

*Josef Römelt*

## Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild?

Knappheit ökonomischer Mittel und verantwortbare Verteilung der Ressourcen

Jürgen Habermas hat in seinem berühmten Bild für die Gefahren der modernen differenzierten Gesellschaft von der Kolonisierung der Lebenswelten gesprochen. Gemeint ist damit das Problem, daß in der demokratischen Kultur und technologischen Zivilisation Werte des strategischen und instrumentellen Handelns, wie wir sie aus den Prozessen der Wirtschaft und der Technik kennen, die Rationalitäten anderer Lebensstrukturen vereinnahmen: die ästhetische Rationalität der Kunst, die normative Rationalität der Sitte und Ethik usw. „Die moderne Differenzierung ... hat nicht nur einen Zuwachs an Rationalität ermöglicht und zur Auflösung des mythischen Weltbildes sowie zum Vorrang des Rechten geführt; diese Differenzierung hat vielmehr auch negative Konsequenzen gehabt. Diese bestehen in mehr als nur der Reduzierung von Rationalität auf Zweckrationalität.“ Es gibt einen „Prozeß der Deformation der normativen und symbolischen Strukturen der Lebenswelt. Die Institutionalisierung von Geld und Macht als Medien des sozialen Austausches innerhalb des Systems durchdringt die Lebenswelt kommunikativen Handelns“, schreibt F. Schüssler Fiorenza in Auseinandersetzung mit der Diskursethik<sup>1</sup>.

Dabei ist für Habermas der „Prozeß der Technisierung bzw. Kolonisierung der Lebenswelt ... nicht etwa aus prinzipiellen normativen Gründen“ krisenhaft, „sondern lediglich deshalb, weil sich die symbolische Reproduktion der Lebenswelt nicht ohne weiteres über systemische Mechanismen vollziehen kann ... Die unter Druck geratene Lebenswelt vermag nicht mehr, kulturelle Sinnggebung, soziale Integration und personale Sozialisation zu gewährleisten; Sinnverlust, Anomie und individualpsychologische Pathologien sind somit zu erwarten.“<sup>2</sup> Dort, wo das Technische, das Geld und ihre Rationalität den Umgang der Menschen beherrscht, führt das zum Zusammenbruch der individuellen und sozialen Gesundheit des Menschen.

Man kann sich tatsächlich fragen, ob mit der Gesundheitsreform in der Bundesrepublik Deutschland tatsächlich ein neuer Schub der Kolonisierung des Lebens durch instrumentelle Rationalität stattgefunden hat. Das scheint sich unter anderem daran zu zeigen, daß der Arzt, der in diesem System seine Rolle zu spielen hat, sich auf einmal mit ganz neuen Anforderungen konfrontiert sieht, die seinem bisherigen Ethos und Tun sehr fremd sind. Sicherlich: Seit die Medizin

sich immer intensiver auf technische Hilfen gestützt hat, seit die vielfältigen medikamentösen, instrumentellen und verwaltungstechnischen Hilfen das Krankenhaus erobert haben, gibt es die Sorge um die rechte Balance zwischen ökonomischem und therapeutischem Aspekt des Gesundheitswesens. Aber vor allem im Bereich der Pflege hat sich mit der zunehmenden Ausgestaltung der Arbeitsverträge, der Regelung der Arbeitszeit und der Professionalisierung des Pflegeberufs schon seit langem ein großer Engpaß in der Frage der Finanzierbarkeit aufgetan.

Dieser Engpaß scheint jetzt auch die medizinische Betreuung selbst erreicht zu haben. Die immer größeren Möglichkeiten künstlicher Hilfen für die menschliche Gesundheit, die enormen Erfindungen im Bereich der Medizintechnik haben das zum Standard gemacht, was früheren Generationen als Spitze einer ärztlichen Betreuung galt. Spektakuläre chirurgische Erfolge von gestern gehören heute zur alltäglichen Pflichtübung und zur Normalversorgung. Die immer differenziertere diagnostische Technik, molekularbiologische, radiologische und analytische Einsicht des Menschen in die Prozesse seines Körpers eröffnen in immer weiterem Umfang Hilfestellungen, die mit wachsendem technischem Aufwand verbunden sind.

