: Hans-Martin SASS (Hg.): Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische und ordnungspolitische Einflussfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, S. 93–112.

SASS, Hans-Martin (1992): Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten (Medizinethische Materialien, 78).

SASS, Hans-Martin (2003): Gerechtigkeit durch Verantwortungspartnerschaft. Gerechtes Handeln und Gewissen in der medizinischen Praxis. In: Peter DABROCK, Traugott JÄHNICHEN, Lars KLINNERT (Hg.): Kriterien der Gerechtigkeit. Begründungen - Anwendungen - Vermittlungen, S. 233–250.

SCHAFFHAUSER, René; LOCHER, Heinz; POLEDNA, Tomas (Hg.) (2006): Das Gesundheitswesen - Motor von Wohlbefinden und Wohlstand. Radikale Denkanstösse für das schweizerische Gesundheitswesen: Referate der Tagung vom 23. November 2005 in Zürich. St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis.

SCHÄFER, Daniel (2012): Krankheit und Natur. Historische Anmerkungen zu einem aktuellen Thema. In: Markus ROTHHAAR, Andreas FREWER (Hg.): Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik, S. 15–31.

SCHÄFER, Daniel; FREWER, Andreas; SCHOCKENHOFF, Eberhard; WETZSTEIN, Verena (Hg.) (2008): Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Stuttgart: Franz Steiner (Geschichte und Philosophie der Medizin, 6).

SCHEFCZYK, Michael (2012): Verantwortung für historisches Unrecht. Eine philosophische Untersuchung. Berlin, New York: de Gruyter.

SHELLHORN, Martin (2004): Nachfragesteuerung oder Selektion. Die Wirkung wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung der Schweiz. In: Dieter CASSEL (Hg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., S. 33–52.

SHELLHORN, Martin (2004): Wählbare Selbstbehalte in der Krankenversicherung der Schweiz: Nachfragesteuerung oder Selektion. Diskussionsschriften des Departements für Volkswirtschaftslehre der Universität Bern, Nr 04-02.

SCHILLING, Christoph: Der Mythos von den unnötigen Arztbesuchen. In: *Beobachter* 2009 (24), S. 7.

SCHIPS, Bernd (2000): Wäre die Beschränkung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf (definierte) Grossrisiken ein möglicher Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen? In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge* 44, S. 202–213.

SCHLEINIGER, Reto (2008): Wieso haben Kantone so unterschiedliche Gesundheitskosten? In: *CHSS* (1), S. 60–64.

SCHLICHT, Wolfgang; DICKHUTH, Hans-Hermann (Hg.) (1999): Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität? Schorndorf, Stuttgart: Karl Hofmann.

SCHMID, Wilhelm (1995): Art. Selbstsorge. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Hrsg. v. Joachim RITTER und Karlfried GRÜNDER, völlig neu bearb. Ausgabe. Basel: Schwabe, S. 528–535.

SCHMIDINGER, Heinrich M. (1994): Der Mensch ist Person. Ein christliches Prinzip in theologischer und philosophischer Sicht. Innsbruck, Wien: Tyrolia.

