

Carl Friedrich Gethmann

Das Ethos des Heilens und die Effizienz des Gesundheitswesens

(Akademievorlesung am 13. November 2003)

Das Thema dieses Beitrags¹ bezeichnet einen Gegensatz, der in der gegenwärtigen Diskussion vielfach als Antagonismus interpretiert wird. Demzufolge wird das Verhältnis zwischen dem Ethos des Heilens einerseits und der ökonomischen Effizienz des Gesundheitswesens andererseits als ein unvermittelbarer, Konflikt auslösender Gegensatz gesehen. Es bedarf keines besonderen Tiefsinns, um hinter diesem Gegensatz die semantisch wirksame Disjunktion zu erkennen: Mit dem Ethos des Heilens verbindet sich die Vorstellung des Individuellen und Vertrauten, man denkt an die Sphäre der Kleingruppeninteraktion zwischen Arzt und Patient. Die Effizienz des Gesundheitswesens hingegen ist der Bereich des Fremden und Kollektiven, die Sphäre der gesellschaftlichen Anonymität. Das Ethos des Heilens appelliert an die zwischenmenschliche Barmherzigkeit und die Bereitschaft zum altruistischen Einsatz. Demgegenüber appelliert die Forderung nach Effizienz des Gesundheitswesens an den ökonomischen Egoismus und die Geldgier.

Im folgenden soll aus der Perspektive der professionellen Ethik herausgestellt werden, daß die antagonistische Deutung des Verhältnisses von Ethos des Heilens und Effizienz des Gesundheitswesens auf Vorurteilen beruht, denen wegen ihres Konfliktpotentials entgegenzutreten ist. Die kulturhistorischen Hintergründe dieser Vorurteilslage können hier nicht im einzelnen untersucht werden. Sie hängen mit religiös geprägten Moralvorstellungen zusammen, die das Denken des Abendlandes im Zusammenhang mit monastisch-asketischen Lebensformen zutiefst geprägt haben. Diese Moralvorstellungen sind durch dualistisch-manichäische Tendenzen geprägt, die auch heute noch in vielen Moraldoktrinen präsent sind. Gegenüber diesem Syndrom sollen hier vor allem zwei Thesen expliziert werden:

¹ Der folgende Beitrag hat die Aufgabe, die philosophischen Grundlagen des Memorandums Gethmann et al. 2004 in konziser Form darzustellen. Übereinstimmungen mit den Ausführungen insbesondere des ersten Kapitels dieser Schrift sind somit beabsichtigt.

(a) Wirtschaftlicher Wohlstand ist eine ethisch positiv ausgezeichnete Kategorie, und ökonomische Effizienz ist eine instrumentelle Größe, die für wirtschaftlichen Wohlstand konstitutiv ist.

(b) Die Teilnehmer an einem öffentlichen Gesundheitswesen, vor allem Patienten und Ärzte, tragen im Interesse der Realisierung eines Ethos des Heilens eine Systemverantwortung für das Funktionieren des Gesundheitswesens.

Die beiden Thesen beruhen auf einem Komplex von Prämissen und Präsuppositionen, die in diesem Rahmen nicht vollständig expliziert werden können.² Die Aufgabenstellung dieses Beitrags beschränkt sich daher darauf, den Rechtfertigungsweg zu rekonstruieren, der von der individuellen Erfahrung der Bedürftigkeit und Störanfälligkeit zur Einrichtung eines öffentlichen Gesundheitswesens führt. Dieser Rechtfertigungsweg soll hier nicht deswegen untersucht werden, weil es relevante Zweifel an seiner Richtigkeit gäbe, sondern weil es der Weg der Rechtfertigung ist, durch den die tragenden Begriffe ihre Bedeutung erhalten und daher die notwendigen Unterscheidungen fundiert werden.³ Gemäß diesem Programm geht der Weg der Argumentation vom Phänomen der Krankheit und anderen Kontingenzerfahrungen aus. Kontingenzerfahrungen sind Antriebe für menschliches Wollen und insoweit eine notwendige (aber nicht immer hinreichende) Bedingung des Sollens, schließlich eines Ensembles von Verpflichtungen und Berechtigungen. Ein solches Ensemble strebt unter bestimmten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf eine Institutionalisierung zu; auf solche Weise entstandene Institutionen sind dem Prinzip der Gerechtigkeit entsprechend zu kritisieren.

1 Menschliche Elementarbedürfnisse und das Ethos des Heilens

1.1 Kontingenzerfahrungen

Menschliche Selbst- und Welterfahrung ist immer auch Erfahrung der eigenen Begrenztheit und der Begrenztheit der anderen. Diese Erfahrungen sind vielgestaltig und interpretationsbedürftig. Es lassen sich unterscheiden:

- Erfahrungen der *Bedürftigkeit*, zum Beispiel die Erfahrung der Angewiesenheit auf Nahrung, Schlaf, Erholung, soziale Einbindung sowie kulturelle Aktivität;
- Erfahrungen der *Störanfälligkeit*, zum Beispiel der Verletzbarkeit durch Mißgeschick und Unfälle und der Anfälligkeit für Krankheiten;

² Für eine ausführliche Darstellung vgl. die in Anm. 1 zitierte Schrift, S. 9–23 und S. 39ff.

³ Dies entspricht dem Prinzip des semantischen Operationalismus bzw. Inferentialismus; vgl. zum Überblick Brandom 2000.

- Erfahrungen der eigenen *Sterblichkeit* und der Sterblichkeit des anderen (besonders des nahestehenden) Menschen;
- Erfahrungen der *Phasenhaftigkeit* des Lebens, zum Beispiel des Alterns.

