

Publiziert unter: Alexander Dietz, Sozialstaatliches Handeln im Blick auf die Diskussion um Ressourcenallokation im Gesundheitswesen, in: Johannes Frühbauer / Michael Hörter / Anna Noweck (Hg.), Freiheit – Sicherheit – Risiko. Christliche Sozialethik vor neuen Herausforderungen, Münster 2009, 175-189.

// Seite 175 //

Sozialstaatliches Handeln im Blick auf die Diskussion um Ressourcenallokation im Gesundheitswesen

Alexander Dietz

1. DIE DISKUSSION UM RESSOURCENALLOKATION IM GESUNDHEITSWESEN

Immer wieder ist von einer Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen die Rede. Tatsächlich sind die absoluten Gesundheitsausgaben in den letzten dreißig Jahren um mehr als das dreifache gestiegen. Allerdings konnte das Bruttoinlandsprodukt (BIP) in dieser Zeit einen ähnlichen Zuwachs verzeichnen, so dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in dieser Zeit nur relativ gering anstieg, und zwar von 9,1 Prozent auf 10,6 Prozent (2006). Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) blieben im Verhältnis zum BIP über diesen Zeitraum sogar nahezu konstant bei etwa 6 Prozent. Dass trotz dieser Tatsache der durchschnittliche Beitragssatz der GKV in den letzten dreißig Jahren gestiegen ist, und zwar von 10,5 Prozent auf 13,9 Prozent (2007), liegt hauptsächlich an der hohen Arbeitslosigkeit und der fallenden Lohnquote, durch die die Finanzierungsbasis der GKV schrumpft. Aber hierbei handelt es sich um ein Problem der Verteilung der Kosten, nicht um ein Problem der Zunahme der Kosten.

Aufgrund dieser Zahlen kann man nicht davon sprechen, dass bisher eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen stattgefunden habe. Allerdings wird daran, dass der Anteil des BIP, den die Krankenkassen ausgeben, angesichts zahlreicher Kostendämpfungsmaßnahmen konstant blieb, deutlich, dass ein zunehmender Kostendruck im Gesundheitswesen vorliegt. Ursachen für diesen zunehmenden Kostendruck liegen insbesondere in der Preisentwicklung der Arzneimittel, besonderen Belastungen der Sozialversicherungen durch die Wiedervereinigung, der Einführung der Pflegeversicherung sowie versicherungsfremden Leistungen, die der GKV aufgebürdet wurden.

Ob die Gesundheitsausgaben – wie es häufig als Tatsache hingestellt wird – zu einem in der Zukunft liegenden Zeitpunkt aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fort-

// Seite 176 //

schritts explodieren werden, kann heute niemand wissen. Seriöse demographische Prognosen über mehrere Jahrzehnte sind grundsätzlich unmöglich, und die Einschätzungen der Auswirkungen sowohl eines steigenden Anteils hochbetagter Menschen an der Bevölkerung als auch des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Gesundheitskosten sind durchaus umstritten.

Vielfach wird behauptet, dass eine vorhandene Mittelknappheit im Gesundheitswesen Rationierung unumgänglich mache. An dieser Stelle ist zwischen dem Begriff der Knappheit im alltäglichen Sprachgebrauch und dem Begriff der Knappheit im wirtschaftswissenschaftlichen Sprachgebrauch zu unterscheiden. Nach dem alltäglichen

Sprachgebrauch liegt Knappheit an bestimmten Mitteln dann vor, wenn es gar nicht oder nur unter großen Opfern möglich ist, die notwendigen Mittel für die Erreichung eines wichtigen Ziels zur Verfügung zu stellen. Nach dem wirtschaftswissenschaftlichen Sprachgebrauch sind alle begrenzten Mittel per definitionem knapp, die irgendjemand zur Erreichung irgendwelcher Ziele nutzen könnte, unabhängig davon, wie viel jemand von ihnen hat. Diese Knappheit kann nicht überwunden werden, sondern stellt eine universale Grundgegebenheit dar. Im Sinne des letzteren, ökonomischen Knappheitsbegriffs gibt es ein Problem der Mittelknappheit im Gesundheitswesen, aber diese Feststellung ist trivial und sagt nichts darüber aus, ob irgendein Grund zur Sorge oder gar ein Handlungsbedarf besteht.

Im Sinne des alltäglichen Sprachgebrauchs gibt es derzeit jedoch kein Problem der Mittelknappheit im Gesundheitswesen. Es ist heute mittels der gesellschaftlich vorhandenen Ressourcen ohne besonders große Opfer möglich, eine sehr gute Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu gewährleisten. Rationierungen medizinisch notwendiger Leistungen sind derzeit – trotz anderslautender Beteuerungen entsprechender Interessengruppen – keineswegs zwingend erforderlich. Aber erstens findet faktisch zunehmend Rationierung statt und zweitens ist es nicht auszuschließen, dass – infolge bestimmter, menschengemachter Entwicklungen – zu einem Zeitpunkt in der Zukunft Rationierung im Gesundheitswesen notwendig sein könnte. Aus diesen Gründen ist es heute notwendig, über mögliche Rationierungskriterien aus ethischer Sicht nachzudenken.

Die Alternative zur Rationierung durch den Gesetzgeber besteht darin, die Bewältigung etwaiger Knappheitsprobleme so wie im Bereich der Wirtschaft auch im Bereich des Gesundheitswesens dem Markt zu überlassen. Das beinahe blinde Vertrauen in den Markt als Antwort auf alle Probleme, wie es viele Anhänger ökonomistischer oder neoliberaler

// Seite 177 //

ler Ideologien an den Tag legen, stößt jedoch gerade im Bereich des Gesundheitswesens auf Schwierigkeiten.

