

MEDIZINISCHE ETHIK IM HORIZONT ÖKONOMISCHER PROBLEME*

Ethik hat trotz der fast allmächtigen Dominanz der Wirtschaft wieder Konjunktur. Es waren gerade die rasanten Fortschritte der Medizin, die der eine Weile wenig beachteten Ethik gleichsam das Leben gerettet haben. Offenbar sind beide wichtig, Ökonomie und Ethik und hängen vielleicht nirgends so eng zusammen wie in der Medizin und im Gesundheitswesen, aber wie?

Brauchen wir eine neue Ethik, vielleicht eine angepasste Ethik, die sich stromlinienförmig dem Interessensverbund von Wirtschaft, Wissenschaft und Technik anpasst – eine Verträglichkeitsethik? Oder ist Ethik geradezu ein Kontrastprogramm zu einer im Neoliberalismus rücksichtslos gewordenen Wirtschaft?

Wie lange können wir uns die Ethik noch leisten – vor allem, wenn sie eine menschengerechte Behandlung hochbetagter und sterbender Menschen fordert – ein Anspruch, der Geld kostet?

Auf diese Frage ist zunächst mit einer Unterscheidung zu antworten. Ethik ist nicht einfach Moral, sondern die Theorie der Moral. Ethik abschaffen hieße, den Menschen verbieten, systematisch, begrifflich und methodisch klar über die gelebte Moral im Singular wie im Plural nachzudenken, sie zu überprüfen und zu bewerten.

Die folgenden Überlegungen werden in fünf Schritten gegliedert: (1.) Was kann die Ethik und was kann sie nicht? (2.) Welche Art von Gerechtigkeit im Gesundheitswesen? (3.) Allokationszuteilungen auf fünf Ebenen mit jeweils eigener Problematik; (4.) die moralischen Wurzeln der Problemzuspitzung; (5.) ein kurzes anthropologisches Finale.

1. Was kann die Ethik und was kann sie nicht?

Bei einem ersten Blick in die fast unübersehbare Menge medizinethischer Literatur lässt sich in vielen Bereichen ein gemeinsamer Trend absehen, bei aktuellen Problemen gleich mit dem Abwägen von Vor- und Nachteilen zu beginnen. Ein solches Vorgehen, das sich aber der anthropologischen Voraussetzung solchen Abwägens nicht vergewissert, ist methodisch unbedarft, wie eine Waage ohne Fixpunkt. Sicher kann eine Ethik, die es zu konkreten Urteilen bringen will, nicht auf Abwägungsvorgänge verzichten. Eine ethische Abwägung unterscheidet sich aber von einer rein ökonomischen, technischen, politischen, ja auch juristischen dadurch, dass sie nicht unter dem Aspekt der Nützlichkeit und Praktikabilität, sondern präzise unter dem Gesichtspunkt der unveräußerlichen und gleichen Würde al-

* Dieser Text geht auf einen Festvortrag des Symposiums des Grünen Kreuzes „Medizinische Ethik in ökonomischen Zwängen“ am 21.1.2001 in Bad Hofgastein zurück und wurde mehrfach auszugsweise in Fachzeitschriften abgedruckt. Der Sprechstil der Vortrages wurde beibehalten, die Auseinandersetzung mit der These von O. Höffe, im Gesundheitswesen von der distributiven zur kommunikativen Gerechtigkeit überzugehen, hat seither nichts an Aktualität verloren.

ler Menschen geschieht. Diese Würde kommt einem jeden Menschen zu, unabhängig von Alter, Rasse, Geschlecht, Behinderung, Besonderheiten und Fähigkeiten, von Umständen oder Situationen, wodurch die Gleichheit und Universalität der Menschenrechte, die auf dieser Würde aufbauen, gesichert sind. Würde ist Konsequenz des Menschseins und nicht eines bestimmten Nutzens. Auch Schmerzen, Leiden und Schwäche, Behinderung, ja nicht einmal Schuld berauben den Menschen seiner Würde. Diese Würde des Menschen kann geachtet oder verletzt werden, sie kann jedoch nicht gewährt werden oder verloren gehen oder aberkannt werden. Die Achtung der menschlichen Würde ist auch unabhängig von Gegenseitigkeit. Sie besteht auch dort, wo solche Gegenseitigkeit nicht mehr möglich ist, z.B. bei einem Patienten im Koma. Ein Patient, der sich nicht mehr selber helfen kann, bedarf in besonderer Weise der sorgenden Würdigung seiner Person.

Die Einsicht in die Menschenwürde ist allerdings nicht nur in der Praxis gefährdet, wenn Menschen unwürdig behandelt werden, sondern auch in der Theorie zunehmend diskutiert. Diese Einsicht muss stets neu errungen und begründet werden und an den Menschenrechten, der rechtlichen Konkretisierung der Menschenwürde, muss stets weitergearbeitet werden, sonst besteht die Gefahr, dass hinter erreichte Standards zurückgefallen wird. Wenn etwa der australische und derzeit in den USA lehrende Ethiker Peter Singer zwischen Mensch und Person unterscheidet und Personsein an einen Katalog von bestimmten geistigen und kommunikativen Leistungen bindet, dann kommt es zu einer Spaltung des Menschlichen: Ein Teil der Menschen ist Person und ein anderer, der diese Leistung nicht erbringt wird dann nicht als Person bezeichnet, wird instrumentalisiert und verliert seinen Lebensschutz, der auf Menschenwürde basiert. Er verliert auch sein Lebensrecht. Ein reduktionistisches Menschenverständnis führt unweigerlich zur Spaltung des Menschlichen: in Menschen mit guten und solche mit schlechten Genen usw. – die Übergänge zu lebenswert und lebensunwert sind fließend. Peter Singer will alle religiösen und metaphysischen Tabus wie die Unantastbarkeit des Lebens abschaffen. Wer aber Personsein – wie Peter Singer – ohne ausreichend begründeten anthropologischen Hintergrund durch die Summe der Eigenschaften begründet, wechselt Person und Persönlichkeit und richtet darüber hinaus ein neues Fragetabu auf: nämlich wer denn der ist, der diese Eigenschaft hat oder nicht.

Allerdings sind die meisten aktuellen medizinethischen Probleme nicht unmittelbar dadurch zu lösen, dass ein direkter Verstoß gegen die Menschenwürde aufgewiesen werden kann. Ein solcher ist nur dort gegeben, wo ein Mensch nur als Mittel zum Zweck für andere verwendet wird und nicht auch als Selbstzweck geachtet wird. In den meisten ethischen Problemen ist diese Menschenwürde eine notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzung für ethische Urteilsbildung: etwa in allen schwierigen Abwägungsfragen, ob und wie man in einer bestimmten Phase in einer Krankheit – die vielleicht bald zum Tod führt – intervenieren soll. Eine ethische Güterabwägung unterscheidet sich aber von allen anderen Güterabwägungen dadurch, dass sie unter dem Aspekt der Menschenwürde und keinem

anderen vorgenommen wird, also nicht unter dem Aspekt der Nützlichkeit, der ökonomischen Vorteile, der politischen Opportunität usw.