Diese Erfahrungen sind Elemente der *conditio humana* und sie haben dadurch einen apriorischen Status. Das bedeutet, daß diese Phänomene nicht nur Gegenstände von Erfahrungen sind, sondern Bedingungen der Möglichkeit von Erfahrung.⁴ Die Rede vom apriorischen Status verkennt jedoch nicht, daß die genannten Erfahrungen einer weitgehenden historisch-kulturellen Variabilität unterliegen. Daher hängt die Qualifikation der genannten Typen von Kontingenzerfahrungen erheblich von natürlichen und kulturellen Rahmenbedingungen ab. Dies läßt sich am Beispiel der menschlichen Angewiesenheit auf Nahrung leicht illustrieren. Die menschliche Nahrungsaufnahme unterliegt in synchroner und diachroner Perspektive einer scheinbar unbegrenzten Variabilität. Im Grenzfall scheint die Angewiesenheit durch Befriedigung und Erfüllung im Rahmen einer Überflußgesellschaft sogar zu verschwinden. Dieses Verschwinden ist allerdings nur ein Schein, dessen Aufdeckung die Rede vom apriorischen Status untermauert. Eine Nahrungsmittelknappheit kann unter günstigen natürlichen und kulturellen Bedingungen überwunden werden, das Kontingenzphänomen, nämlich die Angewiesenheit des Menschen auf Nahrung, bleibt gleichwohl bestehen. Eine Überflußgesellschaft wird ja vom Menschen nur deshalb angestrebt, weil er auf Nahrung angewiesen bleibt. Ginge diese Angewiesenheit unter, würde das Streben nach Überfluß seinen Sinn verlieren.

Ähnlich können Krankheiten überwunden werden, vielleicht sogar – gemäß der Diktion der Weltgesundheitsorganisation – „endgültig“. Die Anfälligkeit für Krankheiten bleibt jedoch bestehen. Zur Illustration kann die Überwindung bestimmter Infektionskrankheiten dienen. Daß die Pocken „ausgemerzt“ sind, kann bedeuten, daß kollektive Impfprogramme nicht mehr notwendig sind, es bedeutet jedoch nicht, daß die Gefährdung aufgrund menschlicher Störanfälligkeit nicht mehr bestünde. Krankheiten werden in großem Umfang und hoffentlich zunehmend heilbar, die Anfälligkeit für sie bleibt bestehen.

Die Beispiele zeigen, daß das Kontingenzphänomen nicht der akute Nahrungsmangel oder die akute Erkrankung ist, sondern die bleibende Bedürftigkeit und Anfälligkeit. Entsprechend wird die Lebenserwartung des Menschen vermutlich auch weiter, vielleicht sogar erheblich gesteigert werden, doch auch ein erheblich verlängertes menschliches Leben wird sein Ende finden. Auch die Erfahrung der Sterblichkeit und der Phasenhaftigkeit des Lebens erweisen sich somit als solche apriorischer Art. Für das Phänomen der Sterblichkeit hat Martin Heidegger⁵ durch seine Analyse des „Seins zum Tode“ herausgestellt, daß die existentielle Bedeutung des Todes nicht in der

⁴ Die Formulierung spielt auf Kants obersten Grundsatz aller synthetischen Urteile an: Kant 1787, B 197.

⁵ Heidegger 1927, § 46–53.

Erfahrung des Todes als raumzeitlichem Ereignis liegt (dieses Ereignis ist definitionsgemäß kein Ereignis *im* menschlichen Leben), sondern in der Konstitution aller Entscheidungen und Erfahrungen des individuellen Lebens als unwiederholbar und end-gültig. Daß das menschliche Leben sein Ende findet, prägt somit den gesamten Lebensverlauf. Dazu gehört auch, daß der Lebensverlauf eine unumkehrbare Richtung hat und relativ zu dem vorweggenommenen Ende aus spezifischen Phasen besteht.⁶ Diese Phasenhaftigkeit des menschlichen Lebens besagt, daß der Mensch niemals gewissermaßen in seiner Vollgestalt präsent ist. Unbeschadet der personalen Identität durch alle Lebensphasen hindurch erfährt sich der Mensch als phasengebunden verschieden. Bezüglich der Jugendphase ist die Sonderstellung des Jugendlichen durch eine lange Moral- und Rechtsgeschichte bezeugt und geregelt. Dahinter steht das erfahrungsgestützte Bild, daß die Identität des Menschen in der Jugendphase schrittweise entsteht. Entsprechend werden dem Erwachsenen und dem alten Menschen besondere positive („verantwortlich“, „weise“) und negative („überlastet“, „gebrechlich“) Attribute zugesprochen.

Die Rede vom apriorischen Status im Bezug auf die Erfahrung von Krankheiten beinhaltet, daß die Vorstellung einer Befreiung des Menschen von Krankheiten kritisch zu interpretieren ist. In Bezug auf den jeweiligen Zustand der Krankheit ist die Bewältigung durch Prävention, Kuration oder Kompensation in der Tat ein plausibles Ziel. Die jeweilige Erkrankung kann ohne weiteres weggedacht werden. Die Anfälligkeit für Krankheiten bleibt dagegen ein Element der *conditio humana*, auch wenn faktisch zu einem bestimmten Zeitpunkt keine akute Erkrankung vorliegt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, daß die Beeinträchtigung des Lebens durch Krankheiten nicht nur die jeweils eigenen Krankheiten betrifft. Die Erkrankung anderer, vor allem nahestehender Menschen spielt für die Lebenserfahrung eine bedeutende Rolle. Die Beispiele des „Seins zum Tode“, der Phasenhaftigkeit des Lebens und der Anfälligkeit für Krankheiten illustrieren, daß der Mensch, wie immer sich seine Visionen erfüllen, ein wesentlich durch Kontingenz bestimmtes Wesen bleibt. Die medizinischen Disziplinen als praktische, das heißt zweckbezogene Wissenschaften, bleiben daher auf den Zweck der Kontingenzbewältigung bezogen. Neuere Vorstellungen zu einer „wunscherfüllenden“ Medizin (die sich gerne mit einer gewissen Dienstleistungsrhetorik amalgamiert) scheinen demgegenüber am Zweck der Kontingenz**be-**
seitigung orientiert zu sein.

