

# GLÜCKSEQUALITARISMUS IM GESUNDHEITSWESEN\*

CHRISTOPH SCHMIDT-PETRI♦

## **Zusammenfassung**

Der Artikel erörtert, nach welchen Grundzügen ein glücksequalitaristisches Gesundheitswesen organisiert sein müsste. Eine Implikation des Glücksequalitarismus ist, dass grundsätzlich nur für durch ‚reines Pech‘ erlittene Nachteile ein Anspruch auf Wiedergutmachung bestehen sollte. Im gesundheitlichen Kontext bedeutet dies, dass Behandlungskosten, die (vollständig/zum Teil) durch selbstverschuldete Krankheiten entstehen, (vollständig/zum Teil) durch den Patienten selbst zu tragen wären.

Was in diesem Sinne als ‚unverschuldet‘ zu gelten hat, ist jedoch eine häufig auch normativ zu entscheidende Frage, für die es in vielen Fällen keine unkontroverse Antwort geben dürfte. Dennoch ist diese epistemische Schwierigkeit kein grundsätzliches Problem für ein glücksequalitaristisches Gesundheitswesen, wie nach einer kurzen Diskussion des malignen Melanoms am Beispiel von gesundheitlichen Folgen von Unfällen im Straßenverkehr, bei denen routinemäßig das Verschulden ermittelt wird, erläutert wird.

Eine partielle Umsetzung des Glücksequalitarismus wirft jedoch Fragen der Fairness auf. Auch diesen kann, wie schematisch gezeigt wird, häufig begegnet werden.

## **1. Einleitung**

Fast alle Vorschläge in der Debatte um Rationierung von Gesundheitsleistungen teilen die Annahme, dass alle Patienten den gleichen Anspruch auf (ggf. rationierte) Leistungen haben. Glücksequalitaristische Gerechtigkeitstheorien gestehen aber nur unverschuldet erkrankten Patienten einen legitimen

---

\* Dieser Text überschneidet sich nur teilweise mit dem von mir am 15.9.2011 beim XXII. Deutschen Kongress für Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität München gehaltenen Vortrag mit dem Titel „Gegen die Wand. Eigenverantwortung im Gesundheitswesen.“ Für Kommentare danke ich den Teilnehmern meines Vortrages und Teilnehmern an Seminaren an der Universität Regensburg.

♦ Institut für Philosophie, Universität Regensburg, 93040 Regensburg. Email: christoph.schmidt-petri@psk.uni-regensburg.de

Anspruch auf kollektiv finanzierte Behandlung zu, nicht denen, die ihre Gesundheit ‚gegen die Wand gefahren haben‘. In diesem Text möchte ich skizzenhaft einige Konsequenzen dieser Theorien für das deutsche Gesundheitssystem erörtern.<sup>1</sup>

In der BRD werden de jure allen Menschen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind (dies sind knapp 90% der Bevölkerung), alle medizinisch notwendigen Leistungen erbracht. Inzwischen scheint sich ein Konsens etabliert zu haben, dass das momentan praktizierte Verfahren mit Kosten verbunden ist, die langfristig eine inakzeptable Höhe erreichen werden. Es wird daher umfassend diskutiert, ob die medizinisch notwendigen Leistungen nicht durch weitere Kriterien zu ordnen seien, die ihre Verteilung mitbestimmen sollten. Dies wird, je nach Kontext, als ‚Rationierung‘ oder ‚Priorisierung‘ bezeichnet.

Politisch ist dieses Unterfangen zu Recht höchst kontrovers. Selbst wenn wir von den üblichen (aber nicht deswegen legitimen) Versuchen der Besitzstandswahrung und Klientelpolitik abstrahieren, die die tatsächliche Debatte prägen, werden hier Fragen aufgeworfen, die das Grundverständnis unseres Sozialstaates berühren. Beispielhaft sei dies an einem der diskutierten Vorschläge gezeigt, der QALY-Maximierung.<sup>2</sup> Diese häufig von Ökonomen vertretene Ansicht zielt auf die Maximierung der QALYs ab, wobei über alle Menschen aggregiert wird. Es sollten also bevorzugt medizinische Leistungen erbracht werden, die – bei gleichen Kosten – viele QALYs einbringen. So wird für das Gesundheitssystem insgesamt – bei exogen vorgegebenem Budget – das Maximum an Gesundheit eingekauft.

