

Gesundheit ist verhandelbar

Vortrag von Prof. Dr. Erny Gillen, Luxemburg,
anlässlich des Theresientags am 1. Oktober 2000
Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken

Weil die Gesundheit kein objektiver Tatbestand ist, und die Medizin eher als eine Kunst, als ein bloßes Handwerk, oder gar als reine Wissenschaft verstanden werden kann, gehört die Bestimmung dessen was Gesundheit ist – oder besser: sein sollte – in den Bereich des *Alltagswissens* und damit auch in den Bereich der Philosophie und der Theologie. Wer also von sich behauptet er sei gesund, der beschreibt wohl seinen aktuellen Zustand, nicht aber seine Gesundheit. Er bewertet seinen Zustand als gesund. Wer die Probe aufs Exempel gerne machen möchte, fragt am besten drei verschiedene Leute um ihre Meinung was seinen oder eines anderen Gesundheitszustand betrifft. Ist etwa einer der hinkt gesund oder krank? Ist ein behindertes Kind gesund oder krank? Hat jemand eine Herz- oder Niereninsuffizienz? Man kann wohl (s)eine Krankheit beschreiben. Ob die Person selber aber gesund oder krank *ist* bzw. sich gesund oder krank *fühlt* oder *einschätzt*, bleibt eine völlig andere Frage.

Sie haben sicherlich in meinem letzten Satz bemerkt, dass die Adjektive "krank" und "gesund" sich sehr wohl direkt reziprok zueinander verhalten, während umgekehrt dies für die Substantive "Gesundheit" und "Krankheit" nicht zutrifft. Krankheit wird vor allem in der Medizin, und dies seit ihrer Annäherung an die Naturwissenschaften, als deskriptiver Begriff zur Bestimmung allgemein beschreibbarer Phänomene verwendet. So steht etwa eine "Niereninsuffizienz" in der medizinischen Sprache als die Chiffre für einen sozusagen auf der ganzen Welt beschreibbaren Zustand, der es Medizinern erlaubt, untereinander "Niereninsuffizienz" als Kürzel für einen bio-physiologischen und chemischen Zustand nicht etwa eines Patienten, sondern eines Organs zu verwenden. Anstatt eine Niereninsuffizienz als Krankheit Nummer 315 zu beschreiben, haben es die Mediziner - wie viele andere Wissenschaftler auch - vorgezogen, mnemotechnisch auf die Alltagssprache zurückzugreifen, um damit zwischen sich selber und auch den Patienten die Kommunikation zu erleichtern. Krankheit und Gesundheit stehen - begrifflich gesprochen - hier nun aber nicht in einem direkt proportionalen oder reziproken Verhältnis zueinander.

Aus diesen sprachtheoretischen Zusammenhängen geht denn auch hervor, dass man in der Alltagssprache nicht den Eindruck hat, dass jemand widersprüchliches sagt, wenn er formuliert: "dieser Dialysepatient lebt gesund". In verschiedenen Wortverbindungen macht die Alltagssprache bewusst, dass das Adjektiv "krank" nicht eine Hypostasierung des Substantives Krankheit ist und auch nicht so gebraucht wird. Ähnlich wie die Wortverbindung "ein menschlicher Mensch" von Bruno Schüller aufweist, dass ein Individuum, das als Mensch beschrieben wird, in seinem Handeln noch einmal als menschlich oder unmenschlich bewertet werden kann, zeigt etwa der Ausdruck "eine kranke Krankheit" auf einen ähnlichen Sachzusammenhang hin. Doch wozu, meine sehr verehrten Damen und Herren, dieser sprachtheoretische Exkurs über Gesundheit und Krankheit bzw. über gesund und krank? Nun, ich möchte deutlich machen, dass Gesundheit anders als Krankheit ein Wertungswort geblieben ist, und nicht einfachhin einen Zustand beschreibt, bei dem jemand ganz ohne beschreibbare Krankheiten wäre. Gesundsein, Gesundheit bleiben präskriptive Begriffe, da sie einen Zustand mit oder ohne Krankheiten als Gesundheit bzw. Gesundsein bewerten können.