Der Preismechanismus als wichtigster Steuerungsmechanismus des Marktes funktioniert bei Gesundheitsgütern kaum, da sich die Nachfrage nach diesen Gütern zu großen Teilen als nicht preiselastisch erweist, d. h. sie sinkt nicht automatisch bei steigenden Preisen. Das hat mit dem besonderen Charakter des Gutes Gesundheit zu tun: Der Kranke kann seinen Zustand nicht steuern und kann auf Gesundheitsgüter nicht wie auf beliebige Konsumgüter verzichten, weil sie lebensnotwendig sind (wie Atemluft). Mehr Markt im Gesundheitswesen führt also zu steigenden Preisen. Dies führt wiederum zu einer selektiven und polarisierenden Verteilung (Zwei-Klassen-Medizin). Weil im Gesundheitswesen die Nachfrage durch die Anbieter beinahe grenzenlos gesteigert werden kann, führt Wettbewerb in diesem Bereich zu grenzenlosen Mengenausweitungen des Angebots (mit der Folge entsprechender Ausgabensteigerungen) und im Blick auf die Patienten zu Überdiagnostik und Übertherapie. Wenn aus der Arzt-Patienten-Beziehung eine Geschäftsmann-Kunden-Beziehung wird, kann der Patient nicht mehr darauf vertrauen, dass der Arzt ihm eine bestimmte Behandlung verordnet bzw. nicht verordnet, weil sie medizinisch notwendig ist bzw. nicht ist. Er muss dann damit rechnen, dass die Hervorrufung einer kurzfristigen Patientenzufriedenheit, Gewinnerhöhung, Kostensenkung oder andere sachfremde Interessen das Handeln und die Aussagen des Arztes leiten. Da der Patient die medizinischen Güter in der Regel weder vor noch nach dem Konsum auf ihre Qualität hin überprüfen kann, wird die Qualität sinken, wenn Ärzte sich aufgrund der Rahmenbedingungen als Geschäftsmänner verhalten müssten.

Wenn also eine etwaige Mittelknappheitssituation im Gesundheitswesen nicht dem Markt überlassen, sondern vom demokratisch legitimierten Gesetzgeber gestaltet werden soll, dann stellt sich die Frage nach Prioritäten und Rationierungskriterien, die im Blick auf die

Bestimmung und Würde des Menschen, die Aufgabe der Medizin, die Aufgabe der Wirtschaft und die Aufgabe der Politik stimmig sind.

2. DIE DISKUSSION UM DEN SOZIALSTAAT

Die Politik hat die Aufgabe, die Rahmenbedingungen für ein Leben in Frieden und Würde zu schaffen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe gehört es, dass die Politik Rahmenbedingungen schafft, durch die gesellschaftlich relevante Probleme kompensiert werden, die im Wirtschaftsbereich entstehen, ohne dass dort Lösungen dafür vorhanden wären. So

// Seite 178 //

muss die Politik im Rahmen der Erfüllung ihrer Aufgabe auch eine Antwort auf die Frage finden, wie die Gesellschaft mit dem Phänomen umgehen soll, dass die meisten Menschen irgendwann aufgrund ihres Alters nicht mehr arbeiten und sich ihren Lebensunterhalt verdienen können und dass alle Menschen unter dem ständigen Risiko leben, aufgrund von Krankheit, Behinderung oder fehlendem Arbeitsplatzangebot vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr arbeiten zu können sowie aufgrund von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit kostenintensive Behandlungen zu benötigen, die sie von ihrem Einkommen nicht bezahlen können. Wird gesellschaftlich in Kauf genommen, dass die große Gruppe der Menschen, bei denen sich eines der genannten Risiken realisiert, mit ihren Familien in Armut fallen, wird gleichzeitig die Missachtung der sozialen Menschenrechte und damit der Würde dieser Menschen in Kauf genommen. Außerdem ist vor dem Hintergrund permanenter Massenarmut bei gleichzeitigem Reichtum anderer Bevölkerungsgruppen kein stabiler gesellschaftlicher Frieden möglich. Also muss die Politik (in Form der Sozialpolitik) eine solche Entwicklung verhindern.

Darum gibt es den Sozialstaat, der in seinen verschiedenen Ausprägungen eine Antwort auf diese Problematik zu geben versucht. In Deutschland ist das Sozialstaatsprinzip als Staatsziel im Grundgesetz verankert (Art. 20, Abs. 1 GG) und genießt neben der Garantie der Menschenwürde und der Menschenrechte „Ewigkeitsschutz“ (Art. 79, Abs. 3 GG). Der deutsche Sozialstaat strebt nach seinem Selbstverständnis soziale Sicherheit (durch solidarisch finanzierte Sozialversicherungen, d.i. das Sozialsystem) und soziale Gerechtigkeit (durch steuerliche Einkommensumverteilung, Bereitstellung öffentlicher Güter, Rechtsvorschriften zum Schutz schwächerer Marktakteure) und daraus folgend gesellschaftliche Teilhabe für alle seine Bürger an (vgl. § 1 SGB 1).

Heute ist der Sozialstaat (in unterschiedlichen Ausprägungen) in den modernen Industrienationen etabliert. Die meisten Deutschen stehen dem Sozialstaat nach wie vor positiv gegenüber und sehen in ihm einen Garanten für den solidarischen Umgang mit Lebensrisiken sowie für relative Gleichheit der Lebenschancen aller Bürger.¹ In einer Umfrage des Statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2004 stimmten 85 Prozent der Westdeutschen und 93 Prozent der Ostdeutschen der Aussage zu: „Der Staat muss dafür sorgen, dass man auch bei Krankheit,

// Seite 179 //

Not, Arbeitslosigkeit und im Alter ein hohes Auskommen hat.“² Allerdings hat in den letzten Jahren in Deutschland und vielen anderen europäischen Ländern ein Paradigmenwechsel im Blick auf die Gestaltung des Sozialstaats stattgefunden. Sozialpolitische Maßnahmen werden

¹ Vgl. Opielka, Michael, *Sozialpolitik. Grundlagen und vergleichende Perspektiven*, Hamburg 2004, 23.