Kontingenzbeseitigung wäre allerdings ein Projekt, das zugleich menschliches Leben nicht verbessert sondern beseitigt. Ein unsterbliches Wesen wäre ein Wesen ohne Lebensphasen, ohne Lebensgeschichte, ohne Identität in der Differenz des Wandels. Ein endloses Leben wäre ein Leben, in dem alle Erfahrungen immer noch gemacht werden könnten – also nie gemacht würden –, ein Leben, in dem alle Entscheidungen immer noch getroffen werden könnten – also nie getroffen wurden. Ein solches Leben überfordert die menschliche Vorstellungskraft keineswegs, im Gegenteil, man

⁶ Zur anthropologischen Bedeutung der Phasenhaftigkeit des Lebens siehe Gethmann 2002.

kann sich ein solches Leben so gut vorstellen, daß man es sich nicht mehr sinnvoll wünschen kann. Demzufolge sollten die medizinischen Disziplinen sich nicht an der Utopie einer absoluten Überwindung von Krankheit als Leitidee orientieren, sondern weiterhin an der Leitidee einer Verhinderung oder Verminderung krankheitsbedingten Leids.⁷

1.2 Verpflichtungen und Berechtigungen

Die faktische Variabilität menschlicher Bedürfnisse ist unübersehbar. Mit Blick auf die Formulierung sozialer Verpflichtungen ist jedoch unabdingbar, eine normative Vorstellung solcher Bedürfnisse zu entwickeln, die wenigstens erfüllt sein müssen, damit von einem menschenwürdigen Leben die Rede sein kann. Dabei ist leicht plausibel zu machen, daß Bedürfnisse einen unterschiedlichen Rang hinsichtlich der Funktion für die elementare Lebensbewältigung und hinsichtlich der Legitimierbarkeit des Anspruchs auf Erfüllung haben. Das Bedürfnis, sich ausreichend ernähren zu wollen, ist sicher anders einzustufen, als das Bedürfnis, eine Ballettaufführung in Wuppertal erleben zu wollen. Ungeachtet derartiger Plausibilitäten fällt im einzelnen eine Abgrenzung doch schwer.

Über die Klassifikationsmöglichkeiten menschlicher Bedürfnisse aus normativer Perspektive gibt es in der gegenwärtigen ethischen und anthropologischen Diskussion intensive Debatten, nachdem vor allem neo-aristotelische Ethikansätze verdeutlicht haben, daß eine Ethik ohne eine gehaltvolle Theorie menschlicher Bedürfnisse nicht zur Rechtfertigung gehaltvoller praktischer Orientierungen gelangen kann.⁸ Dabei spielt vor allem die Frage eine Rolle, wie man elementare Bedürfnisse auszeichnet, deren Erfüllung kulturinvariant jedermann zugestanden werden muß. Solche Bedürfnisse wären geeignet, Interessen zu rechtfertigen, die wechselseitig nicht mehr streitig gemacht werden können.

Die Fürsorge für kranke Menschen und die über Prozesse der Institutionalisierung erfolgende Transformation dieser im Rahmen eines Gesundheitswesens sind von der Überzeugung getragen, daß es zu den Verpflichtungen von Menschen gehört, in bestimmten Fällen für das Leiden anderer aufzukommen, das heißt sich zu bemühen, es zu verhindern, es zu beheben oder seine Folgen so weit wie möglich auszugleichen. Zwar wird faktisch niemand ernstlich die Meinung vertreten, es solle jeder allein mit seinen gesundheitlichen Problemen zurecht kommen, doch ist die Frage nach der Rechtfertigung von Verpflichtungen und Berechtigungen im Rahmen eines Ethos des Heilens für die Bestimmung der Inhalte und ihrer Tragweite von Bedeutung. Insbe-

⁷ Der kritische Hinweis bezieht sich nicht nur auf die Visionen der sogenannten Transhumanisten, sondern auch auf die aktuelle Diskussion über die „wunscherfüllende Medizin“; vgl. Irrgang 2005 und Gethmann 2006.

⁸ Vgl. u. a. Nussbaum 1986.

sondere ist die Frage zu klären, wie sich die kleingruppeninterne Fürsorge unter den Bedingungen der Komplexität und Anonymität einer hochkomplexen Großgesellschaft in ein Gesundheitswesen transformiert.

Die Erfahrung und erfahrungsbezogene Beschreibung einer Bedürftigkeit allein stellt allerdings noch keine hinreichende Grundlage für Sollensansprüche dar. Vielmehr bedarf es im Interesse der Vermeidung eines naturalistischen Fehlschlusses⁹ eines auffordernden Aktes. Der naturalistische Fehlschluß ist nur vermeidbar, wenn die Bedürftigkeitserfahrung von vornherein als Erfahrung eines Aufforderungsphänomens verstanden wird. Beispielsweise ist die Äußerung „Ich habe Hunger“ oder „Ich bin krank“ unter sprachlichen Normalbedingungen keine bloße Beschreibung eines Zustandes (z. B. eines Selbstversuchs), sondern eine Aufforderung, geäußert in Form eines Deklarativsatzes.

Somit ist mit der Beschreibung einer Kontingenzerfahrung der von ihr ausgehende präskriptive Charakter noch nicht erklärt. Vielmehr muß mit der Erfahrung von Bedürftigkeit und Störanfälligkeit der Anspruch an sich selbst und andere verbunden sein, Bedürfnisse zu erfüllen (d. h. nicht: sie zum Verschwinden zu bringen) und Störungen zu bewältigen (d. h. sie zu vermeiden, zu beseitigen oder ihre Folgen auszugleichen). In diesem Zusammenhang muß hier nicht erörtert werden, wie Menschen einzuschätzen sind, die sich mit der Unerfülltheit ihrer Bedürfnisse abfinden oder sich ihre Erfüllung abzugewöhnen versuchen. Es genügt, daß es faktisch hinreichend viele Menschen gibt, die sich selbst und andere mit dem Anspruch konfrontieren, auf ihre Bedürftigkeit und Störanfälligkeit einzugehen, sich also nicht mit ihrem Zustand abzufinden. Ein solcher Anspruch kann sich als Erwarten, Hoffen, Drängen, Erzwingen oder in anderer Form äußern, er hat jedenfalls grundsätzlich Aufforderungsqualität.