Angenommen Sie folgten mir bei der Beschreibung dieser Sachverhalte, dann können wir einen nächsten Schritt tun und versuchen aufzuzeigen, in welchem semantischen Feld Gesundheit oder Gesundsein bestimmt werden kann. Und Sie vermuten richtig, dass der Ethiker der ich bin, Ihnen nun nahelegen wird, dieses Umfeld sei philosophisch ethisch zu bestimmen und eben nicht nur rein fach-medizinisch oder fach-pflegerisch. Mediziner sind von ihrer Ausbildung her Krankheitsexperten, nicht aber etwa Gesundheitsexperten. Experten für die Kranken werden sie *nach* ihrer wissenschaftlichen Ausbildung als Mediziner erst durch ihr Arztsein, dadurch also, dass sie Erfahrungen mit von einer bestimmten Krankheit befallenen Menschen als Patienten bekommen und daraus oftmals zusammen mit ihnen lernen, wie man etwa mit einer bestimmten Krankheit im Leben umgehen kann. Und wer aus einem Krankenhaus ein Gesundheitszentrum machen möchte, wird sehr bald merken, dass er dieses allein mit Krankheitsexperten und Pflegenden nicht erreichen kann, sondern auf andere Disziplinen angewiesen sein wird. Wenn also auch heute noch Seelsorger und Psychologen ihren Dienst im Krankenhaus anbieten, so sind diese nicht etwa aussterbende Exoten, sondern vielleicht die Vorboten für eine andere Medizin, für ein anderes Gesundheits- und Krankheitsverständnis, und – warum nicht – für ein anderes Haus für Kranke und Gesunde.

Vielleicht schockiert Sie, meine sehr verehrten Damen und Herren, nach dieser Einleitung der mir vorgegebene Titel einer verhandelbaren Gesundheit schon etwas weniger. Wertende Worte wie menschlich, gesund, gerecht zeigen, dass wir uns im moralisch-ethischen

Sprachspiel bewegen. Hier darf auf den wichtigen Unterschied hingewiesen werden zwischen einer Bewertung ex post und einer Bewertung ex ante. Eine nachträgliche Bewertung eines bestimmten Sachverhaltes hat keinesfalls den Anspruch diesen auf die Zukunft hin noch einmal verändern zu wollen. In seiner normativen Funktion richtet sich das moralische Sprachspiel aber gerade an die Zukunft und beansprucht diese mittels moralischer Normen und Richtlinien in eine bestimmte Richtung zu gestalten. Bei dieser gestalterischen, zukunftssträchtigen Aufgabe einer moralischen Sollensaussage auf die Zukunft hin kommt es nun sehr darauf an, wer der Herausgeber oder Autor dieser Sollensaussage ist.

Unsere aufgeklärte Welt kennt eigentlich nur *einen* autorisierten Händler von moralischen Normen: die eigene Person für sich selber. Dieses Selbstbestimmungskonzept nach dem jeder seines eigenen Glückes Schmied ist, ist heute in unseren Denkkategorien das einzig überlebensfähige Konzept. In der Tat war es Emmanuel Kant vorbehalten in letzter argumentativer Deutlichkeit aufzuzeigen, dass es für die Moral keinen Weg an der praktischen Vernunft des einzelnen Menschen vorbei gibt. Kein Gott und keine Tradition und sicherlich auch kein Mediziner kann die Anstrengung der einzelnen Person zur Bestimmung *ihrer* Norm für *ihr* Leben ersetzen. Wer sich als Person - oder "erwachsenes Ich", wie die Psychologen formulieren - ernst nehmen möchte, kommt nicht an sich selber vorbei, wenn er zu einer eigenen Moral und damit zu eigenen Maßstäben kommen möchte. Der Schritt in die eigene Welt der eigenen Moral heißt Abschied nehmen von Sicherheiten, die von aussen sozusagen fremdbestimmt an mich herangetragen werden. Wer ja zu seiner eigenen Moral sagt, sagt gleichzeitig und zuerst ja zu seiner Freiheit. Sie ist die Schüssel in der der vorhandene Teig des Lebens geknetet und geformt werden kann. Manchem wird dieser Mut zur Freiheit sehr früh in seinem Leben abverlangt. Mancher schafft es aber auch fern von allen Freiheitsrisiken die moralischen Konzepte seiner Umwelt unthematisch, ja gar völlig unthematisiert zu übernehmen.

