

Ethik und Ökonomie im christlichen Krankenhaus

**Vortrag von Prof. Dr. Erny Gillen anlässlich des
29. Norddeutschen Katholischen Krankenhaustags
gehalten am 4. Juni 1996 in Osnabrück**

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung

1. Die Kräfte, die das Krankenhaus bewegen

- 1.1. Krankheit
- 1.2. Gesundheit und therapeutisches Team
- 1.3. Medizinisches Können und Geld
- 1.4. Politik (des Staates und der Träger)

2. Fragestellung - der Streit um ein ausgeglichenes Kräfteverhältnis

- 2.1. Zum Vorrang des Patientenwillens
- 2.2. Der Vorrang des medizinisch Machbaren
- 2.3. Zum Vorrang der Wirtschaftlichkeit
- 2.4. Zum Vorrang der Politik
- 2.5. Für eine offene Streitkultur und gegen das ökonomische oder medizinische Versteckspiel

3. Für eine gesunde Politik im Krankenwesen

- 3.1. Verteiler "Gerechtigkeit"
- 3.2. Leistungs- oder Besitzstandsgerechtigkeit
- 3.3. Bedürfnisgerechtigkeit und Chancengerechtigkeit als soziale Gerechtigkeit
- 3.4. Gerechtigkeit muß gesprochen werden - politische Verantwortung tut Not
- 3.5. Das Krankenhaus als Regulativ

4. Christlicher Umgang mit den Konsequenzen der Gerechtigkeit

- 4.1. Die Haltung der "Epikie"
- 4.2. Die Option für die Armen
- 4.3. Alternative Wege im Rahmen gesellschaftlich gerecht definierter Gerechtigkeitsparameter
- 4.4. Ausblick auf größere Gerechtigkeit - für eine gesunde Utopie

5. Literaturangaben - eine Auswahl

6. Zusammenfassung

Ethik und Ökonomie im christlichen Krankenhaus

Vortrag von Prof. Dr. Erny Gillen anlässlich des
29. Norddeutschen Katholischen Krankenhaustags
gehalten am 4. Juni 1996 in Osnabrück

0. Einleitung

Wer hätte nicht bereits einen eigenen oder sonstwie bekannten Menschen im Krankenhaus getroffen? In der Tat ist das Krankenhaus ein Treffpunkt für alle, unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht oder ihrer sozialen Stellung. Es bringt unterschiedliche Menschen auf dem gemeinsamen Nenner ihrer Sorge um die eigene oder anderer Gesundheit zusammen. Der Umgang mit *einem* der Grundbedürfnisse aller Menschen ist ein Testfall für die Humanität und Solidarität der ganzen Gesellschaft. Umgekehrt kann man die Funktionsweise dieser Gesellschaft gerade im Mikrokosmos Krankenhaus beobachten und einschätzen. Dies ist denn auch das Ziel meines Beitrags.

Der fremde Blick, mit dem ich mich an das Untersuchungsobjekt "Krankenhaus" herantasten möchte, ist bestimmt durch die Perspektive theologischer Ethik und den Standpunkt eines Ausländers. Mit diesem anderen Blick will ich dazu beitragen, das Krankenhaussystem transparenter und einsichtiger zu machen. Die Rekonstruktion der Wirklichkeit "Krankenhaus" kann in ihrer Komplexität jedoch nur von verschiedenen Standpunkten her gelingen. Ich darf Sie deshalb bereits jetzt darum bitten, Ihre Perspektive mit in das Vorhaben einfließen zu lassen.

1. Die Kräfte, die das Krankenhaus bewegen.

Versteht man das Krankenhaus als eine Einrichtung im Dienste der Gesundheit, dann sind es systematisch verkürzt vier Faktoren, die es bewegen: die Krankheit, die Gesundheit, das Geld und die Politik (des Staates und des Trägers). Bevor ich auf das Kräfteverhältnis zwischen diesen verschiedenen Vektoren eingehen kann, möchte ich sie kurz beschreiben.