Ethik kann aus ihren verschiedenen Traditionen heraus helfen, Begriffe zu klären, die Güterkonflikte elementar herauszuarbeiten und auch Methoden für die Erhebung der Dringlichkeit beizutragen, welche Güter im Konflikt vorrangig zu realisieren sind. Die Ethik hat mit ihren verschiedenen Traditionen ein ganzes Ensemble von Kriterien, d.h. Gütervorzugsregeln dafür erarbeitet. Ethik kann auch verschiedene Methoden der ethischen Urteilsbildung und der Schritte auf dem Wege zur Normfindung und damit zur Normüberprüfung beisteuern. Ethik kann auch helfen, sittliche Probleme als solche zu identifizieren. Sie tut dies, indem sie hermeneutisch die oft verborgenen Wertungsbegriffe und Maßstäbe ans Licht bringt und transparent macht.

Ethik bringt in der Suche nach Orientierung, etwa im Bereich der neuen Biotechnologien, immer wieder folgende Fragen ins Gespräch, um die ethische Dimension einzelwissenschaftlicher Probleme aufzudecken:

- Wer oder was ist das, an dem da geforscht wird? Wer wird da verändert und womöglich vernichtet bei der verbrauchenden Embryonenforschung? Wer ist wie zu schützen? In welcher Lebenslage und welcher Biographie?
- Welche Ziele verfolgt man mit einer bestimmten Vorgangsweise? Sind diese zu rechtfertigen? Wer gewinnt und wer verliert dabei? Wie transparent sind die Ziele? Werden wirklich alle benannt?
- Welche Mittel werden zur Erreichung eingesetzt?
- Welche Risiken geht man bei der Verfolgung auch eines ethisch gerechtfertigten Zieles ein?
- Gerade im Bereich der Risikoforschung sind die Wertungen oft hinter rein fachlich-empirischen Diskussionen verborgen. Ein Risiko ist etwas anderes als eine Gefahr, die auch in der Natur vorkommt und sich schicksalhaft ergibt. Ein Risiko ist eine vom Menschen heraufbeschworene Gefahr, die Menschen bewusst in Kauf nehmen, bei der Verfolgung bestimmter Ziele. Alles, was der Mensch tut, hat seinen Preis, nicht nur im ökonomischen Sinn, den wir aber im einzelnen gerade bei den neuen Technologien noch nicht kennen. Die darin verborgene Wertungsfrage besteht darin, welches Gewicht wir diesen Zielen geben und welchen Preis wir bereit sind, womöglich dafür zu bezahlen.

Alle diese Fragen hängen mit Wertungen zusammen, die immer rückbezogen sind auf ein bestimmtes Verständnis von Menschen und das was für den Menschen und das Gelingen seines Lebens in der Gemeinschaft der Menschheit und den Mitgeschöpfen wichtig ist. Ethik kann aber entgegen weit verbreiteten Erwartungen keine Rezepte und fertigen Lösungen anbieten. Ethik kann auch keinem Arzt oder Apotheker die Verantwortung abnehmen und nicht einmal Ethikkommissionen können bei Forschungsprojekten am Menschen dem Forscher Entscheidungen abnehmen, sondern nur beraten.

Ethik darf wohl nicht mit Moral (Ethos oder Sitte) verwechselt werden, sie ist aber immer auch an die gelebte Moral rückgebunden. Unter Ethos oder Moral versteht man das Insgesamt von Einstellungen und Normen aus denen heraus ein Mensch, eine Gruppe, eine Kultur usw. handelt. Ethik ist insofern auch Erfahrungswissenschaft.

Ethik darf auch nicht mit Recht verwechselt werden. Ethik und Recht sind wohl dadurch verbunden, dass sie beide normative Disziplinen sind, die Aussagen machen über das, was sein soll, und nicht nur über das, was empirisch feststellbar ist. Ethik und Recht unterscheiden sich aber dadurch, dass nicht alles, was ethisch relevant ist, auch rechtlich relevant ist, und umgekehrt. Nicht alles was rechtlich relevant ist, ist auch von ethischer Dringlichkeit. Dennoch gibt es zwischen Ethik und Recht Überschneidungen in jenen Bereichen, die sowohl ethisch als auch rechtlich relevant sind. Dieser Bereich ist besonders sensibel. Ethik unterscheidet sich vom Recht dadurch, dass die Ethik nicht sanktionsbewährt ist. Ethik wendet sich mit ihren Argumenten an das Gewissen der Menschen. Das ist ihre Stärke und Schwäche zugleich. Die Stärke besteht darin, dass sie methodisch über die Wurzeln des Handelns nachdenkt und nicht bloß über das äußere Verhalten. Ihre Schwäche besteht in der mangelnden Sanktionsbewährtheit und heutzutage auch in ihrer mangelnden Lobby. Sittliche Wahrheit kann wie religiöse Wahrheit immer nur in Freiheit eingesehen werden.

Dennoch ist das ethische ABC für alle Menschen gleich. Ethische Überlegungen müssen allgemein verständlich angestellt werden, damit sie auch allgemein gültig sein können. Deswegen begleitet Ethik als normative Lehre von den menschlichen Handlungen und Haltungen, insofern diese in der Differenz von Gut und Böse stehen, sowohl die Suche nach gerechten Gesetzen wie auch die Suche nach politisch richtigen Entscheidungen bei den nötigen Reformen im Gesundheitsbereich. Angesichts der Tatsache der knapper werdenden Ressourcen ergeht zunächst die Herausforderung an die Politik, wie mit weniger Geld ein mehr an Qualität und Gütern verbunden werden kann – im Gesundheitsbereich vor allem für immer mehr chronisch Kranke und Hochbetagte. Die Frage richtet sich aber auch an das Recht, wie in diesen nötigen Reformen im Gesundheitsbereich die richtigen Regelungen getroffen werden können. Beide, Politik und Recht, die sich an Gerechtigkeitsprinzipien orientieren wollen, sind damit auch an die Ethik, näherhin an die Sozialethik, verwiesen.

Durch einen Leitartikel des bekannten Tübinger Sozialphilosophen O. Höffe im deutschen Ärzteblatt wurde neuerdings die Auseinandersetzung um die Gerechtigkeit im Gesundheitswesen entfacht.¹ Mit dem auf Platon zurückgehenden Begriff der Pleonexie, der weder im Pschyrembel noch in einem mittleren Konversationslexikon zu finden ist, meint Höffe die dem Menschen tendenziell innewohnende Unersättlichkeit der Begehrlichkeit: Die Naturgüter sind begrenzt, die Erarbeitung

¹ O. Höffe, Medizin in Zeiten knapper Ressourcen – oder Besonnenheit statt Pleonexie, in: Deutsches Ärzteblatt 95(1998), 174-177.

der Lebensgrundlage mühevoll und daher gerne minimal gehalten und die durch die moderne Medizin mit ihrer Leistungsexplosion geweckte Begehrlichkeit maximal steigend. So die Diagnose, aber was ist die Therapie? Was kann die Ethik zu dieser Diskussion beitragen?

