
Das Gemeinwohl als Leitgedanke im Gesundheitswesen?

Joachim Fetzer

1. Große Moralbegriffe und die Aufgaben der Sozial- und Wirtschaftsethik

„Gemeinwohl“ ist einer der großen und alten Begriffe der sozialetischen Tradition.¹ Während etwa der heute viel häufiger verwendete Begriff der „Verantwortung“ erst Mitte des 19. Jahrhunderts ins Zentrum der ethischen Diskussion trat, reicht die Gemeinwohltradition zurück bis in die Antike. Bei aller „geschichtlichen Bedingtheit“ thematisiert Gemeinwohl durchgehend eine Zielvorstellung für die gute Verfasstheit einer Gesellschaft, so unterschiedlich diese im Laufe der Jahrhunderte auch verstanden worden sein mag.

Daher ist „Gemeinwohl“ prima facie geeignet als Leitbegriff für die Frage nach einer guten Struktur des Gesundheitswesens als der Gesamtheit der verschiedenen mit Gesundheit und Krankheit befassten Institutionen, Disziplinen und Akteure. Das ist die *konstruktive Funktion* des Begriffs. Die *kritische Funktion* des Begriffs ergibt sich daraus, dass die Rede vom Gemeinwohl immer auf das Ganze einer Gesellschaft abzielt. Gemeinwohl als Leitgedanke des Gesundheitswesens weist über die unmittelbar mit Gesundheit befassten Organisationen und Institutionen hinaus. Oder besser: Er deutet darauf hin, dass jener Teilbereich relativ künstlich und mühevoll herausdefiniert werden muss aus den Gesamtbeziehungen einer

Gesellschaft. Endet das Gesundheitswesen am Haupteingang des Krankenhauses oder der Arztpraxis?

Wer mit dem ganzen Gewicht der Tradition, welche mit dem Begriff „Gemeinwohl“ transportiert wird, an das Gesundheitswesen herantritt, wird schnell in eine Versuchung geführt, der ein Sozial- und Wirtschaftsethiker zu widerstehen hat: die Versuchung des Moralisierens. Der Begriff des Gemeinwohls lädt – wie noch zu zeigen sein wird – besonders dazu ein, im moralisierenden Gestus die Gemeinwohlvergessenheit der jeweiligen Gegenwart oder bestimmter Systeme, Institutionen und Akteure zu kritisieren.

Doch Moralisieren gehört nicht zu den Aufgaben der Sozial- und Wirtschaftsethik. Es ist vielleicht eine Aufgabe der Medien und – wo es opportun erscheint – auch ein beliebtes Vorgehen in der politischen Auseinandersetzung. Im Verständnis des Autors besteht die Aufgabe der Sozial- oder Wirtschaftsethik vielmehr darin, konkrete Konflikte oder Situationen auf deren moralische Aspekte hin zu untersuchen, um auch diesen Teil der Wirklichkeit argumentativ bearbeitbar zu machen.

Im Falle des Begriffs „Gemeinwohl“ ist diese Einschränkung besonders wichtig. Denn er beinhaltet nicht nur wie andere ethische Leitbegriffe (z. B. Verantwortung, Gerechtigkeit, Freiheit, Menschenwürde) einen inhärenten Moral-Überschuss, sondern ist in besonderem Maße durch seine Deutungsoffenheit und die daraus resultierende Anfälligkeit für politischen Missbrauch frag-würdig geworden.² Gleichzeitig ist eine erneute Zuwendung zur Idee des Gemeinwohls zu verzeichnen. Eine auch an den politischen Bereich adressierte Neubesinnung auf das Gemeinwohl durch evangelische und katholische Sozialethiker ist in der Konrad-Adenauer-Stiftung in Vorbereitung. Die dort stattfindenden und noch zu publizierenden Überlegungen bilden den Hintergrund für die folgenden Ausführungen.