Zur Beschreibung der Bewegung griff Aristoteles auf seine nüancierte Analyse der Ursachen zurück. Jede Bewegung läßt sich nach dem Schema von Stoffursache (bzw. Materialursache), Formursache, Wirkursache und Zweckursache untersuchen. Bevor ich dieses klassische Schema der Philosophie auf die Kräfte, die das Krankenhaus bewegen,

anwende, möchte ich Ihnen das aristotelische Beispiel vom Bildhauer in Erinnerung rufen. Stellen Sie sich einen Bildhauer vor, der ein Kunstwerk herstellen möchte. Die Bewegung, die nötig ist, damit zum Beispiel aus einem Marmorblock eine Skulptur entsteht, zerlegt Aristoteles nach vier Ursachen. Dabei stellt der Marmorblock die Stoffursache dar und das geistige Modell nach dem er arbeitet, die Formursache. Mit seinen Werkzeugen und seinem Können bewirkt der Künstler die Veränderung der Materie in Richtung seines Modells. Aristoteles spricht von der Wirkursache. Die vierte Ursache bezeichnet er als Zweckursache. Sie beantwortet die Frage, wozu, welchem Zweck das Kunstwerk dienen soll.

Auf das Krankenhaus angewendet soll das Bewegungsschema von Aristoteles erklären, welche Ursachen oder welche Kräfte dieses als Gesundheitszentrum in Bewegung halten, damit es nicht tote Materie ist, sondern ein lebendiger Organismus.

1.1. Krankheit.

Das Krankenhaus lebt von seinen Patienten und deren Krankheiten. Das gebrochene Bein, der infizierte Blinddarm, der Krebstumor sind sozusagen das Material, die Stoffursache, die es zu behandeln gilt. Was die Identifizierung der verschiedenen Krankheiten anbelangt, haben wir der wissenschaftlichen Medizinforschung vieles zu verdanken. Mit großer Anstrengung ist es gelungen, Krankheitsbilder zu zeichnen, die die Komplexität des sogenannten kranken Menschen hinter sich lassen. Durch die Objektivierung von Krankheiten ist es gelungen, das Material für das Krankenhaus zu sortieren und zu klassifizieren. Die verschiedenen medizinischen Spezialitäten schreiben sich in die Linie dieser Materialunterscheidungen ein.

1.2. Gesundheit und therapeutisches Team.

Wenn ich nun, um die Formursache zu beschreiben, vom therapeutischen Team spreche, möchte ich damit verdeutlichen, daß die Anstrengung, um die Gesundheit eines Patienten zu erhalten bzw. wiederherzustellen, nicht allein bei den Ärzten zu suchen ist, sondern ebenso sehr bei den Pflegenden und dem Patienten selber. In der Tat ist es die Formursache, die das Ideal beschreibt, auf das hin das Material Krankheit verändert werden soll. Die Vorstellung, was Gesundheit ist, hängt von den Personen ab, die sich damit beschäftigen. Hier wird besonders deutlich, daß Gesundheit nicht die Beschreibung eines objektiven Zustands ist, sondern Ausdruck eines Wertsystems¹. Das Ringen um den

¹ Wenn beispielsweise ein Patient, der hinkt, sich als gesund betrachtet, wird es dem Orthopäden schwerfallen, dem Patienten das Idealbild der anatomischen Symmetrie als seine eigentliche

Gesundheitsbegriff ist ein ethisches Problem, dessen sich Ärzte, Pflegende und Patienten in den letzten Jahren in allen Ländern mehr und mehr bewußt geworden sind.

