

XII. Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – Verteilungskriterien eines rechte- basierten Ansatzes

Monika Bobbert

1. Einführung

1.1 Notwendigkeit einer ethischen Reflexion des Gesundheitswesens

In der Auseinandersetzung um das Spektrum der solidarisch finanzierten Leistungen zur Gesundheits- bzw. Krankenversorgung sind allgemein nachvollziehbare ethische Argumente und Kriterien anzustreben. Denn Ethik als methodisch reflektierte Begründung von Kriterien des Richtigen und Guten bezieht sich nicht nur auf Handlungen Einzelner, sondern ebenso auf Institutionen – unter anderem die der Gesundheitsversorgung. Institutionen müssen sich dem Anspruch moralischer Richtigkeit stellen, da sie die Rahmenbedingungen vorgeben, unter denen Menschen leben und handeln. In Bezug auf das Gesundheitswesen sind daher aus ethischer Sicht unter anderem folgende Fragen zu klären:

- Welche Institutionen müssen für alle Mitglieder der Gesellschaft garantiert sein? Welche Ziele sollen diese Institutionen verfolgen und welche Mittel der Zielverfolgung (z. B. institutionelle Regeln oder Organisationsstrukturen) sind legitim?
- Nach welchen Kriterien sollen Mittel und Dienstleistungen verteilt werden? Gibt es bestimmte therapeutische und pflegerische Hilfestellungen, auf die jeder Kranke ein Anrecht hat?

1.2 Kranksein in den Institutionen der Gesundheitsversorgung

Sofern eine Erkrankung professionelle Hilfe erforderlich macht, ist ein Kranker von den professionellen Helfern und Institutionen der Gesundheitsversorgung in zweifacher Weise abhängig: Zum einen ist der Zustand des Krankseins mit körperlicher und psychischer Schwäche verbunden, der Betroffene fühlt sich möglicherweise sogar

existentiell bedroht und er ist auf die Hilfe anderer angewiesen. Zum anderen bedarf er als Laie der fachlichen Information durch Experten. Das Informationsdefizit bezieht sich nicht nur auf medizinisches und pflegerisches Fachwissen, sondern meist ebenso auf die Abläufe und Arbeitsteilungen der Institution, in die sich der Kranke als Patient begibt.

Das Angewiesensein auf fremde Hilfe lässt sich nicht aufheben. Doch können aus einem individuell oder institutionell unsensiblen Umgang mit dieser Situation der Abhängigkeit von Anderen leicht auch angstvolle Unterordnung oder resignierte Passivität entstehen und damit Einschränkungen des Entscheidungs- und Handlungsspielraums. Um die asymmetrische Beziehung zwischen einem Kranken und den professionellen Helfer(inne)n nicht zu vergrößern, sondern soweit als möglich abzumildern, bedarf es besonderer Rücksichtnahme, positiver Ermutigung und adressatengerechter Information seitens der Ärzt(inn)e(n) und Pflegekräfte. Hingegen passt das Bild vom Patienten als Kunden oder Vertragspartner, der informiert und selbstbestimmt auf dem Markt der medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten wählt, nur in seltenen Fällen – unter bestimmten Voraussetzungen etwa bei der kosmetischen oder der Life-Style-Medizin.¹ Insofern wird es Rahmenbedingungen zum Schutz und zur Befähigung des Patienten geben müssen.

1.3 Inhaltliche Vielfalt von Gerechtigkeit als sozialetischer Norm

Seit langer Zeit beruht das Gesundheitswesen in Deutschland wesentlich auf einem Verständnis sozialer Gerechtigkeit, gemäß dem Mittel und Leistungen nach Gleichheit, Bedürftigkeit und Dringlichkeit verteilt werden.² Gerechtigkeit als Gleichheit beinhaltet die Achtung der Würde jedes Menschen und dementsprechend ein Diskriminierungsverbot. Alle sollen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, niemand darf aufgrund äußerer Merkmale wie etwa Geschlecht, Vermögenslage oder Arbeitsfähigkeit bevorzugt oder zurückgestellt werden. Formal wird Gerechtigkeit weiterhin als Gleichheit in dem Sinne verstanden, dass gleich gelagerte Fälle in einer vergleichbaren Situation auch gleiche Hilfeleistungen erhalten. Gerechtigkeit im Sinne der Berücksichtigung

von Bedürftigkeit und Dringlichkeit beinhaltet, dass die gesundheitlich stark beeinträchtigten oder lebensbedrohlich Kranken Vorrang bei der Versorgung haben.

Neuerdings finden weitere, bislang anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens vorbehaltene Gerechtigkeitsverständnisse – etwa Tausch- oder Leistungsgerechtigkeit – Eingang in das Gesundheitssystem. Im Sinne eines marktwirtschaftlichen Denkens sollen Kranke entsprechend ihren erbrachten Vorleistungen oder individuell ausgehandelten Tauschkonditionen Hilfe erhalten.

Für solche Transaktionen bedarf es selbstbestimmter und informierter Verhandlungspartner, die beide eine attraktive Ware oder Leistung anzubieten haben. Die Annahme eines fachkundigen Geschäftspartners, der eine Dienstleistung auswählt und einkauft, trifft in diesem Bereich jedoch, wie bereits erwähnt, nur in wenigen Konstellationen zu. Zwar finden viele wirtschaftliche Transaktionen durchaus unter der Bedingung mangelnder Sachkenntnis statt. Doch im Unterschied zur medizinischen und pflegerischen Versorgung betreffen etwaige negative Folgen nicht unmittelbar Leib und Leben des Vertragspartners. Zudem ist dieser in der Regel in einer gesundheitlich stabilen Verfassung und hat daher die Möglichkeit, vom Geschäftsabschluss zurückzutreten. Im Unterschied dazu betreffen Dienstleistungen der Krankenversorgung die Handlungsfähigkeit und die Lebensführung eines kranken Menschen in umfassender Weise: Seine Wahlfreiheit ist eingeschränkt, weil er auf Hilfe angewiesen ist und oft überraschend und unter Zeitdruck entscheiden muss. Weiterhin fehlt ihm häufig die Kompetenz, die medizinische oder pflegerische Qualität der Versorgung zu beurteilen – sofern er nicht zum Experten für seine Erkrankung geworden ist, etwa durch ein chronisches Leiden.

Angesichts divergierender Gerechtigkeitsvorstellungen stellt sich die Frage, welches Verständnis von Gerechtigkeit, welche inhaltlichen Kriterien an das Gesundheitssystem heranzutragen sind. Denn offensichtlich lässt sich die ethische Norm der Gerechtigkeit sowohl historisch als auch systematisch sehr unterschiedlich füllen.³ Selbst die Norm sozialer Gerechtigkeit, wengleich häufig als Bedürfnisgerechtigkeit im Sinne eines gleichen Anspruchs aller auf die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse oder als Gerechtigkeit der Umverteilung von „reich zu arm“

verstanden, bleibt mehrdeutig. Diese Interpretationsoffenheit macht eine Klärung des Gerechtigkeitsverständnisses und damit die Zuordnung der Norm Gerechtigkeit zu einer ethischen Theorie erforderlich.