Aufforderungen (einschließlich Selbstaufforderungen) sind eine notwendige, wenn auch nicht immer hinreichende Bedingung des Sollens. Wo nichts gewollt wird, ist auch nicht gesollt. Daraus ergibt sich als Kennzeichnung des Ursprungs jedes Sollens ein Moralprinzip derart, wie es Wilhelm Kamlah prägnant in Gestalt seiner „Praktischen Grundnorm“ formuliert hat:

„Beachte, daß die anderen bedürftige Menschen sind wie du selbst, und handele demgemäß!“¹⁰

1.3 Ethos und Ethik

Der Mensch tritt wegen seiner Bedürftigkeit seiner Umwelt mit Erwartungen, Wünschen, Ansprüchen, Forderungen, Zumutungen usw. gegenüber. Diese werden zu individuellen Handlungsgewohnheiten und kollektiven Handlungsweisen habitualisiert. Das Ensemble wechselseitiger anerkannter Verpflichtungen und Berechtigungen in

⁹ Vgl. Wimmer 1984.

¹⁰ Kamlah 1973, S. 95.

Bezug auf die wechselseitigen Ansprüche bildet das Ethos (die Moral, die Sitte) einer Interaktions- und Kommunikationsgemeinschaft. Ein solches Ethos besteht nicht primär aus Sätzen, sondern eben aus Handlungsweisen und Handlungsgewohnheiten. Im Interesse der Verständigung über Ethos-Systeme hat sich jedoch die methodische Konstruktion bewährt, Handlungen als (meist implizite) Regelbefolgungen aufzufassen. Solche moralischen Regeln sind also in der rekonstruktiven Betrachtung bedingte Aufforderungen, und zwar solche, die der direkten Handlungsanleitung dienen. Im Unterschied zum Ethos besteht die Disziplin, die dieses Ethos als Materialobjekt aufweist, nämlich die Ethik (*ars ethica*) wesentlich aus Sätzen, nämlich solchen, die Anforderungen an jedermann richten. Im Gegensatz zu den Sätzen des Ethos dienen diese aber nicht der Handlungsanleitung, sondern der Handlungsbeurteilung. Es ist Aufgabe der Ethik, Moralen auf die in ihnen implizierten (moralischen) Regeln hin zu rekonstruieren, diese Regeln anhand ethischer Beurteilungskriterien zu überprüfen und diese wiederum nach allgemeinen Gesichtspunkten wie Funktionalität und Konsistenz zu beurteilen. In der Ethik werden also Regeln zur Beurteilung des Handelns erfunden und unter dem Gesichtspunkt der Verallgemeinerbarkeit überprüft.¹¹

Dies bedeutet im Falle des Ethos des Heilens, daß ein solches Ethos ohne zwei wesentliche Präsuppositionen unverständlich, nicht erklärbar und nicht rechtfertigbar wäre:

- (a) Es gibt ein relativ allgemeines Bedürfnis, frei von Krankheiten zu leben.
- (b) Dieses Bedürfnis rechtfertigt grundsätzlich den Anspruch gegenüber der sozialen Umgebung auf Erfüllung.

1.4 Konflikte

Der elementare Charakter bestimmter Bedürfnisse rechtfertigt zwar entsprechende Interessen, es gibt jedoch keine Garantie, daß derartige Interessen mit Blick auf andere Interessen eines Akteurs oder gleiche Interessen anderer Akteure konfliktfrei erfüllbar sind. Die von Bedürfnissen ausgehenden Ansprüche und entsprechende Aufforderungen sind zwar Ursprung des Sollens, aber sie erzeugen auch Konflikte, und zwar genau dann, wenn sie nicht zugleich (nicht nur: nicht gleichzeitig) erfüllbar sind. Konfliktbewältigungsstrategien wiederum sind in einer langen Kulturgeschichte eingeübte und in Ethos-Systemen (Moralen, Sitten) mehr oder weniger explizit niedergelegt. Einer expliziten, gar professionellen Reflexion bedarf es insoweit nicht. Auch das Ethos des Heilens ist ein derartiges Ethos-System, das sich vor allem in Handlungsregeln der Angehörigen von Heilberufen fassen läßt.

¹¹ Die vor allem in der angelsächsischen Medizinethik diskutierte *ethics of care* ist also in diesem Sinne keine Ethik, sondern eine Moral (der Fürsorge), die so wie jede Moral einer ethischen Kritik zu unterziehen ist.

Ethos-Systeme sind ohne Zweifel leistungsfähig, sie haben jedoch immanente systematische Grenzen. Ethos-Systeme beziehen sich auf kontingente Überzeugungsbestände um Ursache-Wirkungs-Beziehungen und gruppengebundene Üblichkeiten. Unter den Bedingungen unübersichtlichen Wissensfortschritts und entsprechender Ausdifferenzierungen (z. B. durch Professionalisierung von Wissensbeständen und von Handlungsstrategien) verliert ein Ethos-System nicht selten seine allgemeine Verbindlichkeit. Man kann diesbezüglich von einer *internen* Krise eines Ethos sprechen. Ferner ist ein Ethos gebunden an die kulturelle Gemeinschaft, in der es sich entwickelt hat. Treffen unterschiedliche kulturelle Gemeinschaften mit unterschiedlichen Ethos-Systemen aufeinander, können Konflikte höherer Ordnung entstehen, die grundsätzlich die Frage aufwerfen, welches der aufeinander treffenden Ethos-Systeme, wenn nicht ein Drittes, Präferenz genießt. In Bezug auf Konflikte dieser Art kann man von einer *externen* Krise von Ethos-Systemen sprechen.

Unter solchen Krisenbedingungen wird eine explizite Reflexion auf die Regel der Konfliktbewältigung unvermeidlich. Die professionelle Ethik als philosophische Disziplin, die die „Geschäftsordnungsregeln“ des moralischen Diskurses evaluiert, ist also grundsätzlich ein Krisenphänomen. Dies betrifft auch die Konjunktur der medizinischen Ethik (im Unterschied zum Ethos des Heilens) in der zeitgenössischen Diskussion.¹²

In Diskursen um Ziele und Zwecke (Rechtfertigungsdiskurse) streben die Diskursparteien eine diskursive Verständigung über ihre Handlungszwecke an.¹³ Gelingt eine solche Verständigung, ist sie für die Parteien verbindlich, das heißt die Akteure beziehen aus den Diskursergebnissen Berechtigungen bzw. Verpflichtungen für die Ausführung oder Unterlassung bestimmter Handlungen. Berechtigungen und Verpflichtungen sind somit an die grundsätzliche Möglichkeit diskursiver Konfliktbewältigung gebunden. Bestehen dagegen keine Konflikte oder sind die Akteure davon überzeugt, daß non-diskursive Strategien (z. B. ihrer höheren Effektivität wegen) vorzuziehen sind, kann man ersichtlich nicht von Berechtigungen und Verpflichtungen sprechen.

