

Masern, Maserati, Madonna...
Die Sorge im modernen Gesundheitswesen

Georg Kohler

I. Wie viel Gesundheit braucht der Mensch?

„Wieviel Gesundheit braucht der Mensch?“ – Der Titel spielt auf eine Erzählung von Tolstoi an; auf die Geschichte vom habsüchtigen Bauern, der sich an einem einzigen Tag zu Tode arbeitet: „Wieviel Erde braucht der Mensch?“ Der Bauer stirbt, weil er sich mit allen Kräften um das bemüht, was ihm als das gute Leben erscheint – nämlich eben *zu haben*; sehr viel zu haben, also möglichst alles Land zu haben, das er in einem Tag erpflügen kann. Die Anstrengung ist tödlich. Am Ende braucht er gar nichts mehr. Nur die anderen benötigen ein bisschen Erde, um seine Leiche zu begraben.

Der Sinn der Parabel ist klar: Kritik an der menschlichen Neigung zu Masslosigkeit und Grössenwahn; eine Tendenz, die mit der Struktur unseres Selbstbewusstseins grundsätzlich verknüpft zu sein scheint. Direkt oder indirekt kann sie jeder menschlichen Existenz gefährlich werden. Tolstois Geschichte ist eines der sehr vielen Gleichnisse für das, was bei den alten Griechen *Hybris* – der Hochmut der Selbstverkenning – heisst. Das Entscheidende all ihrer poetischen Darstellungen liegt nicht darin, zu stoischer Daseinsverachtung zu bewegen. Es sind auch nicht Karfreitagspredigten, die das irdische Dasein als eine Prüfungsfrist zugunsten einer besseren Lebensweise, der Erlösungsform hiesigen Lebens im himmlischen Jenseits, plausibel machen sollen. Es geht durchaus um das, was gutes Leben unter irdischen Bedingungen ausmacht. Nämlich um die Fähigkeit, die richtigen Gleichgewichte zwischen Tun-Wollen und Sein-Lassen zu finden; die Balance in der Anerkennung unserer Endlichkeiten *und* in der Anstrengung, über sie hinauszuwachsen.

Das alles sollte man im Kopf behalten, wenn es um die Frage geht, worin das sinnvolle Mass medizinischer Versorgung und gegenwartsspezifischer, sozialstaatlicher „Sorge“ besteht: „Wie viel Gesundheit braucht der Mensch?“ Wenn wir ehrlich sind, lautet die spontane Entgegnung: „Soviel als irgend möglich!“. Insoweit ist sie der Antwort analog, die der tolstoische Bauer durch sein Verhalten gibt. Vielleicht sind wir aber, angesichts seines Schicksals, immerhin bereit, zu relativieren und zu sagen: „Soviel Gesundheit wie *sinnvollerweise* möglich ist.“

Bevor ich überlege, was das – sinnvollerweise – bedeuten kann, will ich tun, was von Philosophen üblicherweise erwartet wird; Reflexion auf den theoretischen Hauptbegriff. „Gesundheit“ – was ist das eigentlich?

Sogleich sind wir auf die berühmt-berüchtigte WHO-Formel verwiesen, wonach Gesundheit als der „Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ zu definieren sei. Von dieser tollkühnen Umschreibung möchte ich vorerst aber die Finger lassen und Gesundheit nicht material, wie das die WHO-Formel tut, diskutieren, sondern *formal*. Dies aus dem simplen Grund, dass das Problem der Formel auf der Hand liegt: ihre immanente Unendlichkeit. Die WHO-Formel macht Gesundheit zu einem Hybris-Wort. Durch diese Beobachtung wird etwas von dem sichtbar, was die formale Seite des Gesundheitsbegriffs charakterisiert; seine konstitutive Grenzenlosigkeit im Kontext der *condition humaine*. Denn es gehört zum Mensch-Sein, nie völlig gesund zu sein, aber sich auf dieses Ideal immer schon bezogen zu finden. Nur darum haben wir die ewiggesunden Götter Griechenlands, diese unverwüsthlich alterslosen Bewohner des Olymp erfunden. Oder den christlichen Himmel, in dem sogar wir Sterblichen alle das Heil, die endgültige Heilung finden können.

II. Gesundheit als Letztbegriff

Wohin sind wir unterwegs? - Das ist die Frage, die sich beim Blick auf die Idee der Gesundheit im Spiegel des medizinischen Fortschritts aufdrängt. Bei der Betrachtung seines Ganges kann man drei Welten unterscheiden: die „Masern-Welt“, die „Maserati-Welt“ und die „Madonna-Welt“. Die zuerst genannte Welt ist historische Vergangenheit; die an zweiter Stelle erwähnte entspricht unserer Gegenwart; die dritte zeigt – vielleicht – die baldige Zukunft. Den drei Welten entsprechen bestimmte gesellschaftliche Praktiken. In der „Masern-Welt“ bemüht sich die Medizin, mehr oder weniger erfolgreich, um die Wiederherstellung akut kranker bzw. verletzter Patienten. Was Gesundheit bedeutet, ist unmittelbar klar: Befreiung von einem offensichtlichen Leiden. Die „Maserati-Welt“ will dies natürlich auch leisten, aber sie tut es (oder möchte es tun) auf dem neuesten Stand der Wissenschaft; und zwar prinzipiell für jede vermutete Besserungsmöglichkeit und grundsätzlich für jeden Patienten oder jede Patientin, ganz egal, welche Eigenschaften diese sonst noch haben.