1.4 Ethische Argumentationsrichtungen im Gesundheitswesen

In ethischen, aber auch in politischen oder rechtlichen Diskursen zur Gestaltung des Gesundheitswesens findet gegenwärtig eine Verschiebung ethischer Grundpositionen statt. Zunehmend häufiger stehen in Debatten über die Gestaltung des Gesundheitswesens einzig ökonomische Ziele und Zwänge im Vordergrund. Anstelle des bislang weithin geteilten Konsenses hinsichtlich einer auf Individualrechten basierenden Argumentation werden in verstärktem Maße Argumente aus anderen ethischen Richtungen in die Debatte eingeführt: So gewinnen vertragstheoretische Argumente, die davon ausgehen, dass sich strategisch-rational eingestellte Akteure auf Verpflichtungen einigen, an Raum.⁴ Etwaige Normen unterliegen hier den Interessen bzw. dem Belieben der Vertragspartner und eine Normbindung existiert lediglich im Fall der Vereinbarung. Weiterhin gehen mit ökonomischen Zielen häufig utilitaristische Argumente einher: Hier gilt als oberste Norm, den Gesamtnutzen aller von einer Handlung oder Regelung Betroffenen zu maximieren.⁵ Neben der Offenheit der Definition von „Nutzen“ ist bei dieser Argumentationsrichtung höchst problematisch, dass Einzelne und ihre legitimen moralischen Rechte mit vielfältigen Interessen, deren Legitimität jedoch ungeklärt ist, verrechnet statt garantiert werden. Schließlich kommen häufiger Argumentationen mit so genannten prima-facie-Prinzipien⁶ wie z. B. Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun, Gerechtigkeit vor, deren Begründung, inhaltliche Füllung sowie Anwendung auf Praxisfragen von allgemeinen Wertvorstellungen geleitet wird.⁷ Problematisch ist bei dieser Form der Argumentation, dass der systematische Geltungsunterschied zwischen Moral und Ethik übergangen wird. So können weitverbreitete oder von einflussreichen Gruppen vertretene Moralvorstellungen normative Geltung erlangen und das kritische Potential ethisch-normativer Richtigkeit geht verloren.

Im Folgenden wird in Absetzung von diesen Argumentationsrichtungen ein zeitgenössischer Ansatz vorgestellt, der auf individuellen

moralischen Rechten basiert und aus dem sich weiterführende Kriterien für die Frage der Gestaltung des Gesundheitswesens ableiten lassen.

2. Grundlagen einer Ethik des Gesundheitswesens

2.1 Ein rechtebasierter ethischer Ansatz

In der Ethik werden bei Verteilungsfragen häufig solche ethischen Ansätze herangezogen, die sich explizit als Gerechtigkeitstheorien verstehen. Dabei wird angenommen, dass für eine gerechte Verteilung besondere ethische Kriterien erforderlich sind. Die sozial- bzw. institutionenethischen Fragen einer gerechten Verteilung lassen sich jedoch von moralischen Individualrechten her, d. h. gewissermaßen „von unten nach oben“ entfalten. Der Ansatz des amerikanischen Ethikers Alan Gewirth, der in kantischer Tradition steht, ermöglicht die Gewinnung ethischer Kriterien für eine Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen.⁸

Im Folgenden werden die Grundzüge dieses ethischen Ansatzes vorgestellt, der in der Lage ist, neben Abwehrrechten auch positive Anspruchsrechte bzw. Hilfspflichten zu begründen und der damit eine argumentative Basis dafür darstellt, einen Staat als Sozialstaat zu gestalten. Denn Gewirth begründet bestimmte moralische Individualrechte, die jedem Menschen unbedingt zukommen und die andere wiederum dazu verpflichten, Beeinträchtigungen zu unterlassen und bestimmte Hilfestellungen zu gewährleisten.⁹ Die folgende kursorische Darstellung des Ansatzes von Gewirth hat ihren Schwerpunkt nicht in der Begründung moralischer Rechte, sondern in ihrer Anwendung:¹⁰ Die sich aus diesem Ansatz ergebenden Individualrechte werden auf den Bereich der Gesundheitsversorgung bezogen, d. h., es werden ethisch-normative Kriterien abgeleitet, die bei der Ressourcenverteilung zu beachten sind.

2.2 Individuelle Rechte in Bezug auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit

Im Ansatz von Gewirth hat das menschliche Handeln eine zentrale Stellung. Unter Handeln versteht Gewirth ein freiwilliges und zweckgerichtetes Tun oder Lassen. Kein Mensch, vorausgesetzt, er hat minimale

willentliche und kognitive Fähigkeiten, kann seinem Handeln entgegen. Um zu zeigen, dass jeder in dieser Weise handlungsfähige Mensch aus logisch zwingenden Gründen ein oberstes moralisches „Prinzip der Menschenrechte“¹¹ anerkennen muss, legt Gewirth dar, wie ein handlungsfähiger Mensch, besinnt er sich auf die grundlegenden Bedingungen seines Handelns, zu allgemeinen Urteilen kommt.

Ein Handlungsfähiger muss – so ein Ausschnitt der Begründungskette – unter anderem anerkennen, dass zu den unbedingt notwendigen Voraussetzungen jeglichen Handelns bestimmte „Güter“ zählen: Das Gut Freiheit und die so genannten Elementargüter, unter anderem Leben, physische Integrität, Bewegungsvermögen und geistiges Gleichgewicht. Weiterhin sind zum Handeln Voraussetzungen erforderlich, die zur Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit dienen. Zu diesen so genannten Nicht-Verminderungsgütern zählt beispielsweise, für die Zukunft planen zu können oder Wissen über Fakten zu haben, die für ein geplantes Handeln relevant sind. Schließlich braucht jeder Handlungsfähige notwendig bestimmte Voraussetzungen zur Erweiterung der Handlungsfähigkeit: Zu diesen so genannten Zuwachsgütern zählen z. B. Wertschätzung durch andere oder die Möglichkeit, Bildung und Vermögen zu erwerben.

Gewirth kann mit seiner Argumentation nicht nur zeigen, dass jeder Mensch die aufgeführten allgemeinen „Güter“ notwendig braucht, um selbst gesetzte Ziele zu verfolgen, sondern er vermag auch auszuweisen, dass jeder Handlungsfähige ein moralisches Recht auf diese „konstitutiven Güter“ hat.¹² Das „Prinzip der Menschenrechte“, welches die entsprechenden Individualrechte vor Augen hat, lautet dann: „Handle stets in Übereinstimmung mit den konstitutiven Rechten der Empfänger deiner Handlungen wie auch deiner selbst.“¹³

2.3 Abwehrrechte und Anspruchsrechte

Da jeder Handlungsfähige ein Recht auf die notwendigen Bedingungen des Handelns hat, umfasst dies nicht nur Abwehrrechte, sondern auch Anspruchsrechte, d. h. Rechte auf Unterstützung. Denn jeder Mensch ist in zweifacher Weise von den Handlungen anderer Individuen abhängig: Zum einen ist er darauf angewiesen, dass andere seine Freiheit und die

für die Handlungsfähigkeit notwendigen Güter nicht beeinträchtigen oder zerstören. Zum anderen muss er mit Situationen und Lebensumständen rechnen, in denen er die handlungsnotwendigen Güter nicht durch eigene Anstrengung erreichen, erhalten oder wiedererlangen kann und somit auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Daher ist es vernünftig anzuerkennen, dass jeder aktuell oder prospektiv Handlungsfähige, vorausgesetzt, er schafft dies nicht aus eigener Kraft, ein Recht auf Hilfe hat, um diese „Güter“, die für die allgemeine Handlungsfähigkeit notwendig sind, zu erreichen oder wiederherzustellen.

