A. Katarina Weilert [Hrsg.]

Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat

Interdisziplinäre Zugänge

Nomos

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

A. Katarina Weilert [Hrsg.]

Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat

Interdisziplinäre Zugänge

Nomos

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

ISBN 978-3-8487-1292-2 (Print)
ISBN 978-3-8452-5391-6 (ePDF)

1. Auflage 2015
© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2015. Printed in Germany. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Vorwort

Die grundlegende Frage nach der Abgrenzung staatlicher Fürsorgeverpflichtung und individueller Eigenverantwortung in einem zunehmend marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitsbereich ist nicht nur aus wissenschaftlicher Perspektive von großer Komplexität, sondern auch eine der großen politischen Herausforderungen unserer Zeit und der Zukunftsgestaltung. Der Band beginnt bei der Analyse dessen, was wir unter Gesundheit verstehen, wie Staatsverständnis und Gesundheitswesen zusammenhängen, welche Vorgaben des Völkerrechts gelten, bevor ausgelotet wird, wie die Gesundheitsversorgung „zwischen Markt und Staat" konkret gestaltet ist. Verfassungsrechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen, die Rolle der Diakonie sowie die Besonderheit des Arzt-Patienten-Verhältnisses markieren zentrale Eckpunkte für die im Anschluss diskutierten Bereiche der Solidarität, Eigenverantwortung und Verteilungsgerechtigkeit. Eigenverantwortung wird vor dem Hintergrund sozial ungleicher Gesundheitschancen im Kontext philosophischer, rechtlicher und christlich-sozialethischer Gerechtigkeitsvorstellungen reflektiert.

Der Band „Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat" ist das Ergebnis einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, die von 2011-2014 an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. (FEST), Institut für interdisziplinäre Forschung, stattgefunden hat. Beteiligt waren Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus den Disziplinen Gesundheitswissenschaften, Medizin, Medizingeschichte, Ökonomie, Philosophie, Psychologie (mit Schwerpunkt auf der Gerontologie), Rechtswissenschaft, Sozialwissenschaften, Soziologie und Theologie (einschließlich der Diakoniewissenschaft). Zahlreiche Querverweise zwischen den Beiträgen sind ein äußerer Hinweis auf die intensiven interdisziplinären Diskussionen der jeweils disziplinär verfassten Abhandlungen.

An dieser Stelle gebührt den vielen Menschen Dank, die zum Gelingen dieser Publikation beigetragen haben: An erster Stelle den Autoren und Autorinnen für die intensive Arbeit im Rahmen der Arbeitsgruppe und an den Manuskripten, die jeweils ein aufwändiges arbeitsgruppeninternes Feedback-Verfahren durchlaufen haben, sowie Herrn Simeon Prechtel für die aufmerksame Durchsicht und formale Vereinheitlichung des Bandes. Für die finanzielle Unterstützung der Arbeitsgruppe geht mein Dank an

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

die Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern sowie an Andere Zeiten e.V. Ein besonderer Dank gebührt Anke Muno, die die Arbeitsgruppe organisatorisch in vieler Hinsicht unterstützt hat. Schließlich soll auch dem wissenschaftlichen Kuratorium der FEST für die anregende Diskussion und Unterstützung des Konzeptes der Arbeitsgruppe gedankt werden.

Gewidmet ist dieses Buch meiner Tochter Antonia Leonie, die im April 2013 zur Welt kam, und den Abschluss des Bandes durch ihre Fröhlichkeit und als Beschäftigungsmagnet für ihre Brüder nachhaltig gefördert hat.

Heidelberg im Dezember 2014 Dr. A. Katarina Weilert

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Inhalt

A. Grundlagen 11

I. Einführung 13

Einführung in die Thematik 15
A. Katarina Weilert

II. Gesundheitsverständnisse 29

Gesundheit und Krankheit – Kulturelle Prägungen und Vorverständnisse von Gesundheitsverantwortung 31
Wolfgang Lienemann

Gesundheitsverständnis und Verantwortung für die Gesundheit 53
Johannes Siegrist

III. Das deutsche Gesundheitssystem – Völkerrechtliche Anforderungen und staatstheoretischer Rahmen 63

Das völkerrechtliche Menschenrecht auf Gesundheit und seine Implikationen für das nationale Recht 65
A. Katarina Weilert

Subsidiarität als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens 77
Karl Gabriel

Der Wandel der institutionellen Gestalt des Wohlfahrtsstaates 91
Claus-Dieter Middel

Gewährleistungsstaat und Gesundheitsverantwortung 109
A. Katarina Weilert

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

B. Gesundheitsversorgung zwischen Markt und Staat 123

I. Verfassungsrechtliche Aufgaben und Befugnisse des Staates in der Gesundheitsversorgung 125

Grundversorgung oder Wunscherfüllung? Grundrechtliche Vorgaben für die staatliche Gesundheitsfürsorge 127
Steffen Augsberg

Darf der Staat seine Bürger zur Gesundheit erziehen – oder verbieten dies die Freiheitsgrundrechte? 145
Claus-Dieter Middel

II. Gesundheitsversorgung und Marktmechanismen 161

Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Gestaltung des Gesundheitswesens 163
Mirjam Thanner

Ärzte als Manager? Transformation der Krankenhäuser von Expertenorganisationen zu Dienstleistungsunternehmen – Überlegungen zum Verhältnis zwischen Medizin und Management 175
Sabine Bohnet-Joschko

III. Zwischen Markt und Staat 189

Herausforderungen für die Diakonie im aktivierenden Sozialstaat – Der Einbezug sozial benachteiligter Menschen am Beispiel der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen 191
Johannes Eurich

Die Arzt-Patienten-Beziehung: Eine ständige Herausforderung 207
Andrea Dörries

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

C. Solidarität, Eigenverantwortung und Verteilungsgerechtigkeit 221

I. Solidarität bei gesundheitlicher Gefährdung 223

Grundlinien zu Ursprung, Begründung und Verwirklichung der christlichen Solidarität durch die Diakonie 225
Wolfgang Lienemann

Ansätze zur philosophischen Rechtfertigung eines Rechts auf solidarische Gesundheitsversorgung 243
Markus Rothhaar

Sozial ungleiche Gesundheitschancen: Prävention als solidarisches Handeln 257
Johannes Siegrist

Solidarität mit den Schwachen: Menschen mit Demenzerkrankung 275
Andreas Kruse

II. Eigenverantwortung im Gesundheitssystem 287

Philosophische Grundlagen der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen 289
Markus Rothhaar

Eigenverantwortung als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens 303
Karl Gabriel

Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge 319
Bettina Schmidt

Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht – Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung 331
Stephan Rixen

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Gesundheitsgerechtigkeit zwischen Eigenverantwortung und Solidarität 351
Claus-Dieter Middel

Reflexionen zu Verantwortlichkeiten von Patient, Arzt und Gesellschaft aus medizinischer Sicht 367
Fritz von Weizsäcker

Eigenverantwortung des Kranken in der medizinischen Handlungssituation – Zum Verhältnis von Technik und verantworteter zwischenmenschlicher Praxis in der modernen Medizin 377
Josef N. Neumann

III. Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem 389

Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung aus rechtlicher Perspektive 391
A. Katarina Weilert/ Steffen Augsberg

Medizinethische Aspekte der Allokation im Gesundheitswesen 409
Andrea Dörries

Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und Altruismus – Über Limitationen gesundheitsökonomischer Modelle und deren Missbrauchsmöglichkeiten 421
Mirjam Thanner

Verteilungsgerechtigkeit zwischen Eigenverantwortung und Solidarität aus ethischer und seelsorglicher Sicht – Dargestellt am Beispiel der Lebertransplantation infolge alkoholbedingter Leberschädigung 433
Ulrich Eibach

Autorenverzeichnis 447

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

A.
Grundlagen

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

I.
Einführung

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Einführung in die Thematik

A. Katarina Weilert

Der Band „Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat“ setzt sich mit zentralen und drängenden Problemen des deutschen Gesundheitssystems auseinander und beleuchtet sie jenseits des politischen Druckes aus wissenschaftlicher Sicht. Die 27 Beiträge aus der Feder unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen suchen Antworten auf die Frage nach der Abgrenzung staatlicher Fürsorgeverpflichtung und individueller Eigenverantwortung in einem zunehmend marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitsbereich vor dem Hintergrund eines modernen Staatsverständnisses und aktueller, insbesondere auch christlich-sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse. An dieser Stelle sollen die Beiträge in Ihrer Beziehung zueinander über Diskussionsknotenpunkte verbunden werden. Dabei wird deutlich, dass einzelne Schlagworte sehr unterschiedlich beleuchtet werden können und eine Vielfalt einzelner Aspekte aufwerfen, für die hier jeweils auf die einzelnen Beiträge verwiesen wird. Die Einleitung verfolgt nicht den Anspruch, den Band systematisch zusammenzufassen, sondern dem Charakter interdisziplinären Gesprächs folgend Anknüpfungspunkte zwischen den Disziplinen zu suchen.

I Bestimmung und Bedeutung von Gesundheit

Gesundheit gilt als individuelles und gesellschaftliches „Höchstgut“. Arthur Schopenhauers Ausspruch „Gesundheit ist gewiss nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ bringt dies plastisch zur Sprache. Für Schopenhauer beruhten neun Zehntel des Glücks allein auf der Gesundheit. Die Gesundheit bildet unbestritten in vieler Hinsicht die Basis individueller Entfaltungsmöglichkeiten in der Gesellschaft. Krankheiten sind dagegen häufig eng verbunden mit Einschränkungen der eigenen Möglichkeiten und subjektivem Leid. Die Gesundheit des Einzelnen trägt darüber hinaus in verschiedener Hinsicht auch zum gesellschaftlichen Gesamtwohl bei. Soziale Abgaben und Steuereinnahmen beruhen in Deutschland zu

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

einem großen Teil auf dem Erwerbseinkommen und setzen damit leistungsfähige Individuen voraus.

Die Gesundheit hat teilweise einen Stellenwert erreicht, der sie in den Rang eines alles überragenden, transzendental-anmutenden Gutes stellt. Dies birgt Risiken für gesellschaftliche Fehlentwicklungen oder verkürzte Sichtweisen, nicht nur in Bezug auf die Bewertung der eigenen Lebensqualität, sondern auch im Blick auf einen etwaigen gesellschaftlichen Wert von Individuen. Gesundheit als Voraussetzung gesellschaftlicher Akzeptanz kann die Folge sein, wenn nur der gesunde und leistungsfähige Mensch eine hervorgehobene Position zugeschrieben bekommt. Ist das Ziel von Gesundheitspolitik der optimierte und perfekte Leistungsträger oder geht es um die Maximierung individuellen Wohls? Gleichermaßen können die medizinischen Möglichkeiten in Verbindung mit einem technisch verstandenen Gesundheitsbegriff, der den Menschen vor allem als zu funktionierenden Körper begreift, zu Entwicklungen führen, die keinen Raum lassen für Sinnhaftigkeit im Leid, Sterben und Tod. Staatliche Gesundheitsfürsorge hat oft nur den prinzipiell gesunden Menschen, nicht aber den unwiderruflich alternden und schließlich auch sterbenden Menschen im Blick.[1] Noch schwieriger wird es, am gleichsam anderen Ende der Messlatte „Krankheit-Gesundheit“ zu bestimmen, wo der Übergang von Gesundheit zu Enhancement liegt[2] – und damit welche Therapien nicht mehr als bloße „Gesundheits“fürsorge gelten können. Zu diesen Schwierigkeiten einer Definition von Gesundheit tritt ihre Kulturbedingtheit und der kulturell unterschiedliche Umgang mit Krankheit und Kranken.[3] Die World Health Organization (WHO) hat gleichwohl in ihrer Verfassung aus dem Jahre 1946 versucht, eine Gesundheitsdefinition als universellen Standard zu etablieren und sich eine extensive und ganzheitliche Definition von Gesundheit zum Ziel ihrer Tätigkeiten gemacht. Gesundheit ist nach der WHO ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ und nicht nur negativ das Fehlen von

1 Siehe hier die besondere Perspektive von *A. Kruse*, Solidarität mit den Schwachen: Menschen mit Demenzerkrankung, mit dem Plädoyer, diese Menschen in die Gesellschaft zu integrieren.

2 Vgl. zur wunscherfüllenden Medizin: *S. Augsberg*, Grundversorgung oder Wunscherfüllung? Grundrechtliche Vorgaben für die staatliche Gesundheitsfürsorge.

3 Vgl. zu den kulturellen Voraussetzungen von Gesundheit: *W. Lienemann*, Gesundheit und Krankheit – Kulturelle Prägungen und Vorverständnisse von Gesundheitsverantwortung.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Krankheit und Gebrechen. Diese weite Definition ist vielfach kritisiert worden und kann realistischerweise von keinem politischen System geleistet werden – schon der Versuch würde vermutlich einer freiheitlichen Demokratie zuwiderlaufen, weil sich von politischer Ebene das geistige Wohlbefinden der Menschen nicht bestimmen lässt.[4] Ganz im Gegensatz zu dieser anspruchsvollen und weitreichenden Definition von Gesundheit steht die pragmatische Herangehensweise der deutschen Sozialgerichtsbarkeit, die sich – ohne damit eine verallgemeinerungswürdige Definition für alle Rechtsbereiche vorlegen zu wollen – entsprechend der sozialrechtlichen Regelungen an der Arbeits(un)fähigkeit orientiert. Die Annäherung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit fügt sich nicht nur nahtlos in ein System einer solidarischen Krankenversicherung ein, die vornehmlich die Beiträge ihrer Mitglieder über das Erwerbseinkommen festlegt, sondern ist tiefgründiger als sich auf einen ersten Blick vermuten lässt. Sie betont einerseits die *individuelle* Bedeutung von Gesundheit, da eine autonome Lebensgestaltung vielfach in engem Zusammenhang mit einer Erwerbstätigkeit steht, die darüber hinaus soziale Anerkennung vermittelt und zur psychischen und physischen Gesundheit beiträgt.[5] Andererseits findet auch die *gesellschaftliche* Bedeutung der Gesundheit in der Erwerbstätigkeit ihren Niederschlag, da Arbeitsunfähigkeit soziale Probleme aufwirft. Obwohl sich der Wert von Gesundheit selbstverständlich nicht in der Arbeitsfähigkeit erschöpft, ist dieses sozialrechtliche Kriterium bedeutsam, da eine allgemeingültige Definition von Gesundheit mit großen Schwierigkeiten behaftet ist. Eine breite Strömung in der Philosophie geht ebenfalls von einem konditionalen Charakter von Gesundheit aus und betrachtet sie als Voraussetzung von Handlungsfähigkeit für einen individuellen Lebensplan.[6] Gesundheit nicht als *conditio*, sondern als innere Einstellung findet sich dagegen bei Thomas von Aquin, nach dem Gesundheit mehr eine Haltung als ein Zustand ist, die mit der Freude am Leben gedeiht. Bei Thomas von Aquin ist Gesundheit ganzheitlich zu verstehen, indem sie nicht mit körperlicher Funktionsfähigkeit, sondern einer geistigen Haltung

4 Vgl. zur Gestalt eines Menschenrechts auf Gesundheit: *A. K. Weilert*, Das völkerrechtliche Menschenrecht auf Gesundheit und seine Implikationen für das nationale Recht.

5 Vgl. zum Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit: *J. Siegrist*, Sozial ungleiche Gesundheitschancen: Prävention als solidarisches Handeln.

6 Vgl. *M. Rothhaar*, Ansätze zur philosophischen Rechtfertigung eines Rechts auf solidarische Gesundheitsversorgung.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

in Zusammenhang gebracht wird. Eine solche Definition entfaltet ihre Berechtigung darin, körperliches Funktionieren nicht als Bedingung für das Glück und ein sinnhaftes Leben überzubetonen. Aber auch ein konditionales Gesundheitsverständnis betrachtet Gesundheit nicht als Zweck an sich, sondern als Voraussetzung für ein „gutes Leben". Dies bedeutet nicht nur, dass der Mensch eines bestimmten Maßes an Gesundheit bedarf, um seine Ziele zu verfolgen, sondern gleichermaßen, dass Menschen, die medizinisch betrachtet nicht gesund sind, aber mit ihrer Behinderung oder Krankheit umzugehen gelernt haben, nach einem konditionalen Gesundheitsverständnis als gesund gelten müssten.[7]

II Gesundheit als Staatsaufgabe

Jede Gesundheitspolitik geht implizit davon aus, dass die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit eine Staatsaufgabe ist. Allerdings unterscheiden sich politische Ansichten im Hinblick auf die Frage, wie umfangreich die staatliche Verantwortung sein sollte. Wenn hier von „Staat" gesprochen wird, dann geht es nicht um ein originär juristisches oder politikwissenschaftliches Staatsverständnis im Sinne einer passgenauen disziplinären Definition. „Staat" soll hier bezeichnen, wo öffentliche Institutionen bzw. das Gemeinwesen im Gegensatz zur privaten Wirtschaft, dem Non-Profit-Bereich und dem Individuum selbst in der Pflicht stehen.

Die bereits erwähnte WHO-Gesundheitsdefinition setzt sich mit den Worten fort „Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung". Eingefordert wird hier die Gesundheit als ein Menschenrecht, das der Staat dem Individuum gegenüber zu gewährleisten hat.[8]

Im deutschen Staatsrecht ist ein allgemeines Grundrecht auf umfassende Gesundheit dagegen nicht verbürgt, wenngleich sich ein grundrechtlicher Anspruch auf Sicherung einer gesundheitlichen Grundversorgung

---

7 Vgl. *J. Siegrist*, Gesundheitsverständnis und Verantwortung für die Gesundheit.

8 Vgl. zur Unterscheidung von völkerrechtlich bindendem Recht und soft law: *A. K. Weilert*, Das völkerrechtliche Menschenrecht auf Gesundheit und seine Implikationen für das nationale Recht.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

herleiten lässt. Dem Gesetzgeber kommt im Rahmen des Verfassungsrechts ein weiter Gestaltungsspielraum zu.[9] Was als verfassungsrechtlich gesicherte Grundversorgung zu gelten hat, ist politisch und auch in juristischen Interpretationen umstritten. Da gesetzlich für die GKV-Versicherten mehr als nur eine Grundversorgung gewährt wird, ist die grundsätzliche Debatte über unmittelbare verfassungsrechtliche Ansprüche derzeit nur in den Rändern bedeutsam.

Vielfach werden in Deutschland – anders als etwa in den USA – die Voraussetzungen für und die Leistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit als Staatsaufgaben angesehen. Die Wurzeln für dieses Verständnis eines „Versorgerstaates" liegen in der deutsch-europäischen Geschichte. Der deutsche „Wohlfahrtsstaat", wie er in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts seinen Höhepunkt fand, hat seine ersten Vorläufer in den mittelalterlichen Armen- und Bettelordnungen sowie dem Allgemeinen Preußischen Landrecht mit einer Armenfürsorge als gesetzlicher Pflicht.[10] Während der Industrialisierung im 19. Jahrhundert richtete sich der Blick verstärkt auf die sozial schwierigen Bedingungen der Arbeiter, die die Risiken von Unfall, Krankheit, Alter und Invalidität nicht selbst zu schultern imstande waren. Die Bismarckschen Sozialversicherungen legten den Grundstock für unser heutiges Versicherungssystem. Schon hier wird die Versicherung mit der Erwerbstätigkeit in Verbindung gebracht, sozial erweitert auf den Einbezug von Familienangehörigen in die solidarische Krankenversicherung. Die finanzielle Last tragen seither nicht nur die solidarisch Versicherten selbst, sondern auch die Arbeitgeber. Ein solches System erhöht den Stellenwert einer bezahlten Beschäftigung und damit letztlich auch die Bedeutung der Gesundheit als Voraussetzung für die Arbeitsfähigkeit. Seit den Bismarckschen Sozialversicherungen wurde das System wie ein Flickenteppich weiter entwickelt, ohne dass es einen neuen „großen Guss" gegeben hätte.

---

9 Vgl. zu der „(reduzierten) Direktionskraft der Grundrechte": *S. Augsberg*, Grundversorgung oder Wunscherfüllung? Grundrechtliche Vorgaben für die staatliche Gesundheitsfürsorge.

10 Vgl. *C.-D. Middel*, Der Wandel der institutionellen Gestalt des Wohlfahrtsstaates.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

III Einbindung freier Träger der Wohlfahrtspflege und Privater in die staatliche Gesundheitsverantwortung

Die Institutionen des deutschen Sozialstaats sind keineswegs alle „staatlich", sondern Institutionen der Leistungserbringung sind neben dem Staat auch freie Träger. Damit stoßen wir auf das historisch einflussreiche „Subsidiaritätsprinzip" der katholischen Soziallehre, das auch im Gesundheitswesen seine Spuren hinterlassen hat. Papst Pius XI. bemängelte, dass eine vermittelnde Ebene zwischen Individuum und Staat fehle und forderte die Stärkung der kleineren und untergeordneten Gemeinwesen und Einrichtungen. Für das Gesundheitswesen führte das Subsidiaritätsprinzip zu einer dezentralen, pluralen und selbstverwaltenden Organisation der Krankenversicherung.[11] Das Subsidiaritätsprinzip, welches gesetzlich und verfassungsgerichtlich seinem Wesen nach in die sozialrechtliche Gestaltung der Bundesrepublik einfloss, beförderte auch die in Deutschland hervorgehobene Bedeutung der katholischen Caritas sowie der Einrichtungen der evangelischen Diakonie. Als Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege stehen sie zwischen Staat und Individuum, können gleichzeitig aber auch auf eine finanzielle staatliche Unterstützung bauen, sofern sie Staatsaufgaben wahrnehmen.[12] Im Grunde findet man schon hier eine Form der erst viel später so bezeichneten „Public Private Partnership". Durch Professionalisierung der Mitarbeiterschaft und Rückgang der zunächst das Gesicht prägenden Diakonissen veränderte die Diakonie ihre Gestalt in einem sich ebenfalls wandelnden Staatsverständnis, in dem das Subsidiaritätsprinzip nur noch seinem Wesen nach und in anderen Formen erhalten ist. Seit Ende der 90er Jahre ist die Rede vom Gewährleistungsstaat, der dadurch charakterisiert ist, dass bestimmte Staatsaufgaben nicht mehr unmittelbar vom Staat selbst erfüllt werden, sondern der Staat nur noch eine Gewährleistung für ihre Erfüllung durch private Dritte übernimmt. Der Gewährleistungsstaat ist keine Festlegung auf einen bestimmten Umfang staatlicher Leistungen, sondern charakterisiert sich durch eine Form der gemischt

11 Ausführlich zum Subsidiaritätsprinzip: *K. Gabriel*, Subsidiarität als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens.

12 Zum heutigen Stand der Diakonie: *J. Eurich*, Herausforderungen für die Diakonie im aktivierenden Sozialstaat – Der Einbezug sozial benachteiligter Menschen am Beispiel der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen. Zur historischen Dimension: *W. Lienemann*, Grundlinien zu Ursprung, Begründung und Verwirklichung der christlichen Solidarität durch die Diakonie.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

staatlich-privaten Leistungserbringung.[13] Die Gewährleistungsaufgaben des Staates können sich in unterschiedlichen Tätigkeiten ausdrücken, angefangen bei der Initiierung eines Projektes, einer teilweisen Beteiligung bei der Ausführung oder der unterschiedlich dichten Kontrolle privater Akteure.

IV Dimensionen staatlicher Gesundheitspflichten

Der Zugang zu einer medizinischen Basisversorgung ist für ein menschenwürdiges Dasein unabdingbar und in Deutschland ganz überwiegend als Staatsaufgabe anerkannt. Darüber hinaus aber ergeben sich viele Fragen, die unterschiedlich beantwortet werden können. Soll der Staat im Sinne eines Gesundheitspaternalismus und zu Lasten der Freiheitlichkeit des Einzelnen die Menschen zu ihrem Glück „zwingen", indem er analog der Rauchverbote und Gurtpflicht zunehmend weitere Bereiche reglementiert, die die Menschen davor bewahren, Einbußen an ihrer Gesundheit zu erleiden? Inwieweit ist der Staat verpflichtet, wenigstens indirekt erziehend einzuwirken, in den Worten eines Leitmotives des WHO „Make the healthy choice the easy choice"?[14] Die Forderung an den Staat, Grundvoraussetzungen für gesundheitsbewusstes Handeln aller Bevölkerungsschichten zu etablieren, zeigt, dass sich Gesundheitsfürsorge grundsätzlich nicht nur in einem Zugang zu medizinischer Versorgung erschöpft, sondern dass auch Prävention − in einem zu bestimmenden Umfang − als staatliche Aufgabe angesehen wird. Hier eröffnet sich ein weites Feld, da viele Politikbereiche direkten Einfluss darauf haben, ob Menschen gesund bleiben. Aktuelle sozialwissenschaftliche Forschungsergebnisse zeigen, dass die Gründe für einen schlechten Gesundheitszustand der „benachteiligten Bevölkerungsschichten" in Deutschland nur zu einem verhältnismäßig geringen Anteil an einem ungleichen Zugang zur medizinischen Versorgung liegen, während sie weit überwiegend durch ungleiche Lebenslagen (Bildung, Arbeit, Wohnen, Einkommen etc.) und dadurch bedingt vielfach einen ungleichen Lebensstil (Rauchen, Bewegungsmangel etc.) begründet werden. Dies liegt – erfreulicherweise – zunächst einmal daran,

13 Vgl. *A. K. Weilert*, Gewährleistungsstaat und Gesundheitsverantwortung.

14 Vgl. grundlegend *C.-D. Middel*, Darf der Staat seine Bürger zur Gesundheit erziehen – oder verbieten dies die Freiheitsgrundrechte?; *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dass es in Deutschland eine solide Gesundheitsversorgung für (fast) alle Bevölkerungsschichten gibt (eine Ausnahme bilden etwa Obdachlose, für die es vielfach zu hochschwellig ist, sich selbst auf den Weg in eine Arztpraxis zu begeben[15]). Es bleibt aber auch die weitere Erkenntnis: Wie gesund eine in Deutschland lebende Person ist und welche Chancen sie hat, ein hohes Alter zu erreichen, hängt hierzulande in erster Linie von sozialen Faktoren ab. Dies beginnt bereits bei unterschiedlichen Startbedingungen während der Schwangerschaft und setzt sich im Laufe des Lebens fort.[16] Wenn Gesundheitspolitik ein konditionales Gesundheitsverständnis aufgreifen will, bedeutet dies, dass sie sich über eine medizinisch-technisch verstandene Wiederherstellung von Gesundheit auch der Frage widmen muss, inwieweit etwa Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft integriert werden können, um ihre Lebensentwürfe zu verwirklichen.[17] Damit ist jede Sozialpolitik, Bildungspolitik, Arbeitsmarktpolitik, Ernährungs- und Verbraucherschutzpolitik sowie Politik für benachteiligte soziale Gruppierungen im weiteren Sinne auch als Gesundheitspolitik einzustufen – eine Sichtweise, die auch das Völkerrecht mit seinem umfassenden Konzept von Gesundheit einfordert.

V Staatliche Verantwortung vs. individuelle „Eigen"verantwortung

Vor diesem Hintergrund wird eine Debatte um staatliche Verantwortung vs. Eigenverantwortung hoch komplex und in ihren Einzelheiten diskutabel. Weitgehender Konsens dürfte dahingehend bestehen, dass die Bürger eine Eigenverantwortung (in einem zu bestimmenden Maße) im Hinblick auf ihre Gesundheit tragen und nicht jedes Risiko für die Gesundheit solidarisch gesichert werden muss. Aber wo vollzieht sich die Trennlinie? Die sich hier auftuende Unklarheit beginnt bereits juristisch-terminologisch, wie ein Blick auf § 1 des fünften Sozialgesetzbuches zeigt. Während die Norm mit *Solidarität und Eigenverantwortung* überschrieben ist, spricht

15 Vgl. zur Problematik der Integration Obdachloser in das medizinische Versorgungssystem: *J. Eurich*, Herausforderungen für die Diakonie im aktivierenden Sozialstaat – Der Einbezug sozial benachteiligter Menschen am Beispiel der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen.

16 Vgl. *J. Siegrist*, Sozial ungleiche Gesundheitschancen: Prävention als solidarisches Handeln.

17 Vgl. *J. Siegrist*, Gesundheitsverständnis und Verantwortung für die Gesundheit.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

der Normtext nur noch von „mitverantwortlich". Der Begriff der Eigenverantwortung wird nicht näher bestimmt und zieht so bereits ein „programmiertes Vollzugsdefizit" (Stephan Rixen) nach sich. Die Norm hat damit in erster Linie nur einen unbestimmten Appellcharakter im Hinblick auf die Eigenverantwortung.[18]

Auch in der gesellschaftlichen Debatte ist die Rede von der Eigenverantwortung wenig konturenscharf. Vielmehr kann sich unter demselben Begriff sogar sehr Unterschiedliches verbergen. Eigenverantwortung wird im Rahmen der Selbstbestimmung mit positiver Konnotation gebraucht und im Hinblick auf die Beteiligung an Krankheitsrisiken im Sinne einer Entsolidarisierung oft in einen negativen Zusammenhang gestellt.

Was ist überhaupt „Verantwortung"? Aus dem juristischen Diskurs sind aus dem Strafrecht und zivilrechtlichen Schadensersatzrecht verschiedene differenzierte Kausalitäts- und Zurechnungstheorien bekannt. Auch aus philosophischer Sicht sind unterschiedliche Ebenen des Verantwortungsbegriffes zu unterscheiden: So kann Verantwortung einerseits im Sinne einer Pflichtenzuschreibung („Ich bin für meine Kinder verantwortlich") und andererseits im Sinne einer Handlungs- und Handlungsfolgenzurechnung („Ich bin für den Unfall verantwortlich, weil ich den Fußgänger auf dem Zebrastreifen angefahren habe") gebraucht werden.[19] Diese Weite des Verantwortungsbegriffs führt dazu, dass oft von Unterschiedlichem gesprochen wird, manchmal ohne dass es den Diskutanten bewusst ist. So wird die Eigenverantwortung im Gesundheitsbereich in der Regel unmittelbar mit einer „finanziellen Verantwortung" für die Gesundheitskosten verbunden, ohne dass dies aber zwingend wäre. Zwischen einer Verantwortlichkeit für einen Gesundheitszustand und der Frage, ob infolge dieser Verantwortlichkeit auch die Heilungskosten zu tragen sind, kann und sollte unterschieden werden. Ethische Relevanz entfaltet die Zuweisung einer Eigenverantwortung in der Regel erst, wenn medizinische Leistungen finanziell entsolidarisiert werden.[20]

---

18 Näher *S. Rixen*, Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht – Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung.

19 *M. Rothhaar*, Philosophische Grundlagen der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen.

20 Zur Problematik der Entsolidarisierung: *K. Gabriel*, Eigenverantwortung als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens und *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Im Gesetz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) ist Eigenverantwortung wohl eher als eine „finanzielle Verantwortung“ zu verstehen, da es im Rahmen der Solidarität um eine „solidarische Finanzierung“ geht. Das Krankenversicherungsrecht fragt (bis auf marginale Ausnahmen) nicht, ob jemand für seine Krankheit verantwortlich im Sinne von „durch sein Handeln ursächlich“ gewesen ist. Während die gesetzliche Unfallversicherung dem Kausalprinzip folgt (Leistung erfolgt nur bei bestimmter Ursächlichkeit), gilt im Recht der Krankenversicherung das Finalprinzip. Eine Behandlungsverweigerung kennt das Krankenversicherungsrecht nicht, sondern allenfalls die Verweigerung der Kostenübernahme.[21]

Eine ganz andere Dimension erreicht die Zuschreibung von Eigenverantwortung bei der Organtransplantation. Hier geht es nicht um das finanzielle Risiko, sondern um die Behandlung an sich. Aufgrund der Organknappheit (das heißt nicht nur Knappheit finanzieller Ressourcen) müssen gerechte Verteilungskriterien gefunden werden. Auch hier gilt zwar nicht das Prinzip der Verantwortlichkeit für das Organleiden als maßgebliches Kriterium für den Erhalt eines Spenderorgans, jedoch klingt die Berücksichtigung der Eigenverantwortlichkeit etwa bei der Maßgabe an, dass Alkoholiker erst dann eine Spenderleber erhalten dürfen, wenn sie über einen bestimmten Zeitraum „trocken“ geblieben sind. Damit ist allerdings weniger eine retrospektive Verantwortlichkeit angesprochen, als vielmehr eine prospektive, denn es geht im Kern nicht um den Vorwurf, dass jemand sein eigenes Organ ursächlich und schuldhaft zugrunde gerichtet hat, sondern um die Frage, ob jemand ein Spenderorgan (auf Kosten eines anderen notleidenden Patienten) erhalten sollte, wenn es keine positive Prognose dafür gibt, dass er dieses Spenderorgan nicht schädigt.[22]

21 *S. Rixen*, Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht – Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung.

22 Vgl. zu diesem Problemkomplex: *U. Eibach*, Verteilungsgerechtigkeit zwischen Eigenverantwortung und Solidarität aus ethischer und seelsorglicher Sicht – Dargestellt am Beispiel der Lebertransplantation infolge alkoholbedingter Leberschädigung.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

VI Staatliche Voraussetzungen individueller Eigenverantwortung

Eigenverantwortung als Ausfluss des Subsidiaritätsprinzips (im Sinne primärer Verantwortlichkeit des Einzelnen und nur subsidiärer des Staates) ist dem deutschen Sozialrecht von Anbeginn vertraut, wenngleich die Rede von der Eigenverantwortung besonders in der Krise des Sozialstaats stärker in den Vordergrund rückte. Die Idee eines nicht mehr gänzlich versorgenden, sondern aktivierenden (Sozial)staates betont die Vorsorge statt der Fürsorge, die Aktivierung und Qualifizierung der Individuen anstelle finanzieller Transfers. Dabei gehören zwei Seiten zu einer Medaille: Die Zuweisung von Verantwortlichkeiten an die Individuen selbst setzt voraus, dass die Individuen zur Eigenverantwortung befähigt sind oder gemacht werden. Im Ulmer Papier (2008) bekennt sich die Ärzteschaft zur Eigenverantwortung der Patienten für eine gesundheitsverträgliche Lebensweise.[23] In vorsichtiger Weise befürwortet sie auch eine Entsolidarisierung der Kosten in Form von Selbstbeteiligungen bei der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig weist sie aber darauf hin, dass es problematisch wäre, den gleichen Maßstab an alle Patienten anzulegen, weil Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status weniger in der Lage sind, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Dies führt zu einem breiten Fragenfeld danach, was die sozialen und individuellen Voraussetzungen eigenverantwortlichen Handelns sind. In welchem Umfang muss der Staat dafür sorgen, dass Menschen Eigenverantwortung übernehmen können? Wenn Krankheiten nicht selten durch einen sozioökonomischen Status mitbedingt werden, stößt die bloße Zuweisung von Eigenverantwortung sozialethisch betrachtet an ihre Grenzen. Staatliche Aufklärung und Appelle an gesundheitsbewusstes Verhalten setzen voraus, dass alle Menschen in gleicher Weise befähigt sind, Zusammenhänge zu verstehen und ihre Lebensweise danach auszurichten. Hinzu kommt, dass Menschen niedrigerer sozialer Schichten mit einer traditionell schwächer ausgeprägten gesundheitsbewussten Lebensweise mehr Umstellungen erbringen müssen als Menschen aus einem sozialen Umfeld, in dem gesundheitsbewusste Ernährung und sportliche Aktivität von Kindesbeinen an eingeübt worden sind und als positive soziale Anerkennung erfahren wurden.

---

23 Näher zum Ulmer Papier: *C.-D. Middel*, Gesundheitsgerechtigkeit zwischen Eigenverantwortung und Solidarität.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Die Zuweisung von Eigenverantwortlichkeit ist neben sozioökonomischen Ungleichheiten aber auch deswegen schwierig, weil der Einfluss des Einzelnen auf seine Gesundheit genetisch bedingt unterschiedlich hoch ist. So fällt es manchen Menschen leichter, mit dem Rauchen aufzuhören, weil ihr Suchtpotential kleiner ist als anderen. Auch führt nicht jede ungesunde Lebensweise notwendigerweise zu einer Krankheit, ebenso wie eine gesunde Lebensweise nicht davor bewahrt, bestimmte Krankheiten zu bekommen.[24]

Nach allem zeigt sich, dass unser Verständnis von Krankheit als „Schicksal" oder als Ergebnis einer verantworteten individuellen Lebensweise eine wichtige Bezugsgröße dafür ist, wie wir die Verantwortlichkeit des Staates bzw. der Solidargemeinschaft und des Einzelnen voneinander abgrenzen.

VII Staatliche Gewährleistung und Gesundheitsmarkt

Der Gewährleistungsstaat erfüllt seine Verantwortung in Kooperation mit Privaten. Die Regulierung des Gesundheitsmarktes ist allerdings bislang eher unübersichtlich. Grundsätzlich steht in Frage, inwieweit wirtschaftliche Faktoren bei der Gestaltung des Gesundheitswesens nützlich sind und inwieweit sie in Spannung zu den sozialen Aufgaben des Staates stehen.[25] Ein prominenter Bereich ist das Krankenhausrecht. Krankenhäuser befinden sich heute in einem erheblichen Wettbewerb zueinander, die Ökonomie hat weiten Einzug in das Krankenhausmanagement gefunden, Ärzte werden in die Steuerung von Prozessen und Organisationen eingebunden und sehen sich zunehmend neben ihrer ärztlichen Rolle mit Managementaufgaben konfrontiert.[26] Nach den ökonomischen Grundsätzen der neuen Wohlfahrtstheorie sind Abläufe erst dann effizient, wenn es einen Markt und Wettbewerb gibt. Staatliche Eingriffe verringern dagegen die Effizienz und bedeuten so eine Verschwendung der Mittel. Der Einzug markt-

24 Vgl. zu diesen medizinischen Aspekten einer Eigenverantwortung: *F. von Weizsäcker*, Reflexionen zu Verantwortlichkeiten von Patient, Arzt und Gesellschaft aus medizinischer Sicht.

25 Vgl. *M. Thanner*, Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Gestaltung des Gesundheitswesens.

26 Näher *S. Bohnet-Joschko*, Ärzte als Manager? Transformation der Krankenhäuser von Expertenorganisationen zu Dienstleistungsunternehmen – Überlegungen zum Verhältnis zwischen Medizin und Management.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wirtschaftlicher Prinzipien in den medizinischen Bereich hängt mit der Notwendigkeit einer effizienteren Mittelverteilung zusammen. Hohe Gesundheitskosten aufgrund des medizinischen Fortschritts und des demographischen Wandels haben zu erhöhten Allokationsproblemen geführt.[27] Diese ökonomischen Notwendigkeiten, die sich in der Facette einer kommunizierten „Alternativlosigkeit" den Anschein von naturgesetzlicher Unausweichlichkeit geben,[28] betreffen über die Krankenhäuser hinaus auch die niedergelassenen Ärzte und kollidieren mit dem ärztlichen Ethos des Heilens sowie einer nicht marktförmig gestalteten Arzt-Patienten-Beziehung.[29] Obwohl Ärzte Dienstleistungen an ihren Patienten erbringen, handelt es sich hier nicht um eine gängige Dienstleister-Kunden-Relation.[30] Vielmehr stehen sich Arzt und Patient freundschaftlich-familiär und mitfühlend gegenüber. Mit einer solchen vertrauensvollen Beziehung ist es schwer vereinbar, wenn Ärzte dazu gedrängt werden, nach Kriterien der Wirtschaftlichkeit vorzugehen. Wie medizinische Leistungen „gerecht" verteilt werden können, ist hoch komplex und unterliegt schwierig zu treffenden ethischen Entscheidungen. Dabei spielen viele der vorgenannten Faktoren eine Rolle, zum Beispiel die Frage, was Gesundheit von Krankheit unterscheidet und wo Enhancement beginnt (besonders drängend etwa bei der Behandlung älterer Menschen), wie Therapie und Tod einander gegenüberstehen, und in welchem Maße Eigenverantwortlichkeit bei der Leistungsverteilung zu berücksichtigen ist.

Der hier angedeutete Abriss durch den Band „Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat" soll die Verschränkung der komplexen Fragen ineinander und die Verbindung zwischen den einzelnen Diszipli-

---

27 Vgl. *A. Dörries*, Medizinethische Aspekte der Allokation im Gesundheitswesen sowie *A. K. Weilert/ S. Augsberg*, Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung aus rechtlicher Perspektive.

28 Vgl. kritisch zu einer ökonomischen Sichtweise, die normative Fragen der Verteilungsgerechtigkeit weitgehend außer Acht lässt: *M. Thanner*, Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und Altruismus: Über Limitationen gesundheitsökonomischer Modelle und deren Missbrauchsmöglichkeiten.

29 Grundlegend *A. Dörries*, Die Arzt-Patienten-Beziehung: Eine ständige Herausforderung. Für eine spezifische Sicht auf die Arzt-Patienten-Beziehung unter dem Aspekt der Technisierung siehe *J. N. Neumann,* Eigenverantwortung des Kranken in der medizinischen Handlungssituation – Zum Verhältnis von Technik und verantworteter zwischenmenschlicher Praxis in der modernen Medizin.

30 Eingehend zum Arzt als Dienstleister: *M. Thanner*, Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Gestaltung des Gesundheitswesens.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nen deutlich machen. Die Beiträge, die sich sowohl ergänzen als auch in Spannung zueinander treten, sollen in ihrer Gesamtschau die zentralen Probleme, die einer zeitnahen politischen Lösung bedürfen, verdeutlichen und Lösungsansätze aufzeigen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

II.
Gesundheitsverständnisse

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Gesundheit und Krankheit – Kulturelle Prägungen und Vorverständnisse von Gesundheitsverantwortung

Wolfgang Lienemann

Wenn man aktuell über Gesundheitsverantwortung nachdenkt, sollte an sich klar sein, was man unter Gesundheit und Krankheit versteht. Verantwortung *für etwas*, beispielsweise die Verantwortung eines Menschen für Bewahrung, Förderung und Wiederherstellung seiner Gesundheit, kann man nur zuschreiben oder zurechnen, wenn man unter anderem hinreichend genau sagen kann, worauf sich diese erstreckt. Das ist aber auf diesem Gebiet häufig nicht der Fall. Folgt man der bekannten Gesundheits-„Definition" der WHO von 1948: „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen", dann wird man, jedenfalls angesichts des Definitionselementes der Vollständigkeit oder Vollkommenheit, wohl nicht sehr viele Gesunde finden.[1] Sieht man die einschlägige Literatur durch,[2] dann wird deutlich, dass meist mit „Gesundheit" eine facettenreiche, vieldimensionale Wirklichkeit gemeint ist, in der sich soziale und individuelle, leibliche, geistige und seelische Elemente zu einer integralen, zugleich begrenzten und gefährdeten, als wohltuend, spannungsreich und kräftigend empfundenen Einheit im Leben von Menschen und Tieren fügen.

In diesem Beitrag sollen nach einleitenden Überlegungen (I.) an einigen Beispielen charakteristische Vorverständnisse und Anschauungen aufgezeigt werden, die in verschiedenen Religionen und Kulturen die Wahrneh-

---

1 Die WHO hat in der „Ottawa-Charter for Health Promotion" diese Auffassung allerdings revidiert: Weltgesundheitsorganisation (WHO), Ottawa-Charter for Health Promotion, 1986. URL: http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986, Zugegriffen 16.7.2014; Siehe dazu *W. Härle*, Ethik, 2011, S. 262-272.

2 Vgl. *J. N. Neumann*, Artikel: Gesundheit, Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG), 4. Aufl., Bd. 3 (2000), S. 876-878; *U. Eibach*, Gesundheit und Krankheit. Anthropologische und ethische Überlegungen zur Definition der Begriffe und zum Sinn von Gesundheit und Krankheit, in: ders., Heilung für den ganzen Menschen?, 1991, S. 19-49, *J. Siegrist*, Gesundheitsverständnis und Verantwortung für die Gesundheit, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

mungen von Gesundheit und Krankheit prägen (II.). Sodann ist zu erörtern, wie neben solchen religiösen und weltanschaulichen Prägungen zunehmend eine übergreifende, in Prozessen der Globalisierung weithin durchgesetzte moderne Medizin und zugehörige naturwissenschaftliche Forschungen stehen, was zu erheblichen Irritationen bei medizinethischen Fragen führen kann. Im Blick auf diese Unterschiede und Gemeinsamkeiten frage ich schließlich nach einem möglichen interreligiös und interkulturell nachvollziehbaren Verständnis von Gesundheit und Krankheit (III.).

