

JOHANNES BRANTL

WER SOLL DAS BEZAHLEN ...?

Ärztlicher Auftrag und Kostendruck im Gesundheitswesen

Johannes Brantl, Dr. theol. habil., seit 2008 Professor für Moralthologie an der Theologischen Fakultät Trier, ist 1968 geboren und studierte Philosophie und Theologie in Passau und Fribourg/CH. Im Jahr 1994 zum Priester geweiht, war er zunächst in der Pfarrseelsorge und seit 1997 in der Priesterausbildung tätig. 2000 mit einer Studie zur interdisziplinären Begegnung zwischen Theologischer Ethik und Verhaltensbiologie promoviert, erfolgte im Wintersemester 2006/07 seine Habilitation im Fach Moralthologie mit einer Untersuchung zum Ansatz einer christlichen Existenzethik und dessen Tragweite im Handlungsfeld moderner Medizin.

Buchveröffentlichungen: *Verbindende Moral. Theologische Ethik und kulturenvergleichende Humanethologie* (Freiburg i. Ue./Freiburg i. Br.: Universitätsverlag/Herder, 2001); *Entscheidung durch Unterscheidung. Existenzethik als inneres Moment einer medizinischen Ethik in christlicher Perspektive* (Münster: LIT, 2007).

1 Gesundheit – ein im doppelten Wortsinn „teures Gut“

Die Sorge um die eigene Gesundheit ist den allermeisten Menschen lieb und teuer. Gesundheit, physisches und seelisches Wohlbefinden, ist allein schon deshalb ein so kostbares Gut, weil sie – dem fundamentalen Gut des Lebens ganz ähnlich – die Ausgangsbasis für die Realisierung einer Vielzahl von weiteren geschätzten Gütern und Werten im menschlichen Leben und Zusammenleben darstellt.

Hinzu kommt, dass in den hoch entwickelten Industrienationen der gesellschaftliche Trend zur Individualisierung und Säkularisierung die Sorge um das Gut Gesundheit zunehmend zum zentralen Lebensthema des modernen Menschen gemacht hat:

„Die verstärkte Ausrichtung von immer mehr Menschen auf die eigene Person hat zugleich den Wunsch gesteigert, möglichst lange gesund zu bleiben und ein hohes Alter zu erreichen. Der Sinnhorizont dieser Menschen konzentriert sich demzufolge vorrangig auf die eigene Lebensspanne. Diese restriktive Fixierung auf das eigene Leben wird erleichtert durch die Abwertung ethnisch-nationaler, konservativer, familiärer und religiöser Wertorientierungen, durch den somit erleichterten

Verzicht auf kollektiv-gemeinschaftliche Bindungen und Verpflichtungen. Um so höher bewerten die Individualisten ihr eigenes Wohlergehen, vor allem die eigene Gesundheit.“¹

Diese besondere Wertschätzung des Gutes Gesundheit schlägt sich hierzulande schon seit Jahren in beachtlichen finanziellen Aufwendungen nieder. Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge bewegen sich die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Deutschland während der vergangenen 15 Jahre (seit 1995) relativ konstant zwischen 10% und 11% des Bruttoinlandsproduktes, das heißt, gut jeder zehnte Euro, der erwirtschaftet wird, fließt in die Finanzierung der medizinischen Versorgung der Bürger.² Bei mittlerweile über 3.200 Euro Gesundheitsausgaben je Einwohner im Jahr ist die sog. „Medizin-Industrie“ längst zu einem der wichtigsten Wirtschaftszweige überhaupt geworden. Und je komplizierter die Entwicklung neuer Medikamente, je differenzierter die Behandlungsmethoden, je aufwendiger der Einsatz an medizinisch-technischen Geräten, desto höher fällt in der Regel auch die Vergütung aus, mit der Pharmaindustrie, Krankenhausträger, Ärzte, Apotheker usw. für ihre Leistungen entlohnt werden. Das hat mittlerweile zu der paradoxen Situation geführt, dass zwar vieles medizinisch machbar, in Zukunft aber wohl immer weniger – zumindest für einen Großteil der Bevölkerung – finanzierbar sein wird.

So beherrscht also das Problem der Finanzierbarkeit des teuren Gutes Gesundheit und dabei insbesondere die Frage nach ethisch vertretbaren Wegen der Rationierung³ bzw. Priorisierung⁴ in der Gesundheitsversorgung längst die gesundheitspolitische Diskussion, wenngleich maßgebliche politische Entscheidungsträger nach wie vor ihre Skepsis äußern, ob das Thema Rationierung bzw. Priorisierung überhaupt sinnvoll und zukunftsweisend sei. So

¹ K.-H. HILLMANN: Wertwandel (2003), S. 338.

² Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, REFERAT ÖFFENTLICHKEITSARBEIT (Hg.): Daten des Gesundheitswesens 2010 (2010), S. 133.

³ Mit dem Begriff der *Rationierung* ist in der Ökonomie zunächst ganz allgemein die (gerechte) Zuteilung von Rationen, zum Beispiel von Dienstleistungen oder Gütern gemeint. Demgegenüber wird allerdings in der politischen Diskussion in Deutschland mit dem Rationierungsbegriff häufig nicht etwa nur das Ziel einer gerechten Verteilung, sondern vor allem das als negativ empfundene Vorenthalten medizinisch notwendiger Leistungen verbunden.

⁴ In Anbetracht der zum Teil negativen Konnotationen, die im deutschen Sprachgebrauch mit dem Begriff der „Rationierung“ verbunden sind (vgl. Anm. 3), hat sich hierzulande als begriffliche Alternative die Rede von *Priorisierung* zunehmend eingebürgert. Priorisierung bezeichnet dabei im Kern die systematisch begründete Bildung von Ranglisten – in der Krankenversorgung eben die Bildung von Ranglisten medizinischer Versorgungsmaßnahmen, wobei der Begriff selbst zunächst offen lässt, nach welchen Kriterien und mit welcher Motivation die Vorrangigkeit bestimmt wird.

hat etwa Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) bei der Eröffnungsveranstaltung des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel am 31. Mai 2011 betont, die Finanzierung des Gesundheitswesens müsse so stabil gestaltet werden, dass sich Debatten über eine Rationierung oder Priorisierung erübrigten.⁵ Mit dieser Verweigerung gegenüber einer Diskussion um die Priorisierung medizinischer Leistungen wandte sich Bahr – wie schon früher seine Amtsvorgänger Philipp Rösler (FDP) und Ulla Schmidt (SPD) – entschieden gegen entsprechende Vorstöße des längjährigen Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe, der schon seit geraumer Zeit dafür eintritt, die Frage der Priorisierung vor dem Hintergrund der Ressourcenbegrenzung und der steigenden Behandlungsbedürftigkeit von immer älter werdenden Menschen offen zu verhandeln. Auch in seiner Abschiedsrede als scheidender Präsident der Bundesärztekammer auf dem oben erwähnten Deutschen Ärztetag in Kiel unterstrich Hoppe noch einmal, wie unausweichlich es seiner Ansicht nach sei, das „heiße Eisen“ der Priorisierung anzufassen:

„Keiner, der ernst genommen werden will, leugnet noch, dass es Rationierung in der Versorgung gibt.“⁶

Diese Aussage des ehemaligen Bundesärztekammerpräsidenten ist sicher keine leere Behauptung. Denn der im November 2010 veröffentlichte „MLP Gesundheitsreport“⁷, eine vom Institut Allensbach und dem Finanzdienstleister MLP gemeinsam durchgeführte und verantwortete Umfrage zum Gesundheitssystem in Deutschland, dürfte in dieser Hinsicht einen durchaus verlässlichen Einblick in die konkrete Wirklichkeit des medizinischen Alltags gewähren. Im Teil „Ärztebefragung“ des „MLP Gesundheitsreports“ wurden insgesamt 524 Mediziner (308 im ambulanten und 216 im stationären Bereich Tätige) interviewt und diese antworteten dabei u. a. auf die Frage „Ist es schon vorgekommen, dass Sie bei Patienten aus Kostengründen auf Behandlungen verzichten mussten, die in Ihren Augen aus medizinischer Sicht angeraten gewesen wären?“ Das Ergebnis ist erhellend: 55% der Befragten antworteten mit „Ist bereits vorgekommen“; 12% gaben als Frequenz „häufig“ an, 24% „gelegentlich“ und 19% „selten“.

⁵ Vgl. H. E. KRÜGER-BRAND/F. OSTERLOH: Eröffnungsveranstaltung des 114. Deutschen Ärztetages: Abschied, Einstand und viel Applaus. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2011), A1199-1201, hier: A1200f.

⁶ Ebd. A1200.

⁷ MLP Gesundheitsreport 2010, Präsentation, dokumentiert unter: <http://www.mlp-ag.de> (zuletzt abgerufen am 22.07.2011).

Auch wenn sich die Politik das heikle Thema der Priorisierung im Gesundheitswesen zumindest in der Theorie noch vom Hals halten möchte – in der konkreten ärztlichen Praxis, und zwar sowohl ambulant als auch stationär, ist die Thematik offensichtlich längst von sehr konkreter Bedeutung. Vonseiten der Patienten wird diese Entwicklung im Übrigen auch einigermaßen realistisch eingeschätzt. Das Institut für Demoskopie Allensbach befragte für den Gesundheitsreport 2010 neben den Ärzten auch 1832 Bundesbürger nach ihrer Bewertung der medizinischen Versorgung. 35% gaben an, dass sie bereits das Gefühl hatten, nötige Medikamente oder Behandlungen aus Kostengründen nicht erhalten zu haben.

Was ist aus ethischer Perspektive zu diesem Befund zu sagen? Grundsätzlich gilt: Einer heimlichen und intransparenten Rationierung ist eine offene und argumentativ nachvollziehbare Auseinandersetzung mit dem Thema „Priorisierung“ vorzuziehen. Ganz in diesem Sinne hat vor kurzem auch der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zum Problemfeld „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung“⁸ nicht zuletzt mit Blick auf die Zurückhaltung der Politik gefordert, „das Rationierungsthema als zumindest langfristig ernst zu nehmendes Thema anzuerkennen.“⁹

Dass die Vielschichtigkeit des Problems allein im Zusammenspiel differenzierter medizinischer, juristischer, ökonomischer und ethischer Überlegungen anzugehen ist, liegt auf der Hand; wobei schnelle und glatte Lösungen sicher nicht zu erwarten sind. Denn mit dem Bemühen um kodifizierbare Verhaltensmaßgaben und „operationalisierbare“ Kriterienkataloge allein – so sinnvoll und hilfreich diese auch sein mögen – ist es ja keineswegs getan. Vielmehr zeichnet sich die Notwendigkeit ab, die Zusammenhänge von Angebot, Nachfrage und Grenzen der Finanzierbarkeit im Bereich moderner Medizin und Gesundheitsvorsorge auch in deren tiefer liegenden Schichten zu beleuchten. Für den Ethiker, zumal wenn er sich als Vertreter der theologischen Ethik ausweist, bedeutet das nicht zuletzt, manche allzu selbstverständlich akzeptierten Wertoptionen und Handlungsmuster im zeitgenössischen Gesundheitswesen kritisch zu hinterfragen.