Der Anspruch auf Hilfe richtet sich nicht nur an andere Handlungssubjekte, sondern er macht darüber hinaus die Existenz bestimmter gesellschaftlicher Institutionen verpflichtend. Denn Institutionen bieten Schutz vor der Überforderung Einzelner und garantieren die effektive Verwirklichung und Sicherung der konstitutiven Rechte. In vielen Belangen, so etwa bei der Krankenversorgung, bedarf es zudem einer speziellen Form der Hilfe, die sich nur über Institutionen mit fachkundigem Personal gewährleisten lässt.

Nun könnte der Eindruck entstehen, dass die Hilfsansprüche unweigerlich zu einer Inflation konkreter Rechtsansprüche und damit zu einer moralischen Überforderung aller Beteiligten führen. Dies trifft jedoch nicht zu, da sich positive Rechte auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit beziehen. Mit abnehmender Notwendigkeit der Elementar-, Nicht-Verminderungs- und Zuwachsgüter für die allgemeine Handlungsfähigkeit werden deshalb auch die diesbezüglichen Ansprüche schwächer.

2.4 Gesundheit als allgemeine Voraussetzung für die Handlungsfähigkeit

Da physische und psychische Gesundheit eine grundlegende Voraussetzung für die Fähigkeit darstellt, überhaupt zu handeln und selbst gesetzte Ziele zu verfolgen, hat jeder Mensch das Recht auf solche Gesundheitsleistungen, welche die allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit erhalten, schützen oder wiederherstellen. Mit Hilfe des Ansatzes von Gewirth lassen sich folglich gesellschaftlich finanzierte Leistungen zur Gesundheitsversorgung begründet

fordern, denn Erkrankungen, Unfälle oder Behinderungen können die Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigen.¹⁴

Die oben kurz dargestellte Güterlehre beinhaltet eine Hierarchie der Notwendigkeit in Bezug auf die handlungsrelevanten allgemeinen Voraussetzungen. So wird eine Erkrankung, die bestimmte Elementargüter beeinträchtigt, die Handlungsfähigkeit stärker einschränken als eine Erkrankung, die lediglich ein Zuwachsgut oder möglicherweise keines der notwendigen allgemeinen „Güter“ beeinträchtigt. Darüber hinaus kann das Ausmaß der Beeinträchtigung der handlungsrelevanten Güter variieren – etwa, was Stärke oder Dauer der Beeinträchtigung oder die Zahl der betroffenen Güter angeht. So wird ein grippaler Infekt meist nur kurzfristig das Elementargut Bewegungsvermögen einschränken, jedoch in der Regel nicht das Gut Leben oder geistiges Gleichgewicht. Demgegenüber wird bei Minderwuchs eher strittig sein, inwiefern eine notwendige allgemeine Voraussetzung der Handlungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Im Unterschied dazu sind bei einer Krebserkrankung oder bei einer chronisch-degenerativen Erkrankung wie Multipler Sklerose eindeutig zahlreiche der oben angeführten Elementar-, Nicht-Vermindeungs- und Zuwachsgüter bedroht oder vermindert. Entsprechend den verschiedenen Einschränkungen der für die Handlungsfähigkeit notwendigen Güter bestehen nun, wie sich mit Gewirth zeigen lässt, unterschiedlich umfassende Hilfspflichten, etwa mittels medizinischer, pflegerischer oder psychologischer Maßnahmen zur Heilung oder Linderung einer Erkrankung.

2.5 Kernbereich und Randbereich der Gesundheitsversorgung

Die Reichweite der Argumentation mit den allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit hängt davon ab, ob und inwieweit sich allgemeine physiologische und psychische Bedingungen der Handlungsfähigkeit aufweisen lassen, die durch die Bereitstellung medizinischer Präventions-, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten gewährleistet werden können. Die meisten der derzeit faktisch als behandlungsbedürftig anerkannten Körper- und Geisteszustände beinhalten zumindest partielle Beeinträchtigungen der allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit. Insofern kann über den Ansatz von Gewirth, der unhintergehbare moralische Rechte jedes einzelnen

Menschen begründet, ein recht umfangreicher Kernbereich solidarisch finanzierter Leistungen eingefordert werden. Dementsprechend ergeben sich aus den individuellen moralischen Abwehr- und Anspruchsrechten einige Eckpunkte für Fragen der Gesundheitsversorgung, auf die weiter unten eingegangen wird.

Darüber hinaus sollte die Bestimmung der Randbereiche der Gesundheitsversorgung durch faire und konsensorientierte Verfahren geregelt werden, um über das weitergehende Leistungsspektrum zu entscheiden.¹⁵ Denn für „Krankheiten“ oder Beeinträchtigungen, die sich nicht auf moralische Individualrechte in streng normativem Sinn beziehen lassen, sondern bei denen sich Fragen der individuellen Präferenzen und Lebensführung stellen, ist eine gesellschaftliche Konsensregelung sinnvoll. Die große Zahl der potentiell oder faktisch Betroffenen, deren stark unterschiedliche Bedürfnislagen, die ungleiche Verteilung politischer Einflusschancen sowie die Komplexität der medizinischen, rechtlichen und moralischen Fragen sprechen dafür, einen repräsentativen Stellvertreterdiskurs einzurichten. Es sollte sich also um ein transparentes Verfahren handeln, das auf einen argumentativ nachvollziehbaren Konsens abzielt und in dem vor allem auch diejenigen berücksichtigt werden, die ihre Bedürfnisse und Interessen nicht selbst vertreten können.

3. Normative Forderungen für eine gerechte Verteilung von Mitteln

Die Bestimmung des Leistungsspektrums der solidarisch finanzierten Krankenversorgung ist eine komplexe und umstrittene Aufgabe. Gleichwohl lassen sich vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen einige normative Forderungen ableiten, um dem Anspruch einer gerechten Verteilung von Mitteln zu genügen.