---

<sup>1</sup> Ich gehe in diesem Text ohne weitere Argumentation davon aus, dass es in einem glücksegalitaristisch organisierten Gemeinwesen ein kollektiv finanziertes Gesundheitssystem geben müsste. Diese Annahme ist philosophisch nicht trivial und mag in der Tat kontraintuitiv sein, ich kann sie hier nicht verteidigen.

<sup>2</sup> ‚QALY‘ steht für ‚quality-adjusted life year‘ (deutsch: ‚qualitätskorrigiertes Lebensjahr‘). Ein Jahr bei bester Gesundheit entspricht einem QALY, ein Jahr bei mittelmäßiger Gesundheit einem halben QALY, etc. Für eine Einführung siehe Weinstein et. al. (2009).

Dieser Ansatz wird von einem prinzipiell plausiblen Effizienzgedanken getragen. Genauso wenig wie ich (aus eigenem Interesse) auf dem Wochenmarkt für fünf Euro ein Kilo Kartoffeln kaufen sollte, wenn mir am Nachbarstand für fünf Euro zwei Kilo gleicher Qualität angeboten werden, sollte das deutsche Gesundheitssystem (anscheinend aus dem gemeinschaftlichen Interesse seiner Beitragszahler) für ein QALY 50.000 Euro investieren, wenn ein anderes QALY nur 25.000 Euro kostet.<sup>3</sup> Alles andere wäre eine ineffiziente Mittelbewirtschaftung.

Schlichte QALY-Maximierung liefert aber keine akzeptablen Resultate.<sup>4</sup> Stellen wir uns folgenden Fall vor: Rentnerin Frau Weiss wird vom jugendlichen Herrn Schwarz, der mit 1,8 Promille die rote Ampel überfahren hat, angefahren und schwerstens verletzt. Die medizinisch notwendige Hirnoperation, die Frau Weiss vor permanenter geistiger Behinderung bewahren könnte, kostet 80.000 Euro. Da der Zugewinn an Gesundheit beträchtlich ist, würde die Operation trotz des hohen Alters von Frau Weiss zwanzig QALYs retten; die Behandlung von Herrn Schwarz, der sich ‚nur‘ den Unterarm angebrochen hat, kostet 2.000 Euro und würde zehn QALYs einbringen. Eine QALY-maximierende Abwägung dieser beiden Fälle würde zumindest tendenziell Herrn Schwarz Vorrang bei der Behandlung geben (da, wie man sagen könnte, ‚seine QALYs‘ nur jeweils 200 Euro kosten, die von Frau Weiss hingegen 4.000 Euro). Das erscheint absurd.<sup>5</sup>

Praktisch alle in diesem Kontext eingebrachten Vorschläge beziehen sich auf eine prinzipiell ähnlich verfahrenende – wie ich es nennen möchte – *Hierarchisierung der medizinisch notwendigen Leistungen*. Insofern so der Zugang zu Leistungen eingeschränkt werden könnte, wäre dies auf jeden Fall in dieser Hierarchie der Leistungen begründet. Unter den *Patienten* hingegen

---

<sup>3</sup> Die Zahlen dienen natürlich nur der Verdeutlichung. In der Realität sind die Unterschiede allerdings häufig noch frappierender.

<sup>4</sup> Wie mit einer anderen Art von Beispielen für den deutschen Kontext überzeugend von Weyma Lübke gezeigt wurde, siehe z.B. Lübke (2011).