- SCHMIDT, Bettina (2007): Von der Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung. In: Bettina SCHMIDT, Petra KOLIP (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa-Verl., S. 83–93.
- SCHMIDT, Bettina (2007): Von der Gesundheitsforderung zur Selbstoptimierung. In: Bettina SCHMIDT, Petra KOLIP (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa-Verl., S. 95–104.
- SCHMIDT, Bettina (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern: Huber.
- SCHMIDT, Bettina; KOLIP, Petra (Hg.) (2007): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa-Verl.
- SCHMIDT, Volker H. (2001): Gerechtigkeit im Gesundheitswesen angesichts neuartiger Problemlagen. In: Peter Koller (Hg.): Gerechtigkeit im politischen Diskurs der Gegenwart. Wien: Passagen, S. 287–302.
- SCHNABEL, Sabine; KISTOWSKI, Kristin von; VAUPEL, James W. (2005): Immer neue Rekorde und kein Ende in Sicht. Der Blick in die Zukunft lässt Deutschland grauer aussehen als viele erwarten. In: *Demografische Forschung* 2 (2), S. 3. Online verfügbar unter <http://www.demografische-forschung.org/archiv/defo0502.pdf>, zuletzt geprüft am 11.03.2013.
- SCHNEIDER, Martin (2001): Soziale Gerechtigkeit. In: Alois BAUMGARTNER, Gertraud PUTZ (Hg.): Sozialprinzipien. Leitideen in einer sich wandelnden Welt. Innsbruck, Wien: Tyrolia; Tyrolia-Verl. (Salzburger Theologische Studien, 18), S. 31–78.
- SCHNELLE, Udo (1991): Neutestamentliche Anthropologie. Jesus – Paulus – Johannes. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verl. d. Erziehungsvereins (Biblich-theologische Studien, 18).
- SCHOBERTH, Wolfgang (2006): Einführung in die theologische Anthropologie. Darmstadt: Wiss. Buchges. (Einführung Theologie).
- SCHOCH, Claudia (2011): Schweizer zahlen am meisten selbst. Die privaten Ausgaben für Gesundheitsleistungen im internationalen Vergleich. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 26.10.2011 (Nr. 250), S. 15.

- SCHOCKENHOFF, Eberhard (1998): Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss. 2. Aufl. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag (Welt der Theologie).
- SCHODER, Johannes; ZWEIFEL, Peter (2008): Managed Care Konzepte und Lösungsansätze. Ein internationaler Vergleich aus schweizerischer Sicht. Zürich: Sozialökonomisches Institut (Working paper / Socioeconomic Institute, University of Zurich, No. 0801).
- SCHÖNE-SEIFERT, Bettina (2007): Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart: Kröner.
- SCHRAMM, Michael (1997): Umbau des sozialstaatlichen Gesundheitssystems. Sozialethische Überlegungen. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 43, S. 233–244.
- SCHRAMM, Michael (2002): Begründung oder Anwendung: Methodische Anmerkungen zur Differenz zweier Ebenen. In: Detlef AUFDERHEIDE, Martin DABROWSKI (Hg.): Gesundheit - Ethik - Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften VWS, 524), S. 131–144.
- SCHRAMM, Michael (2004): 'Alles hat seinen Preis'. Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Hohenheimer Working Papers zur Wirtschafts- und Unternehmensethik No. 3. Universität Stuttgart-Hohenheim. Online verfügbar unter <https://theology-ethics.uni-hohenheim.de/88741>, zuletzt geprüft am 06.03.2013.
- SCHRAMM, Michael; GROSSE KRACHT, Hermann-Josef; KOSTKA, Ulrike (Hg.) (2006): Der fraglich gewordene Sozialstaat. Aktuelle Streitfelder - ethische Grundlagenprobleme. Paderborn: Schöningh.
- SCHRAMME, Thomas (2011): Behinderung. In: Ralf STOECKER; Christian NEUHÄUSER; Marie-Luise RATERS (Hg.): Handbuch Angewandte Ethik. Stuttgart: J. B. Metzler, S. 230–234.
- SCHUBERT-ZISLAVECZ, Manfred (2006): Chancen und Grenzen einer individualisierten Arzneimitteltherapie. Giessen, 2006. Online verfügbar unter http://www.hessen-biotech.de/mm/WS_4_Schubert-Zsilavec.pdf, zuletzt geprüft am 18.01.2009.
- SCHULZE, Christian (2008): Wandlungen des Gesundheitsbegriffs in Antike und frühem Mittelalter. In: Dietrich GRÖNEMEYER, Theo KOBUSCH, Heinz SCHOTT (Hg.): Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen. Tübingen: Niemeyer, S. 347–367.