Wenn man von der Medizin als der Kunst des Heilens spricht, wird hierbei deutlich, daß es sich um eine praktische Wissenschaft handelt, die nicht das theoretische Ideal zum Gegenstand hat, sondern die praktisch wissenschaftliche Anwendung bewährter Theorien auf den konkreten Fall. Da es die theoretische Gesundheit an sich nur in der Theorie gibt, muß sie jeweils für den konkreten Fall als operationelles Ziel neu formuliert werden. Daß diese Anstrengung der Formulierung der konkreten Gesundheitsvorstellung nicht mehr den Ärzten allein überlassen wird, darf man als Gewinn in einer mündigen Gesellschaft gegenüber einer wissenschaftsgläubigen Gesellschaft bezeichnen. Wie der Arzt und der Patient gehören auch die Pflegenden eindeutig zum therapeutischen Team. Weil die Zielvorstellungen der Behandlung einer Krankheit nicht (mehr) objektiv sozusagen an den Vorstellungen der konkreten Ärzte, Patienten und Pflegenden vorbei auszumachen sind, wird heute in vielen Ländern auf multidisziplinäre ethische Komitees² zurückgegriffen, um das ethisch legitime Ziel der Behandlung im offenen Forum zwischen allen Beteiligten und Betroffenen aufgrund von Argument und Gegenargument auszumachen. Wenn im ethischen Komitee neben den Fachleuten der Gesundheit auch Gesellschaftsexperten sitzen, wird durch diese Zusammensetzung verdeutlicht, daß Formursache und Zweckursache in Korrelation stehen. Was Gesundheit ist und wozu Gesundheit dienen soll, sind Fragen, die eng miteinander zusammenhängen, und beide suchen nach Wertantworten.

1.3. Medizinisches Können und Geld.

Der Einsatz von Arbeitskraft, Können und Werkzeugen wird als Wirkursache beschrieben, und läßt sich in unserer Gesellschaft in Geld quantifizieren und ausdrücken. Die Rechtfertigung für den hohen Aufwand an Mitteln im Krankenhaus geben einzig und allein die Form- beziehungsweise Zweckursache. Das Geld, das hier als Kürzel für das Gesamt der Anstrengungen steht, um die Gesundheit der Patienten zu fördern, kann lediglich als Mittel zum Ziel beziehungsweise zum Zweck verstanden werden. Im Rahmen des Krankenhauses hat es Dienstfunktion und muß dementsprechend so eingesetzt werden, daß eine *ethisch abgesicherte Vorstellung von Gesundheit für möglichst viele Menschen erreicht werden kann.*

Gesundheit zugänglich zu machen.

² GILLEN, Erny, Ethische Komitees im kirchlichen Krankenhaus, in: Krankendienst 69 (1996) 4, Lambertus (Freiburg), 109-119.

Aufgabe der internen Betriebswirtschaft ist es, die vorhandenen Ressourcen im Sinne von Arbeitskräften und Werkzeugen optimal einzusetzen. Welche Mittel jedoch nötig und geeignet sind, um das Ziel "Gesundheit der Patienten" zu erreichen, kann nicht im Ermessen der internen Betriebswirtschaft liegen, sondern lediglich in der Hand derer, die für die Gesundheit der Patienten verantwortlich zeichnen, und das sind, mit den Patienten, das therapeutische Team und die Gesellschaft als Ganze.

Die hier gemachten Ausführungen zur Betriebswirtschaft wollen diese keinesfalls in Frage stellen, sondern lediglich verdeutlichen, in welchem vorgegebenen Rahmen diese sich bewegt. Die Verantwortung für die Gesundheit an die Betriebswirtschaft abzugeben, käme einer Demissionierung der Politik und mit ihr der ganzen Gesellschaft gleich. Mit anderen Worten: ist einmal die innere Wirtschaftlichkeit und der sparsame Umgang mit den Ressourcen in einem Krankenhaus garantiert, können sich die Krankenhausökonomien getrost und bewußt hinter die Forderung der Patienten, Ärzte und Pflegenden nach besseren Bedingungen für das System "Krankenhaus" stellen. Erst ein medizinisch, pflegerisch und ökonomisch gut funktionierendes Krankenhaus wird zum überzeugenden Gesprächspartner für die Politik, welche die ökonomischen Rahmenbedingungen im Sinne volkswirtschaftlicher Entscheidungen zu verantworten hat.