Gesundheit ist aber nicht nur ein individuell verhandelbarer Begriff, sondern auch ein kollektiv aushandelbarer. So muss man sich etwa in der Familie darüber einigen, was man unter gesunder Ernährung oder gesunder Lebensweise gemeinsam verstehen möchte. Auch die Gesellschaft wird sich künftig verstärkt mit dem Zielwert Gesundheit auseinandersetzen haben. Da ihre Mitglieder, sei dies über Steuergelder oder Beitragsleistungen, das öffentlich finanzierte Gesundheitswesen finanzieren, werden sie oder ihre Vertreter angesichts einer immer stärkeren Nachfrage nach mehr und besserer Gesundheit nicht umhinkommen, auch über die Grenzen einer von der Allgemeinheit zu finanzierenden Gesundheitspolitik zu bestimmen. Neben und mit den ökonomischen

Zwängen werden es aber auch ethische Grenzfragen sein, die mit darüber entscheiden, wieviel Gesundheit man sich in Zukunft denn überhaupt mit den Mitteln moderner Medizin sinnvoll "erkaufen" kann, oder dann umgekehrt, welchen "Preis" man nicht bereit ist als Eingeständnis an die medizinischen Möglichkeiten zu bezahlen. Überrasene Lebensverlängerungen werden etwa ebenso wie unsinnige Therapiebegrenzungen moralisch hinterfragt werden.

Sie haben es zwischen den Zeilen herausgehört: die Geschäftsräume der Verhandlung um die Gesundheit werden von den Ökonomen und den Philosophen sprich Ethikern eingerichtet, um sowohl den Patienten und ihren Ärzten, aber auch der gesamten Gesellschaft als solcher zur Verfügung zu stehen. Ob und von wem sie für die Verhandlung um den Gesundheitswert zuerst benutzt werden, wird kulturell und nationalstaatlich verschieden beantwortet werden.

Geht man davon aus, dass die Diskussion um die Gesundheit tatsächlich diskursmäßig aufgegriffen wird, sei dies nun für den individuellen oder den kollektiven, gesellschaftlichen Fall, kommt man nicht um die Frage herum: "Wie und unter welchen Bedingungen ist dieser Diskurs zu gestalten?" In wessen Geschäftsräumen – oder freundlicher formuliert – unter wessen Gastfreundschaft wird die Debatte stattfinden? Wird die Ethik oder die Ökonomie den Rahmen setzen in dem das Gespräch stattfinden wird? Vom Standpunkt des Ethikers her betrachtet dürfte die Antwort klar ausfallen. Die Ökonomie soll ihre Sichtweise und Argumentationen in die Debatte um die Gesundheit einbringen, nicht aber das Paradigma für die Diskussion hergeben. Wäre dies der Fall, würde die Ethik sich darauf reduziert sehen, verfügbare Ressourcen gerecht zu verteilen, ohne jedoch in der Lage zu sein, den gesetzten Gerechtigkeitsbegriff als Wertungswort noch einmal selber mitbestimmen zu können. Sie würde zu einem Mittel unter dem Primat der Ökonomie verkümmern. Da die Wirtschaft - und ich meine hier vor allem und besonders die Betriebswirtschaft – selber noch einmal ihr Ziel ausserhalb der Wirtschaft zu suchen hat, täte es dieser umgekehrt keinen Abbruch, ließe sie ihre Möglichkeiten und Ressourcen im Rahmen eines ethisch organisierten Diskurses besprechen.