3.1 Berechtigte Hilfsansprüche im Fall von Krankheit

Der Ausweis bestimmter individueller Rechte, die jedem Menschen unbedingt zukommen, zeigt, dass im Fall von Krankheit berechtigte Hilfsansprüche entstehen. Grad und Umfang der Verpflichtung anderer lassen sich mit Blick auf die allgemein notwendigen Voraussetzungen der

Handlungsfähigkeit bestimmen, und eine diese Voraussetzungen sichernde, wiederherstellende oder fördernde Versorgung sollte jeder Mensch im Krankheitsfall erhalten. Aufgrund der unbedingten Geschuldetheit bestimmter Hilfestellungen darf eine Versorgung im Krankheitsfall nicht von wirtschaftsliberalen Vorstellungen abhängig sein, nach denen zwischen souveränen Partnern individuell Verträge je nach Informiertheit, Risikofreudigkeit und Antizipationsvermögen geschlossen werden. Statt Tausch- oder Leistungsgerechtigkeit ist eine Sicherung für jedes Mitglied der Gesellschaft gefragt, die im Krankheitsfall zuverlässig greift. Außerdem ist ein solidarisch finanziertes Gesundheitsversorgungssystem zu fordern, weil jeder Mensch berechtigten Anspruch auf Hilfe durch andere hat, sofern er die handlungsnotwendigen Voraussetzungen nicht durch eigene Anstrengung erreichen kann.

3.2 Garantie der Hilfe durch Fachkräfte in Institutionen

Eine Gesellschaft bzw. ein Staat hat die Pflicht, die Erfüllung berechtigter Hilfsansprüche, welche die Möglichkeiten Einzelner übersteigen, durch gesellschaftliche Institutionen zu garantieren.¹⁶ Da in den meisten Fällen eine angemessene und kontinuierliche medizinische und pflegerische Versorgung nur über einschlägige Institutionen mit entsprechender Ausstattung und Fachpersonal erfolgen kann, besteht eine gesellschaftliche Pflicht, ein funktionierendes Gesundheitssystem zu unterhalten. Die Art der professionellen Hilfe sollte fachlich anerkannten Qualitätsstandards entsprechen.

3.3 Prioritätensetzungen in der Versorgung

Die Frage, nach welchen ethischen Kriterien Prioritäten in der Versorgung zu setzen sind, lässt sich mit Gewirth' Kriterium der allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit und der damit verbundenen Güterhierarchie angehen. Eine Bewertung des Schweregrads und Hilfebedarfs bei verschiedenen Krankheitsbildern mit ihren speziellen Symptomen kann unter Bezugnahme auf die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit, also die Elementar-, Nicht-Verminderungs- und Zuwachsgüter erfolgen. Mit abnehmender Schwere einer

Krankheit und der Stärke der Betroffenheit grundlegender individueller Rechte durch die krankheitsbedingten Beschwerden wird der Hilfsanspruch schwächer. Dementsprechend muss sich eine Verteilung der Mittel an einer Hierarchie individueller Rechte ausrichten. Mit seiner internen Hierarchie der Notwendigkeit für die Handlungsfähigkeit gibt der Ansatz von Gewirth Antwort auf die Frage, bei welchen gesundheitlichen Einschränkungen jeder kranke oder pflegebedürftige Mensch unbedingten Anspruch auf Hilfe hat. In Bezug auf den Randbereich, der Versorgungsleistungen erlaubt, die für die individuelle Lebensgestaltung zwar wichtig sein mögen, doch keine individuellen Rechte berühren, kann dann mit Hilfe zusätzlicher Kriterien und Aushandlungsprozesse eine gesamtgesellschaftliche Einigung herbeigeführt werden.

Durch die Prioritätensetzungen in Bezug auf Krankheiten und ihren Schweregrad ist allerdings noch nicht die Frage beantwortet, welche Formen der Hilfe zu forcieren sind: So wurden in der Vergangenheit beispielsweise viele Ressourcen in die Notfallmedizin und die kardiologische Akutmedizin gelenkt. Welche Bereiche der medizinischen Prävention, Therapie, Rehabilitation oder palliativen Versorgung sollten in Zukunft stärker ausgebaut werden? Welcher Stellenwert sollte anderen gesundheitsbezogenen Berufen mit ihren z. B. pflegerischen, physiotherapeutischen, psychologischen oder logopädischen Möglichkeiten eingeräumt werden?²⁷

Die Frage nach der Art der Mittel führt über den Ansatz von Gewirth hinaus. Zum einen sind hier die berufspolitischen Interessen offenzulegen und kritisch zu diskutieren. Zum anderen bedarf es fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse, um Fragen der Effizienz und Effektivität nachzugehen. Zum Dritten wären Fragen des guten Lebens und der Selbstbestimmung des Kranken zu berücksichtigen. Dies hieße unter anderem, solchen Maßnahmen den Vorzug zu geben, die eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ darstellen und zudem solchen Maßnahmen, die in Situationen großer Schwäche und Abhängigkeit Schutz und Fürsorge gewährleisten.

3.4 Gleichbehandlung gleicher Fälle

Das Recht auf Schutz, Wiederherstellung oder Förderung der allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit gilt für jeden

Menschen in gleicher Weise. Die Gleichbehandlung gleicher Fälle bezieht sich unter anderem auf die Gleichheit des Zugangs zur Versorgung und auf ihre Qualität. So darf es beispielsweise kein zu großes Stadt-Land-Gefälle bei der stationären oder ambulanten Regelversorgung geben, d. h. die Institutionen der Gesundheitsversorgung müssen flächen-deckend und zudem für alle leicht zugänglich sein. So ist z. B. für Menschen mit einer körperlichen Behinderung der freie Zugang zu den Versorgungsangeboten des Gesundheitswesens noch nicht verwirklicht, weil neben baulichen Hindernissen beispielsweise die niedergelassenen Ärzte häufig nicht auf deren spezielle Belange eingestellt sind. Das Recht auf Gleichbehandlung gilt außerdem in Bezug auf Wartezeiten, die Wirksamkeit der Therapien und damit verbundenen Risiken sowie Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen.

Aufgrund der hohen Bedeutung, welche die Gesundheitsverfassung für die Lebensführung hat, ist eine so genannte „Zweiklassenmedizin“ zu vermeiden. Denn eine in weiten Teilen unterschiedliche medizinische und pflegerische Versorgung würde sich in allen persönlichen und gesellschaftlichen Bereichen niederschlagen und insgesamt auf die Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit auswirken. Allenfalls in den Randbereichen der Versorgung wären Unterschiede zulässig, sodass nur hier und unter Ausweis des Bereichs als „Bagatellbereich“ Anreizsysteme eingeführt werden dürften.

Ein weiterer pragmatischer Vorschlag bezieht sich auf die Einführung neuer medizinischer Verfahren, die unter Umständen kostenintensiv sind. In der Regel geschieht die Einführung neuer Verfahren in der klinischen Praxis eher ungerichtet und ohne Prüfung der Folgen im Hinblick auf Machbarkeits- und Gerechtigkeitsaspekte. Hier sollte mit Blick auf den Anspruch der Gleichbehandlung geprüft werden, ob sich ein Verfahren wirklich all denjenigen anbieten ließe (logistisch-strukturell, finanziell, in Bezug auf das erforderliche Wissen), für die es potenziell hilfreich sein könnte. Ein kostenaufwändiges Verfahren oder eine medizinische Innovation mit nur geringer Zusatzeffektivität würde dann vielleicht nicht oder erst später in die klinische Praxis übernommen.