Ethik kann nicht in die Ordnungspolitik eingreifen oder ihr gar Vorschriften machen. Aber sie kann hinsichtlich der Klärung der grundlegenden Voraussetzungen mitberaten. Im Begründungsdiskurs werden noch lange vor jeder pragmatischen Anwendung Weichen gestellt. Dieser Begründungsdiskurs aber ist selbst kontrovers. Zwei alternative Ansätze, mit dem Problem der Knappheit kritisch umzugehen, verwirft Höffe: Zum einen den Utilitarismus, weil dieser dem Würdeprinzip der Menschenrechtstradition widersprechend erlaubt, das Wohlergehen der einen gegen das der anderen aufzurechnen; zum anderen weist Höffe den Ansatz der Barmherzigkeit als Zumessungsmaßstab zurück, wie die Knappheit der Güter reguliert werden soll, denn übermäßige Ausschüttung an einer Stelle hätte umso größere Not an einer anderen zur Folge, was erneut Ungerechtigkeit erzeugen würde und nur schwer gegen Willkür abzugrenzen wäre. Deshalb bleibt als sittlich einzig legitime Leitidee des gesellschaftlichen Umgangs mit Knappheit die Gerechtigkeit übrig.

2. Welche Art von Gerechtigkeit im Gesundheitssystem?

Bislang geschieht hierzulande die Zuteilung gesundheitsbezogener Leistungen nach dem Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung, das auf den Säulen der einkommensabhängigen Beitragszahlungen, der Sachabrechnung sowie der Risikofolgenverteilung aufruh: ein klassisches Modell der verteilenden Gerechtigkeit. Höffe plädiert aber zur Lösung der anstehenden ökonomischen Probleme im Gesundheitswesen für einen Paradigmenwechsel von der Form der Verteilungsgerechtigkeit zur Tauschgerechtigkeit, von einem Anspruchs- zu einem Verantwortungsdenken mit der Vorordnung von Freiheit vor Gleichheit. Dies ist in der Tat eine Umwertung von bisherigen Wertungen innerhalb der Gerechtigkeit und damit eine ethische Kernfrage. Wie ist mit diesem Vorschlag umzugehen?

Wir alle sind oder werden eines Tages von einem solchen Paradigmenwechsel betroffen sein.

2.1 Zur Situationsanalyse

Zunächst ist methodisch bei der Situationsanalyse anzusetzen, denn diese ist selbst ein Problem von sittlich bedeutsamer Relevanz. Worauf bezieht sich die Kostensteigerung: Wie ist der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandsprodukt in den letzten Jahren gestiegen? Wie haben sich innerhalb der Gesundheitsleistungen die Ausgaben in den einzelnen Bereichen verschoben? Welche Tendenzen zeichnen sich ab, wenn beispielsweise immer mehr neue und teure molekularbiologische prädiktive Testverfahren auf den Markt kommen werden, ohne dass

eine Therapie und nur sehr begrenzt Prophylaxe in Sicht ist? Wie werden wir mit der immer größer werdenden Schere zwischen prädiktiver Diagnose und mangelnder Therapie in den nächsten Jahrzehnten umgehen? Müssen wir wirklich alles nachmachen, was anderswo geschieht? Die Diskussion um die Präimplantationsdiagnose etwa ist ja auch keine Diskussion um eine Therapie, sondern um Selektion von Embryonen nach genetischen Gesichtspunkten und damit die Eröffnung eines ethisch mehr als bedenklichen Weges, der an den Nerv unserer Menschenrechtslogik geht. Wie Zahlen interpretiert werden, in welche Relationen sie gesetzt werden und welche Zahlen womöglich verschwiegen werden, dies stellt ebenso ein Problem von sittlicher Relevanz dar wie die Analyse der anthropologischen Faktoren.

Der Schwerpunkt der anthropologischen Analyse liegt bei Höffe bei der Pleonexie der individuellen Handlungssubjekte, also der einzelnen Patienten. Die Pleonexie der Institutionen, wie z.B. Krankenversicherungen, Standesvertretungen, Pharma- und Medizintechnikindustrie und vor allem die fast einseitige Konzentration auf die moderne Gentechnik, findet bei ihm nur geringe Erwähnung. Provokant und überspitzt möchte ich im Unterschied zu Höffe zu bedenken geben, ob es nicht so ist, dass nicht nur die Nachfrage das Angebot provoziert, sondern zunehmend das Angebot auch Nachfrage stimuliert, nicht zuletzt angeheizt durch Werbung in den Medien. So wäre zu analysieren, welche Kosten durch den medizinischen Fortschritt induziert sind und wie viel aus der Eigendynamik des Geldes kommt, das vermehrt werden will. Hier Begehrlichkeitsinteressen anzunehmen, ist vermutlich weniger abwegig als nur beim einzelnen Patienten, der schon einen Hang zum hypochondrischen Masochismus braucht, wenn er alle medizinischen Leistungen als Trittbrettfahrer auszuschöpfen sucht.

2.2 Zu den Therapievorschlügen Höffes

Dass eine Lösung der Probleme nur in einer gerechten Weise der Zuteilung von Gesundheitsgütern gesucht werden kann, sodass jedem das Seine zuteil wird, darüber besteht Übereinstimmung. Doch wie lässt sich das „Suum“ im „Suum cuique“ bestimmen? Seit Aristoteles – dem Begründer der Ethik als eigenständiger Disziplin – muss dieser Teil der Anerkennung, die wir als Menschen einander schulden und die wir Gerechtigkeit nennen, für die verschiedenen Bereiche differenziert bestimmt werden. Der grundlegende Gesichtspunkt für das gerechterweise Geschuldete besteht in der Gleichheit, die Minimalforderung in der Unparteilichkeit, die Willkür ausschließt. Doch was als gleich zu gelten hat, wird seit Aristoteles in der ganzen Tradition auf dreifache Weise entsprechend den unterschiedlichen Handlungsbereichen differenziert bestimmt.

- Für die Tauschbeziehungen auf dem freien Markt gilt die arithmetisch verfahrenende Tauschgerechtigkeit, die darin besteht, dass getauschte Güter gleichviel wert sein sollen (Kommutative Gerechtigkeit).
- Für die gesellschaftlichen Beziehungen in einem Gemeinwesen hingegen gilt nicht die arithmetische Gleichheit, sondern ein proportionales Verhältnis, das

Gleiche nach dem Maß der Ungleichheit der Beteiligten, sodass Ungleichheiten in einem Gemeinwesen durch distributive Gerechtigkeit behoben werden. *Die „ungleiche Leistung“, dergemäß Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen vorgeht, besteht in der Bedürftigkeit des Patienten nach medizinischen Leistungen.*

- Und schließlich die korrektive (vindikative) Gerechtigkeit für die Berichtigung von Unrechtstaten, die in unserem Zusammenhang aber eingeklammert werden kann.