² Statistisches Bundesamt (Hg.), *Datenreport 2004*, Bonn 2004, 654.

zunehmend wirtschaftspolitischen Interessen untergeordnet, Teile des Sozialsystems werden privatisiert³, der aktivierende Staat (Vertragsbeziehungen statt Anspruchsbeziehungen⁴) wird zum neuen sozialpolitischen Leitbild⁵, ein Anwachsen gesellschaftlicher Armut wird geduldet.

Die Gesundheitsfürsorge war von Anfang an ein wesentlicher Bestandteil des Sozialstaats. Vorformen stellen die Konzeptionen staatlicher Gesundheitsfürsorge im Sinne einer medizinischen Polizei im Dienste der Erhaltung der Volksgesundheit als Grundlage staatlicher Macht im 16. bis 18. Jahrhundert dar. Ein wichtiger Vordenker und Impulsgeber des Gedankens eines Rechts auf Gesundheit war Rudolf Virchow, der im Auftrag der preußischen Regierung Mitte des 19. Jahrhunderts die Volksgesundheit Oberschlesiens und Berlins begutachtete. Die Einführung der Krankenversicherung im Jahr 1883 stellte den Auftakt der Sozialreformen Bismarcks dar. Im 20. Jahrhundert wurde das Recht auf Gesundheitsfürsorge in verschiedenen Menschenrechtskonventionen kodifiziert. Durch den Beitritt Deutschlands zu den Menschenrechtskonventionen ist dieses Recht in Deutschland rechtsgültig. Es ist außerdem indirekt in den ersten beiden Artikeln des Grundgesetzes enthalten. Die Formulierungen in den Menschenrechtserklärungen lassen im Blick auf ihre Zielsetzung der Ermöglichung eines Lebens in Würde keine Deutungen im Sinne einer nur minimalen medizinischen Grundversorgung zu. Insofern ist das relativ hohe medizinische Versorgungsniveau in Deutschland sachgemäß und erhaltenswert. Das Recht auf eine möglichst gute Gesundheitsfürsorge unabhängig vom Einkommen ist die Voraussetzung für Chancengleichheit, wie insbesondere Norman Daniels (indem er die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls auf das Gesundheitswesen hin auslegt) fest-

// Seite 180 //

stellt⁶, und vielfach auch für die Ausübung der persönlichen Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte sowie für die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse (z.B. Schmerzfreiheit). „Die Gesundheitspolitik schützt die Würde des Menschen“⁷, und stellt also einen wesentlichen Prüfstein für die Beurteilung sozialstaatlichen Handelns bzw. der Politik insgesamt dar.⁸

3. FREIHEIT – SICHERHEIT – RISIKO

Hinter den verschiedenen Forderungen zur Ausgestaltung des Sozialstaats bzw. des Gesundheitswesens stehen verschiedene Wertesysteme, die sich m. E. nach wie vor gut mittels der drei klassischen politischen Grund-Ideologien Sozialismus, Konservatismus und Liberalismus klassifizieren lassen (ohne dass ich diese Ideologien mit den Wahlprogrammen bestimmter Parteien gleichsetzen möchte). Für die Abgrenzung dieser Weltanschauungen

³ Vgl. Lütz, Susanne, *Der Wohlfahrtsstaat im Umbruch. Neue Herausforderungen, wissenschaftliche Kontroversen und Umbauprozesse*, in: dies. u. a. (Hg.), *Wohlfahrtsstaat. Transformation und Perspektiven*, Wiesbaden 2004, 11-35, 18.

⁴ Vgl. Priddat, Birger P., *New governance: Sozialpolitik als human capital investment*, in: Lütz, Susanne u. a. (Hg.), *Wohlfahrtsstaat. Transformation und Perspektiven*, Wiesbaden 2004, 91- 106, 92.

⁵ Vgl. Dingeldey, Irene, *Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung*, in: APuZ 8-9 (2006), 3-9, 3.

⁶ Vgl. Daniels, Norman, *Bedarf an medizinischer Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit*, in: Marckmann, Georg u. a. (Hg.), *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*, Stuttgart u. a. 2003, 15-47, 35.

⁷ Vgl. Kirchenamt der EKD (Hg.), *Mündigkeit und Solidarität Sozialethische Erwägungen für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen*, Gütersloh 1994, 61.

⁸ Vgl. Kreß, Hartmut, *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003, 87.

spielt die unterschiedliche Füllung und Zuordnung der Kategorien Freiheit, Sicherheit und Risiko eine zentrale Rolle.

Sozialisten fordern Freiheit im Sinne der Möglichkeit zu gleicher gesellschaftlicher Teilhabe auch für die Armen durch Sicherheit im Sinne einer solidarischen Absicherung des individuellen Risikos. Dahinter steht das aktuell sehr umstrittene egalitäre Modell sozialer Gerechtigkeit, das mit einer hohen Bereitschaft zur Umverteilung von Einkommen verbunden ist, sowie der Gedanke, dass ein Leben in Würde die Gewährleistung auch sozialer Menschenrechte voraussetzt. Das deutsche Gesundheitswesen leidet aus sozialistischer Sicht in erster Linie an einer zunehmenden Zwei-Klassen-Medizin⁹ und Entsolidarisierung. Zur Lösung des Problems fordern Sozialisten eine Ausweitung und Modernisierung der Solidaritätsstruktur der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, die derzeit in erster Linie von abhängig Beschäftigten

// Seite 181 //

mit niedrigem oder mittlerem Einkommen finanziert wird.¹⁰ Dadurch soll die medizinische Vollversorgung für alle Bürger gewährleistet werden.