2. Gemeinwohl im Gesundheitswesen: faktisch ein Leitgedanke?

Das aufgegebene Thema „Gemeinwohl als Leitgedanke im Gesundheitswesen?“ enthält ein Fragezeichen, das seinerseits wieder für verschiedene Interpretationen offen ist. Zu beginnen ist mit der Interpretation als Frage nach dem derzeitigen Status quo: Ist das „Gemeinwohl“ ein relevanter Orientierungspunkt in den aktuellen Debatten über Bestand und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens? Die für Falsifikationen offene Einschätzung des Autors lautet: Dies ist eher nicht der Fall.

Was sind wichtige Leitgedanken? Ganz sicher ist dies das Wohl des Patienten – wem auch immer die Deutungs-
hoheit über dieses Patientenwohl zugesprochen wird. Hohe fachliche Qualitätsstandards sind ein gemeinsamer Fokus, in unterschiedlicher Gewichtung auch die Idee der Menschenwürde, der Lebensschutz, die Autonomie des Patienten und/oder des Arztes. Leitgedanken sind sicher auch die Effizienz der Patientenversorgung und die Senkung der Mortalitätsrate in dem je eigenen medizinischen Arbeitsgebiet. Gemeinsamer Bezugspunkt könnte stattdessen auch die Endlichkeit des Menschen, die Hilfe für und die Zuwendung zu anderen sein sowie der gerechte Zugang zu eben dieser Hilfe und Zuwendung. Aber auch Forschung und Fortschritt sind natürlich Leitgedanken im Gesundheitswesen, und wie in allen Bereichen ist auch die Frage der persönlichen beruflichen Biografie, der Lebens- und Karrierewege, der Arbeits- und Aufstiegsmöglichkeiten sicher ein wichtiger, wenngleich weniger öffentlich diskutierter Leitgedanke des Gesundheitswesens.

Aber Gemeinwohl? In einer Studie, welche die Verwendung des Gemeinwohlbegriffs durch Ärzteverbände, Krankenkassen u. a. in den Auseinandersetzungen um die rotgrüne Gesundheitsreform untersucht, wird „Gemeinwohl“

durchgehend in einer polemischen oder verteidigenden Weise gebraucht.³ Dem jeweiligen Gegenüber wird die Vertretung von Partikularinteressen vorgeworfen, während die eigene Position mit unmittelbarer Förderung des Gemeinwohls verbunden wird. Die unmittelbare Koppelung der Interessen der eigenen (ärztlichen) Profession mit der Gemeinwohlrhetorik gehört zu den Akzeptanzbeschaffungsstrategien der Ärzteorganisationen. „Stellt man in Rechnung, dass die klassischen Professionen sich ihre privilegierte Stellung unter den Berufen nicht nur mit dem Verweis auf einen kognitiven Vorsprung (spezialisiertes Sonderwissen), sondern gerade auch mit der erfolgreichen Reklamation eines normativen Vorsprungs (Gemeinwohlorientierung) erarbeitet haben, ist gar nichts anderes zu erwarten, als dass in Zeiten eines wachsenden Akzeptanzproblems auf Gemeinwohlanprüche rekurriert wird. In dem Maße, in dem die ärztliche Therapie (tendenziell) zu einer Dienstleistung wie andere ... wird, kann die privilegierte Stellung immer weniger durch die Exklusivität des Wissens gerechtfertigt werden ... Als Ressource zur Verteidigung der Privilegien bleibt mithin tendenziell nur noch der normative Vorsprung. In diesem Sinne ist der Rekurs auf Gemeinwohlorientierung ein Element der Struktur- wie auch der Durchsetzungslogik der ärztlichen Profession.“⁴ Diese Art der Gemeinwohlrhetorik ist bekannt, und sie ist in anderen Bereichen der Politik nicht grundlegend anders.

Ist dann aber Gemeinwohl doch ein Leitgedanke im Gesundheitswesen? Nein: Denn der gelegentliche polemische oder apologetische Gebrauch der Gemeinwohlidee zeigt, dass es sich gerade *nicht* um einen konstitutiven Leitgedanken handelt. Wäre es ein solcher, dann müsste sich irgendwo ein konstruktiver Streit darum finden lassen, was denn unter Gemeinwohl als Leitgedanke des Gesundheitswesens zu verstehen ist, bevor man diesen Begriff polemisch oder apologetisch verwendet. Und genau

diese Diskussion findet nicht statt. Daher ist festzuhalten:

These 1: Begriff und Konzept des Gemeinwohls ist – von gelegentlichen Gemeinwohrrhetoriken abgesehen – kein konstitutiver und diskursprägender Begriff im Gesundheitswesen.

