
Staatsaufgabe – Eigenverantwortung: Eine sozialetische Bewertung

Wilfried Härle

1. „Staat“ und „Gemeinschaft“?

Zunächst eine Vorbemerkung: Die in meinem Thema vorgegebene Gegenüberstellung von „Staatsaufgabe“ und „Eigenverantwortung“ erscheint mir ergänzungsbedürftig. In einer Gesellschaft, in der die Gesundheitsvorsorge bzw. Krankenversicherung ausschließlich eine steuerfinanzierte Aufgabe des Staates wäre, könnte man diese Gegenüberstellung vielleicht als sachgemäß bezeichnen. Sie gilt also möglicherweise für ein bestimmtes, denkbares und teilweise realisiertes Gesundheitssystem, aber nicht für jedes und nicht für unser derzeitiges. Und sie hat die Schwäche, durch die bloße Gegenüberstellung von Einzelem und Staat die Bedeutung der sozialen Verortung und Verankerung des Einzelnen in seinem „vor“-staatlichen sozialen Lebenszusammenhang nicht ausreichend in den Blick zu bekommen.

Um die Struktur des gesundheitspolitischen Handlungsfeldes in unserer gesellschaftlichen Realität angemessen zu erfassen, müssen deshalb mindestens *drei* Größen betrachtet werden: der einzelne gesunde oder kranke Mensch, die Gemeinschaft, deren Teil er ist (von der Familie bis zur Versichertengemeinschaft) und schließlich der Staat, der für den rechtlichen Rahmen einschließlich der rechtlichen Regelung für die finanziellen Bedingungen des Gesundheitswesens zuständig ist.

Bei einer sozialetischen Betrachtung und Bewertung ist zusätzlich noch – auf einer anderen, übergeordneten Ebene – nach den gesellschaftstheoretischen Voraussetzungen zu fragen, die bei einem solchen Modell und bei seiner Bewertung im Hintergrund stehen. Das kommt im Titel meines Beitrags durch die Rede von der „sozialetischen Bewertung“ zum Ausdruck. Hierbei setze ich – als Vertreter einer christlichen Sozialetik – die Verhältnisbestimmungen von Einzelem und Gesellschaft sowie von Bürger und Staat voraus, wie sie über Jahrhunderte hinweg in relativ großer Übereinstimmung in der katholischen Soziallehre und in der evangelischen Sozialetik entwickelt und entfaltet wurden. Im Zentrum unseres Themas steht dabei die Verhältnisbestimmung zweier sozialetischer Grundwerte, die aus der Menschenwürde und dem Gedanken des Gemeinwohls resultieren: Solidarität und Subsidiarität.¹ Dabei verstehe ich unter *Solidarität* die tatkräftige Bereitschaft einer Gesamtheit (Gruppe, Gemeinschaft, Gesellschaft), im Bedarfsfall für den hilfebedürftigen, auf Unterstützung angewiesenen Einzelnen, der ein Teil dieser Gesamtheit ist, einzutreten, einzustehen und da zu sein. Unter *Subsidiarität* verstehe ich die tatkräftige Bereitschaft des Einzelnen, die Bearbeitung und Lösung der eigenen Lebensprobleme so weit wie möglich selbst bzw. im eigenen, nahen Lebenskreis in Angriff zu nehmen und nur im sekundären Bedarfsfall die Unterstützung und Hilfe höherrangiger Verantwortungsträger und Hilfequellen in Anspruch zu nehmen.