Das Gelingen von Rechtfertigungsdiskursen hängt von einer Reihe von Voraussetzungen ab, die unter anderem die Grundlagen für ein gerechtes Gesundheitswesen konstituieren. Zu ihnen gehören sowohl der Universalismus der Gerechtigkeit als auch das für ein Gesundheitswesen konstitutive Solidaritätsprinzip. Vor allem ist für das Gelingen von Rechtfertigungsdiskursen eine Vorentscheidung bezüglich der Frage unvermeidlich, welchen Akteuren überhaupt das Recht zur Diskursteilnahme zugestanden wird. Grundsätzlich sind hierzu drei Antworttypen denkbar. Man könnte der Überzeugung sein, die Berechtigung zur Diskursteilnahme und Übernahme entsprechender Verpflichtungen nur sich selbst zuzugestehen (moralischer Egoismus). Diese Position führt offenkundig nur dann zu einer Konfliktbewältigung, wenn der

¹² Vgl. Höffe 2002.

¹³ Vgl. Gethmann & Sander 1999.

Akteur einen Konflikt mit sich selber austrägt. Obwohl der moralische Egoismus die Position vieler Menschen darzustellen scheint, scheidet er somit aus der ethischen Reflexion als ernstzunehmende Position aus. Bedeutender ist die Auffassung, daß an Rechtfertigungsdiskursen nur die Angehörigen bestimmter Gruppen teilnehmen können (moralischer Partikularismus). Alle bekannten Moralen sind partikularistisch konstruiert, weil sie die Diskursteilnahme auf Menschen beschränken, die nach bestimmten Gesichtspunkten (z. B. der Zugehörigkeit zu Stamm, Stand, Bekenntnis, Rasse, Klasse, Geschlecht usw.) charakterisiert sind. Partikularistische Moralen können die gruppeninternen Konflikte durchaus zufriedenstellend regeln, sie finden jedoch grundsätzlich dann ihre Grenzen, wenn es zu Konflikten zwischen Gruppen kommt. Legt man daher vorsorglich Wert darauf, Konfliktlösungsmöglichkeiten im vorhinein maximal auszuschöpfen, muß jedermann als Diskursteilnehmer zugelassen werden (moralischer Universalismus). Vor allem mit Blick auf die entstehende Weltgesellschaft ist daher der moralische Universalismus die Position, die von der professionellen Ethik bevorzugt wird. Dies ist auch der funktionelle Grund, warum ethische Regeln immer auf Verallgemeinerbarkeit abheben.¹⁴

Werden Moralen einer ethischen Kritik unterzogen, ist daher zu prüfen, ob die Maximen, die diese Moral ausmachen, verallgemeinerbar sind. Beurteilt die Ethik Moralen als nicht-universalisierbar, ist zu klären, wie die inhärenten Maximen verändert werden müssen, damit sie universalisierbar und damit konfliktfrei werden. Am moralischen Diskurs sollte jeder teilnehmen können, der durch das Äußern einer Aufforderung einen Anspruch geltend machen kann – und damit potentiell Konflikte erzeugt. Die Universalität der moralischen Imperative umfaßt also alle, die sich auf das Auffordern verstehen.¹⁵

2 Sozialer Anspruch und Sozialsystem

2.1 Die Transformation des Kleingruppenethos

Die moralischen Normen menschlichen Handelns werden richtigerweise zunächst als Regeln der Kleingruppeninteraktion rekonstruiert. Dies entspricht dem Prinzip des methodischen Individualismus, wonach nur von individuellen Akteuren metaphorfrei gesagt werden kann, daß sie Handlungen ausführen oder unterlassen.¹⁶ Der Anfang bei der Kleingruppeninteraktion beruht somit keineswegs auf einer modellmäßigen Fiktion oder einer laborartigen Konstruktion, sondern sie stellt eine unverzichtbare Grundlage ethischer Theoriebildung dar. Ausgehend von den spezifischen Bedingungen der Interaktion zwischen Individuen unter Bedingung der Kleingrup-

¹⁴ Siehe dazu Gethmann 1991.

¹⁵ Durch diese Bestimmung ist allerdings noch nicht das extensionale Problem gelöst, welche Spezies unter das Kriterium fallen.

¹⁶ Vgl. Gethmann 1984.

peninteraktion lassen sich diejenigen Desiderate bestimmen, auf deren Grundlage überindividuelle soziale Gebilde wie Traditionen, Institutionen und Organisationen rekonstruiert und hinsichtlich ihrer normativen Implikationen kritisiert werden können. Die wichtigsten Bedingungen der Kleingruppeninteraktion sind die (vermeintlich) beliebige räumliche und zeitliche Präsenz der Interaktionsparteien und die (vermeintlich) beliebige Energie, alle Konflikte je *neu* zu bewältigen. Insoweit diese Bedingungen in dramatischem Umfang unerfüllt oder sogar unerfüllbar sind, treten institutionelle Prozeduren an die Stelle tatsächlicher singulärer Handlungen. Da die Akteure nicht in der Lage sind und auch nicht zu sein brauchen, Handlungen unter gleichen oder ähnlichen Handlungsumständen jeweils neu zu planen und auszuführen oder zu unterlassen, entwickeln sie situationstypische Handlungsweisen. Weil und insoweit solche Handlungsweisen zwischen Akteuren wechselseitig bekannt und anerkannt sind, entwickeln sich in Gruppen Handlungsgewohnheiten. Werden Handlungsgewohnheiten auf Dauer gestellt und weitergegeben, entwickelt sich eine Tradition. Institutionen sind Formen sanktionsbewehrter bzw. rechtlich verfaßter Formen solcher Traditionen.