3. Lehren aus dem Missbrauch des Gemeinwohl-Begriffs – Im Zentrum: Menschenwürde

Das führt zur zweiten Interpretation des Fragezeichens im Thema: Könnte das Gemeinwohl zu einem hilfreichen Leitgedanken im Gesundheitswesen werden? Und was wäre dann darunter zu verstehen? Der Status quo wäre als „Gemeinwohlvergessenheit“ zu kennzeichnen, und eine Re-Orientierung am *bonum commune* wäre dringend angeraten. Gemeinwohlskeptiker haben diesbezüglich Bedenken. Mit guten Gründen! Dabei sind es einmal historische Gründe und zum anderen konzeptionelle Gründe, welche zu einer gewissen Vorsicht mahnen.

Zunächst zu den historischen Gründen: Die Strukturen der Gemeinschaft, deren Wohl hier thematisiert wird, sind ungleich komplexer und weniger deutlich abgrenzbar als in früheren Zeiten. In einer offenen Weltgesellschaft mit höchst unterschiedlichen Gemeinschaftsbildungen und Vernetzungen entsteht zwangsläufig die Frage, ob es Gemeinwohl überhaupt im Singular geben kann oder ob nicht jede menschliche Gemeinschaftsbildung ihr je eigenes Gemeinwohlproblem hat und lösen muss. Wer ist in der Lage, Gemeinwohl nach welchen Regeln inhaltlich zu bestimmen? Wer ist berufen, Gemeinwohl zu seiner eigenen Aufgabe zu machen? Möglicherweise gibt es genauso viele „Gemeinwohle“, wie es Gemeinschaften gibt. Die sprach-

liche Schwierigkeit, einen Plural von Gemeinwohl zu bilden, deutet auf ein inhaltliches Problem hin.⁵ Kritiker sehen im Gemeinwohl deshalb heute eine Leerformel, die moralisch positiv besetzt ist und scheinbar den Vorrang des gemeinsamen vor dem individuellen Interesse behauptet. Diese Kombination macht den Begriff missbrauchs-anfällig. Dies lässt sich am Missbrauch des Gemeinwohlbegriffs *in*, aber auch *vor* der Zeit des Nationalsozialismus studieren. Nicht nur wegen des historischen Bezugs, sondern gerade im Zusammenhang von Fragen der Volkskrankheiten und deren Bekämpfung oder Prävention bleibt das rückblickende Zitat von Gustav Gundlach von 1959 instruktiv:

„Deshalb ist der Satz ‚Gemeinwohl geht vor Eigennutz‘ ein gefährlich missverständlicher und überhaupt falscher Satz, wenn Gemeinwohl mit ‚Gemeinnutz‘ gleichgesetzt und primär als Selbstschutz der Gemeinschaft und des Staates aufgefasst wird mit dem daraus erfließenden Recht zu allen Maßnahmen, die vermeintlich oder wirklich Schädliches abwehren. Nichts schadet der sittlichen und rechtlichen Würde des Gemeinwohls mehr als die Überschreitung seiner Grenzen.“⁶

Dem Gemeinwohl dienlich kann nur sein, was im Prinzip auch dem Einzelnen in seiner selbstbestimmten Würde dienen kann. „Im Zentrum: Menschenwürde“⁷ gilt auch für jede inhaltliche Bestimmung des Gemeinwohls. Über die Konfessionen hinweg lässt sich unter den Sozialethikern daher ein Konsens darin feststellen:

These 2: Der Begriff der Menschenwürde ist systematisch dem Gemeinwohlbegriff vorgeordnet.

Die Konsequenzen dieses Gedankens für das Gesundheitswesen oder auch für die Forschung wären ein eigenes Thema.