- SCHUMPELICK, Volker; VOGEL, Bernhard (Hg.) (2008): *Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven. Beiträge des Symposiums vom 27. bis 30. September 2007 in Cadenabbia*. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Freiburg, Br., Basel, Wien: Herder.
- SCHWANK, Alex (2003): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Gesundheitliche Chancengleichheit muss prioritäres Ziel werden*. In: CARITAS SCHWEIZ (Hg.): *Sozialalmanach 2003*. Schwerpunkt: *Gesundheit - Eine soziale Frage*. Luzern: Caritas-Verlag, S. 137–145.
- SCHWARTLÄNDER, Johannes (1974): *Art. Verantwortung*. In: Hermann KRINGS (Hg.): *Handbuch philosophischer Grundbegriffe*, Bde 1, 2, 6, Bd. 6. München: Kösel-Verlag, S. 1577–1588.
- SCHWARTLÄNDER, Johannes (1998): *Art. Menschenwürde/Personwürde*. In: Wilhelm KORFF, Lutwin BECK, Paul MIKAT (Hg.): *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2. 3 Bände. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 683–688.
- SCHWARTZ, Friedrich W. (2006): *Von der "medizinischen Polizey" zu den Gesundheitswissenschaften. Zum Verhältnis von Gesundheitsexperten und Staat*. In: *Das Gesundheitswesen* 68 (2), S. 70–80.
- SCHWARTZ, Friedrich W.; BADURA, Bernhard; BRECHT, Josef G.; JÖCKEL, Karl-Heinz; TROJAN, Alf (Hg.) (1991): *Public health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- SCHWARTZ, Friedrich W.; BADURA, Bernhard; BUSSE, Reinhard et al. (Hg.) (2003): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. völlig neu bearb. und erw. Aufl. München, Jena: Urban&Fischer.
- SBK; SEK (2001): *Miteinander in die Zukunft. Wort der Kirchen. Ökumenische Konsultation zur sozialen und wirtschaftlichen Zukunft der Schweiz*. Bern, Freiburg.
- SCHWEIZERISCHES GESUNDHEITSOBSERVATORIUM: *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Hg. v. BFS (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheit.html>).
- SEELMANN, Kurt (2002): *Die Bedeutung von Freiheits-, Leistungs- und Teilhaberrechten in der Medizin*. In: Werner STAUFFACHER, Johannes BIRCHER (Hg.): *Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter*. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 120–128.

SEELMANN, Kurt (2008): Recht auf Gesundheit? Über den Wandel juristischer Perspektiven auf das Gesundheitswesen. In: Daniel SCHÄFER, Andreas FREWER, Eberhard SCHOCKENHOFF, Verena WETZSTEIN (Hg.): Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Stuttgart: Franz Steiner (Geschichte und Philosophie der Medizin, 6), S. 177–187.

SEIDEL, Wolfgang (2009): Das ethische Gehirn. Der determinierte Wille und die eigene Verantwortung. Heidelberg: Spektrum Akad. Verl. (Spektrum-Akademischer-Verlag-Sachbuch).

SEN, Amartya K. (1982): Choice, Welfare and Measurement. Cambridge, London: Havard University Press.

SEN, Amartya K. (1987): On Ethics and Economics. Oxford, Cambridge: Blackwell.

SEN, Amartya K. (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München, Wien: Carl Hanser Verlag.

SIEGRIST, Johannes; MARMOT, Michael (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. 1. Aufl. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften).

SIGRIST, Stephan (2006): Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarktes. Kostenfaktor und Wachstumschance. Studie erstellt im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Inneren. Bern.

SLEMBECK, Tilman (2006): Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen. Eine Auslegung. Studie im Auftrag von santésuisse. o. O. Online verfügbar unter <http://www.healthcollege.ch/pdf/200612181914370.pdf>, zuletzt geprüft am 05.02.2009.

SLEMBECK, Tilman; BRÜGGER, Urs (2006): Im Supermarkt der Gesundheit. In: *Vorsorge - Das Fachmagazin der Winterthur* (2), S. 10–12.

SOMMER, Jürg H.: "Viele der heutigen Senioren sind übertersorgt". Interview mit Jürg H. Sommer, Professor für Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik, Universität Basel. In: *Vorsorge - Das Fachmagazin der Winterthur* 2004 (01), S. 10–13.