I Einleitung

Sowohl in diachronen wie in synchronen Vergleichen zeigt sich sehr schnell, dass diejenigen Sachverhalte, die wir mit den Ausdrücken „Gesundheit" und „Krankheit" bezeichnen, in verschiedenen Epochen und Kulturen höchst unterschiedlich wahrgenommen, bezeichnet und beurteilt worden sind. So ist schon der Umstand bemerkenswert, dass man im heutigen Europa weithin die Phänomene und Begriffe von Gesundheit und Krankheit unter Absehung von religiösen Bezügen versteht, während in zahlreichen asiatischen, afrikanischen oder lateinamerikanischen Kulturräumen mit einer erstaunlichen Selbstverständlichkeit von einer Einbettung dieser Phänomene in religiöse Erfahrungen und Wahrnehmungen ausgegangen wird. Wir treffen vor allem in Staaten der nördlichen Hemisphäre, die an den Säkularisierungsprozessen seit der Frühmoderne teilgenommen haben, weithin auf ein rein „weltliches" Verständnis von Gesundheit und Krankheit, auf eine überwiegend naturwissenschaftlich ausgerichtete, hochspezialisierte und moderner Technik verpflichtete Medizin und eine entsprechende Forschung, die funktioniert *etsi Deus non daretur*.[3] Die Tatsache, dass in den meisten hiesigen Spitälern Seelsorge angeboten wird, und zwar zunehmend auch für Angehörige nicht-christlicher

3 Deutsch: Als gäbe es keinen Gott. Es wäre aber ein Irrtum, wenn man die Geschichte von Medizin und Medizinethik zwischen dem 17. und dem 19. Jahrhundert in Europa als einen unaufhaltsamen Prozess der „Säkularisierung" im Sinne dessen, was Max Weber als „Entzauberung" beschrieben hat, verstehen wollte. Vielmehr verbinden sich auf vielfache Weise Ablösungsprozesse von kirchlicher Bevormundung, „weltliche" Methoden und Bemühungen um eine konfessionsfreie bzw. kirchlich nicht bevormundete „christliche" Medizin; siehe dazu *S. Pott*, Medizin, Medizinethik und schöne Literatur. Studien zu Säkularisierungsvorgängen vom frühen 17. bis zum frühen 19. Jahrhundert, 2002.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Religionsgemeinschaften, ändert wenig bis nichts daran, dass Gesundheit und Krankheit ganz überwiegend nicht religiös verstanden und gedeutet, sondern als „natürliche" Prozesse wahrgenommen werden, auch wenn vor allem im Zusammenhang mit schweren Krankheiten, Sterben und Tod individuelle religiöse Fragen aufbrechen.[4]

Das war weder in Europa immer so noch ist das derzeit im Bereich anderer, dominanter nicht-christlicher religiöser Orientierungen der Fall. In Ländern und Kulturen, die vom Hinduismus, vom Buddhismus, vom jüdischen Glauben und vom Islam geprägt sind, begegnen nach wie vor Auffassungen von Gesundheit und Krankheit, die in je spezifischer Weise von den entsprechenden Religionen und den ihnen eigentümlichen religiösen Anschauungen hinsichtlich der Herkunft und der Bestimmung des menschlichen Lebens geleitet sind. Auch in großen Teilen der Weltchristenheit in der südlichen Hemisphäre findet man ein großes Spektrum von religiös bestimmten Auffassungen von Gesundheit, Krankheit und Heilung.[5] Vielfach werden spirituelle Autoritäten – bewährte Helfer und „Heiler", weise Frauen und Männer, Priester, Nonnen und Mönche – konsultiert, wenn es um medizinische Probleme geht.[6] Dieses Nebeneinander von säkularer Medizin und religiösen Heilungspraktiken, von moderner Naturwissenschaft und traditioneller Spiritualität ist in der heutigen Weltgesellschaft alles andere als erstaunlich. Denn wenn man beispielsweise der Überzeugung ist, dass „das Leben der Güter Höchstes" ist und die Gesundheit einen „höchsten Wert" darstellt, dann wird man sich gegenüber Gesundheit und Krankheit anders verhalten, als wenn man glaubt und überzeugt ist, dass jedes Leben in Gott geborgen ist und auch dem Leiden

4 Viele Menschen fragen angesichts „natürlicher" Prozesse nach dem für sie wichtigen *Sinn* derartiger Vorgänge; vgl. den Beitrag von *J. N. Neumann*, Eigenverantwortung des Kranken in der medizinischen Handlungssituation – Zum Verhältnis von Technik und verantworteter zwischenmenschlicher Praxis in der modernen Medizin, in diesem Band.

5 Eine umfassende Auswertung von einschlägigen Studien und Reviews, allerdings höchst unterschiedlicher Art, findet man in *H. G. Koenig/ D. E. King/ V. B. Carson* (Hrsg.), Handbook of Religion and Health, 2012.

6 Auf einer ganz anderen Ebene liegen natürlich die medizin- und bio*ethischen* Stellungnahmen beispielsweise der Vertreter christlicher Kirchen in entsprechenden Ethik-Kommissionen, wobei das jeweilige Verhältnis von rein weltlichen Argumenten und theologisch-religiösen Überzeugungen sehr unterschiedlich ausfällt.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ein Sinn innewohnen kann,[7] oder wenn Menschen glauben, das höchste Ziel bestehe darin, dem ewigen Kreislauf von Geborenwerden, Leiden und Vergehen durch Entsagung und Eingehen in's Nirwana zu entkommen. Es ist ein gewaltiger Unterschied, ob ein Mensch die Gesundheit als eine eigene Leistung oder als ein Geschenk Gottes versteht.

Erstaunlich sind in diesem weiten Feld auf den ersten Blick wenigstens vier Sachverhalte, die man nicht gut bestreiten kann:

(1.) Die moderne Medizin ist in Theorie und Praxis ein globales Phänomen, das den Paradigmata der neuzeitlichen *Naturwissenschaften* folgt und von den damit verbundenen *Techniken* geprägt worden ist. Auch in Staaten und Kulturen, die traditionellerweise nicht christlich oder jüdisch bestimmt waren, finden wir in der Gegenwart eine Medizin, vielfach mit internationalen Spitzenleistungen, die den Theorien, Methoden und Techniken verpflichtet ist, wie sie in den säkularisierten Gesellschaften der nördlichen Hemisphäre entwickelt worden sind.

(2.) Neben dem Sektor der modernen Medizin, dessen Umfang entscheidend von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der verschiedenen Staaten und der kaufkräftigen Nachfrage der gesellschaftlichen Schichten abhängt, sind in vielen Kulturen auch ältere Auffassungen und Praktiken von Heilen und Heilung nach wie vor lebendig, speziell auch der Diätetik, traditioneller Heilmittel und meditativer Techniken, eingefügt in die damit zusammenhängenden anthropologischen und religiösen Grundüberzeugungen. Die damit eröffneten Konflikte von Modernisierungsprozessen und Traditionen, diese *Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen*, hängen wiederum mit den unterschiedlichen Zugängen zu ärztlichen Leistungen zusammen, die abhängig sind von der wirtschaftlichen Lage der betroffenen Personen und sozialen Klassen.[8]

---

7 Vgl. auch *K. Gabriel*, Eigenverantwortung als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens, in diesem Band.

8 In globaler Perspektive stellen sich hier fundamentale Gerechtigkeitsfragen hinsichtlich der ungleichen Verteilung des Zuganges zu bezahlbaren medizinischen Leistungen. Während heute beispielsweise HIV/AIDS-Medikamente in Gestalt von Generika weithin zugänglich sind, sind die teilweise extrem teuren, patentgeschützten Krebs-Medikamente für den Großteil der Menschen in der südlichen Hemisphäre unerschwinglich, von Pharmaka für seltene Krankheiten ganz zu schweigen. Einen sehr interessanten Vorschlag, diese globale Ungerechtigkeit zu überwinden und gleichzeitig die Investitionsanreize für die Pharmaindustrie zu verbessern, stellt der „Health Impact Fund" dar, wie ihn vor allem *T. Pogge* vertritt; Näheres dazu unter http://healthimpactfund.org/, Zugegriffen 27.8.2014. Vgl. *T. Pogge*, Die rich-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

(3.) Erstaunlich groß sind im internationalen Vergleich zahlreiche *Übereinstimmungen, aber auch Differenzen* von Erfahrungen und Erwartungen der Menschen im Hinblick auf die medizinischen Leistungsangebote, Techniken, Forschungen und Ausbildungswege. So finden sich innerhalb der meisten Kulturen und in den verschiedenen Religionsgemeinschaften sowohl begeisterte Anhänger des medizinisch-technischen Fortschritts wie auch dessen Kritiker, was man beispielhaft an den kontroversen Auffassungen über In-Vitro-Fertilisation, Organtransplantationen oder Sterbehilfe erkennen kann.

(4.) Schliesslich gab und gibt es so etwas wie einen interkulturellen *Transfer von Wahrnehmungen und Konzepten* bezüglich Gesundheit und Krankheit. Es entwickeln sich eigentümliche Mischungen, *Synkretismen*, von modernen medizinischen Konzepten und traditionellen Auffassungen und Praktiken. Das betrifft nicht nur bestimmte Rituale etwa im Blick auf Reinheit und Unreinheit, sondern ebenso Annahmen über die „natürlichen", zauberischen oder schicksalhaften Ätiologien und den lebensgeschichtlichen „Sinn" von Krankheiten oder Ratschläge für die Lebensführung. Dabei würde man die komplexen Konstellationen kaum angemessen wahrnehmen, wenn man Modernisierung als einen einlinigen Prozess der „Entzauberung" – hier: auf dem Gebiet der Medizin – verstehen würde, denn auch in säkularisierten Gesellschaften werden traditionell-religiöse Angebote aktualisiert, von Akupunktur bis zum Exorzismus böser Geister.

II Gesundheit und Krankheit im Kontext der „Buchreligionen"

In den Überlieferungen der Religionsgemeinschaften und Kirchen spielen die Fragen von Gesundheit und Krankheit eine zentrale Rolle. Hier sollen nur einige Beispiele aus Judentum, Christentum und Islam, den „Buchreligionen", in Erinnerung gerufen werden.

---

tigen Anreize schaffen: Der Health Impact Fund, Friedrich Ebert Stiftung, FES-Paper, Oktober 2011.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

1 Altes Testament und Judentum[9]

In dem berühmten „Lob des Arztes“ im Buch Jesus Sirach (38,1-15), einem überaus beliebten jüdischen Weisheitstext aus dem 2. vorchristlichen Jahrhundert, der eine umfassende ethische Unterweisung enthält, kann man unmittelbar einige wesentliche Züge des Nachdenkens über Gesundheit und Krankheit in der Antike erkennen. Die Kunst des Arztes kommt letztlich von Gott her. Dem Arzt gebührt Verehrung. Er und der Apotheker wissen die Kräfte der von Gott geschaffenen Natur zum Wohl der Kranken zu nutzen. Den weitesten Rahmen in diesem Motivkomplex bildet das Bekenntnis zu Jahwe, dem Schöpfer und Herrn über Leben und Tod. Heilung erfolgt letztlich durch Gottes Werke und Gaben, vermittelt durch das Tun des Arztes. Sowohl die natürlichen Gaben des Schöpfers wie die Kunstfertigkeiten der Menschen sollen der rechten, gesunden Lebensführung dienen. Letztlich ist es aber Jahwe selbst, der heilt. Wirklich gesund werden kann nur, wer von der Sünde ablässt und rechtschaffen handelt. Das ist voller Ambivalenz: „Wer vor seinem Schöpfer sündigt, der soll dem Arzt in die Hände fallen.“ (38,15)

Auch wenn dieser Text nicht Teil des jüdischen Kanons ist, fand er stets hohe Anerkennung. Man muss ihn in einen weiteren Zusammenhang stellen. Dazu gehören erstens die 613 Gebote – 248 Gebote und 365 Verbote – der Tora, welche insgesamt und speziell in ihren Reinheitsgeboten einer gottesfürchtigen und menschenfreundlichen Lebensführung dienen. Die Reinigungsvorschriften im Zusammenhang mit Geburt, Säuglingspflege, Beschneidung, Menstruation, mit Bezug auf Speisen, Essen und Trinken, sind überaus detailliert. Die Kapitel 11-15 des Buches Levitikus bilden einen großen Traktat über Reinheit und Reinigung, einschließlich Diagnose und Therapie von Aussatz unter Einbeziehung der Umweltbedingungen und -folgen der Krankheit. Dabei geht es nicht bloß um Hygiene, sondern um die integrale kultische, moralische und somatische „Lau-

9 Zu den alttestamentlichen Auffassungen von Krankheit siehe *J. Scharbert*, Artikel: Krankheit II. Altes Testament, Theologische Realenzyklopädie (TRE), Bd. 19 (1990), S. 680-683; *M. Oeming*, „Mein Herz ist durchbohrt in meinem Inneren“ (Ps 109,22) – Krankheit und Leid in alttestamentlicher Sicht, in: ders., Verstehen und Glauben. Exegetische Bausteine zu einer Theologie des Alten Testaments, 2003, S. 243-259; *H. Frey-Anthes*, Artikel: Krankheit und Heilung (AT), in: WiBiLex. URL: http://www.bibelwissenschaft.de/stichwort/24036/, Zugegriffen 27.8.2014, dort auch noch weitere Literatur.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

terkeit“ – „‚heilig‘ und ‚rein‘ sind synonyme Begriffe“.[10] Dem durch den Sabbath gegliederten regelmäßigen Rhythmus der Woche kommt eine gesundheitliche Bedeutung für die Erhaltung von Mensch und Mitwelt zu. Im Talmud finden sich überdies gesundheitsrelevante Empfehlungen zur körperlichen Erziehung (Schwimmen, Tanzen, Bogenschießen). Sie werden ergänzt durch Gebote, die das soziale Leben betreffen, einschließlich des Umganges mit Pflanzen und Tieren. Man könnte von einem umfassenden sozial-medizinischen Gesundheitsverständnis sprechen, das von der individuellen und kollektiven Verantwortlichkeit gegenüber Gott umgriffen ist.

Von grundlegender Bedeutung für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im Judentum ist vor allem, dass und wie in den prophetischen Büchern, im Buch Hiob und dann besonders im Psalter Jahwe als Herr über Leben und Tod angerufen und bekannt wird, auch und gerade dann, wenn den Gläubigen ein hartes Schicksal, Verzweiflung, Krankheiten und Tod treffen. Ganz bildhaft spricht die hebräische Bibel immer wieder davon, dass das Leben der Menschen, ihre Entstehung, ihr Vergehen und ihre Zeit „in Gottes Händen stehen“ (Ps 31,16).[11] Das Buch Hiob, zahlreiche Psalmen und weitere alttestamentliche Zeugnisse sehen sich mit der Tatsache konfrontiert, dass der so genannte „Tun-Ergehen-Zusammenhang“[12] die Menschen in Verzweiflung stürzen kann, wenn der Gerechte leidet und die Gottlosen triumphieren. Dieser Not antwortet der Psalmbeter nicht mit demütiger, schicksalsergebener Unterwerfung, sondern mit der Anrufung der rettenden Gerechtigkeit Jahwes, aller Anfechtung zum Trotz. Klage und Lob, Anfechtung und Zuversicht durchziehen so die Psalmen. „Denn er wird den Armen erretten, der um Hilfe schreit, und den Elenden, der keinen Helfer hat.“ (Ps 72,12-14) An dieser Stelle hat das alt-

---

10 *E. Gerstenberger*, Das 3. Buch Mose. Leviticus (ATD 6), Göttingen 1993, S. 117.

11 Vgl. Ps 8,5 f.: Was ist der Mensch, dass du seiner gedenkst, und des Menschen Kind, dass du dich seiner annimmst? Du hast ihn wenig niedriger gemacht als Gott, mit Ehre und Herrlichkeit hast du ihn gekrönt. Ps 90,3 f.: Der du die Menschen lässest sterben und sprichst: Kommt wieder, Menschenkinder. Denn tausend Jahre sind vor dir wie der Tag, der gestern vergangen ist, und wie eine Nachtwache. Ps 139,13-16: Denn du hast meine Nieren bereitet und hast mich gebildet im Mutterleibe. Ich danke dir dafür, dass ich wunderbar gemacht bin; wunderbar sind deine Werke; das erkennt meine Seele.

12 Vgl. *B. Janowski*, Die Tat kehrt zum Täter zurück. Offene Fragen im Umkreis des „Tun-Ergehen-Zusammenhangs“ (1994), in: ders., Die rettende Gerechtigkeit. Beiträge zur Theologie des Alten Testaments 2, 1999, S. 167-191.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

testamentliche Barmherzigkeitsethos, dem ein bestimmtes Rechtsverständnis entspricht, seinen Ursprung: Weil Jahwe das Leben, das Recht und den Frieden der Menschen will, sind diesen die Achtung der Heiligkeit alles geschöpflichen Lebens und eine „reziproke Solidarität“[13] aufgetragen. Von hier aus erschließt sich das alttestamentliche und jüdische Verständnis von Gesundheit und Krankheit, [14] das in den neutestamentlichen Überlieferungen aufgenommen wird. Gesundheit wird überaus hoch geschätzt, aber nicht überschätzt. Um ihrer Erhaltung willen dürfen sogar Gebote der Tora übertreten werden.[15]

In der späteren Toraauslegung in Mischna und Talmud oder bei Moses Maimonides (ca. 1135-1204), dem großen Arzt, Philosophen und Rechtsgelehrten, begegnet eine Differenzierung von Religion und Medizin, nicht freilich eine Beziehungslosigkeit. Maimonides vermittelt zwischen der aristotelischen Lehre von der richtigen Mitte (μεσοτης) jeder tugendhaften Lebensführung und den alttestamentlichen und talmudischen Überlieferungen.[16] Er hat überdies eine überragende Bedeutung in der Rezeption sowohl der antiken Medizin als auch ihrer arabischen Überlieferung und in der selbständigen Ausarbeitung zahlreicher Abhandlungen zu einzelnen Krankheiten, aber auch zur Gesundheitspolitik im Auftrag des Kalifen. Die Bedeutung von Prävention und Gesundheitserziehung ist bei ihm klar

13 *Janowski*, a.a.O., S. 190.

14 Siehe dazu *J. Preuss*, Biblisch-talmudische Medizin. Beiträge zur Geschichte der Heilkunde und der Kultur überhaupt, 1911 (zahlreiche Nachdrucke, zuletzt Wiesbaden 1992) sowie ihm folgend *A. Franck*, Der Gesundheitsbegriff des Jedermanns. Studien zum Wandel des Gesundheitsbegriffs anhand der deutschen Literatur vom Mittelalter bis heute, 2007, S. 23-25.

15 Über die konkrete Art der Medizin im Kontext der biblischen Bücher wissen wir freilich nur wenig; immerhin verweist die Wurzel *rp'* häufig auf „Heilen“ hin. Ägyptische Ärzte, die Joseph mit der Einbalsamierung Jakobs betraut, werden mit diesem Ausdruck bezeichnet (Gn 50,2), desgleichen Propheten, die zugleich Heiler sind und Salben und Verbände bereit halten. Es ist wahrscheinlich, dass im alten Israel auch Kenntnisse aus babylonischen, kanaanitischen und ägyptischen Quellen zusammen trafen; vgl. *J. N. Neumann*, Krankheit, Medizin, Gesundheitswesen in den Frühen Hochkulturen. Mesopotamien – Ägypten – Palästina, in: Drost-Abgarjan/ Tubach (Hrsg.), Sprache, Mythen, Mythizismen (FS Walter Beltz), Teil 2, 2004, S. 583-620. Von einer Heilung des einfachen Volkes durch ärztliche Kunst kann freilich wohl keine Rede sein. Umso wichtiger waren die individuell und in der Gemeinschaft zu befolgenden Vorschriften der Tora.

16 Siehe *Mose ben Maimon*, Acht Kapitel. Eine Abhandlung zur jüdischen Ethik und Gotteserkenntnis (vermutlich nach 1160 in Ägypten abgeschlossen). Deutsch und Arabisch von M. Wolff, Einführung und Bibliographie von F. Niewöhner, 1992.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

erkannt. Selbstverantwortliche Gesundheitsvorsorge ist Pflicht, eingefügt in Institutionen der Solidarität und im Dienst des göttlichen Heilswillens.[17]

2 Eine christlich-theologische Position: Karl Barth

Statt unterschiedliche Auffassungen von Christen über Gesundheit und Krankheit zu referieren,[18] soll hier eine einzige Position exemplarisch vorgestellt werden. Karl Barth hat in seiner „Kirchlichen Dogmatik" (KD)[19] dem Themenfeld von Gesundheit und Krankheit lediglich 22 Seiten gewidmet.[20] Den weitesten Kontext bildet hier die Lehre von der Schöpfung (KD III insgesamt), in deren letztem Teil Barth „Das Gebot Gottes des Schöpfers" erörtert, also eine „Ethik" im Rahmen der Lehre von der Schöpfung entfaltet. Damit ist von Beginn an gesagt: Das Nachdenken auch über Gesundheit und Krankheit steht nicht außerhalb, sondern innerhalb der theologischen Klammer, insofern Gott als Schöpfer zugleich der Partner und „Gebieter" seiner Geschöpfe ist. Es gibt danach keine theologisch legitime Lehre von Krankheit und Gesundheit unter Absehung von Gott, wie er in den Zeugnissen der Bibel offenbar geworden ist. Sodann ist von größter Bedeutung, dass die Schöpfungsethik bei Barth von Anfang bis Ende unter dem Stichwort der „Freiheit" steht. Es geht um eine mehrfach bestimmte Freiheit der Menschen: vor Gott, in der Gemeinschaft, zum Leben, in der Beschränkung, wie die einzelnen Paragraphen überschrieben sind. Der § 55 über die „Freiheit zum Leben" beginnt mit einem

---

17 *Franck*, Gesundheitsbegriff, s. oben Fn. 14 , S. 26, zitiert zur jüdischen Sicht zusammenfassend *Y. M. Barilan*: "An optimistic world-view and attitude of care and trust are the human vehicles for enhancing health and quality of life among all people."; *Y. M. Barilan*, Some Jewish Aspects of Health and Quality of Life, in: Gimmler/ Lenk/ Aumüller (Hrsg.), Health and Quality of Life. Philosophical, Medical, and Cultural Aspects, 2002, S. 157-171 (169).

18 Vgl. dazu als Überblick *H. Schipperges/ J. Mehlhausen/ U. Eibach*, Artikel: Krankheit IV. – VII., Theologische Realenzyklopädie (TRE), Bd. 19 (1990), S. 686-701. Zu den Kirchenvätern in Relation zu heutiger Medizinethik vgl. *A. Caspary*, Philosophical-Theological Analysis of the Concept of Health in Contemporary Medical Ethics, 2010.

19 *K. Barth*, Kirchliche Dogmatik (KD), III/4, München 1932 ff., später Zürich 1951.

20 *Barth*, KD III/4 (1951), § 55.1, S. 404-426.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Abschnitt „Die Ehrfurcht vor dem Leben“, einer kleinen *hommage* an Albert Schweitzer.

An die Spitze seiner Ausführungen stellt Barth (wie oft) eine Art Definition oder Grundbestimmung, deren Elemente er dann näher entfaltet. Diese lautet: „Gesundheit heißt Fähigkeit, Rüstigkeit, Freiheit, heißt *Kraft* zum menschlichen *Leben*, *Integrität* seiner *Organe* zur *Ausübung* seiner seelisch-leiblichen *Funktionen*.“[21]

Barth fragt: Ist dann nicht ein Gesundsein*wollen* um jeden Preis schon ein Mangel oder eine Fehleinstellung? Er meint indes, dass im menschlichen Willen zum Leben der Wille, gesund sein zu wollen, eingeschlossen ist, allerdings nun nicht als Wille zur Gesundheit als solcher, sondern als *Kraft zum Menschsein* in den verschiedensten Lebenslagen. Die Pointe ist klar: es geht um die Kritik einer gleichsam selbstzweckhaft vorgestellten Gesundheit und zugleich um die Entdeckung und Förderung der Kraft zum Menschsein, die in allem menschlichen Leben zu erfahren ist. Damit hat Barth, ohne dass er diesen Ausdruck verwendet, erstens ein Kontinuum zwischen „gesund“ und „krank“ vorgestellt (er spricht von der „Relativität“ beider)[22], und zweitens fasst er Gesundheit grundlegend als ein Phänomen der Verschränkung von sozialen und Selbst-Beziehungen.

Gesundheit als Pflicht gegen sich selbst und gegen andere bestimmt Barth zuerst als „Hygiene des seelischen und leiblichen Lebens“, sodann auch als Prophylaxe und schließlich als entsprechende Lebensführung.[23] Erst danach kommt die „Zuziehung des Arztes“ in Betracht, unter Verweis auf die oben erwähnte Stelle im Buch Jesus Sirach. Im Blick auf die Ärzte[24] mahnt Barth alle Beteiligten zur Bescheidenheit und beklagt einen

---

21 *Barth*, a.a.O., S. 405. Sperrungen bei Barth gebe ich *kursiv* wieder.

22 *Barth*, a.a.O., S. 406.

23 Er steht damit in der alten Tradition der Diätetik als der Kunst, durch die Art der Lebensführung Krankheiten vorzubeugen; ganz ähnlich *I. Kant*, Der Streit der Facultäten in drey Abschnitten (1798), A 163-205, Ausgabe W. Weischedel Bd. VI, 1964, S. 369-393.

24 Barth war eng befreundet mit dem Mediziner Richard Siebeck (1883-1965), der wie Viktor von Weizsäcker Schüler von Ludolf Krehl und einer der Begründer der Heidelberger Schule der Psychosomatik war. Auf Siebecks Schriften und besonders sein Buch „Medizin in Bewegung“ (1949) bezieht sich Barth durchgehend in seinem Text. Wichtige Impulse von Siebeck hat *D. Rössler*, Mediziner und Theologe, aufgenommen: Der Arzt zwischen Technik und Humanität. Religiöse und ethische Aspekte der Krise im Gesundheitswesen, 1977, S. 73: „Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Störungen, Gesundheit ist die Kraft, mit ihnen zu leben.“.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

„medizinischen und neuerdings auch einen psychologischen Totalitarismus und Imperialismus, in dessen Gestalt der Arzt als eigentlicher *Gesundmacher* anzusehen wäre.“[25] Demgegenüber kann es beim medizinischen Handeln um nicht mehr gehen als um fachlich qualifizierte Hilfe und Beistand für die individuell unvertretbare „Kraft zum Menschsein“. Krankheit ist demgegenüber „äußere Beeinträchtigung dieses Willens“ zum Menschsein[26], und die Aufgabe der Medizin sieht Barth vor allem darin, diese Beeinträchtigung, die lebensgeschichtlich unvermeidlich ist, relativ erträglich zu machen.[27] Das bedeutet unter anderem, dass in der ärztlichen Praxis stets von den Besonderheiten des Einzelfalles ausgegangen werden muss,[28] denn jede und jeder ist ein unverwechselbarer „Bewohner“ ihrer oder seiner besonderen „Geschichte“.[29]

Indes geht Barth weiter, wenn er die „Grundfrage nach der Kraft zum Menschsein“ zugleich als soziale Frage versteht. Lohn, Arbeit, Arbeitszeit, Wohnverhältnisse usw. können der Kraft und dem Willen zur Gesundheit entgegen wirken. Kurz und knapp: „Das Prinzip: *mens sana in corpore sano* kann ein höchst kurzsichtiges und brutales Prinzip sein, wenn es nur individuell, wenn es nicht in der Erweiterung verstanden wird: *in societate sana*.“ Deshalb gilt: „Wo die Einen *krank* werden *müssen*, da können auch die Anderen nicht mit gutem Gewissen *gesund* sein *wollen*.“[30]

Im zweiten Teil dieses kurzen Traktates geht Barth dann einen entscheidenden Schritt weiter. Krankheit ist keine Illusion, sondern harte Wirklichkeit.[31] Krankheit ist „der unvermeidlich gewordene Vorstoß des To-

25 *Barth*, KD III/4, S. 411.
26 *Barth*, a.a.O., S. 412.
27 Eine gewisse Nähe hat diese Auffassung zu *A. Antonovski*, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, 1997.
28 *Barth*, KD, s. oben Fn. 25, S. 412.
29 Die Bedeutung der Lebensgeschichte und der konkreten Situation jedes Patienten hat Siebeck stets betont. Vgl. auch das „story-Konzept“, das Dietrich Ritschl in der Medizinethik verwendet; siehe dessen Aufsatzband: *D. Ritschl*, Zur Theorie und Ethik der Medizin, 2004.
30 *Barth*, KD, s. oben Fn. 25, S. 413.
31 Barth setzt sich hier (414-416) mit der von Mary Baker Eddy (1821-1910) begründeten Lehre der „Christian Science“ auseinander.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

desreiches in den vom Menschen verspielten und verwirkten Lebensraum.“[32] Was heißt dann Gesundheit?

Auch das Todesreich, so Barth, liegt nicht außerhalb des Willens des Schöpfergottes. Die Kraft zum Menschsein reicht bis an die Todesgrenze, freilich so, dass sie ganz umsonst wäre, wenn Gottes Treue nicht über diese Grenze hinwegreichen und tragen würde. Ohne dass diese genannt wird, steht Barth damit in der großen Tradition der *memoria mortis* und der *ars moriendi* und der alten Sterbebücher. Er gibt dem freilich eine genuin biblische Begründung, wenn er schließlich zitierend schreibt:

> „’Wenn du dem Herrn, deinem Gott, treulich gehorchst und tust, was vor ihm recht ist, wenn du auf seine Gebote hörst und alle seinen Satzungen hältst, so will ich keine von den Krankheiten über dich bringen, die ich über Ägypten gebracht habe, denn Ich, der Herr, bin dein Arzt’ (Ex. 15,26). Das ist die göttliche Magna Charta in Sachen der Gesundheitsfrage und aller Gesundheitsfragen.“[33]

Barths Traktat ist keine Medizinethik, sondern betrifft deren Voraussetzungen im Lichte der biblischen Zeugnisse. Insofern will sie auch gar nicht als eine Grundlage für eine Verständigung über eine allgemein gültige, säkulare Auffassung von Gesundheit und Krankheit genommen werden. Aber sie lässt danach fragen, ob und in welcher Weise *im Lichte jüdischer und christlicher Überlieferungen* (1.) eine Relationalität von Gesundheit und Krankheit bestimmt werden kann, (2.) welche guten, eben auch: religiösen Gründe dafür sprechen, dass die Selbstsorge und mit gleichem Rang die soziale Verantwortlichkeit in Bezug auf die allgemeine Gesundheitsverantwortung zu betonen sind, (3.) dass es entscheidend darauf ankommt, den Zusammenhang von gesundheitsfördernden Sozialstrukturen und individuellen Verantwortlichkeiten im Blick zu haben, (4.) inwiefern übersteigerte Erwartungen an die ärztliche Kunst (und heute ebenso: an medizinische Forschung) fehlgehen müssen und (5.) wie wichtig es für Menschen ist, über die religiöse Dimension von Gesundheit, Krankheit und Tod nachzudenken und diese Zusammenhänge in Diagnose und Therapie angemessen zu berücksichtigen.

Barth konnte in seiner Zeit nicht den ungeheuren qualitativen Sprung zur modernen high-tech-Medizin erahnen. In vielen christlichen Kirchen

---

32 *Barth*, KD, s. oben Fn. 25, S. 417. Das entspricht der Auffassung Kants: „Jede Ursache des natürlichen Todes ist Krankheit“, *Kant*, Streit der Facultäten, s. oben Fn. 23.

33 *Barth*, KD, s. oben Fn. 25, S. 420.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

in der südlichen Hemisphäre, insbesondere im subsaharischen Afrika, begegnet heute eine gewaltige Diskrepanz zwischen traditionellen Heilverfahren und den avanciertesten Techniken. Seit den 1960er Jahren hat man nach und nach zur Kenntnis genommen, welche eminente Rolle Heiler, Heilerinnen und Heilungen besonders in den Afrikanischen Unabhängigen Kirchen spielen.[34] Über Jahrzehnte hat die „Christian Medical Commission" (CMC) des Weltkirchenrates zu dem gesamten Problemfeld von Gesundheit und Krankheit unter den Bedingungen wachsender globaler Ungleichheiten zahlreiche kritische Analysen und Vorschläge veröffentlicht.[35] Dabei begegnen nahezu unerträgliche Spannungen: Auf der einen Seite werden der Zugang zu moderner Medizin für alle und die Beseitigung der sozialen Ungleichheiten eingefordert, auf der anderen Seite werden die Bedeutung böser Geister und Dämonen für die Entstehung von Krankheiten betont sowie die Notwendigkeit, diese (auch) mit Exorzismen zu überwinden. Dahinter steht teilweise ein meines Erachtens illusionäres Gesundheitsverständnis, das die frühe WHO-„Definition" noch in den Schatten stellt.[36] Zugleich gibt es indes auch ein wachsendes Bewußtsein dafür, dass diese Kluft nur geschlossen werden kann, wenn man nach und nach die medizinische Grundversorgung (primary health) verbessert und dabei die Chancen moderner Medizin und die Möglichkeiten traditioneller Verfahren nicht gegeneinander ausspielt.[37]

---

34 Vgl. die Pionierarbeit von *H.-J. Becken*, Theologie der Heilung. Das Heilen in den Afrikanischen Unabhängigen Kirchen in Südafrika, 1972.

35 Übersicht unter: World Council of Churches, Contact-magazine. URL: http://www.oikoumene.org/en/what-we-do/health-and-healing/contact-magazine, Zugegriffen 27.8.2014.

36 Vgl. als zusammenfassende Darstellung das „Preparatory Paper no. 11" der Weltmissionskonferenz von Athen 2005: The Healing Mission of the Church, in: Matthey (Hrsg.), Come Holy Spirit, Heal and Reconcile! Report of the WCC Conference on World Mission and Evangelism, 2008, S. 91-112.

37 Vgl. *S. Litsios*, The Christian Medical Commission and the World Health Organization's Primary Health Care Approach, American Journal of Public Health 2004, S. 1884-1893.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

3 Heil, Heilung und Gesundheit im Islam

Die Rezeption der antiken Schriften zur Medizin bei den Persern, Arabern und im Islam ist überaus beeindruckend.[38] Aus dem *Corpus Hippocraticum* wurden zahlreiche Schriften übertragen. Galen und andere antike Ärzte, auch aus späthellenistisch-byzantinischer Zeit, waren bekannt und wurden übersetzt. Eine Art medizinische Akademie befand sich in Gondeschapur im Sassanidenreich, in Westpersien, ein Zentrum der aus Byzanz im 5. Jahrhundert gewichenen christlichen Nestorianer, die dort ein Krankenhaus errichteten, welches später möglicherweise im Islam als Vorbild diente.[39] Die Nestorianer übersetzten die mitgebrachten medizinischen Texte aus dem Griechischen zunächst ins Syrische. Im 9. und 10. Jahrhundert setzt die erste Blütezeit arabischer Medizin ein, auf der Basis von Übersetzungen und zunehmend eigenständiger systematischer Abhandlungen. Der *Canon Medicinae* des Ibn Sina (Avicenna, 980-1037) war bis ins 17. Jahrhundert ein wichtiges medizinisches Standardwerk, von dem zahlreiche lateinische Übersetzungen existieren.

Im Blick auf die Medizin im Bereich des Islam wird die eingangs erwähnte Synkretismus-These bestätigt. Es gab nämlich von früh an ein Bewußtsein dafür, dass die Rezeption antik-griechischer Auffassungen der Natur, ihrer Gesetze und damit der naturwissenschaftlichen Voraussetzungen der ärztlichen Kunst mit den metaphysischen und religiösen Grundlagen des Islam, insbesondere seiner Vorsehungslehre und dem darin begründeten Gottvertrauen, in Konflikt geraten konnten. Gegenüber dem Aristoteliker Galen betonte darum der persische Gelehrte al Ghazali (1058-1111), der selbst die aristotelische Logik rezipiert und kritisiert hatte, es komme in Bezug auf Gesundheit und Krankheit darauf an, „sein Vertrauen nicht auf die Mittel, sondern allein auf Gott als den unmittelbaren Urheber allen Geschehens zu setzen.“[40] Nur wenn man diesen Grundsatz beachte, dürfe man sich bewährter medizinischer und pharmakologischer Mittel bedienen, aber es könne unter Umständen verdienstvoller sein, auf eine Behandlung ganz zu verzichten, um durch Leiden Buße zu tun.

---

38 Vgl. *J. C. Bürgel*, Allmacht und Mächtigkeit. Religion und Welt im Islam, 1991, S. 168-192.

39 So *Bürgel*, a.a.O., S. 169.

40 *Bürgel*, a.a.O., S. 180.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Der arabische Begriff „Islam“ bedeutet bekanntlich die völlige Hingabe an und willentliche Unterwerfung unter Allah. Darin gründen der Glaube und die Überzeugung, dass die Menschen allen offenbarten Geboten in Koran und Sunna folgen müssen. Das hat wiederum Konsequenzen für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, insofern großer Wert darauf gelegt wird, die völlige Übereinstimmung von Koran-Aussagen mit heutigen naturwissenschaftlichen Lehren oder Autoritäten zu erweisen. Im Blick auf Gesundheit und Krankheit gilt sogar, dass der Koran selbst eine Weise und ein Mittel der Heilung ist. [41]

Basis des rechtgläubigen Verständnisses von Gesundheit ist, dass man den Koran und damit den Islam vollständig anerkennt und der eigenen Lebensführung zugrunde legt. Wie alles Geschehen unterstehen auch die Krankheiten der Vorsehung Allahs. Ungläubige werden im Koran bisweilen als Kranke beschrieben,[42] und eine wirkliche Heilung ist letztendlich nur möglich durch die Hingabe an Allah. Wenn es Allah gefällt, dann wird ein Mensch zum wahren Glauben kommen und geheilt werden. Seelenheil und körperliche Heilung konvergieren, und „der fromme Muslim ist bereit, die Krankheit seines Körpers mit Geduld zu tragen, damit seine Seele keinen Schaden leidet.“[43]

Unverkennbar sind Übereinstimmungen mit Judentum und Christentum. Auch der Islam versteht das Leben als ein Geschenk Gottes, er kennt die Pflicht der Selbstsorge und der gesellschaftlichen Verantwortlichkeit, betont die Bedeutung von Reinheitsgeboten, Diäten, Fitnessprogrammen und Sport und ist offen für die Nutzung der modernen Medizin zur Le-

---

41 Auf der Internetplattform „The Religion of Islam“ wird betont, dass im islamischen Verständnis von Gesundheit Glaubensgehorsam, eine verantwortungsbewusste Lebensführung und körperliche Heilung eine untrennbare Einheit darstellen. „Der Islam macht eine ganzheitliche Annäherung an Gesundheit. Genau wie das religiöse Leben untrennbar vom weltlichen Leben verbunden ist, kann körperliche, emotionale und geistige Gesundheit nicht getrennt werden; es sind drei Teile, die eine völlig gesunde Person ausmachen. Wenn ein Teil verletzt oder ungesund ist, leiden die anderen. Wenn jemand körperlich erkrankt oder verletzt ist, kann es schwer sein, sich auf etwas anderes als den Schmerz zu konzentrieren. Wenn sich jemand emotional unwohl fühlt, ist er oder sie nicht in der Lage, richtig auf sich zu achten oder sein Geist ist von der Realität des Lebens abgelenkt.“ Zitiert nach: The Religion of Islam, Gesundheit im Islam, 9.7.2012. URL: http://www.islamreligion.com/de/articles/1891, Zugegriffen 2.6.2014.

42 Belege bei *Bürgel*, Allmacht, s. oben Fn. 38, S. 182.

43 *P. Gerlitz*, Artikel: Krankheit I. Religionsgeschichtlich, Theologische Realenzyklopädie (TRE), Bd. 19 (1990), S. 675-680 (679).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

benserhaltung einschließlich der Organtransplantation[44] – kurzum: auch bei diesem Verständnis von Gesundheit und Krankheit geht es um die Integrität von Leib, Geist und Seele. Allerdings haben neuere Untersuchungen gezeigt, dass der Wissensstand hinsichtlich der modernen Medizin, ihrer Möglichkeiten, Erreichbarkeit und Bezahlbarkeit unter den Muslimen äußerst unterschiedlich ist; soziale Lage, sprachliche Barrieren und fehlende für Laien verständliche Informationen hindern sehr viele Muslime auch in modernen Gesellschaften daran, optimal ihre Gesundheitsverantwortung wahrzunehmen.[45]

III Religiöse Traditionen und moderne Medizin

Dass religiöse Überlieferungen und moderne, „säkulare" Entwicklungen zu tiefen Kulturkonflikten führen können, ist nichts Neues. Alle Religionsgemeinschaften sind mit der Herausforderung konfrontiert, ihre teilweise in archaischen Kontexten wurzelnden Anschauungen und Überzeugungen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit mit den Chancen und Gefahren moderner Naturwissenschaft und daran orientierter Medizin zu konfrontieren und womöglich zu einer lebensdienlichen Synthese zu gelangen.

Eine Grundtendenz ist unübersehbar: in den hier betrachteten Religionsgemeinschaften ist einerseits eine Offenheit für moderne medizinische Entwicklungen und entsprechende Techniken zu beobachten, andererseits begegnen mannigfache Versuche, traditionelle Einstellungen und Überzeugungen zu bewahren und zugleich, unter anderem durch eine Re-Interpretation der jeweils heiligen Schriften, die Öffnung für moderne Metho-

---

44 Siehe dazu *H. Hassan*, Islamic Basis for Biomedical Ethics, in: Pellegrino et al. (Hrsg.), Transcultural Dimension in Medical Ethics, 1992, S. 57-72; *T. Eich*, Islam und Bioethik. Eine kritische Analyse der modernen Diskussion im Islamischen Recht, 2005. Ausgewählte, übersetzte Dokumente muslimischer Autoren zu Fragen der modernen Medizin findet man in *T. Eich* (Hrsg.), Moderne Medizin und Islamische Ethik, 2008.

45 Siehe dazu *I. Ilkiliç*, Bioethische Fragen in einer wertpluralen Gesellschaft und Bedarf an interkulturellem bzw. interreligiösem Dialog, in: Konrad Adenauer Stiftung (KAS) (Hrsg.), Der Islam und das Christentum – Ein Vergleich der Grundwerte für einen interreligiösen Dialog, 2007, S. 203-217 (besonders S. 213-216). Siehe auch *I. Ilkiliç*, Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition, Medizinethische Materialien, Bd. 152, Zentrum für medizinische Ethik, 2004.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

den und Techniken und die zugrunde liegenden Theorien zu legitimieren. Das Bedürfnis einer derartigen Vergewisserung mittels einer Re-Interpretation der normativen Traditionen ist dabei sehr unterschiedlich verbreitet. Es kann nicht verwundern, dass solche Bemühungen im Kontext christlicher Kirchen weltweit am differenziertesten sind,[46] während sich viele Moslems damit schwer tun,[47] weil ihnen ein historisch-kritischer Zugang zu Koran, Sunna und Sharia häufig nicht möglich und legitim zu sein scheint. Das wirkt sich unter anderem in der Kritik oder Ablehnung aufklärerischer Konzeptionen wie der von der „Mündigkeit" oder dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus.

Es wäre interessant zu wissen, ob und wieweit unter den Mitgliedern von Religionsgemeinschaften mit den Zuwendungen zur modernen Medizin, wie sie in der Folge naturwissenschaftlicher Konzepte und Theorien europäischer Provenienz global verbreitet ist,[48] eine Veränderung der traditionell vorherrschenden Auffassungen von Gesundheit und Krankheiten einhergegangen ist. In Relation zu neuen, teilweise planmässig erschlossenen Möglichkeiten von Diagnosen, Techniken und Therapien wurden und werden die medizinischen Handlungsfelder enorm erweitert. Dabei spielen stets auch wirtschaftliche Gewinnerwartungen eine wichtige Rolle. Ob man solche Entwicklungen und damit einhergehende Veränderungen der medizinischen Prioritäten als „Medikalisierung" bezeichnen oder als eine probleminduzierte Neuorientierung und Ausweitung in den Systemen der Gesundheitsversorgung betrachten soll, ist von der jeweiligen Perspektive abhängig.[49] Schwerlich zu bestreiten ist, dass die älteren, meist religiös

---

46 Siehe die Übersicht von *K. Hilpert*, Stellungnahmen zur Bioethik aus dem kirchlichen und aus dem staatlichen Raum in Auswahl, in: Hilpert/ Mieth (Hrsg.), Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs, 2006, S. 471-487.

47 Vgl. aber die Literatur- und Quellennachweise bei *Eich*, Moderne Medizin, s. oben Fn. 44, S. 213-216.

48 Im Blick auf das Judentum verweise ich auf *Y. Nordmann/ M. Birnbaum*, Aktuelle Biomedizin aus Sicht des Judentums. Gutachten für die AG Bioethik und Wissenschaftskommunikation am Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin, 2002; Report of the Bioethics Advisory Committee of the Israel Academy of Sciences and Humanities, The Use of Embryonic Stem Cells for Therapeutic Research, 2001. URL: http://www.academy.ac.il/english/hp.asp?file=asp/projects/projects.asp?txt=3||16, Zugegriffen 27.8.2014.

49 Die These von der „Medikalisierung" hat vor allem *I. Illich* populär gemacht: *I. Illich,* Medical Nemesis. The Expropriation of Health, 1975. Seither zahlreiche Auflagen in verschiedenen Sprachen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

verankerten Auseinandersetzungen mit Gesundheit und Krankheit mit einem kleineren Spektrum von eher traditionellen Krankheiten konfrontiert waren, dem hereinbrechenden Tod insgesamt viel hilfloser, aber zugleich selbstverständlicher gegenüber standen und weithin anerkannten Mustern des kulturell-religiös geprägten Umganges mit Sterben und Tod folgten. Diese Gesundheits-/Krankheits-Relation hat sich dadurch, dass immer mehr Phänomene „behandelbar" geworden sind, und zwar gegen entsprechende Geldleistungen, massiv verschoben, wobei Zugänglichkeit und Bezahlbarkeit extrem ungleich verteilt sind. Im Spagat zwischen Tradition und Moderne scheint vielfach zu gelten: Traditionelle Medizin für die Armen, moderne high-tech-Medizin für die Reichen. Aber es gibt Ansätze, hier Brücken zu schlagen, wenn etwa Kirchen in „the global south" neue Heilungskonzepte unter Aufnahme und Transformation der traditionellen Medizin zu entwickeln versuchen.

Im Blick auf die tradierten religiösen Prinzipien, die anthropologisch voraussetzungsreich und relevant für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sind, seien zusammenfassend folgende starke Konvergenzen hervorgehoben:

(1.) Die Erfahrungen von Gesundheit und Krankheit und der Umgang mit den vielfältigen Phänomenen stehen jeweils im Kontext einer komplexen Sichtweise; manche sagen: im Rahmen einer „ganzheitlichen" Wahrnehmung, die den Menschen als leiblich-seelische Einheit mit verschiedenen Begabungen, entwickelbaren Kräften und spezifischen Verantwortlichkeiten unter den Bedingungen der Endlichkeit, des Todes und einer Wiederkehr, Wiedergeburt oder Auferstehung sehen.

(2.) In vielen dieser Lebenswelten ist nicht das Leben (schon gar nicht dessen möglichst lange Dauer) der Güter Höchstes. Das impliziert bisweilen eine Gelassenheit gegenüber Leiden und Sterben, nicht notwendigerweise, aber doch bisweilen auch eine Gleichgültigkeit. Ein Gesundheitsfanatismus, der unstillbare Wunsch, mit allen Mitteln gesund sein und bleiben zu wollen, ist den meisten Religionen fremd. Sie kennen alle – in unterschiedlichen Ausprägungen – eine *ars moriendi*, die Kunst, das Leben loslassen zu können.

(3.) Vielfach begegnet eine Komplementarität von traditionellen Auffassungen und Praktiken mit entsprechenden Hintergrundüberzeugungen einerseits, moderner Medizin und entsprechenden Verhaltensweisen und Techniken andererseits. Ein wichtiges Element der traditionellen

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wie der modernen Einstellungen ist die Bereitschaft zur Zuwendung und Seelsorge bei Kranken und Sterbenden.