### Therapie, Technik und Finanzierbarkeit – ein neues Konfliktfeld

Die neue Qualität des Zueinanders zwischen therapeutischem, technischem und ökonomischem Aspekt des ärztlichen Handelns zeigt sich darin, daß der Arzt als zentrale Verteilungsstelle der medizintechnischen Güter immer mehr die Frage der Finanzierbarkeit im Auge behalten muß. Auch früher gab es Grenzen, bei denen eine vielleicht sinnvolle Therapie an den Möglichkeiten der Finanzen gescheitert ist. Und jeder kluge Arzt mußte abwägen, in welchem Stadium gerade finaler Erkrankungen welche Behandlungsweise noch verantwortbar war. Wer größere finanzielle Mittel zur Verfügung hatte, konnte sich vor allem im Bereich der Rehabilitation manches leisten, was anderen vorenthalten blieb. Heute beginnt die Frage nach dem Geld aber schon in sehr alltäglichen medizinischen Versorgungsprozessen, ja sie begleitet nun den Arzt in allen seinen Handlungsformen. Ein guter Arzt war, wer die neuesten Möglichkeiten therapeutischer Fürsorge für seine Patienten kannte, wer in Weiterbildung und Information diese Möglichkeiten mitverfolgte und sie in größtmöglichem Ausmaß seinen Klienten zur Verfügung stellte. Heute ist ein guter Arzt, wer das Augenmaß besitzt, welcher Patient mit welcher Therapie zu versorgen ist, wer die Paradoxien vermeidet, in die technische Versorgung des Menschen führen kann (technisch induzierte Schwebestände zwischen Leben und Tod), wer Menschen zu maßvollem Medikamentengebrauch anhält und Behandlungskosten überschaubar macht.

Das Problem ist, daß in einem solchen Wechsel der Handlungsrücksichten, Ziele und Verhaltensweisen die tiefste Motivation ärztlicher Kultur bedroht erscheint. Kolonisierung der Lebenswelt meint hier: Ärztliches Handeln wird zu einer „Kolonie“ ökonomischer Aktion, wird von den wirtschaftlichen Rücksichten vereinnahmt und verliert seine eigene spontane Identität. Der Hippokratische Eid verlangt vom Arzt, daß sein ganzen Denken und Tun darauf ausgerichtet sein soll, Leben zu erhalten und zu fördern. Diese Pflicht wird unbegrenzt als nimmermüder Kampf gegen die destruktiven Mechanismen der natürlich-physiologischen Bedrohungen des Menschen gefordert. Kann der Arzt heute noch spontan dieser Forderung folgen? Das Paradox der gegenwärtigen Situation scheint zu sein: Gerade je mehr Möglichkeiten der Förderung des Lebens der Mensch hat, um so mehr wird er auch verantwortlich für bewußt und frei gesetzte Grenzen dieser Förderung. Die finanziellen Ressourcen setzen dabei ein von außen vorgegebenes Maß. Die Frage der Partizipation, die Frage also der Verteilung dieser Ressourcen muß vom Menschen frei beantwortet werden, und der Arzt steht mit seiner beruflichen Kompetenz in der Mitte dieser Entscheidung. Das schließt ein, daß auf Grund solcher Entscheidung Menschen mit geringerer medizinischer Versorgung auskommen müssen als theoretisch und technisch möglich, daß Leben dadurch gehemmt oder zumindest nicht so gefördert werden kann, wie es das spontane ärztliche Ethos verlangt.