4. Ökonomische Anfragen: Gemeinwohl ohne wohlmeinenden Diktator?

Mindestens so wichtig wie die historische Missbrauchskritik ist die systematische Kritik des Gemeinwohldenkens, wie sie vor allem vonseiten vieler Ökonomen erfolgt. Denn diese Kritik rekurriert nicht auf den Missbrauch der Gemeinwohlidee in autoritären Regimen, sondern bezweifelt die Demokratieerträglichkeit des Gemeinwohlbegriffs überhaupt. Wie ist dies zu verstehen?

Ein demokratieverträgliches Gemeinwohlkonzept könnte wie folgt aussehen: Statt die Raison und den Nutzen eines Kollektivs dem Individuum vorzuordnen, sollte aus den individuellen Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger in vernünftigen Wahlverfahren bestimmt werden, was Gemeinwohl in einer konkreten Situation inhaltlich bedeutet und wie dieses Gemeinwohl dann mit staatlichen Mitteln durchgesetzt werden kann.

Die Ökonomen sind skeptisch: Schon theoretisch ist es – so das berühmte Unmöglichkeitstheorem von Arrow⁸ – unmöglich, aus den individuellen Präferenzen eine Vorstellung von Gemeinwohl (hier genannt: Wohlfahrtsfunktion) abzuleiten, ohne vier sehr simple demokratische Vorstellungen zu missachten: a) Wenn alle Individuen von zwei Alternativen die eine bevorzugen, dann soll auch in der gesuchten Wohlfahrtsfunktion diese Alternative vorgezogen werden. b) Es dürfen nicht von vornherein bestimmte individuelle Wahlhandlungen ausgeschlossen werden. Das Individuum bestimmt über seine Präferenzen selber. c) Es soll keine Person existieren, deren Votum automatisch entscheidend ist, also: kein Diktator. d) Die Wahl der Individuen wird nur durch die zu wählenden Alternativen beeinflusst und nicht durch externe Faktoren. „Das verblüffende und bis heute unwiderlegte Ergebnis der Arrow’schen Untersuchung war, dass es keinen Abstimmungsmechanis-

mus gibt, der die voranstehenden Bedingungen erfüllt. [...] Der demokratische Abstimmungsprozess über das Gemeinwohl ist stets mit Inkonsistenzen verbunden, die nur dadurch verhindert werden könnten, dass ein Einzelner seine Präferenzen durchsetzt und den anderen Mitgliedern der Gesellschaft gleichsam aufzwingt.“⁹ Es gibt kein Abstimmungsverfahren, mittels welchem aus den individuellen Präferenzen eine gemeinsame Priorisierung abgeleitet wird, ohne dass jemand mehr Macht erhält, ein anderer außer Acht gelassen wird, bestimmte Interessen übergangen werden usw.

Dies ist – so das Argument – nicht nur in der stets defizitären *Praxis* so. Sondern schon *theoretisch* gibt es das nicht – und eben noch viel weniger in der politischen Wirklichkeit und ihrer Durchsetzung durch letztlich bürokratische Verfahren. Daher führe die Suche nach dem Gemeinwohl und vor allem die Argumentation mit irgendeinem Gemeinwohl stets zur Annahme eines sogenannten „wohlmeinenden Diktators“, der das inhaltlich bestimmte Gemeinwohl mit einem hohen Maß an politischer Durchsetzungsfähigkeit realisieren könne. Die Idee des „wohlmeinenden Diktators“¹⁰ ist unter Ökonomen sehr bekannt, und daraus erklärt sich ein Stück weit die verbreitete Aversion gegen jede Form inhaltlicher Gemeinwohlbestimmungen. Wer mit noch so gutem Willen mit Gemeinwohlfragen beginnt, endet am Ende immer bei irgendeiner Instanz, die eben anders ist als andere Menschen, die schlauer ist oder mehr Macht hat und das Gemeinwohl als wohlmeinender Diktator bestimmt und durchsetzt. Dies kann auch eine wissenschaftlich orientierte wohlmeinende und einflussreiche Elite sein.