⁸ Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme vom 27.01.2011, dokumentiert unter: <http://www.ethikrat.org> (zuletzt abgerufen am 22.07.2011).

⁹ Ebd., S. 5.

2 Warum und in welcher Weise ist Priorisierung zu befürworten?

2.1 Grundlegende Zusammenhänge

Ein erfahrener Hausarzt hat im persönlichen Gespräch einmal gesagt: Er halte die Vorstellung, durch den permanenten medizinischen Fortschritt immer mehr Krankheiten ausrotten zu können, für reine Illusion. Vielmehr habe er den Eindruck, dass die moderne Medizin dem Problem Krankheit ständig hinterherlaufe. Der Kampf gegen die Krankheit gleiche dem Kampf mit einer Hydra, der man einen Kopf abschlägt, an dessen Stelle dann aber gleich mehrere neue nachwachsen.

In der Tat verhält es sich so, dass die bahnbrechenden Entwicklungen der Medizin im 20. Jahrhundert hin zu einer hoch spezialisierten Diagnostik, ausgeklügelten Pharmakotherapie und neuen operativen Methoden zwar akute Krankheiten frühzeitig und mit weit größerem Erfolg behandeln können, aber der Kampf gegen das Phänomen Krankheit selbst ist damit natürlich keineswegs gewonnen – ganz im Gegenteil: Aus den Teilsiegen sind wiederum neue Bedrohungen in Gestalt von (altersbedingten) chronisch-degenerativen Krankheiten und multimorbiden Krankheitszuständen erwachsen.

Anstatt also von einer nachhaltigen Dezimierung bedrohlicher Krankheiten sprechen zu können, wird man wohl – ohne freilich das ganz wesentliche Moment einer deutlich gestiegenen durchschnittlichen Lebenserwartung zu übersehen – richtiger von einer Verschiebung im Spektrum der Krankheiten reden müssen. Krankheit und Kranksein gehören demnach trotz aller Erfolge der medizinischen Forschung und Praxis immer noch unausweichlich zum menschlichen Leben; jedes Ansinnen, alle Krankheiten bekämpfen und eine leidensfreie Gesundheitsgesellschaft errichten zu wollen war, ist und bleibt utopisch. Eine gleichbleibend hohe Nachfrage, ja sogar eher noch eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist daher gerade durch den beeindruckenden medizinisch-technischen Fortschritt bedingt und unausweichlich.

Vor diesem Hintergrund wird dann eben auch einigermaßen offen über die „Kostenfalle Gesundheitswesen“¹⁰ diskutiert, was insofern nicht ganz unberechtigt erscheint, als sich immer deutlicher abzeichnet, dass der demografische Wandel und die Abnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse zu einem chronischen Finanzierungsdefizit im deutschen

¹⁰ U. SCHNEIDER: Kostenfalle Gesundheitswesen? In: *zur Debatte* 33 (2003), 1–4.

Gesundheitswesen führen werden. Manche GesundheitsökonomInnen sprechen daher eher vom Problem einer Einnahmenreduktion bei den Krankenkassen als von der bisweilen dramatisierten „Kostenexplosion“ im Rahmen der medizinischen Versorgung, die so dramatisch tatsächlich nicht ist.

Nun zeigt sich interessanterweise in der gesellschaftlichen Diskussion ein seltsamer Widerspruch¹¹: Während eine Erhöhung der Mittel, welche für Bildung, Wissenschaft und Forschung ausgegeben werden sollen, von den allermeisten als wichtige und richtige Investition in die Zukunft angesehen wird, gelten Gesundheitsausgaben – trotz aller Hochschätzung des Gutes Gesundheit – als verlorener Zuschuss. Forderungen nach mehr Geld, um neue Lehrer einstellen zu können oder um im universitären Bereich Wissenschaftlern attraktivere Forschungsbedingungen zu schaffen, finden gemeinhin den Beifall der Öffentlichkeit. Forderungen, bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegekräfte zu schaffen, stoßen hingegen postwendend auf den Einwand, die Gesundheitsausgaben seien ohnehin schon zu hoch.

„Die Finanzierung des Gesundheitswesens wird, da davon scheinbar vor allem alte und kranke Menschen betroffen sind, nicht als Dienst an der Zukunft, sondern eher als vergangenheitsorientierte Aufgabe wahrgenommen. Tatsächlich gehören aber auch Gesundheitsausgaben zur Zukunftssorge einer humanen Gesellschaft, denn die heute Alten, Kranken und Sterbenden stellen den jetzt Gesunden ihre eigene Zukunft vor Augen.“¹²

So sehr dies auch als grundsätzliche Überlegung zutrifft, wird man dennoch immer weiter steigenden Gesundheitsausgaben im Hinblick auf deren nachteilige Konsequenzen mit Vorbehalt begegnen müssen. Wenigstens *drei* solcher nachteiliger Konsequenzen sind leicht abzusehen¹³:

Wenn die Sozialversicherungsbeiträge und somit auch die Lohnnebenkosten steigen, käme es *erstens* zwangsläufig zu einem Rückgang des privaten Konsums und damit zu rückläufigen Absatzzahlen in der Wirtschaft, sodass im nächsten Schritt die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen gemindert würde. *Zweitens* würde zwar die Zahl der Arbeitsplätze im Gesundheitssektor kurzfristig steigen, doch deren Finanzierung würde von Jahr zu Jahr schwieriger. Und *drittens* schließlich hätte die Optimierung der Gesundheitsversor-

¹¹ Vgl. A. LOSINGER/E. SCHOCKENHOFF: Gerechte Verteilung knapper medizinischer Güter. In: *Stimmen der Zeit*, Heft 2, Februar 2010, 98.

¹² Ebd.

¹³ Vgl. P. FONK: Der Arzt als Geschäftsmann. In: O. Seewald/H. Schoefer (Hg.): *Zum Wert unserer Gesundheit* (2008), S. 59–74, hier: 61.

gung unvermeidlich Einsparungen in den anderen wichtigen Bereichen der Zukunftsgestaltung, wie eben Bildung und Forschung, zur Folge.

Man hat also sozusagen bei der Frage des Sparens in diesen zentralen Bereichen des menschlichen Lebens nur die Wahl zwischen Pest und Cholera. Aus den genannten nachteiligen Konsequenzen, die in der gesellschaftlichen Debatte niemand in Kauf zu nehmen bereit ist, ergibt sich die Notwendigkeit, sich von der Idealvorstellung einer medizinischen Maximalversorgung zu verabschieden. Und tatsächlich verhält es sich doch auch so, dass in gewisser Weise schon von jeher im Bereich der Gesundheitsleistungen eine Rationierung vorgenommen wird, nämlich dergestalt, dass ganz selbstverständlich unterschieden wird zwischen der Nachfrage – dem, was eine bestimmte Person will – und dem tatsächlichen Bedarf – also dem, was eine bestimmte Person auch tatsächlich braucht und haben soll. Nicht alles, was der Versicherte als Patient an therapeutischen Maßnahmen wünscht, wird von der Krankenversicherung auch genehmigt, das heißt: bezahlt. Diese grundlegende Unterscheidung ist im Grunde ein „alter Hut“; neu ist allenfalls die explizite öffentliche Diskussion, wo genau die Grenze zwischen der Eigenverantwortung des Einzelnen und der von Solidarität getragenen Absicherung durch die Gemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten gezogen werden soll.

2.2 Zwischen Szylla und Charybdis: gegen Entsolidarisierung und problematische Priorisierungskriterien

In der facettenreichen und schwierigen Diskussion um die Gestaltung des Gesundheitssystems angesichts begrenzter finanzieller Mittel scheint in den Reihen der am Diskurs beteiligten katholischen Moralthologen und Sozialethiker weitgehend Konsens darüber zu bestehen, dass man an einer Priorisierung von Gesundheitsleistungen bzw. an einer *Zweistufung* der Krankenversicherung nicht vorbeikommt.¹⁴

Dabei wäre dann in einer *ersten Stufe* für eine allgemeine *Grundversorgung* Vorkehrung zu treffen, die durch die Solidargemeinschaft getragen und nach dem Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit organisiert wird. Im Rahmen der Grundversorgung hat dann ausnahmslos jeder Krankenversicherte Anspruch auf alle prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen gegen jene Krank-

¹⁴ Vgl. dazu etwa die zahlreichen Einzelbeiträge zur Thematik von Michael Rosenberger, Johannes Reiter, Eberhard Schockenhoff, Anton Losinger, Joachim Wiemeyer, Elmar Nass und Peter Fonk.

heiten, welche seine normalen altersentsprechenden Lebensvollzüge signifikant einschränken.

Davon zu unterscheiden ist die *zweite Stufe* einer sog. *Wahlversorgung*, welche durch ein Zweckbündnis von freiwillig Versicherten getragen und nach dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit dem Einzelnen zugemessen wird, d. h., jeder bekommt das, wofür er sich durch die Zahlung entsprechender Beiträge versichert hat, wobei im Gegensatz zur Grundversorgung keinerlei Versicherungspflicht besteht – weder bei den Versicherern, die das Recht haben, Risikogruppen durch höhere Beiträge stärker zu belasten oder ganz auszuschließen, noch bei den Versicherungsnehmern, die nach individuellem Bedürfnis und finanzieller Möglichkeit frei entscheiden können, für welche (Krankheits-)Fälle sie sich zusätzlich versichern lassen wollen.

Das eigentliche Problem liegt allerdings in der Frage, wie man Grundversorgung und Wahlversorgung human- bzw. sozialverträglich gegeneinander abgrenzen soll. Es leuchtet ein, dass der Wahlversorgung Leistungen zuzuordnen sind, die man als Komfortsteigerungen bezeichnen könnte (Einzelzimmer im Krankenhaus, Wellness-Behandlungen oder Maßnahmen der kosmetischen Chirurgie, also Leistungen, die bereits jetzt von vielen gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden). Wie aber verhält es sich im Falle von nicht evidenzbasierten Therapien (etwa Angebote der sog. Alternativmedizin)? Gehört die medizinische Behandlung von Unfällen, die durch die Ausübung einer Risikosportart verursacht wurden, noch zur Grundversorgung? Und auf welcher Stufe sind Maßnahmen der Reproduktionsmedizin oder durch gesundheitsförderndes Verhalten vermeidbare medizinische Therapien zu verorten?