Gehen wir nun weiter davon aus, dass die Ethik keineswegs eine neue sozusagen Metamoral ist, sondern die Bedingungen für die moralische Normfindung organisieren soll, wäre weiterführend zu fragen, wie die verschiedenen vorhandenen moralischen Vorstellungen um Gesundheit und Gesundsein so miteinander ins Gespräch gebracht werden können, dass sich aus diesem Gespräch heraus eine gemeinsam akzeptierte Norm erarbeiten lässt, die dann anschließend handlungsbestimmend werden kann. Für den

individuellen Einzelfall hat sich hier im Laufe der nahen Geschichte das Setting von klinischen Ethik-Komitees herausgeschält und bewährt. Dieses Setting eignet sich modellhaft und exemplarisch (keineswegs aber exklusiv) für die Aushandlung dessen, was in einer gegebenen Situation argumentativ als gesund ausgegeben werden darf, und dies unter pluralistischen, also moralisch verschiedensten Gesichtspunkten. Bei der Aushandlung einer *konkreten Gesundheitsvorstellung* ginge es darum, das Optimum zwischen dem medizinisch Machbaren und dem vom Patienten Wünschenswerten realistisch im Kontext der realen Möglichkeiten für den einzelnen in und mit der Gesellschaft zu bestimmen. Dabei bringen die Mitglieder eines klinischen Ethik-Komitees zwei grundverschiedene persönliche Kompetenzen mit in diesen Diskurs hinein: ihre Fachkompetenz als Arzt, Jurist, Krankenpfleger, Verwaltungs- und Wirtschaftsexperte, Seelsorger u.a. einerseits, und ihre persönliche moralische Kompetenz und Einstellung andererseits.

In einem Ethik-Komitee werden die Kräfte der verschiedenen Vektoren, die das Krankenhaus, die Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft mitbestimmen, gegeneinander abgewogen und gewichtet, um so zu einer Sollensaussage zu kommen, die dem Antragsteller zusammen mit den Argumenten, die zu dieser Aussage hinführen, als Entscheidungshilfe für ihn und seine spezifische Situation herrschaftsfrei übermittelt wird.

Fragestellung - der Streit um ein ausgeglichenes Kräfteverhältnis

Die Komplexität der Kausalitäten im Krankenhaus läßt sich nicht zugunsten der einen oder anderen Kraft vereinfachen, ohne daß hierbei das heutige Krankenhaus als Institution unserer Gesellschaft verlorenginge. Bei aller Konzentration das Krankenhaus verstehen zu wollen, darf vor allem die Zweckursache, die außerhalb des Krankenhauses liegt, nicht aus dem Blick verloren werden. Auch wenn unbestritten ist, dass das Krankenhaus - wie jedes Kunstwerk - einen eigenen Wert in sich hat, so legitimiert es sich dennoch nicht allein durch das Faktum seiner Existenz, also durch sich selber. Seine Legitimation als "causa finalis" bleibt die Aufgabe aller Bürger, seien sie nun potentielle Patienten, Ärzte, Arbeiter, Angestellte, Mütter oder Väter in unseren parlamentarischen Demokratien, eine Aufgabe, die von den Volksvertretern wahrgenommen und von den Regierenden umgesetzt werden soll. Erst in diesem größeren Kontext können sich der Patientenwille, das medizinisch Machbare und das wirtschaftlich Umsetzbare sinnvoll artikulieren.

Das Krankenhaus als autonome¹ Einheit funktioniert wohl nach einer geordneten Eigengesetzlichkeit, darf aber gerade keine Souveränitätsansprüche stellen, weil es im Staat, in der Volkswirtschaft, nur *ein* Element darstellt.

Zum Vorrang des Patientenwillens

Definiert man das Krankenhaus als autonomes Gebilde, das nach eigenen Gesetzen funktioniert und im Rahmen eines größeren Gesetzes verankert ist, dann heißt dies für den Patientenwillen: Dieser ist zu respektieren, insofern er den Rahmen "Krankenhaus" nicht sprengt. Im Rahmen des medizinisch Machbaren und wirtschaftlich Umsetzbaren ist der Patientenwille gegenüber dem Willen des therapeutischen Teams ausschlaggebend, so wie dies bereits 1983 von der Welt-Ärztegesellschaft festgehalten wurde². Ist der Wille nach oben hin durch das Machbare begrenzt, so ist er nach unten hin in unseren Gesellschaften nicht begrenzt, solange der Patient zur Umsetzung seiner Handlungen keinen Anspruch auf medizinische Hilfe stellt³.