Wie man es dreht und wendet: Das Gemeinwohl scheint stets etatistische und demokratiefeindliche Konsequenzen zu haben.

Die Konsequenz dieser Argumentation: Das Gemeinwohl taugt nicht als Leitgedanke im Gesundheitswesen.

Allerdings gilt dies nur für ein bestimmtes, weitverbreitetes Verständnis von Gemeinwohl: ein Verständnis, welches letztlich nicht auf eine wohlgeordnete Gesellschaft, sondern eben auf eine gemeinsame Wohlfahrtsfunktion, auf einen Gemeinnutz hinausläuft. Das Zitat sei wiederholt: „Gemeinwohl geht vor Eigennutz ist ein falscher Satz, wenn Gemeinwohl dabei Gemeinnutz bedeutet ...“

Zu fragen ist, ob nicht auch medizinische oder besser: gesundheitswissenschaftliche Zielfunktionen eine Struktur-analogie zu eben diesem Gemeinnutzkonzept haben: Sind Mortalitätsraten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder statisch signifikante Verkürzungen der Lebenserwartung durch Fettleibigkeit u. ä. wirklich nur empirische Daten? Oder beinhaltet die politische Kommunikation dieser Daten nicht doch die Vorstellung, dass das Gemeinwohl, der gemeine Nutzen befördert würde, wenn z. B. die entsprechende Mortalitätsrate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sinken würde? Wird nicht auch der gemeine Nutzen befördert, wenn Fettleibigkeit eingedämmt wird? Und legitimiert, ja erfordert dieses oder ein ähnliches Gemeinwohl-Ziel nicht auch ein entschlossenes politisches Handeln? Sicher wäre es eine überspitzte Darstellung, im Gesundheitswesen eine wohlmeinende Profession am Werke zu sehen, die den Wunsch kommuniziert, dass ihre Zielperspektiven endlich als gemeinsamer Wille und als Gemeinwohl anerkannt würden.

Zu rechnen jedenfalls ist damit, dass es Individuen gibt, die gar nichts dagegen hätten, wenn auf ihrem Totenschein Herzinsuffizienz stünde. Damit leisten sie keinen Beitrag zur Senkung der Mortalitätsrate durch Herzkrankheiten. Sind sie damit Störfaktoren in einer vermeintlich auf empirischer Evidenz beruhenden Gemeinwohlfunktion? Dies kann hier nur als Anfrage formuliert werden.

Als Konsequenz aus diesen Überlegungen lässt sich formulieren:

These 3: Gemeinwohl als Gemeinnutz ist als Leitgedanke für das Gesundheitswesen nicht zu empfehlen. Ungewollt tendiert dies zur Einführung eines wohlmeinenden Diktators oder einer funktionsanalogen Elite.

5. *Gemeinwohl in der sozialetischen Diskussion:
Wohlgeordnetheit der Gesellschaft*

So weit verbreitet die implizit kollektivistischen und einer modernen und pluralistischen Gesellschaft nicht angemessenen Gemeinwohlkonzepte auch sein mögen: Rechtfertigt oder empfiehlt sich daraus ein Verzicht auf Begriff und Konzept des Gemeinwohls? Die Kenner der sozialetischen Tradition werden an dieser Stelle auf zwei Aspekte hinweisen.

Erstens: Bei aller Kritik an überlieferten Gemeinwohlvorstellungen lässt sich auf das Konzept zumindest als Fragestellung überhaupt nicht verzichten, ohne die öffentliche Meinungsbildung mit guten Argumenten (genannt: Diskurs) über gute Strukturen des Zusammenlebens zu beenden. *Zweitens* – und das ist das wichtigere Argument – treffen die o. g. Kritiken schon längst nicht mehr das Verständnis von Gemeinwohl, wie es in der sozialetischen Tradition ausgebildet wurde.

