

Zeitschrift: Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur
Herausgeber: Gesellschaft Schweizer Monatshefte
Band: 80 (2000)
Heft: 10

Artikel: Gibt es ein Recht auf Gesundheit?
Autor: Kliemt, Hartmut
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-166317>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 14.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Hartmut Kliemt,
Dr. phil., ist Professor
für Praktische Philo-
sophie an der Univer-
sität Duisburg.
Bevorzugte Forschungs-
gebiete: Politische
Philosophie, Public
Choice, Spieltheorie,
Medizinethik und Ge-
sundheitsökonomik.

GIBT ES EIN RECHT AUF GESUNDHEIT?

Man kann sich vorstellen, dass jedermann ein Recht hat, vor externen Übergriffen auf seine Gesundheit bewahrt zu bleiben. Aber klarerweise sind derartige Abwehrrechte bei der Rede vom «Recht auf Gesundheit» nicht gemeint. In diesem Beitrag geht es vielmehr um Teilhabe-Rechte und damit darum, dass wir Individuen Ansprüche gegenüber anderen Individuen bzw. der Gemeinschaft aller anderen Individuen zuschreiben.

Verteilungsgerechtigkeit mit Bezug auf die Gesundheit selbst herstellen zu wollen, ist etwa ebenso sinnvoll wie der Wunsch, Verteilungsgerechtigkeit mit Bezug auf die Körpergrösse oder aber die Schönheit von Personen zu erstreben. Wenn wir krank werden, dann ist das womöglich furchtbar; doch wir sind gewiss nicht allein dadurch, dass wir krank wurden, in unseren Rechten verletzt worden. Es ist auch nicht in irgendeinem plausiblen Sinne ungerecht, wenn Herr A krank und Herr B gesund ist. Überdies, wenn Herr B nicht verantwortlich für die Krankheit von Herrn A ist, dann hat Herr B keine Pflicht, A zu helfen und A kein Recht auf B's Hilfe.

Jene, die von einem Recht auf «Gesundheit» und im Bezug auf Gesundheit von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit sprechen, meinen offenkundig Dinge, wie ein Recht auf Gesundheitsversorgung oder ein Recht auf Gesundheitsversicherung. In dieser Deutung vermag man zwar zu verstehen, was gemeint ist. Aber ist es auch richtig, dass es ein Recht auf Gesundheitsversorgung oder ein Recht auf Gesundheitsversicherung gibt?

In der Beantwortung dieser Frage müssen wir unterscheiden zwischen Ansprüchen auf der Ebene des bestehenden Rechtes (*de lege lata*) und Ansprüchen auf der Ebene des zu schaffenden Rechts (*de lege ferenda*).

Gesundheitsrechte *de lege lata*

Wenn jemand in seinen grundlegenden Abwehrrechten verletzt ist, dann wird der

staatliche Schutz unabhängig von Zahlungsbereitschaft und Zahlungswilligkeit für derartige Schutzleistungen gewährt. Die positive Rechtsordnung unseres Staates sichert die Durchsetzung derartiger Rechte in unbedingter und universeller Weise und nicht nur für den, der dafür eine leistungsabhängige Gebühr entrichtet. Ohne diese unbedingte Schutzgewährung könnte man kaum davon sprechen, dass wir in einem Rechtsstaat leben. *De lege lata*, nach dem bestehenden Recht, haben wir demnach die grundlegenden Abwehrrechte als gleiche Bürgerrechte. Haben wir aber auch Gesundheitsrechte als gleiche Bürgerrechte?

Wenn es um die Sicherung ganz elementarer Gesundheitsinteressen geht, setzen praktisch alle Rechtsstaaten auf staatliche *Garantien*. Auch die Vereinigten Staaten von Amerika, die häufig als Staat ohne öffentliche Gesundheitsvorsorge charakterisiert werden, kennen öffentliche Garantien für bestimmte Leistungen der Gesundheitsvorsorge. Auch sie verlassen sich nicht auf private Hilfswilligkeit. Wer beispielsweise älter als 65 Jahre oder zur Zahlung eigener Beiträge unfähig ist, der erhält sehr wohl in gesundheitlichen Notlagen öffentlichen Beistand. Allerdings kann dieser öffentliche Beistand sehr weit von der Gewährung des medizinisch Möglichen entfernt sein. Überdies wird der behandelte Bürger nach erfolgter Behandlung soweit zur Kasse gebeten, wie er noch über pfändbares Einkommen verfügt. Man lässt schwerkranke unversicherte Individuen also nicht sterben, doch lässt man sie gegebenenfalls zahlen, bis sie sterben.