<sup>5</sup> QALY-Maximierer sind aber durch ihre Position nicht gezwungen, Herrn Schwarz nicht zu behandeln. Wie gesagt kann ich hier nicht alle Details und mögliche Modifikationen dieser Position umfassend darstellen.

findet keine Hierarchisierung statt: alle Patienten, die eine bestimmte medizinische Leistung benötigen, haben auf sie auch den gleichen Anspruch.

Es scheint sich aus guten Gründen zu verbieten, eine ‚Hierarchisierung‘ der Patienten zu fordern. Im Rahmen glücksegalitaristischer Gerechtigkeitstheorien ist es aber kein Zeichen von Herablassung oder Verachtung, allen Menschen gleichermaßen die Fähigkeit zuzugestehen, ihr eigenes Leben betreffende Entscheidungen treffen zu können. Der Glücksegalitarismus besagt, vereinfachend, dass in der Tat nur dann alle Menschen als Gleiche respektiert werden, wenn sie in genau den Umständen gleich sind, die durch ‚Glück‘ bzw. ‚Pech‘ ungleich sein könnten. Faktoren, deren Ungleichheit unter Kontrolle der Individuen stehen, werden jedoch von der Egalisierung ausgenommen. Und es ist eine unbestrittene Tatsache, dass man durch gewisse Entscheidungen einen zum Teil erheblichen Einfluss auf seine eigene Gesundheit nehmen kann.

Auf die Gesundheitsversorgung bezogen bedeutet eine Umsetzung des Glücksegalitarismus also, dass nur die medizinisch notwendigen Leistungen kollektiv erbracht werden sollten, deren Notwendigkeit auf ‚Glück‘ bzw. ‚Pech‘ zurückzuführen sind. Leistungen, die aus anderen Gründen notwendig geworden sind – wie z.B. durch Selbst- oder Fremdverschulden – sollten dem Glücksegalitarismus zufolge von den Leistungen vollständig ausgenommen werden. Im Folgenden möchte ich die Konsequenzen dieser Sicht etwas genauer ausbuchstabieren.<sup>6</sup>

## **2. Glücksegalitarismus**

‚Glücksegalitarismus‘ (Englisch ‚luck egalitarianism‘) ist die Bezeichnung für eine Theriefamilie, die im Wesentlichen auf Ronald Dworkins 1981 erschienenen Artikel „What is Equality – Equality of Resources“ zurückgeht (Dworkin 1981). Weitere Anhänger sind z.B. Richard Arneson (1999) und G. A. Cohen (1989), als

---

<sup>6</sup> Die Überlegungen bleiben hier dennoch auf einem unbefriedigenden Abstraktionsniveau. Viele der hier aufgeworfenen Fragen müssen sicher deutlich detaillierter untersucht werden, bevor ihr philosophisches oder politisches Potential beurteilt werden kann.

Vorläufer kann auch John Rawls (1971) angesehen werden. Obwohl diese glücksegalitaristischen Theorien durchaus wichtige Unterschiede aufweisen, die für das zu behandelnde Thema relevant sind – z.B. was sie als Maßstab der Gerechtigkeit ansehen (so werden ‚Ressourcen‘, ‚Wohlergehen‘ oder ‚Vorteile‘ durch Krankheit jeweils unterschiedlich berührt) –, muss ich mich hier aus Platzgründen auf die für den gegebenen Kontext wesentliche Gemeinsamkeit konzentrieren: glücksegalitaristische Gerechtigkeitstheorien sind sich darin einig, dass Menschen in genau den Zuständen so gleich wie möglich sein sollten, die sich durch ‚Glück‘ bzw. ‚Pech‘ ergeben. So soll niemand einen Vorteil nur durch Glück erlangen, niemand nur aus Pech einen Nachteil erleiden. Genauer: niemand soll aufgrund von Glück bzw. Pech, *das er nicht zu verantworten hat*, einen Vor- bzw. Nachteil haben. So kann man es zwar wirklich als Glück bezeichnen, wenn jemand bei der Glücksspirale den Jackpot knackt, aber da der Gewinner mit dem Loskauf ein sehr hohes Risiko eingegangen ist, einen Totalverlust seiner Investition zu erleiden, das jede andere Person auf Wunsch auch hätte eingehen können, ist dieses Glück moralisch nicht zu beanstanden. Der Gewinner hat sich mit dem Loskauf die Chance auf einen Gewinn zu einem Preis erkaufte, den viele andere Personen offensichtlich nicht zu zahlen bereit waren. Dworkin bezeichnet diese Art von Glück als ‚option luck‘ (im Gegensatz zu ‚brute luck‘), es ist also ‚kalkuliert‘ (und nicht ‚rein‘). Reines Pech hingegen läge z.B. vor, wenn ein Meteoriteneinschlag das Eigenheim zum Einsturz bringt. Meteoriteneinschläge sind in ihrer geographischen Verteilung völlig zufällig, und es gibt keine sinnvolle Möglichkeit, sich vor ihnen zu schützen.<sup>7</sup>