Die Beantwortung dieser Fragen gleicht ein wenig der sprichwörtlichen Fahrt zwischen Szylla und Charybdis: Je mehr man zu einer engen Begrenzung der Grundversorgung neigt und damit die angespannte finanzielle Situation im Gesundheitswesen schnell entschärfen möchte¹⁵, desto stärker setzt man sich dem Vorwurf aus, die Solidarität mit den sozial Schwachen in der Gesellschaft aufzukündigen und einer Zweiklassenmedizin Vorschub zu leisten. Je weiter man hingegen den Leistungskatalog der Grundversorgung fassen und so dem Verdikt der Zweiklassenmedizin entkommen möchte, desto dringender muss man dann aber aufgrund der nach wie vor ungelösten Finan-

¹⁵ Zu dieser Option tendiert zum Beispiel Otfried Höffe; vgl. O. HÖFFE: Besonnenheit und Gerechtigkeit. In: W. Schlicht/H. H. Dickhuth (Hg.): Gesundheit für alle (1999), S. 155–184.

zierungsprobleme über Methoden der Priorisierung bzw. Rationierung auf der Ebene der Behandlung einzelner Patienten nachdenken.

In der Palette der diesbezüglichen Vorstellungen finden sich unter anderem auch diverse nicht medizinische Überlegungen bzw. Kriterien. So plädieren manche dafür, jüngeren Patienten einen Behandlungsvorzug gegenüber älteren Patienten einzuräumen und ab einem bestimmten Alter teure Versicherungsleistungen drastisch zu begrenzen, d. h. gegebenenfalls nur noch die Kosten für eine palliative Therapie zu übernehmen.¹⁶

Andere bringen den doch sehr eigenwilligen Vorschlag einer ausgleichenden Gerechtigkeit ins Spiel, wonach jener Patient, der in seinem Leben bereits viele Krankheiten zu erleiden hatte, unter Umständen gegenüber einem Patienten mit bis dato geringerer Belastung durch Krankheit und Leiden vorzugsweise behandelt werden sollte.¹⁷

Und wieder andere verweisen auf die soziale Rolle des Erkrankten als Priorisierungskriterium, d. h., wer für die Gesellschaft Wichtiges leistet oder aktiv im Produktionsprozess steht oder von wem solche Leistungen noch zu erwarten sind, der habe im Zweifelsfall einen höheren Anspruch darauf, von der Solidarversicherung die notwendige Therapie finanziert zu bekommen. In diesem Sinne hat etwa der Schweizer Philosoph BEAT SITTER-LIVER den Versuch unternommen, Mütter kleiner Kinder als Personen auszuweisen, denen eine Vorzugsbehandlung zustehe, weil sie gewissermaßen unersetzlich seien.¹⁸

Jeder einzelne der hier genannten Versuche, eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen auf nicht medizinische Überlegungen zu stützen, ist in hohem Maße problematisch und ethisch nicht wirklich überzeugend zu begründen.

¹⁶ Vor allem im angloamerikanischen Sprachraum gibt es eine ganze Reihe von Ethikern (z. B. Daniel Callahan, Norman Daniels oder Dan W. Brock), die das Alter als wesentliches Kriterium für die Mittelverteilung im Gesundheitswesen befürworten. Vgl. hierzu: G. MARCKMANN/P. LIENING/U. WIESING (Hg.): Gerechte Gesundheitsversorgung (2003), S. 195–250. In Deutschland sind allerdings entsprechende Stimmen nur selten zu vernehmen, sorgen dafür aber dann für umso größeres Aufsehen in der Öffentlichkeit. In den Reihen katholischer (Sozial-)Ethiker unternahm schon vor längerer Zeit Joachim Wiemeyer einen Vorstoß in diese Richtung, der ihm jedoch viel Kritik – nicht zuletzt von Seiten der Deutschen Bischofskonferenz – eintrug. Vgl. J. WIEMEYER: An Haupt und Gliedern. In: *HerKorr* 56 (2002), 605–610.

¹⁷ Michael Rosenberger verweist auf Dieter Birnbacher, der einen solchen Vorschlag vertritt, allerdings mit der Einschränkung, das Kriterium der ausgleichenden Gerechtigkeit lediglich als einen den medizinischen Allokationskriterien nachgeordneten Aspekt zu berücksichtigen. Vgl. M. ROSENBERGER: Die beste Medizin für alle In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006), A764-767, hier: A766.

¹⁸ Vgl. B. SITTER-LIVER: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: *FZPhTh* 50 (2003), 438–463.

2.3 Unverzichtbare ethische Prinzipien

Für die Frage nach der Erbringung medizinischer Leistungen unter den Vorzeichen eines vorhandenen und wohl noch weiter steigenden Kostendrucks im modernen Gesundheitswesen sind aus moraltheologischer und sozialetischer Perspektive zunächst einige Kernprinzipien zu berücksichtigen, die vorab die notwendigen Rahmenbedingungen vorgeben, welche dann in weiteren Schritten durch das medizinische und ökonomische Fachwissen konkret ausgestaltet und in die praktische Anwendung überführt werden.

Ein erstes unverzichtbares Prinzip: die *Achtung der Menschenwürde*.

Die ideengeschichtlichen Quellen des Prinzips der Menschenwürde reichen weit zurück in die abendländische Geistesgeschichte (insbesondere in die Philosophie der Stoa und in die biblisch-christliche Tradition), sind allerdings erst in der Neuzeit und hier vor allem in der Philosophie der Aufklärung nachhaltig zum Durchbruch gelangt. Nach dem Glaubenszeugnis der Bibel ist jeder Mensch als Ebenbild Gottes geschaffen. Deshalb kommt jedem Menschen unabhängig von individuellen Fähigkeiten, Anlagen oder Leistungsvermögen eine unverlierbare Würde zu, die es zu schützen und zu achten gilt. Aus seiner Würde und aus der sozialen Wesensnatur des Menschen leitet sich schließlich auch der grundsätzliche Auftrag her, den einzelnen Menschen zu einem Leben als Freiheits- und Sozialwesen zu befähigen.

Theologisch gesprochen heißt das:

„So wie Gott sich uns zugewandt hat und sich durchweg und bedingungslos als treu erweist, so soll diese Gemeinschaftstreue das Miteinander unter den Menschen prägen. Es gilt vorrangig, die Gemeinschaftsfähigkeit der Armen, Schwachen, Kranken und Unterdrückten herzustellen und zu befördern. Gerade sie müssen durch die Not hindurch getragen und möglichst von ihr befreit werden. Krank zu sein, eine Behinderung zu haben oder pflegebedürftig zu sein, darf nicht zum Ausschluss aus der Gemeinschaft der Menschen führen.“¹⁹

Das Prinzip der Menschenwürde zielt also auf die Wahrung oder Wiederermöglichung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Menschen ab. Dabei besteht eine besondere Verpflichtung der Solidargemeinschaft und auch des einzelnen behandelnden Arztes, jenen, die aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung hochgradig benachteiligt sind, die nötige Hilfe zukommen zu lassen, um ihnen zumindest ein Mindestmaß an Teilhabe am Leben zu ermöglichen.

¹⁹ P. DABROCK: Es gibt viel zu verlieren. In: *zeitzeichen*, Heft 11, Nov. 2010, 40–43, hier: 42.

Anders gesagt: Die Gesundheitsfürsorge soll auf der Gleichwertigkeit aller Menschen und der Würde des einzelnen Menschen basieren. Die jeweils verfügbaren Ressourcen sollen den Personen mit dem größten (objektivierbaren) Bedarf zukommen. Auf der Basis dieses Prinzips lässt sich dann beispielsweise schon die aus ethischer Sicht unbedingt zu bejahende Priorität palliativer Versorgung erschließen. Dass hingegen vom Prinzip der Menschenwürde her eine Priorisierung medizinischer Versorgung nach Kriterien wie Alter, sozialer Status oder Lebensstil ausgeschlossen ist, versteht sich nahezu von selbst.

Ein zweites, unverzichtbares Prinzip: das *Prinzip der Solidarität*.

Eine der tragenden Säulen und nach der Menschenwürde das wichtigste Prinzip der sozialen Absicherung im Krankheitsfall ist das Solidarprinzip. Der Gesundheitswissenschaftler MICHAEL SIMON führt in seinem Grundlagenwerk zum Gesundheitssystem in Deutschland²⁰ aus, dass die Geltung des solidarrespektive Solidaritätsprinzips das sonst bei Versicherungen übliche Prinzip des Gleichgewichts von Leistung und Gegenleistung außer Kraft setze. Das bedeutet, dass sich die Mitglieder einer definierten Solidargemeinschaft im Krankheitsfall gegenseitig Hilfe und Unterstützung gewähren. Und zwar wird diese Unterstützung nicht als Almosen aus dem Motiv humanitärer Mildtätigkeit gewährt, sondern als Rechtsanspruch gegenüber der jeweiligen Krankenkasse begründet, der gegebenenfalls auch gerichtlich eingeklagt werden kann.²¹

Die beiden zentralen Solidarausgleiche in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zum einen der Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken und zum anderen der Solidarausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen.

„Durch die Solidarausgleiche soll auch erreicht werden, dass Krankheit nicht zu einer gravierenden Verschlechterung des Lebensstandards oder gar Gefährdung der individuellen wirtschaftlichen Existenz führt. (...) Einschränkungen erfährt dieser Solidarausgleich durch Zuzahlungen wie beispielsweise für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Krankenhausbehandlung, die allein von den Betroffenen zu tragen sind.“²²

Diese grundlegenden Aspekte einer solidarischen Absicherung im Krankheitsfall sind nach wie vor von herausragender Bedeutung für eine zukunftsfähige Ausgestaltung des Gesundheitssystems in Deutschland. Allerdings schließt

²⁰ M. SIMON: Das Gesundheitssystem in Deutschland (2010).

²¹ Vgl. ebd., S. 75f.

²² Ebd., S. 77.

dieses Prinzip der Solidarität den Gedanken der Eigenverantwortung keineswegs aus. Vielmehr liegt im Prinzip der Eigenverantwortung regelrecht ein Komplementärprinzip zur Solidarität vor.