Konservative fordern Freiheit im Sinne einer Befreiung von den Sorgen, die mit der Angst vor der Realisierung von Risiken verbunden sind, durch Sicherheit im Sinne einer institutionellen Absicherung des einmal erreichten gesellschaftlichen Status sowie stabiler gesellschaftlicher Verhältnisse. Dahinter stehen zum einen die Vorstellung einer Angewiesenheit des einzelnen auf die Gesellschaft und zum anderen ein Leistungs-Ideal. Das deutsche Gesundheitswesen leidet aus konservativer Sicht in erster Linie an institutionellen und gesetzlichen Defiziten sowie einem durch die Globalisierung bewirkten äußeren Druck. Zur Lösung des Problems fordern Konservative effizienzsteigernde Maßnahmen. Dadurch soll eine möglichst gute medizinische Versorgung für alle Bürger weiterhin gewährleistet werden.

Liberale fordern Freiheit im Sinne der Möglichkeit zu einem autonomen Leben durch Sicherheit im Sinne eines Schutzes des Privatbesitzes (als Lebensgrundlage) vor fremdem Zugriff sowie des Rechts auf einen eigenverantwortlichen Umgang mit Risiken. Dahinter steht ein individualistisches Menschenbild sowie eine besondere Hochschätzung der Autonomie, die sich in der Gleichsetzung von Autonomie, Freiheit und Würde ausdrückt. Das deutsche Gesundheitswesen leidet aus liberaler Sicht in erster Linie an Überregulierung und (wirtschaftsschädigenden) zu hohen Ausgaben durch die Ausnutzung der Solidargemeinschaft anstelle von Eigenverantwortung.¹¹ Zur Lösung des Problems fordern Liberale eine Reduktion der Umverteilung, eine stärkere Privatisierung der Gesundheitskosten und ein mehrstufiges Gesundheitssystem (Grundversorgungsmodelle).

Aus der Sicht theologischer Ethik lohnt sich im Blick auf die Spannungen, die sich aus diesen unterschiedlichen Ansätzen ergeben, insbesondere eine nähere Beschäftigung erstens mit dem Verhältnis von Autonomie und Menschenwürde, zweitens mit dem Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung.

// Seite 182 //

⁹ So gehen nach einer Studie der Bertelsmann-Stiftung beispielsweise arme Menschen seit Einführung der Praxisgebühr deutlich seltener zum Arzt. Vgl. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F14-F4058B5B/bst/hs.xml/nachrichten_3814.htm (am 17.06.2008).

¹⁰ Vgl. Möhring-Hesse, Matthias, *Beteiligung – Befähigung – Verteilung. Der Sozialstaat als Instrument demokratischer Solidarität*, in: Schramm, Michael u. a. (Hg.), *Der fraglich gewordene Sozialstaat – Aktuelle Streitfelder – ethische Grundlagenprobleme*, Paderborn u. a. 2006, 91-104, S. 92 f.

¹¹ Vgl. Bahro, Marcel, *Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen. Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftlicher Sicht*, in: *Ethik in der Medizin* 13 (2001), 45-60, 56.58.

4. AUTONOMIE UND MENSCHENWÜRDE

Problematische Gesichtspunkte am liberalen Freiheitsverständnis sind erstens die Ausblendung der Tatsache, dass Verfügungsfreiheit über Privateigentum und Freiheit von staatlichen Zugriffen auf Privateigentum wertlos für Menschen ohne Privateigentum sind, und diese erst durch den Zugang zu Ressourcen Anteil an dieser Freiheit erhalten.¹² Zweitens werden gegen das Verständnis von Freiheit als einer Freiheit zum willkürlichen Umgang mit Eigentum Ansätze weniger oberflächlicher Spezifizierungen der positiven Freiheit, beispielsweise aus theologischer Sicht als einer Freiheit zu einem bestimmungsgemäßen Leben bzw. einem Leben in Gemeinschaft und Beziehung¹³, vertreten sowie der Gedanke der Sozialpflichtigkeit des Eigentums¹⁴. Drittens impliziert dieses Freiheitsverständnis das Ideal einer Abgrenzung des autonomen Individuums von der Gesellschaft, dem ein differenzierteres Verständnis von Autonomie sowie eine konstruktivere Verhältnisbestimmung von Individuum und Gesellschaft gegenübergestellt werden können.

Das liberale Verständnis von Autonomie als absoluter Unabhängigkeit und beliebiger Handlungsfreiheit, das dahinterstehende Menschenbild sowie das daraus resultierende einseitige medizinethische Leitbild sind als ideologisch zurückzuweisen. Absolut unabhängig und frei im Sinne von Beliebigkeit ist kein Mensch, kann generell kein immanentes, endliches Wesen sein. Der Mensch ist von physikalischen, biologischen und materiellen Voraussetzungen abhängig. Er hat auf seine Gefühle, seine inneren Gewissheiten und auf die Stoßrichtung seines Wollens kaum Einfluss. Er kommt aus Relationen und ist bleibend auf sie angewiesen. Er ist verletzlich und sterblich. Der Autonomiebegriff kann daher nur sinnvoll verwendet werden, wenn er in einem beschränkten Sinne verwendet wird. Der Mensch ist stets nur

// Seite 183 //

autonom in bestimmten Bereichen, in bestimmter Hinsicht und unter bestimmten Voraussetzungen.¹⁵