Dass die „Maserati- Welt“ eine sehr limitierte Oberfläche besetzt, muss freilich ausdrücklich angemerkt werden. Die spezifischen Probleme, die ihren Regeln erwachsen, können nur in

den reichen Gesellschaften der Gegenwartsmoderne vorkommen. Von einer „Maserati-Welt“ in Kenia oder Uganda zu reden, wäre so uninformiert wie zynisch.

Die „Madonna-Welt“ schliesslich ist diejenige, in welcher die Medizin die immanente Unendlichkeit des formalen Gesundheitsbegriffs systematisch zugunsten der Ausdehnung ihres Wirkungsfeldes ausnutzt; und zwar im Verein mit wirtschaftlich-technischen Entwicklungschancen und getragen von ökonomischen Interessen. In der „Madonna-Welt“ erklärt uns die Medizin – frei nach Dr. Knock – für a priori therapiebedürftig, für prinzipiell heil-los und ergo für ewig krank; jedenfalls so lange, solange sie noch nicht eingreift. In diesem Horizont wird selbst das Altern zur Krankheit und die Schrumpfung von allerlei Jugendattributen sowieso. „Tod dem Tod!“ und „Forever young!“ sind die Parolen, und die Patronin, die den Triumph der Medizin beschützt und überglänzt, ist die scheinbar ewig junge Pop-Artistin mit dem Künstlernamen „Madonna“...

Formal betrachtet ist Gesundheit also ein Letztbegriff wie „Glück“. Glück und Gesundheit haben durchaus eine enge Beziehung, insofern Gesundheit normalerweise ein Element dessen ist, was wir mit „Glück“ intendieren.

Doch was bedeutet „Letztbegriff“? Ich halte mich ans Beispiel „Glück“. „Glück“ ist der Name für das umfassende Projekt menschlicher Existenzweise und menschlicher Lebendigkeit, welche letztere ja immer auf etwas aus ist: auf Liebe, auf Macht, auf Anerkennung, auf Erfüllung irgendwelcher innerer Anforderungen u.s.w. Fragt man nun, warum man diese Ziele erstrebt werden, kann die letzte Antwort nur lauten: um zufrieden, um *glücklich* zu werden und zu sein. „Glück“ ist also das letzte, umfassende Ziel, das alle anderen Ziele überhaupt erst sinnvoll und als Ziele verständlich werden lässt.

Das Gesagte impliziert nicht, dass „Glück“ und „Gesundheit“ letzten Endes dasselbe sind; ganz und gar nicht. Auf diesen Unterschied wird gleich zu achten sein, doch vorweg ist festzustellen, dass wir erstens Krank-Sein als etwas erleben, das im Prinzip nicht gut und zu überwinden ist, Gesundheit also ein Gut darstellt, das als Letzthorizont unserer Wünsche jeden Gesundheitsmangel aufzuheben verlangt; und zweitens, dass wir „volles“ Glück letztlich mit Heil-, also völligem Gesund-Sein verbinden. Gesundheit ist mithin Letztbegriff formaler Art in der Weise, dass sie zur menschlichen Lebenssinnavorstellung überhaupt gehört. Indes: Ist Gesundheit darum auch ein „höchstes Gut“ (als solches wird sie ja gelegentlich – und in gesundheitspolitischen Debatten mit grösster Emphase – bezeichnet)? – Nein, dies gerade nicht! Denn von der Gesundheit als „höchstem Gut“ zu reden, hiesse dem zu verfallen, was man „Gesundheitsreligion“ nennen darf; eine Haltung, die ebenso verbreitet wie, paradox gesagt, „lebensgefährlich“ ist. All dies zerrüttend, was

nötig ist, um menschliche Lebendigkeit sinnvoll, d.h. mit dem Sinn für ihre natürliche Rhythmik, zu vollziehen. Dazu ein Zitat des Mediziners *Manfred Lutz*:

„Gesundheit heisst das Zauberwort. Man muss etwas tun, um gesund zu bleiben, zu werden oder wieder zu werden. Die Inbrunst, mit der man sich darum bemüht, sich dafür aufopfert, erinnert an Religion. Die Gesundheitsreligion herrscht schichten-, partei- und konfessionsübergreifend in jedem Winkel unserer Gesundheitsgesellschaft. Selbst in den Raucherreservaten, die es noch gibt, raucht man mit schlechtem Gewissen. Auch der Begriff der Sünde wird heute eigentlich nur noch gesundheitsreligiös verwendet. Etwa beim Verzehr von Sahnetorte.