Daher ein drittes, wichtiges Prinzip: das *Prinzip der Eigenverantwortung*. Geradezu programmatisch haben dazu die deutschen Bischöfe bereits im Jahr 2003 zum Thema „Orientierung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ eine Schrift mit dem Titel „Solidarität braucht Eigenverantwortung“ herausgegeben.²³

Solidarität bildet in keiner Weise einen Gegensatz zum Gedanken der Eigenverantwortung, zeichnet sich der Mensch als Person doch gerade dadurch aus, dass er zugleich im Mit-Sein auf den anderen bezogen und als Einzelwesen eigenständig ist. In der katholischen Soziallehre wird daher besonderer Wert darauf gelegt, dass dem Prinzip der Solidarität gewissermaßen als unverzichtbare zweite Seite der Medaille das Prinzip der Subsidiarität zugeordnet bleibt. Denn das Subsidiaritätsprinzip zielt ja in seinen Forderungen zunächst immer erst auf die Wahrung der eigenen Kompetenz, indem jeder seine Aufgaben eigenverantwortlich ausüben kann (Kompetenzanmaßungsverbot); nur bei mangelnder Leistungsfähigkeit des Einzelnen gilt es, durch die Bereitstellung von Hilfeleistungen seitens der größeren Einheit „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu gewähren (Hilfestellungsgebot).²⁴

Bezogen auf unsere Fragestellung bedeutet das: Es ist primär die Pflicht und Aufgabe der je einzelnen Person, sich selbst zu erhalten und somit auch für die eigene Gesundheit Vorsorge zu treffen.

„Dazu gehört etwa eine aktive Fürsorge für sich selbst und den eigenen Leib und ein Unterlassen von Gefährdungen durch z. B. Alkohol, Rauchen, Suchtmittel und einen ungesunden Lebensstil. Es ist Aufgabe des Systems, diese Eigenfürsorge zu unterstützen.“²⁵

In diesem Zusammenhang beklagen die deutschen Bischöfe sehr ausdrücklich, dass das Versorgungssystem immer noch von akutmedizinischen Maßnahmen dominiert und insbesondere die Prävention vernachlässigt wird. Gerade die steigenden Kosten im Gesundheitswesen verlangen aber nach verstärkter Prä-

²³ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hg.): Die Deutschen Bischöfe – Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und Kommission für caritative Fragen: Solidarität braucht Eigenverantwortung (2003).

²⁴ Vgl. T. BOHRMANN: Subsidiarität. In: M. Heimbach-Steins (Hg.): Christliche Sozialethik (2004), S. 293–301, hier: 298.

²⁵ SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hg.): Solidarität braucht Eigenverantwortung, S. 12.

vention, das heißt der Verringerung der Erkrankungswahrscheinlichkeit und der Senkung der Krankheitsrisiken.

Allerdings ist diese ethische Maxime der Eigenverantwortung nicht ganz unproblematisch, zumal wenn sie mit der Forderung verbunden wird, dass „Risikogruppen“ wie Raucher, Übergewichtige oder Extremsportler höhere Beiträge für die Krankenversicherung entrichten sollen. Einen in diese Richtung gehenden Vorstoß hat etwa auch der katholische Sozialethiker ELMAR NASS sehr deutlich formuliert:

„Wer bewusst die Gefährdung seiner eigenen Freiheit (wie etwa Kettenraucher oder Extremsportler) in Kauf nimmt, muss im Falle notwendiger Rationierungen die Verantwortung übernehmen und entsprechend Einbußen bei den öffentlichen Gesundheitsleistungen hinnehmen. Eine bewusste Verletzung der als objektiv postulierten Freiheit (z. B. gegenüber seiner Gesundheit und der Gesellschaft) erfüllt die Bedingung eines Sanktionskriteriums.“²⁶

So berechtigt dieser Grundsatz an sich auch ist – einige nicht ganz einfache Fragen in puncto seiner unmittelbar praktischen Umsetzung stellen sich dennoch: Wer etwa legt fest, wann eine bestimmte Verhaltensweise verantwortungslos genannt werden kann? Wie sollen und können riskante Verhaltensweisen überprüft werden? Führt nicht doch die allzu unbedachte Rede von der Eigenverantwortung schnell zu einer höchst problematischen Klassifikation von „unschuldig Kranken“ und „schuldhaft Kranken“?

Worin aber in jedem Fall das Prinzip der Eigenverantwortung künftig mehr Beachtung und konkrete Umsetzung finden könnte bzw. sollte, ist im Bereich der moralischen Verpflichtung eines jeden Patienten zur „compliance“, d. h. zum kooperativen Mitwirken im Zuge einer ärztlichen Behandlung. Wenn einzelne Personen regelmäßig und nachweislich gegen ärztliche Anordnungen in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten, das Einhalten von Diätvorschriften oder notwendige Veränderungen im Lebensstil verstoßen, dann ist in der Tat nicht einzusehen, warum hier die volle Bezahlung der Behandlungskosten noch von der Solidargemeinschaft getragen werden soll.

Und schließlich sollten Versicherte als Finanziers und Leistungsempfänger im Sinne der Eigenverantwortung aber auch – weitaus stärker als dies bislang der Fall ist – in die Kontrolle des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen einbezogen werden. Denn nur wenn der mündige und mitdenkende Patient tatsächlich an der Inanspruchnahme medizinischer und ärztlicher Leistungen

²⁶ E. NASS: Rationierung im Gesundheitswesen. In: *Lebendiges Zeugnis* 64 (2009), 5–15, hier: 13.

beteiligt wird, kann er auch lernen, mit der Inanspruchnahme sorgfältig und verantwortlich umzugehen. Nicht selten verhält es sich nämlich trotz der stets postulierten Patientenautonomie im konkreten Behandlungsgeschehen so, dass der Patient seine Beschwerden und Symptome schildert und dann von ärztlicher Seite postwendend alle möglichen technischen Untersuchungen wie Röntgen, Ultraschall, Tomografie sowie Laboruntersuchungen in Gang gebracht und einigermaßen großzügig Medikamente verschrieben werden, während der betroffene Patient selbst bestenfalls eine leise Ahnung von den dadurch anfallenden Kosten hat.

Warum sollte es nicht möglich sein, auch den Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen detailliert Einblick in die Kostenabrechnung für ihre medizinische Behandlung zu geben? Ja mehr noch: Wäre es bei der Vielzahl nachweislich unnötiger und überflüssiger Arztbesuche, Laboruntersuchungen und Anwendungen der Apparatedizin so abwegig, ein System der Selbstbeteiligung an den konkret anfallenden Kosten zu etablieren, das den Patienten nicht nur im Sinne der Eigenverantwortung, sondern auch im Sinne des monetären Eigennutzes dazu anhält, sich zurückhaltender und sparsamer im „Medizinmarkt“ zu bedienen?

2.4 Medizinische Kriterien und Ebenen der Entscheidung

Versuche, eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen auf nicht medizinische Überlegungen zu stützen, sind – wie oben in Punkt 2.2 angesprochen – in hohem Maße problematisch und ethisch nicht wirklich überzeugend zu begründen. Daher bleibt im Grunde nur der Weg, über genuin medizinische Priorisierungskriterien die Verteilung knapper Ressourcen zu gestalten. Hier bedarf es freilich im Einzelnen sehr aufwendiger und diffiziler Feinjustierungen, etwa auch, was konkrete Fragen der Bildung von Ranglisten bei medizinischen Interventionen im Hinblick auf bestimmte Erkrankungen (z. B. operative, medikamentöse und strahlentherapeutische Verfahren bei Krebserkrankungen) betrifft.

Die entsprechende fachmedizinische Diskussion soll aufgrund ihrer Komplexität und Tragweite – so sieht es zumindest ein auf dem 111. Deutschen Ärztetag verabschiedetes Papier zu gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft²⁷ vor – durch einen speziellen „Gesundheitsrat“ vorgebracht und transparent gestaltet werden. Wie die organisatorischen Abläufe im Einzelnen

²⁷ BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.): Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (2008).

auch geartet sein mögen, inhaltlich gesehen wird jedenfalls ein im Jahr 2007 von der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer erarbeitetes Stufenmodell²⁸ von grundlegender Bedeutung bleiben. Denn es stellt ein erstes grobes Raster für jede weitere Differenzierung medizinischer Priorisierungskriterien dar und bewegt sich dabei ganz offensichtlich auf dem Boden der soeben dargestellten prinzipiellen Grundlagen (vgl. oben „3. Unverzichtbare ethische Prinzipien“). Dieses Stufenmodell der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer ist also nicht nur in sich schlüssig, sondern auch vom Standpunkt des katholischen Moralthologen uneingeschränkt zu bejahen. In insgesamt vier Dringlichkeitsstufen unterteilt, sieht es einen schrittweise abnehmenden Verpflichtungsgrad zur solidarisch getragenen medizinischen Behandlung oder Dienstleistung vor²⁹:

Die *erste Stufe*, „Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen“, hebt auf die absolut vitalen Interessen jedes Menschen ab. Das Leben selbst ist deshalb als fundamentaler Wert von so großer Bedeutung, weil von ihm jede weitere Realisierung von Werten (also auch der geistigen, religiösen, kulturellen und sozialen Werte) im konkreten menschlichen Lebensvollzug abhängt. Entsprechend unstrittig ist daher der ärztliche Auftrag, das Leben nach Möglichkeit zu erhalten und dem Patienten vermeidbare Schmerzen sowie menschenunwürdige Zustände aufgrund einer mangelhaften medizinischen oder pflegerischen Versorgung zu ersparen.

Die *zweite Stufe*, „Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen“, liegt noch relativ nahe bei der ersten Stufe und lässt einen ähnlich hohen Verpflichtungsgrad zur solidarisch unterstützten medizinischen Versorgung erkennen. Die gebotene Achtung des Grundrechtes eines jeden Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 II GG) schließt im Handlungsfeld der Medizin auch mit ein, dass – sofern medizinisch möglich – beispielsweise die Erblindung eines Menschen, der Verlust des Gehörs, eines Armes oder Beines verhindert wird. Denn auch bei einer Knappheit der vorhandenen Mittel muss es immer noch vorrangig darum gehen, jene Schädigungen und Risiken bei einem Patienten zu minimieren, die in einem hohen Maß den selbstständigen Vollzug seiner normalen

²⁸ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Zusammenfassung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (2007), A2750-2754.

²⁹ Vgl. ebd., A2751f.

Alltagsaktivitäten und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschränken.