2. *Solidarität und Subsidiarität im Gesundheitswesen*

Ich empfinde es als eine Stärke der mir vorgegebenen Themenformulierung, dass die angemessene medizinische Versorgung nicht nur als Staatsaufgabe und als Aufgabe der So-

lidargemeinschaft in den Blick gefasst wird, sondern auch unter dem Stichwort der Eigenverantwortung, also im Blick auf das Prinzip der Subsidiarität. Dagegen könnte man einwenden, das Gesundheitswesen habe seine Leistungen primär dort zu erbringen, wo die Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Eigenverantwortung bereits durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt oder sogar aufgehoben sind, und deshalb gehe es hier eben doch primär, wenn nicht sogar ausschließlich um das Solidarprinzip. Dieses Denken und der aus ihm resultierende Einwand werden immer häufiger und m. E. ganz zu Recht in ihrer grundsätzlichen und generellen Richtigkeit infrage gestellt, weil sie aus einer problematisch begrenzten Sicht auf Gesundheit und Krankheit oder Behinderung resultieren. Sie erfassen zu wenig die konkreten Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen von Krankheiten und tendieren insofern zu einer abstrakten Betrachtungsweise.

Man muss dem freilich sofort hinzufügen, dass es auch die Gefahr einer umgekehrten, entgegengesetzten Einseitigkeit gibt, die dann auftaucht, wenn Krankheit überwiegend oder ausschließlich als Folge der eigenen medizinisch verantwortungslosen Lebensführung und damit als eigene Schuld verstanden wird. Wird diese Sichtweise einseitig betont oder gar verabsolutiert, dann geraten Patienten leicht in die Situation, dass sie für ihr Leiden auch noch selbst verantwortlich gemacht werden. Das kann das krankheitsbedingte Leiden auf eine kaum erträgliche Weise potenzieren, zumal damit ein archaisches religiöses Deutungsmuster reaktiviert wird: Krankheit als Strafe der Gottheit für menschliche Sünde (vgl. Joh 9, 1–3). Im Übrigen verbietet schon das Ernstnehmen der Verletzlichkeit, Endlichkeit und Sterblichkeit jedes Menschen eine Betrachtungsweise, bei der Krankheit und/oder Behinderung primär oder ausschließlich als Resultat eigenen Fehlverhaltens verstanden werden.

3. Das Verhältnis zwischen Vorsorge und Fürsorge im Gesundheitswesen

Vorsorge und Fürsorge unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht: hinsichtlich ihrer handelnden Subjekte, hinsichtlich ihrer Kausalität, hinsichtlich ihrer Mittel bzw. ihres Aufwandes sowie hinsichtlich ihrer intendierten Effekte. Ich beschränke mich auf einige kurze Bemerkungen zu diesen vier Punkten, wobei es mir sinnvoll erscheint, die umgekehrte Reihenfolge zu wählen, also von den intendierten Effekten auszugehen und mit den handelnden Subjekten zu enden:

a. Intendierte Effekte. Verkürzt kann man sagen: Der intendierte Effekt von *Vorsorge* ist es, die Situation möglichst nicht oder möglichst spät oder in möglichst geringem Maß eintreten zu lassen, in der Fürsorge, und zwar ärztliche und pflegerische Fürsorge, erforderlich oder sogar unumgänglich wird. *Vorsorge* dient der *Vermeidung einer Krankheitssituation*, in der der betroffene Mensch auf Fürsorge angewiesen ist. Das ist jedenfalls ein positiv zu bewertender Effekt – nicht deswegen, weil Fürsorge ein Übel wäre oder weil die Situation, in der Menschen auf Fürsorge angewiesen sind, eine entwürdigende oder würdelose Situation wäre, wie man oft hören kann, sondern deswegen, weil Fürsorge eine Belastung (an Zeit, Geld, Arbeit etc.) für diejenigen bedeutet, die sie zu leisten haben. Solche Belastungen sollen wir einander und der Solidargemeinschaft nicht ohne Not zumuten, gerade damit wir sie dann in Anspruch nehmen können, wenn sie wirklich erforderlich sind. Der intendierte Effekt der *Fürsorge* ist im Normalfall die *Wiederherstellung der Gesundheit* und damit auch unserer Handlungs- und Erlebnisfähigkeit, aufgrund deren wir nicht mehr auf Fürsorge (oder jedenfalls nicht auf diese Form der Fürsorge) angewiesen sind, sondern möglicherweise sogar in der Lage, auch wieder Fürsorge für andere zu leisten.

