

Jean-Pierre Wils | Ruth Baumann-Hölzle

Die normative Idee des Gesundheitswesens



Nomos

Ethik im Gesundheitswesen

herausgegeben von

Dr.in Ruth Baumann-Hölzle,
Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen der
Stiftung Dialog Ethik, Zürich

Dr. Christiane Druml, UNESCO Lehrstuhl für Bioethik an der
medizinischen Universität Wien

Prof. Dr. med. Georg Marckmann,
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Jean-Pierre Wils,
Radboud Universiteit, Nijmegen

Band 1

Jean-Pierre Wils | Ruth Baumann-Hölzle

Die normative Idee des Gesundheitswesens



Nomos

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8487-3737-6 (Print)

ISBN 978-3-8452-8050-9 (ePDF)

1. Auflage 2019

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2019. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

*„Demokratie umfasst auch ein Minimum an Brüderlichkeit.“
(Christoph Möllers)*

Das heißt an Geschwisterlichkeit

Vorwort

Unlängst mussten in den Niederlanden zwei Krankenhäusern in Amsterdam und in Lelystad über Nacht ihre Pforten schließen – wegen Insolvenz. In einem der beiden Häuser wurden die Patienten und Patientinnen gezwungen, innerhalb eines Tages das Spital zu verlassen. Der Gesundheitsminister des Landes, Bruno Bruins von der konservativ-liberalen VVD-Partei („Volkspartij voor Vrijheid en Democratie“), der die angekündigten Sparmaßnahmen der Regierung in der Gesundheitspolitik der kommenden Jahren zu verantworten hat, zeigte sich völlig überrascht. Er sei aber, so Bruins, nicht dazu da, „Steine zu bewachen“. Marktbereinigungen scheinen zu den inzwischen akzeptierten Steuerungsmechanismen im Gesundheitssektor zu gehören.

In Deutschland hat das Bundeskabinett ein Gesetz auf den Weg gebracht, das Kliniken mehr Geld und Personal verspricht, wenn sie sich stärker für die Organspende engagieren und von verbindlichen Verfahrensweisen und flächendeckenden Berichtssystemen Gebrauch machen. Der ärztliche Direktor des Uniklinikums Frankfurt, Jürgen Graf, moniert in diesem Zusammenhang, dass bereits die zur Identifikation eines Spenders gehörende Diagnostik völlig unterfinanziert sei und die Häuser die Frage stellen müssen, „was für einen Schaden oder Nutzen sie davon haben, wenn sie jemanden als potentiellen Spender ausmachen“. Ein Krankenhaus sei in einem solchen Fall auf die Unterstützung der Deutschen Stiftung Organspende angewiesen: „In einem so betriebswirtschaftlich aufgezogenen Markt, wie es der Gesundheitsmarkt mittlerweile ist, ist das natürlich kein Anreiz.“¹

Die beiden kurz umrissenen Beispiele aus jüngster Zeit, die problemlos ergänzt werden könnten, zeigen auf eine manifeste Krise des Gesundheitswesens, die in Europa nahezu alle Länder erfasst hat. Marktmechanismen sind sogar dort, wo sie im Falle von Gesundheitsinstitutionen erheblichen staatlichen Regulierungen unterliegen, offenbar nicht in der Lage, moralische Verwerfungen zu vermeiden. Die ausschließlich betriebswirtschaftliche Ausrichtung von Krankenhäusern, die gleichsam als Modell einer effizienten und erfolgreichen medizinischen Versorgung gilt, funktioniert nicht. Wenn sogar in wirtschaftlich prosperierenden Zeiten die finanzielle

