

CHRISTIAN SPIESS

Krankheit – Abhängigkeit – Anerkennung. Gesundheitspolitik aus der Perspektive einer normativen Theorie der Intersubjektivität

Zusammenfassung

Ausgangspunkt des vorliegenden Beitrags ist eine Kritik der gesundheitsethischen bzw. gesundheitspolitischen Konzeption des politischen Liberalismus John Rawls', und zwar insbesondere im Hinblick auf den systematischen Ausschluss dauerhaft abhängiger Personen aus der *Theorie der Gerechtigkeit als Fairness*. Demgegenüber werden die Grundzüge einer Gesundheitsethik entwickelt, die Schwerkranken, chronisch Kranke und Personen, deren Krankheiten sich in Behinderungen manifestiert haben, nicht systematisch ausschließt, sondern – im Gegenteil – Menschen, die auf Grund ihrer Krankheit in besonderer, in der Regel als defizitär empfundenen Lebensformen leben (müssen), in den Mittelpunkt stellt. Dies geschieht im Rekurs auf die – in der Tradition maßgeblich von Hegel entwickelte – philosophische Anerkennungstheorie, deren Grundannahmen heute empirisch – mit Bezug auf die Erforschung frühkindlichen Imitationsverhaltens – gestützt werden können. Die drei Thesen einer normativen Theorie der Anerkennung – (a) Menschen begegnen einander mit prinzipiell immer schon vorhandenen Anerkennungserwartungen, (b) die Missachtung dieser Anerkennungserwartungen besitzt moralische Relevanz, (c) politisch institutionalisierte Formen der Missachtung stellen soziales Unrecht dar – werden dann auf die sozialetische Frage nach der angemessenen Versorgung der in einem Gemeinwesen zusammenlebenden Menschen mit gesundheitsrelevanten Gütern bezogen. Die Überlegungen münden schließlich in die These, dass eine Gesellschaft genau in dem Maße bereit ist, Mittel für gesundheitsrelevante Güter aufzubringen und bereitzustellen, wie sie bereit ist, kranken (und behinderten) Menschen soziale Anerkennung entgegenzubringen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsethik – Gesundheitsökonomik – dauerhafte Abhängigkeit – Anerkennung – Intersubjektivität

1. KRITIK DER GESUNDHEITSETHISCHEN KONZEPTION DES POLITISCHEN LIBERALISMUS

Im Hinblick auf Fragen der Begründung und Ausgestaltung des Sozialstaats und sozialstaatlicher Institutionen haben politisch-liberale Theorieansätze insbesondere im Anschluss an *John Rawls* erhebliche Bedeutung erlangt. Die Plausibilität dieser Konzeption dürfte *erstens* in der kontraktualistischen Begründungsstruktur – also im Kriterium der Zustimmungsfähigkeit einer Institution oder Entscheidung durch alle von dieser

Institution oder Entscheidung Betroffenen¹ – liegen, *zweitens* in ihrem liberalen Respekt vor den Freiheitsspielräumen der Individuen und der dazu komplementären strikten Zurückhaltung gegenüber Präferenzen für die eine oder andere Konzeption des guten Lebens² sowie *drittens* in der Verschränkung von Vorzügen der Ungleichverteilung und der Gleichverteilung bestimmter Güter im ‚Differenzprinzip‘, wonach soziale und ökonomische Ungleichheiten bekanntlich so beschaffen sein müssen, dass sie „den am wenigsten begünstigten Angehörigen der Gesellschaft den größten Vorteil bringen“³. Zweifellos bietet die Konzeption der *Gerechtigkeit als Fairness* in verschiedener Hinsicht außerordentlich plausible Kriterien zur Beurteilung einiger sozialstaatlicher Institutionen an. Warum sie indes bei weitem nicht hinreicht, um eine umfassende Versorgung der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Gütern zu legitimieren, hat zuletzt Rawls selbst erläutert.⁴ Zwar „hofft“ Rawls zunächst noch, dass seine Gerechtigkeitstheorie „so erweitert werden kann, daß sie auch Unterschiede in den Bedürfnissen erfaßt, die durch Krankheiten und Unfälle herbeigeführt werden“⁵. Allerdings macht er von vornherein zwei gravierende Einschränkungen:

Erstens beziehen sich seine Überlegungen zur Gesundheitsversorgung ausschließlich auf „Bürger“, die „vorübergehend – eine gewisse Zeitlang – die Mindestfähigkeiten unterschreiten, die gegeben sein müssen, um als normale und voll kooperierende Mitglieder der Gesellschaft zu gelten“. Dazu deutet Rawls die in seiner Vertragstheorie grundlegende „Annahme, wonach die Bürger ihr Leben lang normal kooperierende Angehörige der Gesellschaft sind, in einer Form, die es zuläßt, daß sie von Zeit zu

¹ Vgl. *John Rawls*, *Gerechtigkeit als Fairneß*. Ein Neuentwurf, Frankfurt 2003, 19–72.

² Vgl. *John Rawls*, *Politischer Liberalismus*, Frankfurt 1998, 266–311.

³ *John Rawls*, *Gerechtigkeit als Fairneß* (Anm. 1), 78.

⁴ Vgl. ebd. 259–271. Zu gesundheitsethischen Fragestellungen hat vor allem *Norman Daniels* Arbeiten vorgelegt, die deutlich an Rawls anschließen und auf die Rawls selbst auch entsprechend verweist; vgl. *Norman Daniels*, *Just Health Care*, Cambridge 1985; *Norman Daniels/Donald Light/Ronald Caplan*, *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform*, Oxford 1996; *Norman Daniels/James Sabin*, *Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources?*, Oxford 2002. Übersetzungen ins Deutsche: *Norman Daniels*, *Bedarf an medizinischer Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit*, in: *Georg Marckmann/Paul Liening/Urban Wiesing* (Hg.), *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*, Stuttgart/New York 2003, 15–47; *Gerechtigkeit, faire Verfahren und Ziele der Medizin*, in: ebd. 47–51. Vgl. auch ebd. 11–14 die Einführung von *Paul Liening*. Vgl. ferner *Thomas Pogge*, *Justice in Health Care. Reflexions on the Foundations of Health Equity*, Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper Series No. 99.02 (1999).

⁵ *John Rawls*, *Gerechtigkeit als Fairneß* (Anm. 1), 264.

Zeit schwer erkranken oder schlimme Unfälle erleiden“⁶. Menschen, bei denen *nicht* die Aussicht besteht, dass sie wieder die „unerlässliche Mindestleistung“ erbringen um ihre „gesellschaftliche Funktion zu erfüllen“⁷, werden ebenso wenig berücksichtigt wie jene, die dauerhaft – also mehr als „eine Zeitlang“ – auf Gesundheitsleistungen angewiesen sind. Rawls trifft diese Ausschlussentscheidung aus systematischen Gründen, denn er geht von der Vorstellung des Bürgers als lebenslang kooperierendes Mitglied der Gesellschaft aus. Es erscheint aber nicht plausibel, derart grundsätzliche Fragen, wie es der Umgang mit und die gesellschaftliche Position von dauerhaft Abhängigen – beispielsweise also von chronisch Kranken und Behinderten – darstellt, aus der Systematik einer Gerechtigkeitstheorie, zumal wenn sie sich ausdrücklich als *politische Theorie* versteht⁸, auszuklammern⁹. Wenn für zahlreiche Menschen einerseits und für die Gesellschaft andererseits Formen dauerhafter Abhängigkeit ein prägendes Phänomen sind¹⁰, muss eine politische Theorie der Gerechtigkeit „von Anfang an über dieses Problem nachdenken, in ihrem Entwurf des elementarsten Niveaus von Institutionen und insbesondere in ihrer Theorie primärer Güter“¹¹. Deshalb liegt dem vorliegenden Beitrag die Auffassung zu Grunde, dass gerade dauerhaft kranke Menschen und Personen, deren Krankheiten sich als Behinderungen manifestiert haben, im Rahmen normativ-theoretischer Überlegungen zur Gesundheitsversorgung eine erhebliche, wenn nicht die zentrale Rolle spielen müssen.

Zweitens legitimiert Rawls auch im Übrigen nur eine *Basisversorgung* mit gesundheitsrelevanten Gütern, indem er die durch das Gesundheitssystem entstehenden Belastungen gewissermaßen in die Berechnung des sozialen Minimums¹² integriert.¹³ Die Höhe der Ausgaben für die Gesund-

⁶ Ebd.

⁷ Ebd. 269.

⁸ *John Rawls*, Gerechtigkeit als Fairneß: politisch und nicht metaphysisch, in: *John Rawls*, Die Idee des politischen Liberalismus. Aufsätze 1978–1989, herausgegeben von *Wilfried Hinsch*, Frankfurt 1992, 255–292.

⁹ Vgl. *John Rawls*, Kantian Constructivism in Moral Theory, in: *The Journal of Philosophy* 77 (1980) 515–571; 546. Vgl. *ders.*, Gerechtigkeit als Fairneß (Anm. 1), 270 Anmerkung 59.

¹⁰ Vgl. *Amartya Sen*, Equality of What?, in: *Ders.*, Choice, Welfare, and Measurement, Oxford 1982, 353–369. Vgl. *Eva Kittay*, Human Dependency and Rawlsian Equality, in: *Diana Meyers* (Hg.), *Feminists Rethink the Self*, Boulder 1997, 219–266.

¹¹ *Martha C. Nussbaum*, Langfristige Fürsorge und soziale Gerechtigkeit. Eine Herausforderung der konventionellen Idee des Gesellschaftsvertrags, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 51 (2003) 179–198; 186. Vgl. *Eva Kittay*, *Love’s Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York 1999, 77.

¹² Vgl. *John Rawls*, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt 1975, 319f. Man erwartet mit dem ersten Blick auf das Differenzprinzip zunächst ein recht hoch bemessenes soziales Minimum (Existenzminimum), doch tangieren steigende Aufwendungen für die

heitsversorgung wird also nicht von den spezifischen Bedürfnissen der Kranken bestimmt, sondern „von den übrigen unerlässlichen Ausgaben der Gesellschaft“, beispielsweise für das Bildungssystem und für die Landesverteidigung.¹⁴ Lediglich ein „Grundniveau der Gesundheitsfürsorge für alle sollte gesichert sein“¹⁵. Leistungen, die über dieses Grundniveau hinausgehen, müssen dann hinzugekauft bzw. über zusätzliche freiwillige Versicherungsverträge abgesichert werden. Dies aber würde Personen deutlich benachteiligen, die über eine geringe Kaufkraft bzw. über ein geringes Einkommen und Vermögen verfügen. Mithin hingen Umfang und Qualität der individuellen Gesundheitsversorgung, soweit sie über das „Grundniveau“ hinausreicht, vom Einkommen der betroffenen Personen ab. Besonders benachteiligt wären dabei offensichtlich jene Mitglieder der Gesellschaft, die in Bezug auf Einkommen und Vermögen am wenigsten begünstigt sind. In der Bestimmung der Höhe der Ausgaben für die Bereitstellung gesundheitsrelevanter Güter nach Maßgabe des Differenzprinzips wird dieses also zugleich massiv verletzt.