(4.) In den hier betrachteten Religionen hat die individuelle und kollektivsoziale Verantwortlichkeit für eine gesunde Lebensführung und Gesundheitserhaltung einen hohen Stellenwert.

(5.) Die Zugänge zu medizinischen Leistungen und gesundheitsfördernden Lebensmöglichkeiten sind global extrem unterschiedlich verteilt.

(6.) In den jeweiligen Kontexten sind die Erwartungen bezüglich sozialer Gerechtigkeit und einer damit unlösbar zu verbindenden „Gesundheitsgerechtigkeit" strittig. Forderungen und Konzepte im Blick auf soziale Gleichheit, (relative) Diskriminierungsfreiheit und Solidaritätspflichten im Gesundheitswesen – sowohl innerhalb von Staaten wie international – werden vielfach geltend gemacht, insbesondere von der WHO im Rahmen der „Millennium Development Goals" der UN, entsprechende gesetzliche Gewährleistungen sind indes überwiegend auf entwickelte Rechts- und Sozialstaaten beschränkt.

Literatur

Almut, Caspary, Philosophical-Theological Analysis of the Concept of Health in Contemporary Medical Ethics, Stuttgart 2010.

Antonovski, Aaron, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997.

Barilan, Yechiel M., Some Jewish Aspects of Health and Quality of Life, in: A. Gimmler/ C. Lenk/ G. Aumüller (Hrsg.), Health and Quality of Life. Philosophical, Medical, and Cultural Aspects, Münster 2002, S. 157-171.

Barth, Karl, Kirchliche Dogmatik (KD), III/4, München 1932 ff., später Zürich 1951.

Becken, Hans-Jürgen, Theologie der Heilung. Das Heilen in den Afrikanischen Unabhängigen Kirchen in Südafrika, Hermannsburg 1972.

Bürgel, Johann C., Allmacht und Mächtigkeit. Religion und Welt im Islam, München 1991.

Eibach, Ulrich, Gesundheit und Krankheit. Anthropologische und ethische Überlegungen zur Definition der Begriffe und zum Sinn von Gesundheit und Krankheit, in: ders., Heilung für den ganzen Menschen?, Neukirchen-Vluyn 1991, S. 19-49.

Eich, Thomas, Islam und Bioethik. Eine kritische Analyse der modernen Diskussion im Islamischen Recht, Heidelberg 2005.

Eich, Thomas (Hrsg.), Moderne Medizin und Islamische Ethik, Freiburg im Breisgau 2008.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Franck, Annette, Der Gesundheitsbegriff des Jedermanns. Studien zum Wandel des Gesundheitsbegriffs anhand der deutschen Literatur vom Mittelalter bis heute, Diss. med., Marburg 2007.

Frey-Anthes, Henrike, Artikel: Krankheit und Heilung (AT), in: WiBiLex. URL: http://www.bibelwissenschaft.de/stichwort/24036/, Zugegriffen 27.8.2014.

Gerlitz, Peter, Artikel: Krankheit I. Religionsgeschichtlich, Theologische Realenzyklopädie (TRE), Bd. 19 (1990), S. 675-680.

Gerstenberger, Erhard S., Das 3. Buch Mose. Leviticus (ATD 6), Göttingen 1993.

Härle, Wilfried, Ethik, Berlin/ New York 2011.

Hassan, Hathout, Islamic Basis for Biomedical Ethics, in: E. Pellegrino et al. (Hrsg.), Transcultural Dimension in Medical Ethics, Maryland 1992, S. 57-72.

Hilpert, Konrad, Stellungnahmen zur Bioethik aus dem kirchlichen und aus dem staatlichen Raum in Auswahl, in: K. Hilpert/ D. Mieth (Hrsg.), Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs, Freiburg im Breisgau 2006, S. 471-487.

Ilkiliç, Ilhan, Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition, Medizinethische Materialien, Bd. 152, Zentrum für medizinische Ethik, Bochum 2004.

Ilkiliç, Ilhan, Bioethische Fragen in einer wertpluralen Gesellschaft und Bedarf an interkulturellem bzw. interreligiösem Dialog, in: Konrad Adenauer Stiftung (KAS) (Hrsg.), Der Islam und das Christentum – Ein Vergleich der Grundwerte für einen interreligiösen Dialog, Ankara 2007, S. 203-217.

Illich, Ivan, Medical Nemesis. The Expropriation of Health, London 1975.

Janowski, Bernd, Die Tat kehrt zum Täter zurück. Offene Fragen im Umkreis des „Tun-Ergehen-Zusammenhangs“ (1994), in: *ders.*, Die rettende Gerechtigkeit. Beiträge zur Theologie des Alten Testaments 2, Neukirchen-Vluyn 1999, S. 167-191.

Kant, Immanuel, Der Streit der Facultäten in drey Abschnitten (1798), A 163-205, Ausgabe W. Weischedel, Bd. VI, Darmstadt 1964, S. 369-393.

Koenig, Harold. G./ King, Dana. E./ Carson, Verena B. (Hrsg.), Handbook of Religion and Health, 2. Aufl., Oxford 2012.

Litsios, Socrates, The Christian Medical Commission and the World Health Organization's Primary Health Care Approach, American Journal of Public Health Nr. 94 (2004), S. 1884-1893.

Maimon, Mose ben, Acht Kapitel. Eine Abhandlung zur jüdischen Ethik und Gotteserkenntnis (vermutlich nach 1160 in Ägypten abgeschlossen). Deutsch und Arabisch von M. Wolff, Einführung und Bibliographie von F. Niewöhner, 2. Aufl., Hamburg 1992.

Neumann, Josef N., Artikel: Gesundheit, Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG), 4. Aufl., Bd. 3 (2000), S. 876-878.

Neumann, Josef N., Krankheit, Medizin, Gesundheitswesen in den Frühen Hochkulturen. Mesopotamien – Ägypten – Palästina, in: A. Drost-Abgarjan/ J. Tubach (Hrsg.), Sprache, Mythen, Mythizismen (FS Walter Beltz), Teil 2, Halle (Saale) 2004, S. 583-620.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Nordmann, Yves/ Birnbaum, Michel, Aktuelle Biomedizin aus Sicht des Judentums. Gutachten für die AG Bioethik und Wissenschaftskommunikation am Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin, Berlin 2002.

Oeming, Manfred, „Mein Herz ist durchbohrt in meinem Inneren" (Ps 109,22) – Krankheit und Leid in alttestamentlicher Sicht, in: ders., Verstehen und Glauben. Exegetische Bausteine zu einer Theologie des Alten Testaments, Berlin 2003, S. 243-259.

Pogge, Thomas, Die richtigen Anreize schaffen: Der Health Impact Fund, Friedrich Ebert Stiftung, FES-Paper, Oktober 2011. URL: http://healthimpactfund.org/, Zugegriffen 27.8.2014.

Pott, Sandra, Medizin, Medizinethik und schöne Literatur. Studien zu Säkularisierungsvorgängen vom frühen 17. bis zum frühen 19. Jahrhundert, Berlin/ New York 2002.

Preuss, Julius, Biblisch-talmudische Medizin. Beiträge zur Geschichte der Heilkunde und der Kultur überhaupt, Berlin 1911 (zahlreiche Nachdrucke, zuletzt Wiesbaden 1992).

Report of the Bioethics Advisory Committee of the Israel Academy of Sciences and Humanities, The Use of Embryonic Stem Cells for Therapeutic Research, 2001. URL: http://www.academy.ac.il/english/hp.asp?file=asp/projects/projects.asp?txt=3||16, Zugegriffen 27.8.2014.

Ritschl, Dietrich, Zur Theorie und Ethik der Medizin, Neukirchen-Vluyn 2004.

Rössler, Dietrich, Der Arzt zwischen Technik und Humanität. Religiöse und ethische Aspekte der Krise im Gesundheitswesen, München 1977.

Scharbert, Josef, Artikel: Krankheit II. Altes Testament, Theologische Realenzyklopädie (TRE), Bd. 19 (1990), S. 680-683.

Schipperges, Heinrich/ Mehlhausen, Joachim/ Eibach, Ulrich, Artikel: Krankheit IV. – VII., Theologische Realenzyklopädie (TRE), Bd. 19 (1990), S. 686-701.

Siebeck, Richard, Medizin in Bewegung, Stuttgart 1949.

The Religion of Islam, Gesundheit im Islam, 9.7.2012. URL: http://www.islamreligion.com/de/articles/1891, Zugegriffen 2.6.2014.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Ottawa-Charter for Health Promotion, 1986. URL: http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986, Zugegriffen 16.7.2014.

Weltmissionskonferenz von Athen 2005, „Preparatory Paper no. 11": The Healing Mission of the Church, in: *J. Matthey* (Hrsg.), Come Holy Spirit, Heal and Reconcile! Report of the WCC Conference on World Mission and Evangelism, Geneva 2008, S. 91-112.

World Council of Churches, Contact-magazine. URL: http://www.oikoumene.org/en/what-we-do/health-and-healing/contact-magazine, Zugegriffen 27.8.2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Gesundheitsverständnis und Verantwortung für die Gesundheit

Johannes Siegrist

I Einleitung

In einem Buch, dessen Beiträge sich mit der Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat befassen, erscheint es angemessen, das Verständnis von Gesundheit und Krankheit kritisch zu beleuchten, da diese zentralen Begriffe oft unscharf und mehrdeutig gebraucht werden. Diese begriffliche Unschärfe und Mehrdeutigkeit hat Folgen für das, was als Verantwortung für die Gesundheit verstanden wird. Sieht man, wie oft in der medizinischen Praxis, Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit, dann bezieht sich diese Verantwortung vorwiegend auf Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen, beispielsweise in Form regelmäßig durchgeführter Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder durch das Vermeiden gesundheitsschädigenden Verhaltens. Sieht man hingegen Gesundheit als eine wichtige Bedingung und Ressource der Entfaltung von Chancen der Lebensgestaltung, verfolgt man also ein konditionales Verständnis von Gesundheit[1], dann umfasst die Verantwortung für sie wesentlich weitere Bereiche präventiven Handelns, die weit über die einzelne Person hinausreichen. Zu einem präziseren Verständnis von Gesundheit und Krankheit gelangt man dann, wenn man fragt, welche Akteure und Instanzen Gesundheit verbindlich zu definieren vermögen. Dabei stoßen wir – zumal in modernen westlichen Gesellschaften – auf drei Akteure und Instanzen, deren Definitionen jedoch einem jeweils unterschiedlichen Bezugssystem entspringen[2].

---

1 Vgl. *M. Rothhaar*, Ansätze zur philosophischen Rechtfertigung eines Rechts auf solidarische Gesundheitsversorgung, in diesem Band.

2 *F. W. Schwartz et al.*, Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen?, in: Schwartz et al. (Hrsg.), Public Health, 2012, S. 37-42.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

II Drei Bezugssysteme der Definition von Gesundheit und Krankheit

Der erste Akteur bzw. die erste Instanz ist die Medizin als Wissens- und als Handlungssystem. In ihrem Bezugssystem wird Gesundheit danach definiert, wie weit ein Spektrum physiologischer Regulationen und/oder organischer Funktionen festgelegten, objektivierbaren Normen entspricht oder von ihnen abweicht. Selbst wenn die klare Festlegung von Grenzen zwischen normalen und pathologischen Werten in der medizinischen Diagnostik oft schwierig ist, lässt sich doch innerhalb eines Kontinuums mit den Polen „sicher gesund" und „sicher krank" ein Bereich festlegen, der aufgrund von pathogenetischen Kenntnissen, oft unterstützt durch bildgebende Verfahren, angesichts der angezeigten gesundheitlichen Gefährdung therapeutisches Handeln nahelegt. Im Kern orientiert sich das medizinische Bezugssystem von Gesundheit somit am Ausschluss pathogener Prozesse und Bedingungen im Organismus und im Verhalten der einzelnen Person.

Der zweite Akteur bzw. die zweite Instanz ist die – als Laie – betroffene Person, die sich gesund oder krank fühlt bzw. sich selbst als gesund oder krank erlebt und definiert. Gesundheit ist hier zuallererst ein Phänomen der Befindlichkeit, der Gestimmtheit und des Verhältnisses des Menschen zu seinem Körper und zu seinem Handeln. Dieses „Schweigen des Leibes" wird oft erst durch auftretende Schmerzen oder sicht- und spürbare Veränderungen von Funktionen und Gestaltmerkmalen des Körpers durchbrochen. Während hier objektivierbare Normen und vergleichbare Standards als Beurteilungskriterien fehlen, sind die subjektiv variierenden Gesundheitsdefinitionen zugleich ein Bestandteil der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Sie werden mitgeprägt durch Vorstellungen und Praktiken von Bezugsgruppen der Familie und des Freundeskreises, vor allem über Prozesse der primären Sozialisation, und sie werden verstärkt oder verändert durch verfügbares Wissen und mediale Einflüsse.[3]

Die Gesellschaft mit ihren gesetzlichen Regelungen und den Leistungen des Staates bilden den dritten Akteur bzw. die dritte Instanz. In jeder Form menschlichen Zusammenlebens, die auf Dauer angelegt ist, stellt das zuverlässige Erbringen von Leistungen ein grundlegendes Erfordernis dar. Leistungsfähigkeit ist ein zentrales Kriterium aktiver Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, und insbesondere an wirtschaftlicher Produktivität.

---

3 *J. Siegrist*, Medizinische Soziologie, 2005, S. 32-38.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Häufiges, weit verbreitetes Kranksein bedroht tendenziell die kollektive Leistungsfähigkeit und erzeugt unproduktive Kosten, die es zu kontrollieren gilt. Staatlich gewährte sozialrechtliche Versicherungsansprüche werden daher in enger Verbindung mit dem Kriterium der Arbeitsunfähigkeit geleistet, wobei der ärztlichen Beurteilung dieses Kriteriums eine entscheidende Funktion zukommt (siehe unten). Gesellschaftliche Akteure wachen jedoch auch unterhalb der Schwelle gesetzlicher Bestimmungen anhand normativer Erwartungen über die Einhaltung von „Normalität", indem sie abweichendes Verhalten stigmatisieren.

III Folgen der drei Bezugssysteme für das Gesundheitssystem

Die drei Bezugssysteme der Definition von Gesundheit und Krankheit durch die Medizin, die betroffenen Individuen und die über Leistungsfähigkeit und soziale Konformität wachende Gesellschaft gelangen nur teilweise zur Deckung. Besonders folgenreich sind die Divergenzen zwischen den ersten beiden Bezugssystemen, zwischen ärztlichem Befund und subjektivem Befinden. Sie ergeben sich aus den vielfältigen Formen der Symptomwahrnehmung und Symptomtoleranz sowie aus den dadurch ausgelösten oder unterlassenen Stadien des Hilfesuchens bei betroffenen Laien, aber auch aus der Tatsache, dass die Entwicklung chronischer Krankheiten in frühen Stadien häufig ohne Symptomatik verläuft. So lässt sich in jeder Bevölkerung ein Spektrum von Konstellationen beschreiben, das von „zweifelsfrei Gesunden" über „gesunde Kranke" und „kranke Gesunde" bis zu „unheilbar Kranken" reicht. Dabei bezeichnen „gesunde Kranke" zum einen diejenige Personengruppe, die sich subjektiv gesund fühlt und die voll leistungsfähig ist, während jedoch durch diagnostische Befunde das Vorliegen einer Erkrankung festgestellt wird, zum anderen jene Personengruppe, die in der Lage ist, ihre Krankheit so weitreichend zu meistern, dass ihr die für Gesunde übliche Lebensführung ermöglicht wird. „kranke Gesunde" stellen ebenfalls eine problematische Gruppe dar. Sie zeichnet sich durch – häufig wiederholte – ärztliche Inanspruchnahme bei als Krankheit erlebten Befindensstörungen aus, denen jedoch keine diagnostizierte Krankheit zugrunde liegt. Die „Patientenkarrieren" dieser Gruppe erzeugen im medizinischen Behandlungssystem umfangreiche, im Prinzip vermeidbare Kosten. Aus dieser Feststellung divergenter Bezugssysteme zwischen Ärzten und Patienten ergeben sich weitreichende Folgerungen für die Organisation von Früherkennungs- und Präventionsprogrammen

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

sowie für therapeutische Entscheidungen im medizinischen Behandlungssystem, mithin für die Frage, wie weit die Verantwortung für die eigene Gesundheit reicht.

Divergenzen bestehen auch zwischen den Bezugssystemen der Ärzteschaft und des Staates mit seiner sozialrechtlichen Gesetzgebung. Wie bereits angedeutet, wird in modernen Gesellschaften die soziale Kontrolle über das Krankheitsgeschehen weitgehend der Ärzteschaft übertragen, die faktisch ein professionelles Definitionsmonopol bezüglich Gesundheit und Krankheit und damit bezüglich der Zuteilung berechtigter Ansprüche auf Behandlungs- und Versicherungsleistungen besitzt. Der Arzt verfügt mit dem diagnostischen Instrumentarium über Entscheidungen bei der Zuteilung wirtschaftlich unproduktiver Ausgaben, und allein die ärztliche Diagnose rechtfertigt das Fernbleiben von der Arbeit und von weiteren gesellschaftlichen Verpflichtungen, sofern dieses einen definierten Zeitraum überschreitet. Mit diesem Definitionsmonopol der Ärzteschaft sind erwartungsgemäß verschiedene Konflikte programmiert. Zu nennen sind in erster Linie jene, die sich aus der vielfach kritisierten Tendenz einer zunehmenden „Medikalisierung" ergeben. Darunter versteht man die Ausweitung ärztlicher Entscheidungsbefugnisse über die „Behandlungsbedürftigkeit" von Beschwerden und Störungen hinaus in Bereiche, die nicht durch zweifelsfreie Evidenz gerechtfertigt sind. Hierzu zählen umfangreiche, durch die Ökonomisierung ärztlichen Handelns mitbestimmte Maßnahmen der „Überversorgung", welche das solidarisch organisierte Krankenversicherungssystem bis an die Grenzen der Finanzierbarkeit belasten. Hierzu zählen aber auch die durch den „Konsumerismus" von Klienten begünstigten Ausdehnungen des ärztlichen Behandlungsauftrags in Bereiche von „Wellness", „Lifestyle" und „Enhancement", die beispielsweise bei Behandlungen einer „Anti-Aging Medizin" oft genug über den sozialrechtlich definierten Leistungskatalog vergütet werden.

Man erkennt, dass auf dem Weg zu einer möglichst bedarfsgerechten, rechtlich und moralisch unangefochtenen Zuteilung von Verantwortlichkeiten für die Gesundheit zwischen den drei Instanzen der Ärzteschaft, der sie in Anspruch nehmenden Bevölkerung und der zuständigen staatlichen Organe viele Hindernisse liegen. Einige dieser Hindernisse könnten dadurch überwunden werden, dass das Gesundheitssystem seine Funktionsweise an den Ergebnissen einer – hierzulande allerdings verstärkt zu betreibenden – Versorgungsforschung orientiert, sodass eine bessere Kompatibilität zwischen qualitativ hochwertigem Leistungsangebot und bedarfsgerechter Nachfrage erfolgen könnte. Ein weiteres, hiervon zunächst

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nicht berührtes Problem betrifft sodann die Frage, wie weitreichend die Zuteilung evidenzbasierter Gesundheitsleistungen von der Solidargemeinschaft der Versicherten zu tragen oder aber den freien Kräften des Marktes zu überlassen ist. Eng damit verbunden ist schließlich die Frage der Priorisierung von Gesundheitsleistungen angesichts knapper Ressourcen bei insgesamt steigender Nachfrage.

IV Konditionaler Gesundheitsbegriff und die Frage der Verantwortung

Diese wichtigen und komplexen Probleme bedürfen einer vertieften Diskussion, die hier keinesfalls geleistet werden kann. Vielmehr will sich der Beitrag abschließend der Frage zuwenden, welche Konsequenzen sich für die Verteilung von Verantwortung für die Gesundheit zwischen den genannten Instanzen ergäben, falls das einleitend erwähnte konditionale Gesundheitsverständnis für das politische Handeln normative Kraft erhalten sollte. Nach diesem Verständnis gilt Gesundheit als eine essentielle Bedingung und Ressource der Entfaltung von Chancen der Lebensgestaltung. Zwei weitreichende Implikationen dieser Definition verdienen besondere Beachtung. Erstens: Wenn Gesundheit als Ressource der Entfaltung von Lebenschancen begriffen wird, dann wird eine strikte Trennung von „Gesunden" und „Kranken" obsolet, dann stößt dieser binäre Code an seine Grenzen. Kranke und behinderte Menschen, die in der Lage sind, ihre Krankheit so zu bewältigen, dass sie weiterhin Chancen eines erfüllten Lebens realisieren können, sind nach diesem Verständnis insoweit weiterhin gesund. Wir treffen hier auf ein Verständnis von Gesundheit, welches der Biologe René Dubos mit seiner berühmten Definition bereits vor Jahrzehnten wie folgt auf den Begriff gebracht hat: Gesundheit ist „jener Zustand des Lebens, der auf der Basis eines relativ stabilen physiologischen Gleichgewichts bzw. relativ intakter Organfunktionen es dem Menschen ermöglicht, selbst- oder fremdgesetzte Ziele durch eigenes Handeln zu verfolgen".[4] Demnach bilden Erfahrungen wirksamen, als sinnvoll erlebten Handelns die Essenz gesunden Lebens. Gesundheit ist ein Vermögen, welches jeder Lebensgestaltung bis an die Grenzen extremer körperlicher oder geistiger Einschränkung zur Verfügung steht, ein Vermögen, welches gepflegt, genutzt und weiterentwickelt werden kann und soll. Es ist dieses

4 *R. Dubos*, Man, medicine and environment, 1969, passim.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

emanzipatorische Moment eines konditionalen Gesundheitsbegriffs, welches chronisch Kranken und Behinderten in der gesellschaftlichen Wirklichkeit in den vergangenen Jahrzehnten in vielen Ländern neue Freiräume der Partizipation, der Aktivität und der Anerkennung eröffnet hat.

Noch weitreichender ist eine zweite Implikation des erwähnten Gesundheitsverständnisses. Wenn wirksames, als sinnvoll erlebtes Handeln als ein essentielles Bestimmungsmoment von Gesundheit betrachtet wird, dann ist die Äußerung dieses Handlungsvermögens an eine bestimmte gesellschaftliche Chancenstruktur gebunden. Wenn beispielsweise querschnittgelähmte Menschen im Erwerbsalter nach monatelangem Training in die Lage versetzt werden, eine mit eingeschränktem physischem Handlungsvermögen zu vereinbarende berufliche Tätigkeit auszuüben, dann sollte der Arbeitsmarkt entsprechende Arbeitsplätze zur Verfügung stellen können, damit dieses Vermögen auch faktisch realisiert werden kann. Und in der Tat zeigen Studien, dass die geglückte berufliche Rehabilitation Behinderter mit einem spür- und nachweisbaren Gesundheitsgewinn einhergeht[5].

Das Gesagte gilt jedoch nicht nur für die Rehabilitation nach einer aufgetretenen Krankheit oder Behinderung, also für die sekundäre Prävention. Es gilt ebenso für die primäre Prävention der Sicherung und Förderung von Gesundheit, des bestmöglichen Verhinderns oder Hinausschiebens von Krankheitsmanifestationen. Chancen wirksamen, sinnvollen Handelns sollten nämlich so beschaffen sein, dass ihre Befolgung nicht ihrerseits die Gesundheit gefährdet. Wenn beispielsweise ein Bauarbeiter zwar über eine sichere, ihn befriedigende Beschäftigung mit gutem Einkommen verfügt, bei seiner Tätigkeit jedoch krebserregendem Asbeststaub ausgesetzt ist, dann ist sein Gesundheitsvermögen gefährdet. Wenn eine in materiellen und seelischen Nöten lebende Frau während ihrer Schwangerschaft zu beruhigenden Suchtmitteln greift, dann ist nicht nur ihr eigenes, sondern auch das Gesundheitsvermögen ihres zukünftigen Kindes gefährdet. Die Liste solcher Beispiele ließe sich beliebig fortsetzen. Sie führt uns zurück zur Frage der Verantwortung. Es wird deutlich, dass neben die Eigenverantwortung des Einzelnen für sein gesundheitsförderndes Verhalten die gesellschaftliche Verantwortung tritt, Gesundheitsgefährdungen, die von

5 European Council, Improving the quality of life of people with disabilities in Europe: Participation for all, innovation, effectiveness. Conference Proceedings, 2007; *S. Geyh et al.*, Quality of life after spinal cord injury: A comparison across six countries, Spinal Cord 2013, S. 324 f.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

der sozialen Chancenstruktur verursacht oder zumindest begünstigt werden, überall dort, wo sie vermeidbar sind, zu bekämpfen. Im Fall von Asbest ist dies, weltweit allerdings erst in begrenztem Umfang, durch gesetzlich sanktionierte Verbote erreicht worden[6]. Im Fall des gesundheitsschädigenden Verhaltens sozial benachteiligter Schwangerer handelt es sich um ein komplexeres Bündel präventiver Maßnahmen, welches Aufklärung, Beratung, Einkommenshilfen sowie weitere Formen der Betreuung und Unterstützung umfasst.[7] Die Beeinflussung sozialer Determinanten der Gesundheit wird somit zu einem wichtigen Bestandteil jeder Gesundheitspolitik, welche die Gesundheitsförderung und Prävention neben der Behandlung Kranker, der Kuration, zu ihren essentiellen Zielen zählt.[8] Eine an diesen Zielen ausgerichtete Gesundheitspolitik leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten der Verteilung von Morbidität und Mortalität in der Gesellschaft.[9] Diese Erkenntnis hat bereits in einer Reihe von Ländern zu einer Neuausrichtung etablierter Gesundheitsziele und entsprechender Förderaktivitäten geführt.[10]

Die an einem konditionalen Gesundheitsverständnis orientierte Gesundheitspolitik erweitert nicht nur den Handlungsauftrag des Staates in definierten Bereichen seiner Zuständigkeit für Gesundheit und Wohlfahrt, sondern erweitert auch die Verantwortung von Entscheidungsträgern in zentralen Institutionen von Wirtschaft und Gesellschaft. In zwei Gebieten werden die Herausforderungen und Schwierigkeiten einer stärkeren gesellschaftlichen Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung aktuell besonders deutlich, im Bereich der Arbeits- und Wirtschaftspolitik und im Bereich der Umweltpolitik.

---

6 *C. Hogstedt/ D. H. Wegman/ T. Kjellstrom*, The consequences of economic globalization on working conditions, labor relations, and worker's health, in: Kawachi/ Wamala (Hrsg.), Globalization and health, 2007, S. 138-157.

7 Marmot Review Team, Fair Societies, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. URL: http://www.marmotreview.org, Zugegriffen 8.5.2014, S. 94-105.

8 World Health Organization (WHO), Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, 2008.

9 Vgl. *J. Siegrist*, Sozial ungleiche Gesundheitschancen: Prävention als solidarisches Handeln, in diesem Band.

10 World Health Organization (WHO), Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region, 2013.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Hier bestehen überall weitreichende Zielkonflikte zwischen wirtschaftlichem Wachstum einerseits und Schonung und Bewahrung der Umwelt für nachhaltige Entwicklungen andererseits, zwischen kurzfristiger Gewinnmaximierung und Sicherung von Vollbeschäftigung einerseits und Bemühungen um den Erhalt von Gesundheit, Handlungsvermögen und Lebensqualität einer größtmöglichen Zahl erwerbstätiger und erwerbsfähiger Personen andererseits. So führt die Diskussion über ein angemessenes Verständnis der Bedeutung von Gesundheit letztlich ins Zentrum eines gesellschaftspolitischen Diskurses über das Spannungsfeld zwischen individueller Verantwortung für die eigene Gesundheit und kollektiver Verantwortung von Staat und Gesellschaft für die Sicherung gesundheitsfördernder Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung.

V Fazit

Wie weitreichend Verantwortung für die Gesundheit jeweils einer der drei Instanzen, der Ärzteschaft, dem Staat oder den betroffenen Individuen zugerechnet wird, hängt nicht nur von den in einem Gesellschaftssystem vorherrschenden Gesetzen und sozialen Normen ab, sondern auch von dem Gesundheitsverständnis, welches relevanten gesundheitspolitischen Entscheidungen zugrunde liegt. Während eine auf den Ausschluss von Krankheit beschränkte Gesundheitsdefinition die kurativen und individual-präventiven Aspekte verantwortungsvollen Handelns in den Vordergrund stellt, räumt das konditionale Verständnis von Gesundheit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bei primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen eine wesentlich weitreichendere Verantwortung ein. Nach diesem Verständnis zielt Gesundheit im Kern auf eine Stärkung des Vermögens ab, erstrebenswerte Ziele durch eigenes Handeln zu verfolgen. Damit wird nicht nur eine strikte Abgrenzung zwischen „gesund“ und „krank“ obsolet, sondern es eröffnen sich auch für die Gesundheitspolitik erweiterte Optionen. Bedingungen, welche die für Gesundheit bedeutsamen individuellen Handlungsspielräume einengen oder vollends ausschließen, werden nunmehr im Rahmen verhältnispräventiver Maßnahmen adressiert. Dies bedeutet nicht, dass die Eigenverantwortung für Gesundheit dort, wo sie individuell beeinflussbar ist, geschmälert wird, aber es bedeutet, dass darüber hinaus deren soziale Determinanten anerkannt und zum Gegenstand gesundheitspolitischer Programmatiken gemacht werden. Die praktischen Folgerungen aus einem dergestalt konditionalen Gesund-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

heitsverständnis zu ziehen, stellt die Gesundheitspolitik auch in Deutschland vor neue große Aufgaben.

Literatur

Dubos, Rene, Man, medicine and environment, New York 1969.

European Council, Improving the quality of life of people with disabilities in Europe: Participation for all, innovation, effectiveness. Conference Proceedings, Luxembourg 2007.

Geyh, Szilvia et al., Quality of life after spinal cord injury: A comparison across six countries, Spinal Cord Nr. 51 (2013), S. 322-326.

Hogstedt, Christer/ Wegman, David H./ Kjellstrom, Tord, The consequences of economic globalization on working conditions, labor relations, and worker's health, in: I. Kawachi/ S. P. Wamala (Hrsg.), Globalization and health, Oxford/ New York 2007, S. 138-157.

Schwartz, Friedrich W. et al., Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen?, in: F. W. Schwartz et al. (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl., München 2012, S. 37-60.

Siegrist, Johannes, Medizinische Soziologie, 6. Aufl., München 2005.

Marmot Review Team, Fair Societies, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. URL: http://www.marmotreview.org, Zugegriffen 8.5.2014.

World Health Organization (WHO), Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva 2008.

World Health Organization (WHO), Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report, Copenhagen 2013.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

III.
Das deutsche Gesundheitssystem – Völkerrechtliche Anforderungen und staatstheoretischer Rahmen

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Das völkerrechtliche Menschenrecht auf Gesundheit und seine Implikationen für das nationale Recht

A. Katarina Weilert

I Einleitung

Das Menschenrecht auf Gesundheit ist in verschiedenen völkerrechtlichen Dokumenten ganz unterschiedlicher Rechtsnatur verbürgt und von allen Staaten in wenigstens einem Vertrag anerkannt.[1] Wenn im Völkerrecht von einem „right to health" die Rede ist, dann handelt es sich um eine verkürzte Sprachform für jene Dienstleistungen, Maßnahmen und Einrichtungen, die einem Menschen helfen können, seine Gesundheit aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Gesundheit selbst kann nie geschuldet sein, weil sie von individuellen Gegebenheiten der Person abhängt.[2] Das Menschenrecht auf Gesundheit wird im Völkerrecht aber nicht nur auf die unmittelbare Gesundheitsversorgung bezogen, sondern als ein Bündel von sozio-ökonomischen Rechten verstanden, die eine gesunde Lebensweise ermöglichen („inclusive right").[3]

In diesem Beitrag soll untersucht werden, wie im Völkerrecht das Menschenrecht auf Gesundheit ausgelegt wird und in welchem Umfang es Staaten dazu verpflichtet, Gesundheitsdienstleistungen vorzuhalten und weitere gesundheitsdienliche Maßnahmen zu ergreifen. Nach der Darstellung der völkerrechtlichen Entwicklung des Menschenrechts auf Gesundheit (II) sollen die strukturellen Besonderheiten des Völkerrechts und seiner Durchsetzung skizziert werden (III), um die Bedeutung dieses Menschenrechts und seine Implikationen für den nationalen Raum beurteilen zu können (IV).

---

1 WHO, The Right to Health, Fact Sheet No. 31, Genf 2008, S. 1.

2 WHO, The Right to Health, s. oben Fn. 1 , S. 5.

3 WHO, The Right to Health, s. oben Fn. 1 , S. 3; vgl. auch *A. E. Yamin*, The Right to Health Under International Law and Its Relevance to the United States, American Journal of Public Health 2005, S. 1156.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

II Verankerung eines Menschenrechts auf Gesundheit in völkerrechtlichen Dokumenten

Die philosophische Untermauerung und sozialgeschichtliche Entwicklung eines internationalen Menschenrechts auf Gesundheit kann an dieser Stelle nicht nachgezeichnet werden.[4] Die konkrete Gestaltung dieses völkerrechtlichen Menschenrechts aber ist im Folgenden anhand der völkerrechtlichen Dokumente und ihrer Auslegung und Gestaltung durch die völkerrechtlichen Akteure aufzuzeigen.

1 Die WHO

Schon 1946 (in Kraft seit 1948) wurde der Gründungsvertrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit seiner bekannten weiten Definition von Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens" (in bewusster Abgrenzung eines negativen Krankheitsbegriffs als „Fehlen von Krankheit oder Gebrechen") formuliert und der „Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes" als Menschenrecht postuliert.[5] Vielfach und zu Recht wurde Kritik geübt an diesem Gesundheitsideal, das von keinem Staat garantiert werden kann, sondern eine Dimension aufweist, die sogar einem übergriffigen Staatshandeln („geistige Gesundheit") Vorschub leisten könnte. Die WHO organisierte eine Reihe von Konferenzen, bei denen der Anspruch der weltweiten Gesundheitsförderung und die nähere Bestimmung der Gesundheit weiter konkretisiert wurden. In der Ottawa Charter,[6] die 1986 anlässlich der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde, liegt der Fokus auf der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, der Schaffung unterstützender Umwelten für die Gesundheit, der Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, der Entwicklung persönlicher Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit sowie der Neuorientierung

4 Vgl. hierfür *J. Tobin*, The Right to Health in International Law, 2012, S. 14 ff.

5 Constitution of the World Health Organization, Official Records of the World Health Organization No. 2, S. 100.

6 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung abrufbar (in Englisch und Deutsch) unter URL: http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986, Zugegriffen 22.10.2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

der Gesundheitsdienste.[7] Damit wird besonderes Augenmerk auf die „objektiven und subjektiven Möglichkeiten der Selbststeuerung“[8] geworfen. Die Ottawa-Charta wird später als „Leitfaden und Inspirationsquelle der Gesundheitsförderung“ (so in der Präambel der Jakarta-Deklaration) bezeichnet. Auch in der Jakarta-Deklaration (1997)[9] werden die Determinanten für die Gesundheit bestimmt, darunter Frieden, Unterkunft, Bildung, soziale Sicherheit, Nahrung, Handlungskompetenzen sowie ein stabiles Ökosystem. Armut wird dabei als die größte Bedrohung für die Gesundheit eingestuft.

2 Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und der VN-Sozialpakt

Neben der Gründung der WHO, die auf der Ebene der Vereinten Nationen (VN) angesiedelt, aber durch ihre komplexe Verfasstheit recht eigenständig organisiert ist, haben sich die Staaten auch in weiteren völkerrechtlichen Dokumenten zur Gesundheit als Menschenrecht bekannt. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) von 1948[10] wird ein Anspruch auf „Gesundheit und Wohlbefinden“ als Ausfluss des Rechts auf einen „angemessenen Lebensstandard“ als Menschenrecht postuliert.[11] Gesundheit wird auch hier, wie sich aus dem Normkontext erfassen lässt,

---

7 Die fünf Strategien der Ottawa-Charta zitiert nach der Zusammenfassung in der Jakarta-Deklaration.

8 *R. Rosenbrock*, Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland, 1998, S. 4.

9 Die Jakarta-Deklaration bildete den Abschluss zur 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung und beansprucht für sich, „Handlungsrahmen für die Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert“ zu sein. Text der Jakarta-Deklaration in englischer und deutscher Sprache abrufbar unter URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/, Zugegriffen 22.10.2014.

10 A/RES/217, UN-Doc. 217/A-(III) vom 10.12.1948.

11 Art. 25 Abs. 1 AEMR: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen gewährleistet sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ (Übersetzung nach http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger, Zugegriffen 14.11.2014).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nicht nur als „Abwesenheit von Krankheit“ verstanden, sondern in einen Zusammenhang mit anderen sozialen Existenzgrundlagen gebracht.

Eine erste verbindliche vertragsrechtliche Verbürgung der Gesundheit als Menschenrecht erfolgte 1966 mit Art. 12 des VN-Sozialpaktes.[12]

(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.
(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen
   a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;
   b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
   c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;
   d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

Mit Art. 12 Abs. 1 VN-Sozialpakt wird ein „Höchstmaß“ an individuell möglicher Gesundheit als Recht anerkannt.[13] Für die Auslegung der staatlichen Verpflichtung maßgeblich ist ein *general comment* des VN-Sozialausschusses (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) aus dem Jahr 2000.[14] Die in den *general comments* gefundenen Auslegungen des VN-Sozialpaktes sind zwar nicht förmlich rechtsbindend, jedoch hoch angesehen. Der VN-Sozialausschuss hat das zunächst „diffuse“ Recht auf Gesundheit sehr differenziert ausbuchstabiert und viele einzelne konkrete Rechte aus ihm abgeleitet. Ob sich die Staaten in diesem Umfang verpflichten wollten und in welchem Maße eine weitreichende dynamische Interpretation den ursprünglichen Staatenwillen überschreiten kann, wäre eigens für sich zu klären.

12 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966, Bundesgesetzblatt (BGBl) 1976 II, S. 428.
13 Vgl. zur Auslegung eines Höchstmaßes an Gesundheit: *Tobin*, The Right to Health, s. oben Fn. 4, S. 121 ff.
14 CESCR, E/C.12/2000/4 vom 11. August 2000 (General Comment No. 14).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Beim Recht auf Gesundheit nach dem VN-Sozialpakt wurde zwar nicht die Definition der WHO-Präambel übernommen,[15] jedoch begrenzte man auch hier das Recht auf Gesundheit nicht nur auf die Gesundheitsversorgung (health care), sondern begriff Gesundheit ebenfalls als Folge einer Reihe an sozio-ökonomischen Faktoren.[16] Das Recht auf Gesundheit wird als „inklusives Recht" ausgelegt, das sowohl die medizinische Behandlung umfasst als auch die Gewährleistung gesunder Lebensbedingungen (sauberes Trinkwasser; sanitäre Einrichtungen; sichere Lebensmittel, sichere Arbeits- und Umweltbedingungen; Gesundheitsbildung etc.).[17] Es wird klargestellt, dass das „right to health" kein „right to be healthy" bedeutet.[18] Die individuelle biologische Gesundheit müsse ebenso berücksichtigt werden wie die individuelle Freiheit zu einem ungesunden und risikobehafteten Lebensstil. Das Recht auf Gesundheit bedeute vielmehr, dass Vorrichtungen, Leistungen, Güter und Bedingungen, die für die Gesundheit notwendig sind, für alle erreichbar gemacht werden müssen. Einrichtungen medizinischer Versorgung sollen danach im Wesentlichen vier Anforderungen genügen:[19] Sie müssen (1.) verfügbar, (2.) jedem zugänglich (diskriminierungsfrei, physisch erreichbar und bezahlbar), (3.) in ethischer und kultureller Hinsicht akzeptabel und schließlich (4.) fachlich qualitativ sein. Ob das Versicherungssystem privat, öffentlich oder gemischt ist, bleibt dahingestellt, allerdings muss es für alle finanzierbar sein.[20]

Die staatlichen Verpflichtungen werden der Menschenrechtsdogmatik entsprechend in drei Kategorien eingeteilt. Sie sollen das Recht auf Gesundheit respektieren, schützen und umsetzen (tripartite obligation to respect, protect and fulfil).[21] Die abwehrrechtliche Komponente (respect) schützt vor staatlichen Übergriffen in Körper und Gesundheit des Einzelnen, die schutzrechtliche Dimension (protect) veranlasst den Staat zu Maßnahmen, die die Gesundheit vor Übergriffen (privater) Dritter bewah-

---

15 Zur Entstehungsgeschichte der Gesundheitsdefinition siehe *B. Saul/ D. Kinley/ J. Mowbray*, The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 2014, S. 980: Der Vorschlag einer Gesundheitsdefinition auch im Sinne von „social well-being" und „moral well-being" fand keine mehrheitliche Zustimmung.

16 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 4; vgl. auch *Saul/ Kinley/ Mowbray*, International Covenant, s. oben Fn. 15, S. 984.

17 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 4, 11.

18 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 8.

19 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 12.

20 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 36.

21 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 33.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ren (Beispiel Arnzeimittelkontrolle), die „Erfüllungspflicht“ (fulfil) bedeutet schließlich, dass der Staat politische Maßnahmen ergreifen und entsprechende Gesetze erlassen muss, um das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen (unter anderem Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, Programme gegen hochansteckende Krankheiten, gleichen Zugang für alle zu den Voraussetzungen von Gesundheit wie zum Beispiel sicheren Nahrungsmitteln und Trinkwasser sowie ein bezahlbares Gesundheitsversicherungssystem).[22]

Grundsätzlich erkennt der VN-Sozialausschuss an, dass das Recht auf Gesundheit von den Staaten stufenweise verwirklicht werden kann („progressive realization“).[23] Jedoch seien die Staaten verpflichtet, ohne zeitlichen Aufschub das Recht auf Gesundheit diskriminierungsfrei auszugestalten und Schritte zur vollen Verwirklichung zu unternehmen („immediate effect“).[24] Der VN-Sozialausschuss kondensiert aus den vielen aus Art. 12 VN-Sozialpakt abgeleiteten Einzelpflichten sogenannte „Kernverpflichtungen“ („core obligations“),[25] die jeder Staat einhalten muss, ohne sich auf fehlende Ressourcen berufen zu können.

3 Gesundheitsforschung

Angesichts der Heilungschancen und der Steigerung des Wohlbefindens durch neue Behandlungsmethoden oder Medikamente kommt der Forschung in der Praxis für die Verbesserung des Gesundheitsniveaus eine zentrale Rolle zu. Jedoch ist Forschung im besonderen Maße von Ressourcen abhängig und kann nur von Industrieländern in relevantem Umfang erbracht werden. Eine völkerrechtliche Pflicht der Staaten zur Verbesse-

22 Siehe auch *Tobin*, The Right to Health, s. oben Fn. 4, S. 331 ff.

23 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 30. Das Prinzip der „progressive realization“ ergibt sich dabei auch aus Art. 2 Abs. 1 VN-Sozialpakt. Welche Maßnahmen wann zu ergreifen sind, ist nicht genau festgelegt. Art. 2 Abs. 1 VN-Sozialpakt spricht davon, dass die Vertragsstaaten verpflichtet sind „Maßnahmen zu treffen, um nach und nach mit allen geeigneten Mitteln, vor allem durch gesetzgeberische Maßnahmen, die volle Verwirklichung der in diesem Pakt anerkannten Rechte zu erreichen.“.

24 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 30.

25 Darunter sind (nicht abschließend) der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und -dienstleistungen für alle; der Zugang zu sicheren Grundnahrungsmitteln; der Zugang zu einer Wohnung und sanitären Einrichtungen sowie der Zugang zu essentiellen Medikamenten.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

rung der medizinischen Versorgung durch Forschung findet bislang in Auslegung des Menschenrechts auf Gesundheit durch den VN-Sozialausschuss nur am Rande Beachtung („promotion of medical research“).[26] Immerhin heißt es auch in einem Bericht des Sonderberichterstatters[27] zum Menschenrecht auf Gesundheit „The right to health not only requires that existing medicines are accessible, but also that much needed new medicines and their formulations are developed and thereby become available to those who need them.”[28]

Die geringen Forschungsaktivitäten von Entwicklungsländern führen zu dem spezifischen Problem, dass armutsbedingte Krankheiten weit weniger erforscht werden als die Wohlstandskrankheiten (lifestyle diseases) der Industrieländer. Für Pharmakonzerne sind häufig Krankheitsprobleme der Entwicklungsländer nicht rentabel. Dies bildet, zusammen mit den Problemen des internationalen Patentregimes und der faktischen Unzugänglichkeit teurer Medikamente sowie der Frage der Zugänglichmachung von Forschungsergebnissen, ein spezifisches Problemfeld des Menschenrechts auf Gesundheit.[29] Es geht hier um die Aspekte einer internationalen Solidarität und internationalen Gesundheitsgerechtigkeit, die an dieser Stelle nur benannt werden kann.

4 Gruppenspezifischer Gesundheitsschutz

Die Versorgung von Randgruppen oder schwachen Gliedern der Gesellschaft ist ein besonderes Anliegen des modernen völkerrechtlichen Menschenrechtsregimes. Ein gruppenspezifischer Gesundheitsschutz findet sich zum einen in der Auslegung des Menschenrechts auf Gesundheit selbst, zum anderen aber auch in weiteren Dokumenten, die spezifisch

26 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 36 f.

27 Das Mandat des Sonderberichterstatters für Gesundheit (Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health) wurde 2002 errichtet (durch die Commission on Human Rights resolution 2002/31).

28 Bericht des Sonderberichterstatters zum Menschenrecht auf Gesundheit vom Mai 2009 (A/HRC/11/12/Add.2) Rn. 84.

29 Vgl. hier den Bericht des Sonderberichterstatters zum Menschenrecht auf Gesundheit vom März 2009 (A/HRC/11/12).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

zum Schutz dieser Gruppen verabschiedet wurden.[30] Der VN-Sozialausschuss entnimmt aus Art. 12 VN-Sozialpakt eine Verpflichtung der Staaten, jedem Immigranten und Asylsuchenden unabhängig seiner Aufenthaltserlaubnis sowie allen Minderheiten Zugang zu Gesundheitsleistungen (präventiver, heilender und palliativer Art) zu gewähren.[31] Weitere Zielgruppen, zu deren Gesundheitsschutz sich viele Staaten eigens verpflichtet haben, sind Kinder (vgl. Art. 24 Kinderrechtskonvention), Frauen (Art. 12 Frauenrechtskonvention), Behinderte (vgl. Art. 25 Behindertenrechtskonvention) und (Wander)arbeitnehmer (vgl. Art. 28 Wanderarbeiterkonvention; Art. 7 VN-Sozialpakt).