SOMMER, Jürg H. (1983): Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Die nordamerikanischen Erfahrungen mit staatlich regulierenden und wettbewerblich orientierten Ansätzen. Diesenhofen: Rüegger.

- SOMMER, Jürg H. (1992): Health Maintenance Organizations. Erwartungen und Erfahrungen in den USA. Chur/Zürich: Rüegger AG (WWZ-Beiträge, 12).
- SOMMER, Jürg H. (1999): Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Stuttgart: Schattauer.
- SOMMER, Jürg H. (2001): Muddling Through Elegantly. Rationierung im Gesundheitswesen. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag AG (Gesundheitsökonomie, 1).
- SOMMER, Jürg H.; BIRSACK, Ortrud (2005): Hochkostenfälle in der Krankenversicherung. Bern: BAG.
- SOMMER, Jürg; ENGLER, Nadine (2007): Management von Hochkostenfällen im schweizerischen Gesundheitswesen – Analyse und Reformvorschläge. Basel (WWZ Forschungsbericht, 4).
- SOMMER, Jürg H.; LEU, Robert E. (1984): Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung als Kostenbremse? Diessenhofen: Rüegger (Basler Sozialökonomische Studien, 24).
- SORDAT FORNEROD, Delphine (2007): Das schweizerische Gesundheitswesen. Analyse und Empfehlungen der OECD und der WHO. In: *Soziale Sicherheit CHSS* (1), S. 38–43.
- SP SCHWEIZ (Hg.) (2010): Für eine sozial-ökologische Wirtschaftsdemokratie. Parteiprogramm, verabschiedet vom SP-Parteitag in Lausanne, 30./31. Oktober 2010. Online verfügbar unter <http://www.sp-ps.ch/ger/Media-library/AA-SP-Schweiz/Partei/Parteiprogramme/Parteiprogramm-2010>, zuletzt geprüft am 04.03.2012.
- SP SCHWEIZ (Hg.) (1991): Parteiprogramm. Bern.
- SP SCHWEIZ (Hg.) (2006): Einheitskrankenkasse notweniger denn je. Mediendokumentation. Bern.
- SPECKE, Helmut K. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten - Fakten - Akteure. 3. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- SPYCHER, Stefan (2004): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung. Bern (Büro BASS). Online verfügbar unter: <http://www.buerobass.ch/pdf/2005/Bericht%20%20SGB%20Gesundheitspolitik.pdf>, zuletzt geprüft am 10.08.2012.
- STAUFFACHER, Werner; BIRCHER, Johannes (Hg.) (2002): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag.

STEGMANN, Franz Josef (1999): Ansätze und Entwicklungen der modernen wirtschaftsethischen Fragestellung in den christlichen Kirchen. Wirtschaftsethische Ansätze im Kontext der Sozialen Frage. Katholische Kirche. In: Wilhelm KORFF, Alois BAUMGARTNER, Franz, HERMANN u. a. (Hg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 1. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 683–712.

STEINBROOK, Robert (2006): Imposing Personal Responsibility for Health. In: *New England Journal of Medicine* 355 (8), S. 753–756.

STEINFATH, Holmer (2001): Orientierung am Guten. Praktisches Überlegen und die Konstitution von Personen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

STEINMÜLLER, Karlheinz (1995): Grundlegende Entwicklungstrends der kommenden dreissig Jahre. Rahmenbedingungen für die Zukunft der Gesundheit. In: Günter HÖLLING, Erik PETERSEN (Hg.): Zukunft der Gesundheit. Perspektiven sozial-ökologischer Gesundheitspolitik und -arbeit. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag, S. 15–31.

STEUERGRUPPE DER DREI EIDG. KOMMISSIONEN FÜR ALKOHOLFRAGEN, FÜR DROGENFRAGEN UND FÜR TABAKPRÄVENTION (Hg.) (2010): Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz. Bern.

STIERLE, Wolfram (1999): Der Preis der Gesundheit. Zur ökonomischen Argumentation des philosophischen Plädoyers für die Tauschgerechtigkeit. In: *ZEE* 43, S. 26–32.