Die *dritte Stufe*, „Schutz vor weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens“, hebt im Unterschied zu Stufe 2 nicht auf hochgradig relevante körperliche oder seelische Krankheitsbilder bzw. Gefährdungen der physischen Integrität eines Menschen ab. Hier geht es vielmehr um weniger gravierende Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Gesundheit, also etwa leichte Schmerzen oder im Grunde ungefährliche Krankheiten ohne wesentliche und dauerhafte Beeinträchtigung der normalen menschlichen Lebensvollzüge im Alltag. Zwar fallen auch solche Störungen des Wohlbefindens unter den sehr weit gefassten Krankheitsbegriff der WHO, gleichwohl aber lässt sich aus diesem Sachverhalt schwerlich ableiten, dass besondere Ansprüche an die Solidargemeinschaft auf entsprechende medizinische Versorgung bestünden.

Die *vierte Stufe*, „Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen“, markiert – wenn man es recht betrachtet – im Vergleich zu den drei oberen Stufen nicht bloß eine graduelle Unterscheidung, sondern weit eher schon eine qualitative Abgrenzung. Denn mit dieser letzten Stufe ist das Handlungsfeld der medizinischen Versorgung von kranken Menschen im Grunde verlassen und eine ganz neue Ebene der ärztlichen Behandlung von an sich gesunden Personen zum Zweck der Selbstverwirklichung und Lebensplanung erreicht. Als „wunscherfüllende Medizin“³⁰ lässt sich diese Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Selbstperfektionierung (Schönheitsoperationen), zur Optimierung subjektiv empfundener Lebensqualität (Wellness- und Fitness-Programme) oder Steigerung persönlicher Leistungsfähigkeit (Enhancement-Maßnahmen) durchaus treffend bezeichnen.

Es versteht sich von selbst, dass die Angebote aus dem Leistungskatalog der „wunscherfüllenden Medizin“ noch weit weniger als die Maßnahmen auf der oben genannten „dritten Stufe“ solidarisch zu finanzieren sind. Insofern lässt sich im Hinblick auf die in Punkt 2.2 aufgeworfene Frage, was wohl bei einer Zweigliedrigkeit der Gesundheitsversorgung in Grundversorgung und Wahlversorgung jeweils zu dem einen und dem anderen gehört, hier beim Stufenmodell der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer recht eindeutig die Grenze zwischen der zweiten und der dritten Stufe ziehen. Damit sind freilich viele Fragen der Zuordnung von konkreten medizinischen

³⁰ Zum Begriff und zur Gestalt einer sog. „wunscherfüllenden Medizin“ vgl. M. KETTNER (Hg.): Wunscherfüllende Medizin (2009).

Maßnahmen nach wie vor offen, etwa ob Maßnahmen der Reproduktionsmedizin – wie dies nach meinem Dafürhalten sinnvoll und angemessen wäre – im Bereich der vierten Stufe anzusiedeln und also nicht auf der zweiten Stufe zu lokalisieren bzw. unter die Kategorie der „Grundversorgung“ zu subsumieren sind.

Neben den inhaltlichen Differenzierungen, wie sie in dem erläuterten Stufenmodell eine erste und grundlegende Gestalt gefunden haben, gilt es bei der konkreten Umsetzung des Projektes einer Priorisierung von medizinischen Leistungen auch noch in formaler Hinsicht eine Unterscheidung von verschiedenen Ebenen vorzunehmen, welche erste Anhaltspunkte zur Beantwortung der Frage geben: „Wo und von wem sollen bzw. können sinnvollerweise Priorisierungsentscheidungen getroffen werden?“ Etabliert hat sich mittlerweile in diesem Zusammenhang ein dreigliedriges System der Abgrenzung von *Makroebene*, *Mesoebene* und *Mikroebene*. Zu bedenken bleibt dabei grundsätzlich, dass es sich bei der Prioritätensetzung um einen längerfristigen Prozess der Entscheidung handelt, der auf den verschiedenen Ebenen mit je eigener Schwerpunktsetzung, gleichzeitig aber auch in einem Austauschverhältnis zwischen den drei Ebenen zu gestalten ist.

Auf der *Makroebene* werden die grundlegenden gesellschaftspolitischen Entscheidungen diskutiert und von den demokratisch legitimierten Instanzen des Staates getragen, welche in gewisser Weise dem eigentlichen System der medizinischen Versorgung noch vorgeordnet sind. Hier geht es also zunächst um Überlegungen dergestalt, wie hoch etwa der Anteil des Bruttoinlandsproduktes z. B. in Deutschland für die Gesundheitsaufgaben sein soll und welche finanziellen Ressourcen somit gegebenenfalls anderen zentralen Politikfeldern (Bildung, Infrastruktur, innere Sicherheit usw.) nicht zur Verfügung gestellt werden können.³¹ Zudem müsste auf dieser Makroebene der Priorisierung – darin ist dem Tübinger Medizinethiker GEORG MARCKMANN uneingeschränkt zuzustimmen – auch ein ganz grundsätzlicher Diskurs (koordiniert und gefördert durch eine entsprechende nationale Kommission, sprich den oben bereits erwähnten „Gesundheitsrat“) darüber angestrengt werden,

„(...) wie wir angesichts von Krankheit, Sterben und Tod leben möchten, das heißt,

³¹ Diese Überlegung ist vornehmlich in staatlich finanzierten Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung und spielte bislang in Deutschland kaum eine Rolle. Allerdings gerät mit wachsendem Zuschuss des Staates zum Gesundheitsfond das System der gesetzlichen Krankenversicherungen durchaus in eine zunehmende Abhängigkeit von der Politik und damit auch in eine zunehmende Konkurrenz mit anderen wichtigen Politikzielen.

welche Vorstellungen eines guten Lebens unserer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung zugrunde gelegt werden sollten.“³²

In Anbetracht der Pluralität von Wertoptionen und Lebensentwürfen in der Gesellschaft eines Landes stellt dieses Vorhaben natürlich eine große Herausforderung dar, die vielleicht am besten dadurch anzugehen ist, dass man sich zunächst im Sinne des kleinsten gemeinsamen Nenners auf eine „negative Konzeption des guten Lebens“ zu einigen versucht, d. h. auf jene Lebenszustände und Lebensumstände, die in jedem Fall zu vermeiden sind.³³

Weichenstellungen auf der Makroebene präjudizieren und beeinflussen weitere Entscheidungen auf der *Mesoebene*, wo nun innerhalb des Gesundheitssystems selbst die verschiedenen Bereiche – etwa Arzneimittelversorgung, pflegerische Versorgung, operative Hochleistungsmedizin, Rehabilitation, Prophylaxe oder Palliativmedizin – um die vorhandenen Ressourcen konkurrieren und Entscheidungen darüber getroffen werden müssen, wie die für das Gesundheitswesen insgesamt verfügbaren Mittel auf die unterschiedlichen medizinischen Sektoren zu verteilen sind. Weit sinnvoller als eine einigermaßen willkürliche Festschreibung eines bestimmten Ausgabenanteils pro Sektor, wie dies die seit 1993 in Deutschland praktizierte sektorspezifische Budgetierung vornimmt, wäre allerdings auf dieser Ebene der Priorisierungsentscheidungen durch die Krankenkassen und medizinischen Fachverbände das Bemühen, geeignete Vergleichsinstrumente zu implementieren, um die Effizienz medizinischer Leistungen über die verschiedenen Bereiche hinweg nach objektiven Kriterien der Lebensqualität bemessen zu können.³⁴ Hierbei könnte eventuell auch das bereits bestehende „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ einen wichtigen Beitrag zur Aufarbeitung der verfügbaren wissenschaftlichen Studien zum Kosten-Nutzen-Verhältnis medizinischer Maßnahmen leisten.

Mit der *Mikroebene* schließlich ist die individuelle Versorgung der einzelnen Patienten erreicht. Konkret muss hier darüber entschieden werden, auf welche Weise die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen vorgesehenen medizinischen Versorgungsmaßnahmen den behandlungsbedürftigen Einzelpersonen zugeteilt werden. Vom traditionellen Arztethos her sind Ärzte grundsätzlich gehalten, diejenigen Maßnahmen zu ergreifen,

³² G. MARCKMANN: Ethische Grundlagen der Priorisierung im Gesundheitswesen. In: *Bundesgesundheitsblatt* (2010), 867–873, hier: 872.

³³ Vgl. ebd., 871.

³⁴ Vgl. A. LOSINGER/E. SCHOCKENHOFF: Gerechte Verteilung knapper medizinischer Güter, S. 98f.

welche nach dem aktuellen fachwissenschaftlichen Kenntnisstand dem Patienten am meisten nützen und ihm möglichst wenig Schaden zufügen. Entsprechend große Bedeutung kommt bei der Frage nach Prioritäten auf der Mikroebene der Ermittlung dessen zu, was der Arzt nach einer Diagnose als „Bedarf“ eines Patienten, d. h. als die für ihn angemessene und ausreichend wichtige Behandlung einstuft. Solange hierfür genuin medizinische Wissens- und Erfahrungsstände leitend sind, ist die konkrete Entscheidung über die Behandlung und deren Priorität ethisch verantwortlich. Problematisch ist allerdings, wenn durch Budgetierungen bei niedergelassenen Ärzten jenen Patienten, die am Ende eines Jahresquartals in die Praxis kommen, medizinisch notwendige und sinnvolle, wohl aber zeitaufwendige und kostenintensive Leistungen nicht zeitnah oder überhaupt nicht zuteilwerden, weil eben das Budget schon aufgebraucht ist.

Vieles spricht dafür, die grundsätzlichen Priorisierungsentscheidungen auf der Makroebene und der Mesoebene zu treffen und somit der Mikroebene mit Rücksicht auf das besondere Vertrauens- und Fürsorgeverhältnis zwischen dem einzelnen Arzt und seinem Patienten soweit als möglich schwierige Debatten um medizinisch rationale und ethisch vertretbare Prioritätensetzung zu ersparen. Dennoch wird es sich aber allein schon wegen der Besonderheit des einen oder anderen konkreten Einzelfalles, der ja nie vollständig und vollständig mit allgemeinen Regelungen erfasst werden kann, gar nicht vermeiden lassen, dass Ärzte gerade auch in der klinischen Situation Verantwortung für einen angemessenen Umgang mit knappen Ressourcen übernehmen. „Hierzu“ – so sieht es die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer – „ist es erforderlich, über die traditionelle individualethische Orientierung hinaus Einstellungen, Wissen und Urteilsfähigkeit im Bereich sozialetischer Fragestellungen in Aus-, Weiter- und Fortbildung zu vermitteln und zu fördern.“³⁵

Sollte die soeben zitierte Passage aus der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der BÄK so verstanden werden, als spielten sozialetische Aspekte beim Thema der Priorisierung im Gesundheitswesen die mit Abstand größere Rolle als individualethische Perspektiven, dann liefe das auf eine Akzentsetzung hinaus, welche wichtige Zusammenhänge des Problems zu vernachlässigen beginnt. Denn bei aller unbestrittenen Relevanz sozial-ethischer Implikationen, wie sie ja auch im Kontext unserer eigenen bisherigen Überlegungen zum Ausdruck kam, scheint mir doch gerade auch eine dezidiert individualethische Blickrichtung nach wie vor unverzichtbar, wenn

³⁵ BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.): Stellungnahme der Zentralen Kommission, A2753.

die Problematik „Ärztlicher Auftrag und Kostendruck im Gesundheitswesen“ einigermaßen realitätsnah und angemessen erörtert werden soll. Deshalb seien in einem nun folgenden Schritt zumindest noch ein paar wesentliche Gedanken zum ärztlichen Berufsethos und dessen Auswirkungen auf dem Gebiet der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen formuliert.