Der Vorrang des medizinisch Machbaren

Eindeutig Vorrang hat das medizinisch Machbare in Dringlichkeitssituationen. Einigkeit darüber, alles was medizinisch möglich ist auch schon zu tun, besteht in den Fällen, wo ein

¹ Erny Gillen, *Wie Christen ethisch handeln und denken. Zur Debatte um die Autonomie der Sittlichkeit im Kontext katholischer Theologie.* Echter Verlag (Würzburg) 1989, 23-53.

² Erklärung der 35. Welt-Ärzte-Tagung über die terminale Phase der Krankheit, Venedig, Italien, Oktober 1983

³ Die Abwägung der Inanspruchnahme der medizinischen Möglichkeiten wird von der katholischen Kirche als Güterabwägung wie folgt formuliert: "Auf jeden Fall kann eine richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung *mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann*" (lura et bona, Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie vom 5. Mai 1980, IV.). Der Moralkatechismus der deutschen Bischöfe vom Sommer 1995 präzisiert das Nicht-Inanspruchnehmen medizinischer Möglichkeiten wie folgt: "Um Mißverständnisse und Fehldeutungen zu vermeiden, sollte der Begriff Euthanasie nur im Sinne der aktiven Euthanasie als direkte Tötung eines Sterbenden (oder unheilbar Kranken) und als *schuldhafter Verzicht* auf eine geforderte Lebenserhaltung verwendet werden. In allen anderen Fällen sollte immer nur von Hilfe beim Sterben, von Sterbebeistand oder Sterbebegleitung die Rede sein" (Katholischer Erwachsenen-Katechismus, Zweiter Band: Leben aus dem Glauben, hrsg. von der dt. Bischofskonferenz, Herder (Freiburg, Basel, Wien) 1995, 308). Von der Warte der medizinischen Berufsethik her hat bislang die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften in ihren "Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten" vom 24. Februar 1995 am deutlichsten für die Vernünftigkeit und Richtigkeit eines Verzichts auf Therapie Stellung bezogen. Hier heißt es kurz und präzis: "Verlangt ein urteilsfähiger Patient den Verzicht auf Behandlung oder lebenserhaltende Maßnahmen oder den Abbruch bereits eingeleiteter Maßnahmen, so ist dieser Wille zu respektieren. Dabei sorgt der Arzt dafür, daß der Patient über die damit verbundenen medizinischen Tatsachen und ihre Folgen in für ihn verständlicher Weise informiert wird. Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit."

Patient, ohne seinen Willen zu dieser oder jener Behandlung ausgedrückt zu haben, die (Über-)Lebenshilfe des Krankenhauses braucht. Bei auf die Dauer hin nicht mehr kommunikationsfähigen Patienten stellen sich heute eine Menge Fragen hinsichtlich weiterer sinnvoller Behandlung. Bis wohin und mit welchen Mitteln bei diesen Patienten die Lebenserhaltung unter Inanspruchnahme der Möglichkeiten des Krankenhauses geschuldet sind, gehört zu den Fragen, die nicht einfach medizinisch-fachlich beantwortet werden können, da sie auf einem Werturteil über das Leben eines Bürgers beruhen. Solche Werturteile aber sind in unseren demokratischen Gesellschaften unter Wahrung der unveräußerlichen Menschenrechte der Politik vorbehalten.

Zum Vorrang der Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit ist eine Dimension die im *ganzen* Krankenhaus präsent sein muß, soll sie wirksam sein. Bei der Gestaltung der Wirtschaftlichkeit kann der Betriebswirt durch seine Fachkenntnisse besonders dazu beitragen, dass alle Möglichkeiten der Sparsamkeit ausgeschöpft werden. Er kann aber nicht allein für die Wirtschaftlichkeit des Hauses verantwortlich gemacht werden.

