

MARKUS ZIMMERMANN-ACKLIN

Gesundheit – Gerechtigkeit – christliche Identität.

Begründung und Gestalt der gesundheitlichen Versorgung aus der Perspektive einer theologischen Ethik

Zusammenfassung

Was hat eine *theologische* Ethik zu Begründung und Ausgestaltung einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung beizutragen? Philosophische *Begründungskonzepte* stützen sich in der Regel auf die neuzeitliche Menschenrechts- bzw. Grundrechtstradition und auf ein daraus abgeleitetes Recht auf Gesundheit. Auch in theologisch-ethischen Begründungen wird auf Menschen- und Grundrechtsüberlegungen Bezug genommen, dagegen kaum theologisch argumentiert (Teil 1). Im Sinne einer *Genealogie der Moral* werden mit der Heiligkeit der menschlichen Person, der Relationalität des Menschen und der christlichen Heilszusage theologische Elemente der christlichen Tradition aufgegriffen. Diese lassen sich auf die drei Grundprinzipien Personalität, Solidarität und Subsidiarität beziehen und begründen die Sorge um Kranke und Pflegebedürftige, die sich nicht zufällig wie ein roter Faden durch die Kirchengeschichte hindurch zieht (Teil 2). Überlegungen zur *Ausgestaltung* orientieren sich an bestehenden Handlungsmöglichkeiten innerhalb eines solidarisch strukturierten Systems und formulieren anhand des Rationierungsbegriffs zukünftige Herausforderungen (Teil 3). Mit der solidarischen Gesundheitsversorgung geht es aus christlicher Sicht nicht nur um *Verteilungsgerechtigkeit*, sondern gleichzeitig um die *christliche Identität*.

Schlüsselwörter

Gesundheitsethik – Gesundheitsversorgung – Theologische Ethik – Rationierung – Eigenverantwortung vs. Solidarität

EINLEITUNG

Die solidarische Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung wird seit einiger Zeit nicht mehr fraglos akzeptiert, sondern mit Hinweis auf die steigenden Kosten, den medizinisch-technischen Fortschritt, die zu erwartenden Folgen der demographischen Entwicklung und die hohen individuellen Ansprüche sowohl in Bezug auf die konkrete Ausgestaltung als auch prinzipiell in Frage gestellt: Warum sollte die Allgemeinheit über hohe Zwangsabgaben für die mit zunehmendem Wohlstand teurer werdende gesundheitliche Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger aufkommen? Inwiefern lässt sich begründen, dass der erwirtschaftete Wohlstand in Ländern wie Deutschland oder der Schweiz sozialstaatlich so umverteilt wird, dass für alle, unabhängig von Risiken und Leistungen,

eine qualitativ hoch stehende gesundheitliche Versorgung und Pflege geboten werden kann? Nachgedacht wird über Stufenmodelle, in welchen eine solidarisch finanzierte minimale Grundversorgung (ein *decent minimum*) für alle garantiert würde, während darüber hinausgehende Leistungen privat bezahlt oder versichert werden müssten.¹ Vorschläge zur Einschränkung des Grundleistungskatalogs werden nicht nur aus liberaler Sicht, sondern auch von bischöflichen Kommissionen für soziale und karitative Fragen formuliert.²

Dabei geben Streitschriften „gegen die Entsolidarisierung der Gesellschaft“³ und die liberale Gegenrede vom „Mythos der Entsolidarisierung“⁴ die gegenwärtig stark polarisierte Stimmungslage wieder. Der Soziologe Franz-Xaver Kaufmann macht Entsolidarisierungstendenzen de facto auf drei Ebenen aus: Neben der individuellen (wie bei Steuerflucht) und kollektiven Entsolidarisierung (zum Beispiel durch die Infragestellung der Tarifpartnerschaft) manifestierten sich auch Anzeichen einer *kulturellen* Entsolidarisierung, insofern die normativen Grundlagen der Sozialstaatlichkeit in Frage gestellt würden und versucht werde, ein Vorrecht des Stärkeren oder zumindest des Leistungsfähigeren zu begründen.⁵

Dieser Befund erklärt zumindest teilweise das wieder erwachte Interesse an Begründungsfragen. In Hinblick auf die Sozialstaatstheorie insgesamt weist Franz-Xaver Kaufmann auf ein theoretisches Defizit hin: „Was gemeinhin als Sozial- oder Wohlfahrtsstaat bezeichnet wird, fristet ein theorieleeres Dasein zwischen Rechtswissenschaft (,Sozialrecht‘), Wirtschaftswissenschaft (,Transferökonomie‘) und den einschlägigen soziologischen und politikwissenschaftlichen Analysen. [...] Es gibt bis heute nur wenige Versuche, die sozialstaatliche Problematik systematisch mit Fragen der Staatstheorie, der ökonomischen Ordnungstheorie oder der soziologischen Steuerungs- und Gesellschaftstheorie, aber auch der Ethik zu

¹ Vgl. *Otfried Höffe*, Medizin in Zeiten knapper Ressourcen, in: *Ders.*, Medizin ohne Ethik?, Frankfurt 2002, 202–241, insbes. 232–241; *Stefan Huster*, Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: *Oliver Rauprich/Georg Marckmann/Jochen Vollmann* (Hg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn 2005, 187–211.

² Vgl. *Die deutschen Bischöfe/Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/Kommission für caritative Fragen*, Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, Bonn 2003, insbes. 21–24.

³ *Joachim Rock* (Hg.), Sozialpolitik mit Zukunft. Eine Streitschrift gegen die weitere Entsolidarisierung der Gesellschaft, Hamburg 2005.

⁴ *Otfried Höffe*, Medizin in Zeiten knapper Ressourcen (Anm. 1), 237.

⁵ Vgl. *Franz-Xaver Kaufmann*, Schwindet die integrative Funktion des Sozialstaats?, in: *Ders.*, Sozialpolitik und Sozialstaat: Soziologische Analysen, Opladen 2002, 241–260, hier: 257 f. (zuerst erschienen in: *Berliner Journal für Soziologie* 7 [1997] 5–19).

verbinden.“⁶ *Die Polarisierung der gegenwärtigen Debatten interpretiert er als Folge dieser Theorielosigkeit*: „Aus dieser Theorielosigkeit resultiert eine weitgehend parteiliche Behandlung sozialstaatlicher Fragen: Liberalen Autoren ist der Staatsinterventionismus a priori suspekt, und sozialdemokratisch oder christlich-sozial orientierte Autoren schließen allzu leicht aus sozialen Problemen auf die Problemlösungskompetenz des Staates, ohne ordnungspolitische Restriktionen zu beachten.“⁷ Das hier angesichts des Theorievakuums anvisierte Programm geht weit über eine ethische Begründung sozialstaatlicher Einrichtungen hinaus, kann jedoch kaum auf eine solche verzichten.

In den Begründungs- und Anwendungsdiskursen zur Reform der sozialstaatlich organisierten Gesundheitssysteme rücken gegenwärtig die großen Unterschiede hinsichtlich Architektur und Ausbau der europäischen Sozialstaaten ins Zentrum der Aufmerksamkeit.⁸ Aus theologischer Perspektive sind dabei insbesondere Beiträge von Interesse, welche die *konfessionellen Einflüsse* auf die Ausbildung der unterschiedlichen europäischen Sozialstaatsmodelle aufzeigen: Die Analysen machen gleichsam als Nebenprodukt⁹ deutlich, wie entscheidend sich *christliche Wertvorstellungen*, wenn auch in der Konkretisierung durchaus unterschiedlich, auf die Ausbildung der europäischen Sozialstaaten ausgewirkt haben.¹⁰

⁶ Franz-Xaver Kaufmann, Sozialstaatlichkeit unter den Bedingungen moderner Wirtschaft, in: Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 1, Gütersloh 1999, 803–833, 803.

⁷ Vgl. ebd.; darüber hinaus auch Hans-Ulrich Kneubühler, Soziale Sicherheit und moderne Gesellschaft, in: Hans Halter/Hans-Ulrich Kneubühler, Christliche Politik und soziale Verantwortung. Zwei Aufsätze, Zürich 1996, 14–23: Der Sozialwissenschaftler hält es für typisch, dass in Zeiten der Krise auf Werte der Vergangenheit rekurriert wird (19) und formuliert damit eine weitere Erklärung für das gegenwärtige Interesse an den Begründungsdiskursen; ähnlich wie Franz-Xaver Kaufmann sieht er in der (staats- versus marktfixierten) Polarisierung den Grund für die Blockierung der Sozialstaatsdebatten.

⁸ Vgl. Franz-Xaver Kaufmann, Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, Frankfurt 2003; Stephan Lessenich/Ilona Ostner (Hg.), Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive, Frankfurt/New York 1998; Stephan Lessenich (Hg.), Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe. Historische und aktuelle Diskurse, Frankfurt 2003.

⁹ Im Vordergrund steht, Erklärungslücken in der von Gøsta Esping-Andersen entwickelten Sozialstaats-Typologie über die Herausbildung der liberalen, korporatistisch-konservativen und sozialdemokratisch geprägten Sozialstaatsmodelle durch die Berücksichtigung konfessioneller Einflüsse zu schließen (ein Unterfangen, das auch in Bezug auf den schweizerischen Wohlfahrtsstaat aufschlussreich ist, der im Unterschied zum deutschen Sozialstaat maßgeblich durch Einflüsse des Calvinismus und Zwinglianismus geprägt ist).

¹⁰ Vgl. im Überblick Karl Gabriel, Die ‚katholischen‘ Grundlagen des Sozialstaats – und ihre Relevanz für die aktuelle Diskussion um sein Profil und Programm, in: Michael Schramm/Hermann-Josef Große Kracht/Ulrike Kostka (Hg.), Der fraglich gewordene Sozialstaat. Aktuelle Streitfelder – ethische Grundlagenprobleme, Paderborn 2006, 9–25; Kees van Kersbergen, A Study of Christian Democracy and the Welfare State, London/

Auf Grund der Globalisierung der Märkte und der weltweiten Mobilität treten darüber hinaus auch die enormen Unterschiede in der weltweiten Gesundheitsversorgung stärker ins Bewusstsein, wie nicht nur Vorwürfe von Bill Gates an die Regierungen der reichen Länder der Welt, sondern auch das Beispiel des Zugangs zu den Medikamenten zur Bekämpfung von AIDS vor Augen führen und damit Fragen der Entwicklungszusammenarbeit ins Zentrum rücken.¹¹

1. BEGRÜNDUNGSDISKURSE

Wolfgang Kersting unterscheidet die *großen* Gerechtigkeitsdiskurse, in denen es um die grundlegende Begründung von Gerechtigkeitsforderungen geht, von den *mittleren* Diskursen, in welchen unterschiedliche Finanzierungsmodelle (zum Beispiel Kopfprämie versus Bürgerversicherung) und Ideen zur Umgestaltung des Sozialstaats (wie Aufhebung des Versicherungszwangs) diskutiert werden, und diese wiederum von den *kleinen* Gerechtigkeitsdiskursen, die sich mit konkreten Einzelfragen der Ausgestaltung einer gesundheitlichen Versorgung befassen (Einführung von Franchisen und Selbstbehalten, Ausschlüsse aus dem Grundleistungskatalog etc).¹² Gemäß dieser Aufteilung geht es mir im Folgenden in erster Linie um die ‚großen‘ Gerechtigkeitsdiskurse und damit um die Frage, *was eine theologische Ethik zur theoretischen Begründung sozialstaatlicher Institutionen wie der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung beizutragen hat*. Zu den wesentlich konkreteren Aspekten der Ausgestaltung werde ich lediglich einige allgemeine Bemerkungen anschließen.