Es ist nicht leicht, mit einer solchen Erfahrung im alltäglichen Kampf mit Krankheit und Sterben umzugehen. Eine Antwort auf die Frage, wie eine solche Situation überhaupt ethisch verantwortbar durchzuhalten ist, läßt sich letztlich nur auf dem Boden einer grundsätzlichen Analyse der modernen kulturellen Probleme finden. Das neue Arztbild, das Bild – um es einmal biblisch zu sagen – vom klugen Verwalter (Lk 16, 1–8), der sich genau überlegt, an wen er seine Güter verteilt und mit welchem Nutzen das verbunden ist, ist Ausdruck einer allgemeinen Erfahrung kultureller Grenzen. Nicht daß hier eine Art Kulturpessimismus ausgedrückt sein soll, sondern damit soll lediglich beschrieben sein, was den Alltag heute prägt: Die technische Macht und die Möglichkeiten einer emanzipierten Kultur des Menschen erzeugen neue Konflikte, neue Erfahrung von Ohnmacht. Das zeigt sich auf der Ebene der ökologischen Belastung der Natur, auf der Ebene der internationalen sozialen Solidarität und der globalen politischen Verantwortung.

Diese Erfahrung gilt es sinnvoll und ethisch-realistisch zu bestehen. Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, von Therapie und Heilung, von ärztlichem Handeln und Mittun der Patienten ist in diesen Erfahrungen ein zentrales Element. An der Kultur der Medizin, die neben der Transport- und Kommunikationstechnik zum größten Symbol des Fortschritts geworden ist, zeigt sich paradigmatisch die ethische Aufgabe einer Gesellschaft, die mit den Grenzen ihrer Macht nicht deprimiert, sondern personal und menschlich umgehen muß.

## Unzureichende Lösungen des Konflikts

Solch personaler Umgang mit den Grenzen technologischer Zivilisation kann mißlingen. Es ist nicht selbstverständlich, daß wirklich eine menschliche Lösung gefunden wird, um gerade im medizinischen Bereich mit den Konflikten gegenwärtiger Kultur zurechtzukommen.

1. *Mechanische ökonomische Rationalisierung.* Es genügt nicht, die modernen Grenzerfahrungen im medizinischen Bereich durch eine rein ökonomische Rationalisierung lösen zu wollen. So sehr eine saubere fachliche und qualifizierte Analyse der Kosten und Nutzungserfolge heute mögliche Ressourcenverschwendung, Organisationsfehler und strukturelle sowie gedankenlose Hypertrophien im Bereich der Medizintechnik und der Medikamentierung aufdecken müssen, so sehr jeder Arzt es auch lernen muß, in nüchternen ökonomischen Kalkülen seine Praxis einmal untersuchen und kontrollieren zu lassen, selbst sachgemäßer zu handeln, so wenig reicht allein diese Sachlichkeit aus, um dem Problem moderner zivilisatorischer Konflikte gerecht zu werden.

Sachlich-ökonomisches Kalkül gelingt erst, wenn es ein Baustein innerhalb einer größeren menschlichen Kultur der Verarbeitung von Grenzen ist. Und wer alles nur auf ökonomische Rationalität reduziert, kann vielleicht bis zu einem gewissen Zeitpunkt vermeidbare Defizite reduzieren, Kosten eindämmen und so die medizinische Versorgung auch in ihrer Qualität steigern. Er nimmt aber – verabsolutiert er seinen Gesichtspunkt schließlich zur alles entscheidenden Perspektive – der Medizin ihren innersten Impetus der fortschreitenden Innovation, mit immer neuer fachmedizinischer, aber auch pflegerischer Qualität menschliches Leid zu lindern. Und dieses Leid beschränkt sich nicht nur auf ökonomisch-objektivierbare physiologische Beschwerden, sondern umfaßt den gesamten Bereich psychischer, sozialer und körperlicher Bedürfnisse menschlicher Gesundheit.

Wird der ökonomische Aspekt zur vorrangigen Perspektive des Gesundheitssystems, ist es schwer zu verhindern, daß angesichts des unterschiedlichen Versorgungsaufwands und variierender finanzieller Belastungen sowie Risiken für die Bekämpfung der verschiedenen Krankheiten bei praktizierenden Ärzten und Krankenhausinstitutionen Vermeidungs- und Umgehungsstrategien die Oberhand gewinnen. Der Gedanke, wie komplizierte und schwierige finanzielle Belastungen vermieden werden können, wird zur Frage, wie man sich vor Patienten mit einer komplexen und kostungünstigen Diagnose schützen kann, dominiert schließlich leicht die Aufnahme von hilfeschreitenden Patienten<sup>3</sup>. Damit aber würde der eigentlich originäre medizinische Impuls, Krankheit zu bekämpfen, tief relativiert.