1.4. Politik (des Staats und der Träger).

Aufgabe der *Politik des Staates* und der Träger ist es, den Zweck des Krankenhauses als Gesundheitszentrum zu verantworten und zu legitimieren. Wozu der einzelne Mensch als Mitglied einer Gesellschaft gesund sein soll, ist eine derart schwierige Frage, daß viele es vorziehen, sie gar nicht erst zu stellen. Dennoch ist es die Beantwortung dieser heiklen Frage, die den Rahmen hergibt für das gesamte Unterfangen, Gesundheit zu pflegen und zu fördern. Unsere demokratischen Gesellschaften, die auf dem Prinzip der Gleichheit aller Bürger beruhen, haben sich dem Prinzip Gerechtigkeit verschrieben. Damit wird die politische *Frage nach der Gesundheit aller Bürger zu einer Gerechtigkeitsfrage der Gesellschaft selber*. Genau hier, im Herzen der Politik, ist die Frage nach dem Krankenwesen anzusiedeln. Sie ins einzelne Krankenhaus zurückzuverlagern, hieße, dem Krankenhaus neue Aufgaben zuzumuten, die es von seinem originären Auftrag her nicht hat. Die Reform des Krankenhauses durch Gesetz und Budgetisierung muß als legitimer Versuch gewertet werden, vorhandene Ressourcen zu optimieren, sie sagt aber über den eigentlichen Zweck des Krankenhauses nichts aus und kann insofern die Ziele notwendiger Gesundheitspolitik nicht ersetzen³.

³ Die Pflegeversicherung hingegen müßte wachsam als gesundheitspolitische Entscheidung untersucht werden. Sie stellt den Versuch dar, ein gesundheitliches Grundbedürfnis *minimal* abzusichern, während die Krankenversicherung zumindest in unseren Ländern in der Regel alle

Neben der Politik, die der Staat über seine Gesetzgebung betreibt, darf die *Politik des Trägers* nicht in Vergessenheit geraten. Würde sich der Träger lediglich als Umsetzungsinstanz staatlicher Politik verstehen, so würde er seine Rolle auf die des Betriebswirtes reduzieren, und damit seine eigentliche Aufgabe verpassen, nämlich den Zweck des Krankenhauses im Sinne eines gesundheitspolitischen Leitbildes zu spezifizieren und damit einen *genaueren* Sinnhorizont für seine Anstrengungen im Bereich des Krankenwesens zu setzen. Diese ideelle meta-ethische Aufgabe wird vielerorts leider nicht explizit genug wahrgenommen.

Die hier vorgelegte Analyse der Kräfte, die das Krankenhaus (nach dem Ursachenschema von Aristoteles) bewegen, sollte dazu dienen, die Fragestellung Ökonomie und Ethik im Krankenhaus richtig zu orten. Bevor ich mich den Elementen für eine gesunde Politik im Krankenwesen zuwende, möchte ich im nächsten Kapitel die Fragestellung "Ethik und Ökonomie im Krankenhaus" selbst präzisieren.

2. 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 autonome⁴ Einheit funktioniert wohl nach einer geordneten Eigengesetzlichkeit, darf aber gerade keine Souveränitätsansprüche stellen, weil es im Staat, in der Volkswirtschaft, nur *ein* Element darstellt.

Risiken *maximal* absichert. Ob hier politisch nicht Minimum und Maximum beziehungsweise Bedürfnis- und Leistungsgerechtigkeit verwechselt werden, wird sich in den künftigen Diskussionen um eine gesunde Gesundheitspolitik herausstellen müssen.

⁴ 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.

2.1. 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 wurde⁵. 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 stellt⁶.

2.2. 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 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

⁵ Erklärung der 35. Welt-Ärzte-Tagung über die terminale Phase der Krankheit, Venedig, Italien, Oktober 1983

⁶ 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."

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.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

3. Für eine gesunde Politik im Krankenwesen.

3.1. 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.

3.2. 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 aktuell Geleistetes⁷. Beide Gerechtigkeitskategorien eignen sich wohl wenig, um eine gesunde Gesundheitspolitik politisch zu regeln.