New York 1995; Philip Manow, The Good, the Bad, and the Ugly. Esping-Andersens Sozialstaats-Typologie und die konfessionellen Wurzeln des westlichen Wohlfahrtsstaats, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 54 (2002) 203–225; Elmar Rieger/Stephan Leibfried, Kultur versus Globalisierung. Sozialpolitische Theologie in Konfuzianismus und Christentum, Frankfurt 2004.

¹¹ Vgl. Paul Röss, Bill Gates Says Rich Governments Are Failing the Developing World, in: British Medical Journal 330 (2005) 1166; Markus Zimmermann-Acklin, Prioritätensetzung im Gesundheitswesen – eine ungleiche Herausforderung für arme und reiche Länder. Bericht über ein Symposium von „Medicus Mundi Schweiz“, in: Bioethica Forum Nr. 39 (2003) 14–16; ders., Bioethik und HIV/AIDS. Sozialethische Überlegungen zum weltweiten Zugang zur antiretroviralen Therapie, in: Jean-Pierre Wils/Michael Zahner (Hg.), Theologische Ethik zwischen Tradition und Modernitätsanspruch, Freiburg/Freiburg 2005, 197–215.

¹² Vgl. Wolfgang Kersting, Gerechtigkeit. Die Selbstverweigung des egalitaristischen Sozialstaats, in: Stephan Lessenich (Hg.), Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe (Anm. 8), 105–135.

Begründungskonzepte einer sozialstaatlichen Gesundheitsversorgung stützen sich in der Regel auf die neuzeitliche Menschenrechts- bzw. Grundrechtstradition und auf ein daraus abgeleitetes individuelles und soziales Recht auf Gesundheit.¹³ Die Gesundheit zeichnet sich im Vergleich mit anderen Gütern dadurch aus, dass sie als konditionales oder ermöglichendes Gut die Voraussetzung zur Verwirklichung vieler anderer Güter darstellt. Grundsätzlich wird daraus im Sinne der negativen Menschenrechte ein *Schutzanspruch* jeder einzelnen Person, im Sinne der positiven Menschenrechte¹⁴ darüber hinaus ein *Recht auf eine grundlegende gesundheitliche Versorgung* abgeleitet. Inwieweit sich – wie beispielsweise in der vertragstheoretischen Begründung bei Norman Daniels mit Hinweis auf die Wahrung oder Herstellung der Chancengleichheit in der Gesellschaft¹⁵ – auf dieser Basis ein *Rechtsanspruch* auf eine solidarisch finanzierte Minimalversorgung begründen lässt, und vor allem, wie der Umfang dieser Grundversorgung genau zu bestimmen sei, wird in Abhängigkeit zu den jeweils vertretenen Freiheits- und Gesundheitsverständnissen sehr unterschiedlich beurteilt. Neben den Grundsatzdebatten um egalitäre und liberale Ansätze spielt insbesondere die inhaltliche Präzisierung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs dabei eine entscheidende Rolle. Da Konkretisierungen des Krankheitsbegriffs in der Regel sowohl auf objektive, körperlich-funktionale, als auch auf subjektiv empfundene Aspekte der Lebensqualität Bezug nehmen, lassen sie sich, wenn überhaupt, nur im Zusammenhang mit inhaltlich gehaltvollen Vorstellungen von einem guten Leben beschreiben.¹⁶ Objektive wie subjektive Anteile werden zudem in Abhängigkeit zu kulturell bzw. sozial geprägten Normalitätstheorien empfunden und beurteilt, so dass spätestens an diesem Punkt die *Relevanz unterschiedlicher Menschenbilder* zum Ausdruck kommt.¹⁷ Das dürfte auch ein wesentlicher Grund dafür sein, dass

¹³ Vgl. Hartmut Kreß, *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003, insbes. 58–78 (Kapitel V: Das Recht auf Gesundheit – Leitbegriff einer personorientierten Medizin); ders., *Das Recht auf Gesundheit in ethischer und rechtlicher Hinsicht*, in: Marcus Düwell/Josef N. Neumann (Hg.), *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?*, Paderborn 2005, 339–350.

¹⁴ Eines Anspruchsrechts, wie es in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 in Art. 25 aufgenommen wurde, vgl. Hartmut Kreß, *Medizinische Ethik* (Anm. 13), 64f.

¹⁵ Vgl. die Darstellung in Georg Marckmann/Paul Liening/Urban Wiesing (Hg.), *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*, Stuttgart 2003, 11–51.

¹⁶ Vgl. Micha H. Werner, *Die Eingrenzung des Leistungsspektrums des solidarfinanzierten Gesundheitssystems als Herausforderung liberaler Konzeptionen politischer Ethik*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 48 (2002) 125–138.

¹⁷ Vgl. Dieter Birnbacher, *Krankheitsbegriff, Gesundheitsstandards und Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung*, in: Angela Brand/Dietrich von Engelhardt/Alfred

sich die Übergänge von den (weithin formalen) Begründungs- zu den (inhaltlich konkreteren) Anwendungsdiskursen so schwierig gestalten.¹⁸

Auch in *theologisch-ethischen Begründungskonzepten* wird in der Regel auf Menschen- und Grundrechtsüberlegungen Bezug genommen, dagegen jedoch kaum theologisch argumentiert.¹⁹ Das dürfte vor allem drei Gründe haben:²⁰ Erstens besteht eine große *kontextuelle Kluft* zwischen theologischen (biblischen, systematischen und historisch-praktischen) Aussagen und der heutigen Realität moderner Sozial- und Wohlfahrtsstaaten. Fragen und Probleme gegenwärtiger Sozialstaaten lassen sich nur auf dem Weg einer weit reichenden hermeneutischen Vermittlung mit theologischen Aussagen über das Ethos der Nächstenliebe, die Bedeu-

Simon/Karl-Heinz Wehkamp (Hg.), *Individuelle Gesundheit versus Public Health? Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Hamburg 2001*, Münster 2002, 152–163. So wird z. B. die unfreiwillige Kinderlosigkeit in der Schweiz nicht als Krankheit verstanden, die Anwendung von Techniken der künstlichen Befruchtung von den Krankenkassen entsprechend auch nicht bezahlt.

¹⁸ Eine Ausnahme stellt der im Anschluss an Martha Nussbaums ‚essentialistischen‘ Capabilities-Ansatz vertretene Befähigungsansatz dar, vgl. *Peter Dabrock*, *Capability-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 46 (2001) 202–215: Es ist kein Zufall, dass dieser „inhaltlich dichte“ Begründungsansatz, der eine „Familienähnlichkeit zu einem evangelisch-theologischen Menschenbild und einem ihm entsprechenden Gerechtigkeitsverständnis“ (ebd. 204) zeigt, von einem Theologen zustimmend aufgegriffen wird. Vgl. auch die ausführliche Replik auf Stefan Huster in: *Peter Dabrock*, *Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium zur Beurteilung von Grundversorgungsmodellen im Gesundheitswesen. Anmerkungen und Alternativen zu einem Vorschlag Stefan Husters*, in: *Oliver Rauprich u. a.* (Hg.), *Gleichheit und Gerechtigkeit* (Anm. 1), 213–245.

¹⁹ So zum Beispiel bei *Thomas Bohrmann*, *Gesundheitssicherung und Solidarität*, in: *Marianne Heimbach-Steins* (Hg.), *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch*, Band 2: Konkretionen, Regensburg 2005, 228–253; *ders.*, *Organisierte Gesundheit. Das deutsche Gesundheitssystem als sozialetisches Problem*, Berlin 2003. Ausnahmen sind eher bei protestantischen Sozialethikern auszumachen, beispielsweise bei Hartmut Kreß, Peter Dabrock oder Ulrich H. J. Körtner, einige Anspielungen formulieren auch die katholischen Sozialethiker Peter Schallenberg und Dietmar Mieth, vgl. *Hartmut Kreß*, *Das Recht* (Anm. 13), insbes. 346; *ders.*, *Medizinische Ethik* (Anm. 13), 29 f., 78; *Peter Dabrock*, *Menschenbilder und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. Perspektiven theologischer Sozialethik*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 128 (2003) 210–213; *Ulrich H. J. Körtner*, *Gesundheit nicht um jeden Preis. Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht*, in: *Detlef Aufderheide/Martin Dabrowski* (Hg.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens*, Berlin 2002, 51–75; *Peter Schallenberg*, *Ethik und Rationierung. Theologisch-ethische Probleme im ökonomisch organisierten Gesundheitswesen*, in: *Detlef Aufderheide/Martin Dabrowski* (Hg.), *Gesundheit*, 39–49; *Dietmar Mieth*, *Kriterien für eine gerechte und solidarische Gesundheitsversorgung*, in: *Jean-Pierre Wils/Michael Zahner* (Hg.), *Theologische Ethik* (Anm. 11), 179–196, insbes. 195 f.

²⁰ Vgl. dazu grundlegend: *Ethica* 12 (2004) Nr. 4 zum Thema „Theologische und philosophische Ethik – Endgültig getrennte Geschwister?“

tung von Heil und Heilung bzw. die historische Praxis der Krankenversorgung in Verbindung bringen. Zweitens lassen sich die neuzeitlich-säkularen Begründungen eines Rechts auf gesundheitliche Versorgung als *Emanzipationsprozess der Medizin von der Religion* verstehen und sind insofern von einer gewissen inhaltlichen Zäsur zu vorhergehenden religiösen Traditionen gekennzeichnet.²¹ Den Übergang markierte Gottfried Wilhelm Leibniz mit seiner Grundlegung eines öffentlichen Gesundheitsprogramms zur Förderung der öffentlichen Gesundheit (der „*salus publica*“²²). Während sein Interesse an der Gesundheit noch religiöse Motive erkennen lässt, sind es säkulare Naturrechtstheoretiker wie Hugo Grotius, die im Zusammenhang mit der Gesundheit neu das Eigentumsrecht auf den eigenen Körper, eine Abwendung von der Verbindung Krankheit, Lebensführung und Schuld und, damit verbunden, eine Rollenteilung zwischen Priester und Arzt betonten.²³ Nicht zuletzt bildete sich ein objektiviertes bzw. rationales Verständnis von Gesundheit heraus, welches sich von einem mittelalterlich-christlichen Gesundheitsverständnis im Sinne einer *ars vivendi* klar abhob, was an der Einführung des Fieberthermometers gut zu veranschaulichen ist.²⁴ Ein dritter Grund für die theologische Abstinenz ist im *katholischen Grundkonzept der autonomen Moral im christlichen Kontext bzw. der katholischen Soziallehre* auszumachen, die in der Fortschreibung naturrechtlicher Traditionen davon ausgehen, dass sich die für eine christliche Theologie wesentlichen Werthaltungen und normativen Gehalte zum einen vernünftig begründen und zum andern sinnvoll in die säkulare Sprache der Menschenrechte über-

²¹ Vgl. *Heinrich Schipperges*, *Gesundheit und Gesellschaft. Ein historisch-kritisches Panorama*, Berlin/Heidelberg 2003, insbes. 59f.: „Der Perspektivenwechsel beim Übergang vom Mittelalter in die neuere Zeit ist freilich kaum zu übersehen. Richtete sich die durch private Lebensführung gebildete Gesundheit aus auf die Vertikale – dargestellt etwa durch die aufstrebenden Tugendleiter –, so bekommt sie mit der Renaissance eine betont horizontale Ausrichtung –, abzulesen etwa am ‚Jungbrunnen‘ Ludwig Cranachs des Jüngeren, wo die säkularen Belange und Bedürfnisse drastisch zum Ausdruck kommen.“ Vgl. auch *Dietrich von Engelhardt*, *Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung*, München 1999; *Hartmut Kreß*, *Medizinische Ethik* (Anm. 13), 28–32.