3 Abschied vom traditionellen Fürsorgeethos des Arztes?

3.1 Nachteile einer zunehmenden Standardisierung und Merkantilisierung des ärztlichen Handelns

Wenn JÜRGEN HABERMAS schon vor dreißig Jahren nicht ohne kritischen Unterton von der „Kolonialisierung der Lebenswelten“³⁶ durch das ökonomische Denken gesprochen hat, so besteht heute kein Zweifel mehr daran, dass dieser Siegeszug der Ökonomie in den vergangenen Jahrzehnten auch das Terrain der Medizin erfasst und die Auffassung vom Arztsein sichtlich verändert hat. Während noch Anfang der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts auf die Frage, welche anderen Berufe aus ihrer Sicht mit dem Arztberuf am meisten Ähnlichkeit hätten, eine Mehrheit in der deutschen Bevölkerung geistliche und künstlerische Berufe nannte, überwiegen seit den 90er Jahren Ingenieur- und Handelsberufe, die von den entsprechend Befragten in die Nähe der ärztlichen Tätigkeit gerückt werden.³⁷

Das ist ein bezeichnendes Ergebnis und spiegelt im Grunde nur konsequent jene Entwicklung in der Medizin wider, die schon seit Mitte des 19. Jahrhunderts eingesetzt hatte und in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts schließlich in vollem Umfang zum Durchbruch kam: die Dominanz naturwissenschaftlicher Methodik sowie der breite Einsatz technischer Diagnose- und Behandlungsverfahren. Hinzu kommt, dass mit den sog. „Disease-Management-Programms“ („DMPs“) neuerdings Prozesse, die ursprünglich für die Industrie entwickelt wurden und dort die Effizienz und Effektivität der Produktion steigern sowie die Kundenzufriedenheit sichern sollten, nun als Maßnahmen zur standardisierten Qualitätssicherung auch in Kliniken und Arztpraxen Eingang gefunden haben.

Was als ein wichtiger Beitrag zur medizinischen Qualitätssicherung gedacht ist, birgt in sich aber auch die Gefahr, die Komplexität der ärztlichen Be-

³⁶ J. HABERMAS: *Theorie des kommunikativen Handelns*, Bd. 2 (1981), S. 522.

³⁷ Vgl. J.-D. HOPPE: *Identitätskrise des Arztberufes*. In: Bistum Essen (Hg.): *Wandel in der Berufsauffassung des Arztes* (2001), S. 11–36, hier: 15.

treuung eines Patienten auf eine im Experiment bewährte medico-technische Verfahrensweise und das statistische Mittelmaß zu reduzieren. Zu bedenken bleibt in diesem Zusammenhang jedoch auch:

„Evidenz bezeichnet keineswegs die sichere Wirkung eines Verfahrens oder einer Therapie im Einzelfall, sondern lediglich eine mehr oder weniger große Wahrscheinlichkeit, die auch bei gleicher Diagnose für die weitere Prognose eines einzelnen Kranken jedoch nur bedingt verwertbar ist.“³⁸

Im Verbund mit Abrechnungsmodellen, die technische Prozeduren und Laborleistungen weit besser als das eingehende Arzt-Patienten-Gespräch entlohnen und die Behandlung von Patienten pauschal nach Einordnung in eine bestimmte Diagnosegruppe (DRGs) vergüten, wird dann die Versuchung bzw. der Zwang noch größer, dass eine pseudo-objektive Standardmedizin anstatt einer wirklich humanen individuellen Versorgung des kranken und ratsuchenden Menschen das ärztliche Handeln bestimmt.

Neben diesem Trend zur Standardisierung ist heute auch ein Trend zur Merkantilisierung des Arztberufes nicht zu übersehen. Dass es nicht darum gehen kann, ökonomische Aspekte und Sachgesetzmäßigkeiten sowie einen maßvollen wirtschaftlichen Wettbewerb völlig aus dem Handlungsfeld moderner Medizin zu eliminieren, steht außer Zweifel.³⁹ Und ebenso billig wie illusorisch wäre es auch – das sollte vom Tenor der bisherigen Ausführungen her hinreichend deutlich geworden sein –, dass man in Verkennung der tatsächlich bestehenden finanziellen Engpässe stereotyp die Forderung nach mehr Entgelt, mehr Stellen und mehr Ausgaben für das Gesundheitswesen erhebt.

Was allerdings aus ethischer Perspektive problematisch erscheint, ist der Sachverhalt, dass ein externer Unternehmensberater die Zeit berechnet, die dem Krankenhausarzt für das Patientengespräch pro Tag durchschnittlich zur Verfügung stehen soll. Braucht dann der Arzt bei der Visite länger als die anberaumten zwei Minuten, dann heißt das, dass er unwirtschaftlich handelt und sich die anfallenden Überstunden selbst zuzuschreiben hat.⁴⁰ Hier sorgt ein Pseudo-Effektivitätsmanagement für regelrecht ausbeuterische und menschlich unzumutbare Verhältnisse (Stichwort: „Akkord am Menschen“), welche die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung erheblich beeinträchtigen und ge-

³⁸ F.-W. KOLKMANN/K. VILMAR/F. STOBRAWA: Entprofessionalisierung ärztlicher Berufsausbildung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101 (2004), A1409-1414, hier: 1413f.

³⁹ Vgl. dazu auch meine ausführlicheren Überlegungen in J. BRANTL: Entscheidung durch Unterscheidung (2007), S. 19–29.

⁴⁰ Vgl. G. JONITZ: Zur Situation der Krankenhausärzte in Deutschland. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 44 (1998), 221–226, hier: 223.

rade auch hoch motivierte Ärzte an den Rand der physischen und psychischen Belastungsgrenzen manövrieren können.

Nicht weniger fragwürdig ist im Kontext einer zunehmenden Merkantilisierung des Arztberufes aber auch eine Entwicklung, die sich vor allem im Bereich der niedergelassenen Ärzte abzeichnet. Wenn immer mehr Ärzte ihren Patienten sog. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ („IGeL“) anbieten, die nicht im Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind und deshalb als private Zusatzangebote von den Patienten selbst bezahlt werden müssen, dann besteht sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte die Gefahr, dass sie früher oder später beide zu Verlierern der Merkantilisierung des Arztberufes werden: die Patienten, weil aus ihrer Gesundheitsvorsorge ein lukratives „Geschäft mit der Angst“ wird; die Ärzte, weil sie schließlich als geschäftstüchtige „Krankheitserfinder“⁴¹ gelten müssen; und beide, weil die besondere Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient empfindlich gestört wird, wenn ein Arzt eine Leistung einzig aus Profitstreben erbringt.⁴²

3.2 Zur Tragweite tugendethischer Formierung

Das Merkmal der Sorge des Arztes um seine Patienten gilt als Spezifikum des Arztberufes, und es findet sich sowohl im christlichen als auch im profanen Leitbild des ärztlichen Auftrags gegenüber seinem Patienten. Ja, mehr noch: In der langen Tradition der westlichen Medizin wird durchaus nicht nur in seltenen Ausnahmen, sondern verhältnismäßig häufig auch das Bild des Arztes als „Freund“ seines Patienten gezeichnet. Die folgende Passage aus dem Werk *De beneficiis* des antiken Philosophen SENECA ist in dieser Richtung nicht nur einschlägig, sondern auch frappierend aktuell in ihren Bezügen:

„Warum schulde ich dem Arzt und dem Erzieher mehr als nur Lohn? Weil der Arzt und der Erzieher uns zu Freunden werden und uns nicht durch die Dienstleistung verpflichten, die sie verkaufen, sondern durch ihr gütiges Wohlwollen wie einem Familienmitglied gegenüber. Einem Arzt, der mich nur eben an der Hand berührt und mich zwischen alle diejenigen einreicht, die er in Eile besucht und denen er ohne die mindeste Teilnahme vorschreibt, was sie tun und lassen sollen – einem solchen Arzt schulde ich nichts weiter, denn er sieht in mir nicht den Freund, sondern den Kunden. (...) Warum also schulden wir diesen Menschen so viel? Nicht

⁴¹ Vgl. das binnen kurzer Zeit zum Bestseller avancierte Buch von J. BLECH: *Die Krankheitserfinder* (2003).

⁴² Vor dieser Konsequenz warnt insbesondere auch der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe; vgl. J. FLINTROP/T. GERST: *Individuelle Gesundheitsleistungen. Ausfransungen eines grauen Marktes*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (2005), A469-472.

deshalb, weil das, was sie uns verkauft haben, mehr wert wäre, als wir ihnen zahlen, sondern weil sie um unserer selbst willen etwas getan haben.“⁴³

Vergegenwärtigt man sich etwa das Verhältnis zwischen einem chronisch kranken Patienten und seinem Arzt, so kann man sich die Bedeutung dieses Leitbildes einer Freundschaft unter medizinischen Vorzeichen doch einigermaßen vorstellen. Arzt und Patient begegnen sich häufig. Der Arzt vermag den Lebenslauf seines Patienten ins Auge zu fassen und mit diesem gemeinsam den Umgang des Kranken mit seiner Krankheit zu gestalten. Ganz klar betont dieses auch gelegentlich als „deliberativ“ bezeichnete Leitbild der „Freundschaft“ gemeinsame Entscheidungsprozesse und eine offene, transparente, nachvollziehbare Erläuterung des medizinisch Möglichen und Sinnvollen. Von daher sind etwaige heimliche Rationierungen bzw. Priorisierungen in der Versorgung des Patienten auf der Basis einer solcherart personal gefassten Interaktion eigentlich undenkbar und absolut kontraproduktiv; führen sie doch letzten Endes nur zu Misstrauen und gegenseitiger Schuldzuweisung, sprich: zur empfindlichen Schädigung des notwendigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.