Nun aber erhebt sich erst recht die Frage, nach welchem Maßstab entschieden wird, welche Vorgangsweise, die arithmetische der Tauschgerechtigkeit oder die proportionale der austeilenden Gerechtigkeit, zu wählen ist. Ist Gesundheit ein privates Gut, das man beliebig tauschen kann, oder ein öffentliches?

Entgegen der Tradition, die die verteilende Gerechtigkeit als Grundform der Gerechtigkeit wertet, plädiert Höffe für die Tauschgerechtigkeit der Marktbeziehungen als Grundform für die Begründung von Recht und auch des Gesundheitssystems. Er begründet diese Umkehr der Gesichtspunkte wie folgt:

- Die Gesundheitsmittel müssen zunächst erarbeitet werden und können dann erst im Fall einer Arbeitsteilung wechselseitig getauscht werden. Deswegen könne man nicht bei der Zuteilung sondern nur beim Tausch beginnen.
- Es würden ja nicht nur Wirtschaftsgüter getauscht, sondern auch Gewaltverzicht, was dann zu den Freiheitsrechten führt, insbesondere dem Recht auf Schutz und Integrität von Leib und Leben.
- Zudem setzt die Verteilungsgerechtigkeit Hierarchien voraus, beim Tausch hingegen herrscht Gleichheit und Autonomie gleichrangiger Partner.

Kritisch anzufragen bleibt bei diesem Modell zunächst mal grundsätzlich, ob der freie Markt überhaupt funktionieren kann ohne eine garantierte Rahmenordnung, die in jeder Staatsform, gerade auch in der Demokratie Hierarchien impliziert zur Garantie dieser Ordnung. Jenseits von Recht und Staat versagt das Tauschmodell. Dem Gemeinwesen kommt hierbei nicht nur nachträglich korrigierende Ausgleichsaufgabe zu, sondern als originäre Aufgabe der Schutz für benachteiligte Bürger. Darüberhinaus kann ein Tauschen nur dann gerecht genannt werden, wenn eine gleiche Ausstattung und Ausgangsposition der Ausgangspartner gesichert ist. Wenn Kultur, Bildung, Sicherheit und Wohlfahrt usw. dem Gemeinwesen nicht gleichgültig sind, um wieviel weniger dann das mit dem grundlegenden Gut des Lebens so eng zusammenhängende Gut der Gesundheit. Dies lässt sich an vielen Beispielen zeigen, z.B. bei der Schutzimpfung, in dem nicht nur der Geimpfte, sondern auch die anderen Mitglieder des Gemeinwesen Vorteile haben, wie etwa bei der Meldepflicht bestimmter ansteckender Krankheiten, das dem Wissen entspringt, dass der Markt nicht das für die Organisation der Gesundheit relevante Wissen offenbart. Das betrifft die Frage des Einsatzes der Antibiotika in der Tiermast mit der Gefahr der Resistenz beim Menschen. In jüngster Zeit zeigte der BSE Skandal, dass Gesundheit und Gesundheitsschutz auch ein öffentliches Gut ist. Ge-

sundheit ist, wie an diesem und vielen anderen Beispielen aufgezeigt werden kann, grundsätzlich kein tauschfähiges privates Gut. Aber sie beinhaltet wie Bildung, Sicherheit usw. ein Güterbündel, in dem Teilaspekte als Privatgut zu bedenken sind.

Die Problematik der Allokation jener Güter, die nicht ohne weiteres marktfähig sind und die daher bewusst diesem Mechanismus entzogen werden, wurden und werden in der Finanzwissenschaft unter dem Stichwort der „Theorie der öffentlichen Güter“ abgehandelt. Öffentliche Güter – und das spielt sicherlich vor allem auch im Zusammenhang der Globalisierung eine große Rolle – sind ein zentraler Topos des Marktversagens. Der Markt versagt, wenn keine Rivalität im Konsum besteht. Der Markt versagt, wenn positive und negative externe Defekte nicht adäquat in den Marktpreis übergeführt werden können. Das Exklusionsprinzip versagt auch dann, wenn eine große Anzahl Beteiligter die Informations- und Kontrollkosten in die Höhe treibt und folglich mangels effizienter Kontrolle nicht ausgeschlossen werden kann, dass manche Menschen Leistungen ohne Anspruch bzw. im Übermaß genießen.

Höffe schlägt nun ein Dreistufenmodell im Gesundheitssystem vor, eine Grundstufe für basale Versorgung, eine Aufbaustufe mit höheren Beiträgen für qualifizierte Leistungen, wobei die Versicherung Risikoparameter wie Übergewicht, Alkohol- oder Nikotinmissbrauch mitkalkulieren kann und in eine dritte Stufe für nicht notwendige Zusatzwünsche. Höffe begründet diese Forderung mit der Transparenz, dass auf diese Weise sichtbar würde, dass es bei medizinischer Versorgung ein Mehr oder Weniger gibt, und dass man selber entscheiden soll, wie viel man davon will.

Abgesehen von der Frage, ob die Analogie, sich wie bei einem Autokauf frei zwischen einer einfachen Ausführung, einer qualifizierten Ausstattung (wie z.B. Klimaanlage) und schließlich einer Luxusstufe entscheiden zu können, auf die Gesundheit angewendet werden kann, bleibt bei Höffe noch offen, ob ein solches System einkommensabhängig zu gestalten ist. Hinzu kommt, dass vielen Menschen die sachliche und monetäre Kompetenz fehlt, derartige Entscheidungen im Wissen um die Konsequenzen adäquat treffen zu können. Vermutlich könnte das nur eine finanzpolitisch versierte Elite. Andere, v.a. Jugendliche, lassen sich dagegen eher von Suggestivangeboten beeindrucken.