²² Vgl. z. B. die Darstellung bei *Heinrich Schipperges*, *Gesundheit und Gesellschaft* (Anm. 21), 60–66.

²³ Vgl. *Hartmut Kreß*, *Medizinische Ethik* (Anm. 13), 31. – Im Kapitel „Der Glaube an die Menschenwürde als Religion der Moderne?“, in der sich Hans Joas mit Emile Durkheims Idee der Sakralität des Individuums auseinandersetzt, weist der Soziologe zurecht darauf hin, dass sich auch die Idee der Menschenrechte historisch zunächst einmal *gegen* den Widerstand der katholischen Kirche durchgesetzt hat; vgl. *Hans Joas*, *Braucht der Mensch Religion? Über Erfahrung der Selbsttranszendenz*, Freiburg 2004, 167.

²⁴ Vgl. *Hartmut Kreß*, *Medizinische Ethik* (Anm. 13), 44 (Thermometer-Beispiel); 62.

setzen lassen.²⁵ Auch aus Sicht der protestantischen Sozialethik sieht beispielsweise Peter Dabrock im Anschluss an den Befähigungsansatz von Martha Nussbaum die Möglichkeit einer Übersetzung der theologischen Menschenbilder und Handlungsoptionen in die Sprache einer Ethik der Würde und der sozialen Gerechtigkeit gegeben, versteht dies allerdings als eine „reduzierte Theologie“ bzw. lediglich als eine „schwache Theorie allgemein notwendiger Güter“.²⁶ Während der Verzicht auf religiöse und explizit theologische Bezüge von Außen dadurch gefördert wird, dass theologische Beiträge nicht selten fundamentalistisch oder im Sinne einer theonomen Gehorsamsmoral missverstanden werden, spielt aus der theologischen Innenperspektive eine maßgebliche Rolle, dass sich offensichtlich keine spezifisch christlichen Normen benennen lassen, der christliche Glaube sich vielmehr auf der Sinn- und Motivationsebene auswirkt, eher Beweg- als Beweisgründe (Dietmar Mieth) bietet, das christliche Menschenbild sich gleichsam als ‚inspirierender Faktor‘ (Klaus Demmer) erweist.

Mit zunehmendem Bewusstsein für die lebensweltliche Prägung der Vernunft bzw. die Bedeutung von Hintergrundtheorien, die sowohl in der gelebten Moral, den alltäglichen Intuitionen und Werthaltungen, in Vorstellungen vom gelungenen Leben als auch in normativen Urteilen durchscheinen, wird die Perspektivität des eigenen Standpunkts allerdings wesentlicher, ohne dass damit die Annahme der Begründbarkeit vertretener Ansprüche und damit eine kognitive Ethik grundsätzlich in Zweifel gezogen werden müsste. „Aus der ‚autonomen Moral im Kontext des Glau-

²⁵ Vgl. dazu die Bemerkungen in der Rede anlässlich der Verleihung des Friedenspreis des deutschen Buchhandels von *Jürgen Habermas*, *Glauben und Wissen*, Frankfurt 2001, 7–31: In seiner Dankesrede sprach er von einem fließenden Übergang zwischen religiösen und säkularen Begründungen („Die Grenze zwischen säkularen und religiösen Gründen ist ohnehin fließend.“, 22), im Zusammenhang mit der Forschung an menschlichen Embryonen von einer weitgehenden Übersetzbarkeit religiöser Einsichten in säkulare Sprache („Diese *Geschöpflichkeit* des Ebenbildes drückt eine Intuition aus, die in unserem Zusammenhang auch dem religiös Unmusikalischen etwas sagen kann“, 30). Vgl. auch *Walter Lesch*, *Zur Identität der Ethik an der Grenze zwischen theologischer und philosophischer Ethik*, in: *Ethica* 12 (2004) 397–411, insbes. 404–406.

²⁶ Vgl. *Peter Dabrock*, *Menschenbilder* (Anm. 19), 210f; *ders.*, *Capability-Approach* (Anm. 18), 204. Der Zürcher Sozialethiker Johannes Fischer unterscheidet dagegen zwischen unterschiedlichen Perspektiven und sieht einen Konflikt zwischen säkularer und theologischer Rede vom Menschen nur dann gegeben, wenn die säkulare Sicht des autonomen Menschen verabsolutiert werde; vgl. *Johannes Fischer*, *Jenseits reiner Normativität. Skizze einer theologisch-ethischen Annäherung an die Gerechtigkeitsthematik*, in: *Peter Dabrock/Traugott Jähnichen/Lars Klünnert/Wolfgang Maaser* (Hg.), *Kriterien der Gerechtigkeit. Begründungen – Anwendungen – Vermittlungen*, Gütersloh 2003, 137–153, insbes. 150f.

bens‘ muss eine ‚christliche Ethik im pluralistischen Umfeld‘ werden“²⁷, schreibt Josef Römelt programmatisch und unterstreicht damit die hermeneutischen Aufgaben, die im Rahmen gegenwärtiger theologischer Ethiken wichtig werden.

Im Sinne dieses hermeneutischen Programms werde ich im Folgenden auf einige genuin theologische Elemente eingehen, welche sowohl individuelle Werthaltungen als auch sozialetische Urteile, die in Bezug auf eine solidarische Gesundheitsversorgung von Bedeutung sind, im christlichen Kulturkreis bis heute prägen. Unabhängig davon, ob diese Beobachtungen bei den christlichen *Quellen*, also biblischen, systematischen und praktisch-theologischen Aussagen ansetzen, oder ob sie bei den *modernen Menschenrechtsdiskursen* beginnen und von dort aus die theologischen Quellen der Rede von dem Recht auf Gesundheit freilegen²⁸, geht es dabei um eine *Genealogie der Moral* bzw. eine genealogische Betrachtung zum kognitiven Gehalt der Moral. Jürgen Habermas hat diese mit Blick auf die biblischen Quellen folgendermaßen kommentiert: „Die moralischen Alltagsintuitionen sind in den profanen westlichen Gesellschaften noch durch die normative Substanz der gewissermaßen enthaupdeten, rechtlich zur Privatsache erklärten religiösen Traditionen geprägt, insbesondere durch die Gehalte der jüdischen Gerechtigkeitsmoral des Alten und der christlichen Liebesethik des Neuen Testaments. Diese werden, wenn auch oft implizit und unter anderen Namen, über Sozialisationsprozesse weitergereicht.“²⁹ Selbst eine bei den verbreiteten Werthaltungen rekonstruktiv ansetzende Moralphilosophie – also nicht nur die

²⁷ Josef Römelt, *Christliche Ethik im pluralistischen Kontext. Eine Diskussion der Methode ethischer Reflexion in der Theologie*, Münster 2000, 9; Hans Halter, *Zur Frage nach dem hohen „C“*, in: *Ders./Hans-Ulrich Kneubühler, Christliche Politik und soziale Verantwortung. Zwei Aufsätze*, Zürich 1996, 2–13, betont zudem, dass jede Vernunft in einer bestimmten moralischen Tradition steht: „Moral ohne Menschenbild und Weltanschauung gibt es nicht.“ (Ebd. 4) Vgl. bestätigend auch Peter Dabrock, *Menschenbilder* (Anm. 19), 210.

²⁸ Ein Beispiel für den zweiten Weg klingt in folgenden Sätzen des ehemaligen deutschen Bundespräsidenten Johannes Rau an, die er im Zusammenhang mit den Fortschritten der Gentechnik geäußert hat: „Man muss ja wahrlich kein gläubiger Christ sein, um zu wissen und um zu spüren, dass bestimmte Möglichkeiten und Vorhaben der Bio- und Gentechnik im Widerspruch zu grundlegenden Wertvorstellungen vom menschlichen Leben stehen. Diese Wertvorstellungen sind – nicht nur bei uns in Europa – in einer mehrtausendjährigen Geschichte entwickelt worden. Sie liegen auch dem schlichten Satz zu Grunde, der in unserem Grundgesetz allem anderen vorangestellt ist: Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Johannes Rau, *Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß*, in: Sigrid Graumann (Hg.), *Die Genkontroverse. Grundpositionen*, Freiburg 2001, 14–29, 19.

²⁹ Jürgen Habermas, *Die Einbeziehung des Anderen. Studien zur politischen Theorie*, Frankfurt 1996, 16; vgl. dazu Walter Lesch, *Zur Identität der Ethik* (Anm. 25), 402–404.

Moraltheologie – sehe sich daher zur Prüfung dessen herausgefordert, was von dieser Substanz vernünftigt gerechtfertigt werden könne.³⁰

2. THEOLOGISCHE ANSATZPUNKTE

Der deutsche Bundesminister Horst Seehofer wies kürzlich in Überlegungen zur Gestaltung eines menschlichen Gesundheitssystems pauschal auf die Bedeutung *christlicher Werte* hin.³¹ Wie lassen sich diese Werte, entsprechende Werthaltungen und normativen Orientierungen am christlichen Menschenbild theologisch bestimmen?