Zum Vorrang der Politik

Nach all dem bislang Gesagten braucht hier nur noch wiederholt zu werden, dass die Hauptverantwortung für den Zweck des Krankenhauses eindeutig in die Domäne der Politik fällt. Die eigentliche Debatte, wozu wir gesunde Bürger brauchen, steht noch aus. Zu selbstverständlich wird unter dem Schock des wissenschaftlich Machbaren naiv verlangt, die Gesellschaft müsse *alles* für die Gesundheit *aller* tun. Auch hier sind dem Wachstum Grenzen gesetzt, die mit den Mitteln volkswirtschaftlicher Regulationsmechanismen angegangen werden müssen.

Für eine offene Streitkultur und gegen das ökonomische oder medizinische Versteckspiel

Wer einer menschlichen und menschengerechten Politik das Wort redet wird angesichts der steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen nicht darum herumkommen, die Frage offen anzusprechen: *"Für wieviel Gesundheit muss die Gesellschaft beim Einzelnen aufkommen?"* Sich hinter medizinischen oder betriebswirtschaftlichen Zwängen verschanzen zu wollen kommt der Nicht-Anerkennung der Fragestellung bzw. der Ablehnung sozial-politischer Verantwortung überhaupt gleich.

Für eine gesunde Politik im Krankenwesen

Verteiler "Gerechtigkeit"

Definiert man die "Gerechtigkeit" als den zentralen Begriff des politischen und sozialen Lebens, als den Anspruch jedem das Seine zu geben, wird man in der Sozialphilosophie auf weitere Unterscheidungen zurückverwiesen. Wie die Gesundheit kein beschreibendes Wort ist, so ist es auch nicht die Gerechtigkeit. Beide gehören in die Sphäre der Wertung und damit in jene der Ethik beziehungsweise der Politik. In unserer Gesellschaft stehen verschiedene Gerechtigkeitsauffassungen im Konflikt.

Leistungs- oder Besitzstandsgerechtigkeit

Der Begriff der Gerechtigkeit verstanden als "Jedem das Seine", hat sich aufgefächert, je nach der Interpretation des Seinen in a) Besitzstandsgerechtigkeit, b) Leistungsgerechtigkeit und c) soziale Gerechtigkeit, die wiederum als Chancengerechtigkeit oder Bedürfnisgerechtigkeit verstanden werden kann. Jede dieser Interpretationen lässt sich mit guten Argumenten begründen, führt aber zu jeweils verschiedenen Ergebnissen. Ein an der Vergangenheit orientierter Gerechtigkeitsbegriff ist die *Besitzstandsgerechtigkeit*. Sie definiert das "Seine" im Sinne einer erworbenen Position in der Gesellschaft. Ihr gegenüber orientiert sich die *Leistungsgerechtigkeit* an der Gegenwart, sie setzt nicht auf einmal Erworbenes, sondern auf aktuell Geleistetes⁴. Beide Gerechtigkeitskategorien eignen sich wohl wenig, um eine gesunde Gesundheitspolitik politisch zu regeln.

Bedürfnisgerechtigkeit und Chancengerechtigkeit als soziale Gerechtigkeit

Der Begriff der sozialen Gerechtigkeit setzt nicht bei dem Menschen als Individuum, sondern als Gemeinschaftswesen an. Er setzt bei der prinzipiellen Gleichheit der verschiedenen Menschen der einen Gesellschaft an. Vom Standpunkt der sozialen Gerechtigkeit her lassen sich Leistungsgerechtigkeit und Besitzstandsgerechtigkeit noch einmal modulieren als Chancengerechtigkeit und Bedürfnisgerechtigkeit. Die Gesellschaft als Ganze hat gemäß Artikel 2 der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte jede Zuteilung nach Rasse, Farbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, nach Eigentum, Geburt oder sonstigen Umständen, zu ahnden und dafür einzutreten, dass jeder die gleiche Chance hat am Leben der Gesellschaft teilzunehmen. Auf dem Hintergrund der Besitzstandsgerechtigkeit wird durch Ausgleichverfahren (man denke etwa an Steuern) eine neue gemeinsame Startlinie für jeden gezogen, ab der dann allerdings wiederum die Leistungsgerechtigkeit ansetzt. Ob alles im Gesundheitswesen prinzipiell