Im Folgenden wird ein Ansatz vorgestellt, der diese beiden Aspekte – einerseits die Frage gerechtfertigter Ansprüche von Personen, die auf Grund einer Krankheit in dauerhafter Abhängigkeit leben müssen, und andererseits die Frage der Zuteilung gesundheitsrelevanter Güter *auf Grund* entsprechender Bedürfnisse – nicht ausklammert, sondern in den Mittelpunkt stellt. Dabei geht es durchaus nicht um eine unbegrenzte (und folglich unbezahlbare) öffentliche Gesundheitsversorgung; der Umfang der Ausgaben für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen wird aber anders bestimmt als in liberalen Konzeptionen, nämlich primär nach Maßgabe gerechtfertigter Ansprüche kranker Menschen. Zunächst werden die Umrisse einer normativen Theorie der Anerkennung skizziert (2.), um auf dieser Grundlage anschließend das Begründungsverfahren für eine umfassende allgemeine Gesundheitsversorgung erläutern zu können (3.).

ses Existenzminimum einerseits den gerechten Spargrundsatz (vgl. ebd. 319–327) und andererseits die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit; deshalb *begrenzt* das Differenzprinzip Sozialausgaben im Allgemeinen und Gesundheitsausgaben im Besonderen auf einem relativ *niedrigen* Niveau (vgl. ebd. 329); vgl. zur Diskussion des Differenzprinzips *Peter Koller*, *Neue Theorien des Sozialkontrakts*, Berlin 1987, 109–125.

¹³ Vgl. *John Rawls*, *Gerechtigkeit als Fairneß* (Anm. 1), 266.

¹⁴ Ebd. 266–268. Erst bei der Zuordnung der in der Höhe zuvor festgelegten Gesundheitsleistungen kommen spezifische Bedürfnisse ins Spiel, wobei „die Stärke der Ansprüche auf medizinische Versorgung“ wiederum keineswegs unmittelbar aus diesen spezifischen Bedürfnissen resultiert, sondern „mit der Aufrechterhaltung unserer Fähigkeit, als normale Mitglieder der Gesellschaft zu fungieren, und mit der Wiederherstellung dieser Fähigkeit im Fall des Absinkens unter die nötige Mindestleistung verknüpft ist“ (ebd. 268).

¹⁵ Ebd. 271.

Schließlich folgen einige Hinweise zu konkreteren gesundheitsethischen Fragestellungen (4.), denn einerseits impliziert jedes Begründungsverfahren Konsequenzen für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung und andererseits muss selbstverständlich deutlich werden, *welches* Gesundheitsversorgungssystem legitimiert wird – und welches nicht.

2. INTERSUBJEKTIVITÄT UND ANERKENNUNG

Die vorliegenden Überlegungen bewegen sich im Bereich einer anerkennungstheoretisch fundierten Ethik. Anerkennungstheoretische Positionen der Gegenwart beziehen sich meist unter anderem auf die politische Philosophie *Hegels*, in aller Regel auf dessen frühe Jenaer Schriften¹⁶, zum Teil aber auch auf die spätere Rechtsphilosophie¹⁷. Der eigentliche Bezugspunkt einer Anerkennungstheorie ist aber nicht die philosophische Tradition, sondern das Phänomen intersubjektiver Anerkennung selbst. Zunächst werden deshalb Bedingungen der Beziehung von Person zu Person beschrieben, und zwar anhand frühkindlichen Imitationsverhaltens. Anschließend werden Grundzüge der Anerkennungstheorie *Hegels* erläutert. Auf diesen Grundlagen werden dann die Grundzüge einer sozialetischen Theorie der Anerkennung skizziert.

Anthropologie der Intersubjektivität

In der deutschen Sprache verwendet man zur Beschreibung des Phänomens der Missachtung der personalen Integrität einer Person die Ausdrucksweise, es handle sich um eine *Kränkung*, um eine *Verletzung* oder um eine *Beleidigung*. Eine anerkennungstheoretisch argumentierende So-

¹⁶ Vgl. *Ludwig Siep*, Anerkennung als Prinzip der praktischen Philosophie. Untersuchungen zu Hegels Jenaer Philosophie des Geistes, Freiburg/München 1979; *ders.*, Der Kampf um Anerkennung. Zu Hegels Auseinandersetzung mit Hobbes in den Jenaer Schriften, in: *Hegel-Studien* 9 (1974) 155–207; *ders.*, Zur Dialektik der Anerkennung bei Hegel, in: *Ders.*, Praktische Philosophie im Deutschen Idealismus, Frankfurt 1992, 172–181; *Axel Honneth*, Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Mit einem neuen Nachwort, Frankfurt 2003, 20–105.

¹⁷ Vgl. *Axel Honneth*, Leiden an Unbestimmtheit. Eine Reaktualisierung der Hegelschen Rechtsphilosophie, Stuttgart 2001; *ders.*, Umverteilung als Anerkennung. Eine Erwiderung auf Nancy Fraser, in: *Nancy Fraser/Axel Honneth*, Umverteilung oder Anerkennung. Eine politisch-philosophische Kontroverse, Frankfurt 2003, 129–224, insbes. 159–177; ferner *Ludwig Siep*, Intersubjektivität, Recht und Staat in Hegels ‚Grundlinien der Philosophie des Rechts‘, in: *Dieter Henrich/Rolf-Peter Horstmann* (Hg.), *Hegels Philosophie des Rechts. Die Theorie der Rechtsformen und ihre Logik*, Stuttgart 1982, 255–276; *ders.*, Anerkennung als Prinzip (Anm. 16), 285–294.

zialethik kann gut an diesen Alltagssprachgebrauch anknüpfen, denn ihr geht es zunächst um die Beschreibung von Anerkennungserwartungen, deren Nichterfüllung Kränkung, Verletzung oder Beleidigung bedeutet: Bereits die Alltagssprache verweist darauf, dass in zwischenmenschlichen Begegnungen gegenseitige Erwartungen der Anerkennung durch den Anderen vorhanden sind. Dies findet in der psychoanalytischen Erforschung frühkindlicher Entwicklung eine empirische Bestätigung: Die *Neugeborenenimitation* ist ein humanspezifisches¹⁸ Phänomen bereits der ersten Stunden nach der Geburt eines Menschen.¹⁹ Neugeborene verfügen dann bereits über die Fähigkeit der Nachahmung von mehreren mimischen Bewegungen; sie können, als Reaktion auf das Zusammenkneifen der Augen einer Bezugsperson, ihrerseits die Augen zusammenkneifen, entsprechend die Zunge herausstrecken, die Lippen schürzen und den Mund zu einem ‚O‘ formen.²⁰ „Mittlerweile ist klar, dass es sich bei dieser Nachahmung nicht um einen Reflex, sondern um einen zielgerichteten Akt handelt.“²¹ Denn Neugeborene imitieren das Herausstrecken der Zunge nicht nur unmittelbar, sondern strecken ihrerseits, sofern die Bezugsperson im Gesichtsfeld bleibt, nach einer Weile ‚initial‘ die Zunge heraus, um nun eine imitierende Reaktion der Bezugsperson zu evozieren.²² Wie immer man das Phänomen der Neugeborenenimitation näherhin interpretiert, so scheint es sich doch um „ein wechselseitiges kommunikatives Geschehen“ zu handeln²³; Menschen treten unmittelbar nach ihrer Geburt in einen expliziten intersubjektiven Kommunikationszusammenhang ein, und zwar mit Bezugspersonen, die ihresgleichen (also Menschen), aber nicht sie selbst (sondern Andere) sind – sofern sie eine entsprechende Bezugsperson vorfinden. Nicht zufällig stehen die Arbeiten zur frühkindlichen Intersubjektivität in einem engen Zusammenhang mit der Autismusforschung.²⁴ Der „Säugling [erwartet] passende Stellungnahmen zu

¹⁸ Vgl. *Juan Carlos Gomez*, Do Concepts of Intersubjectivity Apply to Non-human Primates?, in: *Stein Bråten* (Hg.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*, Cambridge 1998, 245–259.

¹⁹ Vgl. *Andrew Meltzoff/Keith Moore*, Infant Intersubjectivity. Broadening the Dialogue to Include Imitation, Identity and Intention, in: *Stein Bråten* (Hg.), *Intersubjective Communication* (Anm. 18), 47–62.

²⁰ Vgl. bereits *Andrew Meltzoff/Keith Moore*, Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates, in: *Science* 189 (1977) 75–78.

²¹ *Martin Dornes*, Die emotionalen Ursprünge des Denkens, in: *WestEnd* 2, 1 (2005) 3–48, 5.

²² Vgl. *Colwyn Trevarthen*, The Concept and Foundations of Infant Intersubjectivity, in: *Stein Bråten* (Hg.), *Intersubjective Communication* (Anm. 18), 15–46, 30.

²³ *Martin Dornes*, Die emotionalen Ursprünge des Denkens (Anm. 21), 5.

²⁴ Vgl. *Martin Dornes*, Die emotionalen Ursprünge des Denkens (Anm. 21), insbes. 19–29; vgl. die Beiträge v. a. des ersten Teils des Bandes von *Stein Bråten*, *Intersubjective Com-*

seinen Äußerungen, das heißt Gesten, Mimiken und Vokalisierungen, die eine befürwortende Zurkenntnisnahme ausdrücken. Dies kann er nur im Zusammensein mit anderen Menschen erreichen. [...] Selbst wenn die Interaktion misslingt, fühlt er sich nur missverstanden, aber nicht ignoriert (was das Schlimmste ist); und im gelungenen Fall macht er eine Anerkennungserfahrung [...].²⁵ Wiewohl größte Vorsicht geboten ist bei der Transformation derartiger empirischer Forschungsergebnisse in einen normativen Zusammenhang, so bietet der vorliegende ontogenetische Befund doch Anhaltspunkte für die Plausibilität einer anerkennungstheoretischen Vorgehensweise in der Sozialethik.

Normative Theorie der Anerkennung

Es liegt, bei aller Vorsicht, nahe, die Angewiesenheit des Kleinkinds auf die positive Beziehung zur Bezugsperson zu generalisieren und auf den Menschen als solchen zu beziehen, also im philosophisch-anthropologischen Sinn von einer allgemeinen Abhängigkeit des Menschen von der Anerkennung durch den Anderen auszugehen. ‚Aus sich selbst heraus‘ können Menschen keine positive Selbstbeziehung aufbauen. Die „menschliche Lebensform [ist] im ganzen durch die Tatsache geprägt ..., daß Individuen nur durch wechselseitige Anerkennung zu sozialer Mitgliedschaft und damit zu einer positiven Selbstbeziehung gelangen“²⁶. Diese Behauptung *Axel Honneths* lässt sich systematisch im Rekurs auf die philosophische Tradition erläutern: *Georg Wilhelm Friedrich Hegel* kritisiert in den *Wissenschaftlichen Behandlungsarten des Naturrechts*²⁷ die ‚atomistischen Prämissen‘ der beiden ‚Behandlungsarten des Natur-

munication (Anm. 18), 15–125. Vgl. ferner auch *R. Peter Hobson*, *Autism and the Development of Mind. Essays in Developmental Psychology*, Hove 1995.