1 Frankfurter Allgemeine Zeitung, 4. November 2018, Nr. 44, S. 21.

Grundlage des Gesundheitswesens zu wünschen übrig lässt, dürfte klar sein, dass in Finanzkrisen eine Destabilisierung der medizinischen Institutionen billigend in Kauf genommen wird, sobald öffentliche Haushalte saniert werden müssen. Die dramatische Situation der Gesundheitswesen in Südeuropa nach der Finanzkrise von 2008 steht uns (hoffentlich) noch vor Augen. Die elementare Versorgung erheblicher Teile der Bevölkerung war nicht länger gewährleistet. An Krebs erkrankte Menschen teilten sich die Medikamente, weil sie sich diese alleine nicht mehr leisten konnten. Allerdings schneiden staatlich dominierte Gesundheitssysteme nicht „a priori“ besser ab. Die National Health Service in Großbritannien befindet sich offenbar in einem kritischen Zustand: Finanziell unterversorgt ist das System nicht in der Lage, für eine ausreichende und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu sorgen.

Im Vordergrund steht überall die Frage, was das Gesundheitswesen kosten darf. Und übereinstimmend wird die Warnung ausgesprochen, dass hier alsbald harte Rationierungsentscheidungen anstehen. Letzteres bedeutet nicht unbedingt, dass insgesamt weniger Geld zur Verfügung stehen wird. Wohl aber werden wir sagen müssen, wieviel Geld wir wofür ausgeben wollen. Das können wir jedoch nur beantworten, wenn wir wissen, was für eine Art Gesundheitswesen wir haben *sollten*. Wir dürfen das Pferd nicht von hinten aufzäumen, sondern müssen zuerst überlegen, was für ein Pferd wir benötigen. Das ist keine einfache Angelegenheit. Als Reiter ist einem bewusst, welche schlimmen Fehler man hier machen kann, wenn man nicht genügend nachdenkt und sich womöglich von dem guten Aussehen eines Tieres blenden lässt.

Die vorliegende Abhandlung stellt den Versuch dar, im Hinblick auf das Gesundheitswesen eine solche kritische Besichtigung und Reflexion anzustellen. Sie richtet sich in hohem Maße auf Kategorien, die unseres Erachtens eine zentrale Bedeutung im Gesundheitswesen haben, und versucht diese philosophisch zu konturieren. Wir tun das nicht in besserwisserischer Absicht, und wir behaupten auch keineswegs einfache Lösungen in unserem Rucksack zu haben. Wohl aber sind wir der Überzeugung, dass gesundheitspolitische Maßnahmen und erst recht gesundheitsökonomische Gesichtspunkte das Nachdenken über die Angemessenheit eines Gesundheitswesens nicht monopolisieren dürfen.

Jean-Pierre Wils/Nijmegen, Ruth Baumann-Hölzle/Zürich
im Frühjahr 2019

Inhaltsverzeichnis

I. Prolegomena zu einer normativen Idee	11
II. Sorge	21
III. Gesundheit	33
IV. Patienten	51
V. Körpertransformationen und Gesundheitsmodifikationen	65
VI. Güter	85
VII. Gemeinschaft	95
VIII. Gerechtigkeit und Gabe	103
Bibliographie	123

I. Prolegomena zu einer normativen Idee

Die Philosophie und die Sozialethik befassen sich eher selten mit Fragen, die das Gesundheitswesen als eine gesellschaftliche Primärinstitution betreffen, und wenn sie das tun, geschieht das meistens nur am Rande. Sogar die Medizinethik bleibt in dieser Angelegenheit zurückhaltend. Bio-medizinische Kontroversen ethischer Natur, die im Wesentlichen auf das Arzt-Patient-Verhältnis bezogen sind, haben dagegen seit Jahren Konjunktur: Von der Reproduktionsmedizin bis zur Sterbehilfe reicht das breite Spektrum. Das ganze Leben wird medizinisch und ethisch bedacht. Aber eine Diskussion über die Frage, welches Gesundheitswesen wir haben können und sollten, findet kaum statt. Allzu schnell werden Debatten über die Grundausrichtung des Gesundheitswesens in die Gesundheitsökonomie abgeschoben. Von dort ist dann der Weg zu ihrer Einkapselung in die Sprache der Finanzen und des Managements nicht weit. Neuerdings scheinen Themen wie die umfassende Digitalisierung² und der äußerst bedrängende Pfl egenotstand am ehesten dazu geeignet, fundamentale Fragen, die das Konzept des Gesundheitswesens betreffen, erneut auf die Tagesordnung zu setzen. Nicht zuletzt hat der gewaltige ökonomische Druck, der auf den Gesundheitswesen lastet, einen Reflexionsschub ausgelöst, der in diese Richtung weist.