III Besonderheiten des Völkerrechts und seine Geltung in Deutschland

Während das deutsche Recht von verbindlichen Rechtsnormen und Verfahren effektiver Rechtsdurchsetzung geprägt ist, ist das internationale Recht von einem Nebeneinander rechtsbindenden Völkerrechts und nicht bindender Übereinkünfte und Erklärungen – dem sogenannten *soft law*[32] – gekennzeichnet. So handelt es sich bei den meisten Verlautbarungen von Internationalen Organisationen um nicht verbindliche Erklärungen. Auch bei Staatenkonferenzen kommen leichter Übereinkünfte zustande, wenn diese nicht verbindlich gelten. Dies wird oft übersehen, wenn völkerrechtlich unverbindlichen Stellungnahmen in der politischen Öffentlichkeit der Stellenwert eines vermeintlich verbindlichen Dokuments zugewiesen wird. Andererseits erfährt das *soft law* durch die politische Öffentlichkeit eine besondere Aufmerksamkeit und die beständige Bezugnahme von Menschenrechtsorganisationen und anderen Nichtregierungsorganisationen auf solche völkerrechtlichen Dokumente kann politische Veränderungen in Gang setzen. Die Zielvorstellungen und Absichten der Staatengemeinschaft, die sich im *soft law* manifestieren, sind darüber hinaus ein wichtiges Element im Prozess der Bildung völkerrechtlich verbindlichen Rechts. Relativiert wird die Unterscheidung zwischen *hard* und *soft law*

30 Vgl. WHO, The Right to Health, s. oben Fn. 1, S. 9 (Übersicht) sowie S. 11 ff. (auf die spezifischen Gruppen eingehend).

31 CESCR, s. oben Fn. 14, Rn. 34.

32 Zum Begriff „soft law“ *M. Herdegen*, Völkerrecht, 2014, S. 163; *A. K. Weilert*, Transnationale Unternehmen zwischen Völkerrecht und soft law, in: Hartung/Schaede (Hrsg.), Internationale Gerechtigkeit, 2009, S. 212.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

weiterhin dadurch, dass auch das verbindliche Völkerrecht wie Art. 12 VN-Sozialpakt unter einem Durchsetzungsdefizit leidet.[33] Das Individualbeschwerdeverfahren (Zusatzprotokoll zum VN-Sozialpakt),[34] das selbst auch über nur mäßige Durchsetzungsmechanismen verfügt, wurde von Deutschland bisher nicht unterzeichnet. Für den einzelnen Bürger besonders effektiv wäre es, wenn er die Verpflichtungen aus Art. 12 VN- Sozialpakt direkt in seinem Land einklagen könnte. Völkerrechtlich verbindliches Recht ist jedoch nicht automatisch Teil der nationalen Rechtsordnung. Vielmehr bestimmt jede Rechtsordnung selbst, wie sie das Völkerrecht in nationales Recht transformiert. Im deutschen Recht wird völkerrechtlichen Verträgen durch ein Bundesgesetz innerstaatliche Geltung verschafft (Art. 59 Abs. 2 GG).[35] Obwohl den in das nationale Recht transformierten Verträgen formal nur der Rang eines Bundesgesetzes (und nicht Verfassungsrang) zukommt, dienen sie nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts als „Auslegungshilfen für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite von Grundrechten und rechtsstaatlichen Grundsätzen des Grundgesetzes".[36] So kann das Völkerrecht im Wege der Auslegung nationalen Rechts Bedeutung erlangen. Daraus folgt aber noch nicht, dass Art. 12 VN-Sozialpakt eine eigene Anspruchsgrundlage (subjektives Recht) bilden würde. Jeder Staat entscheidet selbst, ob eine in das nationale Recht transformierte völkerrechtliche Norm „unmittelbar anwendbar ist", ob sie also bereits so bestimmt ist, dass Rechtsfolgen für den Einzelfall ableitbar sind.[37] Für den VN-Sozialpakt ist dies nicht abschließend geklärt, verliert aber an Bedeutung, insoweit die völkerrechtlichen Vorgaben bereits durch nationale Gesetze inhaltlich aufgegriffen wurden und gege-

---

33 Für einen Überblick über die Staatenverantwortlichkeit und das Monitoring im Hinblick auf das Menschenrecht auf Gesundheit siehe: WHO, The Right to Health, s. oben Fn. 1 , S. 31 ff.; *Saul/ Kinley/ Mowbray*, International Covenant, s. oben Fn. 15, S. 1038 ff. Vgl. für eine kanadische Sicht *T. Friesen*, The Right to Health Care, Health Law Journal 2001, S. 205 ff.; für eine US-amerikanische Sicht siehe *Yamin*, The Right to Health Under International Law, s. oben Fn. 3, S. 1156 ff.

34 Zusatzprotokoll, A/RES/63/117.

35 Für den VN-Sozialpakt siehe Bundesgesetzblatt (BGBl) 1976 II, S. 428.

36 BVerfGE 111, 307 (317).

37 *A. K. Weilert*, Transnationale Unternehmen im rechtsfreien Raum?, Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht 2009, S. 883 (903 f.); Zur Unterscheidung der innerstaatlichen Geltung von der unmittelbaren Anwendbarkeit einer völkerrechtlichen Norm siehe *R. Geiger*, Grundgesetz und Völkerrecht, 2013, § 34 I.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

benenfalls sogar als subjektive Rechte der Individuen verbürgt worden sind.

IV Zusammenfassende Anstöße und Wirkungen des völkerrechtlichen Rechts auf Gesundheit für das nationale Recht

Kennzeichnend für das völkerrechtliche Menschenrecht auf Gesundheit sind der sehr hohe („Höchstmaß an Gesundheit"; „umfassendes Wohlbefinden") und sehr breite (sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit) Anspruch einerseits und die enormen Schwierigkeiten der Rechtsdurchsetzung andererseits. Letztlich besteht primär nur politischer Druck auf die Staaten, das Menschenrecht auf Gesundheit national umzusetzen. Umso wichtiger ist vor diesem Hintergrund die Tätigkeit der WHO, die das Gesicht für das internationale öffentliche Gesundheitswesen bildet, und durch „Regulierungen" (Empfehlungen, Regelungen und Vorbereitung völkerrechtlicher Verträge), Datenerhebung, Koordinierungsaufgaben sowie weitere Maßnahmen und Programme zu einem weltweit verbesserten Gesundheitsstandard beiträgt.

Obwohl im Völkerrecht primär die Staaten die Normadressaten sind, zeichnet sich auch die Spannung zwischen staatlicher Verantwortung und der Eigenverantwortung des Einzelnen ab. Letztere wird hier nicht im Zusammenhang eines „Aus-dem Schutz-Fallens" erwähnt, sondern in den Kontext der Staatenverantwortlichkeit zur Befähigung von Eigenverantwortung gestellt. Dies betont den Gedanken der Korrelation zwischen Gesundheit und sozialem Umfeld. Der Präventionsgedanke und eine Gesundheitsförderung im umfassenden und nicht nur kurativen und individualmedizinisch ausgerichteten Sinne spielen eine herausragende Rolle. Während also im Völkerrecht eine Makrosicht auf die Gesundheit vorherrscht, ist der nationale Diskurs meist spezifisch auf die Gesundheitsversorgung selbst gerichtet. In Deutschland hatten die Präventionsmedizin sowie ein überindividueller Gesundheitsansatz aufgrund der Perversion der nationalsozialistischen „Rassenhygiene" einen schweren Start in den Gründungsjahren der Bundesrepublik.[38] Sozialwissenschaftler weisen allerdings schon seit langem auf den Zusammenhang von Bildung, Lebens- und Ar-

38 *Rosenbrock*, Ottawa-Charta, s. oben Fn. 8, S. 6.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

beitsumständen und der Gesundheit hin.[39] In den folgenden Beiträgen in diesem Band wird die Gesundheitsverantwortung aus verschiedenen Perspektiven, in Makro- wie Mikrosicht betrachtet, und somit ein wichtiges Verbindungsglied zwischen dem völkerrechtlichen und nationalen Gesundheitsdiskurs hergestellt. Es gilt, die Anerkennung des Menschenrechts auf Gesundheit als Ausgangspunkt für die Ausgestaltung des nationalen Gesundheitssystems zu beachten.

Literatur

Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, E/C.12/2000/4.

Friesen, Tamara, The Right to Health Care, Health Law Journal Nr. 9 (2001), S. 205-222.

Geiger, Rudolf, Grundgesetz und Völkerrecht mit Europarecht, 6. Aufl., München 2013.

Herdegen, Matthias, Völkerrecht, 13. Aufl., München 2014.

Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, A/HRC/11/12, 31.3.2009.

Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Annex), Paul Hunt, A/HRC/11/12/Add.2, 5.5.2009.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/ World Health Organization (WHO), The Right to Health, Fact Sheet No. 31, Genf 2008.

Rosenbrock, Rolf, Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1998.

Saul, Ben/ Kinley, David/ Mowbray, Jacqueline, The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Commentary, Cases and Materials, New York 2014.

Tobin, John, The Right to Health in International Law, New York 2012.

---

39 Vgl. *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge, in diesem Band; *J. Eurich*, Herausforderungen für die Diakonie im aktivierenden Sozialstaat – Der Einbezug sozial benachteiligter Menschen am Beispiel der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen, in diesem Band; *J. Siegrist*, Gesundheitsverständnis und Verantwortung für die Gesundheit, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Weilert, A. Katarina, Transnationale Unternehmen im rechtsfreien Raum? Geltung und Reichweite völkerrechtlicher Standards, Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht Nr. 69 (2009), S. 883-917.

Weilert, A. Katarina, Transnationale Unternehmen zwischen Völkerrecht und soft law, in: G. Hartung/ S. Schaede (Hrsg.), Internationale Gerechtigkeit. Theorie und Praxis, Darmstadt 2009, S. 207-238.

Yamin, Alicia E., The Right to Health Under International Law and Its Relevance to the United States, American Journal of Public Health Nr. 95 (2005), S. 1156-1161.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Subsidiarität als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens

Karl Gabriel

I Subsidiarität als Leitsemantik und Strukturmerkmal des deutschen Sozialstaats

Im Begriffsreservoir des deutschen Sozialstaats kommt dem Begriff der Subsidiarität eine singuläre Bedeutung zu. Nirgendwo spielt in den Diskursen des Sozialstaats der Rückgriff auf den Subsidiaritätsbegriff eine so prominente Rolle wie in Deutschland. Seine Spuren haben wie bei keiner der anderen Wertsemantiken einen Niederschlag bis in die Sozialgesetzgebung sowohl der Weimarer Republik als auch der frühen Bundesrepublik gefunden.[1] Seine Vieldeutigkeit, Deutungsoffenheit und semantische Unschärfe haben offensichtlich seine Karriere befördert. Gegensätzliche geistesgeschichtliche Strömungen wie Liberalismus und Katholizismus finden sich in dem Begriff wieder und können sich auf ihn beziehen. Gleichzeitig besitzt der Begriff wie kein anderer der sozialstaatlichen Grundbegriffe eine religiös-konfessionelle Dimension.

Die Subsidiaritätssemantik steht offensichtlich in einem engen Zusammenhang mit besonderen strukturellen Ausprägungen des deutschen Sozialstaats. Das Sozial- wie das Gesundheitswesen besitzen eine ausgeprägt korporatistische Ausprägung.[2] Deutschland ist wie kein anderes Land durch eine duale Wohlfahrtspflege gekennzeichnet, in der starke freigemeinnützige Anbieter sozialer Dienstleistungen mit öffentlichen und privaten Trägern konkurrieren und kooperieren.[3] Das deutsche Sozialsystem gilt in besonderem Maße durch die Merkmale der strukturellen Vielfalt

1 *C. Sachße*, Subsidiarität, in: Lessenich (Hrsg.), Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe. Historische und aktuelle Diskurse, 2003, S. 191-212.

2 *K. Gabriel/ H.-R. Reuter*, Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Korporatistischer Sozialversicherungsstaat mit konfessioneller Prägung, in: Gabriel et al. (Hrsg.), Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa, 2013, S. 95-140.

3 *Sachße*, Subsidiarität, s. oben Fn. 1.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

und des sozialen Ausgleichs gekennzeichnet.[4] Die strukturelle Vielfalt findet ihren Ausdruck in einer den Wettbewerb begrenzenden, koordinierten Marktökonomie, wie sie in den Begriffen von sozialem Kapitalismus oder sozialer Marktwirtschaft zur Sprache kommt. Der Konflikt zwischen Kapital und Arbeit ist durch vielfältige institutionelle Strukturen und korporatistische Absprachen geregelt und eingehegt. Der Vielfalt der Konfliktregelungen entsprechen die Formen einer Verhandlungs- und Konsensdemokratie. Sie ist darauf ausgelegt, möglichst viele Interessen und Konfliktlinien zu integrieren. Dies schließt neben der Konfliktlinie zwischen Kapital und Arbeit auch die zwischen Staat und Kirche ein.[5]

Die Institutionalisierung sozialen Ausgleichs findet ihre spezifische Kristallisation in folgenden Ausprägungen: Die Verantwortung und der Eingriff des Staates gehen über ein minimales Maß hinaus und enthalten zumindest quasi-universalistische, am Bürgerstatus anknüpfende Elemente. Einen zweiten Aspekt macht die Regulierung der Märkte, insbesondere des Arbeitsmarktes aus. Der Staat interveniert zum Schutz der Arbeitnehmer und sucht das Machtgefälle zwischen Kapital und Arbeit am Arbeitsmarkt auszugleichen. Gleichzeitig räumt er verbandlich-autonomen Entscheidungen auf dem Feld der Tarifautonomie wie auch im Gesundheitswesen einen breiten Spielraum ein. Neben einer antiliberalen und antisozialistischen Komponente besitzt der deutsche Sozialstaat eine antietatistische, staatsbegrenzende Ausprägung.[6] Zum Antietatismus des deutschen Sozialstaats gehören die Pluralität und relative Autonomie von Trägern der Sozialpolitik, eingeschlossen der Verbände im Gesundheitswesen. Insgesamt zeichnet den deutschen Sozialstaat ein spezifisches Zutrauen auf dezentrale Problemlösungsfähigkeiten aus, die durch den Gedanken der Subsidiarität legitimiert werden. Durch die „Betonung des Föderalismus und des Rechts der Freien Wohlfahrtspflege“[7] unterscheidet sich der deut-

4 *A. Aust/ S. Leitner/ S. Lessenich*, Konjunktur und Krise des Europäischen Sozialmodells. Ein Beitrag zur politischen Präexplantationsdiagnostik, Politische Vierteljahresschrift 2002, S. 272-301.

5 *S. Rokkan*, Staat, Nation und Demokratie in Europa. Die Theorie Stein Rokkans aus seinen gesammelten Werken rekonstruiert und eingeleitet von Peter Flora, 2000; *B. Fix*, Christlich-konfessionelle Soziale Arbeit in Deutschland, in: Fix/ Fix , Kirche und Wohlfahrtsstaat. Soziale Arbeit kirchlicher Wohlfahrtsorganisationen im westeuropäischen Vergleich, 2005, S. 45-51.

6 *F.-X. Kaufmann*, Religion und Modernität, 1989, S. 89-119.

7 *Kaufmann,* a.a.O., S. 114.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

sche Sozialstaat von den übrigen europäischen wie auch außereuropäischen Modellen.

II Zwei Wurzeln des modernen Subsidiaritätsdiskurses

Wenn auch Elemente des Subsidiaritätsgedankens leicht als Kulturerbe der Menschheit zu reklamieren sind und sich bis in das biblische Buch Exodus hinein finden lassen, ist der Subsidiaritätsdiskurs doch ein spezifisch moderner Diskurs.[8] Zum Rückgriff auf den Subsidiaritätsgedanken als Antwort auf die aus der Balance geratene moderne Welt kommt es von zwei gegensätzlichen Seiten her. Gemeinsam ist beiden das tiefe Misstrauen gegenüber dem etatistischen Leviatan und seinem Anspruch, die neue Ordnung aus alleiniger Machtfülle heraus garantieren zu können. Der moderne Subsidiaritätsdiskurs verweist auf der einen Seite auf romantisch-konservative Wurzeln, auf der anderen Seite besitzt er aber auch eine Linie, die in den Frühliberalismus hinein reicht.

In der konservativen, organischen Gesellschaftslehre Adam Müllers findet sich eine erste Ausarbeitung des Subsidiaritätsprinzips als Leitmaxime gesellschaftlichen Gestaltungshandelns.[9] Im Medium organisch-ständischer Ordnung gedacht, begreift er „die Gesellschaftsglieder gegenüber dem Ganzen der Gemeinschaft zum einen als Organismen im gesellschaftlichen Gesamtorganismus, etwa des Staates, zum anderen auch als Organe im Gesellschaftskörper oder Gesellschaftsorganismus".[10] Familien, Gemeinden, ständischen Korporationen kommen für Müller von unten nach oben eigenständige, „naturhaft-originäre Aufgaben" zu. „Jeder kleinere" – so das Subsidiaritätsprinzip bei Müller – „hat gegenüber dem nächst größeren gesellschaftlichen Kreis einen vorrangigen Kompetenz- und Selbstverwaltungsanspruch in denjenigen Angelegenheiten, die er auf Grund seiner naturgegebenen Funktion selbst zu bewältigen vermag".[11] Gleichzeitig betrachtet Müller Familien, Gemeinden und insbesondere Stände als Orga-

8 *K. Gabriel*, Das Subsidiaritätsprinzip in „Quadragesimo anno". Zur ideenpolitischen Genese eines Grundbegriffs der katholischen Soziallehre, in: Rauscher (Hrsg.), Subsidiarität – Strukturprinzip in Staat und Gesellschaft, 2000, S. 13-33.

9 *A. Langner*, Katholische und evangelische Sozialethik im 19. und 20. Jahrhundert. Beiträge zur ideengeschichtlichen Entwicklung im Spannungsfeld von Konfession, Politik und Ökumene, 1998, S. 80-153.

10 *Langner*, a.a.O., S. 131 f.

11 *Langner*, a.a.O., S. 132.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ne im Gesellschaftskörper, die ihre Funktion nur erfüllen können, wenn ihnen ihre eigenständigen Kompetenzen nicht geraubt werden.

Bei Heinrich Pesch, einem der Begründer der katholischen Soziallehre, kann man sehen, wie er die organologischen Bilder Müllers zwar aufnimmt, gleichzeitig aber den organologischen Gedanken gewissermaßen entkernt und damit auch dem Subsidiaritätsprinzip eine andere Wendung gibt. Das Individuum ist für Pesch nie nur Glied des Ganzen, sondern besitzt für sich natürliche Aufgaben und Zwecke, darum auch natürliche Rechte, die ihm vom Staat nicht erst verliehen werden.[12] Bei Pesch kreuzt sich damit eine zweite Herkunftslinie des Subsidiaritätsprinzips, die auf liberales Gedankengut verweist.

Das geistige Milieu des Subsidiaritätsprinzips – so Arthur Fridolin Utz – ist das moderne Naturrechtsdenken, „gemäß welchem es der Menschenwürde eines jeden Menschen entspricht, die Verantwortung nicht nur für sein Leben, sondern auch für seinen Anteil am gesellschaftlichen Aufbau selbst zu übernehmen".[13] Wie Utz betont, hätte das Subsidiaritätsprinzip ohne das Zusammentreffen von christlichem Denken und Liberalismus nicht erfunden werden können.[14] Tatsächlich ermöglichte das Subsidiaritätsprinzip dem katholischen Denken, die neuzeitliche Idee des Individuums als vorstaatlichem Rechtsträger zu rezipieren und sich damit in einem zentralen Punkt auf den Boden der Moderne zu stellen.[15] Seit Pesch bringt das katholisch-soziale Denken im Subsidiaritätsprinzip zum Ausdruck, dass das Soziale auf das Wohl des Einzelmenschen zu beziehen ist und darin seine Legitimation erfährt. Als Amalgam aus Tradition und Modernität, aus ständisch-konservativer Idee und Republikanismus treffen sich im Subsidiaritätsdiskurs gegensätzliche weltanschauliche Strömungen.

III Das Subsidiaritätsprinzip in der Enzyklika „Quadragesimo anno"

Nachdem der Subsidiaritätsgedanke schon in der Enzyklika „Rerum novarum" aus dem Jahr 1891 anklingt, findet das Prinzip seine klassische

12 *Langner*, a.a.O., S. 115.
13 *A. Utz*, Die geistesgeschichtlichen Grundlagen des Subsidiaritätsprinzip, in: Utz (Hrsg.), Das Subsidiaritätsprinzip, 1953, S. 10.
14 *Utz*, a.a.O., S. 7.
15 *H.-J. Große Kracht*, Kirche in ziviler Gesellschaft. Studien zur Konfliktgeschichte von katholischer Kirche und demokratischer Öffentlichkeit, 1997, S. 192.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Ausformung in der Sozialenzyklika Pius XI. „Quadragesimo anno" aus dem Jahr 1931.[16] In der Ziffer 78 der Enzyklika heißt es als Gesellschaftsdiagnose, auf die dann in Ziffer 79 die Definition des Subsidiaritätsprinzips folgt:

> „In Auswirkungen des individualistischen Geistes ist es so weit gekommen, dass das einst blühend und reichgegliedert in einer Fülle verschiedenartiger Vergemeinschaftungen entfaltete menschliche Gesellschaftsleben derart zerschlagen und nahezu ertötet wurde, bis schließlich fast nur noch die Einzelmenschen und der Staat übrig geblieben sind – zum nicht geringen Schaden für den Staat selbst. Das Gesellschaftsleben wurde ganz und gar unförmlich; [...]".[17]

Das Subsidiaritätsprinzip wird dann in Ziffer 79 folgendermaßen definiert:

> „Wenn es nämlich auch zutrifft, was ja die Geschichte deutlich bestätigt, dass unter den veränderten Verhältnissen manche Aufgaben, die früher leicht von kleineren Gemeinwesen geleistet wurden, nur mehr von großen bewältigt werden können, so muss doch allzeit unverrückbar jener höchst gewichtige sozialphilosophische Grundsatz festgehalten werden, an dem nicht zu rütteln noch zu deuten ist: wie dasjenige, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen werden und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen; zugleich ist es überaus nachteilig und verwirrt die ganze Gesellschaftsordnung. Jedwede Gesellschaftstätigkeit ist ja ihrem Wesen und Begriff nach subsidiär; sie soll die Glieder des Sozialkörpers unterstützen, darf sie aber niemals zerschlagen oder aufsaugen".[18]

In systematischer Perspektive lassen sich folgende Gesichtspunkte des Subsidiaritätsprinzips im Anschluss an die Enzyklika hervorheben:[19]

1.) Mit dem Satz „Jede Gesellschaftstätigkeit ist ihrem Wesen und Begriff nach subsidiär" verlangt das Prinzip zunächst, die gesamte soziale Sphäre dem Wohl des Einzelmenschen zu- bzw. unterzuordnen. Die Enzyklika wählt an dieser Stelle überraschend nicht den Begriff „persona", den man erwartet hätte, sondern spricht vom „singularis ho-

16 *Pius XI.* (1931), Quadragesimo anno, abgedruckt in: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung – KAB (Hrsg.), Texte zur katholischen Soziallehre, 1992, S. 61-122.

17 *Pius XI.*, a.a.O., S. 90.

18 *Pius XI.*, a.a.O., S. 90 f.

19 *O. Höffe*, Vernunft und Recht. Bausteine zu einem interkulturellen Rechtsdiskurs, 1996, S. 222-228.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

mo“. Der Einzelmensch – so die Enzyklika – ist letzter Bezugspunkt des Sozialen. Dieses steht im Dienst des Einzelmenschen, das heißt, die organologischen Vorstellungen einer Überordnung des sozialen Ganzen vor dem Einzelnen widersprechen dem Subsidiaritätsprinzip. Dasselbe gilt für eine Sichtweise, die den Einzelnen utilitaristisch auf den Nutzen für das Ganze bzw. das Soziale bezieht und beschränkt.

2.) Subsidiarität meint mehr als Delegation und Dezentralisierung. Wer von Delegation und Dezentralisierung spricht, hat die Abgabe von Kompetenzen von oben nach unten im Blick. Im Sinne des Prinzips stehen die Kompetenzen den oberen Instanzen aber erst gar nicht zu. Die Enzyklika spricht an dieser Stelle drastisch von „rauben“ (eripere). Die Beanspruchung primärer Kompetenzen der höheren Instanzen sind ein Raub, eine illegitime Kompetenzanmaßung.

3.) Das Subsidiaritätsprinzip umfasst zwei Prioritätsregeln: ein Hilfsgebot und ein Kompetenzanmaßungsverbot. Beide haben die anthropologische Tatsache der Bezogenheit und Angewiesenheit des Menschen auf das Soziale, auf die Gesellschaft zur Grundlage. Das Hilfsgebot hat die Gemeinschaften, hat das Soziale zum Adressaten. Auf einer ersten Stufe verpflichtet es die sozialen Zusammenhänge zum Dienst am Einzelmenschen. Auf einer zweiten Stufe enthält es die Forderung, dass die je größeren und übergeordneten Sozialgebilde im Dienst der kleineren und untergeordneten zu stehen haben. Versteht man das Subsidiaritätsprinzip im Sinne von Oswald von Nell-Breuning als „Hilfreicher Beistand“[20], lässt es sich nicht auf das Prinzip der Eigenverantwortung reduzieren. Vielmehr fragt es immer auch danach, ob die Menschen, von denen Eigenverantwortung eingefordert wird, auch dazu in der Lage sind. „Hilfreicher Beistand“ lässt sich dann als Pflicht der Gemeinschaft zur Befähigung zur Eigenverantwortung interpretieren.

Als Kompetenzanmaßungsverbot wendet es sich schließlich dagegen, dass die soziale Sphäre dem Einzelnen Zuständigkeiten entzieht, die er mit eigenen Kräften wahrnehmen könnte. Gleichzeitig verbietet es, dass das je größere und übergeordnete Sozialgebilde dem je kleineren und untergeordneten derartige Kompetenzen vorenthält. Je umfassender das jeweilige Sozialgebilde, desto größere Zurückhaltung ist ge-

20 *O. von Nell-Breuning*, Baugesetze der Gesellschaft. Solidarität und Subsidiarität, 1990, S. 77.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

fordert. Als höchste Instanz hat die Enzyklika den Staat im Blick, so dass das Subsidiaritätsprinzip in erster Linie die Beschränkung und Begrenzung staatlicher Kompetenzen im Blick hat.

4.) Bezieht man die Gesellschaftsdiagnose der Enzyklika in die Interpretation des Subsidiaritätsprinzips mit ein, so impliziert die Enzyklika die Forderung nach intermediären gesellschaftlichen Strukturen. Der Einzelne darf nicht ohne soziale Zwischenglieder dem umfassenden staatlichen Sozialsystem gegenüberstehen. Otfried Höffe sieht darin geradezu den „erste[n] und elementarste[n] Gehalt des Subsidiaritätsprinzips: Zwischen das Individuum und die höchste Instanz sollen intermediäre Gesellschaftsformen zwischengeschaltet werden. Soweit sie schon bestehen, sind sie zu stärken; soweit sie fehlen, sind sie neu zu etablieren".[21]

5.) Für Konflikte zwischen den beiden Einzelprinzipien: Vorrang des Einzelmenschen vor dem Sozialen und Vorrang der kleineren vor der je größeren Gemeinschaft, bietet sich die Metaregel an, jeweils die soziale Einheit zu stärken, die der Einzelperson am meisten zu dienen vermag. Unter Umständen kann dies auch bedeuten, einer größeren Einheit den Vorrang vor einer kleineren zu geben. Wo zum Beispiel nur der Eingriff der staatlichen Sozialpolitik die Würde des Arbeiters zu sichern vermag, da gebührt dem staatlichen Eingriff Vorrang vor der kleineren sozialen Einheit, etwa familiärer oder berufsbezogener Art. Über diesen Gedanken hat sich die katholische Sozialbewegung im 19. Jahrhundert unter dem Einfluss von Wilhelm Emanuel von Ketteler und Franz Hitze schrittweise und gegen Widerstände in den eigenen Reihen für den sozialstaatlichen Weg zur Lösung der sozialen Frage entschieden.

IV Subsidiarität und Sozialstaat: Stufen der historischen Entwicklung

Hatten in Deutschland die caritativ-diakonischen Aufbrüche beider Konfessionen im 19. Jahrhundert zur Lösung der Sozialen Frage zunächst ausschließlich auf die aktive Nothilfe der Christen und auf die Rückkehr des Volkes zum Christentum gesetzt, so gewann im letzten Drittel des Jahrhunderts im sozialen Protestantismus wie Katholizismus die Überzeugung

21 *Höffe*, Vernunft, s. oben Fn. 19, S. 226.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

die Oberhand, dem sozialen Staat komme eine entscheidende Rolle zu.[22] Gleichzeitig sollte der Staat – so die Position insbesondere im Katholizismus – seine Verantwortung für das Schicksal der Menschen nicht zu weit ausdehnen und den Kirchen genügend Raum zur Entfaltung ihrer caritativ-diakonischen Aktivitäten einräumen. Dem entsprach die Forderung nach einem subsidiären Sozialstaat, der auf eine monopolistische Staatsfinanzierung und -organisation zugunsten der Finanzierung durch Beiträge und eine Organisation durch mehr oder weniger staatsferne Körperschaften mit Selbstverwaltung verzichtet. Wo Bismarcks Pläne zur Einführung der Sozialversicherung wie im Fall der Alters- und Invalidenrente einen hohen Staatszuschuss vorsahen, verweigerten große Teile des politischen Katholizismus ihre Zustimmung.[23] Weil Bismarck aber für die Durchsetzung seiner Sozialgesetzgebung auf das Zentrum angewiesen war, erhielt der deutsche Sozialstaat schon in seiner Gründungsphase eine der Sache nach von Akteuren beider Konfessionen unterstützte subsidiäre Ausrichtung.

Auf den im Kaiserreich gelegten Grundlagen entwickelten sich in der Weimarer Republik die Hilfevereine der verschiedenen weltanschaulichen Vereinskulturen zu Verbänden mit zentralisierten Organisationsstrukturen. Die aus der Sozialdemokratie kommenden Bestrebungen zur Kommunalisierung der Wohlfahrtspflege förderten den Zusammenschluss der Verbände zur Wahrung ihrer Interessen im Rahmen des sich entwickelnden Sozialstaats. Für das Zusammenspiel zwischen Spitzenverbänden und Sozialstaat wurde explizit auf das Subsidiaritätsprinzip Bezug genommen. Die Aufwertung der Verbände sollte ein Gegengewicht gegen die befürchtete Verstaatlichung der Sozialpolitik bilden. So fand der Subsidiaritätsgedanke erstmals explizit Eingang in die zentralen Sozialgesetze der Weimarer Republik. Die Reichsverordnung der Fürsorgepflicht (§ 5) und das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (§ 6) aus dem Jahr 1922 enthielten erstmals Bestandssicherungs- und Vorrangklauseln zu Gunsten der freien Wohlfahrtspflege.[24]

---

22 *J.-C. Kaiser*, Die Bedeutung des religiösen Faktors für die Soziale Arbeit im 19. und 20. Jahrhundert in Deutschland – Bilanz der Forschung, in: Kaiser, Evangelische Kirche und sozialer Staat. Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert, hrsg. von V. Herrmann, 2008, S. 276-288.

23 *K. Gabriel*, Die religiösen Wurzeln von „dualer" Wohlfahrtspflege in Deutschland. Das Beispiel des Katholizismus, in: Zentrum für Europa- und Amerika-Studien (Hrsg.), Religion und Politik. Zwischen Universalismus und Partikularismus, 2000, S. 203-224.

24 *Sachße*, Subsidiarität, s. oben Fn. 1, S. 202.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Nach dem politischen und moralischen Desaster des Nationalsozialismus richteten sich hohe Erwartungen an die Kirchen, Deutschland aus der Katastrophe des Nationalsozialismus herauszuführen. In diesem Zusammenhang erhielt die katholische Soziallehre für die junge Bundesrepublik eine staatsphilosophisch hervorgehobene Stellung. Dies spiegelt sich in der Bezugnahme auf die Subsidiaritätssemantik in doppelter Weise wider: Einmal soll die Subsidiarität den Weg in den totalen Versorgungsstaat verhindern, den man nicht nur im kommunistischen Ostblock, sondern auch in den skandinavischen Ländern auf dem Vormarsch sieht.[25] Zum zweiten erfahren die Regelungen der Weimarer Verfassung zur besonderen Rolle der Wohlfahrtsverbände bei der rechtlichen Neufassung der Sozial- und Jugendhilfe 1961 eine Bestätigung und Verschärfung. In § 10 Abs. 4 des Bundessozialhilfegesetzes von 1961 wird festgehalten, dass die öffentliche Wohlfahrtspflege gegenüber der freien nur noch subsidiär einzugreifen habe. Bei der Neuschaffung von sozialen Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe kam dies einer „Funktionssperre"[26] zugunsten der freien Wohlfahrtspflege gleich. Um die Subsidiaritätsregelung dieses Gesetzes kam es zu einer heftigen juristischen Auseinandersetzung zwischen einigen Städten und Ländern und der Bundesregierung, die 1967 vom Bundesverfassungsgericht im Sinne der unveränderten Beibehaltung der Regelung im Bundessozialhilfegesetz entschieden wurde. Die Art der Inanspruchnahme des Subsidiaritätsprinzips durch das Gesetz und seine Befürworter erhielt in der Folgezeit aber auch Kritik aus der katholischen Soziallehre selbst. Nell-Breuning hat die Formulierung des Bundessozialhilfegesetzes als „totales Missverständnis" des Sozialprinzips und als fehlerhaften Missgriff bezeichnet, der der katholischen Soziallehre einen schweren Schaden zugefügt habe.[27] Demgegenüber gibt Nell-Breuning dem Subsidiaritätsprinzip folgende Deutung: „Jede Art von Hilfe und darum auch die Gemeinschaftshilfe ist in um so höherem Grad wirklich ‚hilfreich', als sie den Hilfsbedürftigen so wenig wie möglich als hilfloses Objekt behandelt, vielmehr ihn so viel wie möglich zur Selbsthilfe instand setzt und ihm Gelegenheit gibt, als aktives Subjekt selbst an der Befreiung aus seiner Not

25 *J. Höffner*, Kapitulation vor dem Versorgungsstaat?, in: Gabriel/ Große Kracht (Hrsg.), Joseph Höffner (1906-1987). Soziallehre und Sozialpolitik. "Der personale Faktor...", 2006, S. 213.

26 *Sachße*, Subsidiarität, s. oben Fn. 1, S. 206.

27 *O. von Nell-Breuning*, Solidarität und Subsidiarität, in: Deutscher Caritasverband (Hrsg.), Der Sozialstaat in der Krise?, 1984, S. 93.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

mitzuwirken, sich aktiv daran zu beteiligen. Unter dieser Rücksicht ist auszumachen, wer der jeweils berufene Helfer ist. Dies und nichts anderes ist das vielberufene Subsidiaritätsprinzip".[28]

Nell-Breuning spricht damit Kernpunkte eines Subsidiaritätsverständnisses an, wie sie immer schon in der ursprünglichen Formulierung in der Enzyklika „Quadragesimo anno" angelegt waren, aber gerade in der sozialpolitischen Diskussion der 1950er und 1960er Jahren unterbelichtet blieben. Seit den späten 1980er Jahren werden entsprechende Vorstellungen verstärkt unter dem Stichwort der „Neuen Subsidiarität" diskutiert.[29] In der faktischen Entwicklung wurde trotz der rechtlich formulierten Vorrangstellung der Wohlfahrtsverbände ihr Handlungsspielraum immer stärker eingeschränkt. Auf der einen Seite wurden den finanziell vom Staat abhängigen Wohlfahrtsverbänden Planungsvorgaben und immer dichtere Vorschriften für den Betrieb ihrer Einrichtungen gemacht. Andererseits wurden sie – etwa im Rahmen der Pflegegesetzgebung aus dem Jahr 1995 – gezielt in die Konkurrenz mit Marktanbietern gezwungen.[30] Im Subsidiaritätsdiskurs gewinnt seit den 1990er Jahren eine Version des Subsidiaritätsgedankens an Bedeutung, die an die liberale Traditionslinie des Begriffs anzuknüpfen sucht. Hintergrund ist die Kritik am Korporatismus des deutschen Sozialstaats, der große Schwierigkeiten erkennen lässt, den ökonomischen und sozialen Herausforderungen erfolgreich zu begegnen.[31] Die „Neue Subsidiarität" rückt die Selbsthilfe und Selbstaktivierung der Betroffenen zur Lösung von sozialen Problemlagen in das Zentrum des Interesses. Der Gedanke der Partizipation spielt eine zentrale Rolle. Unterschiedliche Konzeptionen von Zivilgesellschaft werden ins Spiel gebracht, um den herkömmlichen Dualismus von Staat und Markt zu überwinden.[32] Das Stichwort vom aktivierenden Sozialstaat erhält eine breite Rezeption. Gleichzeitig hat der Diskurs der „Neuen Subsidiarität" die Tendenz, einseitig die Eigenverantwortung des Einzelnen gegenüber den Verpflichtungen der öffentlichen Hilfe zu betonen und die Dimension des Hilfegebots

28 *Nell-Breuning*, ebd.
29 *R. Heinze*, „Neue Subsidiarität" – zum soziologischen und politischen Gehalt eines aktuellen sozialpolitischen Konzepts, in: Heinze (Hrsg.), Neue Subsidiarität. Leitidee einer zukünftigen Sozialpolitik, 1986, S. 13-38.
30 *H. Geller/ K. Gabriel*, Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt, 2004, S. 293-303.
31 *F.-X. Kaufmann*, Herausforderungen des Sozialstaats, 1997.
32 *F. Adloff*, Zivilgesellschaft. Theorie und politische Praxis, 2005.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

bzw. der Befähigung zur Selbsthilfe in den Hintergrund treten zu lassen. Es spricht für die offenbar unbegrenzte Biegsamkeit des Subsidiaritätsbegriffs, dass er in einem Jahrhundert sowohl für eine weitreichende korporatistische Quasi-Verstaatlichung als auch für eine Entstaatlichung von Sozialpolitik und Wohlfahrtspflege in Deutschland in Anspruch genommen werden konnte.[33]

V Der Subsidiaritätsgedanke im deutschen Gesundheitswesen

Die weltweit historisch früheste Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Rahmen der bismarckschen Sozialgesetzgebung im Jahr 1893 hat das deutsche Gesundheitswesen von Anfang an auf einen subsidiären Pfad gesetzt. Schon die Entscheidung für eine hauptsächlich durch Beiträge der Mitglieder finanzierte Versicherung als Lösung für die durch die Arbeiterfrage aufgeworfenen Probleme verweist auf die Gedankenwelt der Subsidiarität. Als die Besatzungsmächte nach dem 2. Weltkrieg nach dem Vorbild des britischen Beveridgeplans ein einheitliches, steuerfinanziertes System einführen wollten, verhinderte die außerordentlich starke Stellung des Subsidiaritätsgedankens im Nachkriegsdeutschland die Durchsetzung der Veränderungspläne.[34] Es blieb bei einem korporatistischen Sozial- und Gesundheitswesen, das historisch wie aktuell zu den hervorstechendsten Merkmalen des deutschen Pfads der sozialstaatlichen Entwicklung gehört. Der Staat überlässt die unmittelbare Gestaltung des Gesundheitswesens selbstverwalteten Körperschaften und Verbänden der unterschiedlichen Akteure des Gesundheitssystems und beschränkt sich auf die Festlegung von Rahmenbedingungen. Der Gesetzgeber legt den Umfang der Pflichtaufgaben der Krankenversicherung fest, übt die Rechtsaufsicht über die Körperschaften aus und reglementiert die Berufsausübung der Leistungserbringer zum Schutz der Patienten. Für die Steuerung des Gesundheitswesens vertraut der Staat aber weitgehend auf die Problemlösungsfähigkeit der dezentral organisierten Akteure des Systems.[35]

---

33 *Sachße*, Subsidiarität, s. oben Fn. 1, S. 212.

34 *H.-G. Hockerts*, Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957, 1980.

35 *Kaufmann*, Religion, s. oben Fn. 6, S. 114.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Die Krankenkassen sind – dem Gedanken der Subsidiarität folgend – Selbstverwaltungskörperschaften. Die wesentlichen Entscheidungen der Kassen werden von Verwaltungsräten gefällt, in denen gewählte Vertreter der Arbeitnehmerschaft bzw. der Versicherten und der Arbeitgeber sitzen. Die subsidiäre Regelung der Arbeitsbeziehungen im Sinne der Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern reicht so bis in die Organisation der Krankenkassen hinein. Unter den Dienstleistungserbringern im Gesundheitswesen spielen die Verbände der freien Wohlfahrtspflege nach wie vor eine wichtige Rolle. Ihre traditionelle, unmittelbar mit dem Subsidiaritätsprinzip begründete Vorrangstellung gegenüber den übrigen Dienstleistungsanbietern haben sie allerdings verloren. Die neuere Gesetzgebung – besonders ausgeprägt im Bereich der Pflegeversicherung – strebt einen regulierten Dienstleistungsmarkt an, auf dem die Anbieter in Konkurrenz zueinander treten. Die subsidiäre, korporatistische Struktur des deutschen Gesundheitswesens und der spezifische Pfad der sozialstaatlichen Entwicklung in Deutschland tragen wesentlich dazu bei, dass ein widersprüchlicher „dynamischer Immobilismus“[36] den immerwährenden Reformbestrebungen im deutschen Gesundheitswesen bisher enge Grenzen gesetzt hat.

Literatur

Adloff, Frank, Zivilgesellschaft. Theorie und politische Praxis, Frankfurt am Main/ New York 2005.

Aust, Andeas/ Leitner, Sigrid/ Lessenich, Stephan, Konjunktur und Krise des Europäischen Sozialmodells. Ein Beitrag zur politischen Präexplantationsdiagnostik, Politische Vierteljahresschrift Nr. 43 (2002), S. 272-301.

Fix, Birgit, Christlich-konfessionelle Soziale Arbeit in Deutschland, in: B. Fix/ E. Fix , Kirche und Wohlfahrtsstaat. Soziale Arbeit kirchlicher Wohlfahrtsorganisationen im westeuropäischen Vergleich, Freiburg im Breisgau 2005, S. 45-61.

Gabriel, Karl, Das Subsidiaritätsprinzip in „Quadragesimo anno“. Zur ideenpolitischen Genese eines Grundbegriffs der katholischen Soziallehre, in: A. Rauscher (Hrsg.), Subsidiarität – Strukturprinzip in Staat und Gesellschaft, Köln 2000, S. 13-33.

36 *S. Lessenich*, Dynamischer Immobilismus. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell, 2003.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Gabriel, Karl, Die religiösen Wurzeln von „dualer“ Wohlfahrtspflege in Deutschland. Das Beispiel des Katholizismus, in: Zentrum für Europa- und Amerika-Studien (Hrsg.), Religion und Politik. Zwischen Universalismus und Partikularismus, Opladen 2000, S. 203-224.

Gabriel, Karl/ Reuter, Hans-Richard, Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Korporatistischer Sozialversicherungsstaat mit konfessioneller Prägung, in: K. Gabriel et al. (Hrsg.), Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa. Konstellationen – Kulturen – Konflikte, Tübingen 2013, S. 95-140.

Geller, Helmut/ Gabriel, Karl, Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt, Freiburg im Breisgau 2004.

Große Kracht, Hermann-Josef, Kirche in ziviler Gesellschaft. Studien zur Konfliktgeschichte von katholischer Kirche und demokratischer Öffentlichkeit, Paderborn 1997.

Heinze, Rolf G., „Neue Subsidiarität“ – zum soziologischen und politischen Gehalt eines aktuellen sozialpolitischen Konzepts, in: R. Heinze (Hrsg.), Neue Subsidiarität. Leitidee einer zukünftigen Sozialpolitik, Opladen 1986, S. 13-38.

Hockerts, Hans-Günter, Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957, Stuttgart 1980.

Höffe, Otfried, Vernunft und Recht. Bausteine zu einem interkulturellen Rechtsdiskurs, Frankfurt am Main 1996.

Höffner, Joseph, Kapitulation vor dem Versorgungsstaat?, in: K. Gabriel/ H.-J. Große Kracht (Hrsg.), Joseph Höffner (1906-1987). Soziallehre und Sozialpolitik. “Der personale Faktor...”, Paderborn 2006, S. 213-222 (Wiederabdruck aus dem Jahr 1961).

Kaiser, Jochen-Christoph, Die Bedeutung des religiösen Faktors für die Soziale Arbeit im 19. und 20. Jahrhundert in Deutschland – Bilanz der Forschung, in: J.-C. Kaiser, Evangelische Kirche und sozialer Staat. Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert, hrsg. von V. Herrmann, Stuttgart 2008, S. 276-288.

Kaufmann, Franz-Xaver, Herausforderungen des Sozialstaats, Frankfurt am Main 1997.

Kaufmann, Franz-Xaver, Religion und Modernität, Tübingen 1989.

Langner, Albrecht, Katholische und evangelische Sozialethik im 19. und 20. Jahrhundert. Beiträge zur ideengeschichtlichen Entwicklung im Spannungsfeld von Konfession, Politik und Ökumene, Paderborn 1989.

Lessenich, Stephan, Dynamischer Immobilismus. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell, Frankfurt am Main 2003.

Nell-Breuning, Oswald von, Baugesetze der Gesellschaft. Solidarität und Subsidiarität, Freiburg/ Basel/ Wien 1990.

Nell-Breuning, Oswald von, Solidarität und Subsidiarität, in: Deutscher Caritasverband (Hrsg.), Der Sozialstaat in der Krise?, Freiburg im Breisgau 1984, S. 88-95.

Pius XI., Quadragesimo anno (1931), abgedruckt in: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung – KAB (Hrsg.), Texte zur katholischen Soziallehre, 8. Aufl., Bornheim 1992, S. 61-122.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Rokkan, Stein, Staat, Nation und Demokratie in Europa. Die Theorie Stein Rokkans aus seinen gesammelten Werken rekonstruiert und eingeleitet von Peter Flora, Frankfurt am Main 2000.