2.3 Zwischenresümee

Das Verhältnis von Patient und professionellem Helfer ist sachgerecht nicht mit dem Paradigma des freien Marktes zu erfassen, auf dem Menschen als Verkäufer und Käufer von Waren auftreten. Der Patient ist gerade nicht der Kunde, der im Kommerz „König“ ist, sondern ein Mensch, der sich nicht helfen kann und auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Wenn wir schon eine ökonomische Analogie anziehen wollen, könnte es eher das Verhältnis zwischen einer Person und ihrem Treuhänder sein. Für den Treuhänder ist die Person, die sich ihm anvertraut, nicht bloß ein Fall in einer Masse, wo dann vielleicht Mengenrabatte zum Tragen kommen,

sondern ein solches Verhältnis ist immer ein individuelles. Der medizinisch und pflegerisch professionelle Helfer soll immer herausfinden, was für diesen Menschen in dieser Phase seiner Biographie angebracht ist. Seit den Tagen des Aristoteles, dessen Vater Arzt war, galt Medizin als Wissenschaft und Kunst gleichermaßen, wobei die Kunst darin besteht, die wissenschaftlichen Fähigkeiten in der richtigen Weise auf die individuelle Situation des Patienten anzuwenden.²

Die Gesundheit ist kein technisch herstellbares und handelbares Produkt. Sie lässt sich nicht einfach von einem Produzenten an einen Konsumenten verkaufen. Gesundheit und Krankheit sind von der Person und ihrer Biographie nicht abzutrennen. Sie sind darüber hinaus auch unmittelbar gesellschaftsrelevant. Gesundheitsmittel, wie Medikamente, Geräte, Diagnostika, Räume, Häuser, Verwaltungsabläufe usw. hingegen sind rationalisierbar und auch Rationalisierungspflichtig. Es gilt z.B. ein Krankenhaus so zu organisieren, dass die auch ethisch geforderte Rationalisierung derart vorangetrieben wird, dass sie der individuellen Hilfe für den Patienten untergeordnet bleibt. Gerade konfessionelle Krankenhäuser haben oft unter Beweis gestellt, dass sie in diesem Sinn rationell arbeiten und die Verantwortlichen der Gesundheitspolitik wären ethisch verpflichtet, daran Maß zu nehmen. Rationierungen sollten nur in Notfällen in Erwägung gezogen werden.

Jeder Versuch, medizinische Hilfe total zu kommerzialisieren, würde das Ethos der heilenden Berufe zerstören und einen Einbruch in das Vertrauensverhältnis bedeuten, das auf einem kulturübergreifenden Ethos der Heilberufe beruht, das sich, solange wir geschichtliche Quellen haben, zurückverfolgen lässt.

Grundsätzlich sprechen viele Gründe dafür, am Leitgedanken der Verteilungsgerechtigkeit festzuhalten, in einem Solidarsystem zu bleiben und dieses gegen auf einer reinen Tauschgerechtigkeit basierende Alternativvorschläge, die strukturell zu einer Mehrklassenmedizin führen würden, zu verteidigen – nicht ohne wichtige Korrekturen im Sinne notwendiger Rationalisierungsmaßnahmen anzubringen.

3. Ethik und Ökonomie auf den verschiedenen Allokationsebenen

Allokations- oder Zuteilungsprobleme und damit Verteilungsfragen der distributiven Gerechtigkeit begegnen auf verschiedenen Ebenen und sind jeweils gesondert zu behandeln.

3.1 Mikroallokation – untere Ebene

In der konkreten Diagnose und Therapie erwachsen Kosten für die der Arzt der unmittelbare Ressourcenzuteiler ist. Er ist die erste Einlasspforte für Gesundheitsressourcen.

Ethisch steht außer Zweifel, dass das Wohl des Kranken Vorrang hat und der Arzt verpflichtet ist, dem Patienten die bestmögliche medizinische Betreuung zu-

² Vgl. dazu insgesamt: Patienten oder Kunden, Workshop in Verbindung mit der Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Marburg 1997.

kommen zu lassen. Die Gesellschaft muss den Arzt in dieser ethischen Verantwortung auch schützen und darf ihn nicht unmöglichen Dilemmata ausliefern. Allerdings bedeutet dieser Vorrang des medizinisch Indizierten vor dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit nicht, dass der Arzt zu keinerlei Kostenerwägungen verpflichtet wäre. Der Arzt und der Patient gleichermaßen tragen Mitverantwortung dafür, weil innerhalb eines Budgets die Kosten für den einen den Handlungsspielraum für andere Patienten einengen. So gewinnt z.B. der Wirtschaftlichkeitsaspekt Bedeutung, wenn es gilt, im Fall gleichwertiger Handlungsalternativen die kostengünstigere zu wählen. Die Gleichwertigkeit zu beurteilen, obliegt aber dem Arzt und darf ihm nicht von bürokratischer Bevormundung abgenommen werden.

Ein anderes Beispiel wäre die immer wieder angesprochene Frage, ob nicht zuviel operiert wird und ob dies wirklich immer im Sinne des Patienten ist. Oft ist die Entscheidung klar und eindeutig, aber eben nicht immer. Entscheidungen zur Vornahme oder Unterlassung eines chirurgischen Eingriffes werden von Intention, Motivation des Chirurgen, aber auch von ökonomischen Faktoren beeinflusst. So sollte es zu denken geben, wenn seit der Einführung der sog. „leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF) bestimmte Grundoperationen signifikant zugenommen haben. Geschah dies immer im Sinne des Patienten oder einfach, weil die Operation mehr Punkte und damit Geld brachte? Ein weiteres Beispiel wäre eine rationellere Zuteilung von Medikamenten, damit solche nicht weggeworfen werden, die von der Solidargemeinschaft bezahlt wurden. Schließlich wäre noch das Problem der Überdiagnostik auf dieser untersten Ebene der Zuteilung anzuführen, die aus Routine, aus Erwerbsinteressen, aus mangelnder Koordination oder aus zunehmender Verrechtlichung kommen kann, aber nicht mehr im Interesse des Patienten indiziert ist. Hier liegen Beispiele für ethisch geforderte Rationalisierungsmaßnahmen.

Beim Ausschluss in ihrer Wirkung fragwürdiger, überteurer oder nicht notwendiger Behandlungsmethoden sollte die Allokationsentscheidung aber nicht dem einzelnen Arzt aufgebürdet werden, sondern nach allgemeinen Richtlinien und Leitbildern erfolgen als Ergebnis eines offenen Dialoges, in den Ärzte, Pfleger, Patienten, wie Gesunde, Krankenversicherungen und auch die Öffentlichkeit eingebunden ist.

3.2 Mikroallokation – obere Ebene

Die nächst höhere Ebene der Allokation betrifft die Kriterien, nach denen Gesundheitsleistungen an bestimmte Patientengruppen zugeteilt werden sollen, etwa nach dem Gesichtspunkt des Alters, der Lebensqualität, der Lebenserwartung, der sozialen Situation, riskanter Lebensformen usw.

Diese Frage gewinnt besondere Brisanz, da in letzter Zeit die Einschränkung der Leistung der Solidargemeinschaft für Patienten ab einem gewissen Alter diskutiert und in manchen Ländern auch schon verwirklicht wurde. Diese Überlegungen werden von der Tatsache ausgelöst, dass ein überproportionaler Teil der Gesund-

heitskosten von den alten Menschen verursacht wird und der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich zugenommen hat und weiter zunehmen wird. Es muss nicht immer so krass sein, wie die Verweigerung von Dialyse ab 60 Jahren. Es wird zunehmend versucht, Güter wie Leben, Lebensqualität, Lebenszeit, Gesundheit usw. in eine für den Nutzenvergleich taugliche und monetär umsetzbare quantitative Dimension zu transformieren, so dass man die Kosten einer medizinischen Maßnahme dem Nutzen gegenüberstellen kann, der dann in qualitätsbereinigten Lebensjahren quantifiziert wird.