STOECKER, Ralf; NEUHÄUSER, Christian; RATERS, Marie-Luise (Hg.) (2011): Handbuch Angewandte Ethik. Stuttgart: J. B. Metzler.

STRECH, Daniel; MARCKMANN, Georg (Hg.) (2010): Public Health Ethik. Berlin, Münster: Lit-Verlag.

STURMA, Dieter (2000): Universalismus und Neoaristotelismus. Amartya Sen und Martha C. Nussbaum über Ethik und soziale Gerechtigkeit. In: Wolfgang KERSTING (Hg.): Politische Philosophie des Sozialstaats. Weilerwist: Velbrück Wissenschaft, S. 257–292.

SUTER, Christian; RENSCHLER, Isabelle; JOYE, Dominique (Hg.) (2004): Sozialbericht 2004. Zürich: Seismo Verlag ("Gesellschaft Schweiz" hrsg. v. Schwerpunktprogramm ZUKUNFT SCHWEIZ).

SVP DES KANTONS ZÜRICH (Hg.) (o. J.): Unser Parteiprogramm (Stand 21.08.2006). o. O.

SVP SCHWEIZ (Hg.) (o. J.): Wahlplattform 2003 bis 2007. Bern.

SVP SCHWEIZ (o. J.): Wahlplattform 2007–2011. Mein Zuhause – unsere Schweiz. Bern.

SZUCS, Thomas D. (1997): Medizinische Ökonomie. Eine Einführung. München: Urban & Vogel GmbH.

TROJAN, Alf (2003): Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotential und Gesundheitsselbsthilfe. In: Friedrich W. SCHWARTZ, Bernhard BADURA Reinhard BUSSE et al. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. völlig neu bearb. und erw. Aufl. München, Jena: Urban&Fischer, S. 321–333.

TROJAN, Alf (2007): Medikalisierung der Prävention. In: Bettina SCHMIDT, Petra KOLIP (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa-Verl., S. 117–127.

UHLMANN, Björn; BRAUN, Dietmar (2010): Die Schweizerische Krankenversicherungspolitik. Zwischen Veränderung und Stillstand. Chur: Rüegger (Politikanalyse, Band 9).

ULLRICH, Carsten G. (2005): Soziologie des Wohlfahrtsstaates. Eine Einführung. Frankfurt/M.: Campus.

ULRICH, Hans G. (1998): Theologische Zugänge zum Menschenbild der Ökonomie. In: Norbert BRIESKORN, Johannes WALLACHER (Hg.): Homo oeconomicus: Der Mensch der Zukunft? Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer (Globale Solidarität - Schritte zu einer neuen Weltkultur, 2), S. 147–164.

UNDRITZ, Nils (1987): Gesundheitswesen in der Schweiz. Aufbau, Daten, Strukturen. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.

UNITED NATIONS (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Online verfügbar unter <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>, zuletzt geprüft am 27.11.2009.

UNSCHULD, Paul U. (2009): Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin. Orig.-Ausg. München: Beck.

URBAN, Hans-Jürgen (2004): Eigenverantwortung und Aktivierung - Stützpfeiler einer neuen Wohlfahrtsarchitektur? In: *WSI-Mitteilungen* (9), S. 467-473.

VEITH, Werner (2004): Gemeinwohl. In: Marianne HEIMBACH-STEINS (Hg.): Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch, Bd. 1: Grundlagen. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 270–282.

VEITH, Werner (2004): Gerechtigkeit. In: Marianne HEIMBACH-STEINS (Hg.): Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch, Bd. 1: Grundlagen. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 315–326.