Das hat alles allerdings katastrophale politische Folgen. Ein Politiker, der die Absicht hat, auch weiterhin gewählt zu werden, muss Sätze ausstossen, die dem Sinne nach bedeuten: Wir wollen für die Gesundheit nicht weniger als alles tun. Dennoch, für die Krise der Gesundheitssysteme sind nicht Politiker verantwortlich, sondern eine im Gesundheitswahn dahintreibende Gesundheitsgesellschaft, die die Politik immer wieder zu halsbrecherischen Kapriolen aufs Hochseil scheucht. Jede demokratische Gesellschaft hat die Politiker, die sie verdient, und solange wir in allen Geburtstagsreden von Flensburg bis Passau Gesundheit als ‚höchstes Gut‘ preisen, müssen wir uns nicht wundern, dass Gesundheitspolitik seit mindestens zwanzig Jahren nicht mehr wirklich stattfindet.“¹

Weshalb aber ist Gesundheit *nicht* „höchstes Gut“? – Weil zum menschenmöglichen guten Leben auch das Sich-Einsetzen für Andere und für Ideale wie Gerechtigkeit und Freiheit oder, weniger grossartig, für Ehre und Ruhm gehören. Ziele, die unter Umständen riskante Taten einschliessen, Handlungen, deren Erfolg oft mit dem eigenen Tod bezahlt wird. - Literatur, die Werke aus dem Opernrepertoire, die grossen, traurig-schönen Filme von „Alamo“ bis „Titanic“: sie alle erinnern immer wieder daran, dass es Situationen gibt, in denen Gesundheit und Leben um jeden Preis nicht mehr die höchste Güter sind; auch nicht in unserem, wie die Zeitdiagnostiker es nennen, „postheroischen“ Zeitalter.

„Gesundheit“ ist ein Begriff, der formal durchaus den Charakter eines Letztbegriffs hat, mithin ein Ziel bezeichnet, dem wir immer irgendwie verpflichtet sind, allerdings nicht um jeden Preis. Auf diesen Unterschied will ich aufmerksam machen, wenn ich von der *formalen* Seite den *materialen* Aspekt der Gesundheit trenne. Und indem ich darauf

¹ Die Zeit, 17.4.2008, S. 45f.

hinweise, dass Gesundheit nicht „höchstes Gut“ im *absoluten* Sinn ist; ein Wert, dem alle anderen Werte bedingungslos zu unterordnen wären. Eben darum sind Glück und Gesundheit nicht schlicht gleichzusetzen. Gesundheit ist also ein relatives Gut, doch von besonderer Art. Es ist zwar letztes Ziel, aber „Hienieden“, für uns irdische Menschen, ist sie „letztes“ Ziel allemal in zweiter Priorität. Aus dem Gesagten resultiert eine Bestimmung des Gesundheitsbegriffs, die ich jetzt diskutieren möchte.

Gesundheit sei von besonderer Art, aber doch ein relatives Gut. Wenn wir Gesundheit als relatives Gut bestimmen, stellt sich die Frage, welche Instanz für die Regulierung der Relationen zwischen der Gesundheit und den anderen Gütern zuständig ist. Ist es die Politik, ist es die Sitte, die Moral, ist es die Religion? – Ich schlage als Antwort „Selbstsorge“ vor. - Was ist darunter zu verstehen?

III. Selbstsorge und Wertewandel

„Selbstsorge“ ist ein Begriff, der in der neueren ethischen Diskussion, gelegentlich gebraucht wird. Es ist Michel Foucault gewesen, der ihn in den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts prominent gemacht und ihn mit der Idee einer „Ästhetik der Existenz“ verknüpft hat.² Mit ihm wendet sich Foucault gegen ein Konzept von Moral, das für alle Fälle die Regel bereithält, nach der wir uns richten müssen: Moral als Katechismus, der von oben und von aussen her sagt, was richtig ist und was falsch. Stattdessen plädiert Foucault für die Möglichkeit moralischer Selbstformung, die sich daran orientiert, dass jeder und jede für sich selber sein/ihr Leben zu leben und es gut und sinnvoll zu gestalten hat. Als (Kunst)Werk gewissermassen, das Anfang und Ende besitzt und wohlproportioniert sein muss, will man es als gelungen betrachten. Foucault spricht deshalb ausdrücklich von der *Ästhetik* der Existenz. Er will dadurch deutlich machen, dass wir für unser Leben die Massstäbe des Richtigen nirgendwoher sonst holen können, als aus der speziellen, je eigenen Anlage und Aufgabe, aus der heraus - wie bei der künstlerischen Produktion – angemessene Form zu entwickeln ist. Und wie der Künstler ist man zwar allein zuständig für das Werk der Selbstgestaltung, doch zugleich dafür verantwortlich, dass es die anderen anspricht und inspiriert.

„Selbstsorge“ bedeutet nicht „Selbstverantwortung“ im Sinn libertärer Egozentrik, keine rabiat eigennutzorientierte Selbstbehauptungspraxis, wie sie von ultraliberalen

²Vgl. etwa: Michel Foucault, Warum ich Macht untersuche: Die Frage des Subjekts, in: H.L.Dreyfus/P.Rabinow, Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik, (dt.) Frankfurt a.M. 1987; sowie: ders., Zur Genealogie der Ethik: Ein Überblick über laufende Arbeiten, in: H.L. Dreyfus/P.Rabinow (1987).