²⁵ *Martin Dornes*, *Die emotionalen Ursprünge des Denkens* (Anm. 21), 8; vgl. ebd. den Hinweis auf „die philosophische Unterfütterung und moralphilosophische Erweiterung dieser Idee“ bei *Axel Honneth*, *Unsichtbarkeit. Über die moralische Epistemologie von ‚Anerkennung‘*, in: *Ders.*, *Unsichtbarkeit. Stationen einer Theorie der Intersubjektivität*, Frankfurt 2003, 10–27. Vgl. aber bereits *Theodor W. Adorno*, *Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, 21. Aufl., Frankfurt 1994, 204: „Ein Mensch wird zum Menschen überhaupt erst, indem er andere Menschen imitiert.“ Vgl. dazu auch *Axel Honneth*, *Verdinglichung. Eine anerkennungstheoretische Studie*, Frankfurt 2005, 61.

²⁶ *Axel Honneth*, *Kampf um Anerkennung* (Anm. 16), 310.

²⁷ *Georg Wilhelm Friedrich Hegel*, *Über die wissenschaftlichen Behandlungsarten des Naturrechts, seine Stelle in der praktischen Philosophie, und sein Verhältnis zu den positiven Rechtswissenschaften*, in: *Ders.*, *Jenaer Schriften 1801–1807*, Frankfurt 1986, 434–530.

rechts'. Die von ihm als „empirisch“ bezeichnete Tradition²⁸ stelle den Menschen als vereinzelt Individuum dar, so dass die Vergesellschaftung gewissermaßen als Zähmung der naturgegebenen Neigungen der Menschen zu verstehen sei; „sie haben nur die Beziehung, als Vieles und, weil dies Viele füreinander, aber ohne Einheit ist, als sich entgegengesetzt und im absoluten Widerstreite gegeneinander bestimmt zu sein, und die abgesonderten Energien des Sittlichen müssen in dem Naturzustande oder im Abstraktum des Menschen als in einem sich gegenseitig vernichtenden Kriege gedacht werden“. „Die Einheit selbst“ kann demzufolge „nach dem Prinzip der absoluten qualitativen Vielheit, wie in der empirischen Physik, nichts als mannigfaltige Verwicklungen [...], oberflächliche Berührungen dieser Qualitäten [...], also eine Vielheit von Geteiltem oder von Verhältnissen darstellen und, insofern die Einheit als Ganzes gesetzt wird, den leeren Namen einer formlosen und äußeren Harmonie unter dem Namen der Gesellschaft und des Staats setzen“²⁹. Die zweite, von Hegel „formell“ genannte Naturrechtstradition³⁰ reinige ihren Begriff der praktischen Vernunft hingegen von allem Empirischen. „Es ist an dem, was praktische Vernunft heißt, allein die *formelle* Idee der Identität des Ideellen und Reellen zu erkennen“; aber ungeachtet dessen, dass „in dieser praktischen Vernunft das Ideelle und Reelle identisch ist, bleibt doch das Reelle schlechthin entgegengesetzt“, weil es „unter dem Namen von Sinnlichkeit, Neigungen, unterem Begehungsvermögen usw. [...] mit der Vernunft [...] nicht übereinstimme [...] und dass die Vernunft darin bestehe, aus eigener absoluter Selbsttätigkeit und Autonomie zu wollen und jene Sinnlichkeit einzuschränken und zu beherrschen [...]“. Wie aber kann auf dieser Grundlage *überhaupt* „irgendeine Materie, irgendeine Bestimmtheit gesetzt werde[n], welche den Inhalt des Gesetzes ausmach[t]“?³¹ In beiden ‚Behandlungsarten des Naturrechts‘ – die wir problemlos den entsprechenden Positionen sowohl der Tradition als auch der Gegenwart zuordnen können – werden Menschen als voneinander isolierte und in gewisser Weise einander feindlich gesinnte Individuen vorausgesetzt. Die damit korrespondierende Vorstellung, dass der Staat nichts anderes ist als eine Institution mit dem Zweck, die Vielheit der auf sich selbst und ihre Eigeninteressen bezogenen Einzelsubjekte einzuhegen³², ist für Hegel nicht akzeptabel. Nicht als Übereinkunft

²⁸ Vgl. ebd. 440–453.

²⁹ Ebd. 446 f.

³⁰ Vgl. ebd. 453–480.

³¹ Ebd. 458–463.

³² Tatsächlich ist ja auch bei Kant nichts anderes als die Absicherung bzw. die rechtliche Sanktionierung von Eigentumstiteln (d.h. die Transformation von provisorischem in

über Minimalbedingungen wechselseitiger Einschränkungen von Freiheitsspielräumen möchte Hegel den Staat verstehen, sondern als „allgemeine Freiheit aller“, als „Einsein der allgemeinen und der individuellen Freiheit“³³ und als Raum der verwirklichten Sittlichkeit³⁴. Auch wenn Hegel hier offenkundig noch die antike Polis vor Augen und das aristotelische Ethos im Sinn hat³⁵, enthält der Entwurf doch Gesichtspunkte, die darüber hinaus weisen³⁶: Zum einen spricht er von einem „System von Eigentum und Recht“, das er in der Rechtsphilosophie als ‚bürgerliche Gesellschaft‘ kennzeichnen wird³⁷. Natürlich weiß Hegel, dass er dieses ‚System der Bedürfnisse‘ in irgendeiner Weise in seine Konzeption integrieren muss, nur darf der Begriff des Staates nicht darin aufgehen – wie er es den liberalen Konzeptionen vorwirft.³⁸ Zum anderen nimmt er die Idee der individuellen Freiheit auf; nur geht es ihm nicht um den Freiheitsbegriff in jenem formalen Sinne, wie er ihn in den beiden beschriebenen ‚Behandlungsarten des Naturrechts‘ vorfindet³⁹, sondern um die tatsächliche, konkrete Freiheit des Einzelnen in der Gemeinschaft. Das liberale, individualistische Konzept negativer Freiheit möchte Hegel durch eine ‚sittliche‘ Freiheitsordnung ersetzen.⁴⁰ Sowohl der Aspekt des Marktes⁴¹, auf dem die einzelnen Individuen interessengeleitet Tauschgeschäfte eingehen, als auch der Aspekt der individuellen Freiheit⁴² sind also in Hegels frühen Entwürfen als *konstitutive* Elemente enthalten.⁴³

peremptorischen Besitz) das eigentliche Motiv für die rechtliche Vergesellschaftung; vgl. *Immanuel Kant*, *Metaphysik der Sitten*. *Metaphysische Anfangsgründe der Rechtslehre*, AB 72–76 (§§ 8f.) (Werke AA, Berlin 1968, Band VI, 203–372); vgl. *Christian Spiess*, *Sozialethik des Eigentums*. *Philosophische Grundlagen – kirchliche Sozialverkündigung – systematische Differenzierung*, Münster 2004, 65–71.

³³ *Georg Wilhelm Friedrich Hegel*, *Behandlungsarten des Naturrechts* (Anm. 19), 471.

³⁴ Vgl. ebd. 504–508.

³⁵ Vgl. *Karl-Heinz Iltig*, *Hegels Auseinandersetzung mit der aristotelischen Politik*, in: *Philosophisches Jahrbuch* 71 (1963/64) 38–58; 41–43.

³⁶ Vgl. *Axel Honneth*, *Kampf um Anerkennung* (Anm. 16), 24f.; vgl. die Interpretation von „Hegels Staatslehre als Synthese modernen und antiken Naturrechts“ (überwiegend mit Bezug auf Hegels *System der Sittlichkeit*) bei *Iltig*, *Hegels Auseinandersetzung mit der aristotelischen Politik* (Anm. 35), 54–58.

³⁷ Vgl. *Georg Wilhelm Friedrich Hegel*, *Grundlinien der Philosophie des Rechts oder Naturrecht und Staatswissenschaft im Grundrisse*, Frankfurt 1986, 339–398 (§§ 182–257).

³⁸ Vgl. auch in der Rechtsphilosophie § 182 Zusatz (*Georg Wilhelm Friedrich Hegel*, *Rechtsphilosophie* [Anm. 37], 339f.).

³⁹ Vgl. *Ludwig Siep*, *Der Kampf um Anerkennung* (Anm. 16), 163–165.

⁴⁰ Vgl. *Shlomo Avineri*, *Hegels Theorie des modernen Staates*, Frankfurt 1976, 215.

⁴¹ Vgl. *Axel Honneth*, *Kampf um Anerkennung* (Anm. 16), 20f. und 24f.

⁴² Vgl. *Ludwig Siep*, *Der Kampf um Anerkennung* (Anm. 16), 172.

⁴³ Zur differenzierten Gestalt dieser ‚frühen Entwürfe‘ vgl. jedoch auch *Heinz Kimmeler*, *Das Problem der Abgeschlossenheit des Denkens*. *Hegels ‚System der Philosophie‘ in den Jahren 1800–1804*, Bonn 1970 (Hegel-Studien, Beiheft 8) sowie die Rezension zu

Im Kontext der Frage, wie eine Konzeption der politischen Philosophie entwickelt werden kann, die die verschiedenen Aspekte – individuelle *und* konkrete Freiheit, System der Bedürfnisse *und* sittliche Freiheitsordnung, persönliche Moralität *und* absolute Sittlichkeit – berücksichtigt, und auf welchen Grundbegriffen sie aufbauen muss, entwirft Hegel seine Anerkennungstheorie⁴⁴.