Kalkuliertes Pech oder Glück wird in diesen Theorien als prinzipiell unproblematisch angesehen, da sie sich als *liberal*-egalitäre Theorien verstehen. Einerseits ist es moralisch geboten, die richtige Art von Gleichheit sicherzustellen. Andererseits soll die Tatsache nicht verleugnet werden, dass die Menschen unterschiedliche Vorstellungen vom guten oder erstrebenswerten Leben haben. So möchte der eine gerne Eishockey spielen, der andere lieber Kitesurfing betreiben. Der eine hört gerne Mozart und trinkt dazu ein Kölsch, der andere hört die Beatles und trinkt dazu ein Pils. In solchen individuellen

---

<sup>7</sup> ‚Glück‘ und ‚Pech‘ in diesem Sinne bedürfen sicher einer genaueren Untersuchung, die ich an anderer Stelle leisten möchte.

Entscheidungen möchten diese Theorien die größtmögliche Entscheidungsfreiheit zulassen. Diese darf aber nicht auf Kosten der relevanten Gleichheit gehen, die stets gewährleistet sein muss.

### **3. Anwendungsfall Gesundheit: das epistemische Problem**

Jeder Mensch, der medizinische Leistungen nachfragen muss, hat in einem gewissen Sinne Pech gehabt. Im Rahmen einer glücksegalitaristischen Gerechtigkeitstheorie wäre nun zunächst zu klären, ob er reines oder kalkuliertes Pech gehabt hat. Mit anderen Worten: Ist der Patient durch reines Pech krank geworden oder hat er kalkuliertes Pech gehabt?

Diese konzeptionell einfache Frage mag in der Praxis als unlösbar erscheinen. Betrachten wir ein von Georg Marckmann diskutiertes Beispiel (Marckmann 2005), das maligne Melanom. Bei der Entwicklung eines malignen Melanoms ist die genetische Prädisposition von hoher Bedeutung. Ebenfalls wichtig ist aber, in welchem Maße man sich ungeschützt schädlicher UV-Strahlung aussetzt. Schutzmaßnahmen wie das Auftragen von Sonnencreme oder das Tragen von Sonnenhüten – bzw. das Meiden von direkter Sonneneinstrahlung zu gewissen Tageszeiten – können einen entscheidenden Beitrag leisten, ob man ein malignes Melanom entwickelt. Durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchung beim Hautarzt lassen sich darüber hinaus Hautschäden häufig frühzeitig erkennen und mehr oder weniger problemlos behandeln. In Australien, das besonders hoher UV-Strahlung ausgesetzt ist, hat sich die Inzidenz des malignen Melanoms durch entsprechende Aufklärungsmaßnahmen und den aus ihnen resultierenden Verhaltensänderungen beeindruckend reduziert. Es ist also unkontrovers, dass individuelles Verhalten einen wichtigen Einfluss auf die potentielle Entstehung und Entwicklung eines malignen Melanoms hat.