3.3. 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

⁷ 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.

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 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.

3.4. 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 Reicheren 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.

3.5. 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.

4. Christlicher Umgang mit den Konsequenzen der Gerechtigkeit

Es ist Aufgabe der Christen, sich als Bürger einer demokratischen Gesellschaft für sozial gerechte Regelungen einzusetzen. Dennoch erschöpft sich deren Aufgabe nicht im Einsatz für Gerechtigkeit, wie etwa Pius XI. in Quadragesimo Anno festhält: "Den Hauptteil an allem aber muß die Liebe haben, die das Band der Vollkommenheit ist. (...) Gewiß kann die Liebe kein Ersatz sein für geschuldete, aber versagte Gerechtigkeit. Aber selbst wenn der Mensch alles erhielte, was er nach der Gerechtigkeit zu erhalten hat, bliebe immer noch ein weites Feld für die Liebe: die Gerechtigkeit, so treu sie auch immer geübt werde, kann nur den Streitstoff sozialer Konflikte aus der Welt schaffen; die Herzen innerlich zu verbinden vermag sie nicht" (QA 137). Selbst die beste soziale Ordnung kann sich kühler und egoistischer Berechnung verdanken. Man nimmt in Kauf, daß man etwas für den anderen abgeben muß, weil man ich-bezogen letztlich nie sicher sein kann, dessen Gegenleistung nicht doch einmal beanspruchen zu müssen. Es gibt eine egoistische Spielart von Moral und Gerechtigkeit, die einer christlichen Grundhaltung zutiefst zuwider läuft. Der Umgang mit den Regeln, die sich von der sozialen Gerechtigkeit her begründen, sollte gerade von Christen sozusagen von innen her mit sozialer Liebe beseelt werden.

4.1. Die Haltung der “Epikie”.

Allgemein gerechte Normen können, wenn sie starr und blind mathematisch korrekt umgesetzt werden, im Einzelfall manchmal mehr Schaden anrichten, als Gutes produzieren. In der Tradition hat man versucht, die Starrheit der allgemeinen Normen und Gesetze durch eine flexible Reaktion auf den konkreten Einzelfall mit Hilfe der sogenannten “Epikie” zu überwinden. Um zu einer Lösung zu kommen, die der konkreten Sachlage gerechter wird, als die für den Normalfall formulierte Norm, kann unter Umständen ein Abgehen von der Norm erlaubt oder gar geboten sein. Gerade dieser kluge und bedachte Umgang mit den Konsequenzen sozialer Gerechtigkeit müßte christliche Träger und Krankenhäuser auszeichnen. Es wäre geradezu eine neue Kultur der größeren Gerechtigkeit zu pflegen, die die Prinzipien staatlich festgelegter Normen akzeptiert, ohne den Einzelfall, für den sie gedacht sind, aus den Augen zu verlieren. Einen sinnvollen Rahmen für solche Anwendungen konkret gelebter Gerechtigkeit könnte wie gesagt das lokale ethische Komitee hergeben.

4.2. 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. Die Frage, ob in Deutschland für diese Mehrwertleistungen Kirchensteuergelder eingesetzt werden sollen oder nicht, sprengt den Rahmen dieses Beitrags. Wie auch immer aber man die Frage beantworten wird, so kann das Nicht-Einsetzen von Kirchensteuermitteln für diejenigen, die aus dem Netz der sozialen Gerechtigkeit herausgefallen sind, das christliche Krankenhaus nicht aus seiner Verantwortung entlassen. Alternative Wege der Finanzierung notwendiger Gesundheitsinterventionen, die über die staatlich geschuldete und damit bezahlte Absicherung hinaus gehen, sind ins Auge zu fassen.