⁴ Im Denkhorizont der Leistungsgerechtigkeit wäre es ungerecht, etwa Bill Gates übermäßiger zu besteuern, nur weil er sich als besonders leistungsfähig erwiesen hat. Im Sinne der Besitzstandsgerechtigkeit wäre es ungerecht, die Großgrundbesitzer in Brasilien zu enteignen, nur weil sie nicht in der Lage sind, ihre Ländereien zu bewirtschaften.

Machbare unter dem Begriff der Chancengerechtigkeit auch sinnvoll für jeden einzelnen eingefordert werden kann ist fraglich.

Wer von der *Bedürfnisgerechtigkeit* her argumentiert tritt dafür ein, dass die dringlichsten Bedürfnisse in einer Gesellschaft an erster Stelle befriedigt werden sollten. Auch hier scheitert der Gerechtigkeitsbegriff an der Definition der dringlichsten Bedürfnisse. Die soziale Gerechtigkeit basiert auf der *Konzeption einer solidarischen Gesellschaft*, und setzt insofern jeweils die Akzeptanz des gebrauchten Gerechtigkeitsbegriffs voraus.

Gerechtigkeit muß gesprochen werden - politische Verantwortung tut Not

Wenn die Gerechtigkeit als solche und an sich nicht (prä-)existiert, sondern erst gesprochen werden muß, landen wir am Schluss auch mit diesem Verteilungskonzept wiederum bei der politischen Verantwortung. Will man die soziale Gerechtigkeit wider die Macht des Stärkeren oder Reicherer im Gesundheitswesen erhalten, muss man auch den Mut aufbringen über sinnvolle und vernünftige Grenzen ins Gespräch zu kommen - die jeder zu akzeptieren bereit ist, weil sie allen helfen. Ob man allgemeine Kriterien wie Alter oder Krankheitsbilder regulativ einsetzt, oder Quotenregelungen beziehungsweise "tirage-au-sort"-Verfahren zurückbehält, ist eine Frage des Menschenbildes in unserer Gesellschaft. Das fehlende Geld kann wohl ein Argument für die Notwendigkeit einer Regulierung des Gesundheitswesens liefern, es ist aber genau wie die Medizin für sich allein blind, was die Krieteriologie anbelangt. Diese bleibt eine eminent ethische beziehungsweise politische Aufgabe der Entscheidungsträger.

Das Krankenhaus als Regulativ

Im Rahmen einer Konvergenzargumentation, wie sie in der Ethik üblich ist, kann das fehlende Geld, wie bereits gesagt, durchaus mit *einen* Grund hergeben, um diese oder jene Behandlung auszuschließen. Wer jedoch die Last für diese Entscheidung zu tragen hat, ist eine hoch brisante Frage. Der einzelne Patient, der seine Krankenkasse beziehungsweise seine Nachkommen nicht übermäßig belasten möchte? Oder das Krankenhaus, dem nur ein limitiertes Budget zur Verfügung steht? Oder die Gesellschaft, die über politische Grundsatzentscheidungen bereit ist die Last gemeinsam mit allen zu teilen?