Sachße, Christoph, Subsidiarität, in: S. Lessenich (Hrsg.), Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe. Historische und aktuelle Diskurse, Frankfurt am Main 2003, S. 191-212.

Utz, Arthur F., Die geistesgeschichtlichen Grundlagen des Subsidiaritätsprinzip, in: A. Utz (Hrsg.), Das Subsidiaritätsprinzip, Heidelberg 1953, S. 7-17.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Der Wandel der institutionellen Gestalt des Wohlfahrtsstaates

Claus-Dieter Middel

Was soll Gegenstand sozialstaatlicher Geltungsmacht sein?[1] Die Auffassungen darüber, wie diese Frage zu beantworten sei, haben sich seit Ende des 19. Jahrhunderts mehrfach geändert und werden seit 2008, seit der Finanzkrise in der Europäischen Union und den Vereinigten Staaten von Amerika, dem Ende des „goldenen Zeitalters des Nachkriegskapitalismus“[2] erneut kontrovers diskutiert.[3] Gegenwärtig wird hinsichtlich der normativen Steuerung des deutschen Sozialstaats[4] die prinzipielle Frage

1 Vgl. *F. X. Kaufmann*, Diskurse über Staatsaufgaben, in: Grimm (Hrsg.), Staatsaufgaben, 1996, S. 15 (15). Der Begriff der Geltungsmacht verweist darauf, „dass die Sozialpolitik nicht mehr ein dem gesellschaftlichen Zustand hinzugefügtes remediens“ darstellt, sondern „ein constituens des Alltags aller und des Begreifens der Gesellschaft selbst ist“. *H. Achinger*, Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik. Von der Arbeiterfrage zum Wohlfahrtsstaat, 1971, S. 138. Es handelt sich also nicht nur um eine technische Lösung bestimmter Probleme, sondern um einen spezifischen Typus sozialer Rationalität, eine Deutung des Verhältnisses von Individualität und Kollektivität. Vgl. *S. Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus, 2008, S. 31.

2 *J. Nordmann*, Die neoliberale Gesellschaft. Ein theoretischer Umriss, ICAE Working Paper Series 2013, S. 11.

3 In Deutschland hatten diese Diskussionen zuletzt Mitte der 2000er Jahre Konjunktur, im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt („Hartz IV“) und dem bereits unter der rot-grünen Bundesregierung (1998 bis 2005) begonnenen Umbau des Renten- und des Gesundheitssystems.

4 Die Begriffe „Wohlfahrtsstaat“ und „Sozialstaat“ werden in den Wissenschaften etwa seit Mitte der 1980er Jahre überwiegend synonym verwandt. Hier wie im Folgenden wird der Begriff des „Sozialstaats“ bevorzugt, der zum einen „die Erörterung der Kontinuität mit älteren Formen gesellschaftlicher und staatlicher Daseinsvorsorge und sozialer Teilhaberechte“ zulässt (*G. A. Ritter,* Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, 1991, S. 11) und zum anderen stärker mit den hiesigen Reformdiskussionen verbunden ist (vgl. *S. Lessenich*, Theorien des Sozialstaats zur Einführung, 2012, S. 27).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

erörtert, ob es um Brüche in dessen institutioneller Architektonik oder um eine Institutionenfortbildung (Helmut Schelsky)[5] gehen soll.[6]

Im Folgenden sei versucht, maßgebliche Entwicklungen und die ihnen zugrundeliegenden Probleme aufeinander zu beziehen und wesentliche Ziele und Leitbilder sozialpolitischer Steuerung zu interpretieren.[7] Ziel ist, den Sozialstaat als Institution in seiner Eigenart zu verstehen, zum einen den Zusammenhang und die Kulturbedeutung seiner einzelnen Erscheinungen in seiner heutigen Gestalt, zum anderen die Gründe seines geschichtlichen So-und nicht-anders-Gewordenseins (Max Weber).[8] Mithin geht es nicht um die reale Entwicklung des Sozialstaates, sondern um die Sequenz und Interdependenz typischer Phasen gesellschaftlicher Veränderungen und sozialstaatlicher Entwicklung in Deutschland.[9]

---

5 Vgl. *H. Schelsky*, Über die Stabilität von Institutionen. Kulturanthropologische Gedanken zu einem rechtssoziologischen Thema, in: Schelsky, Auf der Suche nach Wirklichkeit, 1965, S. 33-55.

6 Statt vieler *Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen, s. oben Fn. 1 sowie *B. Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, 2007; mit Bezug auf das Gesundheitswesen *S. Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?, 2011; siehe dazu auch *J. D. Hoppe/ C.-D. Middel*, Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze, Rezension, Medizinrecht 2010, S. 816.

7 Als Übersichtsdarstellungen aus jeweils unterschiedlicher Perspektive empfehlenswert: *H. Ganßmann*, Politische Ökonomie des Sozialstaats, 2009; *G. Hockerts*, Die historische Perspektive – Entwicklung und Gestalt des modernen Sozialstaats in Europa, in: Veröffentlichungen der Walter-Raymond-Stiftung, Bd. 35, Sozialstaat – Idee und Entwicklung, Reformzwänge und Reformziele, 1996; *F. X. Kaufmann*, Herausforderungen des Sozialstaates, 1997 und *F. X. Kaufmann*, Sozialpolitisches Denken, 2003; *W. Kersting*, Politische Philosophie des Sozialstaats, 2000; *Lessenich*, Theorien des Sozialstaats, s. oben Fn. 4; *Ritter*, Der Sozialstaat, s. oben Fn. 4; *M. G. Schmidt*, Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, 2005; *M. Stolleis*, Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, 2003. Als Quellensammlung unentbehrlich *M. Stolleis*, Quellen zur Geschichte des Sozialstaats, 1976.

8 *M. Weber*, Die „Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis, in: Weber, Schriften zur Wissenschaftslehre, Stuttgart 1991, S. 21 (49 f.).

9 Vgl. *H. Achinger*, Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik. Von der Arbeiterfrage zum Wohlfahrtsstaat, 1958, S. 72: „In allen Phasen der Entwicklung wird die Sozialpolitik durch gesellschaftliche Veränderungen gewandelt und in allen Phasen bewirkt sie selbst Veränderungen.".

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

I Drei Vorbemerkungen

(1.) Der sozialökonomische Übergang zur industriellen Welt[10] vollzog sich in Mitteleuropa zwischen 1750 und 1850. Wegen der daraus resultierenden Dynamik zur Schaffung der heute so typischen Sicherungsformen[11] können die Gegenwartsgesellschaften unter dem Aspekt einer Individualgesellschaft[12] verstanden werden, die ihrerseits den Rahmen darstellt, innerhalb dessen sich die modernen Institutionen herausbildeten. Betont werden die Rechtspositionen der Individuen und somit das, was der einzelne vom Staat an Freiraum, Schutz oder Leistung verbindlich verlangen kann.[13] Insoweit ist der moderne Sozialstaat bei einer klar individualrechtlichen Ausrichtung der gesamten Rechtsordnung eine besondere Form der Massendemokratie[14].

(2.) Nach dem Übergang in die industrielle Welt wurde in Deutschland der Weg von der Sozialpolitik für Wenige zur sozialen Sicherung der Vielen[15] beschritten. Von der innenpolitischen Neuorientierung der Jahre 1878 bis 1881 an gerechnet, sind die Hauptsäulen unserer sozialen Sicherung nur etwas mehr als 120 Jahre alt. Jedoch sind in unseren Sozialstaat die älteren Sicherungsformen eingegangen, und zwar nicht nur als Relikte, sondern möglicherweise auch als Potentiale künftiger Sozialpolitik[16]. Insoweit lässt sich soziale Sicherung als gemeinsames Strukturproblem der vorindustriellen Gesellschaften, der Industriegesellschaft und künftiger Gesellschaftsformen erkennen.[17]

(3.) Im Jahr 1876 hat Lorenz von Stein (1815-1890) als erster eine theoretische Position bezogen, die dem heute vorherrschenden Verständnis von Sozialpolitik entspricht.[18] In seiner Rede „von dem *gesellschaftli-*

---

10 *Hockerts*, Die historische Perspektive, s. oben Fn. 7, S. 27 (31).
11 *Stolleis*, Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 6.
12 *P. Rosanvallon*, Die Gesellschaft der Gleichen, 2003, S. 263.
13 *E. Schmidt-Aßmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 9. Vgl. *Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen, s. oben Fn. 1, S. 26: „Der Sozialstaat befördert somit in maßgeblicher Weise das die Moderne charakterisierende gesellschaftliche ‚Kollektivschicksal der Vereinzelung' […].".
14 *Ritter*, Der Sozialstaat, s. oben Fn. 4, S. 11.
15 *Schmidt*, Sozialpolitik in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 21.
16 *Stolleis*, Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 4.
17 *Stolleis*, a.a.O., S. 5.
18 *Kaufmann*, Sozialpolitisches Denken, s. oben Fn. 7, S. 29.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

chen oder dem *socialen* Staate“[19] und in jenen Regulierungen, mit denen die Mobilität der Produktionsfaktoren im Verlaufe der Industrialisierung wieder eingeschränkt worden ist,[20] ist in terminologischer Hinsicht der Ursprung des modernen Sozialstaats zu sehen. Der Akzent liegt auf dem modernen Sozialstaat, der einen *Staat* voraussetzt. Er hat die Aufgabe, gleichzeitig die Bedingungen des Privateigentums zu gewährleisten und die Arbeits- und Lebensbedingungen seiner Bürger zu verbessern. Insoweit ist das wirtschaftliche und soziale Geschehen ohne staatliche Daseinsvorsorge schlichtweg funktionsunfähig.[21]

II Zum sozialstaatlichen Grundgedanken

Was ist und worin drückt sich der sozialstaatliche Grundgedanke aus? Der Sozialstaat, verstanden als generalisiertes Ordnungsmodell, ist politischer Gestalter und institutioneller Regulator des Sozialen.[22] Verankert in den je spezifischen Strukturen einer bestimmten historisch-konkreten Lage, ordnet der Sozialstaat als Agent einer korrigierenden und ausgleichenden Gerechtigkeit die gesellschaftlichen Verhältnisse gemäß bestimmter, allgemein geteilter Wertvorstellungen der Freiheit, Gleichheit und Sicherheit.[23] Seine drei großen Aufgaben sind: soziale Fürsorge, soziale Vorsorge und soziale Befriedung.[24] Heute – im Zeichen der vermeintlichen Abenddämmerung der Sozialversicherung[25] – wird einmal mehr heftig gestritten über

19 *L. von Stein*, Gegenwart und Zukunft der Rechts- und Staatswissenschaften Deutschlands, Stuttgart 1876, zitiert nach *Ritter*, Der Sozialstaat, s. oben Fn. 4, S. 11.

20 *Stolleis*, Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 5.

21 *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 13; vgl. *H.-U. Wehler*, Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Dritter Band: Von der „Deutschen Doppelrevolution“ bis zum Beginn des ersten Weltkrieges: 1849-1914, 1995, S. 1255.

22 Vgl. *Rosanvallon*, Die Gesellschaft der Gleichen, s. oben Fn. 12, S. 197.

23 Vgl. *Lessenich*, Theorien des Sozialstaats, s. oben Fn. 4, S. 9.

24 *Ritter*, Der Sozialstaat, s. oben Fn. 4, S. 10.

25 *Stolleis*, Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 6. „Wird die Industriegesellschaft, die einmal mit der lebenslangen Fabrikarbeit des männlichen Arbeitnehmers begonnen hat, zu einer weltweit vernetzten, mobilen Informations- und Dienstleistungsgesellschaft umgebaut, dann stimmen die Voraussetzungen vor allem der Sozialversicherung nicht mehr.“ *Stolleis*, Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 5.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

die Rolle des Staates bei der Gewährleistung wirtschaftlicher und sozialer Sicherheit.[26]

1 Entfaltung des sozialstaatlichen Grundgedankens

In Deutschland existierten schon lange vor der innenpolitischen Neuorientierung der Jahre 1878 bis 1881 zahlreiche Fürsorge- und Versicherungseinrichtungen auf kirchlicher, betrieblicher, genossenschaftlicher und kommunaler Ebene.[27] Da vom Mittelalter bis etwa zum Ende des 18. Jahrhunderts soziale Sicherung[28] grundsätzlich nur durch den Besitz von Gütern vermittelt wurde, die bei Bedarf verkauft oder beliehen werden konnten, waren die Besitzlosen zum Schutz gegen Not infolge von Krankheit, Invalidität und Alter beispielsweise auf die kirchliche Armenfürsorge, die genossenschaftlichen Vorsorgeeinrichtungen der Zünfte und der Bergleute sowie die grundherrlichen Fürsorgepflichten angewiesen.[29] Diese älteren Systeme der sozialen Sicherung boten jedoch nur für wenige Menschen ausreichenden Schutz. Insgesamt blieb die staatliche Sozialpolitik weitgehend beschränkt auf Armenpolitik und Hilfen für berufsständische Unterstützungskassen, deren Leistungen aber zumeist karg waren.[30] Allerdings wurden seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts auf kommunaler Ebene Armen- und Bettelordnungen ergänzt durch landesherrliche Polizeigesetze (im Sinne einer Ordnung und Schutz gewährenden Verwaltung).[31] Mit dem Erlass des Allgemeinen Landrechts für die Preußischen Staaten wurde im Jahr 1794 die Armenfürsorge als gesetzliche Pflicht kodifi-

---

26 Vgl. *Ganßmann*, Politische Ökonomie des Sozialstaats, s. oben Fn. 7, S. 16.

27 Siehe dazu *W. Lienemann*, Grundlinien zu Ursprung, Begründung und Verwirklichung der christlichen Solidarität durch die Diakonie, in diesem Band.

28 Eine anachronistische Verwendung von Begriffen wie „soziale Sicherung", „Sozialstaat" oder „Sozialpolitik" lässt sich hier nicht durchgängig vermeiden.

29 *Schmidt*, Sozialpolitik in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 21. Vgl. *Stolleis*, Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 13: „Allerdings hat das Christentum diese Verpflichtung von Anfang an in besonderer Weise betont und durch vielfältige und traditionsreiche Einrichtungen und Aktivitäten das Bild individueller sowie korporativer praktischer Nächstenliebe unseres Kulturkreises geprägt.".

30 *Schmidt*, Sozialpolitik in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 22.

31 *Schmidt*, ebd. Siehe dazu *W. Lienemann*, Grundlinien zu Ursprung, Begründung und Verwirklichung der christlichen Solidarität durch die Diakonie, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ziert,[32] wodurch sich die ältere Tradition einer generellen Verantwortung des Staates für die Wohlfahrt und die soziale Sicherheit seiner Untertanen mit neuen aufklärerischen Ideen in der Regelung des Armenwesens verband.[33] Tiefgreifende Veränderungen gingen mit der Auflösung der Ständegesellschaft Anfang des 19. Jahrhunderts einher, wobei auch der Familienverbund als bis dahin wichtigste soziale Sicherungsinstanz zunehmend an Bedeutung verlor. Infolgedessen entstanden beim Übergang zur Industriegesellschaft neue Formen kollektiver Selbsthilfe. So bot etwa die Allgemeine preußische Gewerbe-Ordnung von 1845 den ersten Ansatz einer Krankenversicherung.[34] Weiterhin gestattete das Preußische Gesetz, betreffend die Vereinigung der Berg-, Hütten-, Salinen- und Aufbereitungsarbeiter in Knappschaften von 1854[35] den Gemeinden, selbst gewerbliche Unterstützungskassen einzurichten. In der Folge gründeten auch Unternehmer größerer Betriebe eigene Fabrikkrankenkassen, die ebenfalls durch Beitrittszwang und lohnbezogenen Beitrag gekennzeichnet waren.[36] Insgesamt aber waren nur die Staatsbeamten, die Militärs, meist auch deren Hinterbliebene, sowie die Bergleute sozialpolitisch vergleichsweise gut versorgt.[37]

Im 19. Jahrhundert entstanden in den meisten europäischen Staaten Gesetze und Maßnahmen, mit denen die Folgeprobleme der Industrialisierung und der Verstädterung unter Kontrolle gehalten werden sollten. In der Betrachtung dieser Entwicklungen gingen Karl Marx und Friedrich Engels unter der Prämisse eines Klassenantagonismus davon aus, dass der Staat als Instrument der herrschenden Klassen durch die Unterdrückung der aufbegehrenden Massen die Ausbeutung auf die Spitze treiben und eben dadurch der Revolution den Weg bereiten müsse.[38] Hingegen sah Lorenz von Stein trotz ähnlicher Diagnose den Staat als eben jene Macht, die in der Lage sei, als „sozialer Staat“ die Ursachen eines antagonistischen Klasseninteresses zu verändern, etwa durch Einführung des allgemeinen Wahlrechts und die Schaffung einer sozialen Verwaltung.[39]

---

32 *Stolleis*, Quellen zur Geschichte des Sozialstaats, s. oben Fn. 7, S. 106.
33 *Ritter*, Der Sozialstaat, s. oben Fn. 4, S. 41 f.
34 *Stolleis*, Quellen zur Geschichte des Sozialstaats, s. oben Fn. 7, S. 108.
35 *Stolleis*, a.a.O., S. 112 f.
36 *Ritter*, Der Sozialstaat, s. oben Fn. 4, S. 46 ff.
37 *Schmidt*, Sozialpolitik in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 22.
38 *Kaufmann*, Diskurse über Staatsaufgaben, s. oben Fn. 1, S. 24.
39 *Kaufmann*, ebd.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Schließlich wurden in Deutschland, nach langwierigen Vorbereitungen und Debatten im Reichstag die ersten Institutionen eines modernen Sozialstaates in den 1880er Jahren durch Otto von Bismarck auf den Weg gebracht.[40] Die aus Beiträgen von Arbeitern und Unternehmern finanzierte gesetzliche Krankenversicherung wurde 1883 eingeführt, woran sich 1884 das Unfallversicherungsgesetz und 1889 das Gesetz zur Invaliditäts- und Alterssicherung anschlossen. Die drei Versicherungssysteme wurden im Jahr 1911 in der Reichsversicherungsordnung zusammengefasst, präzisiert und erweitert.[41] So wurde die Grundlage für einen Sozialpolitiktypus geschaffen, der durch die Merkmale Arbeitnehmerversicherung, Pflichtversicherung im Rahmen eines korporatistischen Interventionsstaates, nachträglicher Sozialschutz, Rechtsanspruch, Beitragsfinanzierung, Selbstverwaltung und Vielfalt der Versicherungsträger charakterisiert ist.[42] Insgesamt begann sich mit der Idee einer staatlich induzierten Sozialreform ein Grundgedanke durchzusetzen, der im Laufe des 20. Jahrhunderts zu einer Reformulierung des Staatsverständnisses führen sollte.[43]

2 Theoretische Implikationen des sozialstaatlichen Grundgedankens[44]

In Deutschland stellen die Sozialversicherungen den institutionellen Kern des Sozialstaats und das wesentliche Organisationsprinzip sozialstaatlicher Aktivitäten dar, auf deren Grundlage das Modell einer national organisierten, umfassenden und obligatorischen Solidaritätsgemeinschaft entwickelt

---

40 Der sozialen Notlage der Arbeiterschaft konnte nicht nur durch staatliche Verbote der Arbeiterbewegung begegnet werden; *Rosanvallon* bezeichnet dies als „Reformismus der Angst"; siehe *Rosanvallon*, Die Gesellschaft der Gleichen, s. oben Fn. 12, S. 207.

41 Vgl. *Rosanvallon*, Die Gesellschaft der Gleichen, s. oben Fn. 12, S. 203. Beispielsweise wurden durch das Angestelltenversicherungsgesetz von 1911 Angestellte in die Rentenversicherung einbezogen. Reichsversicherungsordnung und Angestelltenversicherungsgesetz sind erst in den späten 1980er Jahren schrittweise durch das Sozialgesetzbuch abgelöst worden (SGB V, VI und VII).

42 *Schmidt*, Sozialpolitik in Deutschland, s. oben Fn. 7, S. 23.

43 *Kaufmann*, Diskurse über Staatsaufgaben, s. oben Fn. 1, S. 24.

44 Die Ausführungen basieren auf Darlegungen in *C.-D. Middel*, Studientext, Ethik und Recht im Gesundheitswesen, Fernstudiengang „Angewandte Gesundheitswissenschaften", Hochschule Magdeburg-Stendal 2011.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

werden konnte.[45] Mit dem Arrangement institutionalisierter, generalisierter Solidarität[46] ist aber noch nicht festgelegt, was genau unter sozialer Gerechtigkeit zu verstehen ist. Das heißt: Der Sozialstaat ist ein Typus politischer Organisation, dem unterschiedliche und durchaus konkurrierende Denkfiguren sozialer Gerechtigkeit zugrunde liegen können. Beispielsweise ist fraglich, wie die unterschiedliche Leistungsfähigkeit des Einzelnen innerhalb der von allen Menschen getragenen Solidaritätsgemeinschaft berücksichtigt oder bewertet werden soll. In einem Sozialstaat besteht – ganz allgemein – eine Balance zwischen dem Prinzip der Solidarität und dem Prinzip der Subsidiarität.[47]

III Zur Ausformulierung sozialstaatlicher Aufgaben

Wie oben skizziert, ist unser heutiges System sozialer Sicherung ein politisches und rechtliches Arrangement, das in einem Zeitraum von über hundert Jahren als Antwort auf typische soziale Problemlagen entstanden und durch entsprechende Gesetzgebung aufgebaut worden ist.[48]

Daraus resultiert folgende Lage: Die Bundesrepublik Deutschland ist nach Art. 20 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 28 Abs. 1 GG ein sozialer Rechtsstaat, das heißt, die jeweilige Sozialordnung wird im Rahmen einer rechtsstaatlichen Verfassung mittels interventionsstaatlicher Maßnahmen gestaltet. Dementsprechend thematisiert die Sozialpolitik auf unterschiedlichen Ebenen die Regelung bestimmter gesellschaftlicher Konflikte, die in den Bereichen Arbeit und soziale Sicherung vor allem die Verteilung von begehrten Gütern und Wertzuschreibungen betreffen. Bei der Verfolgung sozialpolitischer Ziele wird zudem Gleichheit weitgehend als Angleichung materieller Lebens- und Einkommensverhältnisse angestrebt;

---

45 *J. Schmid*, Historischer Rückblick, in: Bundeszentrale für politische Bildung, Dossier Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde, 2012. URL: http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138744/historischer-rueckblick?p=all, Zugegriffen 26.8.2014, S. 1.

46 *Kaufmann*, Herausforderungen des Sozialstaates, s. oben Fn. 7, S. 33.

47 Vgl. dazu *K. Gabriel*, Subsidiarität als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens, in diesem Band sowie die Beiträge in Abschnitt C. I.

48 Vgl. dazu *S. Rixen*, Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht – Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

weiterhin wird Freiheit als „Freiheit von materieller Not“[49] interpretiert. Die in das Grundgesetz eingegangenen Grundforderungen – das Prinzip der Unantastbarkeit der Würde des Menschen, die Wahrung der Grundrechte und das normative Leitprinzip, den demokratischen und sozialen Rechtsstaat zu verwirklichen – gehören zu den Grundkriterien der sozialen Gestaltung und politischen Ordnung. In den Gestaltungs- und Ordnungsprozessen sind vier Akteure zu unterscheiden: Erstens der Staat, verstanden als zentrales politisches Organ der Gesellschaft, dessen Aufgabe die Etablierung sozialer Standards ist. Zweitens die produktivitätssteigernde und die Dispositionsfreiheit sichernde Wirtschaft. Drittens die privaten Haushalte. Viertens der Sozialsektor, der die wirtschaftlichen Folgelasten kompensiert. Angesprochen sind mithin Produktionssphäre, Reproduktionssphäre und Verteilungssphäre.[50] Unterschiedliche Auffassungen bestehen insbesondere hinsichtlich des Verständnisses und der Reichweite des Sozialstaatspostulats, das heißt in der Beantwortung der Frage, *inwieweit* seitens des Staates auf die Bedürfnisse, Interessen und Sinnvorstellungen der Bürger in ihrer spezifischen sozio-ökonomischen und historisch-kulturellen Situation eingegangen werden soll. *Dass* darauf eingegangen werden muss, war seit Gründung der Bundesrepublik Deutschland weitgehender gesellschaftlicher Konsens.

Diese Lage hat bis in die 1970er Jahre eine Ausweitung des Sozialstaats bedeutet, für die unter anderem eine strukturpolitische Ausdeutung des Modells vor dem Hintergrund einer keynesianischen Wirtschaftssteuerung von Bedeutung war.[51] Durch die Öl- und Wirtschaftskrise in den Jahren 1973/1974 und die resultierenden Konjunktureinbrüche kam es zu einem ersten sozialpolitischen Wendepunkt, der mit einem Wandel der Wirt-

---

49 *I. Dingeldey*, Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung, Aus Politik und Zeitgeschichte 2006, S. 3 (4).

50 Vgl. *C.-D. Middel*, Studientext, Ethik und Recht im Gesundheitswesen, s. oben Fn. 44, S. 85 f.

51 *L. Leisering*, Der deutsche Sozialstaat. Entfaltung und Krise eines Sozialmodells 1949-2003, Der Bürger im Staat 2003, S. 172 (174). Nach *Lessenich* war es „[d]ie systemische Großtat des „keynesianischen“ Sozialstaats […], die antagonistischen und daher tendenziell konfliktreichen, durch die Organisationen von Kapital und Arbeit vertretenen Logiken der Gestaltung des gesellschaftlichen Produktionsprozesses vermittelnd in sich aufzuheben – oder diese jedenfalls als miteinander kompatibel erscheinen zu lassen“. *Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen, s. oben Fn. 1, S. 61. Siehe *A. K. Weilert*, Gewährleistungsstaat und Gesundheitsverantwortung, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

schaftspolitik und des Staats- und Steuerungsverständnisses einherging und ab 1975 zu sozialen Einschnitten und Kürzungen führte.[52] Gleichwohl erfolgten, insbesondere im Bereich der Familienpolitik und durch die Einführung der Pflegeversicherung, in den Jahren 1975 bis 1995 wichtige Leistungserweiterungen.[53] Somit lassen sich, grob gesagt, bis in die 1990er Jahre vier Phasen staatlicher Sozialpolitik unterscheiden: Restauration (1949-1953), Ausbau (1953-1975), Konsolidierung (1975-1990) und späte Expansion (1990 bis 1995).[54] Seit etwa 1995 ist hinsichtlich der Sozialgestalt des deutschen Sozialstaats die Rede von einer Krise, die in den anhaltenden Debatten über Kürzungen von Sozialleistungen sowie den Umbau und die Reformfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme kontrovers erörtert wird.[55] Zu den makrostrukturellen Faktoren, die als Faktoren in diesen Debatten eine wesentliche Rolle spielen, gehören etwa die in den 1970er Jahren zu verortende Trendwende von der Verstaatlichung zur Entstaatlichung, wodurch sich der Staat „vom Herrschaftsmonopolisten zum Herrschaftsmanager“[56] wandelt; die seit den 1980er Jahren vom Neoliberalismus inspirierten wirtschaftspolitischen Steuerungsvorstellungen[57]; der demographische Wandel[58]; die mit der Pluralisierung und Individualisierung von Lebensstilen einhergehenden soziokulturellen Herausforderungen; die politisch-ökonomischen Besonderheiten im Zusammenhang der deutschen Wiedervereinigung; die zunehmende Bedeutung transnationaler Beziehungen und die Rechtsentwicklung der Europäischen Union[59], die

52 *Dingeldey*, Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung, s. oben Fn. 49, S. 3 (4) und *J. Schmid*, Historischer Rückblick, s. oben Fn. 45, S. 2.

53 *Schmid*, ebd.

54 *Leisering*, Der deutsche Sozialstaat, s. oben Fn. 51, S. 172 (173).

55 *J. Schmid*, Probleme und Zukunftsperspektiven des Sozialstaats, in: Bundeszentrale für politische Bildung, Dossier Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde, 2012. URL: http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138845/probleme-und-zukunftsperspektiven-des-sozialstaates, Zugegriffen 26.8.2014, S. 1.

56 *P. Genschel/ B. Zangl*, Metamorphosen des Staates – vom Herrschaftsmonopolisten zum Herrschaftsmanager, Leviathan 2008, S. 430 (430).

57 *Dingeldey*, Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung, s. oben Fn. 49, S. 3 (5).

58 Gemeint ist der durch niedrige Geburtenraten und eine beständig steigende Lebenserwartung bedingte Strukturwandel im Altersaufbau aller spätindustriellen Gesellschaften, der mit einer steigenden Nachfrage an Gesundheits-, Altenhilfe- und Pflegeleistungen einhergeht.

59 *Schmid*, Probleme und Zukunftsperspektiven des Sozialstaats, s. oben Fn. 55 , S. 1.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Globalisierung mit ihren Folgen für die einzelnen Staaten und ihre Sicherungssysteme sowie die Beschleunigung der Dynamik des sozialen Wandels.[60] Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden denjenigen institutionellen Entwicklungen nachgegangen, die das sozialstaatliche Arrangement als bedroht erscheinen lassen könnten.

IV Zum Wandel der institutionellen Gestalt des Sozialstaates

Mit den obigen Ausführungen sollte gezeigt werden, dass sich die Frage nach der Sozialgestalt des deutschen Sozialstaats, insbesondere der Komplex der Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung, in soziohistorischer Perspektive unter dem Aspekt der Auswirkungen gesamtgesellschaftlicher Umwälzungsprozesse verstehen (zum Beispiel Industrialisierung, Demokratisierung und Individualisierung) lässt.[61] Daran anknüpfend soll nunmehr auf die – sich ändernden – Gestaltungsprinzipien institutionalisierter Sozialpolitik eingegangen werden.

Nach Berthold Vogel war der sorgende Sozialstaat „Unsicherheitsdämpfer und Ungleichheitsmoderator, aber auch Beschäftigungsfeld und Karriereleiter“ und „sorgte für sozialstrukturelle Beruhigung, aber auch für Mobilitätschancen und berufliche Dynamik“[62]. Entsprechend zielte die staatliche Sorge und Vorsorge „als Ausdruck politischer Planung und rechtlicher Gestaltung“[63] auf vier Felder: (1.) die Minimierung sozialer Risiken und die Dämpfung sozialer und materieller Ungleichheiten; (2.) die Absicherung beruflicher Karrieren und die Öffnung sozialer Aufstiegsperspektiven; (3.) die klare Trennung von beruflichen und privaten Arbeitswelten; (4.) die Organisation und den Ausbau öffentlicher Dienste als Systeme der Daseinsvorsorge.[64]

---

60 Vgl. *H. Rosa*, Beschleunigung. Die Veränderungen der Zeitstrukturen in der Moderne, 2005.

61 Hinsichtlich der im Zuge dieser Prozesse etablierten Sozialversicherungssysteme steht dem parlamentarischen Gesetzgeber grundsätzlich ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Der Staat hat – zunehmend nach Maßgabe des Bundesverfassungsgerichts – über den Umfang sozialer Hilfen zu entscheiden; und dies unter Berücksichtigung anderer gleichrangiger Staatsaufgaben sowie der dafür vorhandenen Mittel.

62 Vgl. *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 40 ff.

63 *Vogel*, a.a.O., S. 40.

64 *Vogel*, ebd.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Daraus wird die Redistribution als sozialstrukturelle Generaltendenz[65] des sorgenden Sozialstaats ersichtlich: Zum einen arrangiert er die Akkumulation von Sozialvermögen für all die Bürger, die nicht über Produktionsmittel (Grund- und/oder Kapitalbesitz) oder über (ererbtes oder erworbenes) Privatvermögen verfügen.[66] Zum anderen arrangiert er über seinen institutionellen Kernbestand (Arbeitslosen-, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung) die „öffentliche Gewährleistung auch markt*externer* Existenzformen“[67].

Diese Sozialgestalt mit ihrer strukturellen Generaltendenz wird – insbesondere in der Variante des sorgenden Sozialstaats – durch die Rede von der „Krise des Sozialstaats“ in die Nähe eines historischen Auslaufmodells gerückt.[68] Ist das plausibel? Handelt es sich tatsächlich um eine „Krise“ oder lässt sich der Wandel des Sozialstaats nicht zutreffender als Übergang vom sorgenden zum gewährleistenden Wohlfahrtsstaat (Vogel)[69] beschreiben und in gesellschaftskritischer Hinsicht als Neuerfindung des Sozialen (Stephan Lessenich)[70] deuten?

Zur Beantwortung dieser Fragen, mithin der Frage nach dem institutionellen Wandel des Sozialstaats, erscheint es sinnvoll, nochmals einen Blick auf die späten 1990er Jahre zu werfen, in denen sich die ersten Konturen einer veränderten Architektur sozialstaatlicher Praxis erkennen lassen.[71] Bereits im Wahlkampf von 1998 hatte die SPD unter dem Stichwort „Neue Mitte“ eine Weiterentwicklung des Konzeptes des aktivierenden Staates propagiert, das zuvor in Großbritannien als Vorstellung eine „Dritten Weges“ (Anthony Giddens) normative Grundlage von *New Labour* gewesen war.[72] Der aktivierende Staat, gekennzeichnet durch Deregulierung

65 *Vogel*, a.a.O., S. 42.
66 *Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen, s. oben Fn. 1, S. 15.
67 *Lessenich*, Theorien des Sozialstaats, s. oben Fn. 4, S. 37. „Wer seine Erwerbsfähigkeit bzw. -möglichkeit und damit seine lohnarbeitsvermittelten Lebenschancen vorübergehend […] oder dauerhaft […] einbüßt, hat der sozialstaatlichen Logik zufolge – unter bestimmten Bedingungen und in gewissen Grenzen – Anspruch auf ‚Lohnersatz‘“ (ebd.).
68 *Leisering*, Der deutsche Sozialstaat, s. oben Fn. 51, S. 172 (179).
69 *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 12.
70 *Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen, s. oben Fn. 1, insbesondere S. 73 ff.
71 *Leisering*, Der deutsche Sozialstaat, s. oben Fn. 51, S. 172 (178) und *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 44.
72 *Dingeldey*, Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung, s. oben Fn. 49, S. 3 (5 f.).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

und Privatisierung, zieht sich – mehr oder weniger – aus seinen bisherigen Aufgabenfeldern zurück und beschränkt sich darauf, „lediglich einen Rahmen und strukturierende Vorgaben für Problemlösungen durch andere, insbesondere private Akteure bereitzustellen", ohne jedoch „die Verfolgung und Erreichung gemeinwohlorientierter Ziele in bestimmter Weise zu garantieren".[73] Die anschließenden Strukturreformen der rot-grünen Koalition versuchten nach dem Motto „Fördern und Fordern" das Konzept des aktivierenden Staates umzusetzen – durch Reformschritte mit strukturveränderndem Charakter, vor allem im Zusammenhang mit der Verwaltungsmodernisierung.[74] Dabei wurde insbesondere im Zuge der Arbeitsmarktreformen deutlich, dass „eine Ausweitung befähigender Politiken mit der Ausweitung von Zwang und Kontrolle unauflösbar miteinander" verbunden ist[75] und das Label des *aktivierenden Sozialstaates* genutzt werden kann, um einseitige Leistungskürzungen und die Erhöhung des Arbeitszwangs zu kaschieren. In der kritischen Analyse des neuen sozialstaatlichen Paradigmas wurde deshalb unter anderem gefordert, dass es nicht nur um eine Erhöhung der individuellen Eigenverantwortung gehen könne, sondern vielmehr eine Neuordnung sozialstaatlicher Gewährleistungsverantwortung stattzufinden habe.[76] Erwartet wurde folglich nicht eine Einbahnstraße zu immer weniger Staat,[77] sondern ein durch die Einschränkungen des versorgenden Staates bedingtes Wachstum eines neuen, regulierenden Staates.[78]

In der gegenwärtigen Beurteilung des Reformgeschehens der letzten Jahre haben sich die Akzente verschoben. Zwar erscheine der Sozialstaat zunehmend als brüchig, da seine institutionellen Arrangements zunehmend von atypischen Formen gesellschaftlichen Lebens überholt bzw. unterlaufen werden.[79] Jedoch werde der Übergang vom sorgenden zum gewährleistenden Sozialstaat, so Lessenich, „mit dem gängigen Bild vom ‚Umbau des Sozialstaats' nicht hinlänglich erfasst, da sich ein tiefgreifender Wandel in den sozialstaatlichen Praktiken gesellschaftlicher Relatio-

---

73 *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 47. Siehe dazu *A. K. Weilert*, Gewährleistungsstaat und Gesundheitsverantwortung, in diesem Band.
74 *Dingeldey*, Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung, s. oben Fn. 49, S. 3 (7).
75 *Dingeldey*, a.a.O., S. 9.
76 *Lessenich*, Theorien des Sozialstaats, s. oben Fn. 4, S. 12.
77 *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 58.
78 *Leisering*, Der deutsche Sozialstaat, s. oben Fn. 51, S. 172 (180).
79 *Lessenich*, Theorien des Sozialstaats, s. oben Fn. 4, S. 35.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nierung abzeichne“[80]. Gemeint ist damit eine „politische Rekonfiguration sozialer Akteursbeziehungen auf allen (drei) Ebenen: zwischen Individuum und ‚Gesellschaft‘, im Verhältnis von individuellen, kollektiven und korporativen Akteuren untereinander sowie im Selbstverhältnis der Subjekte“[81]. Infolgedessen werden private und öffentliche Verantwortlichkeiten neu justiert, Bürgerrechte und -pflichten umgedeutet sowie gesellschaftliche Leistungs- und Produktivitätserwartungen reformuliert. In dieser Entwicklung sieht Lessenich eine Neuerfindung des Sozialen.[82]

Einen tiefgreifenden Wandel konstatiert auch Vogel, insbesondere da das Modell des *gewährleistenden Sozialstaats* auf universale Integrationsansprüche verzichte, die Partikularität von Leistungen fördere und keine auf Dauer gestellte Daseinsvorsorge mehr biete.[83] Jedoch sei keine Verlagerung von Staatsaufgaben auf transnationale oder private Akteure festzustellen, sondern „deren ‚Anlagerung‘ an die wohlfahrtsstaatliche Architektonik“[84], sodass veränderte Formen intensivierter politischer Steuerung zu verzeichnen seien: nämlich „über Kostenrechnung, Vertrag und Projekt“[85]. Angesichts der neuen Steuerungsprinzipien der Vermarktlichung und der Kontraktualisierung sei mit Konsequenzen für das soziale Ungleichheitsgefüge zu rechnen.[86] Auch für Lutz Leisering erscheint die Annahme plausibler, dass es „um einen neuen Wohlfahrtsmix“ geht, „eine Neubestimmung der Relation zwischen Staat, Markt, Familie und intermediären Arrangements“, ohne dass „die grundsätzliche Pluralität einer Mixed Society oder einer gemischten Sozialverfassung aufzugeben wäre, die in den 1950er Jahren in der BRD begründet wurde“[87]. In der Gesamtschau wird festgestellt, dass sich die Sozialgestalt des Sozialstaats „nach drei Klassen oder Polen“[88] umgestaltet: (1.) Steuerfinanzierung von Sozialleistungen, die einer Fürsorgelogik entsprechen; (2.) Reduktion von Risikogarantien und des Leistungsniveaus grundsätzlicher Versicherungsleistungen; (3.) Ausbau immer weiter reichender privater Zusatzversicherungen. Damit würde sich Distribution als sozialstrukturelle Generaltendenz des

80 *Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen, s. oben Fn. 1, S. 38.
81 *Lessenich*, ebd.
82 *Lessenich*, ebd.
83 *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 44.
84 *Vogel*, a.a.O., S. 46.
85 *Vogel*, a.a.O., S. 58.
86 *Vogel*, ebd. sowie S. 17.
87 *Leisering*, Der deutsche Sozialstaat, s. oben Fn. 51, S. 172 (179).
88 *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 58.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gewährleistenden Sozialstaats durchsetzen, die nicht mehr auf soziale Solidarität und Vergesellschaftung, sondern vorrangig auf das Handeln der Individuen im Verhältnis zu ihrer sozialen Lage abhebt.[89]

V Schlussbemerkung

Zu verzeichnen ist der Gang von der Institutionenfortbildung vom sorgenden zum gewährleistenden Sozialstaat.[90] Und der aktivierende oder gewährleistende Sozialstaat sieht sich veranlasst, auf vielfältige Weise in das Leben der Individuen einzudringen und ihr Verhalten zu bewerten.[91] Deshalb ist eine *Stärkung des Sozialen* (Robert Castel)[92] erforderlich. Dazu bedarf es eines positiven Verständnisses von demokratischer und wohlfahrtsorientierter Staatlichkeit, die zentrale Voraussetzung ist für soziale Freiheits-, Sicherheits- und Teilhaberechte.[93] Mit den Worten Castels: „Eine ‚Gesellschaft von Individuen' kann nicht existieren […], ohne dass öffentliche Regulationssysteme im Namen der Solidargemeinschaft dafür Sorge tragen, dass das Allgemeine Vorrang vor der Konkurrenz privater Interessen hat"[94]. Insoweit liegt die gesellschaftliche Bedeutung der Sozialpolitik in ihrer funktionalen und legitimatorischen Verbindung mit den historisch sich wandelnden „Gesellschaftsidealen".[95]

Literatur

Achinger, Hans, Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik. Von der Arbeiterfrage zum Wohlfahrtsstaat, Reinbek 1958.

Achinger, Hans, Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik. Von der Arbeiterfrage zum Wohlfahrtsstaat, 2. Aufl., Reinbek 1971.

Castel, Robert, Die Stärkung des Sozialen. Leben im neuen Wohlfahrtsstaat, Hamburg 2005.

---

89 *Rosanvallon*, Die Gesellschaft der Gleichen, s. oben Fn. 12, S. 270.
90 *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 47.
91 *Rosanvallon*, Die Gesellschaft der Gleichen, s. oben Fn. 12, S. 316.
92 *R. Castel*, Die Stärkung des Sozialen. Leben im neuen Wohlfahrtsstaat, insbesondere S. 96 ff.
93 *Vogel*, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, s. oben Fn. 6, S. 124.
94 *Castel*, Die Stärkung des Sozialen, s. oben Fn. 92, S. 135.
95 *Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen, s. oben Fn. 1, S. 11.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Dingeldey, Irene, Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung, Aus Politik und Zeitgeschichte Nr. 8-9 (2006), S. 3-9.

Ganßmann, Heiner, Politische Ökonomie des Sozialstaats, Münster 2009.

Genschel, Philipp/ Zangl, Bernhard, Metamorphosen des Staates – vom Herrschaftsmonopolisten zum Herrschaftsmanager, Leviathan Nr. 36 (2008), S. 430-454.

Hockerts, Hans G., Die historische Perspektive – Entwicklung und Gestalt des modernen Sozialstaats in Europa, in: Veröffentlichungen der Walter-Raymond-Stiftung, Bd. 35, Sozialstaat – Idee und Entwicklung, Reformzwänge und Reformziele, Köln 1996, S. 27-48.

Hoppe, Jörg D./ Middel, Claus-Dieter, Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze, Rezension, Medizinrecht Nr. 28 (2010), S. 816.

Huster, Stefan, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?, Berlin 2011.

Kaufmann, Franz-Xaver, Diskurse über Staatsaufgaben, in: D. Grimm (Hrsg.), Staatsaufgaben, Frankfurt am Main 1996, S. 15-41.

Kaufmann, Franz-Xaver, Herausforderungen des Sozialstaates, Frankfurt am Main 1997.

Kaufmann, Franz-Xaver, Sozialpolitisches Denken, Frankfurt am Main 2003.

Kersting, Wolfgang, Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist 2000.

Leisering, Lutz, Der deutsche Sozialstaat. Entfaltung und Krise eines Sozialmodells 1949-2003, Der Bürger im Staat Nr. 4 (2003), S. 172-180.

Lessenich, Stephan, Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus, Bielefeld 2008.

Lessenich, Stephan, Theorien des Sozialstaats zur Einführung, Hamburg 2012.

Middel, Claus-Dieter, Studientext, Ethik und Recht im Gesundheitswesen, Fernstudiengang „Angewandte Gesundheitswissenschaften“, Hochschule Magdeburg-Stendal 2011.

Nordmann, Jürgen, Die neoliberale Gesellschaft. Ein theoretischer Umriss, ICAE Working Paper Series Nr. 24 (2013).

Ritter, Gerhard A., Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, München 1991.

Rosa, Hartmut, Beschleunigung. Die Veränderungen der Zeitstrukturen in der Moderne, Frankfurt am Main 2005.

Rosanvallon, Pierre, Die Gesellschaft der Gleichen, Hamburg 2013.

Schelsky, Helmut, Über die Stabilität von Institutionen. Kulturanthropologische Gedanken zu einem rechtssoziologischen Thema, in: H. Schelsky, Auf der Suche nach Wirklichkeit, Düsseldorf/ Köln 1965.

Schmid, Josef, Historischer Rückblick, in: Bundeszentrale für politische Bildung, Dossier Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde, 2012. URL: http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138744/historischer-rueckblick?p=all, Zugegriffen 26.8.2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Schmid, Josef, Probleme und Zukunftsperspektiven des Sozialstaats, in: Bundeszentrale für politische Bildung, Dossier Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde, 2012. URL: http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138845/probleme-und-zukunftsperspektiven-des-sozialstaates, Zugegriffen 26.8.2014.

Schmidt, Manfred G., Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, Wiesbaden 2005.

Schmidt-Aßmann, Eberhard, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin 2001.

Stein, Lorenz von, Gegenwart und Zukunft der Rechts- und Staatswissenschaften Deutschlands, Stuttgart 1876.

Stolleis, Michael, Quellen zur Geschichte des Sozialstaats, Göttingen/ Frankfurt/ Zürich 1976.

Stolleis, Michael, Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, Stuttgart 2003.

Vogel, Berthold, Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, Hamburg 2007.

Weber, Max, Die „Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis, in: M. Weber, Schriften zur Wissenschaftslehre, Stuttgart 1991, S. 21-101.