Hegel geht interessanterweise so vor, dass er die Struktur des Hobbeschen Kontraktualismus gewissermaßen spiegelt⁴⁵ und inhaltlich diametral füllt – und damit in formaler Hinsicht natürlich einige von Hobbes' Prämissen anerkennt und übernimmt. Der gleichermaßen bekannte wie umstrittene Satz, wonach „das Volk ... eher der Natur nach [ist] als der Einzelne“⁴⁶, wäre dann zu interpretieren als Ausdruck der Substitution der atomistischen Grundbegriffe durch Grundbegriffe der Intersubjektivität: Ausgangspunkt ist dann nicht der Mensch als isolierter Einzelner, sondern der Mensch als immer schon in intersubjektive Beziehungen eingebundenes Individuum, denn Intersubjektivität *bedingt* Individualität. Vergesellschaftung kann deshalb weder ausschließlich im Rahmen der Überwindung natürlicher Neigungen durch praktische Vernunft noch als raffinierte Zähmung der natürlichen Fixierung auf die eigenen Interessen durch einen Gesellschaftsvertrag verstanden werden – wie es, nach Hegels Auffassung, in den beiden ‚wissenschaftlichen Behandlungsarten des Naturrechts‘ der Fall ist. Vielmehr beschreibt Hegel, indem er, wie gesagt, die Sphäre eines Tauschsystems nach Marktgesetzen in seine Konzeption aufnimmt, Vergesellschaftung als Prozess der Versittlichung, in dessen Verlauf, ausgehend von einem Stadium der natürlichen oder elementaren Sittlichkeit (Sphäre der Liebe; Familie⁴⁷), Kämpfe um Anerkennung durchschritten werden (das „Negative, oder die Freiheit, oder das Verbrechen“⁴⁸; die ‚bürgerliche Gesellschaft‘), deren Ziel das Stadium der „realen absoluten Totalität der Sittlichkeit“⁴⁹ ist. Um die Frage zu beantworten, wie der Schritt vom

diesem Band von *Rolf-Peter Horstmann*, Probleme der Wandlung in Hegels Jenaer Systemkonzeption, in: Philosophische Rundschau 19 (1972) 87–118.

⁴⁴ Vgl. v. a. *Georg Wilhelm Friedrich Hegel*, System der Sittlichkeit [Kritik des Fichteschen Naturrechts], Hamburg 2002; *ders.*, Jenaer Realphilosophie, Hamburg 1968 bzw. Jenaer Systementwürfe III. Naturphilosophie und Philosophie des Geistes, Hamburg 1986 sowie *ders.*, Jenaer Systementwürfe I. Das System der spekulativen Philosophie, Hamburg 1986.

⁴⁵ Vgl. *Axel Honneth*, Kampf um Anerkennung (Anm. 16), 33; vgl. zum Folgenden ebd. 32–45, vgl. aber auch *Ludwig Siep*, Der Kampf um Anerkennung (Anm. 16) und *Karl-Heinz Ilting*, Hegels Auseinandersetzung mit der aristotelischen Politik (Anm. 35).

⁴⁶ *Georg Wilhelm Friedrich Hegel*, Behandlungsarten des Naturrechts (Anm. 27), 505.

⁴⁷ Vgl. u. a. *Georg Wilhelm Friedrich*, System der Sittlichkeit (Anm. 44), 14.

⁴⁸ Ebd. 33; vgl. ebd. 33–47.

⁴⁹ Ebd. 56; vgl. ebd. 47–85.

System der Bedürfnisse zur Sittlichkeit zu vollziehen ist, kann Hegel zurückverweisen auf die Annahme des immer schon in intersubjektive Beziehungen eingebundenen und auf intersubjektive Anerkennung angewiesenen Individuums: Wenn die Menschen in den Kämpfen um Anerkennung jene intersubjektive und soziale Anerkennung zu erkämpfen trachten, die sie in den Kontexten elementarer Sittlichkeit erfahren (haben), erstreben sie eine Gesellschaft verwirklichter reziproker Anerkennung, wie sie im Staat als Stadium absoluter Sittlichkeit realisiert wäre. Tatsächlich also wird das Hobbesche *Schema* gespiegelt, in dem sich eigennutzorientierte Naturzustandakteure zur Vergesellschaftung entschließen, um im Vertragszustand Rechtssicherheit für die Realisierung ihrer Interessen zu erreichen; in beiden Fällen orientiert sich die Grundstruktur des Staates an der vorausgesetzten Grundstruktur des Menschen und der sozialen Interaktion. Hegels – im Übrigen bekanntlich verzweigte und keineswegs einheitliche⁵⁰ – politische Philosophie kann hier nicht weiter in ihren Einzelheiten erläutert werden. Die folgende systematische Skizze müsste aber vor dem Hintergrund des bisher Gesagten leicht nachvollziehbar sein.

Sozialethik der Anerkennung

(1) Intersubjektive Anerkennung ist Voraussetzung für die Entwicklung einer positiven Selbstbeziehung. Nicht aus sich selbst heraus wird der Mensch zum Individuum, sondern durch gelingende Anerkennungsverhältnisse. Diese philosophisch-anthropologische These baut heute auf empirischen Forschungsergebnissen auf. Das kann, wie oben dargestellt, die Erforschung früher zwischenmenschlicher Kommunikation sein. Weitere mögliche Erkenntnisquellen und Bezugspunkte könnten die Neurowissenschaften, näherhin die Erforschung der Spiegelneuronen⁵¹, und die sich auf diese Forschungsergebnisse beziehende gegenwärtige Philosophie des Geistes sein.⁵²

⁵⁰ Vgl. Axel Honneth, Kampf um Anerkennung (Anm. 16), 20–105; vgl. ders., Leiden an Unbestimmtheit (Anm. 17); vgl. Ludwig Siep, Der Kampf um Anerkennung (Anm. 16).

⁵¹ Vgl. etwa Vittorio Gallese, The Acting Subject: Towards the Neural Basis of Social Cognition, in: Thomas Metzinger (Hg.), Neural Correlates of Consciousness. Empirical and Conceptual Questions, Cambridge 2000, 325–333; Marco Iacoboni/Istvan Molnar-Szakacs/Vittorio Gallese/Giovanni Buccino/John C. Mazziotta/Giacomo Rizzolatti, Grasping the Intentions of Others with One's Own Mirror Neuron System, in: PLoS Biology 3 (2005) 3, e79; Vittorio Gallese, Embodied Simulation: From Neurons to Phenomenal Experience, in: Phenomenology and the Cognitive Sciences 4 (2005) 23–48.

⁵² Vgl. etwa Thomas Metzingers Selbstmodell-Theorie der Subjektivität: Thomas Metzinger, Being No One. The Self-Model Theory of Subjectivity, Cambridge 2003; ders.,

(2) Es lassen sich – analog zu Hegels Stadien der Versittlichung (ohne die mit diesem Bezug, insbesondere im Hinblick auf die dritte Ebene, verbundenen Probleme hier diskutieren zu können) – drei Ebenen der Anerkennung unterscheiden, nämlich *Liebe* als Ebene elementarer intersubjektiver Anerkennung (Stadium der natürlichen Sittlichkeit), *Recht* als Ebene institutionalisierter und formalisierter Anerkennung (Stadium der bürgerlichen Gesellschaft) und die Ebene der *Sittlichkeit* als Ebene der gegenseitigen sozialen Wertschätzung in (institutionalisierten) gesellschaftlichen Kommunikationszusammenhängen (Stadium der absoluten Sittlichkeit)⁵³. Man wird heute nicht mehr von einem zielgerichteten historischen Prozess ausgehen, der in der Verschränkung von Moralität und Recht auf höchstem Niveau im Stadium absoluter Sittlichkeit sein Ziel finden wird, sondern von drei Aspekten des Zusammenlebens, die dieses Zusammenleben freilich wesentlich prägen und strukturieren und in vielfältigen und zum Teil subtilen Bezügen miteinander verschränkt sind.

(3) Weil Anerkennungserwartungen in den Sphären der Anerkennung erfüllt werden *müssen*, aber selbstverständlich nicht immer problemlos und in der nötigen Weise erfüllt *werden*, gestaltet sich die Entwicklung einer positiven Selbstbeziehung als *Kampf um Anerkennung*. Wir begegnen verschiedenen Formen der *Missachtung*, das heißt der Verweigerung, des Unterlassens oder des Ausbleibens von Anerkennung. Mit Erfahrungen der Missachtung gehen – insofern sie den Formen der Anerkennung, die für die Entwicklung einer positiven Selbstbeziehung unerlässlich sind, gegenüberstehen – eine unter Umständen massive Gefährdung des personalen Selbstverständnisses und „die Gefahr einer Verletzung einher, die die Identität der ganzen Person zum Einsturz bringen kann“⁵⁴. *Physische Missachtung* ist als Bemächtigung des Leibes einer Person gegen deren Willen durch andere Personen die unmittelbarste Form der Missachtung. Der demütigende Charakter solcher Missachtung – mit ihren äußersten Erscheinungsformen Folter und Vergewaltigung – resultiert dabei wohl

Subjekt und Selbstmodell. Die Perspektivität phänomenalen Bewusstseins vor dem Hintergrund einer naturalistischen Theorie mentaler Repräsentation, 2. Aufl., Paderborn 1999.

⁵³ Axel Honneth hat diese Anerkennungsebene in früheren Arbeiten als Anerkennungsebene der *Solidarität* bezeichnet (vgl. *Axel Honneth*, *Kampf um Anerkennung* [Anm. 16], 196–211; vgl. ebd. 46; vgl. *ders.*, *Zwischen Aristoteles und Kant. Skizze einer Moral der Anerkennung*, in: *Ders.*, *Das Andere der Gerechtigkeit. Aufsätze zur praktischen Philosophie*, Frankfurt 2000, 171–192; 187 [dort ist die Rede von „Kategorien wie ‚Solidarität‘ oder ‚Loyalität‘“]; *ders.*, *Integrität und Mißachtung. Grundmotive einer Moral der Anerkennung*, in: *Merkur* 44 [1990] 1043–1054; 1050f.), neuerdings bezeichnet er sie aber als Anerkennungsebene der *Leistung* (vgl. *Axel Honneth*, *Umverteilung als Anerkennung* [Anm. 17], 162–177).