Grundlegend scheint mir zunächst der Hinweis darauf, dass theologische Ethiken – entgegen anders lautender Vorurteile – sensibel und ablehnend auf Verabsolutierungen jeder Art reagieren, somit auch auf die Tendenz, die Gesundheit als höchstes Gut im Leben zu bewerten. Bereits dem Arthur Schopenhauer zugeschriebenen und in diesem Zusammenhang häufig zitierten Wort ‚Die Gesundheit ist nicht alles, aber ohne die Gesundheit ist alles nichts‘ ist mit Vorsicht zu begegnen: Ohne die Gesundheit ist nicht ‚alles nichts‘, auch Kranke oder Menschen mit Behinderungen können ein gutes oder glückliches Leben führen. Dies gilt insbesondere mit Hinweis auf die biblische Zusage eines „Lebens in Fülle“ an alle Menschen (Joh 10,10), wobei diese stets in der eschatologischen Spannung des bereits jetzt Erfüllten bzw. Erfüllbaren und der noch ausstehenden Verheißung stehen bleibt. Der christliche Glaube an diese Zusage der göttlichen Gnade hat eine *entlastende* Funktion darin, dass wir uns letztlich nicht selbst vom Bösen oder den Begrenztheiten des Lebens (von Übeln, Gebrechen, Krankheiten oder gar dem Tod³²) befreien bzw. erlösen müssen, und eine *ernüchternde* Funktion dahingehend, dass es

³⁰ Vgl. Jürgen Habermas, Die Einbeziehung (Anm. 29), 16 f. Für interessant und weiterführend halte ich in diesem Zusammenhang die Position von Hans Joas, der das Wissen um die Entstehung und die Weitergabe der Werte für weitaus wichtiger hält als Versuche, Werthaltungen im Nachhinein vernünftigt zu begründen; vgl. Hans Joas, Die Entstehung der Werte, Frankfurt 1997; ders., Braucht der Mensch (Anm. 23), 138–142.

³¹ Vgl. Horst Seehofer, Für eine menschliche Gesundheitspolitik, in: Joachim Rock (Hg.), Sozialpolitik mit Zukunft (Anm. 3), 39–42, 39: „Bei der Reform der sozialen Sicherungssysteme geht es nicht um einen einseitigen Abbau von sozialen Errungenschaften, sondern um eine Weiterentwicklung des bewährten Systems. Dabei muss unser an den christlichen Werten orientiertes Handeln eine zentrale Rolle spielen.“ (Hervorhebung eingefügt). Vgl. zur Rede von den christlichen Grundwerten in der Politik auch Hans Halter, Zur Frage (Anm. 27).

³² Vgl. Ernst Bloch, Das Prinzip Hoffnung, Kap. 33–42, Frankfurt 1985, 526–546 (Kap. 35: „Kampf um Gesundheit. Die ärztlichen Utopien“), 539: „Der Satz darf letztlich gewagt werden: gerade weil der Arzt, auch am einzelnen Krankenbett, einen fast *wahnwitzigen*

letztlich nicht möglich ist, im Zeichen des Jungbrunnens – beispielsweise durch Anwendung neuer Anthropotechniken – das Paradies auf Erden zu schaffen³³ oder, wie Peter Sloterdijk es programmatisch nennt, „Gottes Werk zu übertreffen“³⁴. Dabei bietet der Glaube weniger theoretische Erklärungen als vielmehr – im Sinne einer *ars vivendi* – eine Glaubens- und Vertrauensperspektive, die helfen kann, mit dieser Spannung zwischen der Hoffnung auf ein erfülltes oder geglücktes Leben (Heil, Heilung, ein gutes Leben) und der Annahme von Grenzen (Verletzlichkeit, Krankheit, Gebrechlichkeit, Sterblichkeit) zu leben.³⁵

In Hinblick auf die Begründung einer solidarischen Gesundheitsversorgung gehe ich im Folgenden mit der Heiligkeit der menschlichen Person, der Relationalität des Menschen und der erwähnten Heilszusage auf drei anthropologische Grundbestimmungen im christlichen Menschenbild ein. Diese lassen sich unschwer auf die drei Grundprinzipien der katholischen Soziallehre, nämlich Personalität, Solidarität und Subsidiarität beziehen, dienen gleichzeitig aber auch zur Erklärung der Sorge um die Kranken und Pflegebedürftigen, die sich wie ein roter Faden durch die Kirchengeschichte hindurch zieht und in einer diakonischen Ekklesiologie zum Ausdruck kommt.

2.1 Heiligkeit der menschlichen Person

Auch wenn die Ansicht der Heiligkeit des menschlichen Lebens bzw., wie es unmissverständlicher heißt, der Heiligkeit der menschlichen Person, in ihrer Interpretation umstritten ist, kommt in ihr ein wesentlicher Aspekt des biblischen Menschenbildes zum Ausdruck, der in unterschiedlicher Form und im deutschsprachigen Raum meist über das Prinzip der Menschenwürde auch in viele säkulare Ethiken eingegangen ist.³⁶

utopischen Plan vor sich latent hat, weicht er ihm scheinbar aus. Dieser endgültige Plan, der letzte medizinische Wunschtraum, ist nichts Geringeres als *Abschaffung des Tods*.“

³³ Vgl. Hans Halter, „Die Bibel sagt ...“ Kritische Fragen, Beobachtungen und Thesen zum Thema Bibel und Moral/Ethik, in: *Wilhelm Guggenberger/Gertraud Ladner* (Hg.), *Christlicher Glaube, Theologie und Ethik*, Münster 2002, 129–140, 139.

³⁴ Gottes Werk übertreffen. Horizonte der homöotechnischen Wende. Ein Gespräch von *Peter Sloterdijk* mit *Hans-Jürgen Heinrichs*, in: *Du. Die Zeitschrift für Kultur* Nr. 718 (2001) 68–73.

³⁵ Vgl. dazu weiterführend *Gunda Schneider-Flume*, *Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens*, 2. Aufl., Göttingen 2004, insbes. 82–113.

³⁶ Einen guten Überblick über die unterschiedlichen Interpretationen und die theologischen Hintergründe bietet *David C. Thomasma*, *The Sanctity-of-Human-Life Doctrine*, in: *Edmund D. Pellegrino/Alan I. Faden* (Hg.), *Jewish and Catholic Bioethics. An Ecumenical Dialogue*, Washington 1999, 54–73; vgl. *Markus Zimmermann-Acklin*,

Den unterschiedlichen Interpretationen liegen dabei einerseits die Idee des Schutzes oder der Unantastbarkeit menschlichen Lebens und andererseits die Vorstellung einer Sonderstellung des Menschen und damit der Freiheit und besonderen Verantwortung des Menschen (für sich selbst, füreinander und für die Schöpfung insgesamt) zugrunde. Walter Lesch schreibt von einer *Tabuisierungs-* und *Statusfunktion* im Verständnis der Menschenwürde, in der sich die Überzeugung von der Heiligkeit Ausdruck verleihe.³⁷

In Hinblick auf die theologische Begründung dieser besonderen Wertschätzung personellen menschlichen Lebens wird in der Regel auf die schöpfungstheologische Rede von der Gottebenbildlichkeit des Menschen und den göttlichen Auftrag an den Menschen (Gen 1,27f.) hingewiesen. Auch wenn dies insbesondere auslegungsgeschichtlich von großer Bedeutung ist, geht dieser schöpfungstheologischen Idee genealogisch die jüdische Erfahrung des Gottesbundes voraus: Israel ist das heilige Volk Gottes, das von Gott erwählt und aus der Sklaverei Ägyptens befreit wurde. Die schöpfungstheologische Interpretation, mit der die Heiligkeit, der intrinsische Wert oder die Würde *aller* Menschen bekräftigt wurde, ist mit der Exilszeit (6. Jahrhundert v. Chr.) anzusetzen und damit ein zweiter Schritt in der theologischen Interpretation.³⁸ Auch die christliche Überzeugung von der Heiligkeit der menschlichen Person fußt in erster Linie auf der Erfahrung der unbedingten Annahme durch Jesus Christus, dem neuen Bund also, und kommt in der Grundhaltung der Nächstenliebe, im Ethos der Bergpredigt mit der Ablehnung von Gewalt bis hin zum Gebot der Feindesliebe konkret zum Ausdruck.³⁹

Zu den teilweise zu Recht umstrittenen Interpretationen der Heiligkeit der menschlichen Person sei angedeutet, dass sich vitalistische (Erhaltung des biologischen Lebens um jeden Preis) und auch einseitig an bestimmten Lebensqualitätskriterien orientierte Modelle aus christlicher

Euthanasie – eine theologisch-ethische Untersuchung, 2. Aufl. (überarbeitet), Freiburg/Freiburg 2002, 157–223. Gute Hinweise zur Geschichte und zum Verständnis der Sakralität der Person im Anschluss an Emile Durkheim finden sich überdies bei *Hans Joas*, Braucht der Mensch (Anm. 23).

³⁷ Vgl. *Walter Lesch*, Verletzte Würde, umstrittene Werte und gegensätzliche Interessen. Ethische Rekonstruktion zur Debatte über die „Würde der Kreatur“, in: *Alberto Bondolfi/Walter Lesch/Daria Pezzoli-Olgiati* (Hg.), „Würde der Kreatur“. Essays zu einem kontroversen Thema, Zürich 1997, 29–46, 32f.

³⁸ Vgl. *David C. Thomas*, The Sanctity-of-Human-Life (Anm. 36), 54f.

³⁹ Vgl. die Darstellung des Ethos der ersten Christen bei *Gerd Theißen*, Die Religion der ersten Christen. Eine Theorie des Urchristentums, 2. Aufl., Gütersloh 2001, insbes. 101–122 („Die beiden Grundwerte des urchristlichen Ethos: Nächstenliebe und Statusverzicht“).

Sicht selbst desavouieren, widersprechen sie doch im Falle des Vitalismus zutiefst der christlichen Anerkennung der Endlichkeit und Sterblichkeit und im Falle der Überbetonung von Qualitätskriterien der ausdrücklichen Annahme des unvollkommenen, erlösungsbedürftigen Lebens. In der dann nach wie vor verbleibenden Bandbreite von Interpretationen, die sich entlang einer zunehmenden Wertschätzung der Selbstbestimmung anordnen lassen, möchte ich angesichts der gegenwärtig stark auf Lebensbeginn und -ende konzentrierten Bioethikdebatten die Bedeutung einer *konsistenten Lebensethik* hervorheben: Wird die menschliche Person am Lebensbeginn und -ende geschützt, so ist aus Gründen der Konsistenz die Würde auch bei *den* Menschen zu achten, die mitten im Leben stehen. Die Sorge um kranke und pflegebedürftige Menschen und damit der Einsatz zu Gunsten der gesundheitlichen Versorgung aller ist ebenso wichtig wie beispielsweise das Engagement zu Gunsten des Schutzes menschlicher Embryonen. Aus Sicht einer konsistenten Lebensethik ist es deshalb zumindest fraglich, wenn in einem Land wie den USA, in welchem 2004 ein Sechstel oder gut 16 % des Bruttoinlandproduktes für die gesundheitliche Versorgung ausgegeben wurde⁴⁰, über 45 Millionen Bürgerinnen und Bürger, darunter viele Kinder, über keine Krankenversicherung und mit *Medicaid* nur über eine äußerst minimale Gesundheitsversorgung verfügen, während gleichzeitig mit Berufung auf die personale Würde des Menschen dem Schutz zweizelliger Embryonen große Aufmerksamkeit geschenkt wird.⁴¹

2.2 Relationalität des Menschen und Solidarität

Ein zweiter Aspekt im christlichen Menschenbild besteht im Hinweis auf die menschliche Bezogenheit sowohl aufeinander als auch auf Gott, im Sozialkatholizismus auch als *Sozialnatur des Menschen* beschrieben.⁴² Entgegen einer einseitigen Betonung der Freiheit wird die Personalität des Menschen so verstanden, dass der Einzelne nur gemeinsam mit anderen sein Menschsein verwirklichen kann. Sozialstaatliche Einrichtungen

⁴⁰ Vgl. *Janice Hopkins Tanne*, US Health Spending Reaches a Sixth of Gross Domestic Product, in: *British Medical Journal* 332 (2006) 198.