4.3. Alternative Wege im Rahmen gesellschaftlich gerecht definierter Gerechtigkeitsparameter.

Viele Ordensgemeinschaften haben Wege aufgezeigt, wie der selbstlose Einsatz für den Nächsten bahnbrechende Wege für die ganze Gesellschaft hervorbringen kann. Bei ihrer Arbeit mit den Außenseitern dieser Gesellschaft ist manchen Ordensgemeinschaften der Schritt in die Gesellschaft hinein leider selber nicht immer gelungen. So haben manche die soziale Gerechtigkeit für sich und ihre Mitglieder nicht rechtzeitig und deutlich genug beansprucht. Dies soll dem christlichen Krankenhaus nicht passieren. Es gehört zum System "Gesellschaft", und darf sich trotz seiner Autonomie nicht von dieser abkapseln oder gar abkoppeln. Daß im christlichen Krankenhaus etwa gerechte Löhne im Vergleich zu ähnlichen Betrieben geschuldet sind, dürfte eine Selbstverständlichkeit sein. Gerade christliche Krankenhausträger sollten sich nicht dazu verleiten lassen, Dumping-Angebote zu machen, die sowohl das Gesundheitskostensystem als auch die Lohnskalen gefährlich unterlaufen könnten. Hier ist im Namen der Gerechtigkeit Widerstand zu leisten gegen jeden Ausverkauf des Krankenhaussystems.

Der Verzicht auf das eigene Einkommen wie dies etwa bei Ordensleuten der Fall ist und war oder der Ertrag *freiwilliger Selbstbesteuerungen* sollte in einem gerechten Gesundheitssystem nicht noch einmal prioritär in das Krankenhaus investiert, sondern solchen Menschen zugeleitet werden, die nicht mehr von den gesellschaftlichen Gerechtigkeitskriterien erfaßt werden.

Der christliche Unternehmer wird sich nicht dadurch auszeichnen, daß er die Spielregeln der Gesellschaft geschickt umgeht, sondern dadurch, daß er mit allen anderen Unternehmern zusammen für gerechte Marktbedingungen eintritt. Darüber hinaus wird er gesellschaftlich als gerecht definierte Marktbedingungen nicht ausschließlich engherzig und rein profitorientiert nur bei denen anwenden, die selber nocheinmal zahlungsfähig sind, sondern klug auch jenen zugänglich machen, die die Bedingungen (noch) nicht erfüllen. Auch dürfte er kein Interesse daran haben, einen übermäßigen Anteil der von der Gesellschaft geschuldeten Sozial- oder Krankenarbeit zu leisten. Der aufgrund sozialer Liebe erwirtschaftete Ertrag darf jedenfalls nicht zu einer Übervorteilung anderer Träger führen, da dies langfristig einer Unterwanderung sozial gerechter Strukturen gleichkäme.

4.4. 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.

Erny Gillen
Luxemburg, im Mai 1996

5. Literaturangaben - eine Auswahl

BOITTE Pierre, Ethique, justice et santé. Allocation des ressources en soins dans une population vieillissante, Artel-Fides (Namur, Montréal) 1995.

Commission sociale de l'Episcopat français, Justice et Solidarité. Texte complet présenté et annoté par les Jésuites du CERAS et des Cahiers, in: Cahiers pour croire aujourd'hui 112, 15 décembre 1992.

Gesundheit hat keinen Preis. Solidarität in der Krankenversicherung, hrsg. von der schweizerischen Nationalkommission Justitia et Pax, NZN Buchverlag (Zürich) 1994.

GILLEN Erny, Der Verzicht auf Diagnose und Therapie. Bestandteil einer guten und humanen Medizin?, hrsg. vom katholischen Krankenhausverlag Deutschlands, Freiburg 1992.

GILLEN Erny, Ethische Komitees im kirchlichen Krankenhaus, in: Krankendienst 69 (1996) 4, Lambertus (Freiburg), 109-119.

GILLEN Erny, Wie Christen ethisch handeln und denken. Zur Debatte um die Autonomie der Sittlichkeit im Kontext katholischer Theologie, Echter (Würzburg 1989).

Katholischer Erwachsenenkatechismus. 2. Band Leben aus dem Glauben, hrsg. von der deutschen Bischofskonferenz, Herder (Freiburg, Basel, Wien) 1995.