3.5 Diskriminierungsverbot

Die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit stehen jedem Menschen zu – ungeachtet des Wertes, der ihm von außen zugebilligt wird. Es besteht also ein Diskriminierungsverbot, d. h. jeder Mensch hat „ohne Ansehen der Person“ Anspruch auf die gleiche Unterstützung. Daher verbietet sich eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nach Kriterien wie z. B. Alter, sozialem Status, Leistungsfähigkeit oder genetischer Ausstattung.¹⁸

Dies ist nicht selbstverständlich, da beispielsweise Eltern von Kindern mit einer geistigen Behinderung manchmal erleben, dass bei ihrem Kind im Unterschied zu gesunden Kindern mit der gleichen Erkrankung bestimmte Operationen oder intensivmedizinische Maßnahmen infrage gestellt werden. Ebenso scheint neben dem Merkmal Behinderung das Merkmal Alter anfällig für Diskriminierungen zu sein. So wird die Frage, ob ältere Menschen von gewissen medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden sollten, zunehmend häufiger diskutiert. Speziell dagegen ist einzuwenden, dass jeder Mensch generell Anspruch auf Gesundheitsversorgung hat – ohne Rückgriff auf seine Leistungsfähigkeit oder seine Lebensphase. Dass im Einzelfall das Lebensalter im Zusammenhang mit Multimorbidität bei medizinischen Entscheidungen eine Rolle spielen mag, ist zu unterscheiden von einer generellen Fixierung des Lebensalters als eines Ausschlusskriteriums für bestimmte medizinische Leistungen.

3.6 Besondere Förderung von Menschen mit einer Behinderung oder Einschränkung

Weiterhin besteht nach Gewirth für jeden aktuell oder prospektiv Handlungsfähigen, gerade dann, wenn er in seinem Handlungs- und Entscheidungsvermögen stark eingeschränkt ist, das Recht, dass andere ihm bei der Erreichung der fehlenden allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit nach Kräften helfen und ihn fördern. Die Leistungen der Gesundheitsversorgung tragen dazu bei, bestehende gesundheitsbedingte Einschränkungen auszugleichen oder die damit verbundenen Beschwerden zu mildern und auf diese Weise die Voraus-

setzungen der Handlungsfähigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Rahmen des Möglichen zu erweitern. Das Gesundheitswesen ist hier in besonderer Weise gefordert, den speziellen Erfordernissen von Menschen mit einer Behinderung im Krankheitsfall fachlich kompetent und menschlich zugewandt zu begegnen.

Nicht zuletzt stellt gerade die fachliche Seite der Förderung häufig ein Problem dar. Denn Menschen mit einer so genannten geistigen oder mehrfachen Behinderung haben statistisch erhöhte Risiken für zusätzliche Gesundheitsstörungen und Krankheiten.¹⁹ Teilweise fallen die klinischen Symptome einer Krankheit bei dieser Gruppe anders als üblich aus oder seltene Krankheiten treten hinzu.²⁰ Eine gezielte Förderung gerade von Menschen mit Einschränkungen würde bedeuten, dass sich die medizinische Ausbildung und Versorgung nicht uniform an gesunden oder „normalen“ Menschen orientiert, sondern gezielt die besonderen gesundheitlichen Problemen fokussiert, die mit bestimmten Behinderungen einhergehen.

3.7 Kein Zwang zur Inanspruchnahme von Hilfe

Hat ein kranker Mensch neben dem Recht auf professionelle Hilfe, so sie denn verfügbar ist, vice versa die Pflicht, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen, vielleicht sogar bestimmte Formen der Behandlung mit sich geschehen zu lassen, weil er gewissermaßen eine Pflicht zur Wiederherstellung und zum Erhalt der für die allgemeine Handlungsfähigkeit notwendigen Bedingungen hat? Aus der Perspektive eines Handlungsfähigen wäre es selbstwidersprüchlich, einer Beschränkung seines Rechts auf Freiheit durch andere zuzustimmen, wenn er selbst keinen Wert auf Wiederherstellung oder Erhalt seines gesundheitlichen Zustands legt. Vorausgesetzt, es können keine berechtigten Zweifel an der Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit eines Menschen vorgebracht werden, gebietet es das Recht auf Freiheit (ein Elementargut), sich nicht einzumischen, es sei denn, der Betreffende beeinträchtigt oder gefährdet andere. Zusätzlich stützen das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit und das Recht auf geistiges Gleichgewicht dieses Verbot. Niemand kann also gegen seinen Willen zu diagnostischen (z. B. genetischen) oder therapeutischen Eingriffen verpflichtet

werden, solange keine wesentlichen individuellen Rechte anderer verletzt sind.²¹

Jedoch führen in der klinischen Praxis manchmal lediglich Einzelaspekte einer Behandlung oder Diagnostik zu einer Weigerung der Betroffenen. Insofern ist im Einzelfall jeweils zu prüfen, welche andere Art der Behandlung für die Lebensführung des Betroffenen und seine individuellen Zielsetzungen hilfreich sein könnte.

3.8 Schutzmaßnahmen für gesellschaftliche Randgruppen

Menschen aus gesellschaftlich stigmatisierten Randgruppen wie z. B. Wohnungslose, AIDS-Kranke oder hochbetagte demente Menschen bedürfen besonderer Schutz- und Fördermaßnahmen, um die Bedingungen der Handlungsfähigkeit im Rahmen der Möglichkeiten wiederherzustellen oder zu bewahren, gesellschaftlich-strukturell bedingte Nachteile auszugleichen und Chancengleichheit zu fördern. So sollte ein Gesundheitswesen für diese Randgruppen, deren Gesundheitszustand teilweise durch schwierige Lebensumstände oder gesellschaftliche Ausgrenzung geschwächt oder deren Zugang zur Gesundheitsversorgung generell erschwert ist, besondere Schutz- und Fördermaßnahmen entwickeln. Denn es gilt zu vermeiden, dass sich gesellschaftlich bedingte Nachteile unmittelbar auf die gesundheitliche Verfassung und die Qualität der Gesundheitsversorgung – etwa im Hinblick auf Inanspruchnahme oder Kontinuität – auswirken.

Darüber hinaus haben Mitglieder von Randgruppen oft nur geringe institutionelle und politische Mitsprachemöglichkeiten. Damit fehlen ihre Perspektiven und die für ihre Versorgung passenden speziellen Wege und Mittel. Etablierte Entscheidungsverfahren im Gesundheitswesen sollten auf Möglichkeiten der Integration dieser Gruppen und ihrer Anliegen hin überprüft werden.