Autonomie sollte daher als begrenzte und ermöglichte Selbstbestimmung verstanden werden, die keinen absoluten Wert, sondern ein Element eines Lebens und Sterbens in Würde darstellt, und keinesfalls offen oder unter der Hand den Begriff der Menschenwürde ersetzen darf. Gegen eine Gleichsetzung von Menschenwürde und Selbstbestimmung sprechen die Tatsachen, dass es Formen der Selbstbestimmung gibt, die mit der Würde unvereinbar sind (z.B. der Selbstverkauf als Sklave)¹⁶, und dass die Selbstbestimmung des einen Menschen an der Selbstbestimmung des anderen Menschen ihre Grenze findet. Weil die Achtung des Menschen die Ermöglichung von Selbstbestimmung einschließt, aber nicht in ihr aufgeht, darf die Selbstbestimmung der Menschenwürde keinesfalls übergeordnet werden, sondern

¹² Dies bringt Anatole Frances in seinem sarkastischen Wort über die wunderbar gleiche Handlungsfreiheit der bürgerlichen Gesellschaft zum Ausdruck, die es dem Clochard wie dem Millionär gleichermaßen erlaube, unter Brücken zu schlafen. Vgl. Kersting, Wolfgang, *John Rawls zur Einführung*, Hamburg 1993, 182.

¹³ Vgl. Knuth, Hans Christian (Hg.), *Von der Freiheit*, Hannover 2001.

¹⁴ Der Gedanke der Sozialpflichtigkeit des Eigentums wird philosophisch häufig mit der Idee des Gemeinschaftsguts (z.B. Rawls, Steinvoth) und theologisch mit dem Charakter der Schöpfung als Geschenk Gottes, auf das niemand letztgültige Ansprüche erheben kann, begründet. Vgl. Bedford-Strohm, *Vorrang*, 311.

¹⁵ Vgl. Härle, Wilfried, *Autonomie. ein viel versprechender Begriff*, in: ders., *Menschsein in Beziehungen – Studien zur Rechtfertigungslehre und Anthropologie*, Tübingen 2005, 213-241, 229.

¹⁶ Vgl. Vogel, Bernhard, (Hg.), *Im Zentrum: Menschenwürde. Politisches Handeln aus christlicher Verantwortung*, Berlin 2006, 28.

vielmehr bildet die Menschenwürde die umfassende Norm, an der sich die Selbstbestimmung messen und ggf. auch begrenzen lassen muss.¹⁷

Aus theologischer Sicht meint Freiheit die Befreiung zu einem bestimmungsgemäßen bzw. menschenwürdigen Leben. Wird der Freiheitsbegriff bzw. der Autonomiebegriff verabsolutiert, d. h. vom Gedanken der Bestimmung und der Würde abgekoppelt (wie das z.B. der Fall ist, wenn unter Verweis auf die Autonomie die Freigabe aktiver Sterbehilfe gefordert wird), wird er nicht nur abstrakt und sinnlos, sondern tendenziell auch gefährlich (weil er dann zur Verfehlung eines bestimmungsgemäßen bzw. menschenwürdigen Lebens beitragen kann). Die Idealisierung unbegrenzt gedachter Autonomie kann nicht nur zu einer Täuschung über die eigenen Lebensbedingungen, sondern auch zu einem lebensfeindlichen Ethos führen, das anderem, offensichtlich abhängigem Leben den Lebenswert und die Schutzwürdigkeit abspricht.¹⁸ Das menschliche Leben ist – ob krank oder gesund – stets fragmentarisch und von seinem Anfang bis zu seinem Ende von fundamentaler Abhängigkeit geprägt. Nach MacIntyre stellt die Tugend der anerkannten Abhängigkeit die Grundlage dar für den Erwerb

// Seite 184 //

und die Ausübung anderer Tugenden, die uns selbstbestimmtes Handeln ermöglichen.¹⁹ Weil Abhängigkeit zum menschlichen Leben gehört, gehören Selbstbestimmung und Fürsorge als zwei Seiten einer Medaille zusammen. Selbstbestimmung setzt Fürsorge voraus und muss durch sie ermöglicht werden.

Im Blick auf die Diskussion um Ressourcenallokation im Gesundheitswesen folgt aus dem Selbstbestimmungs-Aspekt der Menschenwürde die Forderung, eine (stets begrenzte und nie isoliert zu betrachtende) Selbstbestimmung des Patienten zu ermöglichen, so gut es den Umständen entsprechend realisierbar ist. Da Selbstbestimmung und Eigenverantwortung immer erst ermöglicht werden müssen, darf mit einem Verweis auf falsch verstandene Autonomie keinesfalls Fürsorge abgewertet, die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens ausgehöhlt oder der Wert stark abhängigen Lebens in Frage gestellt werden. Vielmehr ist die medizinische Grundversorgung als eine der Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben für alle Menschen sicherzustellen, ist Gesundheitserziehung zur Ermöglichung der Eigenverantwortung zu fördern, ist medizinisches Personal im Blick auf die Aufklärung von Patienten verstärkt zu schulen (besonders auch im nonverbalen Bereich angesichts eines zunehmenden Anteils demenzkranker Patienten) und (entgegen zunehmender Arbeitsverdichtung) zeitlich für diese Aufgabe freizustellen.²⁰ Das Recht auf eine geduldige und individuelle Aufklärung ist die Grundlage für die Selbstbestimmung des Patienten, die einen wichtigen Aspekt seines Lebens und Sterbens in Würde darstellt. Das Recht auf die Verweigerung einer Behandlung ist ein wesentlicher Bestandteil der geforderten Patienten-Selbstbestimmung. Im millionenfach in Patientenverfügungen geforderten Verzicht auf zwar technisch machbare, aber im Blick auf die Bestimmung menschlichen Lebens sinnlose lebensverlängernde Maßnahmen im Kontext des Sterbeprozesses zeigt sich ein gesundes verbreitetes Bewusstsein für Bedingungen eines Sterbens in Würde.