Schon das Konzilsdokument *Gaudium et Spes* fasst Gemeinwohl auf als „Gesamtheit jener Bedingungen des gesellschaftlichen Lebens, die sowohl den Gruppen als auch deren einzelnen Gliedern ein volleres und leichteres Erreichen der eigenen Vollendung ermöglichen“. ¹¹ Gemeinwohl ist also keineswegs ein von wem auch immer zu definierender Kollektiv-Nutzen, sondern besteht in Strukturen, welche ein individuell und gemeinschaftlich gutes Leben und – so ist hier anzumerken – auch ein menschenwürdiges Sterben ermöglichen.

Ein modernes Gemeinwohlverständnis lässt sich so charakterisieren, dass darunter die Wohlgeordnetheit einer Gesellschaft¹² oder eines gesellschaftlichen Systems zu verstehen ist. Die Gemeinwohlfrage des Gesundheitswesens lautet dann keineswegs: Nützt dies der Gemeinschaft? Was nützt am meisten? Die Gemeinwohlfrage lautet dann vielmehr: Ist das Gesundheitswesen in einer guten Ordnung und Verfassung. Neudeutsch würde man auch sagen: Haben wir im Gesundheitswesen gute Governance-Strukturen?

Hier stellt sich also die Frage: Ist das Gesundheitswesen gut geordnet? Dafür braucht man natürlich Kriterien. Ein sehr brauchbares Deutungsangebot rekurriert auf Schleiermachers Güterlehre¹³ und lautet in freier Zusammenfassung:

These 4: In jeder Gesellschaft müssen vier Funktionsbereiche, vier Grundaufgaben gleichermaßen und gleichursprünglich erfüllt werden. Keine dieser Grundaufgaben kann und darf ausfallen, ohne dass die Gesellschaft aus den Fugen gerät.

Diese vier Grundaufgaben oder auch Grundfunktionen kommen innerhalb der Familie und auch im gesellschaftlichen Nahbereich integriert vor. In modernen Großgesellschaften werden sie dann in verschiedenen Professionen und Organisationen arbeitsteilig vollzogen. Gemeinwohl ergibt sich nicht aus den Leistungen einer Profession, sondern aus dem Zusammenspiel der vier Bereiche.

Welches sind nun diese vier Funktionsbereiche? Es sind:

1. die Herrschaft, welche Regeln der Kooperation in Geltung setzt – kurz: die Politik;
2. die ökonomische Kooperation, die für die Allokation von Gütern und Dienstleistungen sorgt – kurz: die Wirtschaft;

3. die wissenschaftlich-technische Kooperation, die das empirische Regelwissen besorgt;
4. die weltanschaulich-ethische Kommunikation, die auf kommunikative Verständigung über die Ziele des Handelns aus ist.

Entscheidend für eine gute Ordnung ist nun, dass diese vier Bereiche gut austariert sind. Wenn ein Bereich ausfällt, so können die anderen Funktionen ihn nicht wirklich substituieren. Man kann sich dies an wenigen einfachen Beispielen plausibilisieren:

Wenn zum Beispiel die wissenschaftlich-technische Kooperation ausfällt, wenn die Generierung von evidenzbasiertem Wissen unterdrückt wird und stattdessen die Politik dieses Wissen qua Amt ersetzt, dann wird kaum jemand von einer Gemeinwohlordnung sprechen.

Ein anderes Beispiel: Wenn die weltanschauliche Kommunikation, z. B. über die Frage „Warum sollen wir überhaupt möglichst lange leben?“, nicht stattfindet und stattdessen durch wissenschaftliche Evidenz beantwortet wird, dann kann das vermutlich auch keine Wohlordnung sein.

Und wenn – drittes Beispiel – in Fragen des Gesundheitssystems die jeweils ökonomische Dimension ausgeblendet bleibt, dann kann auch das nicht eine gute Ordnung genannt werden.

Eine komplexe Aufgabe ist es, aus diesem Grundgedanken die richtigen Schlüsse zu ziehen. Über die ökonomische Dimension des Gesundheitswesens – und diese reicht von den Globalbudgets bis zur Frage, wer im Zweifelsfall bei einer Lebertransplantation Berücksichtigung findet und wer nicht – kann z. B. nicht sinnvoll nur in Gremien entschieden werden, welche primär dem wissenschaftlich-technischen Bereich zuzuordnen sind.