3.9 Wohlstands- und Bildungsunterschiede in Korrelation zu Gesundheitszustand und Lebenserwartung

In Deutschland wirken sich Faktoren wie Einkommensverhältnisse, Arbeitslosigkeit und niedriger Bildungsstand offensichtlich immer noch

negativ auf die Gesundheitschancen der Bevölkerung aus, wie Ergebnisse neuerer Berichte zeigen.²² Nachweislich besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit sowie zwischen Armut, niedrigem Bildungsniveau und Lebenserwartung. Arbeitslose werden häufiger krank und umgekehrt werden z. B. Menschen mit chronischer Schizophrenie rasch zu lebenslangen Sozialhilfeempfängern. Diese und weitere strukturelle Zusammenhänge zeigen, wie sehr die Leistungen des Gesundheitssystems gesellschaftliche Unterschiede vermeiden und ausgleichen oder aber schaffen und vertiefen können. Insofern sind im sensiblen Bereich der Gesundheitsversorgung von Arbeitslosigkeit oder Armut Betroffene in besonderer Weise zu berücksichtigen und optimal zu versorgen. Offenbar müssen für diese Personengruppen noch angemessene Wege der Information über Gesundheitsfragen und Behandlungsmöglichkeiten erschlossen werden, denn bislang werden gesundheitsrelevante Informationen überwiegend von Bevölkerungsschichten mit hohem Bildungsniveau aufgegriffen.

3.10 Überprüfung und Veränderung institutioneller Strukturen

Insgesamt gilt für Organisations- und Ablaufstrukturen, dass sie sich am Ziel der Wahrung der individuellen Rechte ausrichten müssen. In der Vergangenheit hat sich beispielsweise deutlich gezeigt, dass eine stark ausdifferenzierte Arbeitsteilung im Bereich der sozialen und medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen rasch zum Problem werden kann, wenn Informationen nicht strukturiert gesammelt und weitergegeben werden, und wenn es keine Bezugsperson gibt, die für die Koordination und Planung der Gesamtversorgung verantwortlich ist. In der professionellen Pflege spiegeln Diskussionen über die Arbeitsorganisationsmodelle Funktions-, Gruppen- oder Bezugspflege diese Problematik wider.²³ Aber eine Zergliederung der Leistungen kann nicht nur innerhalb einer Institution zu Problemen führen, welche einer guten fachlichen Qualität der Gesundheitsversorgung sowie ihrer Passung für die Betroffenen entgegenstehen. Vielmehr besteht die Herausforderung darin, zwischen den verschiedenen Institutionen Brücken zu schaffen. Ansonsten müssen Patienten und ihre Angehörigen individuell und immer neu diese Verknüpfungen und organisatorischen Übergänge

selbst herstellen. Oft gelingt dies nicht, weil sie weder in fachlicher noch institutioneller Hinsicht über ausreichende Befugnisse und Kenntnisse verfügen. Die Zergliederung von Leistungen und die offene Frage, wer die professionellen Hilfen mit Blick auf die lebensweltliche Situation des Kranken koordiniert, bedürfen sicher noch neuer Strukturen und Verantwortungszuschreibungen.

Generell sind solche institutionellen Strukturen zu wählen oder dahingehend zu optimieren, welche die grundlegenden Rechte von Patienten und Mitarbeitern garantieren. Erst im Anschluss an diese Zielsetzung dürfen andere Kriterien wie etwa Effizienz oder weitere ökonomische Gesichtspunkte verfolgt werden. Daher sollten alle Strukturen (z. B. Einsatzpläne, Arbeitsabläufe etc.) im Einzelnen und als Gesamtes immer wieder vom Patienten her gedacht und geprüft werden: Wie nehmen die Patienten diese Struktur, diesen Ablauf wahr? Was könnte ihnen dabei Umstände oder Schwierigkeiten bereiten? Es gilt also, die Perspektive der Patienten und deren grundlegende Rechte als Leitlinie und Korrektiv mitzuführen.

3.11 Entscheidungsebenen und Verfahrensfragen

Zur Klärung der komplexen Frage, wie die Prioritäten bei der Verteilung begrenzter Mittel zu setzen sind, ist es wichtig, die verschiedenen Entscheidungsebenen und Entscheidungsformen auseinanderzuhalten und zu erörtern, welche Entscheidungen auf welcher Ebene zu treffen sind.

Auf der unteren Mikroebene²⁴ setzt der behandelnde Arzt fest, ob und welche medizinischen Maßnahmen an einem Patienten durchgeführt werden. Er ist also der primäre Verteiler von Leistungen, die Kosten verursachen und über viele Vermittlungsschritte Auswirkungen auf das Gesundheitsbudget haben. Der Arzt ist jedoch in erster Linie dem Wohl seines Patienten verpflichtet, d. h. er soll ihm die bestmögliche medizinische Behandlung zukommen lassen und ihm nicht schaden.²⁵ Diese Ziele haben Vorrang vor ökonomischen Kosten-Nutzen-Abwägungen, weil die Würde des Menschen, oder mit Gewirth gesagt, die zentralen individuellen Rechte eines Menschen, nicht verrechnet werden dürfen. „Adressat ärztlicher Verantwortung ist der hilfsbedürftige Patient, nicht aber das Gesundheitsbudget.“²⁶ Weil der Arzt in seiner moralischen Verantwor-

tung nicht überfordert werden darf und das Arzt-Patient-Verhältnis zu schützen ist, kann und sollte der Arzt nur eine sehr eingegrenzte Verantwortung für übergeordnete Kosten-Nutzen-Rechnungen haben.

Selbstredend tragen Arzt und Patient jedoch Mitverantwortung für die Gesundheitsausgaben. Im Sinne des Sparsamkeitsgebots ist beispielsweise bei medizinischer Gleichwertigkeit die kostengünstigere Variante der Behandlung zu wählen, Überdiagnostik zu vermeiden oder eine aller Voraussicht nach wirkungslose Behandlung zu unterlassen.

Problematisch ist eine so genannte implizite Rationierung²⁷, die häufig durch gedeckelte Budgets initiiert wird. Im Gegensatz zur expliziten Rationierung, bei der bestimmte Behandlungen einer Patientengruppe unter vorher definierten Voraussetzungen nicht gewährt werden, sind bei einer impliziten Rationierung die Bedingungen, unter denen im konkreten Fall Leistungen vorenthalten werden, nicht vorab festgelegt. Verteilungsentscheidungen werden damit in die Arzt-Patient-Beziehung verlagert. Dies ist zu kritisieren, weil die von den Ärztinnen und Ärzten getroffenen Verteilungsentscheidungen subjektiv sind und von unbewussten Voreingenommenheiten bezüglich Geschlecht, sozialer Stellung oder persönlicher Sympathie beeinflusst werden können. Zudem haben informierte, eloquente oder sehr fordernd auftretende Patienten erfahrungsgemäß bessere Chancen auf eine umfangreiche medizinische Behandlung.

Eine implizite Rationierung kann aber auch in „üblichen“ Vorgehens- und Behandlungsweisen oder in einem ökonomisch und medizinisch als „gut“ bezeichneten Versorgungsstandard enthalten sein. Zahlreiche Verteilungsentscheidungen, die auf der Ebene einer Station oder eines Krankenhauses stattfinden, lassen sich nicht durch Hinweise auf pragmatische Zielsetzungen und die vermeintliche Wertfreiheit der Entscheidungen allein rechtfertigen.