⁵⁴ *Axel Honneth*, *Integrität und Mißachtung* (Anm. 53), 1045.

nicht unmittelbar aus dem körperlichen Schmerz, sondern aus „dessen Koppelung mit dem Gefühl, dem Willen eines anderen Subjektes schutzlos bis zum sinnlichen Entzug der Wirklichkeit ausgesetzt zu sein“⁵⁵. Von physischer kann *rechtliche Missachtung* als Verweigerung von Anerkennungsansprüchen auf der Ebene der Gesetzgebung und der Rechtsprechung sowie des Rechtsverkehrs unterschieden werden. Und schließlich gibt die Redeweise vom ‚sozialen Tod‘ zu erkennen, dass als eine dritte mögliche Form der Missachtung, nämlich *soziale Missachtung*, ähnlich drastische Auswirkungen haben kann wie physische Missachtung. Es geht dabei um die Verweigerung gesellschaftlicher Partizipationsmöglichkeiten, von der Benachteiligung im privaten Bereich bis hin zu faktisch schlechteren Zugangschancen zum Bildungssystem, zum Arbeitsmarkt oder eben auch zum Gesundheitssystem bzw. zu gesundheitsrelevanten Gütern. Bemerkenswert vor dem Hintergrund der gesundheitsethischen Fragestellung ist dabei, wie sehr das Phänomen physischer Missachtung die Alltagssprache geprägt hat; wie oben bereits angedeutet, werden auch andere, nicht-körperliche Formen der Missachtung vorzugsweise durch den metaphorischen Gebrauch von Vokabeln aus dem Bereich der körperlichen Misshandlung beschrieben: Man spricht von Verletzung, Kränkung, Beleidigung und Erniedrigung als Folge nicht erfüllter Anerkennungserwartungen, gar vom ‚psychischen Tod‘ als Folge von Folter und Vergewaltigung.⁵⁶

Die Struktur einer sozialetischen Theorie der Anerkennung ist dann jener der kontraktualistischen und jeder zeitgenössischen Theorie, die mit den methodischen Abstraktionen des *Homo oeconomicus* und des Gefangenendilemmas arbeitet, in formaler Hinsicht ähnlich, allerdings mit entgegengesetzten inhaltlichen Annahmen: Während dort der eigennutzorientierte Einzelmensch immer schon im Kampf um Selbsterhaltung die Ausweitung seiner Macht intendiert, ist hier das immer schon auf intersubjektive Anerkennung angewiesene Individuum in Kontexte elementarer Erfüllung von Anerkennungserwartungen eingebunden. Während sich dort die Akteure mit dem Ziel der Einhegung ihrer gegeneinander gerichteten Eigennutzorientierung vereinigen, begegnen sich hier die Akteure im Kampf um Anerkennung, um ihre aufeinander gerichteten Interessen zur Geltung zu bringen. Während dort der Vertragszustand genau

⁵⁵ Axel Honneth, Integrität und Missachtung (Anm. 53), 1046; vgl. Elaine Scarry, *The Body in Pain*, New York 1985; Scarry bezieht sich sowohl auf (u.a. in den Schriften der jüdisch-christlichen Tradition) kulturell vermittelte als auch auf kulturübergreifende ‚Phänomene des Schmerzes‘.

⁵⁶ Vgl. Regina Mühlhäuser, Sexuelle Gewalt als Kriegsverbrechen, in: *Mittelweg* 36 13, 2 (2004) 33–48.

dann als ideal gilt, wenn er so beschaffen ist, dass durch die Verfolgung der Eigeninteressen der Einzelnen das für alle unter dem Aspekt einer Kosten-Nutzen-Bilanz vorteilhafteste Ergebnis erreicht werden kann, gilt der Staat hier als vollendet, wenn es gelingt, solidarische Strukturen intersubjektiver und sozialer Anerkennung institutionell zu realisieren und zu stabilisieren. Die Pointe des anerkennungstheoretischen Ansatzes ist es jedoch, dass er nicht das ‚Gegenprogramm‘ zum liberal-kontraktualistischen Modell ist, sondern dass er in der Lage ist, dessen Vorzüge – individuelle Freiheit und marktwirtschaftlich organisierter Gütertausch – in die eigene Systematik einzubauen und zugleich die entsprechenden Pathologien zu vermeiden. Das Konkurrenzsystem des Marktes wird in die umfassende Konzeption eines gesellschaftlichen Anerkennungssystems integriert; mit der Idee dieses Systems der sozialen Anerkennung erhält *formale* individuelle Freiheit überhaupt erst die Perspektive *konkreter* universeller Verwirklichung.

Damit liegt das wichtigste Kriterium für die sozialetische Legitimität von staatlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Institutionen vor: Sie müssen so beschaffen sein, dass Anerkennungserwartungen zuverlässig realisiert werden können; das lässt sich im Hinblick auf die genannten Sphären und Ebenen der Anerkennung sowie im Hinblick auf die genannten Formen der Missachtung leicht ausdifferenzieren und relativ problemlos auf Fragen der Versorgung der Mitglieder einer Gesellschaft mit gesundheitsrelevanten Gütern beziehen.

3. LEGITIMATION EINER UMFASSENDEN ALLGEMEINEN ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die normative Begründung einer allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Gütern erfolgt in den Begriffen einer Sozialetik der Anerkennung in *drei Schritten*:

(1) Ausgangspunkt ist, wie oben erläutert, die Annahme der Angewiesenheit des Menschen auf intersubjektive bzw. soziale Anerkennung zur Ausbildung einer positiven Selbstbeziehung. Diese Annahme kann durch philosophisch-anthropologische Überlegungen, durch Bezug auf die philosophische Tradition und durch empirische Forschungsergebnisse hinreichend gestützt werden.

(2) In Bezug auf die Versorgung mit gesundheitsrelevanten Gütern sind drei Ebenen der Anerkennung zu unterscheiden, nämlich die Ebene affektiver Anerkennung, die Ebene rechtlicher Anerkennung und die Ebene

gesellschaftlicher Anerkennung. Die elementare *Ebene affektiver intersubjektiver Anerkennung* kann nur sehr eingeschränkt Gegenstand einer Sozialethik der Gesundheitsversorgung sein; sie fällt erstens in die Sphäre der persönlichen Lebensführung und entzieht sich daher weitgehend sozialetischen Überlegungen; zweitens handelt es sich um eine bedingte Form der Anerkennung, die von der emotionalen Bindung bzw. Zuneigung der Interaktionspartner abhängig ist. Da emotionale Bindungen auch oder gerade in Fällen schwerer Krankheit unzuverlässig sein können, müssen sich sozialetische Überlegungen vielmehr mit dem Problem befassen, wie zerfallene affektive Anerkennungsverhältnisse durch stabile Anerkennungsverhältnisse auf anderen Anerkennungsebenen substituiert werden können. Dazu eignet sich zunächst die *Ebene prinzipieller rechtlicher Anerkennung*: Personen werden – im liberalen Sinn – als Rechtssubjekte und als moralisch zurechnungsfähige Subjekte anerkannt. Mit liberalen Konzeptionen teilt ein anerkennungsethischer Ansatz die Auffassung, dass diese Form der Anerkennung prinzipiell unbedingten, universellen und egalitären Charakter hat. Der entscheidende Unterschied zu anderen Konzeptionen ist nun jedoch die darüber hinausgehende dritte Ebene, eine *Ebene solidarischer Anerkennung*, auf der es um die soziale Wertschätzung von Krankheit betroffener Personen geht. Auf dieser Anerkennungsebene entscheidet sich, ob eine Gesellschaft ihre kranken Mitglieder ausschließlich als prinzipiell voll kooperierende Staatsbürger im Rahmen dessen, was Hegel die ‚bürgerliche Gesellschaft‘ nannte, anerkennt, oder ob sie ihnen auch unabhängig davon einen sozialen Wert beimisst, wozu offenkundig eine normativ gehaltvolle Idee des gesellschaftlichen Zusammenlebens unabdingbar ist; eine solche normativ gehaltvolle Idee des gesellschaftlichen Zusammenlebens – wie sie eben auch in dem von der christlichen Sozialethik maßgeblich entwickelten und ausdifferenzierten Solidaritätsbegriff⁵⁷ enthalten ist – hält die dritte Anerken-

⁵⁷ Vgl. Alois Baumgartner, Solidarität, in: Marianne Heimbach-Steins (Hg.), Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch. Band 1: Grundlagen, Regensburg 2004, 283–292; Karl Gabriel, Systeme und Netze der Solidarität in einer zukunftsfähigen Gesellschaft. Zum pluralen Solidaritätsverständnis des Worts der Kirchen, in: Karl Gabriel/Werner Krämer (Hg.), Kirchen im gesellschaftlichen Konflikt. Der Konsultationsprozess und das Sozialwort ‚Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit‘, 2. Aufl., Münster 2004, 159–173; Arno Anzenbacher, Christliche Sozialethik. Einführung und Prinzipien, Paderborn 1998, 196–210. Der hier verwendete Solidaritätsbegriff umfasst also, wie es der Tradition der christlichen Sozialethik und der Katholischen Soziallehre entspricht, auch Rechtspflichten (insofern eine ‚Institutionalisierung‘ nur als zuverlässig gelten kann, wenn sie rechtlich sanktioniert ist) und einen Umverteilungsaspekt (insofern Leistungsfähigere stärker belastet werden als weniger Leistungsfähige, obwohl dies nicht durch ein entsprechend unterschiedliches Krankheitsrisiko zu legitimieren ist; vgl. im Hinblick auf den zweiten Aspekt dagegen Friedrich Breyer/Andreas Hausler, Health Care

nungsebene der hier vertretenen Konzeption bereit. Die Annahme der Abhängigkeit von intersubjektiver bzw. sozialer Anerkennung entfaltet ihre sozialpolitische Relevanz gerade nicht, wie das liberale Modell, hinsichtlich normaler Lebensumstände, sondern hinsichtlich der besonderen individuellen oder gruppenspezifischen Lebensformen und Lebensumstände der Menschen, die in einer Gesellschaft zusammenleben. Mit anderen Worten: Gerade jene Mitglieder, die lebensgeschichtlich, in ihrer individuellen Lebenssituation von der ‚Norm‘ abweichen, bedürfen der solidarischen Zustimmung durch ihre Gesellschaft; und die Gesellschaft sollte diese solidarische Zustimmung erteilen, nicht nur aus Gründen der Wiederherstellung der ‚Normalität‘ bzw. der vollen (individuellen und gesamtgesellschaftlichen) Leistungsfähigkeit, sondern aus Gründen der Realisierung elementarer Anerkennungserwartungen.

(3) Das System der Gesundheitsversorgung wird also dem Grad der sozialen Anerkennung entsprechen, den eine Gesellschaft bereit und in der Lage ist, ihren in defizitären Gesundheitszuständen lebenden Mitgliedern zu gewähren. Eine anerkennungstheoretisch fundierte Sozialethik geht davon aus, dass soziale Anerkennungserwartungen über die Anerkennung als Rechtssubjekte hinaus bestehen und erfüllt werden sollten, weil ihre Nichterfüllung moralisch relevante Verletzungen und daher soziales Unrecht impliziert. In Bezug auf Schwerkranke, chronisch Kranke und Personen, deren Krankheiten sich in Behinderungen manifestiert haben, kann unterstellt werden, dass deren Lebensumstände signifikant von der kontextuell gegebenen Norm abweichen und als defizitär empfunden werden. Es liegen also besondere Anerkennungserwartungen vor, auf die gesellschaftlich in der einen oder anderen Weise reagiert werden muss. In anerkennungsethischer Perspektive sollte eine Gesellschaft diese Anerkennungserwartungen möglichst weitgehend realisieren und eine umfassende allgemeine Gesundheitsversorgung unterhalten, die solidarisch (das heißt von der Gesellschaft als Ganze, von allen ihren Mitgliedern gemäß ihrer jeweiligen Leistungsfähigkeit) finanziert und zuverlässig (das heißt etwa in Form einer gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und eines gut ausgebauten Gesundheitswesens andererseits) institutionalisiert ist.

Eine Sozialethik, die sich auf Grundbegriffe der Anerkennungstheorie stützt, beschreibt im Hinblick auf die Legitimation und Ausgestaltung der Versorgung der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Gütern mögliche Erfahrungen nicht realisierter Anerkennungserwartungen. Unter der

Reform: Separating Insurance from Income Redistribution, in: *International Tax and Public Finance* 7 (2000) 445–461.