Doch ob in diesem Sinne der Gleichgewichtung und ausgewogenen Berücksichtigung der politischen, der öko-

nomischen, der wissenschaftlich-technischen und der weltanschaulich-sinnhaften Dimension des Handelns das Gesundheitswesen gut geordnet ist, ob diese vier Dimensionen gut ineinandergreifen, das muss dem eigenen Urteil der Berufeneren überlassen bleiben.

Abschließend sei ein wichtiger Zusatzaspekt dieses Gemeinwohlverständnisses benannt: Die vier genannten Grundleistungen jeder Gesellschaftsform sind in traditionellen Gesellschaftsformen auch heute noch im Bereich der Familie in einer integralen Weise verortet. Es gibt dort keine spezifischen Zuständigkeiten. Wo Sohn oder Tochter den Bau eines Drachens oder gesundes Kochen lernen, dort findet technische Orientierung statt. Die Einübung von Regeln und Fairness muss in der Familie gelernt werden, die ökonomische Versorgungsdimension ist evident, und die aktive weltanschauliche Kommunikation ist vielleicht in der traditionellen religiösen Form in weiten Bereichen zum Erliegen gekommen, aber das Gefühl für Vertrauen und Geborgenheit wird immer noch in der Familie vermittelt.

Erst außerhalb der Familie und in modernen, komplexen Gesellschaften kommt es zur Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Zuständigkeit für die Grundleistungen. Erst in der Makrostruktur der Gesellschaft existieren Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Weltanschauung bzw. Religion sowohl systemisch getrennt als auch durch sehr spezialisierte Organisationsformen. Die Interdependenz der vier Grundleistungsbereiche wird daher überlagert durch das Zusammenspiel zwischen der elementaren Ebene der kleineren Gemeinschaften, der Familie, der kontinuierlichen Face-to-face-Interaktion, und den spezialisierten Organisationen. Das hat Konsequenzen: Selbst wenn es möglich wäre, dass sich einzelne, z. B. medizinisch-technische Organisationen, ausschließlich dem wissenschaftlich-technischen Bereich zuordnen ließen, dann käme spätestens mit dem in einer familialen Gemeinschaft beheimate-

ten Patienten die Sozialform Familie und damit der Zusammenhang mit den drei anderen Grundfunktionen automatisch mit ins Spiel. Dann wäre es dem Gemeinwohl und einer guten Ordnung im Gesundheitswesen vermutlich zuträglich, wenn nicht nur in der Familie, sondern auch in den Nahbeziehungen wie der Arzt-Patienten-Beziehung diese vier Dimensionen gleichursprünglich beheimatet sind. Welche Möglichkeiten gibt es, in der Arzt-Patienten-Beziehung nicht nur die Macht- und Herrschaftssituation zu klären? Hier haben sich die Rollenverständnisse stark gewandelt. Welche Möglichkeiten gibt es, nicht nur die medizinisch-wissenschaftlich-technischen Fragen zu beantworten, obwohl dies professionsbedingt ein Hauptgesichtspunkt sein muss? Welche Möglichkeiten gibt es, die ökonomische Dimension in *jede* Arzt-Patienten-Relation mit einzubeziehen? Das Argument, dass dies das Vertrauensverhältnis störe, ist seit dem Ende einer ständischen und paternalistischen Gesellschaftsform nicht mehr stichhaltig. Dass schließlich auch die weltanschaulichen und die Sinnfragen gelegentlich in der Kommunikation zwischen Patient und Gesundheitsorganisation auftauchen dürfen und dass dies einer auch in der Ausbildung zu vermittelnden Kompetenz bedarf, sei an dieser Stelle nur erwähnt.

Gemeinwohl als Leitgedanke im Gesundheitswesen? Wenn man nur eine kleine Änderung vornähme, wäre die Wohlordnung des Gesundheitswesens im Titel und als Leitgedanke der Cadenabbia-Gespräche bereits präsent: Medizin – Ethik – Recht – und Geld.