Generell stellen Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen in der Gesundheitsversorgung normative Urteile dar, deren Verantwortung ethischer Argumente und Kriterien bedarf. Insofern sollten übergeordnete Mittel-Zweck-Überlegungen nicht an beruflich oder institutionell organisierte Verfahren bzw. Gremien, neuerdings teilweise „runde Tische“, Ethikkomitees, Ethikkommissionen o. ä. delegiert werden, die in der Regel pragmatische Kompromisse suchen und deren Legitima-

tion letztlich unklar ist. Häufig werden auf diese Weise die ethischen Fragen nicht angemessen gelöst, sondern über den formalen Weg der Prozedur lediglich verlagert.

4. Zur aktuellen Debatte über die Umgestaltung des Gesundheitswesens

Die folgenden kritischen Anmerkungen gehen über den Ansatz von Gewirth hinaus und beziehen sich konkret auf die aktuelle Debatte über die Umgestaltung des Gesundheitswesens.

4.1 Überbetonung der Patientenselbstbestimmung

Unter Absetzung vom ärztlichen Paternalismus und der Entmündigung von Patienten durch Institutionalisierungen hat das Recht auf Selbstbestimmung in Politik, Medizinethik und klinischer Praxis an Gewicht gewonnen. So wichtig es ist, dem Patienten Wahlfreiheit zwischen bestehenden Behandlungs- oder Nichtbehandlungsoptionen einzuräumen, so problematisch ist eine Reduktion aller ethischen Fragen der Gesundheitsversorgung auf Fragen der individuellen Selbstbestimmung. Denn im Fall von Krankheit hat ein Mensch unter Umständen kaum Wahlmöglichkeiten, betrachtet man sein Handlungs- und Entscheidungsspektrum als Ganzes. Eine einseitige Überbetonung der Selbstbestimmung im Sinne von Wahlfreiheit kann dazu führen, dass lediglich Verantwortung von den professionellen Helfern auf den Patienten verschoben wird, statt auszuloten, inwieweit der Patient Unterstützung für seine Entscheidungen braucht. Denn wenn auf Freiheit verwiesen wird, muss sie auch verfügbar sein.²⁸ Häufig wird Freiheit erst durch den Abbau von Hindernissen möglich.

So hat nicht zuletzt die Autonomiedebatte in Bezug auf zunehmende Wahlfreiheit in der Reproduktionsmedizin zu der Einsicht geführt, dass Autonomie der Unterstützung und Beratung bedarf. Patientenrechte und -souveränität sind sinnvoll, wenn es um Transparenz (z. B. durch Patientenquittungen oder die Einsicht in erhobene Daten), um Informations-, Anhörungs- und Beteiligungsrechte geht. Problematisch wird es, wenn individuelle Patienten ohne Qualitätsvorgaben und

-kontrollen durch Fachleute zwischen medizinischen Möglichkeiten wählen sollen.

4.2 Gesundheitsprävention

In jüngerer Zeit wird in der Gesundheitspolitik großes Gewicht auf Maßnahmen zur Gesundheitsprävention gelegt. Doch Prävention ist nicht um ihrer selbst willen anzustreben, sondern rechtfertigt sich erst durch eine Klärung und Begründung der verfolgten Ziele und Mittel.²⁹ Die Verhütung oder frühzeitige Erkennung bestimmter Krankheiten oder Beschwerden, welche die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit mit großer Wahrscheinlichkeit beeinträchtigen, wäre beispielsweise ein legitimes Ziel. Zusätzlich sind jedoch auch die Mittel, mit denen ein Präventionseffekt erzielt werden soll, kritisch zu betrachten. Das Ziel der Krankheitsvermeidung oder -früherkennung, z. B. bei Krebserkrankungen, darf nicht mit beliebigen Mitteln verfolgt werden, soll nicht das Recht auf Freiheit verletzt werden. Somit sind Präventionsmaßnahmen wie Information, Aufklärung und Beratung zu bevorzugen gegenüber Leistungsanreizen, da deren Erfolg, etwa Verhaltensänderungen, in irgendeiner Weise kontrolliert werden müsste. Außerdem ist bei allen Präventionsbemühungen in Rechnung zu stellen, dass zahlreiche gesellschaftliche Gruppen, etwa Wohnungslose, hochbetagte Menschen oder Menschen mit einer geistigen Behinderung häufig nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, Informationen zur gesunden Lebensführung oder Krankheitsvermeidung aufzunehmen und umzusetzen.

4.3 „Mehr Eigenverantwortung“?

Bei der derzeit in der Politik häufig zu vernehmenden Beschwörung von „mehr Eigenverantwortung“ der Versicherten ist zwischen verschleiern-der Rhetorik und berechtigtem Appell zu differenzieren. So kann die Rede von der Eigenverantwortung legitim sein, wenn es um eine gesunde Lebensweise geht. Doch hier wäre zu klären, wer eigentlich Adressat sein soll, welche Fördermaßnahmen zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit bestehen, und wem dies abverlangt werden kann. Generell ist der Verweis auf die Eigen-

verantwortung nur dann konstruktiv, wenn man davon ausgehen kann, dass mit der Eigenverantwortung die entsprechende Befähigung vorliegt oder aber beabsichtigt ist, diese Fähigkeit zu stärken.

Darüber hinaus ist es zulässig, an die verantwortungsbewusste Inanspruchnahme der Dienstleistungen des Gesundheitswesens zu appellieren, d. h. keine „Versicherungsmentalität“ zu entwickeln und als Einzahler Leistungen sogar dann zu fordern, wenn keine oder nur sehr geringfügige gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Ebenso besteht in Bezug auf die Erfüllung der Beitragspflichten eine Eigenverantwortung. Anders jedoch sieht es im Fall von Zuzahlungen im Krankheitsfall aus. Denn eine „Eigenverantwortung“ im Krankheitsfall widerspricht nicht nur dem sozialstaatlichen Prinzip der Solidarversicherung, sondern bedeutet eine Benachteiligung Kranker.

Davon abgesehen ist hinsichtlich der Rhetorik von „mehr Verantwortung“ im Gesundheitswesen zu prüfen, welche gesellschaftlichen Gruppen stärker in ihrer Fremdverantwortung angefragt werden müssten – z. B. Beamte, Selbständige und einkommensstarke Versicherte. Aus sozialetischer Sicht wäre es außerdem naheliegend, den Schutz der Gesundheit stärker als bisher zur Aufgabe gesellschaftlicher Institutionen oder Interessensverbände – etwa der Nahrungsmittelindustrie, ökologisch belastender Industriezweige, der Werbebranche oder Institutionen des öffentlichen Bildungswesens – zu machen.