Marckmann argumentiert nun, dass es in einem konkreten Einzelfall nicht möglich sein dürfte, einer Person das Eingehen eines inakzeptabel hohen Erkrankungsrisikos nachzuweisen (vgl. auch Buyx 2005). Erstens lässt sich Sonneneinstrahlung nicht gänzlich vermeiden, man müsste also einen verbindlichen Richtwert für noch ‚akzeptable‘ Sonneneinstrahlung festlegen und

seine Einhaltung umsetzen. Dieser Richtwert müsste, zweitens, hauttypentsprechend sein. Drittens müsste, um hinreichende Handlungsautonomie unterstellen zu können, dem Patienten auch nachgewiesen werden, dass er über diese medizinischen Fakten hinreichend aufgeklärt war. Es stellen sich somit unüberwindbare epistemische Probleme.

Diese von Marckmann exemplarisch vorgebrachten Bedenken sind sicherlich ernst zu nehmen. Eindeutig wird es in sehr vielen Kontexten unmöglich sein, ein Verschulden nachzuweisen. Dies gilt gerade für viele ‚moderne‘ Krankheiten. Daraus folgt aber nicht, dass wir – im Rahmen einer glücksegalitaristischen Theorie, die man natürlich ablehnen kann – die augenfälligen Tatsachen gänzlich ignorieren dürfen. Es steht uns, wie Marckmann erkennt, völlig frei, die normativen Ansprüche so festzulegen, dass sie unseren wohlüberlegten Vorstellungen einer glücksegalitaristischen Gesellschaft entsprechen. Der Glücksegalitarismus sollte realistischerweise nicht so verstanden werden, als fordere er die Einrichtung eines totalitären Überwachungsstaates, in dem jedes Glas Rotwein in der Abendsonne gemeldet werden muss.

Im Falle des malignen Melanoms könnte ein plausibler Ansatz folgendermaßen lauten: Wir akzeptieren es als Tatsache, dass reines Pech einen beträchtlichen Beitrag dazu leistet, ob jemand ein malignes Melanom entwickelt. Dies zeigt sich z.B. daran, dass gewisse Hauttypen in der Bevölkerung eine ungleich höhere Wahrscheinlichkeit haben, ein malignes Melanom zu entwickeln. Und kein Mensch soll dafür verantwortlich gemacht werden, welchen Hauttyp er hat. Wir akzeptieren andererseits aber auch, dass ein noch wichtigerer Faktor die UV-Strahlung ist. Dies zeigt sich daran, dass die Wahrscheinlichkeit, ein malignes Melanom zu entwickeln, durch ungeschütztes Sonnenbaden zur Mittagszeit im Regelfall erheblich gesteigert wird und den Faktor Veranlagung in den Hintergrund treten lässt. Natürlich ist es uns nicht möglich, in jedem Einzelfall den Nachweis zu führen, wer was hätte wann tun müssen, um nicht zu erkranken. Jegliche Verantwortungszuschreibung entspricht damit nur annäherungsweise den uns zwangsläufig größtenteils unbekanntem Tatsachen, und im Einzelfall mag dies zu Unfairness führen (vgl. aber Abschnitt 5). Wir akzeptieren aber angesichts der besten

wissenschaftlichen Evidenz, dass es ein in der Gesamtbetrachtung faires Verfahren ist, ein Drittel der Behandlungskosten dem reinen Pech zuzuschreiben und zwei Drittel dem kalkulierten Pech.

Diese hier natürlich hemdsärmelig wirkenden Überlegungen sollen nur verdeutlichen, dass es selbst im Falle umfassender Unwissenheit durchaus möglich sein kann, eine – für Glücksegalitaristen – akzeptable und systematische Verteilung von Behandlungskosten zu erreichen.