Markttheoretikern empfohlen wird. Grundlegend für das Konzept der „Selbstsorge“ ist die Vorstellung, dass Menschen ihr Leben selbstbewusst und selbstbestimmt zu führen haben; dass zweitens dazu sowohl die Anerkennung der eigenen Zielkonflikte und Wahlnotwendigkeiten gehört wie das Wissen um die eigene Endlichkeit und Befristetheit, und drittens, dass Leben niemals wahrhaft erfolgreich zu führen ist, wenn verdrängt wird, dass wir auch Teil grösserer Gemeinschaften sind und in solidarischen Beziehungen zu unseren Mitmenschen stehen „Selbstsorge“ ist mithin nichts anderes als der Name für die Anstrengung, aus unserem Dasein ein Ganzes zu machen, das alle Aspekte menschlicher Lebendigkeit zu umfassen vermag.

Das klingt einleuchtend, aber auch abstrakt-unverbindlich. Doch nur auf den ersten Blick; dann, wenn man die Idee der Selbstsorge nicht in konkrete Situationen einführt. Das ändert sich, wenn man sie auf bestimmte Kontexte bezieht; zum Beispiel auf die Situation des normal und mehr oder weniger unspektakulär Alternden. Also in eine Lage, in die wir uns alle früher oder später individuell einfühlen können. Die Idee der Selbstsorge wird also erst dann wirklich hilfreich, wenn man konstatiert, dass ihr praktischer Gehalt *situativ* zu erfüllen ist. Anspruchsvoll bleibt sie dennoch; nicht zuletzt darum, weil sie durch die Strukturen der gegebenen sozialen Welt nicht gestützt wird.

In der gegenwärtigen Welt ist die Selbstsorge im skizzierten Sinn nämlich fast nur die Sache der Einzelnen. Die generell geltenden, allgemeinen gesellschaftlichen Orientierungssysteme, diejenigen Wertordnungen, die früher die persönliche Ethik, die subjektiven Verhaltensregulative befestigt haben, unterstützen sie nicht. Aus dem einfachen Grund, weil sie in ununterbrochenem Wandel begriffen sind; in einer Veränderung, die die Einzelnen und ihr Selbstverständnis nicht bestärkt, sondern irritiert und in Frage stellt.

Was sind Werte? – Werte sind die Orientierungsmittel der praktischen Vernunft, die uns erlauben, zu unterscheiden zwischen dem Guten und dem Schlechten, zwischen dem Nützlichen und dem Überflüssigen, dem Unerlässlich-Notwendigen und dem Grössenwahnsinnigen. Leider sind diese Orientierungshilfen nichts so Festes und Ständiges wie die Fixsterne am Firmament. Werte stehen in unmittelbarem Verhältnis zum jeweils vorhandenen Können und zum aktuellen Vorrat des zeitgeschichtlich Möglichen, d.h. zu den gesellschaftlichen Chancen, die realisierbar sind, wenn wir uns fragen, was wir wollen, sollen und was wir nicht tun dürfen.

Werte sind kollektive Leithinsichten, doch sie sind zugleich abhängig von historisch sich mehr oder weniger rasch verändernden zivilisatorischen Voraussetzungen sowie von sozialen Strömungen. Sie bilden ebenso die *Fundamente* persönlichen und kollektiven

Verhaltens wie sie *Effekte und Wirkungen* übergreifender Prozesse und Vorgänge sind. Um es mit einem Bild zu sagen: Werte (nicht unbedingt alle, aber weitaus die meisten) sind Leuchttürme, die auf Flossen im Meer der historischen Bewegung stehen. Je stürmischer der Wind des Fortschritts bläst, desto unsicherer darum ihre Orientierungsleistung. Damit ist man bei den Gründen und Problemstellungen angelangt, die sich zeigen, wenn ernsthaft überlegt wird, warum wir – bei allem Lob der Selbstsorge – schnell in grösste Verlegenheit geraten, wenn es um Dinge wie Gesundheit und medizinische Versorgung geht.

Im Folgenden will ich auf eine paar elementare Tatsachen hinweise, die erklären, weshalb diese gegenwartsmoderne Sorge, die den scheinbar harmlose Name des „Gesundheitswesens“ trägt, für ein Thema steht, das uns alle fast zwingend überfordern muss.

Die Tatsachen sind: (a) Es ist historisch ziemlich neu, dass, zum Patienten professioneller Medizinalbetreuung zu werden, besser ist, als *nicht* in die Hände der Ärzten zu fallen. (b) Deshalb gibt es historisch kaum anschlussfähige Erfahrungen dafür, wie etwa Markt und Gesundheitswesen erfolgreich zu verbinden wären. (c) So, wie früher ein allen Menschen zugängliches Recht auf die mögliche Erlangung ewigen, freilich jenseitigen Lebens garantiert war, so soll den Menschen (das glauben jedenfalls Angehörige der postchristlich-säkularisierten Welt) das Recht auf ein möglichst ausgedehntes irdisches Dasein gesichert werden. Nicht zuletzt aus diesem Grund wird aus dem Gesundheitswesen schnell eine „Gesundheitsreligion“.