⁴¹ Bezüglich des Lebensendes wäre entsprechend das Engagement der US-Regierung gegen das Gesetz zur Regelung des ärztlich assistierten Suizids in Oregon zu erwähnen. – Weit stärker noch ist diese Inkonsistenz natürlich in Bezug auf die steigende politische und gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber Folterpraktiken im Irakkrieg und im Rahmen der Terrorismusbekämpfung.

⁴² Karl Gabriel schreibt in diesem Zusammenhang von einer anti-individualistischen Komponente des Sozialkatholizismus; vgl. *ders.*, Die ‚katholischen‘ Grundlagen (Anm. 10), 15f.

beispielsweise zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung werden insofern als Ausdruck der institutionalisierten Solidarität verstanden.⁴³ Hinsichtlich dieser Grundbefindlichkeit sind alle Menschen gleich, aufeinander angewiesen und wird es zu einem Problem aller, wenn einzelne Menschen in Not geraten und Hilfe benötigen. In dieser existentiellen Bestimmung durch Relationalität liegen somit Gleichheit, Solidarität und die Sorge füreinander begründet, und dies mit Konsequenzen sowohl für den unmittelbar zwischenmenschlichen Bereich als auch in Hinblick auf die Gestaltung gesellschaftlicher Institutionen und Strukturen.⁴⁴

Zur Verdeutlichung dient das biblische Gleichnis des barmherzigen Samariters (Lk 10,25–37) nicht zuletzt deshalb, weil Jesus hier zur Erläuterung des Doppelgebotes der Nächsten- und Gottesliebe einen Zusammenhang zur gesundheitlichen Versorgung herstellt. Im Zentrum der narrativen Erläuterung dessen, wer der zu liebende Nächste sei, ist von einem halbtoten Mann die Rede, der als Opfer eines Raubüberfalls am Straßenrand liegt. Die entscheidende Reaktion besteht im Mitleid (der *compassion*) und der daraus spontan entspringenden Hilfestellung des Samariters, der im Unterschied zu einem Priester und einem Leviten nicht achtlos am Verletzten vorbeiläuft. Auf die entscheidende Pointe des Gleichnisses zielt die abschließende Frage Jesu, wer sich als der Nächste dessen erwiesen habe, der überfallen wurde. In dieser Formulierung lenkt der Fragende die Aufmerksamkeit auf die Perspektive des Hilfsbedürftigen und provoziert damit die Identifikation der Umstehenden mit demjenigen, der am Boden liegt. Wichtig scheinen mir erstens die Bedeutung der spontanen Bereitschaft zur unsentimentalen oder nüchternen Hilfe, die in einer institutionalisierten Hilfe ihre Fortsetzung findet, insofern der Samariter den Wirt damit beauftragt, den Kranken gegen Bezahlung weiterhin zu pflegen, und zweitens die Aussage über die Heilsbedürftigkeit des Menschen, seiner Angewiesenheit auf die Liebe anderer sowie die Zuwendung des ganz Anderen.

Diese Überlegungen können auch zur Klärung des christlichen Solidaritätsverständnisses beitragen.⁴⁵ Zunächst liegt es auf der Hand, die Erläuterung des Nächstenliebegebots sowohl auf den unmittelbar zwischenmenschlichen Bereich als auch auf die Gestaltung des gesellschaftlichen

⁴³ Vgl. ebd.

⁴⁴ Diesen Aspekt gewichtet auch *Stephan Goertz*, Privatsache gesund? Eine Kritik des Prinzips Eigenverantwortung, in: *Ethica* 13 (2005) 339–356, insbes. 348f.; 351.

⁴⁵ Vgl. *Michael Krüggeler/Stephanie Klein/Karl Gabriel* (Hg.), *Solidarität – ein christlicher Grundbegriff? Soziologische und theologische Perspektiven*, Zürich 2005.

Zusammenlebens zu beziehen.⁴⁶ Bezüglich der inhaltlichen Bestimmung bzw. Reichweite der christlichen Solidarität ist insbesondere der *Einbezug der asymmetrischen*, also nicht auf Wechsel- oder Gegenseitigkeit beruhenden *Dimension* zu betonen. Die Wiener Sozialethikerin Christa Schnabl unterstreicht zu Recht, dass diese für das christliche Grundverständnis wesentliche Dimension der Hilfestellung auch in asymmetrischen Beziehungen in das Solidaritätsverständnis einzubeziehen ist, selbst wenn dies – auch in Folge der allgemeinen Hermeneutik des Verdachts gegenüber dem einseitigen, maternalistischen oder paternalistischen Helfen⁴⁷ – sowohl in philosophischen als auch theologischen Beiträgen zusehends in Frage gestellt wird.⁴⁸ Die Unterscheidung zwischen Solidaritäts- und Barmherzigkeitsebene, wie sie liberalen Gerechtigkeits-theorien wie bei Wolfgang Kersting und Otfried Höffe zu Grunde liegt⁴⁹, ist aus dieser Sicht eines weiten Solidaritätsbegriffs insofern nicht sinnvoll, als die Solidaritätsgemeinschaft nicht auf eine bestimmte Gruppe beschränkt bleibt, die sich zuvor zum Beispiel zur Absicherung bestimmter Risiken auf Kooperation verständigt hat, sondern grundsätzlich *alle* Menschen umfasst. Insbesondere im Umgang mit Kranken, Pflegebedürftigen und Menschen mit starken Behinderungen, im strukturellen Sinne auch im Grundverständnis von Kranken- und Pflegeversicherungen, spielt diese weitere Dimension der Solidarität eine wichtige Rolle. Angesichts der zunehmenden Kenntnisse im Bereich der prädikativen Medizin fragt Ludwig Siep beispielsweise zu Recht: „Ist das genetische Krankheitsrisiko eine Belastung, die der Einzelne zu tragen hat und von deren Kosten er die Vertragspartner bzw. die übrigen Versicherten möglichst verschonen muss? Oder gehört es zu den Prinzipien der Fairness einer arbeitsteiligen Kooperation Starker und Schwacher, Gesunder und Kranker, dass die-

⁴⁶ „Die Solidarität transformiert den Gehalt der Nächstenliebe in das Feld des Strukturellen und des Institutionellen. Damit wird ein ethischer Zentralgehalt der jüdisch-christlichen Tradition in einen Bereich hinein buchstabiert, der sich in der Moderne gerade nicht mehr durch die Sprache der Liebe oder der Nächstenliebe erschließen lässt.“ Christa Schnabl, Solidarität. Ein sozialetischer Grundbegriff – genderethisch betrachtet, in: Michael Krüggeler u. a. (Hg.), Solidarität (Anm. 45), 135–161, 154.

⁴⁷ Vgl. dazu die hilfreichen Überlegungen von Gerd Theißen, Die Bibel diakonisch lesen: Die Legitimitätskrise des Helfens und der barmherzige Samariter, in: Gerhard K. Schäfer/Theodor Strohm (Hg.), Diakonie – biblische Grundlagen und Orientierungen. Ein Arbeitsbuch, 3. Aufl., Heidelberg 1998, 376–401.

⁴⁸ Vgl. Christa Schnabl, Solidarität (Anm. 46), 157–161.

⁴⁹ Vgl. Wolfgang Kersting, Theorien der sozialen Gerechtigkeit, Stuttgart/Weimar 2000, 381–383; Otfried Höffe, Öffentliche Daseinsvorsorge. Überlegungen aus rechtsphilosophischer Sicht, in: Stimmen der Zeit 127 (2002) 117–126.

jenigen, die durch zufälliges genetisches Schicksal höhere Risiken tragen müssen, dafür finanziell von anderen unterstützt werden?“⁵⁰

In einem mehrstufigen Versicherungssystem, in welchem nur die Grundversorgung nach dem Solidaritätsprinzip strukturiert ist, würde der Zugang zu den Zusatzversicherungen nur in Abhängigkeit zum Risiko oder zu Eigenleistungen, also nach dem Versicherungsprinzip (dem engen bzw. liberalen Solidaritätsverständnis), gewährt werden. Menschen mit hohem Risiko oder teuren, oft chronischen Erkrankungen bliebe mit Hinweis auf die erforderliche Gegenseitigkeit der Zugang zu den Versicherungen versperrt.⁵¹ Im Sinne eines gesundheitlichen Marktmodells konsequent zu Ende gedacht hat dies der Zürcher Gesundheitsökonom Peter Zweifel, insofern er vorschlägt, das (in der Schweiz erst seit 1995 bestehende) Versicherungsobligatorium wieder aufzuheben und individuell berechnete, risikoabgängige Krankenkassenprämien einzuführen.⁵² Besonders extreme Fälle würde er mittels Sozialhilfe unterstützen, sie allerdings gleichzeitig in der Wahlfreiheit der Behandlungen einschränken. Was in diesem Modell des freien Marktes für sozioökonomisch besser gestellte und darum auch gesündere Bevölkerungsgruppen von finanziellem Vorteil wäre, müssten weniger gesunde Bevölkerungsteile von sozioökonomisch ohnehin bereits benachteiligten Gruppen, überdies chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen, als zusätzliche Ausgrenzung und Dis-

⁵⁰ *Ludwig Siep*, Genomanalyse. Menschliches Selbstverständnis und Ethik, in: *Ludger Honnefelder/Peter Propping*, Was wissen wir, wenn wir das menschliche Genom kennen?, Köln 2001, 196–205, 204.

⁵¹ Diese Erfahrung belegt die gegenwärtige Situation in der Schweiz, in der ein Zweistufigensystem mit obligatorischer Grundversicherung und privaten Zusatzversicherungen besteht: Der Zugang zu privaten Zusatzversicherungen beispielsweise für Zahnbehandlungen, die durch den Grundversicherungskatalog in der Schweiz grundsätzlich nicht gedeckt sind, wird gemäß Gegenseitigkeitsprinzip nur bei günstigen Risiken gewährt. Ähnlich ist es bei Privatversicherungen zur Sicherung eines Einzelzimmers und der Behandlung durch Chefärztin oder Chefarzt: Hier wird der Zugang nach Alter und Risiko geregelt; dieses System läuft auf Grund der Risikoselektion darauf hinaus, dass nur diejenigen zu Normalkonditionen aufgenommen werden, die jung und gesund sind und die zusätzlichen Monatsprämien bezahlen können. Gentests dürfen allerdings bislang nicht verlangt werden (bei Lebensversicherungen hingegen schon, insofern gemäß Art. 27 f. des Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen ab einer Versicherungssumme von SFr. 400 000,- die Offenlegung von Gentest-Resultaten verlangt werden darf).