4.4 Eigenverantwortung und Subsidiarität

In der Diskussion um das deutsche Gesundheitssystem fällt weiter auf, dass das Subsidiaritätsprinzip oft missverstanden wird. Das Subsidiaritätsprinzip zielt auf einen schonenden Ausgleich zwischen sozialen Einheiten ab.³⁰ Die Auffassung, dieses Prinzip plädiere für Sozialabbau und Privatisierung und dafür, Kranke oder sozial Schwache an ihre Eigenverantwortung zu erinnern, stellt eine Fehlinterpretation dar. Vielmehr besagt das Subsidiaritätsprinzip, dass das, was der einzelne Mensch aus eigener Initiative und Kraft nicht leisten kann, nicht zwingend von einer gesellschaftlichen Zentralgewalt zu übernehmen ist, sondern dass die Staatsgewalt viele Hilfestellungen kleineren Gemeinwesen überlassen sollte. Von unten nach oben vorgehend sollte das, was die

unterste Ebene (etwa die Nachbarschaftshilfe auf Gemeindeebene) nicht leisten kann, von der nächsthöheren übernommen werden. Das Prinzip der Subsidiarität erklärt sich aus der Stufenordnung einer Gesellschaft und weist darauf hin, dass es nicht förderlich ist, den Staat zu stark vereinheitlichen zu wollen. Subsidiarität als Organisationsprinzip verhindert, dass das je größere und übergeordnete Sozialgebilde dem kleineren, untergeordneten die Kompetenzen entzieht. In erster Linie aber verpflichtet dieses Prinzip die Gesellschaft, für ihre Mitglieder in solidarischer Subsidiarität jene Bedingungen zu schaffen, die erforderlich sind, um in Freiheit ein menschenwürdiges Leben zu führen. Das hier kurz skizzierte sozialstaatliche Prinzip der Subsidiarität ergänzt die Forderung von Gewirth nach einschlägigen Institutionen der Krankenversorgung, welche die Erfüllung berechtigter Hilfsansprüche garantieren. Auch bei Gewirth ist fremde Hilfe nur dann nötig, wenn der Betroffene sich nicht selbst helfen kann. Und selbstredend ist jeder Form der Hilfe zur Selbsthilfe, die dem Betroffenen die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit zugänglich macht, der Vorzug gegenüber einem eher stellvertretenden Handeln zu geben.

4.5 Eigenverschulden und Hilfsansprüche

Immer wieder wird die Frage diskutiert, ob die Hilfeleistungen im Krankheitsfall nicht auch von der Frage des Eigenverschuldens abhängig gemacht werden sollten. Zu denken ist an gesundheitliche Spätfolgen durch Alkoholismus oder andere Suchterkrankungen, an Erkrankungen, die durch kostenlose Vorsorgeuntersuchungen hätten vielleicht frühzeitig erkannt und geheilt werden können, oder an eine ungesunde Lebensführung mit Bewegungsmangel und schlechten Ernährungsgewohnheiten. Hiergegen ist zum einen einzuwenden, dass Risikofaktoren sich meist nur auf statistische Korrelationen und in den wenigsten Fällen auf kausale Zusammenhänge beziehen, sodass die wissenschaftliche Grundlage der Ursachenzuschreibung meist vage bleibt. Zum anderen ist insbesondere bei Suchterkrankungen unklar, inwiefern sich in Bezug auf das selbstschädigende Verhalten Entscheidungsfreiheit unterstellen lässt. Insofern sind bereits auf der Ebene der Verursachungs- und Verantwortungszuschreibung oft

Zweifel angebracht. Aber selbst im Falle eines eindeutigen Selbstverschuldens, d. h. dann, wenn die Kriterien Freiwilligkeit und Intentionalität eindeutig erfüllt waren, bestünde für andere die Pflicht, diesem Menschen bei der Wiederherstellung der notwendigen allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit Beistand zu leisten. Die Frage des Verschuldens entbindet die anderen also nicht von vornherein von ihren Hilfspflichten.

4.6 Effizienter Einsatz der gemeinsam finanzierten Mittel und Leistungen

Es besteht selbstredend eine gegenseitige Verpflichtung für alle Mitglieder des Gesundheitswesens, d. h. alle Berufsgruppen sowie alle Versicherten bzw. Patienten, die gemeinsam finanzierten Mittel und Leistungen effizient einzusetzen. An die Versicherten richtet sich, wie gesagt, die Forderung, Leistungen nur im wirklichen Bedarfsfall zu beanspruchen. Hinter der berechtigten Forderung an Ärzte, unnötige und kostentreibende Aspekte medizinischer Interventionen zu vermeiden, verbirgt sich jedoch ein Problem: Um zwischen Rationalisierung und Rationierung überhaupt unterscheiden zu können, bedarf es empirischer Daten hinsichtlich der Behandlungserfolge und Prognosen. An solchen Daten fehlt es häufig, sodass sich nicht feststellen lässt, ob das, was als Maßnahme der Effizienzsteigerung bezeichnet wird, nicht bereits die Qualität der Versorgung eingeschränkt. Denn abgesehen von einer vernünftigen Schrittfolge diagnostischer Abklärungen lassen sich medizinische Maßnahmen lediglich entlang eines Kontinuums zunehmender Vorteilhaftigkeit anordnen.³¹ Letztlich ist also die Frage, wo zwischen den beiden Extremen einer eher nutzlosen oder aber sehr Erfolg versprechenden medizinischen Maßnahme der Schnitt zu setzen ist.

5. Fazit

Es wurde gezeigt, auf welche Weise sich die individuellen Rechte als Maßstab für eine gerechte Verteilung heranziehen lassen. Der ethische Ansatz von Gewirth, der von individuellen moralischen Rechten ausgeht, ist in der Lage, einen Bereich des unbedingt Geschuldeten auszuweisen

und liefert damit grundlegende ethische Kriterien und gute Gründe für Verteilungsfragen.

Obwohl durchgängig von individuellen Rechten und Pflichten die Rede war, darf es in der Gesundheitsversorgung nicht nur um die Einlösung moralischer Rechte und Pflichten gehen, sondern darüber hinaus um eine institutionelle und gesellschaftliche Kultur des Helfens, die den Anderen als Mitmenschen in den Blick nimmt. Angehörige, Nachbarn und Bekannte aus dem sozialen Umfeld wie auch die professionell Helfenden können Haltungen entwickeln, die sich auf Begegnung im Sinne einer zugewandten Kommunikation und Anteilnahme richten und auf die Anerkennung der Autorität Leidender. Auf der Ebene der Institutionen dürfen diese Haltungen und die Möglichkeit zur Flexibilität im Einzelfall z. B. nicht durch einen zu großen Arbeits- und Zeitdruck sowie übermäßige bürokratische Kontrollen verstellt werden.

Angesichts der Tatsache, dass Verletzbarkeit, gesundheitliche Einschränkung und Krankheit unabdingbarer Bestandteil des menschlichen Lebens sind, sollte die Gesundheitsversorgung intensiver als bisher das Ziel verfolgen, Menschen darin zu unterstützen, eine nicht heilbare Krankheit gut in ihr Leben zu integrieren. Hier könnte die „palliative“³² Medizin in Zusammenarbeit mit den so genannten Heilhilfsberufen und den sozialen Berufen ein wichtiger Bereich der Versorgung sein.

In Diskussionen über die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen sollte trotz der durch Arbeitsmarkt und Wirtschaftskonjunktur motivierten Einsparungsabsichten nicht aus dem Blick geraten, dass es um Regelungen geht, welche Menschen elementare Handlungsvoraussetzungen wieder ermöglichen oder aber vorenthalten.