b. Mittel und Aufwand. Die hauptsächlichlichen Mittel medizinischer *Fürsorge* sind ambulante oder stationäre Heilbehandlungen einschließlich der dabei eingesetzten Medikamente, Anwendungen und Hilfsmittel. Die wichtigsten Mittel medizinischer *Vorsorge* sind hingegen rechtzeitige (Vorsorge-)Untersuchungen und eine gesunde, d. h. gesundheitsfördernde Lebensweise (z. B. ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung, mäßiger Gebrauch von Genussmitteln). Ökonomisch betrachtet, ist der Aufwand im Rahmen der *Vorsorge* offenbar unverhältnismäßig geringer als im Rahmen ärztlicher, pflegerischer, medikamentöser oder stationärer *Fürsorge*. *Vorsorge* ist kostengünstig. Deswegen entwickeln immer mehr Krankenversicherungen Systeme von Anreizen, mehr für *Vorsorge* zu tun. Das kann durch Malus- oder Bonussysteme geschehen. Welches von beiden effizienter ist, weiß ich nicht. Atmosphärisch förderlicher sind zweifellos Bonussysteme, weil auch Erwachsene sich lieber belohnen als bestrafen lassen. (Beispiel: Abschläge bei den Beiträgen für Kindergärten in kirchlicher Trägerschaft für solche Eltern, die Kirchenmitglieder sind und daher durch ihre Kirchensteuern dazu bereits einen Beitrag leisten, statt Aufschlägen auf diese Beiträge für diejenigen Eltern, die keine Mitglieder sind und dies dann leicht als eine Art Strafzoll oder Bußgeld empfinden.) Man muss die dafür erforderlichen Mittel aber rechtzeitig einplanen. Warum aber überhaupt Anreize geschaffen werden müssen oder sollten für etwas, dessen intendierter Effekt und dessen Mitteleinsatz für alle Beteiligten positiv ist, darf zumindest gefragt werden. Die Antwort liegt jedoch auf der Hand: Es ist die menschliche Trägheit und Bequemlichkeit, es ist also eine offenbar sehr zuverlässige anthropologische Konstante, aufgrund deren weder die regelmäßige Inanspruchnahme von *Vorsorgeuntersuchungen* noch gar eine gesundheitsfördernde Lebensweise sich von selbst verstehen. Und deswegen werden wohl auch in Zukunft an

dieser Stelle Formen von wirksamer Nachhilfe (was nicht heißen muss: schmerzhafter Nachhilfe) erforderlich sein.

c. *Kausalität*. Dass solche Nachhilfe normalerweise dort nicht erforderlich ist, wo es um medizinische *Fürsorge* geht, hat wiederum anthropologische Gründe: Krankheits-situationen sind in der Regel mit solchen Missempfindungen oder Einschränkungen unserer Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten verbunden, dass sie geradezu von selbst nach Formen von Fürsorge und Hilfe Ausschau halten lassen, die mit der Hoffnung auf bzw. mit dem Versprechen von Hilfe, Heilung, Wiederherstellung oder jedenfalls Linderung verbunden sind. Die auftretende Krankheit wirkt oftmals aus sich selbst heraus wie eine Wirkursache (*causa efficiens*) für die Inanspruchnahme medizinischer Fürsorge, wobei freilich die – menschlich ebenfalls verständliche – begleitende Angst, z. B. vor einer infausten Diagnose oder vor Schmerzen, durchaus als hemmender Faktor mit in Anschlag zu bringen ist. Schon in dieser Angst, aber generell im Blick auf die *Vorsorge* ist jene wichtige andere Form der Kausalität in Anschlag zu bringen, die wir spätestens seit Aristoteles kennen: die Zweckursache (*causa finalis*), die nicht als Ursache „schiebt“, sondern als Grund „zieht“ oder „lockt“, weil der zu erreichende Zustand ein Gut oder die Vermeidung eines Übels darstellt. Diese Unterscheidung zwischen Wirkursache und Zweckursache wird aber in diesem Fall zumindest überlagert durch die Unterscheidung zwischen einer Handlungsweise, durch die spürbare, gegenwärtige Übel vermindert werden sollen, und einer Handlungsweise, durch die erhoffte, aber noch nicht gegenwärtige Güter erreicht werden sollen. Offenbar wirkt die erstere Zweckursächlichkeit (wegen der Präsenz der Übel!?) stärker als letztere. Odo Marquard, der große philosophische Formulierungsakrobat, würde das vielleicht als These von der Prävalenz der Malitätsminimierung gegenüber der Bonitätsoptimierung formulieren und die