Um die Differenzierung der Lebenswelten in ärztliches Ethos des Heilens und ökonomische Rücksicht der Wirtschaftlichkeit aufrechtzuerhalten – und die Aufrechterhaltung dieser Differenz mit all ihren komplexen Spannungen ist Voraus-

setzung einer strukturell humanen Gesellschaft –, darf der Arzt nicht zum Ökonomen werden, wie auch der Ökonom nicht Arzt sein kann. Was schon innerhalb der medizinischen Kultur selbst radikal deutlich wird – nämlich daß medizinische Forschung und ärztlich-pflegerische Versorgung des Menschen nur in enger Verbindung miteinander wirklich gelingen<sup>4</sup>, gilt noch einmal mehr für die Zuordnung von ärztlicher Versorgungspflicht und ökonomischer Wirtschaftlichkeit. Nur wenn das Ethos des Heilungsauftrags in unverfälschter Ernsthaftigkeit und Impulsivität die Gestaltung der medizinischen Kultur einer Gesellschaft prägt, wird auch die wirtschaftliche Seite dieser Kultur realistisch und fruchtbringend für die Gesellschaft gestaltet werden können.

2. *Kategorisierung des medizinischen Engagements nach dem Gedanken von lebenswertem und lebensunwertem Leben.* An der Frage nach der ökonomischen Qualifikation von Krankheitsverläufen sowie nach der Notwendigkeit eines unabhängigen humanen Ethos, spontan krisenhafte Erfahrungen von Krankheit und Hilflosigkeit solidarisch zu tragen – ohne Blick auf finanzielle Vorteile oder dergleichen –, wird das damit angesprochene Problem paradigmatisch deutlich. Wie soll denn die ökonomische Qualität bestimmter Krankheits- und Behinderungsformen eingestuft werden, die gegenüber rascheren und vollständigeren Heilungsprognosen typische Langzeiterkrankungen mit geringer Verbesserungsquote darstellen? Wie kann Lebensqualität, Heilungschance, Kostenaufwand und medizintechnischer sowie medizinorganisatorischer Einsatz angesichts der enormen quantitativen und qualitativen Differenzen zwischen verschiedenen Krankheitsbildern sinnvoll miteinander abgewogen werden? Was stellt bei solchen Abwägungen den letzten ökonomischen Zielpunkt dar: Arbeitsfähigkeit, Schutz der Gesellschaft vor Pflegebelastungen, individuelle Lebensqualität, Schmerzfreiheit? Darf ein Krankenhaus auch angesichts eines enormen finanziellen Risikos eine in einem Populationsgebiet unterrepräsentierte Therapieform anbieten, um Randgruppen der staatlichen Gesundheitsorge einen Anlaufpunkt zu bieten? Wie kommt es, daß immer weniger Menschen sich dem Pflegeberuf widmen, weil die damit verbundenen menschlichen Belastungen, das Ansehenmüssen von Leid und Sterben, nicht mehr ertragen werden, und weil viele sich denken, daß sie das gleiche Geld, das sie in der Pflege verdienen, auch in seelisch weniger belastenden Berufssparten erarbeiten können?

Der Auftrag zum Heilen, zum bedingungslosen Kampf um die Gesundheit des einzelnen menschlichen Individuums bleibt bestehen. Das ist gegen eine neue Form des medizinischen „Rassismus“ zu betonen – also gegen die Versuchung, in allgemeinen Einteilungen Kategorien von Erkrankungen und Krankheitsverläufen zu schaffen, die als weniger versorgungsbedürftig und engagementwürdig eingestuft werden, weil sie weniger Heilungschancen haben und weil diese Ohnmacht ökonomisch belastender sowie menschlich schwerer auszuhalten ist. Gerade diese Form von Kosten-Nutzen-Rechnung, die letztlich auf der unmensch-

lichen Einteilung von lebenswert–lebensunwert beruht, ist keine verantwortliche Umsetzung der notwendigen Akzeptanz der Grenzen menschlicher Macht, schon gar nicht, wenn es um Ersparnisse finanzieller Kosten geht<sup>5</sup>.