Voraussetzung der unbedingten und gleichen Achtung aller Menschen als Rechtssubjekte misst sie diesen Erfahrungen auf Grund des oben erläuterten Zusammenhangs zwischen intersubjektiver Anerkennung und der Möglichkeit, eine positive Selbstbeziehung zu entwickeln und zu erhalten, moralische Relevanz bei. Vor dem Hintergrund der ebenfalls oben erläuterten Differenzierungen kann sie die Verweigerung oder das Vorhalten prinzipiell verfügbarer Gesundheitsleistungen als moralische Verletzung und strukturell etablierte Formen solcher Verweigerung unter bestimmten Umständen als soziales Unrecht qualifizieren. Dazu müssen Kompetenzen anderer wissenschaftlicher Disziplinen, vor allem der Medizin und der empirischen Sozialforschung, in Anspruch genommen werden. Daraus können Handlungsorientierungen resultieren, deren Ziel es sein muss, moralische Verletzungen und soziales Unrecht zu reduzieren. Auch dazu ist die Sozialethik auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Medizin und darüber hinaus mit den Wirtschaftswissenschaften angewiesen.

4. SOZIALETHIK DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Sozialethik der Anerkennung versucht, ähnlich wie ‚neoaristotelische‘⁵⁸ und ‚kontextualistische‘ Konzeptionen⁵⁹, den eingangs erörterten Aporien des politischen Liberalismus zu begegnen, indem sie Annah-

⁵⁸ Hier ist weniger an die immer unübersichtlicher werdenden Verzweigungen des ‚Komunitarismus‘ gedacht als insbesondere an den *Capabilities approach* Martha Nussbaums: *Martha C. Nussbaum*, *Women and Human Development. The Capabilities Approach*, Cambridge 2000; vgl. *dies.*, *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*, Frankfurt 1999; *dies.*, *Sex and Social Justice*, Oxford/New York 1999, insbes. 41; *dies.*, *Aristotle on Human Nature and the Foundations of Ethics*, in: *James E. J. Altham/Ross Harrison* (Hg.), *World, Mind and Ethics. Ethics on the Eternal Philosophy of Bernard Williams*, Cambridge/New York 1995, 86–131; vgl. *Martha C. Nussbaum/Amartya Sen*, *The Quality of Life*, Oxford 1993, 242–269; zum vorliegenden Thema vgl. *Martha C. Nussbaum*, *Langfristige Fürsorge und soziale Gerechtigkeit* (Anm. 11). Zur Rezeption in der christlichen Sozialethik vgl. *Arno Anzenbacher*, *Sozialethik als Naturrechtsethik*, in: *Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften* 43 (2002) 14–32; ferner *Christian Spieß*, *Sozialethik des Eigentums* (Anm. 32), 131–143 und 201–208; zum vorliegenden Thema vgl. insbes. den Beitrag von *Katja Winkler* im vorliegenden Band.

⁵⁹ Vgl. *Seyla Benhabib*, *Im Schatten von Aristoteles und Hegel. Kommunikative Ethik und Kontroversen in der zeitgenössischen praktischen Philosophie*, in: *Dies.*, *Selbst im Kontext. Kommunikative Ethik im Spannungsfeld von Feminismus, Komunitarismus und Postmoderne*, Frankfurt 1995, 33–75; *dies.*, *The Methodological Illusions of Modern Political Theory. The Case of Rawls and Habermas*, in: *Neue Hefte für Philosophie* 21 (1982) 47–74; zur Rezeption in der christlichen Sozialethik vgl. *Marianne Heimbach-Steins*, *Sozialethik als kontextuelle theologische Ethik – Eine programmatische Skizze*, in: *Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften* 43 (2002) 46–64.

men über die Existenzbedingungen des Menschen in ihre Konzeption integriert. Es lässt sich nicht bestreiten, dass damit ein problematischer Weg beschritten wird, weil der Standpunkt strikter Neutralität gegenüber menschlichen Lebensformen und ihren Bedingungen verlassen wird. Zugleich lässt sich allerdings durchaus bestreiten, dass diese Neutralität bei liberalen Ansätzen tatsächlich gegeben ist. In dieser Hinsicht ist allein die Offenlegung der zu Grunde gelegten Vorüberlegungen über Bedingungen humaner Existenz ein Vorzug gegenüber Theorien, die diese Offenlegung unterlassen. Die Sozialethik der Anerkennung bestreitet auch weder eine menschliche Neigung zur Verfolgung eigener Interessen noch die Nützlichkeit einer entsprechenden Modellannahme; wenn aber die Hypothese des ‚rationalen Egoisten‘ an entscheidender Stelle – nämlich als Ausgangspunkt – in eine normative Theorie eingebaut wird, entsprechen alle systematischen und politischen Folgerungen dieser Hypothese, wobei es keine Rolle spielt, ob es sich um eine methodologische oder um eine anthropologische Hypothese handelt. Anerkennungsethisch argumentierend wird man von einer anderen Hypothese ausgehen, nämlich von der des elementar auf intersubjektive und soziale Anerkennung angewiesenen Menschen, wobei es im Grunde auch hier in systematischer Hinsicht keinen Unterschied ausmache, hätte diese Annahme nicht anthropologischen, sondern methodologischen Charakter. Die Tatsache aber, dass es sich um eine anthropologische Annahme handelt, die auch noch, wie gezeigt wurde, außerordentlich gut empirisch gestützt werden kann, gibt ihr und den aus ihr resultierenden systematischen und politischen Konsequenzen einen entscheidenden Plausibilitätsvorsprung gegenüber liberalen und an der Konzeption des *Homo oeconomicus* orientierten Theorien. Im Übrigen wurden die zu Grunde gelegten Annahmen über die menschliche Existenz so geringfügig wie möglich gehalten – geringfügiger zweifellos als in Martha Nussbaums *Capabilities approach*.

Aus der grundsätzlichen Legitimation einer umfassenden allgemeinen Gesundheitsversorgung resultieren zunächst nur wenige und vage sozialethische Hinweise für konkrete Problemzusammenhänge, denn hier kommen insbesondere auch die Kompetenzen anderer wissenschaftlicher Disziplinen unverzichtbar ins Spiel. Dennoch sollen im Folgenden einige Orientierungslinien angedeutet werden.

Limitation der Gesundheitsversorgung

Der Vorwurf, ein anerkennungsethischer Ansatz tendiere zu einem ausufernden und unbezahlbaren Gesundheitssystem, liegt vielleicht nahe.

Moralische Verletzungen, so der denkbare Einwand, ließen sich letztlich nur aus der Perspektive der Betroffenen beschreiben; wenn diese eine Missachtung ihrer Anerkennungserwartungen beklagten, müssten entsprechende Güter bereitgestellt werden.

Man kann aber selbstverständlich zwischen erfüllbaren und nicht erfüllbaren sowie zwischen gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Anerkennungserwartungen unterscheiden. Angesichts knapper (finanzieller und medizinischer) Ressourcen⁶⁰ können nicht alle wünschenswerten Leistungen erbracht werden; dies gilt sowohl im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen als auch im Hinblick auf bestimmte Gebiete im Besonderen (Organallokation in der Transplantationsmedizin, Triage in der Katastrophenmedizin, Verteilung der Impfstoffe im Fall einer Pandemie etc.). In manchen Fällen wird es zwangsläufig auch grobe Missachtungen der Anerkennungserwartungen Einzelner geben (müssen), wobei vier Gruppen von Fällen zu unterscheiden sind:

(a) Fälle, in denen die Ressourcen kurzfristig knapp sind, diese Knappheit kurzfristig nicht zu beheben ist und ihr auch nicht vorgebeugt werden konnte bzw. kann (zum Beispiel in der Katastrophenmedizin⁶¹, wohl auch in der Pandemiebekämpfung, *nicht aber* in der Alltagsmedizin⁶²); in diesen Fällen bleibt nur die Wahl zwischen verschiedenen Allokations- und Selektionsstrategien, die zwangsläufig einige Betroffene privilegieren, andere diskriminieren, wobei man sich utilitaristischen Entscheidungsverfahren (etwa Erstversorgung von medizinischem Personal mit Impfstoffen und Gewährleistung der Infrastruktur im Fall einer Grippepandemie⁶³) nicht ganz verschließen wird, aber beispielsweise auch den Aspekt der Reziprozität berücksichtigen kann: Warum sollte man nicht die so-

⁶⁰ Zur Kostenentwicklung bzw. zur Entwicklungen der Ausgaben für das Gesundheitssystem (gegenüber anderen Bereichen) vgl. etwa kurz *Karl Lauterbach/Stephanie Stock*, Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik: Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel? Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2001.

⁶¹ Vgl. *Rolf Lanz/Mario Rossetti* (Hg.), *Katastrophenmedizin*, Stuttgart 1980, 29f.

⁶² Vgl. dagegen *Volker H. Schmidt*, Veralltäglicung der Triage, in: *Zeitschrift für Soziologie* 25 (1996) 419–437; vgl. jedoch auch *Weyma Lübke*, Veralltäglicung der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin, in: *Ethik in der Medizin* 13 (2001) 148–160.

⁶³ Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen*, *Influenza Pandemieplan. Strategie für Österreich*, Wien 2004, online unter <<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/9/6/0/CH0118/CMS1129637061180/pandemieplanh3neu.pdf>>, erstellt 07.09.2005/abgerufen 30.12.2005. Vgl. *Christian Schwägerl*, Ultimativer Härtestest. Die Bioethik der Grippe-Pandemie: Wer wird zuerst versorgt?, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* Nr. 239 vom 14.10.2005, 43.

ziale Leistung einer regelmäßigen jährlichen Grippeimpfung im Ernstfall der Pandemie durch eine privilegierte Behandlung anerkennen?⁶⁴ Nicht legitimierbar wären selbstverständlich Unterschiede in der Behandlung auf Grund unterschiedlicher Krankenversicherungen oder Krankenversicherungstypen, etwa eine Privilegierung von privat krankenversicherten Personen gegenüber GKV-Mitgliedern.⁶⁵

(b) Fälle, in denen Ressourcen knapp sind, diese Knappheit aber ohne (größeren) finanziellen Mehraufwand zu beheben wäre (zum Beispiel in der Transplantationsmedizin); in solchen Fällen würden Änderungen der gesetzlichen Grundlagen (in Deutschland etwa die Lockerung des restriktiven Transplantationsgesetzes⁶⁶) sehr schnell zu einer Entspannung führen⁶⁷ und außerdem fragwürdige Allokationsmechanismen⁶⁸ zu einem großen Teil überflüssig machen.