In der Realpolitik werden die Probleme häufig zerredet und durch Lobbyismus zerfleddert. Kaskaden kleinteiliger Reformen haben zu einer neuen Unübersichtlichkeit geführt. Experten gestehen gelegentlich, dass ihr Wissen auf Schein beruhen könnte, da ihnen Übersicht und Orientierung abhanden gekommen seien. Dabei sind nahezu alle Beteiligten der Meinung, dass das Gesundheitswesen sich in einer manifesten *Krise* befindet. Zu befürchten ist allerdings, dass diese Diagnose so ungefähr das einzige Einverständnis darstellt, das die Akteure verbindet. Nicht, *dass* es eine Krise gibt, sondern, *welche* Krise das Gesundheitswesen befallen hat, ist gänzlich strittig. Es sieht so aus, als seien es immer die Anderen, die für sie verantwortlich sind. Gelegentlich werden grundlegende Reformen angekündigt. Aber diese versanden seit Jahrzehnten unter den Wanderdünen politischer Koalitions- und Kompromissbildungen. Die Absicht, das Gesundheitswesens wirklich zu reformieren, scheint Resignation zu bewirken.

2 Vgl. Julian Nida-Rümelin/Nathalie Weidenfeld (2018); Shoshana Zuboff (2018).

Die diagnostizierte Abstinenz seitens der Philosophie und die der Sozialethik im Besonderen mutet eigenartig an. Gehört denn das Gesundheitswesen nicht zu den wichtigsten und gleichsam fundamentalen Institutionen unserer Gesellschaft? Gehören Gesundheitsfragen nicht zu den drängendsten Problemen der Bürger und Bürgerinnen und sind diese nicht auf funktionierende, aber auch auf gerechte Gesundheitsinstitutionen angewiesen? Tut sich in unserer Gesellschaft keine wachsende Kluft zwischen Gesundheitsgewinnern und Gesundheitsverlierern auf, die mit der Schere zwischen Reich und Arm korrespondiert?

Gewiss, das Gesundheitswesen ist im innersten Zuständigkeitsbereich der Politik angesiedelt, aber es erfreut sich dort offenkundig keiner großen Beliebtheit. Wer ein Gesundheitsministerium führt, wird wahlweise bedauert, mit Häme überzogen oder zieht offene Aggressionen auf sich. Jeder Neuling muss alsbald feststellen, dass er sich im Dauerbeschuss unterschiedlichster Interessen befindet. Bei der Gesundheitspolitik hat man es mit einem offenkundig reformresistenten oder gar reformfeindlichen Objekt zu tun. Diese Beobachtung steht, wie gesagt, in keinem Widerspruch zu dem permanenten Reformeifer, den man seit Jahren beobachten kann. Aber auch dieser führt ‚per saldo‘ zu einem Stillstand. Die Debatten drehen sich im Kreise. Was offenbar fehlt, ist ein *normatives* Modell, das uns eine versuchsweise Antwort auf die von uns bereits aufgeworfene Frage gibt, *welches Gesundheitswesen wir haben können und sollten*. Hier muss die Sozialethik ihre Stimme erheben. Aber ist sie überhaupt zuständig und auch fähig, einen eigenen Beitrag zu leisten?