KERBER Walter, WESTERMANN Claus, Bernhard SPÖRLEIN, Gerechtigkeit, in: Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft, Band 17, Herder (Freiburg, Basel, Wien) 1981, 6-75.

MALHERBE Jean-François, Medizinische Ethik, Echter (Würzburg) 1990.

POSPISCHIL Hans Thomas, Der solidarische Umgang mit Eigentum und Einkommen in christlichen Gemeinschaften und Gruppen, Herder (Freiburg, Basel, Wien) 1990, (=Freiburger theologische Studien; Band 144).

RÖSSLER Beate (Hg.), Quotierung und Gerechtigkeit. Eine moralphilosophische Kontroverse, Kamphaus (Frankfurt, New York) 1993.

WÖHE Günter, Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Vahlen (München) 1993.

Zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland. Diskussionsgrundlage für den Konsultationsprozeß über ein gemeinsames Wort der Kirchen, hrsg. vom Kirchenamt der evangelischen Kirche in Deutschland und vom Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz, Hannover, Bonn, 1995.

6. Zusammenfassung

(eg) In seinem Beitrag situiert Prof. Dr. Erny Gillen, Luxemburg, das medizinische Können zwischen dem medizinisch Machbaren einerseits und dem ökonomisch Finanzierbaren andererseits in der Domäne ethisch-politischer Verantwortung.

Um das Krankenhaus und die Kräfte, die es bewegen, zu beschreiben, wird auf das Vier-Ursachen-Modell von Aristoteles zurückgegriffen. Dabei wird die Krankheit als Materialursache, die Gesundheit als Formursache, das medizinische Können zusammen mit dem ökonomisch Finanzierbaren als Wirkursache, sowie schließlich die Politik des Staates und der Träger als Zweckursache beschrieben.

Zur Klärung dessen, was hier unter Politik verstanden wird, greift der Autor auf einen nüancierten Gerechtigkeitsbegriff zurück, um zum Schluß zu kommen, daß Gerechtigkeit nicht einfach (prä-) existiert, sondern je und je erst gesprochen werden muß. Auf die Gesundheitspolitik angewendet, heißt dies, daß konkrete Antworten auf die Frage zu geben sind, wieviel Gesundheit die Gesellschaft ihren einzelnen Bürgern schuldet.

In unserer Gesellschaft fällt diese schwierige Aufgabe der Politik zu. Dieser gelingt es jedoch immer weniger, solche schweren Entscheidungen in ihr Selbstverständnis zu integrieren. Damit fällt die Verantwortung, Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich zu sprechen, entweder dem einzelnen Patienten oder dann intermediären Gruppen zu. Um die Last der Entscheidung, wieviel Gesundheit eine gerechte Gesellschaft einem einzelnen ihrer Bürger auf ihre Kosten zugesteht, nicht auf den betroffenen Patienten beziehungsweise seinen behandelnden Arzt zurück fallen zu lassen, wird vorgeschlagen, daß das Krankenhaus als intermediäre gesellschaftliche Struktur diese hohe Verantwortung auf sich nehmen könnte. Dabei schlägt der Redner vor, pluridisziplinäre und pluralistisch zusammengesetzte ethische Komitees einzusetzen, die im kritischen Einzelfall konkrete Empfehlungen zuhanden der Entscheidungsträger formulieren sollen und somit Entscheidungs(findungs)hilfen anbieten könnten.

Gerade das christliche Krankenhaus wird sich mit dem legitimen Verzicht auf Diagnose und Therapie als Bestandteil einer guten und humanen Medizin nicht einfach abfinden können. Es wird von seiner Kultur der Barmherzigkeit und der Liebe her produktiv Mittel freisetzen, die der Gerechtigkeit ihre Härte zu nehmen vermögen. Neben der klugen und flexiblen Anwendung gerechter Normen auf den Einzelfall (etwa im ethischen Komitee) werden die freiwillige Selbstbesteuerung, die Option für die Armen und, als Ausblick, die je größere Gerechtigkeit besprochen.