Wehler, Hans-Ulrich, Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Dritter Band: Von der „Deutschen Doppelrevolution" bis zum Beginn des ersten Weltkrieges: 1849-1914, München 1995.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Gewährleistungsstaat und Gesundheitsverantwortung

A. Katarina Weilert

I Einleitung

Die Fragen nach originären Staatsaufgaben und nach Handlungsformen des Staates haben weitreichende Implikationen für die politische und rechtliche Ausgestaltung des Gesundheitssektors. Die Auslotung des Maßes staatlicher Gesundheitsverantwortung und das politische Ringen um unterschiedliche Systeme im Gesundheitsbereich können dabei nicht losgelöst von dem größeren Zusammenhang des gegenwärtigen Wandels von Staatlichkeit betrachtet werden. Der Wandel von Staatlichkeit vollzieht sich von zwei Ebenen her: Zum einen auf der nationalen Ebene, auf der der Wohlfahrtsstaat als Leistungsstaat an seine ökonomischen Grenzen gestoßen ist[1] und zu Neujustierungen staatlicher Verantwortungsübernahme führte[2]; zum anderen auf der völkerrechtlichen und vor allem europäischen Ebene, auf der die Bedeutung des souveränen Staates immer mehr abnimmt und sich damit auch die Zweipoligkeit „Staat – Bürger" zugunsten einer Stärkung privater und internationaler Akteure verändert. Internationalisierung und Privatisierung führen zu einem veränderten Staatsverständnis, das den Staat weniger als einen „Herrschaftsmonopolisten", sondern vielmehr als einen „Herrschaftsmanager" begreift.[3] Nach Gunnar Folke Schuppert manifestiert sich die veränderte Staatlichkeit darin, dass staatlicher, privater und Nonprofit Bereich in modifizierter Weise aufeinandertreffen und interagieren.[4] „Diese Veränderungsprozesse führen zu

1 Vgl. zur „Krise des fürsorgenden Wohlfahrtsstaates" *I. Dingeldey*, Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung, Aus Politik und Zeitgeschichte 2006, S. 3 (4).

2 Vgl. zum Wohlfahrtsstaat *C.-D. Middel*, Der Wandel der institutionellen Gestalt des Wohlfahrtsstaates, in diesem Band.

3 *P. Genschel/ B. Zangel*, Die Zerfaserung von Staatlichkeit und die Zentralität des Staates, Aus Politik und Zeitgeschichte 2007, S. 10 (16).

4 *G. F. Schuppert*, Der Gewährleistungsstaat – modisches Label oder Leitbild sich wandelnder Staatlichkeit, in: Schuppert (Hrsg.), Der Gewährleistungsstaat – Ein Leitbild auf dem Prüfstand, 2005, S. 11 (13).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

einem immer größeren Zwischenreich zwischen Markt und Staat, in dem weder die hierarchische Weisung noch die Selbstkoordination des Marktes den zentralen Koordinationsmodus darstellen, sondern ein Gewährleistungsrecht, das Regelungsstrukturen für eine arbeitsteilige Gemeinwohlverwirklichung bereitstellt".[5] Gerade im sozialen Bereich sind Märkte stark reguliert und werden nicht von den marktwirtschaftlichen Prinzipien allein bestimmt. Zu klären ist, welche Implikationen diese neue Rolle des Staates für die Ausgestaltung des Gesundheitsbereiches hat. Dazu soll zunächst das Konzept des Gewährleistungsstaates näher beleuchtet werden, bevor anschließend staatlicher und privater Verantwortungsbereich zu bestimmen sind. Schließlich wird die Daseinsvorsorge als traditionelle Staatsaufgabe in den Blick genommen und im Anschluss analysiert, wie sich das Staatsverständnis eines Gewährleistungsstaates auf die Gesundheitsversorgung auswirkt.

II Der Gewährleistungsstaat

Der Begriff des „Gewährleistungsstaates" findet sich bereits bei Hermann Hill[6] (1997): „Der Leistungsstaat wird zum Gewährleistungsstaat, der nicht mehr alles selber machen muß, sondern nur noch gewährleistet, daß das Notwendige angemessen geschieht"[7].

Die Begrifflichkeit des Gewährleistungsstaates wird sowohl bemüht als eine deskriptive Beschreibung dessen, wie sich Staatlichkeit faktisch verändert hat als auch als normativer Impuls für die weitere Umgestaltung staatlicher Aufgabenerfüllung. Es handelt sich um ein Leitbild, nicht um einen Rechtsbegriff.[8] Kernelement ist in allen Definitionen zum Gewährleistungsstaat die Aussage, dass sich die Handlungsmodi für staatliche Aufgabenerfüllung erweitern, indem das hoheitliche Handeln zugunsten privatwirtschaftlicher Aktivität, das heißt der Öffnung für private oder auch privat-öffentliche Leistungserfüllung, zurücktritt. Diese Veränderung

5 *Schuppert*, a.a.O., S. 18.

6 *H. Hill*, In welchen Grenzen ist kommunalwirtschaftliche Betätigung Daseinsvorsorge?, Betriebs-Berater 1997, S. 425 (426).

7 Eine frühe Erwähnung des Begriffs findet sich auch bei *M. Eifert*, Grundversorgung mit Telekommunikationsleistungen im Gewährleistungsstaat, 1998.

8 *M. Krajewski*, Grundstrukturen des Rechts öffentlicher Dienstleistungen, 2011, S. 549.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

bei der Aufgabenwahrnehmung wird zuweilen mit einer Aufgabenreduktion gleichgesetzt. Über das Aufgabenspektrum des Staates wird jedoch ganz überwiegend von den Theorien des Gewährleistungsstaates keine primäre Aussage getroffen. Es geht nämlich nicht um eine neue Festlegung der Staatsaufgaben, sondern um „gewandelte Modalitäten der Aufgabenerfüllung und […] gewandelte Steuerungsinstrumente".[9] Der Gewährleistungsstaat zeichnet sich durch eine Verantwortungsteilung aus,[10] eine konkrete normative Zuweisung der Verantwortungsbereiche wird jedoch meist vermieden. Theoretisch ließe sich sowohl ein Wohlfahrtsstaat als auch ein im Kern neoliberaler Staat durch einen Gewährleistungsstaat abbilden,[11] wobei die Gewährleistungs- und damit auch Sicherstellungsfunktion des Staates bedeutet, dass er sich seiner Verantwortung für das Gemeinwohl nicht entledigt, sondern dafür Sorge trägt, dass Strukturen und Institutionen vorhanden sind, die die Aufgaben zuverlässig ausführen.[12]

III Staatlicher und privater Verantwortungsbereich

1 Juristisch-terminologische Beschreibungsversuche der Verantwortlichkeiten

Die zentrale Frage, bei der das Konzept des Gewährleistungsstaates als solches nur bedingt trägt, ist die Frage nach der Abgrenzung des staatlichen und privaten Verantwortungsbereiches. In einer freiheitlich verfassten Demokratie gibt es grundsätzlich keine „vorrechtliche juristische Verantwortung des Staates".[13] Andererseits kann festgehalten werden, dass

---

9 *Schuppert*, s. oben Fn. 4, S. 16.

10 *H.-H. Trute*, Verantwortungsteilung als Schlüsselbegriff eines sich verändernden Verhältnisses von öffentlichem und privatem Sektor, in: Schuppert (Hrsg.), Jenseits von Privatisierung und schlankem Staat: Verantwortungsteilung als Schlüsselbegriff eines sich verändernden Verhältnisses von öffentlichem und privatem Sektor, 1999, S. 13-45.

11 Vgl. *C. Reichard*, Das Konzept des Gewährleistungsstaates, in: Göbel et al. (Hrsg.), Neue Institutionenökonomik, Public Private Partnership, Gewährleistungsstaat, 2004, S. 48 (51).

12 Vgl. *Krajewski*, s. oben Fn. 8, S. 554.

13 *M. Landauer*, Die staatliche Verantwortung für die stationäre Langzeitpflege in England und Deutschland, 2012, S. 80; ähnlich auch *R. Herzog*, Ziele, Vorbehalte und Grenzen der Staatstätigkeit, in: Isensee/ Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 2006, Rn. 22 ff.: Staatsaufgaben

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

der Staatszweck gerade auch darin besteht, die individuelle Existenz des Einzelnen zu ermöglichen und zu sichern.[14] Auch wenn sich staatliche Aufgaben „nur in einem bestimmten historischen, soziokulturellen bzw. sozioökonomischen Kontext identifizieren" lassen, spielt das Gemeinwohl eine herausragende Rolle.[15] In der Bundesrepublik Deutschland ist über die konkreten Staatsaufgaben zu einem beträchtlichen Maße politisch zu entscheiden, wobei die Verfassung insbesondere mit dem Sozialstaatsprinzip und der Idee grundrechtlicher Schutzpflichten einen – wenn auch niederschwelligen − Leistungsrahmen vorgibt,[16] der nicht unterschritten werden darf.[17] Dem einfachen Gesetzgeber kommt mithin ein weiter Spielraum zu. Teilweise wird ein Vorbehalt der Verfassung für Staatshandeln angenommen,[18] anderenorts mit guten Gründen abgelehnt[19] und der Politik – in den Grenzen des Vorranges der Verfassung − Ermessen eingeräumt. Dies bedeutet, dass sich der Staat in vielen Bereichen engagieren darf, eine Aufgabe aber nur dann vom Staat übernommen (oder gewährleistet) werden muss, wenn sich dies aus der Verfassung ergibt. Josef Isensee unterscheidet im Anschluss an Goerg Jellineks Differenzierung der Staatszwecke[20] zwischen „konkurrierenden Staatsaufgaben", und „ausschließlichen" (wie Polizei, Militär, Währungshoheit etc.).[21] Die völlige Privatisierung von Bereichen ausschließlicher Staatstätigkeit wäre unzulässig,[22] jedoch betrifft dies nur einen engen Bereich staatlichen Handelns. In der gegenwärtigen Diskussion wird terminologisch auch differenziert zwischen „öffentlichen Aufgaben" und „Staatsaufgaben", wobei öffentli-

können nur im Hinblick auf einen bestimmten Staat bestimmt werden, wobei Herzog für den „modernen Staat" die „Gesellschaftsgestaltung und Sozialstaatlichkeit" als Gemeingut bezeichnet.

14 Ausführlich *Herzog*, s. oben Fn. 13.

15 *S. R. Laskowski*, Das Menschenrecht auf Wasser, 2010, S. 310 mit einer folgenden Analyse der Staatszwecke von der Antike bis zum modernen Staat.

16 Vgl. auch *Herzog*, s. oben Fn. 13, Rn. 28 ff.

17 Vgl. *C. Franzius*, Der „Gewährleistungsstaat" – Ein neues Leitbild für den sich wandelnden Staat?, Der Staat 2003, S. 493 (501).

18 *K. Sobota*, Das Prinzip Rechtsstaat, 1997, S. 32 ff.

19 *J. Isensee*, Staatsaufgaben, in: Isensee/ Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 2006, Rn. 44; *Landauer*, s. oben Fn. 13, S. 59.

20 *G. Jellinek*, Allgemeine Staatslehre, 1914, S. 250 ff.

21 *Isensee*, Staatsaufgaben, s. oben Fn. 19, Rn. 27.

22 *Isensee*, Staatsaufgaben, s. oben Fn. 19, Rn. 28.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

che Aufgaben auch durch Bürger erfüllt werden können bzw. sollen.[23] Auch dies soll zum Ausdruck bringen, dass nicht alle Gemeinwohlaufgaben automatisch auch Staatsaufgaben sind.[24]

Die verschiedenen Theorien zum Gewährleistungsstaat identifizieren Verantwortungsstufen, wobei Terminologie und Abgrenzung variieren.[25] Christoph Reichard unterscheidet zwischen „staatlichen Kernaufgaben", „privaten Kernaufgaben" und „staatlichen Gewährleistungsaufgaben".[26] Während bei den „staatlichen Kernaufgaben" die gesamte Verantwortung beim Staat liegt, findet bei den Gewährleistungsaufgaben eine Verantwortungsteilung statt. Den Staat trifft hier nur eine Gewährleistungspflicht, wobei Vollzug und Finanzierung sowohl durch den Staat als auch Private verantwortet werden können. Die normative Frage der Zuordnung, was in den einen oder anderen Bereich fällt, bleibt allerdings auch nach diesem Modell bestehen. Martin Burgi wendet sich dagegen, dass man in einer Liste bestimmen könne, welche Aufgaben zu notwendigen und damit nicht privatisierbaren Staatsaufgaben zählen.[27] Vielmehr gebe es eine „graduelle Abstufung" und es dürfe nicht der Schluss gezogen werden, dass alle Aufgaben eines bestimmten Aufgabenfeldes notwendigerweise Staatsaufgaben sind.[28]

Schuppert, der terminologisch zwischen Erfüllungs-, Gewährleistungs- und Auffangverantwortung unterscheidet,[29] unternimmt den Versuch, diese Verantwortungszuweisung für den Gesundheitsbereich zu konkretisieren.[30] Ausgehend von der These, dass fast 90 Prozent aller Gesundheitsrisiken auch durch eigenes Verhalten beeinflussbar sind, fragt er, wie in diesem Bereich Eigenverantwortung und staatliche Verantwortung voneinander abzugrenzen sind. „Aufklärungskampagnen und Überzeugungsstrate-

---

23 *Franzius*, s. oben Fn. 17, S. 493; *H. Butzer*, Sicherstellungsauftrag, in: Isensee/ Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 2006, Rn. 8.

24 Vgl. zur Begrifflichkeit: *Landauer*, s. oben Fn. 13, S. 57 f. Landauer weist darauf hin, dass die Begriffe nicht einheitlich verwendet werden.

25 *Krajewski*, s. oben Fn. 8, S. 556.

26 *Reichard*, s. oben Fn. 11, S. 48 (50).

27 *M. Burgi*, Privatisierung, in: Isensee/ Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 2006, Rn. 2.

28 *Burgi*, a.a.O., Rn. 4.

29 *Schuppert*, s. oben Fn. 4, S. 11 (25). So auch *Landauer*, s. oben Fn. 13, S. 87 ff., der darüber hinaus noch die „Finanzierungsverantwortung" ergänzt.

30 *Schuppert*, s. oben Fn. 4, S. 31.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gien“ sowie finanzielle Anreize, etwa an Vorsorge teilzunehmen, seien „einleuchtend“. Entscheidende Fragen aber, zum Beispiel ob auf eigenverantwortliches Risikoverhalten mit Kürzungen der Versicherungsleistungen reagiert werden darf oder auch die Beitragshöhe in Relation zum Gesundheitsverhalten bemessen werden kann, werden offengelassen. Es zeigt sich, wie schwierig es ist, aus den allgemeinen Beschreibungen des Gewährleistungsstaates konkrete Antworten für die Gesundheitsverantwortung abzuleiten. Daher soll ein weiteres großes Schlagwort, nämlich das der „Daseinsvorsorge“, auf seinen Gehalt zur Klärung dieser konkreten Fragen abgeklopft werden.

2 Daseinsvorsorge als Staatsaufgabe

Die Forderung und zugleich Bestimmung von Daseinsvorsorge als Staatsaufgabe geht auf Ernst Forsthoff (1938)[31] zurück. Die Folgen der Industrialisierung veranlassten Forsthoff zu der Beobachtung, dass Menschen, die ihre Sicherungen (eigenen Hof) und Eigenständigkeit verloren hatten, zunehmend auf den Staat angewiesen waren. „Daseinsfürsorge“ sei das, was zur Daseinsführung notwendig ist. Ursprünglich wurde der semantisch weitläufige Begriff der Daseinsvorsorge allerdings auf spezifische Infrastrukturbereiche (Versorgung mit Wasser, Strom, Gas sowie Verkehrsbetriebe) begrenzt angewandt.[32] Daseinsvorsorge kann aber auch weiter gefasst als „Existenzsicherung“ begriffen werden. Der Betrieb kommunaler Krankenhäuser und allgemein die Gesundheitsfürsorge sind mittlerweile als Bereiche der Daseinsvorsorge anerkannt.[33]

Im Grundgesetz wird der Begriff der Daseinsvorsorge als solcher jedoch nicht erwähnt und es ist alles andere als geklärt, in welchem Umfang

31 *E. Forsthoff*, Die Verwaltung als Leistungsträger, 1938.

32 *Herzog*, s. oben Fn. 13, Rn. 70 (ferner Rn. 9, 17).

33 Dass der Gesundheitsbereich zur Daseinsvorsorge zählt, wird in zahlreichen Urteilen und Beschlüssen sowie gesetzlichen Vorschriften als selbstverständlich angenommen. Vgl. statt vieler: § 3 Abs. 1 Nr. 2 Zukunftsinvestitionsgesetz, sowie aus der Judikatur: Vergabekammer bei der Bezirksregierung Lüneburg, Beschluss vom 11. November 2013 – VgK-33/2013 –, juris Tz. 48. Kritisch zu einer solchen Ausdehnung des Begriffs *Herzog*, s. oben Fn. 13, Rn. 73. Kritisch zur Verwendung des Begriffs *Krajewski*, s. oben Fn. 8, S. 32 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

die Daseinsvorsorge als Staatsaufgabe gelten kann.[34] Weder die Daseinsvorsorge im Allgemeinen noch die Gesundheitsfürsorge im Speziellen sind dem Staat vorbehalten. Neben öffentlichen Krankenhäusern gibt es beispielsweise traditionell die freigemeinnützigen Krankenhäuser (etwa der Diakonie, Caritas oder des Deutschen Roten Kreuzes) und zunehmend Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Die Frage ist nun aber, inwieweit eine zunehmende Privatisierung mit einem öffentlichen Sicherstellungsauftrag in diesem Bereich zu vereinbaren ist. Aus der Schutzpflichtdimension der Grundrechte, hier konkret Art. 2 Abs. 2 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit),[35] lässt sich zumindest ein Untermaßverbot ableiten.[36] Das Untermaßverbot besagt, dass der Staat „zur Erfüllung seiner Schutzpflicht ausreichende Maßnahmen normativer und tatsächlicher Art ergreifen [muss], die dazu führen, daß ein […] angemessener und als solcher wirksamer Schutz erreicht wird".[37] Auch aus dem Sozialstaatsprinzip in Verbindung mit Art. 1 GG lässt sich eine – in seinem Umfang jedoch nicht klar bestimmte[38] – Pflicht zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung induzieren,[39] denn das Existenzminimum umfasst mit dem physischen Wohl auch die medizinische Versorgung. Die Verantwortlichkeit für Krankheitsprävention und Gesundheitsfürsorge ist im Kern in Deutschland als Staatsaufgabe fest anerkannt, allerdings in ihrem Umfang dem Wandel der Zeiten unterlegen.[40] Zu klären ist, in welcher

---

34 Vgl. allgemein zur Daseinsvorsorge als Staatsaufgabe *E. Eichenhofer*, Sozialrechtlicher Gehalt der Menschenwürde, Das Dogma der Unantastbarkeit, 2009, S. 215-234; *H. P. Bull*, Daseinsvorsorge im Wandel der Staatsformen, Der Staat 2008, S. 1-19; *T. Kingreen*, Rechtliche Gehalte sozialpolitischer Schlüsselbegriffe – Vom daseinsvorsorgenden zum aktivierenden Sozialstaat, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes 2004, S. 7-47.

35 Vgl. zu Judikatur und Schrifttum und den dort vertretenen unterschiedlichen Standpunkten *E. Schmidt-Aßmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 24 ff.

36 Vgl. *Burgi*, s. oben Fn. 27, Rn. 42.

37 BVerfGE, 88, 203 (LS 6).

38 Vgl. näher *V. Neumann*, Das medizinische Existenzminimum, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2006, S. 393 (394) und *S. Huster*, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Deutsches Verwaltungsblatt 2010, S. 1069 (1077).

39 Vgl. *U. Becker/ H. Schweitzer*, Wettbewerb im Gesundheitswesen, Neue Juristische Wochenschrift-Beilage 2012, S. 82 und *F. S. Oduncu*, Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung, Medizinrecht 2012, S. 359 (364).

40 *Herzog*, s. oben Fn. 13, Rn. 54.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Bandbreite diese Pflicht durch einen „Gewährleistungsstaat“ umgesetzt werden kann.

IV Implikationen des Gewährleistungsstaates für die rechtliche Ausgestaltung der staatlichen Gesundheitsverantwortung

Der Gewährleistungsstaat führt zu weitreichenden Veränderungen im Recht. Statt der klassischen Leistungsverwaltung spielt der Staat zunehmend auf einer breiteren Klaviatur der rechtlichen Möglichkeiten, zusammen mit privaten Leistungsträgern bestimmte Gemeinwohlziele zu erreichen und zu sichern. Je mehr staatliche und private Ebene vermischt werden und je weniger eindimensional die Beziehungen zwischen beiden Ebenen verlaufen, desto komplexer werden Anforderungen an die rechtliche Steuerung und Koordination. Als Schlagworte rechtlicher Ausgestaltung des Gewährleistungsstaates können „Privatisierung“ und „Regulierung“ genannt werden.

1 Privatisierung

Im Krankenhausbereich waren es vor allem finanzielle Probleme und defizitäre Managementstrukturen, die zu Privatisierungen führten.[41] Eine „Privatisierung“ kann rechtlich ganz Unterschiedliches bedeuten.[42] Bei einer „*materiellen* Privatisierung“ zieht sich der Staat aus einer Aufgabe völlig zurück und gibt diese vollständig an den Markt ab, so dass keinerlei staatliche Verantwortung mehr verbleibt. Bei einer „*formellen* Privatisierung“ hingegen verändert sich zwar die Rechtsform, aber nicht die eigentliche Verantwortlichkeit des Staates (Organisationsprivatisierung). Der Staat erfüllt dann seine Aufgaben in Formen des Privatrechts (privatrechtliche Gesellschaftsform), wobei die Gesellschaft selbst im Eigentum des Staates bleibt (hier sind natürlich Stufen denkbar). Schließlich kann man von einer „*funktionalen* Privatisierung“ reden, wenn die Aufgabenverantwortung beim Staat verbleibt, dieser aber für die Erfüllung der Aufgabe Private

41 Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland, Bericht der Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer, 2007, S. 39 f.

42 Vgl. zu den drei Privatisierungstypen statt vieler: *Landauer*, s. oben Fn. 13, S. 65; *T. Haubner*, Public Private Partnership und das Unionsrecht, 2013, S. 21 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

einschaltet. [43] Dies erfolgt zum Beispiel im Rahmen eines Betriebsführermodells in einer öffentlichen Infrastruktureinrichtung. Vielfach wird hier auch von einer Public-Private-Partnership (PPP) gesprochen, einem nicht klar bestimmten Oberbegriff für unterschiedliche Formen der Kooperation von Staat und Privaten.[44]

Bezogen auf den Krankenhausbereich bedeutet dies dann folgendes: Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser sind in ihrer „Reinform" auch öffentlich-rechtlich organisiert. Die Stadt oder der Kreis können ein Krankenhaus aber auch in privatrechtlicher Form, etwa als eine GmbH, betreiben (formelle Privatisierung). Die Kommune kann sich jedoch auch gänzlich zurückziehen und ein Krankenhaus an einen privaten Krankenhausbetreiber verkaufen (materielle Privatisierung). Schließlich kann die Kommune im Krankenhausbereich auch mittels einer Public Private Partnership[45] notwendige Investitionen im Krankenhaussektor vornehmen (funktionale Privatisierung)[46].

2 Regulierung

Die Privatisierung, insbesondere in Formen, in denen der Staat seine „Steuerungsmöglichkeiten" und seinen Einfluss auf Bereiche der Daseinsvorsorge verliert, führt dazu, dass Dienstleistungen in einem für die menschliche Lebensführung besonders zentralen Bereich durch den Markt und seine Gesetze bestimmt werden. Um dies sozial abzufedern und allen Menschen Zugang zu lebensnotwendigen Leistungen zu erhalten, greift der Staat regulierend in das Marktgeschehen ein.[47] Regulierung ist das notwendige Pendant in allen Bereichen, in denen eine staatliche Verantwortung besteht, ohne dass der Staat die Aufgaben selbst erfüllt. Die Gewerbe- und Vertragsfreiheit kann in diesen Bereichen empfindlich eingeschränkt werden, um etwa bestimmte Standards – zum Beispiel bei der Medikamentenherstellung – sicherzustellen oder auch, um das Marktprin-

---

43 *Burgi*, s. oben Fn. 27, Rn. 7.

44 Vgl. zu diesem Begriff *Landauer*, s. oben Fn. 13, S. 73 ff.

45 Eingehend *H. W. Alfen et al.*, Public Private Partnership im Krankenhausbereich, das Krankenhaus 2005, S. 1083 ff.

46 *Landauer*, s. oben Fn. 13, S. 70, spricht hier von Finanzierungsprivatisierung.

47 Vgl. *S. Rixen*, Medizinische Versorgungszentren: Abschied von der Einzelpraxis als Chance für die Patientenversorgung, in: Felix (Hrsg.), Auswirkungen des GKV-WSG auf Versorgungsstruktur und Wettbewerbsordnung, 2008, S. 71 (84).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

zip von Angebot und Nachfrage, das zu überhöhten Preisen und Monopolen führen kann, sozialverträglich abzumildern.[48] Die Regulierung spielt gerade im Gesundheitsbereich eine zentrale Rolle, weil der Staat hier in besonderer Ergebnisverantwortung steht und nur über rechtliche Regulierungen sicherstellen kann, dass die Marktmechanismen sozial ausgestaltet werden.

3 Die freie Wohlfahrtspflege im System des Gewährleistungsstaates

Der Staat als Garant sozialer Leistungen, der diese nicht notwendigerweise selbst erbringt – diese Figur findet eine Ausprägung schon seit der Weimarer Republik in dem Zusammenspiel von Staat und nicht staatlichen Trägern wie der freien Wohlfahrtspflege.[49] Basierend auf der Idee des Subsidiaritätsprinzips[50] sollten soziale Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime erst dann vom Staat selbst betrieben werden, wenn nichtstaatliche Einheiten (wie etwa die Verbände von Diakonie, Caritas, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden, Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband) die sozialen Belange nicht befriedigend aufgreifen konnten. Der Staat blieb trotz des Engagements dieser Verbände in einer subsidiären, man kann auch sagen „Gewährleistungsverantwortung". Durch die zunehmende Privatisierung von sozialen Dienstleistungen (wie Krankenhäusern) und dem hiermit einhergehenden erhöhten ökonomischen Druck ist die Freie Wohlfahrtspflege in ihrer vermittelnden Stellung zwischen Staat und Privaten herausgefordert und muss sich in ihrer Identität und Rolle im Rahmen des Gewährleistungsstaates neu bestimmen.[51]

48 *Reichard*, s. oben Fn. 11, S. 48 (52 f.).
49 Vgl. *F.-X. Kaufmann*, Varianten des Wohlfahrtsstaats, 2003, S. 304.
50 Vgl. hierzu ausführlich *K. Gabriel*, Subsidiarität als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens, in diesem Band.
51 Vgl. hierzu ausführlich *J. Eurich*, Herausforderungen für die Diakonie im aktivierenden Sozialstaat – Der Einbezug sozial benachteiligter Menschen am Beispiel der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

V Fazit

Die Frage nach originären Staatsaufgaben und einer Interaktion von öffentlich-rechtlichen und privaten Akteuren bei der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben unter heutigen Bedingungen von Staatlichkeit ist eine politisch umstrittene Kernfrage und in weiten Teilen juristisch unterbestimmt. Für den Bereich der Daseinsvorsorge hat hier mit weit reichenden Privatisierungen ein Veränderungsprozess seinen Weg genommen, der zu einem neuen „zurückgenommenen" und „kooperativen" anstelle eines „versorgenden" und primär hoheitlich agierenden Staatsverständnisses geführt hat, was unter dem Schlagwort des „Gewährleistungsstaates" einen – mageren[52] – theoretischen Überbau gefunden hat. Der Gesundheitsbereich war schon in seinen Ursprüngen nicht in einer rein staatszentrierten Weise ausgestaltet worden, sondern wurde als Schnittstelle zwischen privaten und öffentlichen Akteuren unter Einbezug der freien Wohlfahrtspflege organisiert. Damit hat er eine Vorläuferfunktion für die heutige Figur des Gewährleistungsstaates, der sich zunehmend als Moderator und Regulierer versteht und nicht mehr alle Leistungen selbst zu erfüllen sucht, sondern öffentliche Aufgaben mit Hilfe privater Kräfte realisiert. Während die Privatisierung in infrastrukturellen Bereichen weit fortgeschritten ist und sich der Staat vielfach nur noch in einer „Gewährleistungs-„ bzw. „Auffangfunktion" sieht, ist der Gesundheitsbereich mit dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie noch immer vielen Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft nur zum Teil privatisiert. Möglich erschiene es zwar, auch den Gesundheitsmarkt weiter zu privatisieren und durch entsprechende Regulierungen den gegenwärtigen sozialen Standard zu erhalten. Mehr Marktoffenheit stärkt die Effizienz und Wirtschaftlichkeit und führt zu größerer Wahlfreiheit, bedeutet aber zugleich auch immer eine Gefahr für die soziale Sicherung finanziell schwächerer Bevölkerungsgruppen. Trotz positiver Impulse, die von einer Marktnähe ausgehen, muss der Staat gerade im Gesundheitsbereich, der für die Lebensführung der Menschen von besonderer Bedeutung ist, seinem verfassungsrechtlichen Auftrag als Sozialstaat und Garant für ein menschenwürdiges Dasein sowie seinem Auftrag zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit gerecht werden. Das hohe Maß an Verantwortung, das der

52 Zu Recht wird der Begriff des Gewährleistungsstaates aus verschiedenen Gesichtspunkten kritisiert: *Landauer*, s. oben Fn. 13, S. 519 ff.; *Franzius*, s. oben Fn. 17, S. 517.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Staat hier trägt, und die Notwendigkeit eines effektiven Gesundheitssektors, der sich Marktmechanismen zunutze macht, müssen in Einklang gebracht werden. Positive Wettbewerbsanreize sind zu stärken, systemimmanente Fehlanreize zu beseitigen und die staatliche Verantwortung ist vor allem auf die sozial schwachen Bevölkerungsschichten zu fokussieren. Das gegenwärtige Zusammenspiel von öffentlichen und privaten Kräften sollte also nicht übereilt über Bord geworfen, sondern einer Feinjustierung zugeführt werden. Der Subsidiaritätsgedanke in der Form, dass der Staat erst dann zuständig ist, wenn es die jeweils kleinere Einheit nicht aus eigenen Kräften schafft, kann sowohl die freie Wohlfahrtspflege als wichtiges Zwischenglied ins Bewusstsein rücken als auch Raum geben für private Aktivitäten. Auf der anderen Seite muss der Gewährleistungsstaat die Entwicklungen für die einzelnen Bevölkerungsgruppen beobachten und in der Lage sein, effektiv einzuschreiten und Gefahren für die Gesundheitsversorgung umgehend zu beseitigen, die sich aus einer Öffnung für den Markt ergeben. Die „Ergebnisverantwortung" einer gewährleisteten soliden Gesundheitsversorgung liegt weiterhin beim Staat, der in der Wahl seiner Mittel allerdings flexibel agieren kann.

Literatur

Alfen, Hans W. et al., Public Private Partnership im Krankenhausbereich, das Krankenhaus Nr. 12 (2005), S. 1083-1088.

Becker, Ulrich/ Schweitzer, Heike, Wettbewerb im Gesundheitswesen, Neue Juristische Wochenschrift-Beilage 2012, S. 82-86.

Bull, Hans P., Daseinsvorsorge im Wandel der Staatsformen, Der Staat Nr. 47 (2008), S. 1-19.

Burgi, Martin, Privatisierung, in: J. Isensee/ P. Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 4, § 75, 3. Aufl., Heidelberg 2006, S. 205-240.

Butzer, Hermann, Sicherstellungsauftrag, in: J. Isensee/ P. Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 4, § 74, 3. Aufl., Heidelberg 2006, S. 161-202.

Dingeldey, Irene, Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung, Aus Politik und Zeitgeschichte Nr. 8-9 (2006), S. 3-9.

Eichenhofer, Eberhard, Sozialrechtlicher Gehalt der Menschenwürde, Das Dogma der Unantastbarkeit, Tübingen 2009.

Eifert, Martin, Grundversorgung mit Telekommunikationsleistungen im Gewährleistungsstaat, Baden-Baden 1998.

Forsthoff, Ernst, Die Verwaltung als Leistungsträger, Stuttgart/ Berlin 1938.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Franzius, Claudio, Der „Gewährleistungsstaat" – Ein neues Leitbild für den sich wandelnden Staat?, Der Staat Nr. 42 (2003), S. 493-517.

Genschel, Philipp/ Zangl, Bernhard, Die Zerfaserung von Staatlichkeit und die Zentralität des Staates, Aus Politik und Zeitgeschichte Nr. 20-21 (2007), S. 10-16.

Haubner, Tobias, Public Private Partnership und das Unionsrecht, Hamburg 2013.

Herzog, Roman, Ziele, Vorbehalte und Grenzen der Staatstätigkeit, in: J. Isensee/ P. Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 4, § 72, 3. Aufl., Heidelberg 2006, S. 81-115.

Hill, Hermann, In welchen Grenzen ist kommunalwirtschaftliche Betätigung Daseinsvorsorge?, Betriebs-Berater 1997, S. 425-431.

Huster, Stefan, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Deutsches Verwaltungsblatt 2010, S. 1069-1077.

Isensee, Josef, Staatsaufgaben, in: J. Isensee/ P. Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 4, § 73, 3. Aufl., Heidelberg 2006, S. 117-159.

Jellinek, Georg, Allgemeine Staatslehre, 3. Aufl., Berlin 1914.

Kaufmann, Franz-Xaver, Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der Deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, Frankfurt am Main 2003.

Kingreen, Thorsten, Rechtliche Gehalte sozialpolitischer Schlüsselbegriffe – Vom daseinsvorsorgenden zum aktivierenden Sozialstaat, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes Nr. 52 (2004), S. 7-47.

Krajewski, Markus, Grundstrukturen des Rechts öffentlicher Dienstleistungen, Berlin/ Heidelberg 2011.

Landauer, Martin, Die staatliche Verantwortung für die stationäre Langzeitpflege in England und Deutschland, Baden-Baden 2012.

Laskowski, Silke R., Das Menschenrecht auf Wasser, Tübingen 2010.

Neumann, Volker, Das medizinische Existenzminimum, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2006, S. 393-397.

Oduncu, Fuat S., Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung – das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht, Medizinrecht Nr. 30 (2012), S. 359-367.

Reichard, Christoph, Das Konzept des Gewährleistungsstaates, in: E. Göbel et al. (Hrsg.), Neue Institutionenökonomik, Public Private Partnership, Gewährleistungsstaat, Berlin 2004, S. 48-60.

Rixen, Stephan, Medizinische Versorgungszentren: Abschied von der Einzelpraxis als Chance für die Patientenversorgung, in: D. Felix (Hrsg.), Auswirkungen des GKV-WSG auf Versorgungsstruktur und Wettbewerbsordnung, Berlin 2008, S. 71-88.

Schmidt-Aßmann, Eberhard, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin/ New York 2001.

Schuppert, Gunnar F., Der Gewährleistungsstaat – modisches Label oder Leitbild sich wandelnder Staatlichkeit?, in: G. F. Schuppert (Hrsg.), Der Gewährleistungsstaat – Ein Leitbild auf dem Prüfstand, Baden-Baden 2005, S. 11-52.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Sobota, Katharina, Das Prinzip Rechtsstaat. Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Aspekte, Tübingen 1997.

Trute, Hans-Heinrich, Verantwortungsteilung als Schlüsselbegriff eines sich verändernden Verhältnisses von öffentlichem und privatem Sektor, in: G. F. Schuppert (Hrsg.), Jenseits von Privatisierung und schlankem Staat: Verantwortungsteilung als Schlüsselbegriff eines sich verändernden Verhältnisses von öffentlichem und privatem Sektor, Baden-Baden 1999, S. 13-45.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

B.
Gesundheitsversorgung zwischen Markt und Staat

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

I.
Verfassungsrechtliche Aufgaben und Befugnisse des Staates in der Gesundheitsversorgung

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Grundversorgung oder Wunscherfüllung? Grundrechtliche Vorgaben für die staatliche Gesundheitsfürsorge

Steffen Augsberg

I Einleitung: Die „grundrechtliche Mitte" des Gesundheitsrechts

Eine Annäherung an die grundrechtlichen Vorgaben für das Gesundheitsrecht hat von zwei Grundannahmen auszugehen: Erstens sind und bleiben die Grundrechte selbstredend die unhintergehbare, in Zweifelsfällen maßgebliche Basis aller im Gesundheitssystem getroffenen Entscheidungen. Zweitens dürfen aber die Erwartungen an eine entsprechende Verfassungsdetermination nicht überdehnt werden. „Die Verfassung ist eine Rahmenordnung. Sie legt die Entscheidung der politisch verantwortlichen Instanzen keineswegs Punkt für Punkt fest. Man sollte sich davor hüten, jede politisch kontroverse Entscheidung mit einem verfassungsrechtlichen Verdikt zu belegen. Dem Gesetzgeber verbleibt im Gesundheitssystem ein breiter Gestaltungsspielraum. Das Grundgesetz kann und will kein geschlossenes Gesundheitskonzept festschreiben. Als Rahmenordnung ist die Verfassung flexibel und lässt für mehrere Optionen Raum. Das heißt nicht, dass verfassungsrechtlich alles offen ist. Die Vorschriften des Grundgesetzes zu den Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenzen, die Staatszielbestimmungen und die Grundrechte geben durchaus Fixpunkte und Orientierungslinien, aus denen sich systematisch ein Rahmen für die Gesundheitspolitik entwickeln lässt. Soweit entsprechende verfassungsrechtliche Festlegungen bestehen, sind sie für die Politik verbindlich und lassen sich durch Entscheidungen des einfachen Gesetzgebers nicht ändern."[1] In diesem Sinne wird nachfolgend zunächst die spezifische (reduzierte) Direktionskraft der Grundrechte skizziert, und zwar dem Kontext entsprechend weitgehend begrenzt auf die Patientenseite (dazu II). Die so umrissene „grundrechtliche Mitte"[2] des Gesundheitssystems ist verständli-

1 *C. F. Gethmann et al.*, Gesundheit nach Maß?, 2004, S. 146.

2 Vgl. entsprechend (zum Krankenhausrecht) *W. Höfling*, Der Gesundheitsgewährleistungsstaat, in: Schumpelick/ Vogel (Hrsg.), Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb, 2008, S. 110 (116).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

cherweise dort von besonderer Bedeutung, wo eine präzise(re) gesetzgeberische Ausgestaltung (noch) nicht existiert. In einem zweiten Schritt ist deshalb kurz nach den konkreten verfassungsnormativen Anforderungen an die sogenannte wunscherfüllende und individualisierte Medizin zu fragen (dazu III). Ein kurzes Fazit und eine thesenhafte Zusammenfassung beschließen den Beitrag (IV-V).

II Grundrechte als Maßstab und Zielvorgabe des Gesundheitssystems

Die einfach- und untergesetzlichen Regelungen des Gesundheitssystems müssen prinzipiell eine Vielzahl von Grundrechtsträgern mit unterschiedlichen Grundrechten und diversen Grundrechtsfunktionen berücksichtigen. Größere Relevanz besitzen dabei die grundrechtlich geschützten Rechtspositionen der Leistungserbringerseite, also beispielsweise der Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegekräfte und Apotheker, aber etwa auch der Herstellerfirmen und privaten Krankenhausträger. Grundrechtlicher Schutz für diese beruflichen und unternehmerischen Tätigkeiten wird vor allem über die Art. 12 und Art. 14 GG vermittelt. Eine praxisrelevante erhebliche Einschränkung liegt insoweit namentlich in der Tendenz der verfassungsgerichtlichen Judikatur, gegenüber Beeinträchtigungen dieser grundrechtlichen Freiheit den Schutz der finanziellen Stabilität des GKV-Systems als pauschales, kaum hinterfragtes Legitimationsargument zu verwenden und damit weitergehende Diskussionen und Reflexionen im Ansatz auszubremsen.[3] Gesonderte Erwähnung verdient ferner der Schutz der medizinischen Forschung mittels der Verfassungsgarantie in Art. 5 Abs. 3 GG.[4]

Von zentraler Bedeutung und insbesondere im vorliegenden Kontext von vorrangigem Interesse sind indes die Grundrechte der Patienten respektive – im Kontext der GKV bisweilen präziser, aber nicht unbedingt synonym hierzu – der Versicherten. „Es geht um den Kranken, die Linderung seiner Leiden und eine mögliche Wiederherstellung seiner Gesund-

3 Vgl. dazu kritisch *S. Rixen*, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, 2005, S. 308 ff., S. 317 ff. mit weiteren Nachweisen; siehe auch *F. Hufen*, Berufsfreiheit – Erinnerung an ein Grundrecht, Neue Juristische Wochenschrift 1994, S. 2913 ff.; sowie *Gethmann et al.*, Gesundheit, s. oben Fn. 1, S. 167 f. Demnach ist „zwischen einem zunehmend stärker ausgebauten prozeduralen Schutz und einem eher rückläufigen materiellen Schutz zu trennen".

4 Vgl. hierzu etwa *E. Schmidt-Aßmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 47 ff. mit weiteren Nachweisen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

heit. Dies ist das Telos des gesamten Rechtsgebiets."[5] Dabei ist zwischen zwei unterschiedlichen Grundrechtsdimensionen zu differenzieren: Zum einen ist nach dem Bestehen und der Reichweite unmittelbar grundrechtsbasierter individualrechtlicher Versorgungsansprüche zu fragen, und zwar sowohl in einer originären wie in einer derivativen Variante (dazu 1.). Bedeutung erlangen die Grundrechte indes primär in prozeduraler Hinsicht in Hinblick auf eine legitimationssichernde, Verantwortungsklarheit und Transparenz garantierende Konstruktion der gesundheitsrechtlichen Verteilungsmechanismen (dazu 2.).

1 Grundrechtsunmittelbare individuelle Versorgungsansprüche der Patienten

Verfassungsrechtsbasierte Versorgungsansprüche können grundsätzlich als originäre Leistungsansprüche begründet sein (dazu 1.1), sie können sich aber auch als Teilhabeansprüche auf eine angemessene Beteiligung an vorhandenen Leistungsgewährleistungen beziehen. Letzteres verweist auf die Bedeutung verfassungsnormativ zumindest vorstrukturierter Verteilungsmaßstäbe (dazu 1.2).

1.1 Zur Existenz und zum Umfang eines originären verfassungsrechtlichen Mindeststandards

Zu klären ist somit zunächst, ob und inwieweit ein verfassungsmittelbar gewährter Anspruch auf Gewährleistung von Gesundheitsdienstleistungen anzuerkennen ist. Gibt es also ein „Recht auf Gesundheit"?[6] Den naheliegenden verfassungsnormativen Anknüpfungspunkt bilden das in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG fundierte Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit einerseits und die Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG andererseits.

1.1.1 Allerdings handelt es sich bei Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG trotz der auf einen Anspruch hindeutenden Formulierung („Recht auf") zunächst um

---

5 *Gethmann et al.*, Gesundheit, s. oben Fn. 1, S. 146, S. 225.

6 Vgl. dazu und zum Folgenden etwa *P. Kirchhof*, Ein Recht auf Gesundheit?, in: Schumpelick/ Vogel (Hrsg.), Volkskrankheiten, 2009; *C. Pestalozza*, Das Recht auf Gesundheit, Bundesgesundheitsblatt 2007, S. 1113 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ein gegen den Staat gerichtetes Abwehrrecht.[7] Das Grundrecht schützt die psycho-physische Integrität als Grundlage aller weiteren Grundrechte vor staatlichen Beeinträchtigungen. Ein umfassendes „Recht auf Gesundheit" bedeutet das erkennbar nicht; denn erstens ist die „körperliche Unversehrtheit" nicht notwendig mit Gesundheit gleichzusetzen,[8] und zweitens und vor allem sind jedenfalls in aller Regel Gesundheitsgefährdungen und -beeinträchtigungen gerade nicht staatlichen Ursprungs. Ein „Recht auf Gesundheit" ließe sich deshalb nur jenseits der abwehrrechtlichen Komponente begründen. Dafür müsste Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG sich als eine entsprechende Verletzungen oder auch schon bloße Gefährdungen erfassende Schutz- und Leistungsdimension eignen. Allerdings bestehen gegenüber konkreten Leistungs- und Schutzansprüchen nicht nur allgemeine, vor allem der Gewaltenteilungsdoktrin geschuldete Vorbehalte.[9] Unter Verweis auf die entsprechende Ausgestaltungsbefugnis des Gesetzgebers wird auch konkret gesundheitsbezogen argumentiert, aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG lasse sich kein verfassungsrechtlicher Anspruch gegen die gesetzliche Krankenkasse auf Bereitstellung und Gewährleistung spezieller Gesundheitsleistungen herleiten. Vielmehr statuiere das Grundrecht lediglich eine objektivrechtliche Schutzpflicht des Staates und seiner Organe für die geschützten Rechtsgüter.[10] Im Ergebnis bedeutet dies eine allgemeine an den Staat adressierte Pflicht, Schutzmaßnahmen zu institutionalisieren, die weder völlig ungeeignet noch völlig unzulänglich sind. Deren konkrete Ausgestaltung ist aber der Verfassung nicht zu entnehmen; es besteht ein weiter legislativer Gestaltungsspielraum.

1.1.2 Überwiegend wird diese gesetzgebungsfreundliche, aus Patientensicht allerdings relativ restriktive Position auch nicht durch die Einbeziehung der Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG verändert. Diese besitzt zwar anerkanntermaßen auch eine leistungsrechtliche Dimension,

---

7 Vgl. ausführlich *G. Hermes*, Das Grundrecht auf Schutz von Leben und Gesundheit; zu zwei „strukturellen Ausdehnungen" siehe *Pestalozza*, Das Recht auf Gesundheit, s. oben Fn. 6, S. 1113 (1115 f.).

8 Insoweit spiegeln sich hier auch auf der verfassungsrechtlichen Ebene die allgemeinen Schwierigkeiten wider, den Begriff der Gesundheit zu definieren, vgl. dazu *M. Rothhaar*, Philosophische Grundlagen der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, in diesem Band.

9 Vgl. etwa *M. Gellermann*, Grundrechte im einfachgesetzlichen Gewand, 2000; *M. Jestaedt*, Grundrechtsentfaltung im Gesetz, 1999.