¹⁷ Vgl. Härle, Wilfried, *Selbstbestimmung oder Menschenwürde?*, in: ders., *Menschsein in Beziehungen. Studien zur Rechtfertigungslehre und Anthropologie*, Tübingen 2005, 243-251, 250 f.

¹⁸ Vgl. Eibach, Ulrich, *Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht*, Neukirchen-Vluyn 2000, 43.

¹⁹ Vgl. MacIntyre, Alasdair, *Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden*, Hamburg 2001, 184 f. MacIntyre formuliert an dieser Stelle m. E. eine grundlegende Einsicht. Allerdings ist mir bewusst, dass er eine andere Konzeption von Menschenwürde vertritt.

²⁰ Vgl. Satzinger, Walter u. a., *Gerechtigkeit im Krankenhaus. Mutmaßungen über Maßstäbe aus Patientenperspektive*, in: Krukemeyer, Manfred Georg u. a. (Hg.), *Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit*, Stuttgart u. a. 2005, 111-158, 132 f.

5. SOLIDARITÄT UND EIGENVERANTWORTUNG

Die Bestimmung des als angemessen empfundenen sozialstaatlichen Leistungsumfangs hängt entscheidend von der jeweiligen Verhältnisbestimmung von Solidarität und Eigenverantwortung ab. Beim Solidaritätsbegriff muß unterschieden werden erstens zwischen freiwilliger Hilfsbereitschaft und rechtlich-institutionell gesicherten Formen der Solidarität²¹, zweitens zwischen einem konservativen Solidaritätsbegriff (der auf dem Gedanken einer für das Menschsein grundlegenden „Gemeinverstrickung und Gemeinhaltung“²² ausgeht) und einem liberalen Solidaritätsbegriff (möglichst weitgehende Beschränkung der Hilfe auf die wirklich Bedürftigen²³) und drittens zwischen einer gruppeninternen Solidarität und einer übergreifenden Solidarität.²⁴ Gesellschaftliche Solidarität in ihrer sozialstaatlich institutionalisierten Form besteht primär in der finanziellen Umverteilung von Gesunden zu Kranken, von Jungen zu Alten, von Reichen zu Armen und von Kinderlosen zu Kinderreichen mit dem Ziel, dass alle Menschen ein Leben in gesellschaftlicher Teilhabe bzw. Würde führen können. Solidarität im Sinne von innerer Hilfsbereitschaft kann zwar nicht erzwungen oder verordnet werden. Aber weil alle Menschen einen Anspruch auf Gewährung der Menschenrechte haben, darf Solidarität sich nicht auf Appelle an Mildtätigkeit beschränken, sondern muss rechtlich institutionalisiert werden.²⁵

Das Recht des Staates, Solidarität in diesem Sinne rechtlich zu erzwingen, wird von radikalliberaler Seite immer häufiger in Frage gestellt. Philosophische Argumente, die gegen diese Infragestellung ins Feld geführt werden, sind die egoistische Berechnung („es könnte auch mich treffen“), der Verweis auf die Abhängigkeit als Wesens-

merkmal aller Menschen bzw. die Zusammengehörigkeit von Individualwohl und Gemeinwohl²⁶ oder der Hinweis auf die äußeren Naturgüter, auf die alle Menschen ein gleiches Anrecht haben und damit auch auf einen Teil der mittels dieser Güter produzierten Produkte.²⁷ Alle diese Argumente sind plausibel, aber nicht zwingend. Der Egoist wird eine Solidargemeinschaft nur mit Gesunden gründen, das Wissen um die Sozialnatur des Menschen hindert nicht am Egoismus und die Naturgütertheorie setzt eine Zustimmung zu Kategorien der hegelschen Philosophie voraus. Der Staat ist darauf angewiesen, dass Menschen ihre fundamentale Abhängigkeit, ihre soziale Bestimmung, ihre Hilfsbereitschaft bzw. – im Blick auf das wichtigste Argument für Solidarität – den Grund ihrer Würde und der Würde jedes Menschen entdecken, damit weiterhin viele Menschen den Solidaritäts-Gedanken des Sozialstaats mittragen, der für die Erhaltung des gesamten Staates eine

²¹ Vgl. Nullmeier, Frank, *Eigenverantwortung, Gerechtigkeit und Solidarität. Konkurrierende Prinzipien der Konstruktion moderner Wohlfahrtsstaaten?*, in: WSI-Mitteilungen 59 (2006), 175-180, 178.

²² Gabriel, Karl, *Die „katholischen“ Grundlagen des Sozialstaats. und ihre Relevanz für die aktuelle Diskussion um sein Profil und Programm*, in: Schramm, Michael u. a. (Hg.), *Der fraglich gewordene Sozialstaat. Aktuelle Streitfelder. Ethische Grundlagenprobleme*, Paderborn u. a. 2006, 9-25, 21.

²³ Vgl. Kersting, Wolfgang, *Politische Solidarität statt Verteilungsgerechtigkeit? Eine Kritik egalitaristischer Sozialstaatsbegründung*, in: ders. (Hg.), *Politische Philosophie des Sozialstaats*, Weilerswist 2000, 202-256.

²⁴ Das Nebeneinander dieser beiden Formen im deutschen Sozialsystem (Sozialversicherungen und steuerfinanzierte Hilfen) verursacht Leistungsversagen, Finanzierungsprobleme und Gerechtigkeitsdefizite. Vgl. Möhring-Hesse, *Beteiligung*, 91.

²⁵ Vgl. Anzenbacher, Arno, *Christliche Sozialethik. Einführung und Prinzipien*, Paderborn u. a. 1998, 197.

²⁶ Vgl. Cicero, Marcus Tullius, *De officiis. Vom pflichtgemäßen Handeln*, Stuttgart 1976, 243.