(c) Fälle, in denen man bewusst und gewollt bestimmte medizinische und therapeutische Ressourcen nicht zur Verfügung stellt, und zwar weil man sie vom Standpunkt der einschlägigen Forschung aus für unwirksam hält (zum Beispiel bestimmte Naturheilverfahren), weil dem mit der Anwendung verbundenen Aufwand kein entsprechender prognostizierbarer Nutzen gegenübersteht (zum Beispiel regelmäßige ‚Gesundheits-Checks‘), weil sie keinen Erkenntnisgewinn für das therapeutische Vorgehen versprechen (Diagnose ohne therapeutische Konsequenz), weil medizinisches Personal ihre Anwendung im konkreten Fall als nicht möglich oder als nicht mehr sinnvoll erachtet (zum Beispiel am Lebensende)⁶⁹.

⁶⁴ Vgl. (in Bezug auf die Organallokation) *Hartmut Kliemt*, Meine Niere, deine Niere, keine Niere. ‚Making Choices‘ in der Nierenallokation, in: *ZiF-Mitteilungen* 3/2000, online unter <<http://www.uni-bielefeld.de/ZiF/Publikationen/00-3-Kliemt.pdf>>, erstellt 2000/abgerufen 30.12.2005.

⁶⁵ Vgl. aber *Achim Wambach*, Rationing of Health Care and the Complementarity of Private and Public Insurance, in: *Friedrich Breyer/Hartmut Kliemt/Felix Thiele* (Hg.), Rationing in Medicine. Ethical, Legal and Practical Aspects, Berlin u. a. 2002, 127–130.

⁶⁶ Vgl. *L. Roels/C. Gachet/B. Cohen*, Comparing Countries' Performance in Organ Donation. Time to Focus on Their Potential, in: *Transplantation* 78 (2004) 2 Supplement 1, 183 f.; vgl. ferner *Hartmut Kliemt*, Meine Niere, deine Niere, keine Niere (Anm. 64).

⁶⁷ Vgl. zu Möglichkeiten der Verbesserung im Verteilungssystem selbst (also ‚unterhalb‘ der Gesetzesebene) *Daniel Palmes/Heiner H. Wolters/Jens Brockmann/Norbert Senninger/Hans-Ulrich Spiegel/Karl-Heinz Dietl*, Strategies for Compensating for the Declining Numbers of Cadaver Donor Kidney Transplants, in: *Nephrology Dialysis Transplantation* 19 (2004) 952–962.

⁶⁸ Vgl. *Ilias I.N. Doxiadis/Jacqueline M.A. Smits/Guido G. Persijn/Ulrich Frei/Frans H.J. Claas*, It Takes Six to Boogie. Allocating Cadaver Kidneys in Eurotransplant, in: *Transplantation* 77 (2004) 615–617; vgl. *Volker H. Schmidt*, Veralltäglichere Triage (Anm. 62), 429–439.

⁶⁹ Inwieweit ‚medizinisches Personal‘ solche Entscheidungen am Lebensende trifft, treffen darf oder treffen sollte, bleibt dabei umstritten und unklar, insbesondere im Hinblick auf den Aspekt der Patientenautonomie; vgl. *Arnd T. May*, Autonomie und Fremd-

Derartigen Entscheidungen wird immer eine intensive und umfassende medizinische und normative Vergewisserung vorausgegangen sein. *Alle* Fälle werden umstritten sein. Einige Kriterien sind zweifellos zeitgebunden, entweder weil sie an den aktuellen Forschungsstand gebunden sind oder weil sie in einer historischen Tendenz stehen (zum Beispiel auf naturwissenschaftlich nachweisbare Heilungserfolge fixiert sind). Werden jedoch beispielsweise Anerkennungserwartungen der Anhänger bestimmter Naturheilverfahren brüskiert, indem diese Verfahren vom Leistungskatalog ausgeschlossen werden, ist dies dadurch zu legitimieren, dass es im Gesundheitswesen um gesundheitsrelevante Güter geht, zu denen nichtwirksame Therapien schon aus formalen Gründen nicht gehören. Solange wir naturwissenschaftlichen Beweisverfahren in Bezug auf die Wirksamkeit von Therapien die größte Zuverlässigkeit und den höchsten Rationalitätsgrad beimessen, erscheint es auch in ethischer Hinsicht legitim und geboten, bei der Frage, welche Leistungen in einem Leistungskatalog enthalten sein sollten und welche nicht, auf diese Verfahren zu vertrauen. Freilich könnte sich das in Zukunft ändern. Ein besonderes Problem liegt allerdings darin, dass sich medizinisch begründete Entscheidungen über die Nichtanwendung bestimmter Diagnose- und Therapieverfahren mit ökonomischen Rationierungsentscheidungen, der nächsten Gruppe von Fällen, mischen.

(d) Fälle, in denen Ressourcen knapp sind, weil die Einnahmen des Gesundheitssystems zu gering sind; diese Knappheit besteht in hochentwickelten Ländern (anders als in Entwicklungsländern) in der Regel nicht, weil die Erhöhung der für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel nicht *möglich* ist, sondern weil man sich im Rahmen demokratischer Verfahren *entschieden* hat, die Ressourcen anders zu verwenden. Sowohl die Frage der Höhe der Beiträge für die GKV als auch die Frage, ob und in welchem Umfang ein Transfer von Steuermitteln in das Gesundheitssystem stattfindet, werden, so sehr sie ökonomische und sozialetische Fragen sind, in Demokratien letztlich politisch beantwortet. Vor allem hinsichtlich der zweiten Frage wird man anerkennungsethisch die Perspektive der Kranken in die Diskussion bringen.

bestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige, 3. Aufl., Münster 2005; Hans-Martin Sass/Arnd T. May (Hg.), Behandlungsgebot oder Behandlungsverzicht. Klinisch-ethische Epikrisen zu ärztlichen Entscheidungskonflikten, Münster 2004; vgl. ferner Bettina Schöne-Seifert, Verantwortungsprobleme in der medizinischen Mikroallokation, in: Hans-Martin Sass (Hg.), Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische und ordnungspolitische Einflußfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin/Heidelberg 1988, 135–150.

Wenn die finanziellen Mittel im Gesundheitssystem nicht ausreichen, um alle möglichen und zugleich sinnvollen gesundheitsrelevanten Güter für alle zur Verfügung zu stellen, kann man dem grundsätzlich auf vier Weisen begegnen: Durch Erweiterung des finanziellen Rahmens, durch Rationalisierung, durch allgemeine („harte“) Rationierung und durch die Aufspaltung des Gesundheitssystems in eine Basisabsicherung und einen Bereich hinzugekaufter oder freiwillig versicherter Gesundheitsleistungen („weiche Rationierung“).

In einer wohlhabenden Gesellschaft werden kranke Menschen erwarten, dass man ihnen einen so hohen sozialen Wert beimisst, dass man bereit ist, ihre Versorgung mit den benötigten und sinnvollen Gesundheitsgütern gemeinsam zu finanzieren. Die für das Gesundheitssystem bereitgestellten Mittel entsprechen also, wie gesagt, dem sozialen Wert, den eine Gesellschaft bereit (und in der Lage) ist, ihren kranken Mitgliedern beizumessen. Ausgaben für das Gesundheitswesen stehen in dieser Hinsicht *allen* anderen öffentlichen Ausgaben oder auch Vergünstigungen gegenüber. Im Grunde entspricht die Verteilung der öffentlichen Mittel *insgesamt* der sozialen Wertschätzung, die eine Gesellschaft ihren unterschiedlichen Bereichen und ihren verschiedenen Mitgliedern entgegenzubringen bereit ist.

Die Unterscheidung von Rationalisierung und Rationierung erscheint in gesundheitsökonomischer Hinsicht hilfreich und sinnvoll.⁷⁰ Eine prinzipiell unterschiedliche *normative* Bewertung (Rationalisierung = ethisch gut; Rationierung = ethisch schlecht)⁷¹ ist daran aber selbstverständlich nicht geknüpft, denn Rationalisierungsmaßnahmen können ähnliche Effekte für den Gesundheitszustand haben wie Rationierungsmaßnahmen. Rationalisierungsmaßnahmen *ohne* negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Patienten wären natürlich die wünschenswerteste Lösung; es bleibt aber weitgehend umstritten, wie und in welchen Fällen eine solche ‚qualitätsneutrale‘ Rationalisierung gelingen kann.⁷² Deshalb

⁷⁰ Vgl. Peter Zweifel, Ökonomische Überlegungen zur Rationierung im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 93 (2004) 583–601; vgl. Peter Oberender, Medizin zwischen Rationierung und Rationalisierung, in: Ders. (Hg.), Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen, Gräfeling 1996, 9–21.

⁷¹ Vgl. Bernhard J. Güntert, Zwischen Rationalisierung und Rationierung – ökonomische oder politische Strategien zur rationalen Allokation von Gesundheitsgütern, in: Günter Feuerstein/Ellen Kuhlmann (Hg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1998, 193–210.

⁷² Vgl. beispielsweise zur Auswirkung der Abrechnung nach Fallpauschalen bzw. *Diagnosis Related Groups* die Studie von Bernhard Braun/Rolf Müller, Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung, Sankt Au-

sollte die Debatte über Maßnahmen der Rationalisierung *und* der Rationierung unter dem Gesichtspunkt der jeweiligen Auswirkungen geführt werden.⁷³

gustin 2003; danach stellt sich nicht nur die Frage nach den Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung der Patienten, sondern auch nach dem Rationalisierungseffekt selbst. Vgl. aber für eine andere Einschätzung auch beispielsweise *Erich Frese/Michael Heberer/Thomas Hurlebaus/Patrick Lehmann*, „Diagnosis Related Groups“ (DRG) und kosteneffiziente Steuerungssysteme im Krankenhaus, in: Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 56 (2004) 737–759.