Das epistemische Problem ist in vielen Fällen so schwerwiegend, dass mehr als eine solch grobkörnige Berücksichtigung der kausalen Verantwortung nicht möglich sein wird. Es gibt aber auch Fälle, die für den Glücksegalitaristen weniger problematisch sind.<sup>8</sup> Im nächsten Abschnitt möchte ich kurz einen Bereich erörtern, in dem mir das epistemische Probleme besonders leicht zu lösen erscheint und der Glücksegalitarismus daher leicht zur Anwendung kommen kann, bevor ich mich im darauffolgenden kurz der Frage widme, ob die schrittweise Einrichtung eines glücksegalitaristischen Gesundheitssystem unüberwindbare Fairnessprobleme mit sich bringt.

#### **4. Anwendungsfall Straßenverkehr**

Der Straßenverkehr wird in Deutschland durch die Straßenverkehrsordnung (StVO) geregelt. In ihr wird festgelegt, wie man sich im Straßenverkehr verhalten darf. Es ist z.B. nicht erlaubt, innerstädtisch mit einem PKW schneller als 50 Km/h zu fahren, Fußgänger dürfen nicht bei einer roten Ampel die Straße überqueren, etc.. Personen, die tendenziell für andere Menschen riskante Aktivitäten im Straßenverkehr ausüben wollen, wie z.B. das Führen eines Kraftfahrzeugs, müssen durch den Erwerb einer Fahrerlaubnis nachweisen, dass sie dazu in der Lage sind. Da durch den Straßenverkehr erhebliche Werte hohen Risiken ausgesetzt sind, ist darüber hinaus jeder Führer eines Kraftfahrzeugs verpflichtet, eine Haftpflichtversicherung abzuschließen, die etwaige Schäden an anderer Menschen Vermögen abdeckt.

Nehmen wir an, dass es in der StVO keine Regelungslücken gibt. Es gäbe dann keine Straße und keine Fußgängerampel, keinen Parkplatz und keine

---

<sup>8</sup> Vgl. z.B. Dietrich (2002).

Autobahn, für die nicht eindeutig geregelt ist, was die Verkehrsteilnehmer dort tun und lassen dürfen. Dies dürfte in der Realität kaum als Einschränkung der persönlichen Freiheit wahrgenommen werden, denn typischerweise entsprechen die Regeln dem gesunden Menschenverstand. Darüber hinaus sind sie so einfach und eingängig, dass nicht alle paar Meter ein Schild mit komplizierten Regeln aufgestellt werden muss oder zum Nachweis etwaigen Fehlverhaltens alle Straßen lückenlos videoüberwacht werden müssen.

Eine Auswirkung einer solchen StVO ist, dass es im Straßenverkehr keinen reinen Zufall im glücksegalitaristischen Sinne mehr gibt. Niemand wird durch ‚reines Pech‘ Opfer eines Verkehrsunfalls. Man ist entweder selbst Schuld (wie im Falle von Herrn Schwarz) oder wird Opfer eines anderen Verkehrsteilnehmers, der sich nicht an die StVO hält (wie im Falle von Frau Weiss). Angesichts der enormen Risiken, die mit dem Straßenverkehr einhergehen, ist es nicht überraschend, dass ‚Pech‘, für das niemand zu belangen wäre, so weit wie möglich ausgeschlossen werden soll.<sup>9</sup> Auch nicht überraschend ist, dass Unfälle in aller Regel für alle Beteiligten befriedigend ‚aufgeklärt‘ werden können.

Was für einen Glücksegalitaristen aber überraschend ist, ist dass gesundheitliche Schäden, die im Straßenverkehr ihren Ursprung haben, durch ein kollektiv finanziertes Gesundheitssystem abgedeckt sein sollten. Ein solches Gesundheitssystem sollte im Glücksegalitarismus nur die Schäden abdecken, die durch reines Pech entstehen, das es im Straßenverkehr aber nicht gibt. Insofern wir akzeptieren, dass es im Straßenverkehr kein reines Pech gibt – und wie gesagt ist die StVO philosophisch gesehen offenbar nicht besonders angreifbar –, ist es glücksegalitaristisch geboten, die Haftung der Verkehrsteilnehmer nicht auf Schäden an den Fahrzeugen oder anderen materiellen Vermögenswerte anderer Verkehrsteilnehmer zu begrenzen, sondern sie auch (aber nicht nur) auf die Kosten auszudehnen, die durch die medizinische Behandlung der Opfer eines Verkehrsunfalls entstehen können.