Anmerkungen

¹ Vgl. Herzog, Roman: Art. Gemeinwohl. In: Historisches Wörterbuch der Philosophie. Bd. 3. Basel/Stuttgart 1974, 248–258.

² Vgl. hierzu grundsätzlich: Fetzer, Joachim / Gerlach, Jochen (Hrsg.): Gemeinwohl – mehr als gut gemeint? Gütersloh 1998, darin v. a. die Thesenreihe „Berechtigtes Anliegen und verschleiernde Rhetorik. 10 Thesen zum Gemeinwohl“, 142–149.

³ Meuser, Michael / Hitzler, Ronald: Gemeinwohrrhetorik ärztlicher Berufsverbände im Streit um die Gesundheitsreform. In: Münkler, Herfried / Fischer, Karsten (Hrsg.): Gemeinwohl und Gemeinsinn. Rhetoriken und Perspektiven sozial-moralischer Orientierung. Berlin 2002, 177–205.

⁴ Ebd. 203.

⁵ Vgl. Fetzer, Joachim: Gemeinwohl im Plural oder Gemeinwohlpluralismus – mehr als ein grammatisches Problem. In: Fetzer / Gerlach (Hrsg.): Gemeinwohl (wie Anm. 2), 109–119.

⁶ Gundlach, Gustav: Art. Gemeinwohl, In: Staatslexikon ³1959, 737–740, 739.

⁷ Vogel, Bernhard (Hrsg.): Im Zentrum: Menschenwürde. Politisches Handeln aus christlicher Verantwortung. Christliche Ethik als Orientierungshilfe. Berlin 2006.

⁸ Vgl. Arrow, Kenneth J.: Social Choice and Individual Values. New York 1951.


⁹ Wentzel, Bettina / Wentzel, Dirk: Das Gemeinwohl – Eine Fiktion? In: Fetzer / Gerlach (Hrsg.): Gemeinwohl (wie Anm. 2), 53–69, 58.

¹⁰ Vgl. hierzu Buchanan, James M.: Die Grenzen der Freiheit. Zwischen Anarchie und Leviathan. Tübingen 1984.

¹¹ Pastoralkonstitution „Gaudium et Spes“. Über die Kirche in der Welt von heute (1965), Nr. 26.

¹² Vgl. Gerlach, Jochen: Die Wohlgeordnetheit der Gesellschaft. Gemeinwohl in der Sozialethik von Eilert Herms. In: Fetzer / Gerlach (Hrsg.): Gemeinwohl (wie Anm. 2), 84–94.

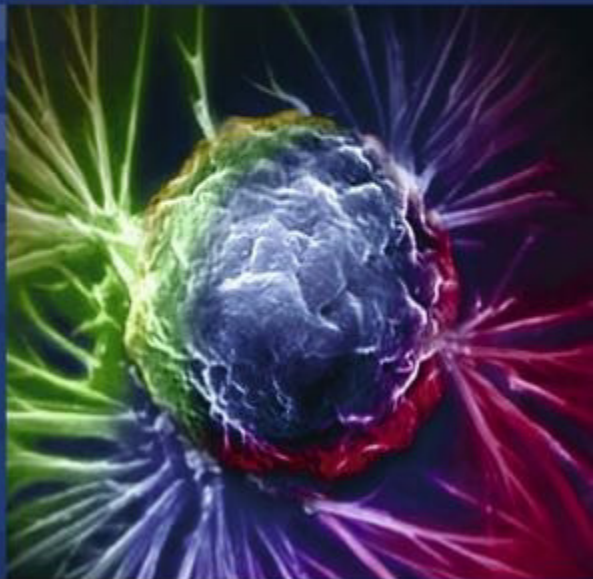
¹³ Vgl. zum Folgenden die Arbeiten von Eilert Herms, insbesondere den Aufsatzband *Gesellschaft gestalten. Beiträge zur evangelischen Sozialethik*, Tübingen 1991.



Volker Schumpelick | Bernhard Vogel (Hrsg.)

VOLKSKRANKHEITEN

GESUNDHEITLICHE HERAUSFORDERUNGEN
IN DER WOHLSTANDSGESELLSCHAFT



HERDER