Solche Tendenzen widersprechen meines Erachtens der gleichen Würde aller Menschen, wenn man im Rahmen von unterschiedlichen Würdigkeiten, d.h. Behandlungswürdigkeiten nach dem Alter, dieses Fundament unserer Ethik und aller Menschenrechte relativiert. Ebenso halte ich es für problematisch, Menschen mit riskanten Lebensnotwendigkeiten (beruflicher Art) oder Lebensstilen (z.B. Extremsportler, Raucher, Fetterser, Vielesser, Vieltrinker usw.) aus der Solidargemeinschaft auszuschließen oder sie zu benachteiligen. Die Frage nach den zureichenden Kriterien wäre wohl schwer zu klären, gesellschaftliche Moralvorstellungen, unter Umständen sehr relativer Art, würden bestimmen. Angesichts der meist multifaktoriellen Genese von Krankheiten und der Frage, wo die Grenzen zwischen Krankheit und Freiheit von bestimmten Verhaltensweisen verlaufen, würde allein der Versuch, solche Schuldzuweisungen zu quantifizieren, hohe Kosten auflaufen lassen und zusätzliches Konfliktpotential in der Gesellschaft schaffen, das wiederum Geld kostet. Hier müssen andere Maßnahmen zur Vermeidung vermeidbarer Risiken bedacht werden durch Bildung, Werbung und andere bewusstseinsbildende Maßnahmen.

Die Goldene Regel als ethisches Prinzip wäre missverstanden, wenn sie mit einem platten „wie du mir, so ich dir – wie du gegenüber der Gemeinschaft, so die Gemeinschaft gegenüber dir“, falsch interpretiert würde. Versuche dieser Art zeigen sich z.B. in der sogenannten Klublösung, dass nur solche Menschen Organe bekommen sollen oder zumindest bevorzugt werden, die auch bereit sind, Organe zu spenden. Die Goldene Regel ist viel mehr eine Unparteilichkeitsregel unter Personen.

Bezüglich der zunehmenden Krankheitskosten alter und hochbetagter Menschen, wäre die ungehobene soziale Reserve der vielen Frühpensionisten zu bedenken, wie weit diese in der Pflege und Begleitung der Hochbetagten miteinbezogen werden könnten, was manches billiger machen würde und zudem auch eine langsame und existentielle Annahme des eigenen Sterbens begünstigen könnte. Bewusstseinsbildung müsste aber schon in jungem Alter ansetzen, etwa in der Richtung, dass wir frühzeitig lernen, unser Leben nicht nur in Arbeitszeit und Freizeit, sondern auch in Sozialzeit einzuteilen.

Bei Menschen im terminalen Stadium wird vermutlich viel Geld durch aussichtslose Behandlung immer noch vergeudet, das besser und effizienter im Bereich der palliativen Maßnahmen verwendet werden könnte. *Palliativmedizin ist sicher nicht die teuerste, wohl aber eine der menschlichsten Formen der Medizin.*

Wiederum ein konkretes Beispiel dafür, dass Ethik und Ökonomie einander nicht widersprechen müssen. Der entscheidende ethische Gesichtspunkt ist dabei jedoch, in der letzten Lebensphase, die ja am teuersten kommt, nicht bloß Kosten sparen zu wollen, sondern sich vielmehr daran zu orientieren, was dem Patienten in dieser seiner letzten Lebenszeit wirklich am besten entspricht und hilft.

3.3 Makroallokation – untere Ebene

Auf der unteren Ebene der Makroallokation geht es um die Verteilung des vorhandenen Gesundheitsbudgets auf die verschiedenen Bereiche der Medizin, wie präventive und kurative Medizin, Spitzenmedizin und Basisversorgung, Krankenhaus und ambulante und extramurale Versorgung, dem Stellenwert der Pflegewissenschaft und deren Umsetzung, sowie der geriatrischen Forschung und deren Umsetzung in der Praxis usw. Auf dieser Ebene geht es auch um eine faire Lastenteilung beim Aufkommen der Kosten der Spitäler. Solche Institutionen, die besonders kostengünstig arbeiten, sollten nicht noch bestraft, benachteiligt oder gar aufgelassen werden. Bei der Behebung der Mängel in der Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Institutionen wäre ein wichtiger Rationalisierungsfaktor zu orten. Es ist auch ein ethischer Imperativ, über Defizite in der Rehabilitation nachzudenken. Rehabilitierte und wieder mobile Personen kommen auch billiger als stationäre Pflegepatienten.

Entscheidend ist bei der Lösung dieser hoch komplexen Fragen, dass über die ökonomischen Zweckmäßigkeitsüberlegungen hinaus auch die Gerechtigkeits- und Solidaritätsüberlegungen nicht vergessen werden. Wenn sich nach Ausschöpfung aller Rationalisierungsmöglichkeiten angesichts der wachsenden Kosten die Notwendigkeit der Begrenzung in einzelnen Bereichen ergeben sollte, sind bei der Suche nach Gerechtigkeit folgende Aspekte zu beachten:

- Auf der *Entscheidungsebene*: dass diese möglichst auf der höheren Entscheidungsebene, weit weg vom Patienten, getroffen werden sollte, so dass der Arzt damit nicht überfordert oder blockiert wird oder versucht wird, nach dem Ansehen der Person zu entscheiden.
- Was die *Entscheidungskriterien* betrifft, sollte unter dem Gesichtspunkt der Solidarität in so wesentlichen Grundgütern, wie der Gesundheit, ein Mehrklassensystem vermieden werden. Gesundheit soll nicht kommerzialisiert werden wie rein private Güter.
- Was die *Entscheidungsform* betrifft, müssen die Interessen aller Beteiligten transparent und argumentativ eingebracht und berücksichtigt werden. Möglichst alle Gruppen sind partizipativ mit einzubinden, besonders jene, die sich nicht artikulieren können, eben durch Stellvertretung. Stellvertretung ist eine wichtige und in vielen Bereichen der Sorge entscheidende ethische Kategorie.

3.4 Makroallokation – obere Ebene

Auf der oberen Ebene der Makroallokation hat die Gesellschaft durch ihre politischen Mechanismen die Entscheidung zu treffen, wie das Bruttosozialprodukt auf die verschiedenen Bereiche, wie Bildung, Recht, Sicherheit, Pflege, Altersvorsorge usw. und eben auch Gesundheit aufgeteilt wird. Auch hier zeigt sich beim internationalen Vergleich, dass jene Gesellschaften, die einen größeren Prozentanteil ihres Bruttoinlandsprodukts für das Gesundheitswesen ausgeben, vielleicht in einigen isolierten Bereichen der Spitzenmedizin besondere Erfolge verzeichnen können, keineswegs aber die beste oder gar gerechteste Versorgung der Bevölkerung gewährleisten.³

3.5 Forschungsallokation

Als eine besondere Ebene weitreichender und zukunftsbezogener Allokation müsste angesichts der Globalisierung der Forschung vermutlich als fünfte noch die Forschungsallokation hinzugefügt werden.⁴ Ich kann die Probleme eben nur kurz in Frageform andeuten. Für welche Forschung gibt es Ressourcen? Welche Krankheiten werden erforscht und welche bleiben in der Forschung zurück? Haben Forschungen bezüglich der Krankheiten, die in den armen Ländern häufig vorkommen, wie z.B. Malaria usw., mit denen sich nicht viel verdienen lässt, überhaupt eine Chance? Haben Krankheiten, die selten vorkommen, eine Chance?