These realistischerweise damit begründen, dass die Anwesenheit von Schmerzen nun einmal stärker empfunden und erlebt werde als deren Abwesenheit. Auch das könnte übrigens erklären, warum Vorsorge eines zusätzlichen Anreizes bedarf.

d. Subjekte. Subjekt von Gesundheitsvorsorge sind letztlich immer die betreffenden Personen selbst – auch wenn dabei die Hilfe anderer Menschen mit in Anspruch genommen wird oder sogar in Anspruch genommen werden muss (z. B. der diagnostizierende Arzt oder die Trainingsanleiterin). Subjekt von Gesundheitsfürsorge sind dagegen letztlich immer andere Personen – selbst wenn dabei auch unser Mittun, etwa in Gestalt der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten oder der Einhaltung von Behandlungsterminen, erforderlich sein kann. Hier zeigt sich noch einmal, dass Vorsorge eine starke Affinität zum Prinzip der Subsidiarität hat, Fürsorge dagegen ganz überwiegend dem Prinzip der Solidarität zuzuordnen ist. Und darin liegen jeweils spezifische Stärken, aber auch spezifische Probleme von Vorsorge und Fürsorge im Gesundheitswesen.

Subsidiarität und Solidarität verweisen auf zwei deutlich unterscheidbare, aber sachlich zusammengehörige sozialethische Aspekte am Phänomenbereich „Gesundheit und Krankheit“ sowie am Gesundheitswesen: auf die primär vorausschauende Sichtweise, in der mehr oder weniger gesunde Menschen ihren Teil an Verantwortung für ihre Gesundheit in Form von Vorsorge übernehmen, und die primär notlagenorientierte Sichtweise, in der mehr oder weniger kranke Menschen auf solidarische Hilfe der Gemeinschaft in Form der Fürsorge angewiesen sind, auf sie zählen können und sie in Anspruch nehmen dürfen. Solche Fürsorge als Ausdruck von Solidarität leidet als Grundwert menschlichen Zusammenlebens in zwei Fällen Schaden: dort, wo sie im Notfall *verweigert* wird, obwohl sie erforderlich und möglich wäre – und dort, wo sie ohne Not ein-

gefordert und in Anspruch genommen, also *ausgenützt* wird.

Es gehört zu den staatlichen, aber auch zu den gesellschaftlichen Regelungsaufgaben, den Erfordernissen der Solidarität und der Subsidiarität Rechnung zu tragen und sie immer neu in ein geordnetes, balanciertes Verhältnis zueinander zu bringen. Damit dies gelingen kann, müssen freilich auch die Institutionen in der Gesellschaft, die für die Ausbildung und Pflege des *Wertebewusstseins* und der *ethischen Orientierung* zuständig und verantwortlich sind – Familien, Kindertagesstätten, Schulen, Medien und Religionsgemeinschaften, insbesondere die christlichen Kirchen und ihre Sozialethik – ihre Beiträge zur Wertebildung und Wertebindung leisten. Die Größe und Dringlichkeit dieser Aufgabe wird – Gott sei Dank – immer mehr bewusst und auch anerkannt.

Anmerkungen

¹ Vgl. dazu *Vogel, Bernhard (Hrsg.): Im Zentrum: Menschenwürde. Politisches Handeln aus christlicher Verantwortung. Christliche Ethik als Orientierungshilfe. Berlin 2006, 30–32.*