⁵² Das wäre innerhalb des bestehenden schweizerischen Systems deshalb relativ einfach zu realisieren, da es bereits Kopfrämien gibt, die je nach Wohnregion und Krankenkasse stark variieren, vgl. dazu *Markus Zimmermann-Acklin*, Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen. Überlegungen aus ethischer Sicht, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130 (2005) 2343–2346.

kriminierung in Kauf nehmen.⁵³ Einen ähnlichen Effekt dürften auch die amerikanischen *Health Saving Accounts* haben, deren Grundidee darin besteht, dass jede und jeder ein individuelles Gesundheitskonto betreibt, die Verantwortung für die eigenen Gesundheitskosten mehr oder weniger selbst übernimmt und damit der Solidaritätsaspekt zu Gunsten eines starken Individualismus nahezu vollständig eliminiert wird.⁵⁴

Der Bezug auf die feministische Tradition des sinnvollen, weil menschlichen Einbezugs asymmetrischer Beziehungen in das Solidaritätsverständnis, wie Christa Schnabl ihn unterstreicht, ist auch der tiefere Sinn des von Jesus im Gleichnis erläuterten *Doppelgebots* von Nächsten- und Gottesliebe. Die menschliche Bezogenheit auf Gott ist in der Situation des Hilfsbedürftigen beschrieben, dem sich im Gleichnis der Samariter als der Nächste erweist (diejenige also des *verlorenen* Schafs im Gleichnis vom verlorenen Schaf, Mt 18,12–14, bzw. die des *verlorenen* Sohnes im Gleichnis vom barmherzigen Vater, Lk 15,11–32). Die menschliche Bezogenheit auf Gott ist fundamental von Asymmetrie geprägt und Hinweis darauf, dass Menschen sich grundsätzlich in der Situation der Erlösungsbedürftigen befinden. Aus dieser Sicht stimmt die asymmetrische Hilfestellung oder die im weiten Sinne verstandene Solidarität mit der menschlichen Grundsituation überein: Menschen geben grundsätzlich das, was sie selbst zuvor ohne Gegenleistung erhalten haben.⁵⁵

⁵³ Vgl. „Der Versicherungszwang muss weg.“ Interview mit *Peter Zweifel*, in: NZZ am Sonntag vom 18.9.2005, 37. Zum Zusammenhang zwischen Morbidität und sozioökonomischem Status bzw. Geschlecht vgl. *Andreas Mielck*, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000; *Robert Koch-Institut* (Hg.), Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005; *Birgit Babitsch*, Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit, Bern 2005; *Michael Marmot*, Status-Syndrome. How Your Social Standing Directly Affects Your Health, London 2005, mit der zentralen These, der soziale Status (die Kontrolle über das eigene Leben und der Grad der gesellschaftlichen Integration) bestimme entscheidend über den Gesundheitszustand eines Menschen.

⁵⁴ Vgl. *James C. Robinson*, Health Saving Accounts – The Ownership Society in Health Care, in: *New England Journal of Medicine* 353 (2005) 1199–1202; der US-amerikanische Gesundheitsökonom kommt zum Schluss: „The language of individual ownership weakens society’s sense of collective responsibility for its most vulnerable members but emphasizes the importance of individual effort in generating the economic resources that underlie any system of care.“ (1202).

⁵⁵ Der Entwurf einer Theologie und Ethik der Gabe ist nachzulesen bei *Magdalene L. Frettlöh*, Der Charme der gerechten Gabe. Motive einer Ethik und Theologie der Gabe am Beispiel der paulinischen Kollekte für Jerusalem, in: *Jürgen Ebach/Hans-Martin Gutmann/Magdalene L. Frettlöh/Michael Weinrich* (Hg.), „Leget Anmut in das Geben“. Zum Verhältnis von Ökonomie und Theologie, Gütersloh 2001, 105–161.

2.3 Christliche Heilszusage

Ein drittes Element im christlichen Menschenbild, das im inhaltlichen Zusammenhang zu einer solidarischen Gesundheitsversorgung steht, ist die christliche Heilszusage. Nicht zufällig besteht eine enge Verbindung zwischen religiösen Vorstellungen von Segen, Heil und gelungenem Leben (dem ‚Leben in Fülle‘) einerseits und dem Gesundheitsbegriff andererseits.⁵⁶ Die Selbstbezeichnung Gottes als Arzt im Alten Testament (Ex 15,26), die Identifikation Jesu mit den Kranken in der Gerichtsrede von Mt 25,36 („Ich war krank und ihr habt mich besucht“), die vielen Wunderheilungen Jesu und die darin betonte soteriologische Bedeutung des menschlichen Heils und Wohlergehens, haben sowohl die *Deus medicus*- und *Christus medicus*-Traditionen hervorgebracht⁵⁷ als auch Theologen dazu bewogen, das Christentum als eine medizinische (Adolf von Harnack), therapeutische (Eugen Biser) oder eine Heilungsreligion (Klaus Berger) zu bezeichnen.⁵⁸ Krankheit wird in einem religiösen Sinnhorizont erlebt und gedeutet, wobei ein wichtiger alttestamentlicher Grundgedanke darin besteht, Gott als Alleinursache von Krankheit und Heilung zu sehen, was auch den Hintergrund der Dispute Hiobs mit seinen Freunden bildet.⁵⁹ In den Evangelien rückt die Bedeutung des Vertrauens in die Heilungskraft Jesu und die seiner Botschaft vom Reich Gottes in den Vordergrund, die den Heilung suchenden Menschen dazu verhilft, eine in Krankheit oder auch Schuld verlorene Ordnung und damit ihre Gesundheit wiederherzustellen.⁶⁰ Parallelen zu derzeitigen Bemühungen,

⁵⁶ Vgl. Ulrike Kostka, *Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion*, Münster 2000; Eckart Otto, *Magie – Dämonen – göttliche Kräfte. Krankheit und Heilung im Alten Orient und im Alten Testament*, in: Werner H. Ritter/Bernhard Wolf (Hg.), *Heilung – Energie – Geist. Heilung zwischen Wissenschaft, Religion und Geschäft*, Göttingen 2005, 208–225; Eberhard Schockenhoff, *Krankheit – Gesundheit – Heilung. Wege zum Heil aus biblischer Sicht*, Regensburg 2001.

⁵⁷ Vgl. Martin Honecker, *Christus medicus*, in: *Kerygma und Dogma* 31 (1985) 307–323; Heinrich Schipperges, *Zur Tradition des „Christus medicus“ im frühen Christentum und in der älteren Heilkunde*, in: *Arzt und Christ* 11 (1965) 12–22; Ekkard Sauser, *Christus medicus – Christus als Arzt und seine Nachfolger im frühen Christentum*, in: *Trierer Theologische Zeitschrift* 101 (1992) 101–123.

⁵⁸ Vgl. Adolf von Harnack, *Medicinisches aus der ältesten Kirchengeschichte*, TU VII, Heft 4 (1892) 37–152, hier zitiert nach: Martin Honecker, *Christus medicus* (Anm. 57), 314f.; Eugen Biser, *Kann Glaube heilen? Zur Frage nach Sinn und Wesen einer therapeutischen Theologie*, in: Brigitte Fuchs/Norbert Kobler-Fumasoli (Hg.), *Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin*, Münster 2002, 35–56; Klaus Berger, *Biblisches Christentum als Heilungsreligion*, in: Werner H. Ritter/Bernhard Wolf (Hg.), *Heilung* (Anm. 56), 226–246.

⁵⁹ Vgl. Eckart Otto, *Magie* (Anm. 56), 225.

⁶⁰ Vgl. Klaus Berger, *Biblisches Christentum* (Anm. 58), 231.

im Rahmen von *Public Health* („der öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller“⁶¹) wieder einen umfassenden Gesundheitsbegriff zu etablieren, der über die reduktionistische Orientierung an einem rein funktionalen Krankheitsverständnis und der entsprechenden Reparaturmedizin hinausgeht und sich im Sinne des Subsidiaritätsprinzips an einem Befähigungsansatz orientiert, sind offenkundig.⁶² Dabei wird heute neben den sozialen, psychischen, physischen, Umwelt- und Lebensstilaspekten durchaus auch die spirituelle (geistige wie geistliche) Dimension mit einbezogen.

In Bezug auf die Begründung einer solidarischen Gesundheitsversorgung wird erstens klar, *wie hoch der Wert der Gesundheit bzw. einer entsprechenden Versorgung und Befähigung im Christentum eingestuft wird*. In der Jubiläumsausgabe zum 10. Jahrgang der Zeitschrift ‚Arzt und Christ‘ von 1965 (seit 1993 trägt sie den Titel ‚Zeitschrift für medizinische Ethik‘) erscheint mit einer dieser Gewichtung entsprechenden Selbstverständlichkeit eine Kupferstich-Darstellung des *Christus medicus* mit Uringlas in der Hand: Die Identifikation der (in diesem Fall katholischen) Ärzteschaft mit dem Heiler-Christus war hinsichtlich der Christus-Stellvertretung durchaus vergleichbar mit dem katholischen Priesterverständnis. Ethisch interpretiert ist in diesem Verständnis die Behandlung Kranker nicht nur Pflicht, sondern Teil der christlichen Identität, sozialetisch gesehen richtet sich darum die Infragestellung einer solidarisch geregelten gesundheitlichen Versorgung gegen das christliche Selbstverständnis. Gleichzeitig bleibt aus christlicher Sicht zweitens *der eschatologische Vorbehalt* zu betonen: Die massive Gewichtung der menschlichen Gesundheit ist Teil eines *religiösen* Deutungssystems und bleibt damit stets in der Spannung zwischen der bereits erfüllten bzw. erfüllbaren und der noch ausstehenden Erlösung stehen. Geht dieser religiöse Zusammenhang verloren, wird im Extremfall die Gesundheit selbst zum *summum bonum* und tritt an die Stelle des religiösen Heils, werden massive Fehlerwartungen an das medizinische Versorgungssystem erzeugt, die durch dieses niemals erfüllt werden können.⁶³ Im Gegensatz zu solchen Fehl-

⁶¹ Angela Brand/Sigrid Stöckel, Die öffentliche Sorge für die Gesundheit aller – ein sinnvoller Anspruch?, in: Angela Brand u. a. (Hg.), Individuelle Gesundheit (Anm. 17), 11–28; in einem reduzierten Sinn wird *Public Health* auch als Gesundheitswissenschaft verstanden.

⁶² Vgl. Peter Dabrock, Zur Eigenheit von Public-Health-Ethik und Ethik des Gesundheitswesens gegenüber biomedizinischer Ethik, in: Angela Brand u. a. (Hg.), Individuelle Gesundheit (Anm. 17), 79–95.