Dem Arzt ist es zugemutet, jenseits solcher leichtfertiger Klassifizierungen konkret den Sinn und Unsinn eines therapeutischen Aufwands zu reflektieren und einzuschätzen – aber nicht nur dem Arzt, sondern allen Teilen unserer Gesellschaft bis hin zum Patienten selbst. Diese Reflexion muß sich im Horizont einer Menschlichkeit bewegen, die die Möglichkeiten der Heilung jedem Individuum vorurteilslos mit aller Kraft zukommen lassen will, die dabei die nüchterne Berücksichtigung von Kosten und finanzieller Aufwendung sachlich wahrnimmt, die letztlich aber gerade um die letzte Grenze jedes Menschen ohne Angst weiß – nämlich daß wir sterben müssen – und die von diesem Wissen aus gelassen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten der Therapie nach den sie bedingenden Faktoren (medizinische Fakten, finanzielle Ressourcen, subjektive Bedürfnisse des Patienten) abwägt.

### Ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Um dieses personal-verantwortliche Abwägen und die im Hintergrund stehenden neuen Grenzerfahrungen moderner Kultur in ihrer Auswirkung für das Verständnis des Arztes zu verstehen – und darin besonders für seinen verantwortungsvollen Umgang mit der Berücksichtigung der neuartigen finanziellen Konflikte und Verteilungsprobleme –, ist der Blick auf das veränderte Verständnis von Gesundheit und Krankheit in diesem Kontext hilfreich.

1. *Vom Verständnis der Krankheit als metaphysische Strafe zur aktiven Auseinandersetzung mit der Bedrohung des Lebens.* In der Antike und im Mittelalter galt Krankheit als Strafe der Götter oder Gottes, als Ausdruck des Verlusts der Harmonie des Nomos, das heißt der Harmonie mit dem Gesetz des Kosmos oder mit dem Schöpferwillen Gottes<sup>6</sup>. Gegenüber der Antike hat das christliche Gebot der Nächstenliebe wohl einen intensiven Aufbau erster Institutionen zur Betreuung der Kranken und Sterbenden bewirkt. Aber erst mit dem Aufkommen der Naturwissenschaften wird bewußt, daß rein innerweltliche Ursachen Grund für Krankheit sind, daß sie mit metaphysischer Schuld in keiner Weise etwas zu tun haben. Was folgt, ist eine wissenschaftliche Objektivierung von Krankheit, die aus der Einsicht in die Funktionen von Zellen, Viren, Enzymen, physiologischen und biochemischen Prozessen, anatomischen Fakten usw. den Menschen primär als eine biologische Mechanik verstehen lassen, die nach erkennbaren Regeln aufgebaut ist, gewartet werden muß und auch repariert werden kann.

Das szientistische Wirklichkeitsbild, nach dem sich die gesamte Wirklichkeit im Sinn der Naturwissenschaften erklären läßt, tritt in den Vordergrund<sup>7</sup>. Nach

diesem Weltbild ist die „profitorientierte Kapitalverwertung den gleichen übergeordneten Naturgesetzen unterworfen ... wie die Produktivierung des menschlichen Körpers“. „Jeder einzelne“ ist „deshalb verpflichtet, durch eine regelkonforme Lebensführung seine Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten.“ „Dafür“ wird „ihm im Sinne eines neuen ‚contract social‘ konzidiert, daß die Gesellschaft ihrerseits sein Recht auf Gesundheit schütze.“<sup>8</sup>