---

<sup>9</sup> Laut Statistischem Bundesamt ereigneten sich im Jahr 2008 mehr als 320.000 Verkehrsunfälle *mit Personenschäden* (mit insgesamt 414.000 betroffenen Personen), davon 19.603 unter Alkoholeinfluss.

## 5. Fairness

Aus dem Vorhergehenden ergibt sich als ein möglicher konkreter Vorschlag, Behandlungskosten, die sich durch Verkehrsunfälle ergeben, aus den Regelleistungen der GKV zu streichen. Dies bedeutet natürlich nicht, dass Opfer von Verkehrsunfällen nicht behandelt werden, sondern nur, dass im Regelfall der Verursacher des Schadens in Regress zu nehmen wäre.<sup>10</sup> Dies ist mit verschiedensten Härtefallregelungen kompatibel, die dem Glücksegalitarismus nicht widersprechen müssen.<sup>11</sup>

Aber wäre eine solche Regelung nicht unfair? Schließlich, so könnte man argumentieren, sind nun gerade die Teilnehmer am Straßenverkehr schlechter gestellt als vorher. Und da der Straßenverkehr per se ein öffentliches Ereignis ist, wird riskantes Verhalten im Straßenverkehr besonders schwer geahndet, anderes riskantes Verhalten, z.B. im privaten Haushalt, aber nicht. Wie Cavallero (2011) anführt, könnte eine schrittweise ‚Annäherung‘ an den glücksegalitaristisch idealen Zustand durch schrittweise Ausdehnung des Glücksegalitarismus in einen Lebensbereich nach dem anderen in der Realität

---

<sup>10</sup> Dies scheint bisher erst teilweise der Fall. Vgl. hierzu den kürzlich vor dem Sozialgericht Dessau-Roßlau verhandelten Fall (vom 24.2.2010, S 4 KR 38/08), in dem eine gesetzliche Krankenkasse eine teilweise Erstattung der durch sie geleisteten Krankheitskosten eines ihrer Mitglieder erstritten hat, das bei *vorsätzlicher* Gefährdung des Straßenverkehrs unter Alkoholeinfluss einen Unfall verursacht hatte, bei dem es selbst zu Schaden kam. Aus dem vorliegenden Vorschlag würde sich *mindestens* auch bei Fahrlässigkeit eine *vollständige* Erstattung ergeben.

<sup>11</sup> Testfall einer solchen Theorie ist natürlich das Opfer eines Verkehrsunfalls, das den Verkehrsunfall selbst verursacht hat (vgl. Anderson 1999). Falls die Person mittellos ist und ihre Behandlungskosten nicht selbst übernehmen kann, widerspricht es dem Glücksegalitarismus aber nicht, ihr auf Kosten der Versichertengemeinschaft Hilfe zu leisten, die vermutlich aber nicht bedingungslos sein dürfte. Die Details einer solchen Regelung können hier nicht erörtert werden.

eine Verschlechterung hinsichtlich der glücksegalitaristisch relevanten Faktoren bedeuten.

Dieser Einwand ist m.E. in abstrakter Form gültig. In der Realität ist er aber nur stichhaltig, wenn Grund zu der Annahme besteht, dass der zur Debatte stehende Bereich glücksegalitaristisch ‚vorbelastet‘ ist, wie ich es nennen möchte. Hier sind die relevanten empirischen Tatsachen zu berücksichtigen. Zum Beispiel besteht Grund zu der Annahme, dass der Bereich ‚Ernährung‘ in diesem Sinne glücksegalitaristisch vorbelastet ist. Es hat sich gezeigt, dass das Ernährungsverhalten in einem hohen Maße einkommensabhängig ist. Wir können aber kaum davon ausgehen, dass die Einkommensstruktur glücksegalitaristischen Maßstäben genügt. Damit ist auch davon auszugehen, dass das Ernährungsverhalten nicht nur aus Gründen, die glücksegalitaristisch legitimerweise in den Verantwortungsbereich der Individuen fallen, so ist, wie es ist. Damit wäre die glücksegalitaristisch im abstrakten Sinne wünschenswerte Erweiterung der Verantwortungsübernahme der Folgen ungesunder Ernährung in der Realität glücksegalitaristisch vermutlich kein Schritt in die richtige Richtung, denn sie würde Personengruppen zusätzlich benachteiligen, die glücksegalitaristisch bereits illegitimerweise benachteiligt sind.