⁶³ Vgl. Thomas Bobrmann, Organisierte Gesundheit (Anm. 19), 234–236 („Gesundheit als säkulare Heilserwartung“); Michael Halbfas, Gesundheit als Illusion? Probleme aktueller Medizin, in: Orientierung 69 (2005) 153–158; aus US-amerikanischer Sicht: Carl

erwartungen, bei denen von Ängsten angefangen über ‚Charakterschwäche‘, Nervosität und Niedergeschlagenheit bis hin zu sexuellen Orientierungsnöten, Über- oder Untergewicht alle denkbaren Lebensprobleme über chirurgische oder pharmazeutische Eingriffe gelöst werden sollen, verhält es sich de facto so, dass die Gesundheit nur zu einem geringen Teil durch das System der Gesundheitsversorgung bestimmt wird, dagegen viel stärker durch genetische Vorgaben, Lebensstile, Umweltbedingungen und insbesondere die soziale Stellung beeinflusst wird.⁶⁴ Diese Einsicht hat Konsequenzen für die aus christlicher Sicht zentrale Frage, wie die *Situation der gesundheitlich am stärksten Benachteiligten* in der Gesellschaft zu verbessern wäre, insofern es durchaus möglich ist, dass sich Investitionen in den Bereichen Armutsbekämpfung, Bildung und Arbeit wirksamer auf die Verbesserung der Gesundheit der am schlechtesten Gestellten auswirken als ein weiterer Ausbau der gesundheitlichen Versorgung.

Zu ergänzen bleibt schließlich, dass auch eine einseitig religiös-spiritualistische Auflösung der eschatologischen Spannung, die in einer vor-schnellen Annahme von Krankheit und Leiden und wortreichen theologischen Erklärungen zum Sinn des Leidens bestehen kann, genauso verkürzend und gegen die Grundintentionen der christlichen Heilsbotschaft gerichtet ist wie eine säkulare Heilserwartung an die Medizin.⁶⁵

2.4 Diakonische Ekklesiologie

Die drei Elemente im christlichen Menschenbild, die Heiligkeit der Person und damit die Wichtigkeit von Schutz und Förderung aller Menschen, die Bezogenheit der Menschen aufeinander und auf Gott und damit ein starker Begriff von Solidarität, die Heilzusage und damit die Sorge um das (gesundheitliche) Wohl der Menschen, tragen wesentlich zu einer theologischen Begründung einer solidarisch organisierten Gesundheitsversorgung bei. Sie kommen, das sei in diesem Punkt eigens hervorgehoben, folgerichtig in einem diakonischen Selbstverständnis der christlichen Kirchen zum Ausdruck, in welchem die Sorge um die kranken und hilfsbedürftigen Menschen eine entscheidende Rolle spielt. Die

Elliott, *Better Than Well. American Medicine Meets American Dream*, New York/London 2003.

⁶⁴ Vgl. *Andreas Mielck*, *Soziale Ungleichheit* (Anm. 53); *Robert Koch-Institut* (Hg.), *Armut* (Anm. 53); *Birgit Babitsch*, *Soziale Ungleichheit* (Anm. 53); *Michael Marmot*, *Status-Syndrome* (Anm. 53).

⁶⁵ Vgl. *Eberhard Schockenhoff*, *Krankheit* (Anm. 56), 128 f.

Praxis der Sorge um Kranke und Pflegebedürftige zieht sich nicht zufällig wie ein roter Faden durch Kirchengeschichte und Ekklesiologie hindurch und bietet – trotz angedeuteter Diskontinuität im Übergang zur Neuzeit – auch theoretische Anschlüsse an die oben erwähnten neuzeitlichen Begründungskonzepte.⁶⁶

Pars pro toto sei in diesem Zusammenhang auf die mittelalterlichen Einrichtungen der Klostermedizin und des christlichen Hospitalwesens hingewiesen, die der Medizinhistoriker Heinrich Schipperges als Vorläufer moderner Gesundheitseinrichtungen beschreibt.⁶⁷ Offenkundig besteht ein innerer Zusammenhang zwischen dem christlichen Menschenbild mit den entsprechenden Werthaltungen bzw. persönlichen Tugenden und der Idee einer Institutionalisierung und Professionalisierung der Sorge um die Kranken und Pflegebedürftigen. Dass dieser Prozess auch mit der neuzeitlichen Säkularisierung und dem Emanzipationsprozess der Medizin von der Religion kein Ende fand, belegen mehr als deutlich die Entstehung und Etablierung der institutionalisierten Caritas und Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert, die in Deutschland dazu geführt haben, dass sich bis heute ein großer Teil der Krankenhäuser, Kliniken und Heime in kirchlicher Trägerschaft befindet.⁶⁸

2.5 Schlussfolgerungen

Auch wenn die genealogischen Erkundungen zum christlichen Menschenbild der normativen Vermittlung bedürfen und die Begründung eines Rechtsanspruchs auf eine über Zwangsabgaben finanzierte solidarische Gesundheitsversorgung nicht ersetzen können, zeigen die bisherigen Ausführungen, dass es bei der Sorge um die Kranken und Pflegebedürftigen um zentrale Inhalte des christlichen Selbstverständnisses geht. Wenn sich die Begründungsdiskurse heute in erster Linie auf Fragen der Gleichheit und Verteilungsgerechtigkeit konzentrieren, dann wird dabei aus Sicht einer christlichen Sozialethik dieser Aspekt unterschätzt: Mit der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung geht es nicht nur um

⁶⁶ Vgl. *Erwin Gatz*, Caritas als kirchliche Grundfunktion. Grundzüge der Entwicklung bis zur Aufklärung, in: *Ders.* (Hg.), Caritas und soziale Dienste (Geschichte des kirchlichen Lebens Bd. V), Freiburg 1997, 21–35; *Hartmut Kreß*, Medizinische Ethik (Anm. 13), 28–32.

⁶⁷ Vgl. *Heinrich Schipperges*, Der Garten der Gesundheit. Medizin im Mittelalter, 2. Aufl., Zürich 1987, 205–240; *ders.*, Die Benediktiner in der Medizin des frühen Mittelalters, Leipzig 1964.

⁶⁸ Vgl. *Erwin Gatz*, Krankenfürsorge, in: *Ders.*, Caritas (Anm. 66), 113–131; *Karl Gabriel*, Die ‚katholischen‘ Grundlagen (Anm. 10), 11–13.

einen *relational (egalitär) begründeten Ausgleich von ökonomischen Unterschieden zwischen Arm und Reich in der Gesellschaft*, der vom liberalen Staats- und Verfassungsrechtler Stefan Huster im Grundsatz als eine „partikulare, keineswegs allgemein geteilte und vermutlich nicht einmal sinnvolle“⁶⁹ Verfassungsinterpretation eingestuft wird, sondern es geht aus Sicht des christlichen Menschenbildes mit der *Sorge um die Gesundheit gleichzeitig um ein stark gewichtetes inhaltliches Anliegen und damit um die christliche Identität*.

3. ZUR KONKRETEN AUSGESTALTUNG DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG

Im Rahmen der ‚mittleren‘ Gerechtigkeitsdiskurse, die sich mit Architektur und Ausgestaltung der *sozialstaatlich* strukturierten Gesundheitssysteme beschäftigen, stehen diese theologischen Grundsatzüberlegungen zwar im Hintergrund, helfen bei Einzelentscheidungen aber nur bedingt weiter. Ein Blick auf die unterschiedlich strukturierten Gesundheitssysteme, die, wie der Vergleich der deutschen und schweizerischen Systeme zeigt, auch unterschiedliche konfessionelle Einflüsse widerspiegeln, macht klar, dass sich mit der *Kostenentwicklung*⁷⁰ und der sich daraus ergebenden Frage nach einer *gerechten Finanzierung der Gesundheitskosten* gegenwärtig – unabhängig von den Systemunterschieden – ein gemeinsames Grundproblem stellt.⁷¹

Die Gründe für die seit den sechziger Jahren dokumentierte kontinuierliche, den Zuwachs des Bruttoinlandsprodukts übertreffende Kostensteigerung, sind im medizinisch-technischen Fortschritt und dem zunehmenden Wohlstand zu orten.⁷² Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung werden diese Tendenz in den nächsten Jahren aller Voraus-

⁶⁹ Stefan Huster, Grundversorgung (Anm. 1), 197. Zur Kontroverse um die Bedeutung der relationalen (egalitären) Vorstellungen in Bezug auf die Reichweite einer solidarischen Gesundheitsversorgung vgl. Peter Dabrock, Befähigungsgerechtigkeit (Anm. 18).

⁷⁰ Vgl. Bundesamt für Statistik, Gesundheitskosten in der Schweiz zwischen 1960 und 2000 (StatSanté 1/2003), Bern 2003 (mit einem internationalem Vergleich).

⁷¹ Zum schweizerischen System vgl. den Überblick bei Markus Zimmermann-Acklin, Rationierung (Anm. 52). Auffällig ist, dass viele der in der deutschen Debatte umstrittenen Einzelforderungen (wie Kopfprämiensystem, wählbare Franchisen, Selbstbehalte, Managed Care, Ausschlüsse von Leistungen aus der Grundversicherung) in der Schweiz Realität sind, jedoch nur bedingt zu einer Entlastung des Grundproblems beitragen.

⁷² Vgl. Friedrich Breyer, Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen. Status quo und Lösungsmöglichkeiten, in: Detlef Aufderheide/Martin Dabrowski (Hg.), Gesundheit (Anm. 19), 11–27. In der Schweiz liegt die jährliche Zunahme der Gesundheitskosten bei ca. 4 %; die Tatsache, dass die Gesundheitskosten in

sicht nach verstärken. Inwieweit der wachsende Anteil der älteren Bevölkerung zur Kostenausweitung beiträgt, ist umstritten; empirisch erwiesen ist, dass die gesundheitliche Versorgung während der beiden letzten Lebensjahre eines Menschen mit Abstand die größten Kosten verursacht, wobei diese Ausgaben in Deutschland mit zunehmendem Patientenalter sinken.⁷³

Angesichts dieser Problemlage führt es wenig weiter, wenn die eingangs erwähnte polarisierte Debatte unter dem Titel ‚Eigenverantwortung versus Solidarität‘ auch innerhalb der christlichen Sozialethik ihre Fortsetzung findet.⁷⁴ Stephan Goertz weist zu Recht darauf hin, dass diese ideologische (das heißt relativ unabhängig von realen Veränderungen stattfindende) Auseinandersetzung bereits in den fünfziger Jahren und unter Zuhilfenahme derselben Begriffe geführt wurde.⁷⁵ Die in der Gesundheitspolitik verbreitete *Eigenverantwortungsrhetorik* zielt entweder auf die Stärkung der gesundheitlichen Selbstsorge, die unabdingbarer Bestandteil jeder Gesundheitsethik ist und nicht ernsthaft in Frage gestellt wird, oder sie meint eine rein monetäre Verlagerung der Kosten auf die individuellen Kostenverursacher, also die Behandlungsbedürftigen. Zum zweiten Vorschlag hilft vielleicht eine Beobachtung aus dem schweizerischen Kontext weiter: Zwar liegt die individuelle Kostenbeteiligung in der Schweiz auf Grund des Kopfprämienystems, frei wählbarer Franchisen, den hohen Selbstbehalten und insbesondere einem Anteil von über 30 % *Out of pocket*-Leistungen an den gesamten Gesundheitskosten⁷⁶ markant höher als in Deutschland, jedoch sind auch in der Schweiz Appelle an die notwendige Stärkung der Eigenverantwortung im Sinne einer Erhöhung der individuellen Kostenbeteiligung an der Tagesordnung. Gleichzeitig zeigen sich die Grenzen der individuellen Belastbarkeit in der Schweiz daran, dass gegenwärtig über 40 % aller Haushalte steuerfinanzierte Prämientlastungen und damit Sozialhilfe erhalten.