Nun kann man freilich gegenüber diesem Bild der „Freundschaft“ unter medizinischen Vorzeichen den Einwand erheben, dass es sich hierbei doch erkennbar um eine Idealisierung oder „Sozialromantik“ handelt, die der konkreten Wirklichkeit einer Arzt-Patienten-Beziehung heute und zumal im modernen Krankenhausbetrieb kaum mehr gerecht wird. Allerdings stellt sich auch unter den Vorzeichen eines modernen Medizinbetriebs dieses Leitbild der Freundschaft, der Fürsorglichkeit und des Mitgefühls in der Arzt-Patienten-Beziehung nach wie vor als wichtig, angemessen und auch realitätsnah dar. Denn ist es nicht so, dass die Anamneseerhebung eine Art Instrument ist, mit der sich dem Arzt die Biografie seines Patienten quasi im Zeitraffer erschließt? Ist es nicht so, dass gerade bei der Anamnese oft weit mehr Sorgfalt und Zeitaufwand eingesetzt werden müsste, damit die Diagnosefindung auch tatsächlich in die richtigen Bahnen gelenkt wird? Manche kostenintensive apparative oder laborchemische Untersuchung ließe sich vermutlich ohne jeden Nachteil für den Patienten einsparen, wenn die sog. „sprechende Medizin“ wieder mehr gefördert und auch honoriert werden würde. Was freilich dem in der christlichen wie auch in der profanen Tradition zu findenden Leitbild der Freundschaft und Fürsorge diametral entgegensteht, ist eine reine „Dienstleister-Kunden-Beziehung“ zwischen Arzt und Patient, die im Kern geprägt

⁴³ Zit. n. P. LAIN ENTRALGO: *Arzt und Patient* (1969), hier: S. 7.

ist von einer gewissen Wachsamkeit auf beiden Seiten, damit der eine vom anderen nicht übervorteilt wird und mit seinen Interessen zu kurz kommt.

Geht es nun aber unmittelbar um die Frage nach dem ärztlichen Auftrag unter den Vorzeichen des Kostendruckes im Gesundheitswesen, werden interessanterweise die klassischen Tugenden der Besonnenheit und des Maßhaltens wieder stärker in den Vordergrund gerückt. So betont etwa der Philosoph OTFRIED HÖFFE, dass die sich abzeichnende Ressourcenknappheit im modernen Gesundheitswesen und ihre Bewältigung einen weit tiefer gehenden und radikaleren Ansatz fordert, als er bei den üblichen Rationalisierungs- oder Rationierungsvorhaben zu finden ist. Allein – so HÖFFE – durch eine deutliche Mentalitätsveränderung bei Patienten und Ärzten in Richtung Besonnenheit und Maßhalten könne das Übel der Ressourcenknappheit an seinen eigentlichen Wurzeln bekämpft werden. Denn nur so werden sich auf Dauer überzogene Begehrlichkeiten der Patienten gegenüber dem modernen Medizinbetrieb und allzu willfähiges Entgegenkommen der sog. medizinischen Leistungsanbieter wirksam zurückschrauben lassen.⁴⁴

Dabei muss diese sinnvolle Begrenzung durchaus nicht zulasten der Qualität in der medizinischen Versorgung gehen – eher ist das Gegenteil anzunehmen. Denn in der Medizin ist ja ein Mehr an Maßnahmen bekanntlich nicht gleichbedeutend mit besserer Versorgung. Ja es gibt nicht wenige Ärzte, die der Auffassung sind, dass ein vorsichtiger Umgang mit diagnostischen und therapeutischen Methoden oft sogar die bessere Medizin ist. Ein Mehr an Medikamenten, an Röntgenuntersuchungen, an Operationen oder anderen invasiven Eingriffen birgt auch unnötige und zusätzliche Risiken in sich.

Es mag eine etwas ketzerische und gewagte Behauptung sein: Aber verhält es sich vielleicht sogar so, dass die ökonomische Komponente im Bereich der modernen Medizin dazu geführt hat und noch führt, dass nicht zu wenig, sondern eher zu viel geröntgt, operiert oder mit hoch aufwendigen Methoden therapiert wird? Bezeichnend jedenfalls ist, dass der gute und erfahrene Arzt meist seltener und gezielter solche Methoden anwendet als der Anfänger – und zwar nicht, weil auf diese Weise Geld gespart werden kann, sondern weil dadurch eine wirklich angemessene und dem Patientenwohl förderliche medizinische Behandlung gewährleistet ist.

⁴⁴ Vgl. O. HÖFFE: Aus philosophischer Sicht. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998), A202-205.

4 Ausblick: Vom Wert der Gesundheit

Eine Schlüsselfrage – oder sogar die Gretchenfrage schlechthin – in dem ganzen Problemfeld Medizin und Kostendruck lässt sich so formulieren: „Wie hältst du es mit dem Wert Gesundheit? Welchen Stellenwert nimmt die Gesundheit in deinem Konzept vom guten Leben ein?“ Das ist natürlich eine ebenso schwierige wie grundsätzliche Frage, die einer intensiven und breit angelegten Reflexion bedarf. An dieser Stelle kann als „Ausblick“ am Ende dieses Beitrags lediglich die Richtung angedeutet werden, in die es sich weiter nachzudenken lohnt.

In unseren einleitenden Überlegungen war die Rede davon, dass in den hoch entwickelten Industrienationen der gesellschaftliche Trend zur Individualisierung und Säkularisierung dem Wert Gesundheit einen beachtlichen Bedeutungszuwachs beschert hat. Dabei bleibt es allerdings nach wie vor ein kaum lösbares Problem, überhaupt zu definieren, wie man „Gesundheit“ zu verstehen hat. Viel und heftig kritisiert wurde bzw. wird die berühmte Definition des Begriffs Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1947, der zufolge Gesundheit einen „Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche“⁴⁵ meint. Zweifelsohne artikuliert dieser Definitionsversuch ein so umfassendes Verständnis von Gesundheit, dass er im Grunde utopisch ist (Welcher Mensch kann sich in dieser Perspektive überhaupt als gesund betrachten?) und damit bestenfalls als asymptotisch realisierbare Zielbeschreibung taugt.

So berechtigt die Kritik am Gesundheitsbegriff der WHO auch sein mag – eines sollte man in diesem Zusammenhang jedoch nicht übersehen: Genau diese ausufernde Vorstellung von Gesundheit ist durchaus repräsentativ für die Lebenswirklichkeit der Menschen und das Erscheinungsbild unseres modernen Gesundheitswesens. Nicht allein, dass mittlerweile die Grenzen zwischen Gesundheitssorge, Fitnessbewegung, Körperästhetik und Wellness-Kultur fließend geworden sind und sich ein ausgesprochen facettenreiches Gesundheitsideal etabliert hat; in umgekehrter Logik ist ebenso eine Ausweitung der Krankheits-Diagnosen und entsprechender therapeutischer Angebote zu verzeichnen.

Der Journalist JÖRG BLECH hat in seinem oben bereits erwähnten, medizinisch-fachwissenschaftlich durchaus *lege artis* recherchierten Buch *Die*

⁴⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Basic documents (1976), 1.

Krankheitserfinder auf die Medikalisierung als gesellschaftlichen Megatrend hingewiesen, im Zuge dessen an sich normale Prozesse des menschlichen Lebens sowie persönliche und soziale Probleme zunehmend als Krankheiten wahrgenommen werden.

„Ob Bluthochdruck, soziale Phobie, Jetlag, Internetsucht, erhöhter Cholesterinspiegel, larvierte Depression, Übergewicht, Menopause, Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom oder erektile Dysfunktion – medizinische Fachgesellschaften, Patientenverbände und Pharmafirmen machen in nicht enden wollenden Medienkampagnen die Öffentlichkeit auf Störungen aufmerksam, die angeblich gravierend sind und viel zu selten behandelt werden.“⁴⁶

Die Folgen dieser Entwicklung sind in gewisser Weise paradox, um nicht zu sagen: grotesk. Vergleichende Studien dokumentieren beispielsweise, dass sich US-Amerikaner subjektiv im Durchschnitt weniger gesund fühlen als die Bewohner des indischen Bundesstaates Bihar – und das, obgleich in den Vereinigten Staaten der finanzielle Aufwand im Gesundheitsbereich natürlich ein Vielfaches dessen beträgt, was in Indien üblich ist, und die Menschen eine weit höhere Lebenserwartung haben. Der Hamburger Arzt und Psychologe KLAUS DÖRNER führt dieses eigentümliche „Leiden an der Gesundheit“ in den modernen Industriegesellschaften darauf zurück, dass das Wesen der Gesundheit eben darin bestehe, sich umso mehr zu entziehen, je konzentrierter und absichtsvoller sie zu erlangen versucht wird. Gesundheit sei im Grunde nicht machbar, nicht herstellbar; vielmehr stelle sie sich selbst her. Gesundheit gebe es lediglich als Zustand, in dem der Mensch vergisst, dass er gesund ist.⁴⁷

Diese Auffassung DÖRNERs bewegt sich ganz auf der Linie der philosophischen Reflexion HANS-GEORG GADAMERS, der das Phänomen der Krankheit als das „sich selbst Objektivierende, d. h. sich Entgegenwerfende, kurz: das Aufdringliche“⁴⁸ bezeichnet, wohingegen das Geheimnis der Gesundheit in ihrer Verborgenheit liege. Zwar könnte man eine ganze Reihe von physiologischen oder psychologischen Standardwerten auf der Basis von Durchschnittserfahrungen für die menschliche Gesundheit festlegen. Sobald man aber etwa einem gesunden Menschen unbedingt diese Standardwerte aufzwingen möchte, würde man das Wesen der Gesundheit verfehlen, weil diese als ein Zustand der inneren Angemessenheit und Übereinstimmung mit sich selbst in Wahrheit gar nicht zu messen ist.⁴⁹

⁴⁶ J. BLECH: *Die Krankheitserfinder*, S. 15.

⁴⁷ Vgl. K. DÖRNER: *Der gute Arzt*. In: S. Simon (Hg.): *Der gute Arzt im Alltag* (2005), S. 11–17.

⁴⁸ H.-G. GADAMER: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. In: Ders.: *Über die Verborgenheit der Gesundheit* (1993), S. 133–148, hier: 137.

⁴⁹ Vgl. ebd., S. 138.