Die beiden ersten Feststellungen betreffen historische Fakten, die dritte These bezieht sich auf die aktuell verbreitete normative Einstellung. Alle drei Tatbestände zusammen sorgen angesichts der Frage nach der finanziellen Sicherung von (c) für die bekannten Diskussionsschwierigkeiten. Dass Selbstsorge, die ja – gemäss obiger Umschreibung – den Sinn für die Beschränktheit der eigenen Vitalität und Lebensdauer enthält, soziologisch betrachtet eine eher unwahrscheinliche Leistung darstellt, ist nun, entlang den drei Thesen zu verdeutlichen.

IV. Von der Masern- zur Madonna-Welt

De facto, so versichern uns die Medizinhistoriker, konnten Ärzte früher nur sehr wenig für ihre Patienten tun. Darum war die generelle Einstellung gegenüber der Krankheit so etwas wie ein stoischer Fatalismus, den man durch religiöse Überzeugungen (oder durch Aberglauben) zu bewältigen suchte – und ab und zu sogar in echte Weisheit zu

verwandeln vermochte. Eine allgemeine Gesundheitsversorgung existierte nicht, aus der Volksmedizin erwuchs bisweilen eine Art von Gemeinschaftsversorgung auf lokaler Ebene³, aber die Gilde der Ärzte war daran nicht besonders interessiert. Liest man die Akten von Krankheitsgeschichten und Behandlungsberichten (etwa der französischen Könige) war es eher ein Glück, nicht von allzu viel ärztlicher Zuwendung behelligt zu werden. Louis XIV. beispielsweise wurde ein erbarmungswürdiges Opfer der damaligen Heilkünstlerzunft. Man riss ihm sämtliche Zähne aus, verletzte dabei den Gaumen so schwer, dass dort ein Loch entstand; was fortan dazu führte, dass der *roi soleil* beim Essen die mit dem Mund aufgenommenen Nahrungsbrocken durch die Nase gelegentlich wieder auswarf.

Was also für die Zeit vor dem 19. Jahrhundert feststeht, sind sowohl die medizintechnische Ohnmacht der Gesellschaft als auch die dazu passende Ethik und Moral des Ertragens solcher Plagen wie Seuchen, Gebrechlichkeit und frühem Tod, sowie drittens das sozialpolitische/sozialstaatliche Nichtvorhandensein von Solidarsystemen im Bereich von Gesundheitspflege und Krankenversorgung. Die Werte, die unter diesen Umständen gelten, sind die Werte der Demut, des Umgangs mit dem knappen Gut des Glücks, noch nicht siech zu sein, des Vertrauens auf Heil und Heilung im Jenseits und natürlich die Werte der familialen Kleingruppenethik. Sterben war keine einsam-anonyme Sache im Spitalbett, sondern eine Angelegenheit von halböffentlicher, ziemlich streng ritualisierter Form. Das alles ändert sich dramatisch mit der ungeheuren Erweiterung der menschlichen Handlungsvermögen durch Wissenschaft, Technik, industrielle Wirtschaftsform und liberaldemokratische Staatlichkeit, also durch die Expansion der prometheischen Menschenmacht, die nach der französischen Revolution im 19. Jahrhundert beginnt, und die sich seither nicht bloss fortsetzt, sondern noch ständig beschleunigt.

Kennzeichnend für die Gegenwartsmoderne sind darum gerade die konträren Entwicklungen zu den stabil-uralten Verhältnissen der Zeit vor Semmelweis, Virchow, Pasteur, Koch und wie sie sonst hiessen. An die Stelle ärztlicher Ohnmacht tritt medizinisch relevantes Wissen und Können, tritt die auf den menschlichen Leib gerichtete Macht von moderner Wissenschaft, Technik und Industrie. An die Stelle einer Ethik der Knappheit tritt eine Moral der Chancen und des Überflusses. Und an der Stelle familialer Strukturen bilden sich die Systeme des demokratisch legitimierten Wohlfahrtsstaates aus. Unweigerlich verknüpft mit diesen Umstellungen ist aber in allen drei Bereichen – im Bereich des Könnens (Wissenschaft und Technik), im Bereich des Sollens (Ethik und Werte), im

³ Vgl. dazu in diesem Band: G. Schwerhoff,.....

Bereich des Verteilens (Politik und Wohlfahrtsstaatlichkeit) – das Problem der Grenzen, genauer gesagt: das paradoxe Problem von Grenzen, die gleichzeitig als verschiebbar-fluide und dennoch als gefährlich nahe und scharfe Klippen erscheinen. (Das ist mein zweites Bild für das heutige Orientierungsproblem, das ich zuerst mit der Metapher der auf Flösse gestellten Leuchttürme im Sturm zu fassen versucht habe.) Kein Wunder also, dass wir in solcher Lage nervös werden: Die Ethik der Knappheit passt gut zur Masern-Welt, doch auch in der Maserati-Welt mit ihrer Ethik der Chancen gibt es Grenzen, Klippen und zerstörerische Strudel; nur verschieben sich diese dauernd so rasch, dass uns schwindlig wird...