Hinsichtlich des Straßenverkehrs ist der Einwand aber vermutlich nicht stichhaltig. Es besteht kaum Grund zu der Annahme, dass der Straßenverkehr glücksegalitaristisch vorbelastet ist. Allen Menschen steht der Zugang zum Straßenverkehr gleichermaßen offen. Insofern überhaupt eine glücksegalitaristische Vorbelastung erkennbar sein sollte, dürfte sie vermutlich zum Nachteil der glücksegalitaristisch Benachteiligten sein. Denn ein Führerschein kostet Geld, ein Auto noch mehr. Und wenn die Einkommensverteilung derzeit nicht glücksegalitaristisch legitim ist, sondern in ihr Wohlhabende glücksegalitaristisch illegitimerweise bevorzugt werden, dürfte ceteris paribus ein überproportionaler Anteil von ihnen als Teilnehmer im Straßenverkehr beteiligt sein. Wenn diese Gruppe durch die glücksegalitaristische Verbesserung der Haftungsregelungen im Straßenverkehr insgesamt schlechter gestellt werden sollte, wäre dies glücksegalitaristisch hinnehmbar, denn es würde eine Personengruppe benachteiligt, die glücksegalitaristisch bisher illegitime Vorteile hatte.

## 6. Schlussbetrachtung.

In diesem Text habe ich einige Überlegungen zu einem glücksegalitaristischem Gesundheitswesen vorgebracht. Ich habe skizzenhaft zu zeigen versucht, dass trotz erheblicher epistemischer Schwierigkeiten eine Annäherung an ein glücksegalitaristisches Gesundheitswesen in Einzelfällen möglich ist und fair sein kann.

### Literatur

Anderson, Elizabeth (1999): "What is the Point of Equality?", *Ethics* 109: 287: 337.

Arneson, Richard (1989): "Equality and Equal Opportunity for Welfare", *Philosophical Studies* 56: 77-93.

Buyx, Alena (2005): "Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen: Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung", in Rauprich et al.: 315-334.

Cavallero, Eric (2011): "Health, Luck and Moral Fallacies of the Second Best", *Journal of Ethics*, Online First, DOI 10.1007/s10892-011-9109-z.

Dietrich, Frank (2002): "Causal Responsibility and Rationing in Medicine", *Ethical Theory and Moral Practice* 5: 113-131.

Cohen, G. A. (1989), "The Currency of Egalitarian Justice", *Ethics* 99: 906-944.

Dworkin, Ronald (1981): "What is Equality - Equality of Resources", *Philosophy and Public Affairs* 10: 283-345

Lübbe, Weyma (2011): "Sondervotum", in: *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen - Zur normativen Funktion ihrer Bewertung*, Stellungnahme, Deutscher Ethikrat Berlin (Hrsg.): 98-124

Marckmann, Georg (2005): "Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?" in Rauprich et al.: 299-313.

Rauprich, Oliver, Marckmann, Georg und Vollmann, Jochen (Hrsg.) (2005): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der Modernen Medizin*, Paderborn: Mentis.

Rawls, John (1971): *A Theory of Justice*, Cambridge: Harvard University Press  
Weinstein, Milton C., Torrance, George und McGuire, Alistair (2009): "QALYs:  
The Basics", *Value in Health* 12, Supplement I: 5-9.