„Es liegt ganz unzweifelhaft in der Lebendigkeit unserer Natur, dass die Bewusstheit sich von sich selbst zurückhält, sodass Gesundheit sich verbirgt. Trotz aller Verborgtheit kommt sie aber in einer Art Wohlgefühl zutage, und mehr noch darin, dass wir vor lauter Wohlgefühl unternehmensfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit. Sie besteht nicht darin, dass man sich in den eigenen schwankenden Befindlichkeiten immer mehr um sich sorgt oder gar Unlustpillen schluckt. (...) Gesundheit ist eben überhaupt nicht ein Sich-Fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt sein.“⁵⁰

Von einem Zustand des selbstvergessenen Weggegebenseins an den anderen bzw. das andere der privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Lebensvollzüge, worin sich nach GADAMER das Gesund-Sein eines Menschen manifestiert, ist man freilich gerade dann besonders weit entfernt, wenn man die menschliche Gesundheit in quasi-religiöser Weise überhöht und zunehmend an die Stelle überkommener Vorstellungen vom höchsten Gut oder Heil des Menschen rückt. Das Motto „Hauptsache gesund“ bringt gerade dann, wenn sich die menschliche Suche nach Glück und Lebenssinn in rein innerweltlichen Kategorien bewegt, eine meist selbstverständliche und nicht mehr hinterfragte Prioritätensetzung zum Ausdruck, die zwar einerseits den hohen Wert der Gesundheit für jede weitere freiheitliche Wertverwirklichung richtig erfasst, sich aber andererseits in höchst bedenklicher Weise gegen eine Integration der Erfahrungen von Krankheit und Behinderung, Leiden und Tod in den Sinnentwurf eines gelingenden Lebens sperrt.

Wohin gerade dieses „Hauptsache gesund“ mit seinen oft überzogenen Erwartungen an Wohlbefinden und Lebensqualität, insbesondere aber auch mit seinem Scheiternmüssen in Anbetracht der letztlich doch unausweichlichen Hinfälligkeit und Endlichkeit menschlichen Lebens führt, hat der Kölner Mediziner und Theologe MANFRED LÜTZ in seinem zum Bestseller avancierten Buch mit dem Titel *LEBENSLUST* eindringlich beschrieben. Der von Witz, Satire und Übertreibung geprägte literarische Stil des Werkes kann dabei nicht über den Ernst seiner Botschaft hinwegtäuschen: Die utopischen Verstiegenheiten der profanen „Gesundheitsreligion“, die Hoffnungen ihrer Anhänger auf ewiges Leben durch herstellbare und planbare Gesundheit sowie die kultische Befriedigung dieser Sehnsüchte im modernen Gesundheitssystem hätten zu einer Pathologisierung der Gesellschaft geführt. Weil aber die tatsächlichen Hilfen, welche moderne Medizin und Fitnessbewegung in den existenziel-

⁵⁰ Ebd., S. 143f.

len Lebenslagen von Leiden, Sterben und Tod zur Verfügung stellen können, nicht annähernd den „religiös überkochenden“ Sehnsüchten der Menschen entsprechen, bestehe das schließlich unvermeidliche Resultat in „vollständiger Frustration“.⁵¹

Vor diesem Hintergrund – und hier zeichnet sich meines Erachtens eine große Übereinstimmung im Auftrag des Philosophen, des Theologen und des Arztes ab – müsste es darum gehen, ein zunehmend waches Bewusstsein für die schädlichen Nebenwirkungen des in weiten Teilen der Gesellschaft vorherrschenden Gesundheitsverständnisses zu entwickeln, ohne dabei natürlich die grundsätzliche Berechtigung, ja: Verpflichtung zum aufmerksamen und verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit als Mittel der Vitalität außer Acht zu lassen.

In erster Linie gilt es dabei wohl, den Gesundheitsbegriff selbst und die mit ihm verbundenen Erwartungen an die Medizin von Optimal- und Maximalzuschreibungen zu befreien und auf ein Konzept zurückzuführen, das der menschlichen Erfahrung von Endlichkeit, schicksalhafterm Leid und Versehrtheit besser entspricht. Richtungsweisend könnte dafür eine Vorstellung von Gesundheit sein, wie sie prägnant in dem folgenden Aphorismus formuliert ist, der gemeinhin FRIEDRICH NIETZSCHE zugeschrieben wird: „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“

Anders gesagt: Die Möglichkeiten der Medizin und der Auftrag des Arztes konzentrieren sich in sehr vielen Fällen darauf, Patienten und ihren Angehörigen Wege zu eröffnen, wie sie trotz bzw. mit der Krankheit oder Behinderung ein Leben führen können, das in der Gesamtschau dennoch als ein gelungenes Leben bezeichnet werden kann. Eine solche Profilbeschreibung des ärztlichen Auftrags findet sicher weit mehr Bestätigung in der Praxis als die Illusion einer heilen Welt durch grenzenlosen medizinischen Fortschritt, der in der praktischen Umsetzung ohnehin nur für eine Minderheit bezahlbar wäre.

L i t e r a t u r

BLECH, JÖRG: Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt a. M.: S. Fischer, 2003.

BOHRMANN, THOMAS: Subsidiarität. In: Marianne Heimbach-Steins (Hg.): Christliche Sozialethik. Regensburg: Pustet, 2004, S. 293–301.

⁵¹ Vgl. M. LÜTZ: Lebenslust (2002), S. 85–88.

- BRANTL, JOHANNES: Entscheidung durch Unterscheidung. Existenzethik als inneres Moment einer medizinischen Ethik in christlicher Perspektive. Münster: Lit, 2007.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.): Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft – Ulmer Papier, Köln 2008.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Zusammenfassung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (2007), A2750-2754.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, REFERAT ÖFFENTLICHKEITSARBEIT (Hg.): Daten des Gesundheitswesens 2010, Berlin 2010.
- DABROCK, PETER: Es gibt viel zu verlieren. Für eine Revolution des Gesundheitssystems fehlen der Mut und die Mehrheit. In: *zeitzeichen* Heft 11, November 2010, 40–43.
- DÖRNER, KLAUS: Der gute Arzt – aus der Sicht eines Psychiaters. In: Steffen Simon (Hg.): *Der gute Arzt im Alltag. Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis.* Köln: Dt. Ärzte-Verl., 2005, S. 11–17.
- FLINTROP, JENS/THOMAS GERST: Individuelle Gesundheitsleistungen. Ausfransungen eines grauen Marktes. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (2005), A469-472.
- FONK, PETER: Der Arzt als Geschäftsmann, der Patient als Kunde? Wie Forderungen der Gesundheitsökonomie das ärztliche Berufsbild und die Rolle des Patienten verändern. In: Otfried Seewald, Otfried/Hartmut Schoefer (Hg.): *Zum Wert unserer Gesundheit. Der Arzt zwischen Rationierung und Rationalisierung.* Baden-Baden: Nomos, 2008, S. 59–74.
- GADAMER, HANS-GEORG: Über die Verborgenheit der Gesundheit. In: Ders.: *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1993, S. 133–148.
- HABERMAS, JÜRGEN: *Theorie des kommunikativen Handelns*, Bd. 2. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1981, S. 522.
- HILLMANN, KARL-HEINZ: *Wertwandel. Ursachen – Tendenzen – Folgen.* Würzburg: Carolus, 2003.
- HÖFFE, OTFRIED: Aus philosophischer Sicht: Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998), A202-205.
- HÖFFE, OTFRIED: Besonnenheit und Gerechtigkeit. Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. In: Wolfgang Schlicht/Hans Hermann Dickhuth (Hg.): *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität?* Schondorf: Hofmann, 1999, S. 155–184.
- HOPPE, JÖRG-DIETRICH: Identitätskrise des Arztberufes. In: Bistum Essen (Hg.): *Wandel in der Berufsauffassung des Arztes im Kontext mit den Veränderungen in der Gesellschaft/Gewissen in ärztlichen Konfliktsituationen (Referate des einunddreißigsten und zweiunddreißigsten Ärztetages im Bistum Essen), Nettetal 2001, S. 11–36.*
- JONITZ, GÜNTHER: Zur Situation der Krankenhausärzte in Deutschland. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 44 (1998), 221–226.
- KETTNER, MATTHIAS (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung,* Frankfurt a. M./New York: Campus, 2009.
- KOLKMANN, FRIEDRICH-WILHELM/KARSTEN VILMAR/Franz Stobrawa: Entprofessionalisierung ärztlicher Berufsausbildung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101 (2004), A1409-1414.
- KRÜGER-BRAND, HEIKE E./ FALK OSTERLOH: Eröffnungsveranstaltung des 114. Deutschen

- Ärztetages: Abschied, Einstand und viel Applaus. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2011), A1199-1201.
- LAIN ENTRALGO, PEDRO: *Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin*. München: Kindler, 1969.
- LOSINGER, ANTON/EBERHARD SCHOCKENHOFF: Gerechte Verteilung knapper medizinischer Güter. Allokation im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht. In: *Stimmen der Zeit* Heft 2, Februar 2010, 98.
- LÜTZ, MANFRED: *Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult*. München: Pattloch, 2002, S. 85–88.
- MARCKMANN, GEORG/PAUL LIENING / URBAN WIESING (Hg.): *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*. Stuttgart/New York: Schattauer, 2003.
- MARCKMANN, GEORG: Ethische Grundlagen der Priorisierung im Gesundheitswesen. In: *Bundesgesundheitsblatt* 2010, 867–873.
- NASS, ELMAR: Rationierung im Gesundheitswesen: ökonomisch – ethisch – christlich. Eine Entscheidungshilfe im Dilemma. In: *Lebendiges Zeugnis* 64 (2009), 5–15.
- ROSENBERGER, MICHAEL: Die beste Medizin für alle – um jeden Preis. Die ethische Gestaltung des Gesundheitssystems angesichts begrenzter Mittel. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006), A764-767.
- SCHNEIDER, UDO: Kostenfalle Gesundheitswesen? Ökonomische Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitssicherung. In: *zur Debatte* 33 (2003).
- SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hg.): *Die Deutschen Bischöfe – Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und Kommission für caritative Fragen. Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*, Bonn 2003.
- SIMON, MICHAEL: *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern: Huber, 2010.
- SITTER-LIVER, BEAT: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: *FZPhTh* 50 (2003), 438–463.
- WIEMEYER, JOACHIM: An Haupt und Gliedern. Eckpunkte für eine umfassende Gesundheitsreform. In: *HerKorr* 56 (2002), 605–610.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): *Basic documents*, Genf 1976.

Internetquellen

- Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme vom 27.01.2011, dokumentiert unter: (zuletzt abgerufen am 22.07.2011).
- MLP Gesundheitsreport 2010, Präsentation, dokumentiert unter: <http://www.mlp-ag.de> (zuletzt abgerufen am 22.07.2011).

Prof. Dr. Johannes Brantl, Lehrstuhl f. Moraltheologie, Theologische Fakultät Trier,
 Universitätsring 19, D-54296 Trier
 brantl@uni-trier.de