10 Vgl. nur BVerfG (K), MedR (Medizinrecht) 1997, S. 318 f.; NJW (Neue Juristische Wochenschrift) 1998, S. 1775 f.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

soweit sie einen sozialen Teilhabeanspruch hinsichtlich der Mindestvoraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins gewährt und insbesondere dem einzelnen Grundrechtsträger in Notlagen das materielle bzw. ideelle Existenzminimum garantiert.[11] Grundsätzlich wird hiervon allerdings nur ein Mindest- bzw. Minimalstandard an Gesundheitsleistungen erfasst.[12] Eine entsprechende Grundversorgung ist damit zwar individualrechtlich über Art. 1 Abs. 1 GG abgesichert, und ihr konkreter Umfang kann mit Blick auf veränderte sozietale Erwartungen und das Argument zu vermeidender sozialer Exklusion auch durchaus unterschiedlich beurteilt werden.[13] Allerdings besteht kaum ein Zweifel daran, dass das aktuelle Leistungsniveau der GKV insgesamt den geforderten Mindestbestand an Leistungen deutlich überschreitet.[14] Deshalb sind (derzeit) verfassungsrechtlich auch (gesetzlich fundierte) Rationierungsmaßnahmen zumindest nicht von vornherein ausgeschlossen.[15]

1.1.3 An dieser Einschätzung ändert sich prinzipiell auch dann nichts, wenn die genannten Grundrechtsbestimmungen nicht für sich genommen, sondern als (mehrere Grundrechtstatbestände zu neuen bzw. weiterrei-

---

11 Siehe hierzu nur *W. Höfling*, in: Sachs (Hrsg.), GG, 6. Aufl., 2011, Art. 1 Rn. 31 f., 48 mit weiteren Nachweisen.

12 Vgl. hierzu und zum Folgenden umfassend *S. Huster,* Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Berichte und Abhandlungen, 2006, S. 361 ff.

13 Extensive Interpretationen etwa bei *V. Neumann*, Der Grundrechtsschutz von Sozialleistungen in Zeiten der Finanznot, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1998, S. 401 ff.; *P. Kirchhof*, Gerechte Verteilung medizinischer Leistungen im Rahmen des Finanzierbaren, Münchener Medizinische Wochenschrift 3.4.1998, S. 200 ff.

14 Vgl. etwa *Huster,* Grundversorgung, s. oben Fn. 12, S. 361 (366 ff.); siehe auch *J. Taupitz*, Ressourcenknappheit in der Medizin – Hilfestellung durch das Grundgesetz?, in: Arndt et al. (Hrsg.), Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, Öffentliche Recht und Strafrecht, 1999, S. 113 ff. Ein verfassungsnormatives „Rückschrittsverbot" wird überwiegend abgelehnt, vgl. *H. F. Zacher*, in: Isensee/ Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. 2, 3. Aufl., 2004, § 28 Rn. 79; *K.-P. Sommermann*, in: von Mangoldt/ Klein/ Starck (Hrsg.), GG, Bd. 2, 6. Aufl., 2010, Art. 20 Abs. 1 Rn. 102.; *R. Gröschner*, in: Dreier (Hrsg.), GG, Bd. 2, 2. Aufl., 2006, Art. 20 (Sozialstaat), Rn. 31; andere Auffasung *M. Kittner*, in: Stein et. al. (Hrsg.), AK-GG, Bd. 1, Art. 20 Abs. 1–3 IV, Rn. 29.

15 So schon *W. Höfling/ S. Augsberg*, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unter Finanzierungsvorbehalt? Verfassungsrechtliche Determinanten indirekter und direkter Rationierung im Gesundheitswesen, Zeitschrift für medizinische Ethik 2009, S. 45 ff.; zur Thematik näher *A. K. Weilert/ S. Augsberg*, Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung aus rechtlicher Perspektive, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

chenden Gewährleistungsgarantien verbindende) „Kombinationsgrundrechte“ oder auch „in Verbindung mit“ dem Sozialstaatsprinzip verwandt werden.[16] Das betrifft namentlich die Situation, in der die Schutz- und Freiheitsaspekte in Verbindung zu den Rechtspositionen derjenigen gesetzt werden, die die Ausgaben des Gesundheitssystems tragen, namentlich der zwangsversicherten Beitragszahler. Hier wird rasch deutlich, dass die Interessen von Patienten und Versicherten nicht notwendig kongruent sind. Konkret Behandlungsbedürftige sind, vorsichtig formuliert, weniger kostensensibel als bloße Beitragszahler. Interessanterweise ist aber die für die GKV typische Konstellation der Zwangsmitgliedschaft nicht allein in diesem Sinne als Argument für eine ressourcenschonende Leistungsgestaltung eingesetzt worden. Vielmehr hat das Bundesverfassungsgericht in seinem sogenannten Nikolaus-Beschluss[17] gerade die in Art. 2 Abs. 1 GG verortete, durch die Pflichtmitgliedschaft beeinträchtigte negative Vereinigungsfreiheit zum Anknüpfungspunkt eines originären Leistungsanspruchs gemacht. Demnach ist es „mit den Grundrechten aus Art 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“ Die (zwischenzeitlich in § 2 Abs. 1a SGB V gesetzlich umgesetzte) Entscheidung ist in der Literatur umgehend kritisiert worden,[18] und in der Tat bedeutet(e) sie

16 Vgl. dazu allgemein kritisch *I. Augsberg/ S. Augsberg*, Kombinationsgrundrechte. Die Verkoppelung von Grundrechtstatbeständen als Herausforderung für die Grundrechtsdogmatik, Archiv des öffentlichen Rechts 2007, S. 539 ff.; siehe auch *M. M. Meinke*, In Verbindung mit. Die Verbindung von Grundrechten miteinander und mit anderen Bestimmungen des Grundgesetzes in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, Berlin 2006.

17 BVerfGE 115, 25 ff., v.a. 41 ff.

18 Kritisch etwa *S. Huster*, Anmerkung zu BVerfG vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98 (Leistungspflicht der GKV für neue Behandlungsmethoden), Juristenzeitung 2006, S. 466 ff.; vgl. aber auch *R. Francke/ D. Hart*, Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilversuche. Zugleich eine Besprechung der Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 und die Skizzierung eines Regulierungsmodells, Medizinrecht 2006, S. 131 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

für die Instanzgerichte eine Fülle neuer Abgrenzungsprobleme.[19] Im vorliegenden Kontext ist zweierlei bemerkenswert: Erstens kritisiert oder verwirft das Gericht nicht etwa die Orientierung an der Evidenzbasierten Medizin (EBM), sondern beachtet im Gegenteil deren Grundsätze präzise(r).[20] Zweitens unterstreicht es, dass der in einer Ausnahmesituation gewährte Anspruch gerade nicht die prinzipielle Ausgestaltungsmacht des Gesetzgebers hinsichtlich des GKV-Systems in Zweifel ziehen soll.[21] Eine prinzipielle Kehrtwende in Richtung einer Konstitutionalisierung des GKV-Rechts ist damit, wie auch die relativ restriktiven nachfolgenden Entscheidungen der Sozialgerichte zeigen,[22] nicht verbunden.

1.2 Derivative Teilhabeansprüche – Zur Bedeutung verfassungsrechtlicher Verteilungsmaßstäbe

Wenn somit das (Verfassungs-)Recht dem einzelnen Patienten zumindest in aller Regel keinen persönlichen Anspruch gewährt, „mit dem er gute Bedingungen für seine Gesundheit vor allen anderen erkämpfen könnte“[23], liegt die Frage nahe, inwieweit grundrechtliche Vorgaben zumindest die Verteilung der Gesundheitsleistungen beeinflussen. Dabei sind eingangs zwei basale Differenzierungen vorzunehmen: Erstens ist daran zu erin-

---

19 Vgl. nur BSG, NJW 2007, S. 1385 ff.; siehe ferner mit weiteren Nachweisen zur Rechtsprechung *A. Bohmeier/ A. Penner*, Die Umsetzung des Nikolaus-Beschlusses durch die Sozialgerichtsbarkeit – Fortentwicklung und Widersprüche zu den Vorgaben des BVerfG, Wege zur Sozialversicherung 2009, S. 65 (67 ff.); *U. Wenner*, Rationierung, Priorisierung, Budgetierung: verfassungsrechtliche Vorgaben für die Begrenzung und Steuerung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsrecht 2009, S. 169 ff.; *C. Padé*, Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Lebensgefahr und tödlich verlaufenden Krankheiten. Umsetzung des „Nikolaus-Beschlusses“ des Bundesverfassungsgerichts für die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2007, S. 352 ff.

20 Vgl. dazu *S. Augsberg*, Kooperative Wissensgenerierung im Gesundheitsrecht – Zum Umgang der Sozialgerichte mit Evidenzbasierter Medizin, Gesundheitsrecht 2012, S. 595 (597 f.).

21 BVerfGE 115, 25 (45 ff.); siehe auch *U. Steiner*, Das Bundesverfassungsgericht und die Gesundheit der Deutschen, Berlin, S. 129 (141).

22 Eine umfassende Rechtsprechungsübersicht findet sich unter: http://www.nikolaus-beschluss.de/decisions, Zugegriffen 31.10.2014.

23 *Kirchhof*, Recht auf Gesundheit?, s. oben Fn. 6, S. 33 (36).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nern, dass die im Gesundheitssystem zu treffenden Allokationsentscheidungen in aller Regel keine tatsächlich knappen, also auch unter Aufbringung zusätzlicher Anstrengungen nicht zu erhöhender, sondern nur (durch die finanziellen Anforderungen des GKV-Systems und insoweit insbesondere den Grundsatz der Beitragsstabilität) begrenzte Ressourcen betreffen. Zweitens ist in einer institutionellen Perspektive hervorzuheben, dass Verteilungsentscheidungen auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sein können, die von der Makroebene der Berücksichtigung der Gesundheitsversorgung im gesamtstaatlichen Haushalt bis hin zur Mikroebene der individuellen Allokation am Krankenbett reichen.[24] Das hat Auswirkungen für die Anforderungen an die institutionelle Ausgestaltung des Verteilungsgeschehens (dazu unten 2.).

Wendet man sich vor diesem Hintergrund zunächst den materiellen Verteilungsstandards zu, zeigt sich, dass auch insoweit die grundrechtliche Direktionskraft begrenzt ist.[25] Ein universell einsetzbarer Maßstab positiver Verteilungsgerechtigkeit ist grundrechtlich nicht zu begründen. Immerhin lassen sich aber in negativer Hinsicht Rückschlüsse auf grundgesetzwidrige Differenzierungskriterien ziehen. Das betrifft insbesondere solche Vorgaben, die die basale verfassungsrechtliche Entscheidung für die Gleichwertigkeit allen menschlichen Lebens (sogenannte Lebenswertindifferenz)[26] außer Acht lassen und gesundheitsbezogene Allokationsentscheidungen von Kriterien wie einer (angenommenen) sozialen „Wertigkeit" von Patienten, dem Entwicklungsstand, dem Alter, dem pathophysiologischen Zustand oder der Todesnähe abhängig machen. Entsprechende Konzepte sind deshalb nur dann zulässig, wenn sie, wie etwa das in der Transplantationsmedizin etablierte „old-for-old"-Programm, nicht-diskri-

---

24 Vgl. hierzu etwa *W. Höfling*, Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat. Eine Problemskizze, in: Feuerstein/ Kuhlmann (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, 1998, S. 143 ff.

25 Vgl. hierzu umfassend *T. Kingreen*, Gesundheit ohne Gesetzgeber?, in: Kingreen/ Laux (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, 2008, S. 147 ff.; *T. Kingreen*, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer 2010, S. 152 ff.; *F. Wollenschläger*, Verteilungsverfahren, 2010, S. 32 ff; siehe auch *A. K. Weilert/ S. Augsberg*, Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung aus rechtlicher Perspektive, in diesem Band.

26 Vgl. hierzu grundsätzlich etwa BVerfGE 39, 1 (59); 115, 118 ff.; siehe ferner *W. Höfling*, Verteilungsgerechtigkeit in der Transplantationsmedizin?, Juristenzeitung 2007, S. 481 (486 mit weiteren Nachweisen).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

minierend konstruiert sind oder wenn für eine entsprechende Differenzierung besondere medizinische Gründe bestehen, etwa im Hinblick auf altersbezogen signifikant erhöhte Risiken.[27] Allgemein formuliert sind aus verfassungsrechtlicher Perspektive nur solche Allokationsparameter akzeptabel, die als objektive Kriterien allen Betroffenen prinzipiell gleiche Chancen geben. Eine entsprechende Objektivität ist sowohl bei prioritätsbasierten Entscheidungen, die etwa auf den Zeitpunkt der Aufnahme auf eine Warteliste abstellen, als auch bei Losverfahren grundsätzlich gegeben.

Charakteristisch für das Gesundheitsrecht sind allerdings nicht diese (weitgehend) zufallsabhängigen Verfahren. Stattdessen wird regelmäßig auf eine nichtrechtliche, insbesondere auf eine medizinische Einschätzung abgestellt.[28] An dieser Stelle sind deshalb nicht nur die allgemeinen Probleme des Umgangs mit extrajuridischem Wissen zu berücksichtigen,[29] sondern es sind auch bereichsspezifische Besonderheiten zu beachten. Diese liegen namentlich in der Schwierigkeit, die genuin medizinischen, tendenziell deskriptiven und auf den Erkenntnissen dieser Disziplin beruhenden Entscheidungskriterien von medizinisch relevanten, letztlich aber sozial-normativen Kriterien abzugrenzen. Bei ersteren scheidet jedenfalls im Grundsatz eine rechtliche Bewertung schon mangels Kompetenz aus.[30] Möglich (und sinnvoll) bleibt allenfalls eine Art Verfahrenskontrolle am Maßstab primär medizinintern gebildeter Standards – das Paradigma hierfür liefert aktuell die EBM.[31] Demgegenüber stößt es von vornherein auf Bedenken, wenn die Entwicklung und Anwendung sozial-normativer Al-

---

27 Der BGH hat es dementsprechend für zulässig gehalten, Früherkennungsmaßnahmen (Downsyndrom) an eine Altersgrenze der Mütter zu binden, vgl. BGH, NJW 1987, S. 2923 ff. Problematisch ist die Regelung des § 27a Abs. 3 SGB V, die die zu Lasten der GKV abrechenbare Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung auf „Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. [...]“ beschränkt.

28 Vgl. am Beispiel der medizinischen Indikation jetzt die Beiträge in: *A. Dörries/ V. Lipp* (Hrsg.), Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis, im Erscheinen.

29 Vgl. dazu nur *I. Augsberg*, Multi-, inter-, transdisziplinär?, in: ders. (Hrsg.), Extrajuridisches Wissen im Verwaltungsrecht. Analysen und Perspektiven, 2013, S. 3 ff. mit weiteren Nachweisen.

30 Vgl. *Taupitz*, Ressourcenknappheit in der Medizin, s. oben Fn. 14, S. 126.

31 Vgl. dazu im vorliegenden Zusammenhang nur *Augsberg*, Kooperative Wissensgenerierung, s. oben Fn. 20, S. 595 ff.; *K.-H. Ladeur*, Wissenserzeugung im und

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

lokationskriterien der Ärzteschaft überantwortet wird. Denn insoweit handelt es sich gerade nicht darum, dass deren besondere Kenntnisse genutzt werden. Vielmehr liegt der Verdacht nahe, dass die Delegation schwieriger und kontroverser Entscheidungen eine Flucht aus der (staatlichen) Verantwortung impliziert.[32] Besonders schwer wiegt es, wenn – wie im deutschen Transplantationsgesetz – den gesetzlichen Vorgaben nicht nur keine präzisen, sondern sogar widersprüchliche Vorgaben zu entnehmen sind.[33] In derartigen Fällen geht es nicht nur um eine unzureichende, sondern sogar um eine kontraproduktive Strukturierung des Allokationsprozesses.

2 Grundrechtsschutz durch Verfahren und Organisation

Aus dem Vorgesagten ergibt sich zwangsläufig eine Orientierung des Grundrechtsschutzes in Richtung von Kompetenzen, Organisation und Verfahren. Neben die eher vagen materiellen Parameter tritt deshalb eine

---

durch Recht – das Problem der „evidenzbasierten Medizin", Gesundheitsrecht 2011, S. 455 ff., jeweils mit weiteren Nachweisen.

32 Besonders deutlich zu erkennen ist dies im Bereich der Transplantationsmedizin, wo dementsprechend schon seit der Schaffung des TPG die darin enthaltene Überantwortung relevanter Allokationsvorgaben an die Bundesärztekammer aus verfassungsrechtlicher Perspektive Kritik erfährt. Vgl. aus der Fülle der Literatur nur *T. Gutmann*, Für ein neues Transplantationsgesetz, 2005; *T. Gutmann*, Für eine prinzipielle Neuausrichtung des Transplantationsrechts, in: Middel et al. (Hrsg.), Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts, München 2010, S. 17 ff.; siehe ferner *M. Bader*, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 173 ff.; *H. Neft*, Novellierung des Transplantationsgesetzes: eine herkulische Aufgabe?, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2010, S. 16 ff.; speziell zu den Richtlinien der BÄK: *S. Augsberg*, Die Bundesärztekammer im System der Transplantationsmedizin, in: Höfling (Hrsg.), Die Regulierung der Transplantationsmedizin in Deutschland – eine kritische Bestandsaufnahme nach 10 Jahren Transplantationsgesetz, 2008, S. 45 ff. mit weiteren Nachweisen; *W. Höfling*, Aspekte der Richtlinienerstellung nach § 16 TPG, in: Middel et al. (Hrsg.), Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts, 2010, S. 63 ff.

33 Nach § 12 Abs. 3 TPG erfolgt die Organvergabe „insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit". Vgl. dazu kritisch etwa *Höfling*, Aspekte der Richtlinienerstellung, s. oben Fn. 32; siehe auch *H. Lang*, Deregulierte Verantwortungslosigkeit?, Medizinrecht 2005, S. 269 (275); speziell mit Blick auf das Kriterium der Erfolgsaussichten *G. Dannecker/ A. F. Streng*, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, Juristenzeitung 2012, S. 444 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Konzentration auf Transparenz und Verantwortungsklarheit garantierende sowie Kontrollmöglichkeiten sichernde Verfahrens- und Organisationsregelungen. Hierin liegt – ungeachtet in der Realität (noch) bestehender Defizite – der Schwerpunkt des grundrechtlichen Einflusses auf die Ausgestaltung des Gesundheitssystems.[34] Das bedeutet nicht nur, dass Verfahren einerseits formal und diskriminierungsfrei, andererseits aber auch hinreichend flexibel gestaltet sein müssen. Es bleibt auch nicht auf die – allerdings wichtige – Forderung nach rechtsstaatlichen Standards entsprechenden Kontroll- und Aufsichtsstrukturen[35] beschränkt. Vielmehr ist darüber hinausgehend – diesseits daneben bestehender straf- und zivilrechtlicher Aufklärungspflichten[36] – allgemein eine Organisation des Gesundheitssystems in einer für die Beteiligten transparenten und verständlichen Form geboten. Das gilt insbesondere dort, wo die Grundrechtsperspektive an das Prinzip der Eigenverantwortung erinnert und insoweit die Individuen in die Pflicht nimmt: „Ohne zureichende Kenntnisse von den Leistungsangeboten und den Optionen des Systems kann der Einzelne weder als Patient noch als Versicherter seine Rechte und Gestaltungsmöglichkeiten wahrnehmen. Informationsansprüche und Transparenzgebote rücken so auf einer zweiten Ebene als prozedurale Sicherungsinstrumente in den Schutzbereich dessen ein, was die Art. 2 Abs. 2 und Art. 1 GG gewährleistet sehen wollen. *Grundrechtsschutz* in komplexen Strukturen, wie sie jedes Gesundheitssystem unbeschadet seiner stärker öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Ausformung bestimmen, ist zuallererst ein Problem zulänglicher Informationen – nicht nur als eine Maxime sinnvoller Gesundheitspolitik, sondern auch eines verfassungsrechtlichen Minimalstandards konkreter Informations- und Unterrichtungsansprüche.“[37]

---

34 Vgl. am Beispiel der Transplantationsmedizin umfassend *Bader*, Organmangel und Organverteilung, s. oben Fn. 32, S. 289 ff.; knapp *T. Gutmann*, in: Schroth et al. (Hrsg.), TPG-Kommentar, § 12 Rn. 42 ff., jeweils mit weiteren Nachweisen.

35 Vgl. am Beispiel der Transplantationsmedizin etwa *H. Lang*, Probleme der rechtsstaatlichen Einbindung der Transplantationsmedizin, in: Höfling (Hrsg.), Die Regulierung der Transplantationsmedizin in Deutschland – eine kritische Bestandsaufnahme nach 10 Jahren Transplantationsgesetz, 2008, S. 61 ff.; *H. Lang*, in: Höfling (Hrsg.), TPG-Kommentar, § 11 Rn. 60 ff.; *Lang*, Deregulierte Verantwortungslosigkeit?, s. oben Fn. 33, S. 269 ff.

36 Vgl. dazu im Überblick insbesondere *E. Deutsch/ A. Spickhoff*, Medizinrecht, 2008, S. 174 ff. (Rn. 265 ff.).

37 *Gethmann et al.*, Gesundheit, s. oben Fn. 1, S. 151.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Grundrechtsschutz wird institutionell zudem dadurch verwirklicht, dass Verantwortungsdiffusion und Kompetenzverschiebungen durch entsprechend klare Bestimmungen weitestgehend ausgeschlossen werden. Konkret widerstreitet dies etwa den bereits beschriebenen Tendenzen, relevante Verteilungs- oder Begrenzungsentscheidungen aus dem Bereich des staatlich Verantworteten zu verlagern und dem medizinischen Subsystem zu übertragen.[38] Gerade weil die entsprechenden Ressourcenverwendungen nicht unmittelbar verfassungsrechtlich festgeschrieben sind, bedarf es diesbezüglich politischer Kontroversen und parlamentarisch verantworteter Richtungsentscheidungen.

III Vorgaben des Verfassungsrechts für die wunscherfüllende Medizin

Die vorgenommene Ausrichtung an grundrechtlichen Direktiven führt damit prima facie nicht zu einer signifikanten Veränderung des Gesundheitsrechts. Allerdings verdeutlicht sie gegenüber einer stärker objektivrechtlich (insbesondere auf das Sozialstaatsprinzip bezogenen) Perspektive die Bedeutung von Individualität und Eigenverantwortlichkeit (auch) im Gesundheitssystem. „Besser als jede Bezugnahme auf das Sozialstaatsprinzip, bei der sich nicht selten Fehlvorstellungen übertriebener staatlicher Fürsorge und Rundumbetreuung einschleichen, verweist die grundrechtliche Fundierung eines jedermann zustehenden unverzichtbaren Leistungsstandards darauf, daß dem Anspruch auch eine Verantwortung entspricht.“[39] Gerade die Bezugnahme auf die Hilfsbedürftigkeit, die dem Gedanken eines (gesundheitsbezogenen) Existenzminimums zugrunde liegt, verdeutlicht dies. Insofern entspricht es durchaus der Logik einer grundrechtlichen Begründung des Leistungsspektrums, dieses nicht grenzenlos solidarisch auszugestalten, sondern im Gegenteil gerade Möglichkeiten vorzusehen, das staatlich festgelegte Mindestniveau individuell anzupassen. Die Varianz nimmt dabei verständlicherweise zu, je weiter die angebotenen Gesundheitsleistungen die verfassungsnormativ eingeforderte Grundversorgung übersteigen. Deshalb ist es wichtig, an dieser Stelle zwischen zwei Erscheinungsformen moderner medizinischer Behandlung zu unterscheiden: Die sogenannte *individualisierte* Medizin beinhaltet zu-

38 Vgl. in diesem Sinne schon *Höfling/ Augsberg*, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, s. oben Fn. 15, S. 45 ff. mit weiteren Nachweisen.

39 *Gethmann et al.*, Gesundheit, s. oben Fn. 1, S. 151.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nächst noch keine Erweiterung des als behandlungsbedürftig Angesehenen, sondern nur des Therapiespektrums. Sie verlangt eine genauere Anpassung der therapeutischen Optionen an den einzelnen Patienten, verbleibt aber prinzipiell im Rahmen des bisherigen Leistungsangebots. (Verfassungs-)Rechtlich geht es deshalb weniger um Eigenverantwortung als um die Frage, inwieweit (unter Umständen erhebliche) Zusatzkosten durch einen entsprechenden Zusatznutzen ausgeglichen werden und ob sich hieraus ein Behandlungs- bzw. Kostenübernahmeanspruch ergeben könnte.[40] Demgegenüber steht bei der sogenannten *wunscherfüllenden* Medizin nicht die Behandlung pathologischer Zustände (Heilbehandlung), sondern die individuell gewünschte Veränderung oder Verbesserung („enhancement") des Körpers im Vordergrund.[41] Der schon bislang im Gesundheitsrecht zentrale Bezug auf den Patientenwillen wird damit zum allein tragenden movens der Behandlung. Eine (verfassungsbasierte) Pflicht zur Übernahme der entsprechenden Kosten lässt sich auf dieser Basis nicht begründen; der prinzipiellen Eigenverantwortung entspricht hier auch eine konkrete Kostenverantwortung. Schwierigkeiten entstehen allerdings dort, wo die Grenzen zwischen der bloßen Wunscherfüllung und der Heilbehandlung verwischen. Das betrifft insbesondere die – medizinisch nunmehr indizierten –Behandlungsmaßnahmen, wenn eine wunscherfüllende Maßnahme „schiefgegangen" ist. Diesbezüglich ist mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz[42] ein neuer § 52 Abs. 2 in das SGB V eingefügt worden. Darin wird den Krankenkassen die Möglichkeit zugestanden, „die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern", wenn diese sich „eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen" haben. An dieser Regelung ist nicht nur ihr selektiver Charakter problematisch.[43] Sie

40 Vgl. dazu etwa *W. H. Eberbach*, Juristische Aspekte einer individualisierten Medizin, Medizinrecht 2011, S. 757 ff.; siehe auch die Beiträge in: *Duttge et al.* (Hrsg.), Genetische Individualität im Recht, 2012.

41 Vgl. hierzu etwa *W. H. Eberbach*, Die Verbesserung des Menschen – Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin, Medizinrecht 2008, S. 325 ff.

42 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007, BGBl. I 2007, S. 378.

43 Kritisch etwa die Einbecker Empfehlungen der DGMR zu Rechtsfragen der wunscherfüllenden Medizin, Medizinrecht 2009, S. 41.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

kann auch als Ausdruck einer noch weitgehend unreflektierten, namentlich auch die grundrechtlichen Grundlagen allenfalls sehr oberflächlich in den Blick nehmenden Orientierung des Gesetzgebers an dem opaken Konzept der gesundheitlichen Eigenverantwortung verstanden werden.[44]

IV Fazit

Ein (unmittelbar verfassungsbasiertes) Recht auf Gesundheit ist nach alledem nicht anzuerkennen. Aus der Betrachtung der grundrechtlichen Basis des Gesundheitssystems ist aber ein Argument für eine Stärkung der Eigenverantwortung zu gewinnen: Nicht nur als Bürger im Rahmen der kollektiven Selbstbestimmung im demokratischen System, sondern auch im Kontext der individuellen Gesundheitsfürsorge besitzt das Prinzip der Selbstverantwortung maßgebliche Bedeutung. Dem modernen Gewährleistungsgedanken[45] entsprechend ist deshalb der (Sozial-)Staat auch und gerade aus der Perspektive grundrechtlichen Schutzes nicht zur umfassenden Erfüllung gesundheitsbezogener Aufgaben verpflichtet, sondern kann diese (gegebenenfalls durch Versicherungssysteme mediatisiert) auch privatwirtschaftlicher bzw. gesellschaftlicher Eigenwahrnehmung überantworten, solange er durch eine hinreichende staatliche Vorstrukturierung und Kontrolle deren adäquates Funktionieren garantiert.[46] Der individuellen Eigenverantwortung entspricht damit auch im Gesundheitswesen eine staatliche Gewährleistungsverantwortung. Diese Kombination kann dazu

---

44 Vgl. entsprechend kritisch auch *W. Höfling*, Gesundheitliche Eigenverantwortung, in: Schumpelick/ Vogel, Volkskrankheiten. Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, 2009, S. 514 ff.; vgl. *S. Rixen*, Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht – Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung, in diesem Band.

45 Grundlegend *M. Eifert*, Grundversorgung mit Telekommunikationsleistungen im Gewährleistungsstaat, 1998.

46 Vgl. dazu ausführlich *A. K. Weilert*, Gewährleistungsstaat und Gesundheitsverantwortung, in diesem Band.; siehe auch schon *Gethmann et al.*, Gesundheit, s. oben Fn. 1, S. 170. Siehe auch dort, S. 175: „Dieser Gedanke vermeidet es einerseits, den Staat mit daseinsvorsorgenden Aufgaben zu überlasten; er achtet aber darauf, daß sich der Staat andererseits seiner Verantwortung für die Förderung des Gemeinwohls nicht entziehen kann. Vielmehr werden neue Formen staatlich-gesellschaftlicher Kooperation gesucht, durch die die Erbringung notwendiger Leistungen unter stärkerer Einschaltung privatwirtschaftlicher, im Grundsatz marktbezogener Mechanismen sichergestellt wird.“.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

beitragen, das bestehende System in grundrechtskonformer Weise weiterzuentwickeln.

V Zusammenfassende Bewertung in vier Thesen

1. Die Grundrechte bilden die Basis aller im Gesundheitssystem getroffenen Entscheidungen. Ihre konkreten Wirkungen sind allerdings dem Charakter der Verfassung als einer Rahmenordnung entsprechend begrenzt. Dem Gesetzgeber kommt deshalb ein breiter Gestaltungsspielraum zu.
2. Originäre wie derivative Leistungsansprüche sind aus dem Grundgesetz nur in Ausnahmefällen abzuleiten. Gegenüber dem einfachgesetzlich niedergelegten Leistungsangebot weitergehende Ansprüche sind deshalb kaum zu begründen.
3. Selbständige Bedeutung besitzen die Grundrechte namentlich im Hinblick auf die Ausgestaltung der im Gesundheitssystem verwendeten Organisations- und Verfahrenstypen. Darüber hinaus drängen sie allgemein auf Transparenz, Verständlichkeit und Verantwortungsklarheit.
4. Die grundrechtliche Perspektive ruft die Bedeutung der Eigenverantwortung in Erinnerung. Deren konkrete Auswirkungen sind allerdings – insbesondere in in der Entwicklung befindlichen medizinischen Bereichen – noch weitgehend unklar.

Literatur

Augsberg, *Ino*, Multi-, inter-, transdisziplinär? Zum Erfordernis binnenjuristischer Metaregeln für den Umgang mit extrajuridischem Wissen im Verwaltungsrecht, in: ders. (Hrsg.), Extrajuridisches Wissen im Verwaltungsrecht. Analysen und Perspektiven, Tübingen 2013, S. 3-33.

Augsberg, Ino/ Augsberg, Steffen, Kombinationsgrundrechte. Die Verkoppelung von Grundrechtstatbeständen als Herausforderung für die Grundrechtsdogmatik, Archiv des öffentlichen Rechts Nr. 132 (2007), S. 539-581.

Augsberg, Steffen, Die Bundesärztekammer im System der Transplantationsmedizin, in: W. Höfling (Hrsg.), Die Regulierung der Transplantationsmedizin in Deutschland – eine kritische Bestandsaufnahme nach 10 Jahren Transplantationsgesetz, Tübingen 2008, S. 45-59.

Augsberg, Steffen, Kooperative Wissensgenerierung im Gesundheitsrecht – Zum Umgang der Sozialgerichte mit Evidenzbasierter Medizin, Gesundheitsrecht Nr. 10 (2012), S. 595-601.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Bader, Mathis, Organmangel und Organverteilung, Tübingen 2010.

Bohmeier, André/ Penner, Andreas, Die Umsetzung des Nikolaus-Beschlusses durch die Sozialgerichtsbarkeit – Fortentwicklung und Widersprüche zu den Vorgaben des BVerfG, Wege zur Sozialversicherung (2009), S. 65-77.

Dannecker, Gerhard/ Streng, Anne F., Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, Juristenzeitung Nr. 9 (2012), S. 444-452.

Deutsch, Erwin/ Spickhoff, Andreas, Medizinrecht, 6. Aufl., Berlin 2008.

Dörries, Andreas/ Lipp, Volker (Hrsg.), Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis, im Erscheinen.

Dreier, Horst (Hrsg.), Grundgesetz, Bd. 2, 2. Aufl., Tübingen 2006.

Duttge, Gunnar et al. (Hrsg.), Genetische Individualität im Recht, Göttingen 2012.

Eberbach, Wolfram H., Die Verbesserung des Menschen – Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin, Medizinrecht Nr. 26 (2008), S. 325-336.

Eberbach, Wolfram H., Juristische Aspekte einer individualisierten Medizin, Medizinrecht Nr. 29 (2011), S. 757-770.

Eifert, Martin, Grundversorgung mit Telekommunikationsleistungen im Gewährleistungsstaat, Baden-Baden 1998.

Francke, Robert/ Hart, Dieter, Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilversuche. Zugleich eine Besprechung der Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 und die Skizzierung eines Regulierungsmodells, Medizinrecht Nr. 24 (2006), S. 131-138.

Gellermann, Martin, Grundrechte im einfachgesetzlichen Gewand. Untersuchung zur normativen Ausgestaltung der Freiheitsrechte, Tübingen 2000.

Gethmann, Carl F. et al., Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Berlin 2004.

Gutmann, Thomas, Für ein neues Transplantationsgesetz. Eine Bestandsaufnahme des Novellierungsbedarfs im Recht der Transplantationsmedizin, Berlin 2006.

Gutmann, Thomas, Für eine prinzipielle Neuausrichtung des Transplantationsrechts, in: C.-D. Middel et al. (Hrsg.), Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts, München 2010, S. 17-40.

Hermes, Georg, Das Grundrecht auf Schutz von Leben und Gesundheit. Schutzpflicht und Schutzanspruch aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, Heidelberg 1987.

Höfling, Wolfram, Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat. Eine Problemskizze, in: G. Feuerstein/ E. Kuhlmann (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1998, S. 143-156.

Höfling, Wolfram, Verteilungsgerechtigkeit in der Transplantationsmedizin?, Juristenzeitung Nr. 10 (2007), S. 481-486.

Höfling, Wolfram, Der Gesundheitsgewährleistungsstaat: Staatstheoretische und verfassungsrechtliche Überlegungen, in: V. Schumpelick/ B. Vogel (Hrsg.), Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven, Freiburg im Breisgau 2008, S. 110-120.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Höfling, Wolfram, Gesundheitliche Eigenverantwortung. Anmerkungen zu einer schwierigen Kategorie, in: V. Schumpelick/ B. Vogel, Volkskrankheiten. Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Freiburg im Breisgau 2009, S. 514-526.

Höfling, Wolfram, Aspekte der Richtlinienerstellung nach § 16 TPG, in: C.-D. Middel et al. (Hrsg.), Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts, München 2010, S. 63-68.

Höfling, Wolfram (Hrsg.), Kommentar zum Transplantationsgesetz, 2. Aufl., Berlin 2013.

Höfling, Wolfram/ Augsberg, Steffen, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unter Finanzierungsvorbehalt? Verfassungsrechtliche Determinanten indirekter und direkter Rationierung im Gesundheitswesen, Zeitschrift für medizinische Ethik Nr. 55 (2009), S. 45-60.

Hufen, Friedhelm, Berufsfreiheit – Erinnerung an ein Grundrecht, Neue Juristische Wochenschrift Nr. 47 (1994), S. 2913-2922.

Huster, Stefan, Anmerkung zu BVerfG vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98 (Leistungspflicht der GKV für neue Behandlungsmethoden), Juristenzeitung Nr. 61 (2006), S. 466-468.

Huster, Stefan, Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Berichte und Abhandlungen, Bd. 10, Berlin 2006, S. 361-382.

Isensee, Josef/ Kirchhof, Paul (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. 2: Verfassungsstaat, 3. Aufl., Heidelberg 2004.

Jestaedt, Matthias, Grundrechtsentfaltung im Gesetz. Studien zur Interdependenz von Grundrechtsdogmatik und Rechtsgewinnungstheorie, Tübingen 1999.

Kingreen, Thorsten, Gesundheit ohne Gesetzgeber? Verfassungsrechtliche Vorgaben für Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen, in: T. Kingreen/ B. Laux (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, Berlin 2008, S. 147-178.

Kingreen, Thorsten, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer 70 (2010), S. 152-194.

Kirchhof, Paul, Gerechte Verteilung medizinischer Leistungen im Rahmen des Finanzierbaren, Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 14 (3.4.1998), S. 200-204.

Kirchhof, Paul, Ein Recht auf Gesundheit?, in: V. Schumpelick/ B. Vogel (Hrsg.), Volkskrankheiten. Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Freiburg im Breisgau 2009, S. 33-64.

Ladeur, Karl-Heinz, Wissenserzeugung im und durch Recht – das Problem der „evidenzbasierten Medizin", Gesundheitsrecht Nr. 10 (2011), S. 455-459.

Lang, Heinrich, Deregulierte Verantwortungslosigkeit? Das Transplantationsrecht im Spannungsfeld von Kostendruck, regulierter Selbstregulierung und staatlicher Funktionsverantwortung, Medizinrecht Nr. 23 (2005), S. 269-279.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Lang, Heinrich, Probleme der rechtsstaatlichen Einbindung der Transplantationsmedizin (Aufsicht, Rechtsschutz), in: W. Höfling (Hrsg.), Die Regulierung der Transplantationsmedizin in Deutschland – eine kritische Bestandsaufnahme nach 10 Jahren Transplantationsgesetz, Tübingen 2008, S. 61-71.

Mangoldt, Hermann von/ Klein, Friedrich/ Starck, Christian (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, Bd. 2, 6. Aufl., Berlin 2010.

Meinke, Monika M., In Verbindung mit. Die Verbindung von Grundrechten miteinander und mit anderen Bestimmungen des Grundgesetzes in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, Berlin 2006.

Neft, Hans, Novellierung des Transplantationsgesetzes: eine herkulische Aufgabe?, Neue Zeitschrift für Sozialrecht Nr. 19 (2010), S. 16-25.

Neumann, Volker, Der Grundrechtsschutz von Sozialleistungen in Zeiten der Finanznot, Neue Zeitschrift für Sozialrecht Nr. 7 (1998), S. 401-411.

Padé, Christiane, Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Lebensgefahr und tödlich verlaufenden Krankheiten. Umsetzung des „Nikolaus-Beschlusses" des Bundesverfassungsgerichts für die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, Neue Zeitschrift für Sozialrecht Nr. 16 (2007), S. 352-358.

Pestalozza, Christian, Das Recht auf Gesundheit. Verfassungsrechtliche Dimensionen, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 50 (2007), S. 1113-1118.

Rixen, Stephan, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht am Beispiel des Leistungserbringerrechts der gesetzlichen Krankenversicherung, Tübingen 2005.

Sachs, Michael (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 6. Aufl., München 2011.

Schmidt-Aßmann, Eberhard, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin/ New York 2001.

Schroth, Ulrich et al. (Hrsg.), Kommentar zum Transplantationsgesetz, München 2005.

Stein, Ekkehart et al. (Hrsg.), Alternativkommentar zum Grundgesetz, Loseblatt, Neuwied.

Steiner, Udo, Das Bundesverfassungsgericht und die Gesundheit der Deutschen, in: T. Kingreen/ B. Laux (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, Berlin 2008, S. 129-145.

Taupitz, Jochen, Ressourcenknappheit in der Medizin – Hilfestellung durch das Grundgesetz?, in: H.-W. Arndt et al. (Hrsg.), Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, Öffentliche Recht und Strafrecht. Mannheimer Fakultätstagung über 50 Jahre Grundgesetz, Heidelberg 1999, S. 113-133.

Wenner, Ulrich, Rationierung, Priorisierung, Budgetierung: verfassungsrechtliche Vorgaben für die Begrenzung und Steuerung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsrecht Nr. 8 (2009), S. 169-181.

Wollenschläger, Ferdinand, Verteilungsverfahren. Die staatliche Verteilung knapper Güter: Verfassungs- und unionsrechtlicher Rahmen, Verfahren im Fachrecht, bereichsspezifische verwaltungsrechtliche Typen- und Systembildung, Tübingen 2010.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Darf der Staat seine Bürger zur Gesundheit erziehen – oder verbieten dies die Freiheitsgrundrechte?

Claus-Dieter Middel

Was die Musik betrifft, so stellte einmal Edward W. Said fest, zeige sich ihre Disziplin in so vielen Dingen von ihrer ernsten oder strengen Seite, dass sich niemand darüber wundert, warum gerade die Sonatenhauptsatzform als die disziplinierende Grundform einer restriktiven Themenverarbeitung so viel Bedeutung erlangen konnte.[1] Im übertragenen Sinne dürften alle, die es für selbstverständlich erachten, dass der Staat ein Mandat zur Erziehung seiner Bürger hat, wenig Anlass sehen, sich über die entsprechenden Steuerungsinstrumente Gedanken zu machen. Denn der Staat nutzt, so Paul Kirchhof zur Frage der geistigen Herrschaftsausübung, alle in der gesellschaftlichen Wirklichkeit verfügbaren organisatorischen, wirtschaftlichen und psychologischen Mittel, um seine Verwaltungsziele zu erreichen.[2] Im Folgenden geht es um eine Kommunikationsform des Staates, die über schlichtes Verwaltungshandeln als öffentlichkeitsbezogene Information hinausgeht, nämlich die staatliche Förderung von Sozialmoral. Es geht damit um das normative Problem, ob der Staat das legitime Ziel der Gesundheitsförderung mit Hilfe sogenannten edukatorischen Staatshandelns umsetzen darf. Die zu traktierende Frage lautet: „Darf der Staat seine Bürger zur Gesundheit erziehen (oder verbieten dies die Freiheitsgrundrechte)?“ Ziel ist es, grundsätzliche Überlegungen, welche Legitimation der Staat besitzt, um auf grundrechtliche Einstellungsfreiheiten und lebensstilbezogene Faktoren einzuwirken, auf das Referenzbeispiel des Gesundheitsverhaltens anzuwenden. Dieser Fragestellung wird in sechs Abschnitten nachgegangen: I Gegenstand: Medizinische Versorgung und soziale Gesundheitsfaktoren; II Begriff: Edukatorisches Staatshandeln als heuristischer Terminus; III Problemlage: Recht, Moral und staatliche Gesinnungslenkung; IV Zuständliche Ordnung: Legitimität und Reichwei-

1 *E. W. Said*, Der wohltemperierte Satz. Musik, Interpretation und Kritik, 1995, S. 131.

2 *P. Kirchhof*, Verwalten durch „mittelbares“ Einwirken, 1977, S. 7.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

te edukatorischen Staatshandelns; V Gesetzte Ordnung: Gesundheitserziehung und staatliche Bevormundung, VI Drei letzte Anmerkungen: Vom Maß und dem Bemessenen. Freilich kann es sich hier nur um eine erste – und locker geknüpfte – Annäherung an die Thematik handeln. Deshalb wird am Ende der Abhandlung ein Ausblick auf die Fragen gegeben, die weiterhin einer Klärung bedürfen.

I Gegenstand: Medizinische Versorgung und soziale Gesundheitsfaktoren

Gesundheit ist kein beliebiges Gut. Angesichts des herausgehobenen Charakters des (konditionalen oder transzendentalen) Guts Gesundheit besteht einerseits eine besondere Verpflichtung der Gesellschaft, für alle den gleichen Zugang zu Versorgungsleistungen sicherzustellen.[3] Andererseits besteht eine besondere Verpflichtung für den Einzelnen, mit den von der Gemeinschaft solidarisch zur Verfügung gestellten Ressourcen verantwortungsvoll umzugehen.[4] Insoweit sprechen durchaus gute Gründe dafür, den Sozialstaat auch – und vielleicht sogar vorrangig – auf die Erhaltung der Gesundheit seiner Bürger zu verpflichten.[5] Diesbezüglich sind grosso modo zwei Handlungsbereiche zu unterscheiden: zum einen die Gewährleistung der medizinischen Versorgung, zum anderen die Beeinflussung sozialer Gesundheitsfaktoren. Allerdings wird diesen Bereichen in der gesundheitspolitischen Diskussion eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen.

Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ist der Schutz des Einzelnen in Fällen von Krankheit in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Grundaufgabe des Staates.[6] Entsprechend genießt die Gewährleistung der medizinischen Versorgung allgemein einen außerordentlich hohen Stellenwert. Sie zielt auf den Einzelfall und ist begründet durch die objektivrechtliche Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor das Rechtsgut des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit

3 Vgl. dazu *S. Augsberg*, Grundversorgung oder Wunscherfüllung? Grundrechtliche Vorgaben für die staatliche Gesundheitsfürsorge, in diesem Band.

4 *C. Hick*, Medizinethisches Argumentieren, in: ders. (Hrsg.), Klinische Ethik, 2007, S. 267 (293).

5 *S. Huster*, Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht, Gesundheits- und Sozialpolitik 2012, S. 23 (23).

6 BVerfG 2005, Beschluss vom 6.12.2005, 1 BvR 347/98, Rn. 52.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

zu stellen.[7] Die maßgeblichen Normen sind bekanntlich Art. 2 Abs. 1 u. 2 GG in Verbindung mit der Sozialstaatsklausel in Art. 20 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 GG.

Da weiterhin nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts das Leben einen Höchstwert innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung darstellt, besteht ein Leistungsanspruch des GKV-Versicherten selbst im Falle noch nicht anerkannter Behandlungsmethoden. Dies jedenfalls dann, wenn für eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zu Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.[8]

Damit wird deutlich, dass auch im Gesundheitsrecht der individuellen Freiheit und den individuellen Rechten ein normativer Vorrang eingeräumt wird. Da es aber starke Indizien für die These gibt, dass der Gesundheitszustand einer Population umso schlechter ist, je stärker die soziale Ungleichheit ausgeprägt ist,[9] stellt sich vermehrt die Frage, welchen Einfluss der Sozialstatus auf die Ermöglichung der Inanspruchnahme dieser Rechte hat. Allerdings wurde der Beeinflussung sozialer Gesundheitsfaktoren als sozialpolitischem Handlungsbereich bislang weniger Bedeutung beigemessen als der Gewährleistung medizinischer Versorgung im Einzelfall. Das bedeutet, dass das Gesundheitsrecht durchaus blind sein kann für die Existenz eines ausgeprägten sozialen Gesundheitsgradienten[10] bzw. von sozialen Gesundheitsfaktoren.