Überarbeitete Fassung
eines Beitrags, der im
Rahmen einer Konferenz
des Liberalen Instituts
der Friedrich-Naumann-
Stiftung in Berlin zum
Thema «Wahlfreiheit im
Gesundheitswesen» am
14. Juli 2000 vorge-
tragen wurde.

In der Bundesrepublik geht der Schutz weiter als in den USA, und die individuelle Haftung ist zugleich beschränkter. Nach der bestehenden Gesetzeslage, einschliesslich der entsprechenden Verwaltungsvorschriften, darf der Bürger damit rechnen, im Krankheitsfalle weitreichenden Beistand zu erhalten. *De lege lata* gibt es heute in der Bundesrepublik somit fraglos ein «Recht auf Gesundheit» im Sinne einer garantierten Gesundheitsversorgung.

Dennoch müssen wir fragen, ob wir nicht neue Gesetze machen sollten, die unter Umständen sogar einen Teil der bisherigen Rechte auf Gesundheitsversorgung abschaffen.

Gesundheitsrechte de lege ferenda

Der Kuchen, den man verteilen will, muss von jemandem gebacken, die Hilfe, die man gegeben sehen will, muss von jemandem geleistet werden. Wenn jemand ein Recht auf Hilfe in der Sicherung seiner Gesundheitsinteressen hat, dann muss jemand anders zur Hilfe verpflichtet sein. Die offenkundige Frage, warum mein Staat mich mit seiner staatlichen Zwangsgewalt zur Steuerzahlung zugunsten der Förderung der Gesundheitsinteressen eines mir gänzlich fremden Mitbürgers verpflichten darf, ist zu stellen.

Gesundheitsrechte als Mitmenschenrechte
Was verpflichtet einen gesunden Bürger von Nordrhein-Westfalen, einem kranken Bayern, der ihm vollständig fremd ist, Beistand in der Verfolgung seiner Gesundheitsinteressen zu leisten? Wenn das Leiden des Bayern als solches zur Hilfe berechtigt, dann berechtigt das Leiden des Äthiopiers oder des Ukrainer als solches ebenso dazu. Wenn Leiden allein Recht begründet, dann darf es nur nach dem Leid und nicht nach der nationalen Zugehörigkeit des Leidenden gehen.

Es scheint klar, dass man ein Gesundheitsversorgungssystem wie das unsere plausiblerweise nicht auf das Argument stützen kann, jeder Mensch habe als Mensch ein Recht auf angemessene Gesundheitsversorgung und die Mitmenschlichkeit als solche erlege uns eine korrespondierende Solidarpflicht auf. Mitmenschlichkeit als solche wäre kein guter Grund, Systeme zu akzeptieren, die nur

.....
*Es gibt
heute in
der Bundes-
republik
fraglos ein
«Recht auf
Gesundheit»
im Sinne
einer
garantierten
Gesundheits-
versorgung.*
.....

bestimmte Mitmenschen begünstigen. Man kann keine vernünftige Grenze ziehen, an der Pflichten zur Hilfeleistung aus Mitmenschlichkeit enden würden.

Wir müssen also prüfen, was wir eigentlich meinen, wenn wir dem Bayern «ein Recht auf Gesundheit» zuerkennen, das wir zugleich dem Ukrainer oder Äthiopier nicht zuerkennen wollen. In die lose Rede «vom Recht auf Gesundheit», das wir dem Bayern zubilligen, gehen auf moralischer Ebene, auf der wir diskutieren, welche Gesetze wir erlassen sollten, zumindest vierlei Voraussetzungen ein: 1. die unstrittige Auffassung, dass wir uns wünschen, dem Bayern möge in seiner Krankheit geholfen werden, 2. die ethisch durchaus nicht selbstverständliche Ansicht, dass wir den Bayern in unserer Hilfe vor Nicht-Deutschen bevorzugen dürfen, 3. die noch problematischere Auffassung, dass wir unter einer diesem vorgeblichen Recht korrespondierenden Pflicht stehen, die Hilfe auch zu erbringen und deswegen, 4. entsprechende Zwangsgesetze erlassen und Hilfe erzwingen dürfen.