- VER.DI – VEREINIGTE DIENSTLEISTUNGSGEWERKSCHAFT E.V. (Hg.) (2003): Ökonomische Rahmenbedingungen und Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesvorstand. Berlin (Wirtschaftspolitische Informationen).
- VIERKANT, Tillmann (2008): Willenshandlungen. Zur Natur und Kultur der Selbststeuerung. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1859).
- VILLIGER, Simone (2009): Je weniger Geld, desto kürzer das Leben. In: *Zeitschrift für Sozialhilfe* (2), S. 34–35.
- VILLIGER, Simone; KNÖPFEL, Carlo (2009): Armut macht krank. Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen. Luzern: Caritas-Verlag.
- VÖGELE, Jörg (2006): Zur Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse im 19. und 20. Jahrhundert. In: Stefan SCHULZ, Klaus STEIGLEDER, Heiner FANGERAU, Norbert W. PAUL (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 165–182.
- VOLKERT, Jürgen (Hg.) (2005): Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen. Amartya Sens Capability-Konzept als Grundlage der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- VOSENKUHL, Wilhelm (1998): Verantwortung - Philosophisch. In: Wilhelm Korff, Lutwin Beck und Paul Mikat (Hg.): *Lexikon der Bioethik*. 3 Bände. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 673–676.
- WÄCHTER, Matthias (2004): Für eine solidarische Gesundheitspolitik. Der Reformprozess des schweizerischen Gesundheitswesens aus sozialpolitischer Sicht. Bern: SAS.
- WAGNER, Ulrich; HORISBERGER, Bruno (2002): Prioritäten für das schweizerische Gesundheitswesen: "Kriterien", "areas to address" und deren Management. In: Werner STAUFFACHER, Johannes BIRCHER (Hg.): *Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter*. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag, S. 260–275.
- WALACH, Harald; MEYER-ABICH, Klaus-Michael (2005): Eigenverantwortung und gesunde Lebensweise. Thesen zu einer verantwortlichen Gesundheitspolitik für mündige Bürger. Online verfügbar unter http://www.psychologie.uni-oldenburg.de/wilfried.belschner/vl_gw_2005_walach.pdf, zuletzt geprüft am 22.02.2009.
- WALLNER, Jürgen (2004): *Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung*. Wien: Facultas UTB.

WALTER, Ulla; SCHWARTZ, Friedrich W.; ROBRA, Bernd-Peter et al. (2003): Prävention. In: Friedrich W. SCHWARTZ, Bernhard BADURA, Reinhard BUSSE et al. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. völlig neu bearb. und erw. Aufl. München, Jena: Urban&Fischer, S. 189–214.

WALZER, Michael (1993): Kritik und Gemeinsinn. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.

WARTBURG, Walter P. von (1983): Gleichheit und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Basel: Helbing und Lichtenhahn (Beihefte zur Zeitschrift für Schweizerisches Recht, 2).

WEBER, Max (1926): Politik als Beruf. 2. Aufl. München, Leipzig: Duncker&Humblot.

WEISS, Walter (Hg.) (1993): Gesundheit in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheitswesen. Zürich: Seismo.

WERBLOW, Andreas (2002): Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 71 (4), S. 427–436.

WERBLOW, Andreas; FELDER, Stefan (2003): Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Evidenz aus der Schweiz. In: *Schmollers Jahrbuch* 123, S. 235–264.

WERNER, Micha H. (2004): Solidarität oder Gerechtigkeit? Anmerkungen zur ethischen Bewertung eines sozial finanzierten Gesundheitssystems. In: Sigrid GRAUMANN, Katrin GRÜBER (Hg.): Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens. Münster: LIT Verlag, S. 197–212.

WERNER, Micha H. (2011): Art. Verantwortung. In: Marcus DÜWELL, Christoph HÜBENTHAL, Micha H. WERNER (Hg.): Handbuch Ethik. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler, S. 541–548.

WERNER, Micha H. (2012): Krankheitsbegriff und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: Markus ROTHHAAR, Andreas FREWER (Hg.): Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik, S. 209–225.

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. (Stand 7. März 2006). o. O. Online verfügbar unter <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>, zuletzt geprüft am 22.02.2009.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO-autorisierte Übersetzung. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, zuletzt geprüft am 16.04.2009.

WIDMER, Werner; BECK, Konstantin; BOOS, Leo u. a. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen. Zürich: SGGP.