⁷³ Als Kriterien könnten beispielsweise gelten: *Erstens* die medizinische Unwirksamkeit; ein System, das auf zuverlässige Diagnose und wirksame Therapie spezialisiert ist, braucht keine Leistungen bereitzustellen, deren Nützlichkeit für Diagnose oder Therapie nicht nachweisbar ist (s. o.). *Zweitens* der Bagatelldarakter einer Erkrankung und der ihr entsprechenden Therapie; ein anerkennungsethischer Ansatz konzentriert sich auf Schwerkranke, chronisch Kranke und Kranke, deren Krankheiten sich in Behinderungen manifestiert haben. Sie sind in einem erheblichen Umfang auf medizinische und pflegerische Leistungen angewiesen; sie sind zugleich häufig nur noch beschränkt erwerbsfähig und können deshalb selbst oft kaum mehr zur Finanzierung des Systems beitragen. Ihre Lebensführung ist eingeschränkt oder unterscheidet sich von der normalen Lebensführung der in einer Gesellschaft zusammenlebenden Menschen. Diese Menschen stellen natürlich ein gewaltiges Problem für das Gesundheitssystem und für die Gesellschaft insgesamt dar und die Frage stellt sich, woraus ihr ‚sozialer Wert‘ denn resultiert; der Umgang mit ihnen wird zur finanziellen und moralischen Herausforderung. In der hier vertretenen anerkennungsethischen Perspektive liegt in der defizienten und differenten Lebensform sowie in der besonderen Labilität ihrer sozialen Anerkennung und positiven Selbstbeziehung aber gerade der Grund für eine besondere Rücksicht auf diese Personengruppe, gewissermaßen diametral zum liberalen Ansatz. Ein *drittes* Rationierungskriterium könnte die ‚Alltagsnähe‘ einer Leistung sein. Bestimmte Ausgaben etwa *hätten* Kranke auch, wenn sie nicht krank wären. Menschen, die künstlich ernährt werden, könnten beispielsweise ebenso in einem gewissen Umfang an den Kosten für ihre Nahrung beteiligt werden, wie Patienten im Krankenhaus an den für sie anfallenden Verpflegungskosten. Eine *vierte* Rationierungs- bzw. Rationalisierungsmöglichkeit (nicht nur in diesem Fall wären beide Zuordnungen möglich) resultiert aus der Tatsache, dass bestimmte Gesundheitsleistungen zum Teil gut aus den professionellen Kontexten des Gesundheitswesens ausgelagert werden können, wodurch in einigen Fällen sogar zugleich die Patientenautonomie gestärkt werden könnte. So ließen sich *für geeignete* Patientinnen und Patienten zum Beispiel die Krankenhausaufenthaltszeiten weiter deutlich verkürzen, indem etwa eine Genesungsphase, in der die Patienten bisher in der Klinik untergebracht werden, in ein (möglicherweise auf diese Aufgabe spezialisiertes) Hotel verlegt werden (bei parallel verlaufender ambulanter Behandlung). Ein weiteres Beispiel wäre die forcierte Auslagerung aufwändiger therapeutischer Maßnahmen, etwa der Hämodialyse, in den privaten Lebensbereich, was nicht nur zu einer deutliche Kosteneinsparung (der Personalkosten und gegebenenfalls erstatteter Fahrtkosten) führte, sondern auch zu einer enormen Verbesserung hinsichtlich der Möglichkeit einer selbstbestimmten Lebensgestaltung und damit der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Schließlich wurde *fünftens* bereits oben im Text auf Reziprozität als mögliches Rationierungskriterium hingewiesen (indem beispielsweise verantwortungsvolles und kooperatives Verhalten der Patientinnen und Patienten belohnt wird); allerdings setzt dieses Rationierungskriterium eine umfassende gesundheitliche Aufklärung voraus, d. h. die Menschen müssen darüber informiert sein, dass sie zum Beispiel im Fall einer Grippepandemie bevorzugt behandelt werden, wenn sie sich zuvor regelmäßig der Grippeimpfung unterzogen haben, oder dass sie im Bedarfsfall mit deut-

Die fragwürdigste Lösung des Finanzierungsproblems ist die Aufspaltung des Gesundheitssystems in eine allgemeine Basisversorgung einerseits und zusätzliche, nicht im allgemeinen Leistungskatalog enthaltene Leistungen andererseits, die entweder privat eingekauft oder durch freiwillige Zusatzversicherungen finanziert werden.⁷⁴ Abgesehen vom statistisch ohnehin schon schlechteren Gesundheitszustand von Personen mit geringem Einkommen⁷⁵, bedeutete eine solche Aufspaltung eine deutliche Verschärfung der sozialen Ungleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit. Selbst wenn man auch ein gewisses Maß an fehlender Bereitschaft zur Vorsorge bei Beziehern geringer Einkommen unterstellt, also nicht alles auf fehlende finanzielle Möglichkeiten zurückführt, wird man berücksichtigen müssen, dass unterschiedliche Einstellungen im Hinblick auf Gesundheitsvorsorge⁷⁶ und Gesundheitsversorgung⁷⁷ auch Phänomene unterschiedlicher sozialer Kontexte sind⁷⁸. In dieser Hinsicht erscheint nicht nur die erste der drei genannten Lösungsmöglichkeiten des Finan-

lich kürzeren Wartezeiten auf ein Spenderorgan rechnen können, wenn sie sich selbst zur Organspende bereiterklärt haben. Vgl. *Volker H. Schmidt*, Models of Health Care Rationing, in: *Current Sociology* 52 (2004) 969–988; vgl. auch *Gérard Gafgen*, Die ethische Problematik von Allokationsentscheidungen – am Beispiel des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen, in: *Georges Enderle* (Hg.), *Ethik und Wirtschaftswissenschaft*, Berlin 1985, 249–274; vgl. zu einigen der genannten Rationierungskriterien auch *Die deutschen Bischöfe/Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/Kommission für caritative Fragen*, Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, Bonn 2003, insbes. 21–24.

⁷⁴ Vgl. *Otfried Höffe*, Medizin in Zeiten knapper Ressourcen, in: *Ders.*, *Medizin ohne Ethik?*, Frankfurt 2002, 202–241, insbes. 232–241; *Wolfgang Kersting*, Kritik der Gleichheit. Über die Grenzen der Gerechtigkeit und der Moral, Weilerswist 2005, 143–189; eine Verbindung von libertärem und betont konservativem christlichen Gedankengut versucht *H. Tristram Engelhardt*, Zielkonflikte in nationalen Gesundheitssystemen, in: *Hans-Martin Sass* (Hg.), *Ethik und öffentliches Gesundheitswesen* (Anm. 69), 35–43; vgl. *H. Tristram Engelhardt*, Das Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Gerechtigkeit und Fairness bei der Verteilung medizinischer Leistungen: Frustrationen im Angesicht der Endlichkeit, in: *Georg Marckmann/Paul Liening/Urban Wiesing* (Hg.), *Gerechte Gesundheitsversorgung* (Anm. 4), 54–95.

⁷⁵ Vgl. *Thomas Lampert/Thomas Ziese*, Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, online unter <http://www.bmgs.bund.de/.../a-349-10196,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-349_10196.pdf>, kein Erstellungsdatum/abgerufen 30.12.2005.

⁷⁶ Vgl. ebd. 52–76.

⁷⁷ Vgl. ebd. 28–51; vgl. *Thomas Klein/Rainer Unger*, Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Großbritannien und den USA, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 53 (2001) 96–110.

⁷⁸ Vgl. *Klaus Hurrelmann*, *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, 5. Aufl., Weinheim 2003; vgl. auch *Peter Dabrock/Karl Gabriel*, *Einladung zum Missbrauch. Eine Kritik aktueller gesundheitspolitischer Stellungnahmen der Kirchen*, in: *Herder Korrespondenz* 57 (2003) 403–406.

zierungsproblems, die Ausweitung des finanziellen Rahmens, sondern auch die zweite Lösungsmöglichkeit, Rationalisierung *und* allgemeine Rationierung von Gesundheitsleistungen, vorzuzugswürdig gegenüber dieser dritten Möglichkeit, einer Aufspaltung der Gesundheitsversorgung nach Kaufkraft, Einkommen oder Vermögen.⁷⁹ Ein Verbot privater Zusatzversicherungen erscheint aber ebenso wenig sinnvoll wie eine wirksame Unterbindung illegaler Privilegierung (etwa in Form von Bestechung auf der Mikroebene) realistisch erscheint. Die Wirkungen sozio-ökonomischer Selektion schlugen folglich im Fall der harten Rationierung bei einem unzureichenden Niveau der allgemeinen Basisabsicherung noch stärker zu Buche als bei einfacher weicher Rationierung (durch die hinzukommenden Ausgaben für Korruptionszwecke oder durch Reisekosten sowie durch ungleiche Informationsmöglichkeiten). Auch aus diesen Gründen erscheint eine *umfassende* allgemeine und einheitliche Versorgung der Menschen mit gesundheitsrelevanten Gütern sozialetisch geboten.

5. SCHLUSSBEMERKUNGEN

In diesem Beitrag wurde das Verfahren der Legitimation einer umfassenden allgemeinen öffentlich institutionalisierten Versorgung der Menschen mit gesundheitsrelevanten Gütern auf der Grundlage einer normativen Theorie der Anerkennung dargestellt und erläutert. Ausgangspunkt war die Annahme vorgängiger intersubjektiver Anerkennungserwartungen in prinzipiell allen Kommunikationsprozessen von Person zu Person; diese Annahme ließ sich im Rekurs auf die psychoanalytische Erforschung frühkindlichen Imitationsverhaltens erhärten. Systematisch entfaltet wurde der Ansatz anhand der Anerkennungstheorie Hegels: Einerseits wurden die wichtigen Elemente der liberalen Theorie, grundlegende Freiheits- und Bürgerrechte sowie die ökonomische Systemlogik

⁷⁹ Zur ethischen Rationierungsdebatte vgl. *Weyma Lübke*, Rationing – Basic Philosophical Principles and the Practice, in: *Friedrich Breyer/Hartmut Kliemt/Felix Thiele* (Hg.), Rationing in Medicine (Anm. 65), 105–117 (sowie ferner die übrigen Aufsätze ebd.); *Volker H. Schmidt*, Veralltäglichung der Triage (Anm. 62); *Weyma Lübke*, Veralltäglichung der Triage? (Anm. 62); *dies.*, Das Problem der Gleichheit in der ‚Numbers‘-Debatte, in: *Oliver Rauprich/Georg Marckmann/Jochen Vollmann* (Hg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der Medizin, Paderborn 2005, 105–125; *Dieter Birnbacher*, Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen. Eine utilitaristische Perspektive, in: *Thomas Gutmann/Volker H. Schmidt* (Hg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, 91–109 (sowie ferner die übrigen Beiträge ebd.); *Bettina Schöne-Seifert*, Fairneß und Rationierung im Gesundheitswesen?, in: *Wilhelm Kirch/Hartmut Kliemt* (Hg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Regensburg 1997, 42–55.

des Marktes („bürgerliche Gesellschaft“) in die Systematik integriert; zugleich jedoch konnte andererseits die sozialetische Notwendigkeit von Strukturen der Anerkennung („Sittlichkeit“) gezeigt werden, zu denen auch eine öffentlich garantierte umfassende allgemeine Gesundheitsversorgung gehört. Nicht bestritten wurde, dass es hinsichtlich einer solchen Gesundheitsversorgung „Zielkonflikte“ (*Engelhardt*) gibt. Ausgaben für das Gesundheitswesen müssen im Hinblick auf den Umfang der Gesamtausgaben ebenso gerechtfertigt werden wie im Vergleich zu anderen Ausgaben sowie gegenüber jenen, die sie finanzieren. In den entsprechenden öffentlichen, wissenschaftlichen und politischen Diskursen wird man aus der Perspektive einer Sozialethik, die auf die Grundbegriffe von Intersubjektivität und Anerkennung rekurriert, die sozialen Anerkennungserwartungen kranker Menschen ins Spiel bringen und insistieren, dass die Aufwendungen, die eine Gesellschaft bereit ist, für das Gesundheitssystem zu erbringen, der sozialen Wertschätzung entspricht, die diese Gesellschaft bereit ist, ihren kranken Mitgliedern entgegenzubringen.