Wenn sich heute die Einstellung noch einmal gewandelt hat, dann bedeutet das, daß der Kostendruck in der staatlichen Gesundheitsorge, die enorme Erweiterung der Technisierung der Medizin sich mittlerweile mit dem emanzipatorischen Bewußtsein der Gesellschaft verbunden hat. Dieses Bewußtsein drängt von einem rein staatlich fürsorgenden Verständnis weg zu einer Auffassung der Krankheit, die um die möglichst lange Erhaltung der Autonomie und persönlichen Lebensqualität des Kranken kreist, dafür aber vom Kranken und seinen Angehörigen den vollen Einsatz und das bestmögliche Mittun für diese Sicherung unabhängiger Lebensführung verlangt. Eine Zeitlang hatte man gehofft, mit diesem Konzept auch die Kosten für die Gesundheit in Grenzen zu halten. Gepaart mit dem Versuch, auch finanziell die Eigenbeteiligung des Patienten flexibler einzubringen, steht solches Verständnis von Krankheit und Gesundheit irgendwie auch noch hinter der neuesten Gesundheitsreform.

2. *Grenzen des medizinischen Fortschritts und menschlicher Macht.* Aber mit dem „mündigen“ Verständnis von Heilung als persönliche Initiative und Verantwortung sind – und das wird dann schließlich in der unmittelbaren Gegenwart bewußt – die Probleme noch immer nicht gelöst. Der Arzt als in die Verantwortung genommenes Glied der Gesellschaft, das über die Verteilung der knappen medizinischen Ressourcen heute in ausdrücklichen Entscheidungen und überlegt verfügen muß, ist in der Begegnung mit den nach Heilung und optimaler medizintechnischer Versorgung suchenden Patienten noch einmal mit einer tieferen Frage konfrontiert – mit den Patienten zusammen. Diese Frage ist eine alte Frage, im ärztlichen Handeln immer anwesend gewesen, steht aber angesichts der in vielen Bereichen immer noch möglichen Machterfahrung mit neuer Radikalität vor Augen. Unsere Gesellschaft vermittelt in allen Bereichen alles andere als mutige Auseinandersetzung mit Grenzen, mit Ohnmacht und mit dem Leid. Sie drängt den einzelnen, die Familien und die Gruppen zur Rastlosigkeit, in der Meinung, ein Ideal der Stärke und des Engagements für das Wohl des Menschen voranzutreiben. Aber man wird das Gefühl nicht los, daß manches daran eher Feigheit und Vermeidungsangst ist, bis hin zu schlichtem Egoismus des sogenannten Stärkeren.

Sicher, medizinischer Fortschritt, Emanzipationsbewegung, psychologisches Wissen um die Ausbildung und Stabilisierung einer starken Individualität haben beim Umgang mit Krankheit den fruchtbaren Wandel des Therapiebildes und viel Hilfreiches bewirkt – weg von der bloßen Fürsorge, die den Kranken letztlich

immer mehr abhängig macht, hin zum Bestreben, eben auch vom Kranken selbst zu fordern, daß er aktiv seine Therapie in die Hand nimmt und mitträgt. Geld und die Ausgestaltung neuer Therapieberufe werden heute dem Kranken und seinen Angehörigen zur Verfügung gestellt, damit er sich in seinem Leben so lang wie möglich aktiv, selbstverantwortet und frei erfahren kann.

Und dennoch darf in diesem Wandel der Einstellung zur Krankheit nicht vergessen werden, daß auch die andere Haltung wichtig und menschlich notwendig ist. Jede Therapie hat ihre Grenze. An den Paradoxien, die technische Überversorgung von Patienten in der Schwebelage zwischen Leben und Tod halten kann, wird das Problem ganz deutlich: Kann die Gesellschaft mit der Grenzerfahrung Krankheit etwas anfangen? Menschen haben eine nicht mehr integrierte Angst vor dem Kontakt mit Behinderung, Sterben, Leid. Sie sind nicht mehr fähig, die Belastung auszuhalten, die damit verbunden ist. Der Grund dafür liegt wohl in einem fehlenden Horizont, der es möglich macht, auch in solchen Erfahrungen von Leid wirkliche Werte zu erfahren – Werte, die nicht mehr mit den Stichworten Leistung, Kampf gegen die Krankheit, Gewinnen, Stärke zu tun haben, sondern mit den Worten Tragen, gelassene Geduld, menschliche Größe in Akzeptanz von Lebensschicksal und zugemuteten Grenzen. Es geht bei diesen Werten gerade nicht um eine dunkle, selbstmitleidige Passivität, Erfindungslosigkeit und Resignation. Es geht ganz im Gegenteil um eine ganz enorme menschliche Kreativität: um die geistige Stärke, unserer Begrenztheit als Menschen ins Auge zu sehen und realistisch und ruhig mit dieser Begrenztheit umzugehen.