²⁷ Vgl. Steinvorth, Ulrich, *Kann Solidarität erzwingbar sein?*, in: Bayertz, Kurt (Hg.), *Solidarität. Begriff und Problem*, Frankfurt 1998, 54-85, 81.

wichtige Rolle spielt. Insofern ist der Staat zu seiner Erhaltung auf "vorpolitische Quellen"²⁸ angewiesen.

Solidarität dient der Ermöglichung eines Lebens in Würde. Eigenverantwortung gehört unter normalen Umständen zu einem Leben in Würde. Darum dient Solidarität der Eigenverantwortung bzw. hat die Ermöglichung von Eigenverantwortung zum Ziel. Ein Sozialsystem darf demnach Eigenverantwortung nicht überflüssig machen²⁹ bzw. Anreize dazu setzen, sich der Eigenverantwortung zu entziehen. Diese Gefahr wird allerdings in sozialpolitischen Diskussionen regelmäßig überbewertet.³⁰ Ernst zu nehmender ist demgegenüber die Gefahr, dass Eigenverantwortung von Menschen in einem Maß gefordert wird, das sie nicht erfüllen können, dass vergessen wird, dass in manchen Fällen solidarische sozialstaatliche Leistungen Menschen erst zur Eigenverantwortung befähigen müssen, und dass Eigenverantwortung als Schlagwort zur Rechtfertigung von Sozialabbau mißbraucht wird. Hierbei werden häufig bestimmte, mit dem Begriff der Eigenverantwortung verbundene Paradoxien ausgeblendet: erstens widerspricht ein pater-

// Seite 187 //

nalistischer Zwang zur Eigenverantwortung dem Gedanken der Eigenverantwortung, zweitens bedeutet Eigenverantwortung in der Regel Marktabhängigkeit bei gleichzeitig fehlenden Einflußmöglichkeiten auf den Markt und drittens ist Eigenverantwortung nur in einem Raum gemeinsamer Verantwortung realisierbar.³¹ Aus theologischer Sicht muss Eigenverantwortung von einem christlichen Freiheitsverständnis (ermöglichte, begrenzte und zu verantwortende Freiheit) her gedeutet werden und darf nicht in einen falschen Gegensatz zu Abhängigkeit, Fürsorge oder Solidarität gebracht werden.³² Der unter dem Stichwort der Eigenverantwortung stattfindende Paradigmenwechsel vom solidarischen zum sogenannten aktivierenden Sozialstaat lässt in Form von Zwangsmaßnahmen und Leistungskürzungen vielfach Bedürftige die Verantwortung für strukturell verursachte Problemlagen tragen und privatisiert zunehmend Risiken, ohne dass alle Individuen über die dazu notwendigen Ressourcen verfügen.³³

In der Diskussion um die Gestaltung des Gesundheitswesens stehen die Grundversorgungsmodelle (zumindest wenn es dabei um eine Minimalversorgung geht³⁴) für einen Weg in Richtung von weniger Solidarität und mehr Eigenverantwortung. Die Reformen der letzten Jahre im Bereich des deutschen Gesundheitssystems weisen eindeutig in diese Richtung. In Diskussionen vermitteln Liberale häufig den Eindruck, als gebe es zum Grundversorgungsmodell im letzteren Sinn keine Alternative. Tatsächlich trifft die Alternativlosigkeit jedoch nur für den Fall zu, dass bestimmte negative Zukunftsprognosen eintreffen und auch erst zu diesem Zeitpunkt. In einer reichen Gesellschaft wie unserer

²⁸ Habermas, Jürgen, *Vorpolitische Quellen des demokratischen Rechtsstaates?*, in: ders. u. a., *Dialektik der Säkularisierung. Über Vernunft und Religion*, hrsg. v. Florian Schuller, Freiburg u. a. 2005, 15-37, 23.

²⁹ Vgl. Strohm, Theodor, *Ethische Leitlinien für sozialpolitisches Handeln. Eine Perspektive aus evangelischer Sicht*, in: ZEE 33 (1989), 8-23, 9.

³⁰ Die Missbrauchsquote bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen liegt bei unter 3 Prozent. Vgl. Martens, Rudolf, *Vermuteter Sozialmissbrauch und gefühlte Kostenexplosion beim Arbeitslosengeld II. Ein Vergleich mit empirischen Befunden zum Missbrauch der Sozialhilfe*, in: *Soziale Sicherheit* 11 (2005), 357-362, 359.

³¹ Vgl. Nullmeier, *Eigenverantwortung*, 175 f.

³² Vgl. Körtner, Ulrich, *Auf dem Weg zu einer ökumenischen Soziallehre? Evangelische Kirchen vor neuen sozialen Herausforderungen*, in: ZEE 51 (2007), 163-168, 167.

³³ Vgl. Aust, Judith u. a., *Eigenverantwortung. Eine sozialpolitische Illusion?*, in: *WSI-Mitteilungen* 59 (2006), 186-193, 187.