Nun kann man natürlich darauf verweisen, dass der Bayer ebenso wie der Nordrhein-Westfale möglicherweise schon über einen langen Zeitraum Mitglied des öffentlichen Zwangsversicherungssystems gewesen ist. Daraus erwachsen in der Tat konventionelle Verpflichtungen, die eine bevorzugte Behandlung des Bayern nicht nur plausibel, sondern zur Pflicht werden lassen. Eine langandauernde Praxis erzeugt überdies ein Recht auf Vertrauensschutz. Deshalb darf man auch die Gesetze, welche Rechte auf Gesundheitsversorgung gewähren, nicht abrupt ändern. Aber *de lege ferenda* gilt gerade nicht, dass man langfristig nichts ändern dürfte.

Gesundheitsrechte als Gemeinschaftsaufgaben

Es ist hilfreich, sich hier zunächst an die Ausgangslage der deutschen Wiedervereinigung zu erinnern. Interessanterweise konnte der Vertrauensschutz vor der Wiedervereinigung gerade nicht zugunsten einer Hilfspflicht oder Solidarpflicht der westlichen Bürger gegenüber den östlichen Bürgern in den Krankenversicherungssystemen herangezogen werden. Wenn es sich bei den öffentlichen Krankenversorgungssystemen des Westens vor der Wie-

dervereinigung tatsächlich um Versicherungen im engeren Sinne gehandelt hätte, dann wäre es sogar in unerträglichem Masse unfair gewesen, die westlichen zur Aufnahme der östlichen Versicherungsnehmer und zu deren Unterstützung ohne äquivalente Gegenleistung zu zwingen. Es hätte den Vertrauensschutz empfindlich verletzt, wenn wir ein System von echten Versicherungen durch partielle Enteignung der nach dem Äquivalenzprinzip erworbenen Ansprüche zwangsweise in ein Nicht-Versicherungssystem überführt hätten.

Der Bezug auf die östlichen Neubürger, für die Vertrauensschutz gerade nicht bestand, macht das grundlegende allgemeine Problem nur besonders deutlich: Wieso darf man Gesetze machen, die die Bürger in die öffentlichen Sicherungssysteme hineinzwingen, obschon sie beispielsweise auf dem freien Markt unter Umständen höherwertige Gesundheitssicherungsleistungen zu geringeren Kosten für sich garantieren könnten? Rechte auf Gesundheitsleistungen sind aus Sicht von deren Benefiziären gewiss grossartig. Doch solche Rechte kann es nur geben, wo es auch Pflichten zur Erbringung der diesen korrespondierenden Leistungen gibt. Am ehesten lassen sich solche Zwangspflichten noch mit dem Verweis auf eine echte Gemeinschaftsaufgabe, die nur von allen Staatsbürgern gemeinsam getragen werden kann, rechtfertigen.

De facto handelt es sich bei unseren sogenannten Versicherungssystemen um zweckgebundene Steuern. Diese weisen eine zunächst progressive und schliesslich stark regressive Komponente auf. Die Progression ergibt sich insbesondere für die jüngeren, gut verdienenden alleinstehenden Bürger, während die regressive Komponente sich daraus ergibt, dass die Beamten und sogenannten Besserverdienenden jenseits bestimmter Einkommensgrenzen aus dem System hinausoptieren dürfen. Entweder ist aber die Sicherung einer Mindestgesundheitsvorsorge samt der entsprechenden Sozialrechte eine öffentliche Aufgabe. Dann sollte die reine Umverteilungskomponente der betreffenden Teilhabe-Rechte durch eine allgemeine Steuer finanziert werden und insoweit gewiss keine Austrittsoption bestehen. Oder die Sicherung von Gesundheitsrechten ist

Man kann
keine
vernünftige
Grenze
ziehen,
an der
Pflichten
zur Hilfe-
leistung aus
Mitmensch-
lichkeit
enden
würden.

keine öffentliche Aufgabe. Dann ist es ein eklatanter Missbrauch der fundamentalen Zwangsgewalt des Staates, wenn man Gesetze erlässt, um eine umverteilende Zwangsversicherung einzurichten.