Es ist evident, dass das Thema der Aufhebung scheinbar unverrückbarer, natürlicher Begrenzungen der menschlicher Tatmacht durch die moderne Wissenschaft und Technik wie von selbst in die Bereiche der Moral, der Werte und der Politik hinüberführt. Das ist einfach zu begreifen - und wenig beruhigend. Ungemütlich wird es nämlich, wenn man die Zusammenhänge genauer analysiert und dabei die Interferenzen nicht ausser Acht lässt, die zwischen den drei, zunächst getrennt eingeführten, Bereichen des Könnens (Wissenschaft und Technik), des Sollens (Ethik) und der Politik spielen. Das anwachsende Können bringt unvermeidlich die Moral der Knappheit, die Moral der permanenten Konfrontation mit den Fakten menschlicher Endlichkeit, zum Verschwinden und schafft dadurch Platz für das, was wir „Hedonismus“, „Individualismus“, „Perfektionismus“ nennen. Was alles freilich geschieht, ohne die Grundtatsache abschaffen zu können, dass wir Menschen am Ende eben doch Menschen, endliche Wesen bleiben und nicht unsterbliche Götter sein können.

Man könnte diesen Übergang von der Moral der Knappheit zur Ethik der Chancen in vielerlei Perspektiven erörtern, in denen sichtbar wird, wie sehr durch die Handlungsfreiheiten der Moderne das Problem der Grenzsetzung vergrößert wird. Nennen will ich von diesen Perspektiven nur zwei: die Konsequenzen für die Idee kollektiver Solidarsysteme und die charakterverändernden Folgen der Erfahrung des (scheinbar grenzenlosen) Fortschritts in eine offene Zukunft. Beide Wirkungen kommen darin überein, dass sie einerseits den irdischen – also befristeten – Daseinssinn der menschlichen Existenz betonen und zugleich die Illusion der Parole „*Forever young*“ befeuern. Was das für den Betrieb des Gesundheitswesens als einer öffentlich-solidarischen Gesellschaftspflicht bedeutet, lässt sich unter dem Stichwort der „Umstellung von der Seel- zur Körpersorge“ skizzieren:

Dass die Kirche allen Menschen in der Weise zugänglich sein muss, dass sie mit ihrer institutionellen Hilfe in den „Himmel“ kommen können, das war der Basiskonsens der vormodernen Gesellschaft im christlichen Europa.⁴ Heute, da der Glaube ans ewige Leben nicht mehr recht trägt, ist an dessen Stelle der Glaube an die möglichst lange *irdische* Existenz getreten. Und so wie die Institution zu Gunsten des Lebens-in-Ewigkeit für jedermann da war, so soll nun eben auch die Institution zur Erlangung möglichst langer irdischer Lebensdauer für alle Menschen offen sein.⁵ Die Urhoffnungen der menschlichen Seele auf Erlösung werden nun nicht mehr am „Himmel“ festgemacht, sondern am Eingang (genauer gesagt: am Ausgang) der „Wiederherstellungsanstalt für physiologische Perfektion“, zu deren Endfigur und Vollendungsform irgendwann nicht mehr der normale Spital zählt, sondern die Schönheitsklinik mit „Madonna“ als Schutzpatronin.

Weil dem Menschenwesen ein unstillbarer Drang nach grenzenloser Steigerung der eigenen Selbstmacht und nach absoluter Vollkommenheit inne wohnt, bedeutet die durch die Fortschrittserfahrung ermöglichte Umstellung von der Moral der Knappheit zur Ethik der Chancen für das Gesundheitswesen fast unausweichlich die Inbetriebnahme einer gewaltigen sozialen und ökonomischen Wunschmaschine. Es kommt zur Fabrikation immer neuer Sehnsüchte und ihrer Erfüllungsversprechen; jener Kreislauf setzt ein von Bedürfnisanreizung, vorläufiger Befriedigung und erneuter Frustration, den wir als Kinder der Marktwelt und ihrer Konsumparadiese nur allzu gut kennen. Dass diese Logik nicht nur auch, sondern erst recht dort wirkt, wo es um unser physisch-irdisches Wohlbefinden und Glück geht, ist klar - damit auch, weshalb der Weg von der Masern- zur Maserati-Welt und weiter in den zutiefst illusionären Madonnahimmel hinein treibt.

V. Selbstsorge, Solidarität und Suffizienzprinzip

Das von der Dynamik des wissenschaftlich-technischen Fortschritts und den Logiken der Marktwirtschaft angetriebene Gesundheitswesen *muss* immer teurer werden bzw. immer mehr kosten. Dass das nicht nur Nachteile hat, ist jedem einleuchtend, der nach den Treibern ökonomischen Wachstums sucht. Nun gehört zur Entwicklungslogik der gegenwärtigen, „postindustriellen“, „informationsgesellschaftlichen“ Sozialwelt notwendigerweise ein schärferes Heraustreten der materiellen Ungleichheiten und der

⁴ Das heisst nicht, dass die kirchlichen Leistungen gewissermassen gratis zu haben waren. Es besagt nur, dass „in den Himmel zu kommen“, prinzipiell allen (Christen) gleichermassen möglich sein musste. Diese Chance gehört zum Kerngehalt der christlichen Idee der Gotteskindschaft.