Die Entscheidungen des Arztes angesichts der Notwendigkeit bewußterer Verteilung medizinischer Ressourcen haben mit dieser kulturellen Aufgabe unmittelbar zu tun. Viele Menschen haben vor dem realistischen Umgang mit den Grenzen des Lebens Angst. Diese Angst ist nicht menschlich, denn sie treibt in Hektik, Depression, wenn das Gelingen ausbleibt. Selbstbewußtsein und Glück bleiben an den äußeren Erfolg gebunden, ohne eine Stütze zu haben, die tiefer geht. Erfolg ist etwas sehr Wertvolles. Therapieerfolge in der Behandlung von Krankheit sind etwas radikal Ermutigendes, Glückliches. Aber sie sind nicht alles. Erfolg kann erst dann wirklich gelassen und realistisch erkämpft, errungen und gelebt werden, wenn die bodenlose Angst vor der Grenze ein wenig integriert ist, die allen als Menschen zugemutet ist: daß wir endlich sind.

3. *Annahme der Endlichkeit.* Der einzelne und die Gesellschaft müßten heute wieder mehr lernen, in einer zweifachen Bewegung zu leben, die nicht einseitig wird: Inanspruchnahme von Hilfe sowie Selbsthilfe, ein aktiver Lebensstil, der die Möglichkeiten der Gesundheit ausschöpft, sind in der Krankheit wirklich zu wahren, zu fördern. Es geht darum, Mut zu machen zum Leben – auch in der Bedrängnis der Krankheit. Aber auf der anderen Seite ist es auch für die Menschlichkeit des Lebens wichtig, mit den Grenzen bejahend zu leben. Sowohl der Wille zur Stärke und entschlossenen Wahrung seiner Kräfte als auch die gelassene



Bejahung unverrückbarer Grenzen und Einschränkungen gehören zu einem wirklich menschlichen Umgang mit der Krankheit. Fünf Regeln sollen ausdrücken, wie die Sinnsuche vielleicht gelingen kann, damit auch in den extremen Belastungen die Hoffnung nicht verlorengeht<sup>9</sup>:

Niemand braucht sich zu schämen, wenn er durch die Last der Erfahrung eigenen Krankseins und der Krankheit seiner Angehörigen an den Rand seiner menschlichen Kraft gerät. Niemand hat das Recht, sich über andere zu erheben, deren innere und äußere Grenzen angesichts der Unzumutbarkeit von Leid in der Krankheit erreicht sind.

Aber niemand sollte nur allein mit seinen Erfahrungen von Krankheit und den daraus entstehenden Lebenskonflikten fertig werden wollen und die Hilfe anderer aus falschem Stolz oder Selbstrückzug ablehnen, niemand sollte sich in Selbstmitleid oder Lebensekel, in damit verbundenen (Selbst-)Haß vergraben.

Niemand hat das Recht, jemanden zu verachten, der nicht die Kraft hat, in der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit oder mit der Krankheit seines Angehörigen die Belastung zu ertragen oder mitzutragen, weil es seine Kräfte subjektiv oder objektiv übersteigt.

Aber niemand hat das Recht, seine eigene körperliche Gesundheit und psychische Balance nur für sich selbst zu nutzen, sich der Solidarität mit dem, der sich mit Krankheit konfrontiert sieht, zu verschließen. Vor allem hat niemand das Recht, sein Leben in Gesundheit für wertvoller zu erachten als das Leben derer, die mit eigener Krankheit oder der Krankheit der Angehörigen belastet sind.

Niemand sollte seine eigenen Möglichkeiten in Hilfe und Selbsthilfe nur auf sich beschränken, aber auch nicht überschreiten.