Folgt man dieser Argumentation, dann ist *de lege ferenda* das bestehende System abzuschaffen. Offen ist nur, ob man gänzlich privatisieren oder aber eine allgemeine Steuer ohne Austrittsoption einrichten sollte, und wenn das letztere gilt, welcher Umfang des Schutzes gewählt werden sollte.

Die Frage, ob man den Bürger verpflichten soll, sich zu versichern, ist zunächst von der Verteilungsfrage unabhängig. Denn der Zwang, sich zu versichern, könnte sich auf Versicherungen beziehen, die als echte Versicherungen nach dem Äquivalenzprinzip vorgehen. Damit würde sich aber die Folgefrage stellen, was man mit denen tun solle, die nicht über die Mittel verfügten, sich in einer privaten Versicherung zu versichern.

Genau an dieser Stelle sind wir, wenn auch in veränderter Form, wieder bei der Ausgangsfrage nach dem Recht auf Gesundheitsversorgung. Nur fragen wir nun notwendig danach, ob die Bürger ein Teilhabe-Recht auf Zuschuss zu den Beiträgen zu ihren Pflichtversicherungen haben. Dieser Zuschuss wäre dann öffentlich durch Steuern zu finanzieren und in jedem Einzelfall solange zu erhöhen, bis der Betreffende eine private Versicherung finde, die ihn aufnimmt (Prinzip der umgekehrten Versteigerung, wonach miteinander konkurrierende private Versicherungen den Zuschlag zum niedrigsten Gebot an Subvention erhalten). Dann stellt sich aber die Frage, warum wir solche Zuschüsse durch Zwang beitreiben dürfen und wie hoch die steuerfinanzierten Zuschüsse gehen sollen.

Der in Deutschland vor allem von Peter Oberender wiederholt gemachte Vorschlag, einen Unterschied zwischen einer unbedingt zu gewährenden medizinischen Mindestversorgung und einer medizinischen Optimalversorgung, auf die niemand einen staatlich zu garantierenden Anspruch besitzt, zu machen, scheint mir in der Stoßrichtung richtig zu sein. Dabei sollte man sich allerdings darüber klar sein, dass der Unterschied zwischen Mindest- und Zusatzversorgung nicht nach medizini-



Giovanni Giacometti, *Kranker Knabe* (Alberto), 1909, Öl auf Leinwand. Kunstmuseum St. Gallen. Photo: Gross, St. Gallen.

schen Kriterien bestimmt werden kann. Eine Grenzziehung nach «medizinisch sinnvoll» vs. «medizinisch nicht-sinnvoll» mag zwar gewisse überzogene Massnahmen ausschliessen. Aber diese Unterscheidung ist weder geeignet, die Kostendynamik des Gesundheitswesens dauerhaft zu kontrollieren, noch kann sie, was hier wichtiger ist, begründen, warum überhaupt eine Mindestgesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe ist, deren Erfüllung die Gewährung steuerfinanzierter positiver Teilhabe-Rechte erfordert.

Die Abgrenzung zwischen Mindestversorgung, auf die ein Recht im Zuge des Gesetzeserlasses gewährt werden sollte, und der Zusatzversorgung, auf die niemand ein staatlich zu garantierendes Recht besitzt und die deshalb aus dem Gesetz entfernt werden sollte, muss politisch

Der
Unterschied
zwischen
Mindest- und
Zusatz-
versorgung
kann nicht
nach
medizinischen
Kriterien
bestimmt
werden.

nicht medizinisch erfolgen. Politisch ist die Abgrenzung tatsächlich möglich. Man kann sich dazu an einem erstaunlich einfachen Prinzip orientieren, dem Akutprinzip:

Die öffentliche Förderungswürdigkeit einer potentiell überlebenssichernden Massnahme ist grundsätzlich proportional zur Akutheit der jeweiligen Lebensbedrohung.

Der am Respekt für das Einzelindividuum orientierte Rechtsstaat hielte es auf Dauer nicht aus, wenn er individuelle Leben zugrundegehen liesse, die leicht zu retten wären. Wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, dann müssen wir es retten und können nicht nach einer einfachen Kostenkalkulation feststellen, dass seine

De facto handelt es sich bei unseren sogenannten Versicherungssystemen um zweckgebundene Steuern.