⁵ Jedenfalls zählt die Vorstellung einer egalitaristischen Gesundheitsversorgung zu den normativen Basisannahmen der zeitgenössischen Sozialstaatsdemokratie.

Unterschiede in den Lebenschancen, die mit den verschiedenen sozialen Gruppen verbunden sind. Die vergleichsweise egalitäre Sozialstruktur der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verwandelt sich in ein tendenziell inegalitäres Schichtensystem. Nur im Gesundheitswesen darf das in keiner Weise anerkannt werden – jedenfalls dann nicht, wenn man die Idee des gleichen Anspruchs auf das „ewige Leben“ auf die Versprechungen und Chancen der Medizin überträgt. Was zur Folge hat, dass alle Diskussionen über Gesundheit, Gesundheitswesen und Gesundheitskosten über ziemlich unmittelbar in eine politische Auseinandersetzung über den Sozialstaat und dessen Ausgestaltung münden. Das ist eine Tatsache, die in unserem Kontext ein Thema der politischen Praxis par excellence auftauchen lässt: das Thema „Selbstsorge und soziale Verantwortung“.

Das ist nun allerdings eine so grosse Sache, dass ich abschliessend nicht viel mehr als ein paar Gedanken über die schlichte Notwendigkeit, ihm nicht immer auszuweichen, äussern kann. Denn offensichtlich ist Verdrängen und Ausweichen das, was geschieht; auf allen Ebenen – der Politik, der Ökonomie, und auch auf der Ebene der Ethik.

Es ist evident, dass mit dem Thema Selbstsorge und soziale Verantwortung oder : Sinn und Grenzen des Sozialstaates schwierigste Verteilungsfragen verbunden sind und dass dabei das Schreckwort der Zwei-Klassen-Medizin nicht mehr zu verdrängen ist. Aber ist Selbstsorge – in der Weise wie ich ihren Sinn umschrieben habe – etwas so völlig Irreales, dass es aussichtslos erscheint, über ihre mögliche Wirksamkeit genauer nachzudenken? Man braucht ja die Fähigkeit der Menschen nicht allzu pessimistisch zu beurteilen, das eigene Leben bedacht und in Anerkennung seiner Grenzen zu führen. Grenzen, die einen nötigen, auf das Wohlwollen der anderen zu achten und auf die eigene Sterblichkeit ebenso. Also zu verwirklichen, was Selbstsorge eben bedeutet.⁶

Selbstsorge verlangt vor allem, dass nicht und nichts verdrängt wird, wenn wir uns mit unserer je eigenen Existenz beschäftigen und mit der gegenwärtigen Gesellschaft, in der wir sie zu vollziehen haben. Was zur Konsequenz hat, dass alle Fragen, die mit Altern, Pflegebedürftigkeit und Sterben zusammenhängen, zu Katalysatoren praktischer Einsicht in die individuelle Hinfälligkeit werden können und werden müssen. Knappheit, Endlichkeit der Ressourcen, das sind heute in vielerlei Hinsicht Gegenstände öffentlicher und privater Reflexion geworden. Warum soll ausgerechnet die subjektiv aufdringlichste dieser

⁶ An dieser Stelle möchte ich vor einem Kurzschluss noch einmal ausdrücklich warnen; nämlich dass ich *nicht* einer „Selbstverantwortung“ das Wort rede, die von jenen Libertären immer wieder empfohlen wird, die vom Gedanken besessen sind, dass soziale Transferleistungen möglichst zu vermeiden und dass die Lebensrisiken und der Umgang mit ihnen ganz allein die Sache des einzelnen Individuums sind und sein sollen.

Knappheiten, nämlich die der persönlichen Lebenszeit, unserer allgemeinen Bereitschaft zur Nachdenklichkeit entzogen bleiben?

Freilich braucht es dafür auch stets wieder Anstöße und Anlässe, doch die sind ja nicht schwer zu finden. Am leichtesten wohl im Bereich dessen, was „Sozialstaatlichkeit“ heisst und staatlich garantierte „soziale Verantwortung“.

Wer sich damit beschäftigt, gerät rasch ins Minenfeld aller Fragen der sozialen Gerechtigkeit – und damit natürlich in die Todeszone jeder Argumentation, die mit dem Alarmbegriff der „Zwei-Klassen-Medizin“ markiert ist. Um den Ungeheuern dieser Todeszone nicht zu begegnen oder von ihnen nicht gefressen zu werden, bleibt in unserer „Maserati-Welt“, so scheint es, im Grunde nichts anderes übrig, als bedingungslos zu versichern, natürlich müssten, unter medizinischen Gesichtspunkten betrachtet, alle alles vom Feinsten bekommen. Jede andere Antwort erscheint von vornherein als moralisch falsch und ist verheerend für die eigene Position im öffentlichen Diskurs. Ist dies also – „Alles für alle vom Besten!“ – das Leitprinzip, dem wir uns zu unterwerfen haben, wenn wir fragen, was soziale Verantwortung und sozialstaatliche Solidarität bedeuten?