Vom Standpunkt der Chancengleichheit aller auf optimale Lebenserhaltung bis zuletzt wäre der Druck nicht auf dem Buckel des einzelnen auszutragen, sondern - wie bereits oft genug wiederholt - auf dem Buckel derer, die verantwortlich zeichnen für die Gestaltungs(-Politik) in unserer Gesellschaft. Im Augenblick sieht aber leider alles so aus, als wäre in unseren Ländern die Politik nicht in der Lage die Last einer solchen Entscheidung tragen zu wollen. Demnach bliebe die Verantwortung, nicht allen Menschen Zugang zu allen medizinischen

Möglichkeiten zu gewähren, bei der Zwischeninstanz Krankenhaus liegen, wenn man den Entscheidungsdruck nicht auf den einzelnen Betroffenen bzw. seine Angehörigen abwälzen will. Ob das Krankenhaus dieser *stellvertretenden politischen Verantwortung* jedoch gewachsen ist können wir heute nicht sagen. Mit Sicherheit steht jedoch fest, dass sich ein Krankenhaus, das für eine gerechte Gesundheitspolitik stehen will, die nötigen personellen und ideellen Mittel geben muss um diese *neue "meta-medizinische" Verantwortung* wahrzunehmen. Meines Erachtens verlangt diese neue Verantwortung nach ethischen Komitees, in denen sowohl der Gesundheitsbegriff wie der Gerechtigkeitsbegriff auf den individuellen Fall angewandt werden können. Das ethische Komitee im Krankenhaus könnte eine Art demokratisches Laboratorium werden, in dem auf mittlerer Ebene Verantwortung von oben und von unten gemeinsam geteilt und getragen wird. Es könnte verhindern, dass das Krankenhaus in die Resignation medizinischer oder ökonomischer Sachzwänge abgleitet. Darüber hinaus könnte es Halt gewähren gegenüber dem Risiko, der Ohnmacht das Feld zu überlassen.

Die Option für die Armen

Die jesuanische Moral zeichnet sich aus durch ihr unbändiges Eintreten für diejenigen, die sich die Möglichkeiten der Chancengleichheit verspielt haben oder diese gar nie hatten. Ohne die Frage nach sozialer Gerechtigkeit zu stellen ist Jesus selbst und persönlich eingetreten für die Ärmsten unter den Armen. Damit hat er selbst den Rahmen sozialer Gerechtigkeit bewusst überschritten, und hat sich somit *allein* mit seinen eigenen Kräften auf die Seite der Ausgestoßenen gestellt. Dieses Risiko kann die offene und pluralistische Gesellschaft als Ganze kaum (noch) selber abdecken. Gerade hier sind mutige, einzelne Menschen gefordert, die bereit sind das mit diesem Schritt zusammenhängende Risiko persönlich zu tragen. Gerade hier wäre es angezeigt, eigene Mittel aus der Besitzstandsgerechtigkeit mit denen zu teilen, die aus dem Netz der Leistungs- und sozialen Gerechtigkeit herausgefallen sind.

Ausblick auf die größere Gerechtigkeit - für eine gesunde Utopie

Ich möchte meinen Beitrag mit einem Blick auf das Konzept der größeren Gerechtigkeit schließen. Das christliche Krankenhaus, wie ich es hier zu zeichnen versucht habe, verfolgt den Zweck im Dienste der je größeren Gesundheit beziehungsweise der je größeren Gerechtigkeit zu stehen. *Gesundheit und Gerechtigkeit als Wertbegriffe sind immer wieder nach vorne hin offen*. Der Einsatz für die größere Gesundheit und die größere Gerechtigkeit müsste zum Leitbild christlicher Krankenhausträger gehören. Dieses Streben nach mehr Gesundheit und mehr Gerechtigkeit darf sich jedoch nicht am Machbaren oder

Finanzierbaren messen. Sein Maß ist vielmehr das je Vernünftige oder je Sinnvolle. Da dieses nicht von vornherein feststeht, muss es in concreto immer erst im respektvollen Gespräch zwischen allen Akteuren und Kräften des Krankenhauses ermittelt werden. Hierfür könnten zu gründende ethische Komitees gegebenenfalls den entsprechenden Rahmen abgeben.

Für dieses Gespräch wollte ich mit meinem Beitrag einige Anstöße geben. Ich würde mich freuen, wenn die hier dargelegten Gedanken in einen Austausch münden würden, der die Ethik als diskursives Regulativ im Gesundheitswesen organisch mit einbeziehen würde. In diesem Sinne übergebe ich Ihnen meinen Beitrag zur freien Diskussion und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.