³⁴ Einzelne verstehen unter einer Grundversorgung auch den Versorgungsgrad, den unser momentanes System gewährt. Vgl. Lenk, Christian, *Worin könnte eine „medizinische Grundversorgung“ bestehen? Überlegungen aus medizinethischer Perspektive*, in: Rauprich, Oliver u. a. (Hg.), *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*, Paderborn 2005, 247-266, 263 f.

können wir zwar eine Zwei-Klassen-Medizin herstellen, müssen es aber nicht. Dem ethischen Sinn des Sozialstaats widerspricht diese Entwicklung ebenso wie dem Grundgesetz.³⁵

// Seite 188 //

Literatur

- Anzenbacher, Arno, *Christliche Sozialethik. Einführung und Prinzipien*, Paderborn u. a. 1998.
- Aust, Judith u. a., *Eigenverantwortung. Eine sozialpolitische Illusion?*, in: WSI-Mitteilungen 59 (2006), 186-193.
- Bahro, Marcel, *Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen. Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftlicher Sicht*, in: Ethik in der Medizin 13 (2001), 45-60.
- Cicero, Marcus Tullius, *De officiis. Vom pflichtgemäßen Handeln*, Stuttgart 1976.
- Daniels, Norman, *Bedarf an medizinischer Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit*, in: Marckmann, Georg u. a. (Hg.), *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*, Stuttgart u. a. 2003, 15-47.
- Dietz, Alexander, *Zum Umgang mit Mittelknappheit im Gesundheitswesen*, in: ders. u. a. (Hg.), *Aktiengesellschaft Krankenhaus. Bestimmen ökonomische Ziele medizinisches Handeln?*, Bayreuth 2007, 9-35.
- Dingeldey, Irene, *Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung*, in: APuZ 8-9 (2006), 3-9.
- Eibach, Ulrich, *Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht*, Neukirchen-Vluyn 2000.
- Gabriel, Karl, *Die „katholischen“ Grundlagen des Sozialstaats. und ihre Relevanz für die aktuelle Diskussion um sein Profil und Programm*, in: Schramm, Michael u. a. (Hg.), *Der fraglich gewordene Sozialstaat. Aktuelle Streitfelder. Ethische Grundlagenprobleme*, Paderborn u. a. 2006, 9-25.
- Habermas, Jürgen, *Vorpolitische Quellen des demokratischen Rechtsstaates?*, in: ders. u. a., *Dialektik der Säkularisierung. Über Vernunft und Religion*, hrsg. v. Florian Schuller, Freiburg u. a. 2005, 15-37.
- Härle, Wilfried, *Autonomie. ein viel versprechender Begriff*, in: ders., *Menschsein in Beziehungen – Studien zur Rechtfertigungslehre und Anthropologie*, Tübingen 2005, 213-241.
- Härle, Wilfried, *Selbstbestimmung oder Menschenwürde?*, in: ders., *Menschsein in Beziehungen. Studien zur Rechtfertigungslehre und Anthropologie*, Tübingen 2005, 243-251.
- Kersting, Wolfgang, *John Rawls zur Einführung*, Hamburg 1993.
- Kersting, Wolfgang, *Politische Solidarität statt Verteilungsgerechtigkeit? Eine Kritik egalitaristischer Sozialstaatsbegründung*, in: ders. (Hg.), *Politische Philosophie des Sozialstaats*, Weilerswist 2000.
- Kirchenamt der EKD (Hg.), *Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Erwägungen für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen*, Gütersloh 1994.
- Knuth, Hans Christian (Hg.), *Von der Freiheit*, Hannover 2001.

// Seite 189 //

Körtner, Ulrich, *Auf dem Weg zu einer ökumenischen Soziallehre? Evangelische Kirchen vor neuen sozialen Herausforderungen*, in: ZEE 51 (2007), 163-168.

³⁵ Vgl. BVerfGE 22, 180, 204.

- Kreß, Hartmut, *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003.
- Lütz, Susanne *Der Wohlfahrtsstaat im Umbruch. Neue Herausforderungen, wissenschaftliche Kontroversen und Umbauprozesse*, in: dies. u. a. (Hg.), *Wohlfahrtsstaat. Transformation und Perspektiven*, Wiesbaden 2004, 11-35.
- MacIntyre, Alasdair, *Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden*, Hamburg 2001.
- Martens, Rudolf, *Vermuteter Sozialmissbrauch und gefühlte Kostenexplosion beim Arbeitslosengeld II. Ein Vergleich mit empirischen Befunden zum Missbrauch der Sozialhilfe*, in: *Soziale Sicherheit* 11 (2005), 357-362.
- Möhring-Hesse, Matthias, *Beteiligung – Befähigung – Verteilung. Der Sozialstaat als Instrument demokratischer Solidarität*, in: Schramm, Michael u. a. (Hg.), *Der fraglich gewordene Sozialstaat – Aktuelle Streitfelder – ethische Grundlagenprobleme*, Paderborn u. a. 2006, 91-104
- Nullmeier, Frank, *Eigenverantwortung, Gerechtigkeit und Solidarität. Konkurrierende Prinzipien der Konstruktion moderner Wohlfahrtsstaaten?*, in: *WSI-Mitteilungen* 59 (2006), 175-180.
- Opielka, Michael, *Sozialpolitik. Grundlagen und vergleichende Perspektiven*, Hamburg 2004.
- Priddat, Birger P., *New governance: Sozialpolitik als human capital investment*, in: Lütz, Susanne u. a. (Hg.), *Wohlfahrtsstaat. Transformation und Perspektiven*, Wiesbaden 2004, 91- 106.
- Satzinger, Walter u. a., *Gerechtigkeit im Krankenhaus. Mutmaßungen über Maßstäbe aus Patientenperspektive*, in: Krukemeyer, Manfred Georg u. a. (Hg.), *Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit*, Stuttgart u. a. 2005, 111-158.
- Statistisches Bundesamt (Hg.), *Datenreport 2004*, Bonn 2004.
- Steinvorth, Ulrich, *Kann Solidarität erzwingbar sein?*, in: Bayertz, Kurt (Hg.), *Solidarität. Begriff und Problem*, Frankfurt 1998, 54-85.
- Strohm, Theodor, *Ethische Leitlinien für sozialpolitisches Handeln. Eine Perspektive aus evangelischer Sicht*, in: *ZEE* 33 (1989), 8-23.
- Vogel, Bernhard, (Hg.), *Im Zentrum: Menschenwürde. Politisches Handeln aus christlicher Verantwortung*, Berlin 22006.