In komplexen Gesellschaften sind hoch-aggregierte Quasi-Akteure wie Institutionen und Organisationen daher geradezu der Normalfall der sozialen Interaktion. Diese Quasi-Akteure haben ihren pragmatischen Witz darin, nicht ständig unter Rechtfertigungsdruck gesetzt zu werden. Gleichwohl sind sie funktionaler Kritik nicht grundsätzlich entzogen. Bereits Handlungsgewohnheiten unterliegen immer auch einer Kontrolle, die die Verlässlichkeit und Verständlichkeit einer solchen Handlungsgewohnheit zum Gegenstand hat. In Weiterführung einer solchen Kontrolle können auch Traditionen, Institutionen und Organisationen grundsätzlich daraufhin überprüft werden, ob sie ihren primären Handlungszweck (der Zweck, zu dem sie konstituiert wurden) und ihren sekundären Entlastungszweck (der Zweck, das individuelle Handeln zu entlasten) erfüllen.

Eine solche Kritik wird vor allem durch immanente Probleme ausgelöst, die mit der Institutionalisierung wesentlich gegeben sind. Die pragmatische Notwendigkeit, Diskursprobleme zu typisieren, führt zu einer Situationsdistanz, die unter Umständen disfunktional wirkt. Die pragmatische Notwendigkeit, Entscheidungen „ohne Ansehen der Person“ zu treffen, führt zu einer Anonymisierung von Interaktionsverhältnissen. Systemattribute, die mit der Institutionalisierung als solcher zusammenhängen und nicht auf Einzelakteure reduziert werden können, erzeugen holistische Effekte („Sachzwänge“), die als entmündigend erfahren werden können.

2.2 Die Institutionalisierung des Ethos des Heilens

Das Elementarbedürfnis eines gesunden Lebens und der darauf beruhende Anspruch auf Hilfe zur Erfüllung dieses Bedürfnisses sind Grundlage für die Traditionsbildung im Rahmen eines Ethos des Heilens. Es liegt auf der Hand, daß die damit aufgeworfenen Interaktionsprobleme bei fortschreitender gesellschaftlicher Komplexität

und damit gegebener fortschreitender Professionalisierung aufgrund wachsender Ansprüche des Könnens und Wissens an die Akteure zur Ausdifferenzierung sehr unterschiedlicher Gesundheitswesen führen können. Ein Gesundheitswesen ist ein höchst komplexes soziales Gebilde mit allen Zügen von Institutionalisierung und Organisation im explizierten Sinne. Ebenso weist es einen Zug zur Disfunktionalität im skizzierten Sinne auf. Dies macht deutlich, daß sich eine Kritik eines Gesundheitswesens nicht auf institutionenpragmatische und organisationstechnische Sekundärphänomene beschränken darf. Letztlich muß es immer um die Frage gehen, ob eine bestimmte Form der Institutionalisierung dem primären Zweck der Erfüllung eines Elementarbedürfnisses der Bewältigung der Störanfälligkeit des gesunden Lebens genügt. Gesundheitsstandards sind diejenigen Kriterien, die als Instrumente einer entsprechenden Kritik eines Gesundheitswesens dienen.¹⁷

Die Notwendigkeit und der Sinn einer solchen Kritik läßt sich gut illustrieren, wenn man die gesellschaftlichen Institutionen und staatlichen Organisationen metaphorisch als soziale Phänomene betrachtet, wie wenn sie aus expliziten Vertragsverhandlungen hervorgegangen wären. Die Metapher des Vertragsschlusses erlaubt zunächst die Unterscheidung zwischen einem horizontalen Gesellschaftsvertrag der Bürger untereinander im Rahmen der kommutativen Gerechtigkeit und einem Herrschaftsvertrag zwischen den Bürgern und dem Staat im Rahmen der distributiven Gerechtigkeit. Durch die Institutionalisierung eines Gesundheitswesens geht das System *wechselseitiger* sozialer Ansprüche im Rahmen der kommutativen Gerechtigkeit in Ansprüche *gegenüber* einem staatlich gewährleisteten Gesundheitswesen im Rahmen der distributiven Gerechtigkeit über. Unter den Bedingungen staatlicher Organisation transformiert sich der wechselseitige Anspruch in einen Anspruch gegen das Gesundheitswesen. Es ist beispielsweise ein qualitativer Unterschied, ob der vom individuellen Kranken ausgehende Hilfeappell sich unter Bedingungen der Kleingruppeninteraktion (etwa im Rahmen einer bäuerlichen Großfamilie) an seine Umgebung richtet, oder ob er sich als Rechtsanspruch im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung artikuliert. Analog ist der Unterschied zwischen der Erfüllung des sozialen Hilfegebots durch Almosen im Vergleich zu einer Fürsorgeregelung im Rahmen einer staatlichen Sozialpolitik zu betrachten.

Die mit diesem Unterschied gegebene Transformation geht häufig unter, wenn undifferenziert vom Ethos des Heilens gesprochen wird. Die Gefahr, die ein derartiger Mangel an Differenzierung mit sich bringt, liegt einerseits in der Verwechslung von persönlichen mit institutionellen Formen der Rechtfertigung von Handlungen – von Institutionen bzw. ihren Funktionsträgern kann kein „Herz“ verlangt werden –, andererseits in einer falschen Moralisierung institutioneller Verhältnisse – wer Steuern in ein Sozialsystem zahlt, kann nicht noch zusätzlich moralisch zum Almosengeben verpflichtet werden.

¹⁷ Vgl. dazu Gethmann et al. 2004, S. 47–73, S. 98–106.