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es tatsächlich sehr häufig so zu sein scheint: Über kurz oder lang steckt man in der argumentativen Falle entweder Fürsprecher des Alles-für-alle-vom-Besten zu sein oder dann der herzlose Advokat der Ungerechtigkeit. Darüber hinaus habe ich den Eindruck, dass sehr viele Akteure des Gesundheitswesens kein Interesse daran haben, der Maserati-Welt und ihren Aporien zu entkommen. - Sie verdienen zu gut an allen Blockaden in dieser Frage, und solange es möglichst ist, die Krankenkassenprämien immer wieder anzuheben und fürs Ungedeckte den Staat zahlen zu lassen, gibt es für sie keinen Grund, einen Ausweg zu suchen...

„*Business as usual*“, das ist eine Maxime, die in vielen präkatastrophalen Zusammenhängen gilt – in der Klimapolitik, beim Ressourcenverbrauch, im Umgang mit den Massen der wirklich Armen jenseits der Grenzen unserer Wohlstandsregionen. Im Blick auf diese Verhaltensform wird man immer wieder an einen bösen Witz erinnert – an den des Mannes, der aus dem 100. Stock des Hochhauses springt und auf der Höhe von Stock 9 erklärt, bis jetzt sei doch alles ganz gut gegangen.

Will man anders handeln, dann sollte als erste Pflicht die Pflicht zur Nicht-Verdrängung anerkannt werden. Was im gegebenen Zusammenhang bedeutet, dass auch der Sozialstaat und seine Finanzierbarkeit vernünftigerweise zu respektierende Grenzen besitzen. Zweitens ist festzustellen, dass der Sozialstaat nicht auf einer einfachen Gleichheitsideologie basieren kann, sondern dass er sich an das „*Suffizienzprinzip*“ halten muss. Das Suffizienzprinzip ist

eine Norm der Solidarität, aber eine, die sich zugleich am Gedanken der Nachhaltigkeit orientiert. Ich zitiere Wolfgang Kersting:

„Der Sozialstaat ist dazu da, dass jeder Bürger *genug bekommt* [Kursivsetzung von mir G.K.]. Zu Recht hat man daher in dem Konzept der Suffizienz den normativen Orientierungsbegriff der Solidarität erblickt und es als überlegene Alternative zum Gleichheitsideal des Egalitarismus betrachtet. Daher wäre die Aufgabe des Sozialstaates nicht erst dann beendet, wenn die grösstmögliche sozio-ökonomische Gleichheit erreicht ist, die mit den Kontinuitätsbedingungen des Marktssystems eben noch verträglich ist. Sondern bereits dann, wenn eine ausreichende Versorgung aller gewährleistet ist, würde sich der Sozialstaat als überflüssig erweisen. Auch der solidaritätsbegründete Sozialstaat reagiert auf Ungleichheit; aber weder erregt ihn die Ungleichheit als solche noch die, die durch die moralisch willkürlichen Begabungsdifferenzen und Unterschiede des Herkommens erzeugt wird. Der Suffizienztheoretiker weigert sich, Gleichheit und Ungleichheit zu moralisieren; (...) Nicht Ungleichheit ist für ihn ein moralischer Skandal, sondern Not, Unterversorgung.“⁷

Das Suffizienzprinzip ist eine Norm der Solidarität, aber eine, die sich auch am Gedanken der Nachhaltigkeit orientiert. Gewiss, das Zitierte bezeichnet eine äusserst allgemeine Vorstellung. Doch können wir einfach in den Wing schlagen, was Kersting- und viele andere – im Hinblick auf den Sozialstaat erinnern? Und können wir tatsächlich ein für allemal darauf verzichten, das Suffizienzkriterium *auch* auf dem Feld der Gesundheitspolitik anzuwenden? Angesichts der vielfältigen Versuchungen, in die illusionären Paradiese der Madonna-Welt auszuwandern? Ist es denn wirklich falsch, auf die Frage „Wieviel Gesundheit braucht der Mensch?“ mit der trockenen Antwort „Nicht die der WHO-Formel, aber jedenfalls genügend“ zu replizieren? Und ist es verkehrt, wenn man aufgefordert wird zu erläutern, was das konkret meinen soll, mit Beispielen zu entgegnen, die unübersehbar machen, dass gerade das Suffizienzprinzip heute immer wieder verletzt wird? Es gibt ja solche Beispiele (und einige kenne ich persönlich) und wenn man selber Beispiele findet, dann kann man diese mit den eigenen Erfahrungen vergleichen - um zu diskutieren, ob das Suffizienzprinzip nicht doch irgendwie funktionieren könnte.

Womit wenigstens eine erste Anleitung für die Suche nach der Antwort auf die Ausgangsfrage „Wieviel Gesundheit braucht der Mensch?“ gefunden wäre.

⁷ Wolfgang Kersting, Theorien der sozialen Gerechtigkeit, Stuttgart 2000, S. 385f.