Deutschland in den letzten Jahren kaum zugenommen haben, dürfte in erster Linie mit der zunehmenden Praxis der impliziten Rationierung am Krankenbett zu erklären sein.

⁷³ Vgl. die Studienergebnisse (und weiteren Literaturangaben) von *Hilke Brockmann*, Why Is Less Money Spent on Health Care For the Elderly Than For the Rest of the Population? Health Care Rationing in German Hospitals, in: *Social Science & Medicine* 55 (2002) 593–608.

⁷⁴ Vgl. *Die deutschen Bischöfe*, Solidarität braucht Eigenverantwortung (Anm. 2); *Peter Dabrock/Karl Gabriel*, Einladung zum Missbrauch? Eine Kritik aktueller gesundheitspolitischer Stellungnahmen der Kirchen, in: *Herder Korrespondenz* 57 (2003) 403–406; *Stephan Goertz*, Privatsache gesund (Anm. 44).

⁷⁵ Vgl. *Stephan Goertz*, Privatsache gesund (Anm. 44), 340–342.

⁷⁶ Vgl. *Gerhard Kocher*, Zweitteuerstes Gesundheitswesen der Welt, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 85 (2004) 2142–2144, 2143 f.: Mit dem Anteil der *Out of pocket*-Leistungen liegt die Schweiz weltweit an der Spitze.

Das oben angezeigte Grundproblem, verursacht durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die Wohlstandsentwicklung, ist offensichtlich mittel- und langfristig nicht über eine Verlagerung bzw. Individualisierung der Kosten zu lösen. Grundsätzlich gilt, dass die Ressourcen endlich sind und darum jede Gesellschaft darauf angewiesen ist, auch im Bereich der gesundheitlichen Versorgung Grenzen zu setzen, faire oder unfaire.⁷⁷ Die heute bestehende implizite (ungeregelte) Rationierung am Krankenbett, die in erster Linie auf Kosten der Patientinnen und Patienten geht, die sich am wenigsten zu wehren wissen, macht die sozial-ethische Auseinandersetzung mit verschiedenen Handlungsalternativen notwendig.⁷⁸

Grundsätzlich bestehen vier Möglichkeiten, auf die Kostenentwicklung zu reagieren: Erstens die *Rationalisierung* oder der effektivere Einsatz der vorhandenen Mittel, zweitens die *Ausweitung der finanziellen Mittel*, erreicht entweder durch makroökonomische Umverlagerung oder durch stärkere Umverteilung von Reich nach Arm, drittens die *Rationierung* oder der Verzicht auf sinnvolle und nützliche Behandlungen, und viertens eine *Marktlösung* durch Individualisierung der Risiken und Unterstützung der Bedürftigen durch die Sozialhilfe. Bei der Rationalisierung stellt sich das Problem, dass die auf diesem Weg erzielten Einsparungen vermutlich nicht ausreichen werden, um die Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau für alle zu bezahlen; die Ausweitung der Mittel bringt (bei der Umverlagerung) das Problem der Opportunitätskosten oder (bei der stärkeren Umverteilung) das der politischen Realisierbarkeit mit sich; bei der Rationierung besteht das Problem in der Festlegung von gerechten Kriterien, bei der Marktlösung in der massiven Verstärkung von Ungleichheiten bzw. der Entsolidarisierung der Gesellschaft.

Rationalisierungsmaßnahmen sind aus ethischer Sicht stets erforderlich, da angesichts der knappen Mittel sowohl ein möglichst kosteneffektiver Einsatz der Mittel geboten als auch mit Hinweis auf das Nichtschadensprinzip die Überbehandlung von Patientinnen und Patienten zu verhindern ist. Falls in naher Zukunft auf den weiteren Ausbau von sinnvollen und nützlichen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung aus Kostengründen verzichtet werden muss, sollte im Sinne der Schaffung von Transparenz und zu Gunsten der Gleichbehandlung über die dabei zu Grunde

⁷⁷ So sinngemäß der erste Satz in *Norman Daniels/James Sabin. Setting Limits Fairly. Can We Learn To Share Medical Resources?*, Oxford/New York 2002, 1.

⁷⁸ Dies wurde im Dezember 2005 an einem interdisziplinären Symposium an der Universität und dem Kantonsspital Luzern versucht; die erweiterten Akten erscheinen demnächst im Schweizerischen Ärzteverlag emh: *Hans Halter/Markus Zimmermann-Acklin* (Hg.), *Rationierung im Gesundheitswesen*, Basel.

gelegten Kriterien öffentlich debattiert und entschieden⁷⁹ werden; in diesem Sinne ist die explizite Rationierung der impliziten (dem eleganten Durchwursteln beispielsweise durch Einführung von Globalbudgets⁸⁰) grundsätzlich vorzuziehen. Zudem sollten Entscheide, die zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation der am meisten Benachteiligten führen, vorgezogen werden. Gleichzeitig ist der Grundsatz der Hilfe für unmittelbar gefährdetes Leben wesentlich. Schließlich sollte die internationale Perspektive nicht ganz aus den Augen verloren werden, um zum einen die Fragen der weltweiten Gerechtigkeit nicht vollständig auszuklammern und zum andern um in Erinnerung zu rufen, dass es bei einigen Dilemmaentscheidungen (beispielsweise der Frage nach dem gerechten Zugang zu beschichteten und unbeschichteten Stents in der Herzchirurgie) *auch* um Folgeprobleme eines wachsenden Wohlstands geht.

Aus Sicht der christlichen Sozialethik lassen sich die vier erwähnten Handlungsmöglichkeiten abschließend folgendermaßen einschätzen: Rationalisierungsmaßnahmen sind auf alle Fälle gefordert, die Marktlösung ist aus Gründen der Entsolidarisierung abzulehnen. Angesichts der medizinisch-technischen Fortschritte von der Pharmakogenetik über die Intensivmedizin bis zur Entwicklung neuer Medikamente wird sich die Alternative zwischen der Erweiterung der Mittel und der expliziten (ge-regelten) Rationierung vermutlich nicht wirklich stellen: Bei wachsendem Wohlstand werden beide Maßnahmen nötig werden.⁸¹

4. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Auf der Suche nach der Begründung einer sozialstaatlich finanzierten Gesundheitsversorgung richtet sich der Blick auch im Rahmen der christlichen Sozialethik zunächst auf das individuelle und soziale Grundrecht

⁷⁹ Vgl. *Michael H. Werner*, Die Eingrenzung (Anm. 16), besonders die Hinweise auf die Bedeutung prozeduraler Ethiken; zu beachten bleibt allerdings, dass eine *demokratische* Legitimation nicht einer *moralischen* entsprechen muss.

⁸⁰ Vgl. *Jürg H. Sommer*, Muddling Through Elegantly. Rationierung im Gesundheitswesen, Basel 2001.

⁸¹ Ein Beispiel bietet die Entwicklung von Chemotherapien zur Darmkrebsbehandlung: Neue Therapien kosten hier mehr als das Dreihundertfache von etablierten Therapien, vgl. *Deborah Schrag*, The Price Tag on Progress – Chemotherapy for Colorectal Cancer, in: *New England Journal of Medicine* 351 (2004) 317–319; zur Problematik der Patientenaufklärung über sehr teure neue Medikamente, die (noch) nicht durch die Kassen bezahlt werden, vgl. aus ethischer Sicht *Michael Jefford/Julian Savulescu/Jacqui Thomson/Penelope Schofield/Linda Milesbkin/Emilia Agalianos/John Zalberg*, Medical Paternalism and Expensive Unsubsidised Drugs, in: *British Medical Journal* 331 (2005) 1075–1077.

auf Schutz und Förderung der Gesundheit. In Abhängigkeit zu Gesundheits- und Freiheitsverständnissen und damit auch zu unterschiedlichen Hintergrundtheorien wird dieses Grundrecht unterschiedlich ausgelegt. Mit der Ansicht der Heiligkeit der Person, der Relationalität des Menschen und der christlichen Heilzusage wurden theologische Elemente benannt, die das christliche Menschenbild kennzeichnen und die konsequenterweise in ein diakonisches Kirchenverständnis münden. Diese genealogischen Erkundungen können zwar die vernünftige Begründung einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung nicht ersetzen, erklären jedoch die Neigung der christlichen Sozialethik zu relationalen, ein weites Solidaritätsverständnis vertretende, die Sorge um die Kranken und Pflegebedürftigen betonende Begründungskonzepte, die sich nicht einseitig an der Autonomie im Sinne der negativen Freiheit orientieren. Im Hinblick auf die konkrete Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung wird zu Gunsten einer nüchternen Analyse der gegenwärtigen Problemstellung – der Kostenentwicklung und der Suche nach angemessenen Finanzierungs Konzepten – plädiert, die sich weniger an den polarisierten Sozialstaatsdebatten als vielmehr an den Diskussionen um bestehende Handlungsmöglichkeiten orientiert.

Im Bereich der *Begründungsdiskurse* bleibt eine wichtige Aufgabe der christlichen Sozialethik darin bestehen, in Auseinandersetzung mit alternativen Begründungsansätzen zu überprüfen, was von der normativen Substanz der christlichen Tradition auch in einer pluralistischen Gesellschaft argumentativ gerechtfertigt werden kann. Dabei gilt es im Blick zu behalten, dass auch vermeintlich neutrale Begründungsansätze auf bestimmten Menschen- und Gesellschaftsbildern aufbauen, welche ihrerseits der Rechtfertigung bedürfen.⁸²

Im Bereich der *Anwendungsdiskurse* geht es um die Beteiligung der christlichen Sozialethik an den Auseinandersetzungen um das Problem der Kostenentwicklung und Finanzierung bzw. den so genannten Rationierungsdebatten. Neben den klassischen Fragen der Begründung sozialstaatlicher Strukturen steht hier auch die Frage nach einem menschen- und sachgerechten Umgang mit den Folgen der zunehmenden medizinisch-technischen Möglichkeiten und des zunehmenden Wohlstands zur Diskussion.

⁸² Vgl. beispielsweise das Konzept eines moralischen Liberalismus bei *Wolfgang Kersting*, Für einen Liberalismus mit Konturen. Die Kombination moralischer Grundprinzipien mit einer selbstverantwortlichen Lebensführung, in: *Neue Zürcher Zeitung* vom 28./29.1.2006, 33.