2.3 Gleichheit versus Gerechtigkeit

Wie dargestellt, gehört zu den Grundannahmen des fiktiven Gesellschaftsvertrags das Postulat der normativen Gleichheit der Vertragspartner. Ein Gesellschaftsvertrag wird zwischen faktisch ungleichen Partner geschlossen, die sich gegenseitig als gleichberechtigt und gleichverpflichtet anerkennen. Das Postulat der normativen Gleichheit ist also konsequent von der deskriptiven Gleichheit zu unterscheiden. In einem deskriptiven Sinne ist Gleichheit zwischen Vertragspartnern zwar nicht logisch, aber empirisch so gut wie ausgeschlossen. Zur deskriptiven Ungleichheit gehört, daß auch die Bedürfnisse der Vertragsteilnehmer, wie sie zum Beispiel aufgrund ihrer jeweiligen physischen Konstitution erwachsen, faktisch ungleich sind. Gerade im medizinischen Kontext sind positive Ansprüche aus schicksalhafter Bedürftigkeit oder Störanfälligkeit, durch Unfall oder konstitutionelle Gebrechen nur auf dem Hintergrund deskriptiver Ungleichheit zu verstehen. Erst aufgrund eines normativen Postulats der Gleichheit werden aus faktischen Anspruchstellern grundsätzlich gleiche Anspruchsberechtigte. Auch für im normativen Sinne Gleiche gilt jedoch, daß Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln ist. Soziale Verhältnisse sind gerecht, wenn sie durch eine Rechtfertigung der materiellen Ungleichheit zwischen Gleichen fundiert sind. Zugespitzt heißt das: Gerechtigkeit ist gerechtfertigte Ungleichheit.

Die potentielle Diskursteilnahme ist dasjenige Prinzip, das die intuitive Gleichheitsforderung mit Blick auf die Bedürftigkeit des Menschen erfüllt. Demgegenüber ist die Gleichverteilung als mögliches Diskursergebnis fast nie ein verallgemeinerbares Ergebnis. Damit ist deutlich, daß die Gleichheit des Diskurszuganges (formelle Gleichheit) mit einem materiell differenzierten Universalismus der Gerechtigkeit (materielle Ungleichheit) kompatibel ist.¹⁸ Dieser Ansatz hat erhebliche Folgen für die Diskussion über die Frage, was der normative Gehalt eines einem Gemeinwesen zugrunde liegenden Solidaritätsprinzips ist. Dieses Solidaritätsprinzip soll jedermann, das heißt jedem, der einer bestimmten Klasse von Individuen angehört, zum Beispiel den Bewohner eines Staatsgebiets, in gleicher Weise Zugang zu den Entscheidungsverfahren über die Einrichtung eines Gesundheitswesens bieten. Diese Forderung wird in demokratisch verfaßten Gesellschaften durch die direkten oder repräsentativen Gesetzgebungsverfahren realisiert. Dagegen kann der normative Gehalt des Solidaritätsprinzips nicht besagen, daß jeder die gleichen Einzahlungen in das System leistet und die gleichen Auszahlungen aus dem System erhält.

In bezug auf das Gesundheitswesen wird das Prinzip der differenzierten Gleichheit schon dadurch plausibel, daß diagnostische und therapeutische Leistungen nicht gleich verteilt werden, sondern gezielt den Bedürftigen zukommen sollen. Es wäre somit sinnwidrig, wenn Mitglieder eines Sozialsystems wie dem Gesundheitswesen

¹⁸ Dies wird in allen philosophischen Ethikkonzeptionen so oder so ähnlich ausgearbeitet; vgl. für viele Höffe 1987.

Gleichverteilung erwarten. Dies betrifft negative wie positive Ansprüche an das Gesundheitswesen. Negative Ansprüche umfassen zum einen den individuellen Anspruch auf Abwesenheit von Zwang und die Einräumung von Selbstbestimmung; hiervon sind nur unter besonderen Bedingungen (z. B. bei Seuchengefahr) Ausnahmen möglich. Sie umfassen zum anderen den Schutz vor Beeinträchtigungen der individuellen wie kollektiven Gesundheit. Dies betrifft beispielsweise gesundheitspolitische Maßnahmen in den Bereichen Umweltschutz, Lebensmittelüberwachung und allgemeine Hygiene. Positive Ansprüche an das Gesundheitswesen beinhalten die meistens diskutierten substantiellen Ansprüche auf Gesundheitsleistungen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich diese Ansprüche nur auf eine vorhandene Gesamtleistung beziehen können und ihre Reichweite beschränkt werden muß. Behandlungsbedürftigkeit ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Rechtfertigung eines Anspruchs auf solidarische Bezahlung.¹⁹ Spätestens bei der Festlegung positiver Anspruchsrechte ist die kriterielle Funktion von Gesundheitsstandards und Krankheitsindikatoren unentbehrlich, wenn die Festlegung rational, das heißt Ergebnis eines diskursiven Prozesses sein soll.

2.4 Fragen der Systemgestaltung

Die historisch-faktische und wohl alternativlose soziale Lösung des mit dem Prinzip der Gerechtigkeit in Bezug auf das Syndrom Gesundheitsanspruch und Hilfeverpflichtung in einer komplexen Gesellschaft gegebene Problem ist das System der institutionalisierten Bewältigung von Krankheiten in einem Gesundheitswesen. Es ist eine wesentliche Aufgabe des Staates, ein solches System zu gewährleisten, wobei zunächst offen ist, ob der Staat diese Aufgabe in Form eines staatlichen Gesundheitssystems, einer staatlichen Pflichtversicherung, eines (staatlich beaufsichtigten) Systems von privaten Versicherungen oder in gemischten Formen realisiert. Grundsätzlich läßt das Solidaritätsprinzip in der konkreten Ausgestaltung ein weites Spektrum möglicher Realisierungen zu.

Der klassische Weg, den Sozialstaat zwischen der notwendigen Pflicht zur Verwirklichung der Grundrechte und der Organisationsfreiheit der Bürger zu organisieren, ist allerdings das Versicherungswesen. Eine Versicherungspflicht bei freier Versicherungswahl gilt daher in vielen Staaten für viele Lebensbereiche als die Auflösung des scheinbaren Paradoxes von Freiheit und Hilfegebot. Damit erweisen sich ein staatliches Gesundheitssystem, aber auch eine staatliche Pflichtversicherung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der unzureichenden Berücksichtigung der Organisationsfreiheit des Bürgers als defizitär. Demgegenüber erlaubt es das Prinzip privater Versicherungen, Gesichtspunkte der Risikosolidarität und der Einkommenssolidarität zu vereinbaren. Die Eigenverantwortung in Verbin-

¹⁹ Vgl. Birnbacher 2006.

derung mit der Systemverantwortung läßt sich in mehrfachen Dimensionen verwirklichen, beispielsweise bei der Wahl der Versicherung, bei der Wahl des Tarifprofils und bei der eigenen Gesundheitsvorsorge.