WIELAND, Wolfgang (1999): Verantwortung - Prinzip der Ethik? Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter (Schriften der Philosophisch-historischen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, 16).

WIEMEYER, Joachim (2002): An Haupt und Gliedern. Eckpunkte für eine umfassende Gesundheitsreform. In: *Herder Korrespondenz* 56 (12), S. 605–610.

WIEMEYER, Joachim (2002): Dimensionen und Perspektiven der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: Detlef AUFDERHEIDE, Martin DABROWSKI (Hg.): Gesundheit - Ethik - Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens. Berlin: Duncker&Humblot (Volkswirtschaftliche Schriften VWS, 524), S. 169–180.

WIESING, Urban (Hg.) (2004): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Reclam.

WIESING, Urban; MARCKMANN, Georg (2011): Art. Medizinethik. In: Marcus DÜWELL, Christoph HÜBENTHAL, Micha H. WERNER (Hg.): Handbuch Ethik. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler, S. 274–279.

WIKLER, Daniel (2005): Personal and Social Responsibility for Health. In: Oliver RAUPRICH, Georg MARCKMANN, Jochen VOLLMANN (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn: Mentis, S. 269–297.

WILDT, Andreas (1998): Solidarität – Begriffsgeschichte und Definition heute. In: Kurt BAYERTZ (Hg.): Solidarität. Begriff und Problem. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 202–216.

WILKINSON, Richard G.; PICKETT, Kate (2010): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. 2. Aufl. Berlin: Tolkemitt Verl. bei Zweitausendeins.

- WILS, Jean-Pierre (1992): Anthropologie. In: Jean-Pierre WILS, Dietmar MIETH, Alberto BONDOLFI (Hg.): Grundbegriffe der christlichen Ethik. Paderborn, München, Wien u. a.: Schöningh (Uni-Taschenbücher, 1648), S. 162–181.
- WILS, Jean-Pierre (1992): Sinn und Motivation. In: Jean-Pierre WILS, Dietmar MIETH, Alberto BONDOLFI (Hg.): Grundbegriffe der christlichen Ethik. Paderborn, München, Wien u. a.: Schöningh (Uni-Taschenbücher, 1648), S. 147–161.
- WILS, Jean-Pierre; HÜBENTHAL, Christoph (Hg.) (2006): Lexikon der Ethik. Paderborn, München, Wien u. a.: Ferdinand Schöningh.
- WILS, Jean-Pierre; MIETH, Dietmar; BONDOLFI, Alberto (Hg.) (1992): Grundbegriffe der christlichen Ethik. Paderborn, München, Wien u. a.: Schöningh (Uni-Taschenbücher, 1648).
- WILS, Jean-Pierre; ZÄHNER Michael (Hg.) (2005): Theologische Ethik zwischen Tradition und Modernitätsanspruch. Festschrift für Adrian Holderegger zum sechzigsten Geburtstag. Freiburg (Schweiz): Academic Press.
- WINNICOTT, Donald W (2009): Der Anfang ist unsere Heimat. Essays zur gesellschaftlichen Entwicklung des Individuums. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).
- WITTWER, Héctor (2002): Verantwortung - Philosophisch-ethisch. In: Gerhard MÜLLER (Hg.): Theologische Realenzyklopädie TRE. Berlin, New York: Verlag Walter de Gruyter, S. 574–577.
- WYDLER, Hans (1997): Chancengleichheit im Gesundheitsbereich. In: *Sozial und Präventivmedizin* (42), S. 3-5.
- ZDK – ZENTRALE KOMITEE DER DEUTSCHEN KATHOLIKEN (2003): Vertrauen stärken - Verantwortung tragen - Solidarität erhalten. Zur Bedeutung der Pflege in einem leistungsfähigen Gesundheitswesen. Online verfügbar unter http://www.zdk.de/data/erklarungen/pdf/Microsoft%20Word%20-%20Gesundheitspapier_Endfassung_1069437455.pdf, zuletzt geprüft am 09.06.2009.
- ZELTNER, Thomas (2006): Viele kleine Schritte ergeben auch eine Meile. In: *Vorsorge - Das Fachmagazin der Winterthur* (2), S. 4–9.
- ZENGER, Christoph A.; JUNG, Tarzis (Hg.) (2003): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext - Normen - Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.