Wie transparent wird publiziert? Werden nicht aus Risikokapitalgründen manche Forschungsbereiche, so z.B. derzeit die Gentechnik, auf Kosten anderer derartig favorisiert, dass es zu einer Verzerrung der Forschung der Krankheitsursachen kommt? Zunehmend deutlich werden auch die ethischen Probleme bezüglich der Publikation von Forschungen. Müssen nicht auch unerwünschte und in diesem Sinn negative Ergebnisse publiziert werden? Würden dadurch nicht unnötige und Kosten und Ressourcen verzehrende Parallel- und Wiederholungsforschungen vermieden?

Hat die Öffentlichkeit nicht ein Recht darauf zu erfahren, was in der Forschung alles schief läuft und nicht nur die Jubelmeldungen zu erfahren, die vielfach auch durch die Boulevardpresse viel zu früh und undifferenziert kolportiert werden und damit falsche Erwartungen und Anspruchshaltungen wecken? Welche Rolle spielt das Internet bei der Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen? Sind nicht viele dieser Informationen angesichts der die religiöse Gläubigkeit ablösenden Internetgläubigkeit der modernen Menschen oft veraltet und gefährlich, z.B. Werbung für Gentests im Internet?

³ Vgl. G. Luf, Verteilungsgerechtigkeit im Bereich der modernen Medizin. Rechtsethische Überlegungen, RdM 1997, 99-106, sowie C. Kopetzki (Hg.), Behandlungsanspruch und Wirtschaftlichkeitsgebot, Wien 1998.

⁴ Vgl. auch G. Virt /M. Beck, Versagen des Marktes. Prioritäten pharmazeutischer Forschung als ethisches Problem, in: HerKorr 59 (2005) 253-257.

4. Die moralischen Wurzeln der Problemzuspitzung

Damit ergibt sich die Frage, welche Einstellung denn an der Wurzel jener Entwicklungen steht, die zu diesem zunehmenden ökonomischen Engpass im Gesundheitswesen führen. Wenn die Steigerung der Gesundheitskosten auf die immer größer werdenden medizinisch-technischen Möglichkeiten und noch mehr auf die Zunahme der alten und hochbetagten Menschen zurückzuführen ist, dann hat dies eine gemeinsame Wurzel. Die Medizin wird nämlich zum Opfer ihres eigenen Erfolges: Wir haben eine Leistungssteigerung, Menschen werden immer älter und viel mehr chronisch krank, gerade durch die moderne Medizin. Die geistige Wurzel für diese Haltung und das Wissenschaftsideal in der Medizin hat René Descartes in seinem „Discours de la méthode“ am Ende des 17. Jahrhunderts wie folgt, formuliert: „... dass man sich vor einer unendlichen Zahl von Krankheiten sowohl des Körpers wie des Geistes, ja vielleicht sogar auch vor Altersschwäche bewahren könnte, wenn man eine hinreichende Kenntnis ihrer Ursachen besäße.“⁵ Diese auch von einer rein naturwissenschaftlichen Medizin kritisierbare Illusion hat beim neuzeitlichen Menschen eine übersteigerte Anspruchs-, ja Habsuchtshaltung hervorgerufen. Insoferne gebe ich Höffe in seiner moralisch-anthropologischen Analyse durchaus recht.

Aber wen betrifft diese übersteigerte Anspruchshaltung, die Höffe Pleonexie nennt? Nur den einfachen Patienten? Sind die berechtigten Mahnungen zur Gelassenheit als Annahme der Grenzen der eigenen Macht und die Aufforderung zur Besonnenheit als Annahme der Grenzen des Begehrens allen gleichermaßen zugemutet oder gibt es nicht auch hier Prioritäten? Gelassenheit und Besonnenheit sind ja vorrangig von dem zu wünschen, der über die entsprechende Macht und Ressourcen im Überfluss verfügt und nicht so sehr von dem Armen, der ohnedies nichts hat. Die Erfahrung zeigt ja auch, dass ein Mensch, je mehr er besitzt, desto größere Ansprüche stellt. Je reicher der Mensch wird, desto gieriger wird er. Das gilt gleichermaßen für Patienten wie für die Konzerne.

Die Antwort der Ethik auf diese tiefsitzende Anlage im Menschen war, soweit wir ethische Überlegungen zurückverfolgen können, das Maßhalten, eine der Kardinaltugenden schon seit den Griechen. Auch die biblischen Quellen rekurrieren in anthropologisch begründeter Weisheit auf die bewusste Annahme der eigenen Endlichkeit, der endlichen Lebenszeit, der endlichen Möglichkeiten und der Art, diese mit der Sehnsucht des Menschen nach Unendlichkeit zu vermitteln. Der Mensch ist ja das weltoffene Wesen mit einer unersättlichen Dynamik und doch mit sehr konkreten und oft leidvollen Grenzen der Endlichkeit. Nur wenn das Leben mit allen seinen Facetten, also auch mit der eigenen Endlichkeit und dem eigenen Sterbenmüssen und den vielfältigen Vorboten des Todes mitten im Leben angenommen wird, kann dieses Leben auch gelingen.

⁵ R. Descartes, Discours de la méthode, französisch-deutsch, Hamburg 1969, 103

Es gilt allerdings zu bedenken, dass der Hebel zur Kostenreduzierung nicht nur mit individualmoralischen Appellen anzusetzen ist, angesichts der hochkomplexen Zusammenhänge von Wirtschaft, Wissenschaft, Technik, Versicherung etc. Die Preise für Gesundheitsmittel und Maßnahmen können angesichts des hochsensiblen Gutes Gesundheit nicht einfach auf dem freien Markt ausgehandelt werden, sondern in der integrativen und transparenten Lösung von Verteilungs- und Allokationsaufgaben.

Das Ziel des Gesundheitswesens ist die Gesundheit und nicht der Profit. Dass dieses Ziel nicht verloren geht, dafür tragen nicht nur die Politiker, sondern alle in der Praxis um die Verteilung ringenden beteiligten Parteien, Lobbyisten, Berufsgruppen, Sozialpartner, Institutionen, Konzerne usw. Verantwortung. Die Ökonomie erörtert heute im Rahmen gerade der Finanzwissenschaften Wege, öffentliche Güter im Sinne einer effizienten Ressourcenverwendung und im Anschluss an einen gesellschaftlichen Grundkonsens optimal bereitzustellen. Gesundheit ist eines der wichtigsten dieser Güter. Es ist vor allem die Aufgabe der Politik, den Spielraum für sozial verträgliche Reformen innerhalb des bestehenden Solidarsystems auszuloten und die ökonomische Debatte nicht nur als Spardebatte, sondern als gesellschaftspolitische Gestaltungsdebatte zu führen. Ein Gesundheitssystem ist immer so gerecht oder ungerecht wie das gesellschaftliche System generell.