Rettung exorbitant teuer und daher zu unterlassen wäre. Wenn ein Patient mit einer akuten Blinddarmentzündung an der Hospitalschwelle wegen Zahlungsunfähigkeit abgewiesen würde, stünde dies im Widerspruch zum Prinzip des Respekts vor der Würde der Person. Damit wäre ein wichtiger Wert unserer individuumszentrierten Rechtsordnung verletzt. Auch ein Rettungswesen, das vor der Rettung lebensgefährlich verletzter Patienten erst deren Zahlungsfähigkeit prüfte, wäre nur schwer vorstellbar. Ein Gesundheitssystem, das keine künstlichen Hüften implantierte, es sei denn, sie würden auf anderer Ebene zu Kosteneinsparungen führen bzw. durch echte Versicherungen finanziert werden, das möglicherweise chronisch kranken, doch nicht akut lebensgefährdeten Individuen Hilfe versagte, weil sie nicht hinreichend für Versicherungsschutz gesorgt haben, wäre durchaus auch unter rechtsstaatlichen Bedingungen denkbar. Ebenso wäre es vorstellbar, dass Individuen beispielsweise das Recht auf Zuschuss zu Versicherungen hätten, die Operationen am offenen Herzen nur bis zu einem gewissen Alter abdecken. Wer die betreffenden Risiken auch im höheren Alter abdecken wollte, müsste private Vorsorge treffen.

In jedem Falle ist klar, dass Gesundheitsrechte, deren Gewährung mit der Bestandswahrung der Rechtsordnung selbst begründet werden kann, auf ziemlich festen Füßen stehen. Sie zu garantieren ist Gemeinschaftsaufgabe, nicht weil die Erhaltung der Gesundheit eine Gemein-

schaftsaufgabe wäre, das ist sie nach allen vernünftigen Definitionen nicht, sondern weil die Bestandssicherung einer freiheitlichen Rechtsordnung eine ist.

Im liberalen Rechtsstaat, der grundsätzlich von der Maxime ausgeht, die autonomen Ziel- und Wertsetzungen seiner Bürger so weit wie möglich zu respektieren, ist der Wunsch, Gutes zu tun, niemals eine gute Begründung dafür, andere zum Gutes-Tun zu zwingen. Soweit es aber darum geht, jene Rechtsordnung, die den einzelnen Bürger vor Zwang schützt, selbst zu schützen, hat man gute Gründe, Zwang anzuwenden, falls das Ziel anders nicht erreicht werden kann.

Wenn man den Schutz der Abwehrrechte gegen Zwang, die ja auch nicht vom Himmel fallen, nur haben kann, wenn man auch andere ausgabenwirksame Gesetze durchsetzt, die ihrerseits die positive Teilhabe umverteilend für jeden sichern, dann ist dies ein legitimer Zwangsgrund und deshalb auch ein legitimer Grund, die betreffenden Gesetze zu erlassen. Es ist klar, dass an einer so definierten Aufgabe der Gesundheitsvorsorge alle über Steuern gleichermaßen zu beteiligen wären. Ein originär moralisches Recht auf öffentlichen Beistand bei der Wahrung der individuellen Gesundheitsinteressen gibt es also im liberalen Rechtsstaat nicht, doch guten Grund, solche Rechte in Erfüllung der öffentlichen Aufgabe rechtsstaatlicher Bestandssicherung zu gewähren. ♦

Aufruf

Die Stiftung zur Förderung der Knochenmarktransplantation wurde vor fünf Jahren gegründet. **Sie sucht** neue freiwillige Knochenmarkspender: Die Bereitschaft der Bevölkerung zur Knochenmarkspende muss erhöht werden. **Sie hilft** bedürftigen Knochenmarktransplantations-Patienten und ihren Familien. **Sie beschafft Mittel**, um die vorerwähnten Ziele durch Sponsorenwerbung zu gewährleisten. **Die Geschäftsstelle wird ehrenamtlich geführt**, und die SFK verzichtet aus Überzeugung auf Subventionen durch den Staat.

Stiftung zur Förderung der Knochenmarktransplantation (SFK)
Vorder Rainholzstrasse 3
8123 Ebmatingen
Telefon 01 982 12 12; Fax 01 982 12 13
E-Mail: info@knochenmark.ch
Internet: www.knochenmark.ch

Spendenkonti
Zürcher Kantonalbank
8610 Uster
Konto 1130-0022.369; PC-Kto. 87-568920-6