ZIMMERMANN, Erwin; WEISS, Walter (2004): Gesundheit und Krankheit als Folge sozialer Ungleichheit. In: Christian SUTER, Isabelle RENSCHLER, Dominique JOYE (Hg.): Sozialbericht 2004. Zürich: Seismo Verlag ("Gesellschaft Schweiz" hrsg. v. Schwerpunktprogramm ZUKUNFT SCHWEIZ), S. 43–69.

ZIMMERMANN-ACKLIN, Markus (2005): Bioethik und HIV/AIDS. Sozialethische Überlegungen zum weltweiten Zugang zur antiretroviralen Therapie. In: Jean-Pierre WILS, ZAHNER Michael (Hg.): Theologische Ethik zwischen Tradition und Modernitätsanspruch. Festschrift für Adrian Holderegger zum sechzigsten Geburtstag. Freiburg (Schweiz): Academic Press, S. 197–215.

ZIMMERMANN-ACKLIN, Markus (2005): Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Eine Problemskizze aus ethischer Sicht. Hg. v. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Bern. Online verfügbar unter: http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04235/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU04212Z6ln1ae2I Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCGenx9e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--, zuletzt geprüft am 23.11.2011.

ZIMMERMANN-ACKLIN, Markus (2005): Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen. Überlegungen aus ethischer Sicht. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130, S. 2343–2346.

ZIMMERMANN-ACKLIN, Markus (2007): Gesundheit - Gerechtigkeit - christliche Identität. Begründung und Gestalt der gesundheitlichen Versorgung aus der Perspektive einer theologischen Ethik. In: Karl GABRIEL (Hg.): Solidarität. Münster: Aschendorff (Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften), S. 103-128.

ZIMMERMANN-ACKLIN, Markus (2008): Knappheit gerecht gestalten. Thesen zur Rationierung im Gesundheitswesen. Basel: SGBE-SSEB (Folia Bioethica, 35).

ZIMMERMANN-ACKLIN, Markus; HALTER, Hans (Hg.) (2007): Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag (Gesundheitsökonomie, 3).

ZINK, Sebastian (2012): Gedenke Israel... Biblische Orientierungen für eine erinnerungssensible Christliche Sozialethik. In: Marianne HEIMBACH-STEINS, Georg STEINS (Hg.): Bibelhermeneutik und Christliche Sozialethik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 165–186.

ZURBUCHEN, Simone (2011): Alle wollen Chancengleichheit - oder doch nicht? In: *Universitas* (März 2011), S. 9–10.

ZÜRCHER, Markus Daniel (2003): Medizinische Versorgung: angemessen und fair. In: CARITAS SCHWEIZ (Hg.): Sozialalmanach 2003. Schwerpunkt: Gesundheit - Eine soziale Frage. Luzern: Caritas-Verlag, S. 147–154.

ZWEIFEL, Peter (1990): Bevölkerung und Gesundheitswesen: Ein Sisyphus-Syndrom? In: Bernhard FELDERER (Hg.): Bevölkerung und Wirtschaft. Berlin: Duncker&Humblot (Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften; N. F., Bd, 202), S. 373–386.

ZWEIFEL, Peter (2001): Alter, Gesundheit und Gesundheitsausgaben - eine neue Sicht. In: *G+G Wissenschaft (GGW)* 1 (1). Online verfügbar unter http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_1-01_06-12.pdf, zuletzt geprüft am 08.02.2009.

ZWEIFEL, Peter; DOMENIGHETTI, Gianfranco (1999): Gesundheitsökonomie. In: Felix GUTZWILER, Olivier JEANNERET (Hg.): Sozial- und Präventivmedizin, public health. 2. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto u. a.: Huber, S. 156–167.

ZWEIFEL, Peter; FELDER, Stefan (Hg.) (1996): Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses. Bern: Haupt.