Was diese Einsicht für unser Problem an Konsequenzen mit sich bringt, kann eben nur mehr an einigen Beispielen angedeutet werden:

- Den Patienten selbst müsste klar gemacht werden, was die Gesundheitsleistungen angesichts eines begrenzten Budgets kosten und wie damit die Solidargemeinschaft auch belastet wird. Wege zu dieser Bewusstseinsbildung sind ethisch zu begrüßen, denn allein die Diskussion regt zum Nachdenken über die allgemein verbreitete Habsucht an und wie man ihr entgegen wirken kann.
- Bereits dem Gesunden müsste auf allen Bildungsebenen klar gemacht werden, dass er selbst mit seinem Lebensstil der Hauptverantwortliche für seine eigene Gesundheit ist und bleibt. Strukturelle, auch finanzielle Anreize und bewusstseinsbildende Maßnahmen zur Unterstützung der Klugheit wären zu diskutieren.
- Den Ärzten und Krankenhäusern müsste nachdrücklich klar werden, dass sie z.B. auf bestimmte kostenintensive Einrichtungen im eigenen Haus verzichten könnten, weil eine bessere Zusammenarbeit mit anderen Institutionen billiger wäre – ganz abgesehen davon, dass Zuwendung oft effizienter ist als der Einsatz teurerer Geräte, weil der motivierte Patient bessere Genesungschancen hat.
- In der Forschung ist das von Descartes zitierte Wissenschaftsideal besonders verbreitet. Gerade die Schwerpunkte der Forschung wären zu überprüfen, wie weit wichtige Bereiche hinter anderen zurückbleiben. So wird mit der weiteren Ausgestaltung der gendiagnostischen Methoden die Schere zwischen

möglicher Diagnose und mangelnder Prophylaxe und Therapie immer größer. Ein Übermaß dieser Diskrepanz ist wohl kaum erträglich; die ethische Vorzugsregel lautet: „Lieber weniger Gentests mit guter Beratung und Begleitung als viele mit schlechter oder gar keiner Beratung und Begleitung“. Eine neue Methode soll nicht mehr Probleme schaffen als lösen.

- Den Versicherungen müsste klar werden, dass auch sie in ihrer eigenen Organisationsstruktur einsparen und maßhalten sollen.
- Krankenhaus und ambulante Gesundheitseinrichtungen müssten besser aufeinander abgestimmt werden, um unnötige Doppelungen und Reibungsverluste zu vermeiden.

Dies sind nur einige von vielen konkreten Schritten, die gemeinsam getan werden könnten und sollten.

5. Ein kurzes anthropologisches Finale

Am Beginn und am Ende des Lebens ist der Mensch am meisten auf die Hilfe anderer angewiesen, also an den Grenzen seines Daseins. Die ethische Dringlichkeit besteht darin, den Menschen gerade in diesen Situationen mit den Mitteln der Solidargemeinschaft beizustehen. Ethische Fragen der Medizin können nicht vollständig kommerzialisiert werden. Allerdings kann die Ethik als Voraussetzung für eine gute moralische Bildung viel dazu beitragen, dass Grenzen angenommen werden, dass Verschwendungen unterbleiben, dass mit den Ressourcen sparsamer und gewissenhafter umgegangen wird und Menschen sich in den verschiedenen Berufen als professionelle Helfer, als Wissenschaftler, in Behörden und auch als Patienten ihr Leben so gestalten und mit den Ressourcen so maßvoll umgehen, dass sie dies auch vor der Solidargemeinschaft verantworten können.

Eine Gesellschaft, die in dem unaufhebbaren Zusammenhang von Ethik und Ökonomie nur auf die Ökonomie setzt und auf Ethik verzichten wollte, würde sich einen Bärenienst erweisen, nämlich die Dinge noch teurer und damit die Ressourcen noch knapper machen und die Verteilung willkürlich. Die Medizin hat mit ihren Problemen der Ethik das Leben gerettet, vielleicht kann die Ethik auch etwas zur Rettung der Gesundheitsökonomie beitragen, ohne dass eine Gesellschaft durch ungerechte Verteilungsmuster belastet und die Grundlage unseres demokratischen Lebens gestört wird, die in der Achtung der unveräußerlichen Würde eines jeden Menschen besteht und in Gewährleistung der grundlegenden Güter für das Gelingen von Mensch-Sein. Die Einsicht in Selbstzwecklichkeit des Menschen ist die Grundlage aller Menschenrechtsdokumente und der Bemühung um weitere nötige Dokumente, wie derzeit etwa im Europarat um die Menschenrechte terminal Kranker und Sterbender.

Wenn wir nicht mehr wissen, was Menschenwürde ist, dann stürzt das ganze Gebäude der Menschenrechte früher oder später ohne dieses Fundament zusammen. Der mit diesem abstrakten Begriff „Würde“ angesprochene Grund des ethischen Anspruchs kommt aus verschiedenen geistigen Wurzeln und darauf bauen

die Menschenrechte in ihrer ethischen Richtigkeit auf. Die Motivation, den Menschen auch zu würdigen, wenn es schwierig ist, stammt aber nicht aus abstrakten Begriffen, sondern aus jener weltanschaulich begründeten Mitte, aus der ein Mensch lebt und auch die Kraft schöpft zu einem Handeln gemäß dem, was er als richtig einsieht.

Für den Christen kommt diese Motivation aus dem Bild vom Menschen, den er mit der jüdisch-christlichen Tradition als Gottes Ebenbild versteht: Im Antlitz eines jeden Menschen wird etwas vom Geheimnis Gottes sichtbar, der den Menschen unmittelbar anspricht. Personsein wird dadurch konstituiert, dass wir als Personen angesprochen werden. Die Macht dazu, den Menschen so anzusprechen, dass er Person ist und in Ewigkeit zum Personsein bestimmt ist, stammt nicht aus uns selber, sondern kommt von weiter her. Dies hat mit dem Geheimnis unseres Daseins zu tun. Wenn der Mensch sich nicht mehr als Ausdruck eines ihm in seiner Einmaligkeit bejahenden Geheimnisses verstehen kann, ist die Gefahr eines reduktionistischen Menschenbildes groß mit der logischen Konsequenz der Spaltung der Menschen. Geheimnis ist etwas völlig anderes als ein Rätsel, sondern vielmehr der umfassende und uns tragende Raum an daseinsgewährenden Beziehungen, in dem wir alle daheim sind und der größer ist als wir selbst.