Auf der anderen Seite verwirklicht das private Versicherungswesen die Verpflichtung zu kollektiver Solidarität durchaus. Eine Sozialversicherung, sei sie privat oder gesetzlich, geht man nicht ein, um monetäre oder andere Eigeninteressen zu verwirklichen. Mitglieder einer Versicherung können nicht einmal die Rückerstattung ihres Prämieeinsatzes erwarten. Im Gegenteil: Mitglieder eines Sozialversicherungssystems müssen im wohlverstandenen Selbstinteresse eine Minimierung ihres Nutzens anstreben. Ein Sozialstaatsprinzip ist also mit dem Prinzip der Eigenverantwortung und der Systemverantwortung nicht nur verträglich, sondern ihm wesentlich zugeordnet. Da keine Versicherung funktioniert, wenn jeder Teilnehmer an der Versicherung seine Auszahlung zu maximieren sucht, oder auch nur versucht, wenigstens seine Prämie heraus zu bekommen, ist ein Versicherungssystem auf Systemverantwortung angewiesen. Daher besteht kein idealtypischer Gegensatz zwischen einer Versicherung nach dem Konzept der privaten Krankenversicherung und der Zumutung von Eigenverantwortung.

Eigenverantwortung läßt sich vor allem auch durch Anpassung des Versicherungsschutzes an die persönliche Lebensgestaltung wahrnehmen. Entsprechende Erwartungen können durch Selbstbeteiligungsverfahren oder sogar Leistungsausschluß unterstrichen werden. Selbstverständlich muß es das Recht eines Teilnehmers an einer Versicherung, insbesondere einer gesetzlichen Krankenversicherung, sein, sich gegen ausgeschlossene Risiken wiederum privat versichern zu können. Grundsätzlich zeigt sich damit, daß die Gegenüberstellung von sozialer Leistung und privater Vorsorge kein Systemantagonismus sondern lediglich eine Gestaltungsaufgabe darstellt.²⁰

Literatur

- Birnbacher, Dieter: Krankheit oder Behandlungsbedürftigkeit? In: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hg.), *Berichte und Abhandlungen* Bd. 10, Berlin 2006, S. 363–376.
- Brandom, Robert B.: *Articulating Reasons. An Introduction to inferentialism*, Cambridge/Mass., London 2000.
- Gethmann, Carl Friedrich: Individualismus, methodologischer. In: Mittelstraß, J. (Hg.), *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*, Mannheim 1984, Stuttgart 1995, S. 226f.

²⁰ Ein auf dieser Grundlage ausgeführtes Modell ist zusammenfassend in Gethmann et al. 2004, Teil 5 (S. 213–238) dargestellt. Vgl. ferner die weiteren Beiträge zur Ringvorlesung, die in diesem Band dokumentiert ist.

- Ders.: Universelle praktische Geltungsansprüche. Zur philosophischen Bedeutung der kulturellen Genese moralischer Überzeugungen. In: Janich, P. (Hg.), *Entwicklungen der methodischen Philosophie*, Frankfurt am Main 1991, S. 148–175.
- Ders.: Phasenhaftigkeit und Identität menschlicher Existenz. Zur Kritik einiger Visionen vom Altern. In: Max-Planck-Gesellschaft (Hg.), *Biomolecular Aspects of Aging. The Social and Ethical Implications*, München 2002, S. 50–61.
- Ders., Gerok, Wolfgang, Helmchen, Hanfried, Henke, Klaus-Dirk, Mittelstraß, Jürgen, Schmidt-Aßmann, Eberhard, Stock, Günter, Taupitz, Jochen & Felix Thiele: *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Berlin 2004.
- Ders.: Einleitung zum Kolloquium „Der ‘neue’ Mensch. Ethische Probleme der Genforschung und Biotechnologie“. In: Abel, G. (Hg.), *Kreativität. Kolloquiums-Vorträge des XX. Deutschen Kongresses für Philosophie*, TU Berlin, September 2005, Hamburg 2006, S. 303–305.
- Ders.: *Wunscherfüllende Medizin: Kontingenzbewältigung oder Kontingenzbeseitigung?* In: Grönemeyer, H. W., Kobusch, Th., Schott, H. & Th. Welt (Hg.), *Gesundheit im Spiegel der Disziplinen und Epochen*, Tübingen 2006 (im Druck).
- Ders. & Thorsten Sander: *Rechtfertigungsdiskurse*. In: Grunwald, A. & S. Saube (Hg.), *Ethik in der Technikgestaltung. Praktische Relevanz und Legitimation*, Berlin u. a. 1999, S. 117–151.
- Heidegger, Martin: *Sein und Zeit*, Halle 1927.
- Höffe, Otfried: *Politische Gerechtigkeit. Grundlegung einer kritischen Philosophie von Recht und Staat*, Frankfurt am Main 1987.
- Ders.: *Medizin ohne Ethik?* Frankfurt am Main 2002.
- Irrgang, Bernhard: *Posthumanes Menschsein? Künstliche Intelligenz, Cyberspace, Roboter, Cyborgs und Designer-Menschen. Anthropologie des künstlichen Menschen im 21. Jahrhundert*, Wiesbaden 2005.
- Kamlah, Wilhelm: *Philosophische Anthropologie. Sprachliche Grundlegung und Ethik*, Mannheim 1973.
- Kant, Immanuel: *Kritik der reinen Vernunft*, 1787 (zitiert nach der Ausgabe Hamburg 1956).
- Nussbaum, Martha C.: *The Fragility of Goodness*, Cambridge 1986.
- Wimmer, Reiner: *Naturalismus (ethisch)*. In: Mittelstraß, J. (Hg.), *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*, Mannheim 1984, Stuttgart 1995, S. 965–966.