In dieser etwas gegensätzlichen Bewegung zwischen Solidarität und realistischer Annahme aller Grenzen in der Hilfe könnte vielleicht auch in einer ohne religiösen Bezug oft angsterfüllten Gesellschaft eine neue Ehrlichkeit in der Auseinandersetzung mit den Grenzen wachsen, die den Menschen äußerlich sehr ohnmächtig erscheinen lassen. Das ist die Voraussetzung dafür, um an diesen Grenzen ohne falsche Illusionen einen Sinn erfahren zu können, der die menschliche Würde auch in tiefen Konflikten von Krankheit und Einschränkung ausdrückt und der konkrete Entscheidungen – auch wenn sie zum Beispiel das Geld betreffen – nicht zum bloß äußerlichen Nutzenkalkül, sondern zum verantwortlichen personalen Entschluß macht. Vom christlichen Glauben her könnte man sagen: Es ist ein Stück der Erfahrung der Zuwendung Gottes, die Kraft zu Kreativität und Glück gibt gegen manche Härte des Lebens.

ANMERKUNGEN

<sup>1</sup> F. Schüssler Fiorenza, Die Kirche als Interpretationsgemeinschaft. Polit. Theol. zw. Diskursethik u. hermeneut. Rekonstruktion, in: Habermas u. d. Theol., hg. v. E. Arens (Düsseldorf 1989) 122 f.

<sup>2</sup> Ch. Kissling, Gemeinwohl u. Gerechtigkeit. Ein Vergleich v. traditioneller Naturrechtsethik u. krit. Ges.theorie (Fribourg 1993) 505.

<sup>3</sup> Die mod. Ges. ist nicht nur in der Frage ökonom. Belastungen durch med. Versorgung oder in anderen soz. u. polit. Bereichen ohnehin von solchen Vermeidungsstrategien beherrscht, sondern diese Strategien reichen schon bis in die letzten eth. Haltungen hinein: „Das, was viele heute als lebensdienlich betrachten, gerät immer mehr unter den Gesichtspunkt: Wie vermeide ich Belastungen meiner eigenen Lebenssituation? Ob man nun an behinderte Kinder oder was auch immer denkt, es ist der hedonistische Ansatz, der sich da vordrängt. Demgegenüber müssen wir nach Korrektiven suchen, und die müßten wir ausdrücklicher formulieren“ (Subjektivität u. Individualität. H. Ringeling im Gespr. mit den Hg., in: Das Ethos d. Liberalität, FS H. Ringeling, Fribourg 1994, 24).

<sup>4</sup> Das Experiment der reinen med. Forschungsakad. in d. ehem. DDR, in denen ohne klin., pfleger. Versorgung von Patienten med. Wissen experimentell zu erarbeiten versucht wurde, ist gescheitert. Akad. Forschung ohne Anbindung an tatsächliche Bedürfnisse med. Versorgung konkreter Patienten degeneriert zum unfruchtbaren intellektuellen Spiel.

<sup>5</sup> Es soll hier nicht behauptet werden, daß solche Qualifikationen bewußt – wie etwa in der Ethik des Philos. P. Singer – von Wirtschaftlichkeitskalkülen im Gesundheitswesen an sich intendiert sind. Aber es muß die Gefahr gesehen werden, daß der Versuch der Lösung heutiger Finanzierbarkeit der med. Versorgung mit Hilfe rein ökonom. Überlegungen marktwirtschaftl. Mechanismen auslöst, die faktisch zu einer Ausgrenzung bestimmter Patientengruppen von optimaler med. Betreuung führen können.

<sup>6</sup> E. Schockenhoff, Ethik d. Lebens. Ein theol. Grundriß (Mainz 1993) 221–227, 268–286.

<sup>7</sup> B. Mesmer, Die Naturforscher sind d. thätigsten Bearbeiter d. sozialen Frage, in: Das Ethos d. Liberalität, hg. v. H. U. Germann u. a., 29–42. <sup>8</sup> Ebd. 42.

<sup>9</sup> H. Grewel, Recht auf Leben. Drängende Fragen chr. Ethik (Göttingen 1990) 67–72.