Ihre Zuständigkeit kann schwerlich bestritten werden. Jedenfalls beansprucht die Sozialethik – anders als eine empirisch orientierte und analytisch angelegte Politikwissenschaft – Konturen einer Gesellschaft *in normativer Hinsicht* zu skizzieren. Ebenso schwer lässt sich leugnen, dass das Gesundheitswesen und mit ihm die Gesundheitspolitik tragende Pfeiler einer wohlfahrtstaatlich funktionierenden Gesellschaft sind. Das lässt sich am leichtesten an einem negativen Beispiel zeigen: Als Folge der Finanzkrise des Jahres 2008 und als Mittel, um die hochverschuldeten Eurostaaten des Südens zu sanieren – zu „gesunden“ (sic!) –, wurden die Gesundheitsbudgets dort radikal gekürzt. In Griechenland beispielsweise erzwang die „Troika“ einen Kahlschlag in Höhe von 40% dieses Budgets mit im Grunde völlig absehbaren Folgen für die Gesamtbevölkerung. Diese Staatssanierung auf Kosten des Gesundheitswesens *tötete* nämlich. Es ist kein Zufall, dass David Stuckler und Sanjay Basu in ihrem famosen Buch *The Body Economic* in diesem Zusammenhang von „Politics of Life and Death“ sprechen. Die Umverteilung von Leben und Tod ist die unmittelbare Konse-

quenz einer schwerwiegenden Austeritätspolitik auf Kosten des Gesundheitswesens.

Man braucht aber nicht auf die großen Krisen zu schauen, um festzustellen, dass in den Gesundheitswesen gravierende Umschichtungen stattgefunden haben und weiter stattfinden. Um nur Wenige zu nennen: Marktförmige, wettbewerbliche Mechanismen sind immer stärker implementiert worden, Krankheitsrisiken privatisiert³, Zuzahlungen erhöht. Darüber hinaus wurde „der Bedeutungszuwachs wettbewerblicher Regulierungsinstrumente“, so stellt Thomas Gerlinger fest, „begleitet von einer Privatisierung von Versorgungseinrichtungen“⁴. Auf diesem Weg hat eine Marginalisierung sozialer, wohlfahrtsstaatlicher Politik zugunsten eines liberalen Modells stattgefunden, in dem private Zusatzvorsorge eine immer wichtigere Rolle spielt. Der Markt wird gleichsam als eine wichtige Instanz zur Lösung sozialer und gesundheitlicher Probleme empfohlen. Gesundheitsleistungen werden zu Produkten angeboten, die zunehmend kommerzialisiert werden. Eine Sozialethik, die zu solchen Themen wenig zu sagen hat, hat ihren Auftrag verfehlt.

Aber ist sie dazu auch fähig? Verfügt sie über ein Modell, das sich zur Grundlage der Debatte eignet? In welchem Maße hat sie die Ambition, sich in die Bereiche konkreter Anwendungen zu begeben und dort ihre Applikationen zur Diskussion zu stellen? Seit Jahren lässt sich beobachten, dass sich die Gesellschaftswissenschaften, von denen die Sozialethik einen nicht geringen Teil ausmacht, zunehmend aus den öffentlichen Debatten zurückziehen. Das mag verschiedene Gründe haben. Zum einen hat sich die Ideologie der *Alternativlosigkeit* in weiten Bereichen der Politik durchgesetzt. Angebliche Sachgesetzlichkeiten minimieren die Spielräume politischen Handelns, weshalb Allianzen von Expertenzirkeln mit politischen Entscheidungsträgern Formen republikanischer oder deliberativer Politik abzulösen beginnen. Wer wartet da noch auf Ratschläge einer normativen Politikberatung philosophischer und sozialetischer Abkunft?

Nur sie – jene Allianzen – sind scheinbar dem Handlungszwang und der erforderlichen Entscheidungsgeschwindigkeit gewachsen, die von den Sachgesetzlichkeiten verlangt werden. Grundsatzfragen verwirren angeblich nur und führen zu Zeitverlust. Und insofern die Sozialethik sich mit diesen Fragen befasst, stört sie, statt zu helfen. Vielleicht *lässt* sie sich aber nur ungerne stören. Die Gefilde der Akademie versprechen – auf den ersten Blick – eine attraktive, weil ungestörte Umgebung freier Reflexion, un-

3 Vgl. Deborah Lupton (2013).

4 Thomas Gerlinger (2013), S. 178; vgl. Nils Böhlke e. a. (2009).