Wie verschiedentlich dargelegt,[11] lassen sich die sozialen Gesundheitsfaktoren grob in zwei Gruppen unterteilen, nämlich in soziale Rahmenbedingungen, beispielsweise das Wohnumfeld oder das Arbeitsumfeld, sowie in lebensstilbezogene Gesundheitsfaktoren, beispielsweise Alkohol- und Nikotinkonsum, Ernährung und Bewegung. Jedoch dürfte schon die Zielgröße in diesem sozialpolitischen Handlungsbereich fraglich sein: Ist es die allgemeine Gesundheit, die öffentliche Gesundheit, die Gesundheit der Bevölkerung oder – was schon aus historischen Gründen schwierig

---

7 *Huster*, Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht, s. oben Fn. 5, S. 23 (23).
8 BVerfG 2005, Rn. 56.
9 *S. Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, 2011, S. 58.
10 *Huster*, a.a.O., S. 56.
11 Vgl. dazu *S. Siegrist*, Sozial ungleiche Gesundheitschancen: Prävention als solidarisches Handeln, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wäre – die Volksgesundheit? Und welchen normativen Gehalt sollte ein derartiges Rechtsgut in einer freiheitlichen Ordnung haben? Die „Gesundheit der Bevölkerung“ ließe sich unter den hierzulande gegebenen Bedingungen allenfalls als Sammelbezeichnung für das Wohlergehen jedes einzelnen Bürgers verstehen.

In rechtlicher Hinsicht sind für diesen sozialpolitischen Handlungsbereich folgende auf die Gesundheitsförderung bezogenen Vorschriften des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) von besonderer Bedeutung:

- Nach § 20 Abs. 1 S. SGB V sollen Leistungen zur Primärprävention den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.
- § 1 S. 2 SGB V normiert eine Mitverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.
- § 52 SGB V legt Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden fest. Zu den risiko- und kostenerhöhenden Tatbeständen gehören begangene Verbrechen oder vorsätzliche Vergehen (Abs. 1) sowie medizinisch nicht indizierte ästhetische Operationen, Tätowierungen oder Piercings (Abs. 2).
- In diesem Zusammenhang statuiert § 294 a Abs. 2 SGB V, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet sind, den Krankenkassen die erforderlichen Daten für den Fall mitzuteilen, dass Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Abs. 2 gegeben sind.

Nach den Vorgaben des SGB V hebt also die staatliche Beeinflussung sozialer Gesundheitsfaktoren im Hinblick auf die Zielgröße „Gesundheit der Bevölkerung“ weniger auf die Verantwortung der Gesellschaft für die sozialen Rahmenbedingungen als vielmehr auf die Verantwortung des Einzelnen für seinen Lebensstil ab. Das heißt in letzter Konsequenz: Die Bür-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ger werden, durchaus in ihrem eigenen Interesse,[12] zu einer gesundheitsbewussteren Lebensführung gedrängt, erzogen oder sogar gezwungen.[13] Das normative Problem besteht darin, ob der freiheitliche, säkularisierte Staat, der ja zur Neutralität gegenüber den unterschiedlichen Lebensformen und -entscheidungen verpflichtet wäre, das legitime Ziel der Gesundheitsförderung auf diese Weise umsetzen darf. Damit ist die Frage nach einem geeigneten Steuerungsinstrument gestellt.

II Begriff: Edukatorisches Staatshandeln als heuristischer Terminus

Die oben genannten Vorschriften des SGB V sind darauf ausgerichtet, neben einer Veränderung von Einstellungen, § 1 S. 2 SGB V in Verbindung mit § 52 SGB V, und über einen bestimmten Erwartungsdruck hinaus auch eine Kontrolle der Einhaltung bestimmter Verhaltensregeln zu bewirken, § 294 a Abs. 2 SGB V. Die Verletzung dieser sozialrechtlichen Vorschriften kann zu einer Kostenbeteiligung führen und auf diese Weise einen Konformitätsdruck bedingen, der weit wirksamer sein kann als die klassischen Zwangsmittel des Rechts.[14] Da hier der Einzelne nicht nur als Mitglied der Rechtsgemeinschaft, sondern als soziale Person zur Diskussion steht, ist hier erstens ein Grundzug zu erkennen, der ohne große Mühe unter den Begriff der Erziehung gefasst werden kann,[15] und zweitens ein entsprechend motivierter staatlicher Zugriff auf die innerhalb der Gesellschaft gültigen Standards zu verzeichnen.[16]

Das heißt, dass die pädagogischen Ambitionen des Staates durch die Förderung sozialmoralischer Verhaltensregeln umgesetzt werden sollen. Diese staatliche Steuerungsperspektive tendiert wegen ihres erzieherischen Grundzuges dazu, den Bürger enger an Staat und Recht zu binden,

---

12 Vgl. dazu *S. Rixen*, Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht – Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung, in diesem Band, S. 330: „§ 1 SGB V erweist sich als rechtstechnisch verdichtete Beschreibung des Problems, die Idee der Gesundheitssicherung in konkreten institutionell organisatorischen Gefügen so umzusetzen, dass der soziale Kontext in den Blick gerät, unter denen Selbstbestimmung ausgeübt wird.“.

13 *Huster*, Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht, s. oben Fn. 5, S. 23 (27).

14 *J. Lüdemann*, Edukatorisches Staatshandeln. Steuerungstheorie und Verfassungsrecht am Beispiel der staatlichen Förderung von Abfallmoral, 2004, S. 105.

15 *U. Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, 2012, S. 12.

16 *Lüdemann*, Edukatorisches Staatshandeln, s. oben Fn. 14, S. 106.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

als es einer reinen Legalitätsvorstellung entspricht. Wird der Staat − das lässt sich etwa am Beispiel des Nichtraucherschutzes oder den Maßnahmen der AIDS-Prävention zeigen – in diesem Sinne erzieherisch tätig, versucht er, Einfluss zu nehmen auf die Moral der Bürger und sie in eine bestimmte Richtung zu lenken oder zu programmieren.[17] Als weitere Beispiele seien hier die Entwicklungen im Privatrecht (insbesondere die Regelungen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes), im Handels- und Gesellschaftsrecht (etwa die Regelungen für Compliance und Corporate Governance), im Vergaberecht (verstärkte Berücksichtigung sogenannter vergabefremder Kriterien), im Ausländerrecht (Förderung der Integration) sowie im Umweltrecht (Förderung des Umweltbewusstseins) genannt.[18] Die in diesen Entwicklungen zum Ausdruck kommende staatliche Förderung von Sozialmoral soll hier wie im Folgenden als edukatorisches Staatshandeln bezeichnet werden.

In erster Annäherung kann also unter dem Begriff des edukatorischen Staatshandelns die sachliche Einflussnahme des Staates auf die private Lebensgestaltung seiner Bürger verstanden werden, die auf eine Änderung innerer Einstellungen zielt. Diese staatliche Förderung von Sozialmoral ist wegen ihrer Steuerungszwecke kein schlichtes Verwaltungshandeln im Sinne individualbezogenen oder öffentlichkeitsbezogenen Informationshandelns. Sie ist folglich keine Information über die Wahrnehmung einer Staatsaufgabe, sondern vielmehr selbst Staatstätigkeit.[19] Der Staat versucht, auf die Ausbildung und Festigung moralischer Verhaltensregeln einzuwirken, indem er zum einen über die Vermittlung von Problemwissen hinaus das Eigeninteresse des Einzelnen forciert und zum anderen sozialmoralische Standards zu etablieren versucht.[20] Insoweit geht es bei edukatorischem Staatshandeln weniger um exekutiven Normenvollzug, als um pädagogisch ambitionierte Normgebung. Anders gesagt: Funktional betrachtet weist edukatorisches Staatshandeln deutlich größere Nähe zur Gesetzgebung als zum Verwaltungshandeln auf, kann also cum grano salis „Normgebung in anderem Gewande“ sein.[21] Insoweit bietet es sich an, den Begriff des edukatorischen Staatshandelns nicht als eine Bezeichnung für eine eigene Handlungsform, sondern als einen heuristischen Terminus

17 *Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, s. oben Fn. 15, S. 15.
18 *Volkmann*, a.a.O., S. 9 ff.
19 *Lüdemann*, Edukatorisches Staatshandeln, s. oben Fn. 14, S. 90.
20 *Lüdemann*, a.a.O., S. 93 f. und S. 99.
21 *Lüdemann*, Edukatorisches Staatshandeln, s. oben Fn. 14, S. 127.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

für die Bemühungen des Staates aufzufassen, soziale Normen zu statuieren und seine Bürger zu Vollzugshelfern dieser Verhaltensregeln zu machen.[22]

III Problemlage: Recht, Moral und staatliche Gesinnungslenkung

Hat der Staat überhaupt ein Mandat, seine Bürger zur Gesundheit zu erziehen? Auf diese Frage gibt es in rechtlicher Hinsicht eine klare Antwort: Außerhalb des schulischen Erziehungsauftrags gibt es kein allgemeines verfassungsrechtliches Mandat zur Erziehung seiner Bürger, auf das der Staat sich stützen könnte.[23] Jedoch regelt das Recht das äußere Verhalten, weshalb der Staat in Fragen besonders gewichtiger Gemeinschaftsgüter eingreifen darf, so auch in Gesundheitsfragen, soweit die Interessen Dritter oder der Allgemeinheit betroffen sind. Wirkt aber der Staat erzieherisch auf den Einzelnen mit dem Ziel ein, „ungehöriges, aber sonst noch nicht unmittelbar verbotenes Verhalten zurückzudrängen, letztlich also darum, das zu erzwingen, was man früher einfach Sitte oder Anstand nannte“[24], nimmt er eine bestimmte Bewertungskompetenz in Anspruch und bewegt sich damit zumindest in einem Bereich zwischen Recht und Moral. Dann zielt staatliches Handeln nicht mehr nur auf ein äußerlich rechtstreues Verhalten, sondern auf die Internalisierung bestimmter Normen, also auf die persönlichen Einstellungen und Gesinnungen der Bürger. Allerdings kann der Staat seine verhaltenssteuernden Absichten nur über die Beeinflussung gesellschaftlicher Kommunikation umsetzen, er muss deshalb informieren, überzeugen, appellieren und – gegebenenfalls in einem finanziellen Kontext – motivieren.[25] Entscheidend ist hier, unter welchen Voraussetzungen der Staat in Gesundheitsfragen seinen Bürgern sozialmoralische Verhaltensweisen nahe bringt, und ob er dabei die individuelle Autonomie achtet oder versucht, die Internalisierung von Einstellungen zu manipulieren und ungewollte Überzeugungen aufzuzwängen.[26] Jedenfalls dürfen den Bürgern durch edukatorisches Staatshandeln bestimmte Einstellungen nicht deutlich intensiver aufgedrängt werden als

22 *Lüdemann*, a.a.O., S. 100.
23 *Lüdemann*, a.a.O., S. 137.
24 *Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, s. oben Fn. 15, S. 10 f.
25 *Lüdemann*, Edukatorisches Staatshandeln, s. oben Fn. 14, S. 131.
26 *Lüdemann*, a.a.O., S. 113.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

durch jedes andere Steuerungsinstrument des Staates. Dogmatisch formuliert muss also die mit edukatorischem Staatshandeln einhergehende Freiheitsbeeinträchtigung unterhalb der grundgesetzlichen Bagatellgrenze liegen.[27] Deshalb ist es unerheblich, dass der Staat sich nicht auf die Weitergabe von Problemwissen oder Sachinformationen beschränkt, sondern zugleich Wertungen und Appelle kommuniziert. Weder kontrolliert der Staat hier die Einhaltung bestimmter Verhaltenserwartungen noch sanktioniert er unerwünschtes Verhalten unmittelbar.[28] Gleichwohl ist beachtlich, dass die Sanktionierung unerwünschten Verhaltens aus dem Bereich staatlicher Rechtsprechung in die gesellschaftliche Sphäre überführt werden könnte. Dies würde einen Wechsel der Sollensordnungen bedeuten, der zugleich das rechtsstaatliche Distanzgebot und den Rechtsfrieden tangierte.[29]

Damit ist die Problemlage edukatorischen Staatshandelns umrissen: Soweit es um das Verhältnis von Recht und Moral geht, stellt sich das Problem des Wechsels der Sollensordnungen; soweit es um die Gesellschaft geht, stellt sich das Problem der staatlichen Gesinnungslenkung; und soweit es um den Betroffenen selbst geht, stellt sich das Problem des staatlichen Paternalismus[30].

IV Zuständliche Ordnung: Legitimität und Reichweite edukatorischen Staatshandelns

Sind dem Staat kraft unserer zuständlichen Ordnung Grenzen gesetzt, die Bürger zur Tugend hinzuführen? Eine solche Frage nach den prinzipiellen Grenzen edukatorischen Staatshandelns legt nahe, den Blick auf das Grundgesetz und die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zu richten. Das Bundesverfassungsgericht hat mehrfach festgestellt, dass der Gesetzgeber zu gesetzlichen Regelungen befugt ist, die in das Grundrecht der freien Entfaltung der Persönlichkeit, Art. 2 Abs. 1 GG, eingreifen, wenn sie den Betroffenen daran hindern sollen, sich selbst einen größeren

27 Zum Begriff der Bagatellgrenze siehe: *R. Eckhoff*, Der Grundrechtseingriff, 1992, S. 253 ff.

28 *Lüdemann*, Edukatorisches Staatshandeln, s. oben Fn. 14, S. 120 und S. 122.

29 Vgl. *K. Sobota*, Das Prinzip Rechtsstaat, 1997, S. 147; S. 174 ff.; S. 504 und S. 508 f.

30 Vgl. dazu *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

persönlichen Schaden zuzufügen.[31] Dass überdies auch Moralität ein Thema für den Staat sein kann, kommt klar in zwei verfassungsgerichtlichen Entscheidungen aus dem Jahr 2008 zum Ausdruck.[32] Gemeint ist zum einen das Verbot des einverständlichen Inzests unter erwachsenen Geschwistern, zum anderen die Frage der Erzwingung des elterlichen Umgangs mit dem eigenen Kind.

Mit dem Verbot des einverständlichen Inzests unter erwachsenen Geschwistern nach § 173 Abs. 2 S. 2 StGB setzt der Staat aktiv und mit dem denkbar schärfsten Mittel des Strafrechts eine bestimmte Sozialmoral durch, dies in der Respektierung einer vermeintlich „kulturhistorisch begründeten, nach wie vor wirkkräftigen gesellschaftlichen Überzeugung von der Strafwürdigkeit des Inzestes“[33]. In der Frage der Erzwingung des elterlichen Umgangs mit dem eigenen Kind hat das Bundesverfassungsgericht nicht den Versuch als solchen als verwerflich bewertet, die tiefsten Gefühle des Vaters durch einen staatlichen Eingriff in eine andere Richtung zu lenken, sondern das konkret gewählte Mittel in der Verhältnismäßigkeitsprüfung als ungeeignet befunden.[34] Mithin hat das Bundesverfassungsgericht die Frage zustimmend beantwortet, ob der Staat mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln auch die inneren Einstellungen des Menschen verändern oder auf eine solche Veränderung hinwirken darf.[35] Beide Entscheidungen zusammenfassend ist festzustellen, dass die allgemeine Sozialmoral, das heißt der Aufbau oder Erhalt eines gesellschaftlichen Konsenses über Wertsetzungen, keine Tabuzone für den Staat ist: Er darf in den Binnenraum des Privaten intervenieren, und er darf dies in erzieherischer Absicht.

Auch aus den Grundrechten ergibt sich keine verbindliche Generallinie etwa in dem Sinne, dass den Staat die Moral seiner Bürger oder gar der Gesellschaft insgesamt nichts angeht.[36] Zwar spricht das Bundesverfassungsgericht durchaus von einem unantastbaren Kernbereich privater Le-

---

31 BVerfGE 60, 123 – Transsexuelle.

32 Vgl. *Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, s. oben Fn. 15, S. 21 ff.

33 BVerfGE 120, 224-248 f.

34 BVerfGE 121, 69 – Umgangsrecht. Der Vater war von den Familiengerichten unter Androhung eines Zwangsgeldes zum betreuten Umgang mit dem Kind verpflichtet worden. Diese – nur mit Zwangsmitteln durchzusetzende – Umgangspflicht hob das Bundesverfassungsgericht auf die Verfassungsbeschwerde des Vaters hin wieder auf.

35 *Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, s. oben Fn. 15, S. 22.

36 *Volkmann*, a.a.O., S. 17.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

bensgestaltung.[37] Dies betrifft jedoch den Schutz gegen Ausspähung und Beobachtetwerden im Zusammenhang mit polizeilichen Observations- und Ermittlungsbefugnissen. Dieser Kernbereich wird durch edukatorisches Staatshandeln nicht verletzt, dessen Zulässigkeit sich ja wesentlich nach der Legitimität der verfolgten Sachziele richtet. Insoweit könnte sich eine allgemeine Schranke edukatorischen Staatshandelns aus den Grundrechten nur noch in zweierlei Hinsicht ergeben: erstens, wenn die Grundrechte den Staat auf eine strikte Neutralität gegenüber jedwedem Wertkonzept verpflichteten; zweitens, wenn die staatlichen Einwirkungsversuche auf den Einzelnen eine Verletzung der Menschenwürde bedeuteten.

Was den ersten Fall betrifft, so ist der Staat gemäß Art. 4 Abs. 1 u. 2 GG zu strikter Neutralität in Fragen der religiösen Lebensführung und, in der eingeschränkten Bedeutung des Begriffs, der Weltanschauung verpflichtet. Ein gleichermaßen striktes Neutralitätsgebot für andere Bereiche individueller Lebensführung dürfte sich nur schwer begründen lassen.[38] Was den zweiten Fall betrifft, so wird weder im System der medizinischen Versorgung noch im Rahmen der Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik auch nur ansatzweise die Schwelle erreicht, von der an eine Verletzung der Menschenwürde auch nur diskutiert werden könnte.[39] Im Ergebnis ist festzuhalten, dass sich auch aus der Verfassung kein grundsätzliches Verbot edukatorischen Staatshandelns ableiten lässt, jedenfalls dann nicht, wenn man die bisherige Anwendungspraxis zugrunde legt.[40] Die entscheidende Frage ist folglich nicht, ob der Staat seine Bürger erziehen darf, sondern wozu und mit welchen Mitteln.

V Gesetzte Ordnung: Gesundheitserziehung und staatliche Bevormundung

Im Gesundheitsbereich wirft edukatorisches Staatshandeln zumal dort, wo es paternalistischen Charakter annimmt, besondere Probleme auf. Dies ist nicht zuletzt begründet in den Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung.

---

37 BVerfGE 109, 279-313 f. – Großer Lauschangriff; BVerfGE 120, 274-338 f. – Onlinedurchsuchung.

38 *Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, s. oben Fn. 15, S. 19.

39 *Volkmann*, a.a.O., S. 18 sowie die obigen Ausführungen zur grundgesetzlichen Bagatellgrenze.

40 *Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, s. oben Fn. 15, S. 24.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Angesichts der konkreten Auswirkungen des Prinzips der Autonomie auf die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung wird im Zweifelsfall der Patient gerade noch seinem Arzt zubilligen wollen, besser als er selbst zu wissen, was gut für ihn ist.[41] Zudem könnte sich der Patient auf den Standpunkt stellen, dass es weder ein normatives Problem darstellt, noch irgendwelche politisch-kollektiven Verantwortlichkeiten begründet, wenn er selbst, einzelne Bürger oder auch ganze Bevölkerungsschichten ihre Gesundheit durch ihr frei gewähltes Verhalten ruinieren.[42] Weiterhin dürfte er sich als erwachsener Mensch generell schwertun, mit der Erziehungsbedürftigkeit in Gesundheitsfragen zugleich eine unabgeschlossene Charakterbildung, mangelnde Reife und intellektuelle Unmündigkeit bescheinigt zu bekommen.[43] Überdies könnte der Patient anbringen, dass wir auch unabhängig vom Gesundheitsverhalten keine Pflicht haben, uns zu möglichst produktiven Mitgliedern des Gemeinwesens zu entwickeln.[44] Mit dieser groben Skizze sei auf drei grundlegende Probleme im hier interessierenden Zusammenhang hingewiesen:

- Der Versuch, die inneren Einstellungen der Bürger zu erreichen und gegebenenfalls lebensstilbezogene Gesundheitsfaktoren zu beeinflussen, wird umso problematischer, je mehr es um die Realisierung einer über die Erfordernisse bloßer Pflichten hinausweisende Tugendmoral geht.[45]
- Wenn für das individuelle Gesundheitsverhalten die Vorstellung eines rationalen Individuums zugrunde gelegt wird, das seine Präferenzen bereits geformt hat und von hier aus selbst entscheiden kann, was seinen Interessen dient, darf dabei der Prozess der Formung dieser Präferenzen nicht ausgeblendet werden.[46]
- Gesundheitsunterschiede lassen sich nicht ausschließlich und vermutlich nicht einmal vorrangig als Auswirkungen des Gesundheitsverhaltens erklären.[47]

---

41 Statt vieler: *G. Maio*, Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, 2012, S. 143 ff.
42 *Huster*, Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht, s. oben Fn. 5, S. 23 (26).
43 *Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, s. oben Fn. 15, S. 2.
44 *Huster*, Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht, s. oben Fn. 5, S. 23 (27).
45 *Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, s. oben Fn. 15, S. 40.
46 *Volkmann*, a.a.O., S. 43.
47 *Huster*, Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht, s. oben Fn. 5, S. 23 (26).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Insoweit liegt ein wesentliches Problem edukatorischen Staatshandelns in Gesundheitsfragen in der Tendenz zur Übermoralisierung im Sinne einer Praxis, die aus sich heraus keine Grenzen kennt, weshalb wieder neu auszuhandeln und festzulegen ist, wie die Verantwortung zwischen Individuum und Gesellschaft aufgeteilt werden könnte. Denn nach wie vor ist streitig, ob die Verfassung nicht nur ein Rahmen des Zusammenlebens mit bestimmten rechtstechnischen Funktionen ist, sondern eine inhaltlich bestimmte und werterfüllte Ordnung, in der sich eine Vorstellung des Guten, Richtigen und Angemessenen verkörpert, die nicht auf bloße Zweckmäßigkeit reduzierbar ist.[48] Einer solchen Auffassung wäre nämlich mit Ernst-Wolfgang Böckenförde entgegenzuhalten, dass die „Versuche einer Wertbegründung des Rechts […] im Kern das Recht stets nur auf greifbare, positiv vorhandene subjektive Wertauffassungen in der Gesellschaft oder der Gesellschaft selbst zurück[führen], ohne diesen gegenüber einen eigenen normativ-kritischen Maßstab zu enthalten“[49].

Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, edukatorisches Staatshandeln nicht normsubstituierend, sondern normenflankierend zu verstehen und entsprechend auszurichten. Im Hinblick auf Gesundheitsfragen bedeutet dies, edukatorisches Staatshandeln als Steuerungsinstrument flankierend insbesondere zu den bereits im SGB V normierten Bestimmungen einzusetzen, die sich zum einen auf die Mitverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit beziehen, § 1 S. 2 SGB V, und zum anderen auf den staatlichen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, § 20 Abs. 1 S. SGB V. Auf dieser Grundlage lässt sich die Frage, ob der Staat seine Bürger zur Gesundheit erziehen darf, in einem bestimmten Sinne bejahen: Normenflankierendes edukatorisches Staatshandeln in Gesundheitsfragen ist deshalb zulässig, weil die damit einhergehenden Verhaltensanforderungen bereits auf dem Fundament des SGB V begründet sind.

VI Drei letzte Anmerkungen: Vom Maß und dem Bemessenen

Nach Böckenförde ist die Sittlichkeit, wenn sie normativ bestimmt wird, „wie die Eudaimonia des Aristoteles oder das natürliche Sittengesetz der

48 *Volkmann*, Darf der Staat seine Bürger erziehen, s. oben Fn. 15, S. 25.

49 *E.-W. Böckenförde*, Recht, Staat und Freiheit. Studien zur Rechtsphilosophie, Staatstheorie und Verfassungsgeschichte, 1991, S. 89.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

christlichen Ethik, an einem Vollendungszustand orientiert, dem tugendhaften Leben, ausgerichtet auf das Glück“ und also auf ein Ideal bezogen.[50] Hingegen sollte das Recht ausgerichtet sein auf die Ordnung des Zusammenlebens der Menschen, wie sie sind. In diesem Sinne beziehen sich die folgenden drei Anmerkungen auf realwissenschaftliche, das heißt eher außerrechtliche Begrifflichkeiten, an die sich aber in künftigen Untersuchungen rechtlicher und politischer Implikationen edukatorischen Staatshandelns im Gesundheitswesen zwanglos anknüpfen lassen könnte.

Die erste Anmerkung bezieht sich auf zwei idealtypische Begriffsbildungen der Geschichtswissenschaft, nämlich Sozialregulierung und Sozialdisziplinierung. Beide Begriffe wurden von Gerhard Oestreich mit Blick auf die frühe Neuzeit entwickelt, um die historischen Ereignisse des geistigen und materiellen Lebens, religiös-ethische Vorstellungen sowie die rechtliche und ökonomisch-soziale Wirklichkeit auf einen abstrakten Nenner zu bringen.[51] Sozialregulierung soll die negativen Umweltbedingungen durch Einübung überwinden helfen und das gesellschaftliche Leben ordnen; Sozialdisziplinierung soll das geordnete Leben in der Gesellschaft im Blick auf den Staat stärken und hierfür das menschliche Verhalten in Beruf und Lebensmoral steuern.[52] Derart wird auf die Einstellungen der Menschen eingewirkt und der Prozess befördert, die Gesellschaft unter einer bestimmten staatlichen Vorstellung von Sozialmoral zu regulieren und zu disziplinieren. Vergleichbar plastisch sprach etwa Hans Welzel von der sittenbildenden Funktion des Strafrechts.[53] Mit den Begriffen Sozialregulierung und Sozialdisziplinierung wäre des Näheren herauszuarbeiten und zu verdeutlichen, dass mit der Steuerung durch Sozialmoral nicht zugleich die wesentlichen Voraussetzungen des Verfassungsstaates außer Kraft gesetzt werden dürfen.

Die zweite Anmerkung bezieht sich auf den Begriff der Gesundheit, wie ihn Karl Barth in seiner Dogmatik verwandt hat.[54] Danach ist Gesundheit „Kraft zum Menschsein“, Krankheit hingegen „teilweise Unkraft zu

---

50 *E.-W. Böckenförde*, Staat, Nation, Europa. Studien zur Staatslehre, Verfassungstheorie und Rechtsphilosophie, 1999, S. 210.

51 Vgl. *W. Schulze*, Gerhard Oestreichs Begriff „Sozialdisziplinierung in der frühen Neuzeit“, Zeitschrift für Historische Forschung 1987, S. 265 (266).

52 *Schulze,* a.a.O., S. 273.

53 *H. Welzel*, Das deutsche Strafrecht, 1954, S. 5; sowie *H. Welzel*, Abhandlungen zum Strafrecht und zur Rechtsphilosophie, 1975, S. 235.

54 Vgl. dazu *W. Lienemann*, Gesundheit und Krankheit – Kulturelle Prägungen und Vorverständnisse von Gesundheitsverantwortung, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

den psychisch-physischen Lebensfunktionen“, aber nicht notwendig „Unkraft zum Menschsein“[55]. Für Barth ist die Grundfrage nach der Kraft zum Menschsein und also der eigentlichen Gesundheit „eine nicht nur einzeln, sondern immer auch gemeinsam zu stellende und zu beantwortende, eine soziale Frage“[56]. Dieser Gesundheitsbegriff bringt umfassend zum Ausdruck, worum es sowohl im System der medizinischen Versorgung als auch im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Wesentlichen gehen sollte. Das ist angesichts der ambivalenten Grundkonstellation, die das gegenwärtige Leitbild des aktivierenden Sozialstaats prägt,[57] von besonderer Bedeutung, da Eigenverantwortung als Forderung an den Einzelnen mit der Gefahr einhergeht, den Rückzug aus der Verantwortung des Staates moralisch zu konnotieren und einseitig zu legitimieren.

Die dritte und letzte Anmerkung bezieht sich auf den Begriff der Maßbestimmung für die soziale Verwaltung des Staates. Nach Böckenförde entscheidet die Maßbestimmung über den – offenen oder verdeckten – Umschlag in der Zuordnung von Staat und Gesellschaft. In diesem Fall würde die Gesellschaft gegenüber dem Staat „den Charakter des an sich Vorausliegenden“[58] verlieren und in ihm aufgehoben. Der Begriff der Maßbestimmung soll folglich der Ununterscheidbarkeit von Staat und Gesellschaft vorbeugen.[59] Böckenförde rekurriert seinerseits auf Thomas von Aquin und dessen Ausführungen zum Gesetz in der Summa Theologica. Danach hat das menschliche Gesetz zwar die Intention, die Menschen zur Tugend hinzuführen, aber nicht von einem Augenblick zum anderen, sondern Schritt für Schritt. Aus diesem Grund legt es der Menge der Unvollkommenen nicht sofort das auf, was für die bereits Tugendhaften gilt, sich nämlich aller Übel zu enthalten. Andernfalls nämlich, so Thomas von Aquin, würden sich die Unvollkommenen in ihrem Unvermögen, Gebote dieser Art zu befolgen, noch zu schlimmeren Übeln hinreißen lassen.[60]

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die staatliche Förderung von Sozialmoral im Gesundheitswesen eine Reihe ganz eigener Probleme auf-

55 *K. Barth*, Die Kirchliche Dogmatik. Dritter Band: Die Lehre von der Schöpfung, 1951, S. 406 und S. 411.
56 *Barth*, a.a.O., S. 413.
57 Siehe dazu *K. Gabriel*, Eigenverantwortung als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens, in diesem Band.
58 *E.-W. Böckenförde*, Recht, Staat und Freiheit, s. oben Fn. 49, S. 236.
59 *Böckenförde*, ebd.
60 *Thomas von Aquin, S. theol.* I-II, qu. 96, art. 2, ad 2.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wirft, von denen hier nur einige wenige ansatzweise betrachtet werden konnten. Angesichts der bestehenden Regelungen, insbesondere des SGB V, dürfte unstrittig sein, dass der Staat seine Bürger zur Gesundheit erziehen darf, jedenfalls soweit die damit einhergehenden Verhaltensanforderungen gesetzlich begründet sind und den – weiten – verfassungsrechtlichen Rahmen nicht sprengen.[61] Der Staat tut dies auch im Gesundheitswesen seit langem, vermeidet dabei jedoch, wie auch in anderen Rechtsbereichen[62], den Begriff Erziehung weitestgehend. Die grundrechtlichen Freiheitsrechte verbieten dies nicht, da es nicht ihre Aufgabe ist, staatliches Wollen zu sanktionieren, sondern vor unzulässigen Begrenzungen grundrechtsrelevanter Sphären zu schützen. Da die staatliche Förderung der Sozialmoral als Steuerungsinstrument von anderen Kommunikationsformen des Staates zu unterscheiden ist, lässt sich von edukatorischem Staatshandeln mit dem Ziel der Gesundheitsförderung sprechen und cum grano salis konstatieren, dass es sich um *Normgebung in anderem Gewande*[63] handeln kann. In der Regel dürfte jedoch edukatorisches Staatshandeln als Steuerungsinstrument *normenflankierend* zu bereits bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Zur weitergehenden Analyse könnte es sich deshalb als hilfreich erweisen, kritisch auf zwei idealtypische Begriffsbildungen der Geschichtswissenschaft – Sozialregulierung und Sozialdisziplinierung – zu reflektieren. Problematisch erscheint hier wie dort die „Gefahr paternalistischer Bevormundung“[64], die unabhängig davon besteht, ob das Steuerungsinstrument normsubstituierend oder normenflankierend eingesetzt wird. Entsprechend dürfte es sich bei genauerer Betrachtung als erforderlich erweisen, die jeweilige staatliche Erwartung an das Gesundheitsverhalten des Einzelnen selbst zu normieren. Damit bliebe schließlich zu untersuchen, ob und gegebenenfalls unter welchen Umständen der Einsatz edukatorischen Staatshandelns

61 Siehe dazu *S. Rixen*, Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht – Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung, in diesem Band.

62 So heißt es etwa in § 2 (Bundes-)StVollzG: „Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (Vollzugsziel). Der Vollzug der Freiheitsstrafe dient auch dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten.“ Offen bleibt, wie – wenn nicht durch Erziehung – das Vollzugsziel gefördert oder erreicht werden soll. Für diesen Hinweis danke ich *S. Rixen*.

63 *Lüdemann*, Edukatorisches Staatshandeln, s. oben Fn. 14, S. 144.

64 Vgl. BVerfGE 121, 317, juris, Rn. 176.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

im Gesundheitswesen einer besonderen parlamentarischen Entscheidung bedarf.

Literatur

Barth, Karl, Die Kirchliche Dogmatik. Dritter Band: Die Lehre von der Schöpfung, Zürich 1951.

Böckenförde, Ernst-Wolfgang, Recht, Staat und Freiheit. Studien zur Rechtsphilosophie, Staatstheorie und Verfassungsgeschichte, Frankfurt am Main 1991.

Böckenförde, Ernst-Wolfgang, Staat, Nation, Europa. Studien zur Staatslehre, Verfassungstheorie und Rechtsphilosophie, Frankfurt am Main 1999.

Eckhoff, Rolf, Der Grundrechtseingriff, München 1992.

Hick, Christian, Medizinethisches Argumentieren, in: ders. (Hrsg.), Klinische Ethik, Heidelberg 2007, S. 267-323.

Huster, Stefan, Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht, Gesundheits- und Sozialpolitik Nr. 2 (2012), S. 23-29.

Huster, Stefan, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?, Berlin 2011.

Kirchhof, Paul, Verwalten durch „mittelbares" Einwirken, Köln 1977.

Lüdemann, Jörn, Edukatorisches Staatshandeln. Steuerungstheorie und Verfassungsrecht am Beispiel der staatlichen Förderung von Abfallmoral, Baden-Baden 2004.

Maio, Giovanni, Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, Stuttgart 2012.

Said, Edward W., Der wohltemperierte Satz. Musik, Interpretation und Kritik, München 1995.

Schulze, Winfried, Gerhard Oestreichs Begriff „Sozialdisziplinierung in der frühen Neuzeit", Zeitschrift für Historische Forschung Nr. 14 (1987), S. 265-302.

Sobota, Katharina, Das Prinzip Rechtsstaat, Tübingen 1997.

Volkmann, Uwe, Darf der Staat seine Bürger erziehen, Baden-Baden 2012.

Welzel, Hans, Das deutsche Strafrecht, Berlin 1954.

Welzel, Hans, Abhandlungen zum Strafrecht und zur Rechtsphilosophie, Berlin 1975.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

II.
Gesundheitsversorgung und Marktmechanismen

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Gestaltung des Gesundheitswesens

Mirjam Thanner

I Einführung

Ökonomen haben einen schweren Stand im Gesundheitswesen. Dies mag zum einen an deren Kernthese liegen, nämlich der Überzeugung, dass der Markt – und insbesondere der Wettbewerbsmarkt – ein vielseitiges Instrument zur Problemlösung darstellt.[1] Nicht selten wird dementsprechend gerade von Ökonomen die umfassende Liberalisierung des Gesundheitswesens für eine unabdingbare Notwendigkeit gehalten: Um die Effizienz zu steigern oder auch um Wettbewerbsfreiheit zu gewährleisten, so die gängigen Argumentationsmuster, sei allein die Deregulierung zielführend. Einer offenen, zielorientierten Kommunikation zwischen Ökonomen und Nicht-Ökonomen im Gesundheitswesen dürfte zudem abträglich sein, dass allzu leicht der Eindruck eines unkritischen Umgangs mit dem Phänomen „Wettbewerb" innerhalb der Wirtschaftswissenschaften entstehen kann. Nutzen-Risiko-Abwägungen, wie im Kontext der Evidenzbasierten Medizin ubiquitär, scheinen bezüglich wettbewerblicher Anreizstrukturen quasi nicht existent zu sein. Daher braucht es nicht zu verwundern, dass die Aussage, ein marktwirtschaftliches System passe einfach nicht zur Vorstellung von den Beziehungen der Akteure im Gesundheitswesen zueinander, bei Ökonomen oft nicht mehr als Verständnislosigkeit hervorruft: Können die Auswirkungen eines harten Verdrängungswettbewerbs im Gesundheitswesen in Einklang gebracht werden mit der Vorstellung eines fürsorglich handelnden Arztes bzw. Pflegenden und geht mit marktwirtschaftlichen Strukturen vielleicht doch mehr als nur eine romantische Vorstellung verloren? Gibt es durch die bloße Forderung nach „mehr Markt", ohne das Augenmerk auf einen „besseren Markt" zu richten, wirklich nur etwas zu gewinnen? Sich diesen konfliktträchtigen Fragen in einer ökono-

1 Vgl. *F. Breyer*, Die Chancen der Sozialen Marktwirtschaft und die Rolle der Ökonomen, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2008, S. 125-138.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

mischen Perspektive zu nähern, ist nicht angenehm, zeigen sie doch zunächst mehr Grenzen als Möglichkeiten der eigenen Herangehensweise auf. Es dennoch zu versuchen, ist der Überzeugung geschuldet, dass zwischenmenschliche Aspekte im Gesundheitswesen Beachtung finden müssen, wenn die Gesundheitsökonomie langfristig breite gesellschaftliche Akzeptanz erfahren möchte.[2]

II Grenzen der ökonomischen Gestaltung des Gesundheitswesens

Innerhalb der Wirtschaftswissenschaften wird das sogenannte Homo-oeconomicus-Modell, obgleich auch kritisch hinterfragt,[3] traditionell zur Analyse menschlichen Verhaltens in Knappheitssituationen herangezogen:[4] Gerade unter harten Wettbewerbsbedingungen ist die Annahme plausibel, dass das Individuum sein Handeln bevorzugt an den eigenen Präferenzen orientiert. Im Zusammenhang mit dem tatsächlich beobachtbaren Verhalten der Menschen wird unterstellt, diese verhalten sich zumindest „als ob" sie ihren eigenen Nutzen maximieren.[5] Die Vorlieben anderer Menschen werden dabei nicht generell, sondern nur solange ignoriert, bis der eigene Nutzen davon berührt wird.[6] Ökonomen rechnen beispielsweise damit, dass ein Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen den Kunden solange wider besseren Wissens teure und nicht notwendige Therapien anbieten wird, bis er seinen guten Ruf als Arzt in Gefahr sieht, bis er rechtliche Sanktionen erwarten muss oder bis er selbst unter seinem schlechten Gewissen, unnötige Therapien anzubieten, leidet. Dementsprechend können im Rahmen eines ökonomischen Ansatzes zur Erklärung

2 Vgl. *V. Ulrich*, Entwicklung der Gesundheitsökonomie in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 604-613.

3 Kontrovers diskutiert wird beispielsweise die Annahme der Rationalität; umstritten ist auch die Übertragbarkeit auf andere menschliche Handlungsfelder jenseits des „Wirtschaftlichen" im engeren Sinne. Vgl. *R. Manstetten*, Das Menschenbild der Ökonomie. Der homo oeconomicus und die Anthropologie von Adam Smith, 2004, S. 35. Als Weiterentwicklung zum Beispiel „Homo Reciprocans" bei *A. Falk*, Homo Oeconomicus versus Homo Reciprocans: Ansätze für ein neues Wirtschaftspolitisches Leitbild?, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2003, S. 141-172.

4 Vgl. *M. Erlei/ M. Leschke/ D. Sauerland*, Neue Institutionenökonomik, 1999, S. 2.

5 Vgl. *J. Kapeller*, Das Menschenbild moderner Ökonomie, 2008, S. 17.

6 Vgl. *U. Wagschal/ T. Metz*, Homo oeconomicus oder Homo politicus? Erklärungskonzepte im Vergleich, in: Pfeiffer (Hrsg.), Abgott Wirtschaftlichkeit, 2007, S. 25-64.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

menschlichen Verhaltens[7] sogar einzelne Aspekte der Berufsethik Eingang in die Nutzenfunktion des Anbieters von Gesundheitsdienstleistungen finden,[8] freilich nur, solange *auch* eigene Präferenzen davon berührt werden. Insofern Moralität – selbst in einer langfristigen Perspektive – nicht in Eigennutz aufgelöst werden kann,[9] findet das ökonomische Modell bisher seine Begrenzung.

Durch die Betonung des Wettbewerbsprinzips im Gesundheitswesen werden die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen – politisch beabsichtigt – zum sparsamen Umgang mit knappen Ressourcen gezwungen. Diese mittels harter Sanktionen erfolgende Disziplinierung verhindert aber zugleich, dass einzelne Anbieter aus moralischen Gründen Gewinneinbußen in Kauf nehmen können: Denn genau diejenigen müssen sich unter Wettbewerbsbedingungen ausgebeutet fühlen, und dass sie dies auf Dauer ertragen, ist weder generell zu erwarten, noch ist es zumutbar.[10] Das Prinzip der Gewinnmaximierung ergibt sich für den Unternehmer im Wettbewerb daraus, dass er in einem Klima der Ungewissheit leben muss: Um sich auch zukünftig auf dem Markt zu behaupten – selbst wenn sich die Umstände zu seinen Ungunsten ändern sollten – wird der Unternehmer Reserven für die Zukunft bilden, also versuchen, den Gewinn zu maximieren.[11] Freiwillige ethische Sonderleistungen einzelner Unternehmer sind, sofern sie lediglich zu Kostenerhöhungen führen, durch die Konkurrenz ausbeutbar und verschaffen damit genau jenen Wettbewerbern ökonomische Vorteile, die diese Sonderleistungen nicht erbringen. Wer sich nicht an die Regeln des Wettbewerbs hält – und das heißt für Marktanbieter im Prinzip nichts anderes als Gewinnmaximierung – dem droht der wirtschaftliche Ruin, und zwar unabhängig davon, ob er im Wettbewerb nicht mithalten *konnte* oder aus ethischen Gründen nicht mithalten *wollte*: Der Wettbewerb kann nicht zwischen fehlender Leistung und moralischer Zurückhaltung unterscheiden. Er bestraft beides gleichermaßen.[12]

---

7 Vgl. *G. S. Becker*, Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens, 1993, S. 1-15.

8 Vgl. *P. Zweifel/ F. Breyer/ M. Kifmann*, Health Economics, 2009, S. 298.

9 Vgl. *C. Haller*, Menschenbild und Wirtschaft. Eine philosophische Kritik und Erweiterung des Homo oeconomicus, 2012, S. 151.

10 Vgl. *K. Homann/ F. Blome-Drees*, Wirtschafts- und Unternehmensethik, 1992, S. 34 und S. 94.

11 Vgl. *U. Fehl/ P. Oberender*, Grundlagen der Mikroökonomie. Eine Einführung in die Produktions-, Nachfrage- und Markttheorie, 1999, S. 4.

12 Vgl. *Homann/ Blome-Drees*, Wirtschaftsethik, s. oben Fn. 10, S. 28 und S. 34.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Diese Ausführungen stehen in hartem Kontrast zur Idealvorstellung von einem Arzt, der bedingungslos und vollkommen selbstverständlich helfen soll.[13] Denn gerade die Fürsorge des Arztes gegenüber seinem Patienten kann als Kernstück der Medizinethik gesehen werden. Bereits der hippokratische Eid nennt den Grundsatz, *primär* das Wohl des Kranken im Blick zu haben: „Ärztliche Verordnungen werde ich zum Nutzen der Kranken anwenden; vor Schaden und Unrecht werde ich sie bewahren."[14] Das Prinzip des Wohltuns findet sich auch in der sogenannten prinzipienorientierten Medizinethik wieder und verpflichtet alle im Gesundheitswesen Tätigen unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit dazu, dem Patienten zu nutzen und sein Wohlergehen zu fördern.[15] Damit wird bisher das im Familien- und Freundeskreis anzutreffende fürsorgliche Handeln in ähnlicher Weise auch vom behandelnden Arzt erwartet, womit die ärztliche Tätigkeit vor dem Hintergrund traditioneller Leitbilder über eine reine Dienstleistungserbringung hinausreicht.[16]

Freilich bestehen berufliche Leitbilder nicht aus bloßem Selbstzweck: Deren Sinnhaftigkeit ist immer wieder zu hinterfragen, wozu beispielsweise empirische Untersuchungen zur „Droge Arzt"[17] verstärkt einzufordern wären: Bereits 1957 rief Michael Balint mit seinem Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit" gegen ein nüchtern-geschäftstüchtiges Gebaren von Medizinern auf.[18] Ähnliches liest man fast 40 Jahre später bei Bernard Lown, wonach „eine Wissenschaft ohne Fürsorge und Anteilnahme die Medizin ihrer heilenden Fähigkeiten"[19] beraube. Eine Dienstleister-Kunden-Beziehung in wettbewerblichen Strukturen ist dagegen weniger von

13 Vgl. *G. Maio*, Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin, Deutsches Ärzteblatt 2012, S. A804-807.

14 Vgl. *A. Dörries*, Die Arzt-Patienten-Beziehung: Eine ständige Herausforderung, in diesem Band.

15 Vgl. *G. Marckmann/ F. Mayer*, Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion, Onkologe 2009, S. 980-988.

16 Vgl. *G. D. Borasio/ W. Putz/ W. Eisenmenger*, Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Vormundschaftsgericht soll in Konfliktlagen entscheiden, Deutsches Ärzteblatt 2003, S. A2062-2065.

17 Vgl. *M. Balint*, Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, 2001, S. 16.

18 Vgl. *U. Rosin*, Vorwort zur 10. Auflage, in: Balint (Hrsg.), Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, 2001, S. 1-8.

19 *B. Lown*, Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken, 2003, S. 189.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Fürsorge, eher von Wachsamkeit auf beiden Seiten geprägt.[20] Wachsamkeit ist jedoch assoziiert mit dem neurophysiologischen System, das für Kampf- oder Fluchtverhalten zuständig ist – eine zweifelhafte Ausgangsbasis für die Heilung.[21] Dabei sollte sich der Patient „dem Arzt gegenüber so entspannt fühlen wie in Anwesenheit eines engen Freundes."[22] Mehr noch, einstweilen wird dem Patienten nicht nur bis zu einem „gewissen Grad zugestanden, dass er sich hängen und gehen lassen darf"[23], „in manchen Fällen kann der Arzt sogar gezwungen sein, dem Patienten zu raten [...], seine Reife einmal zu vergessen und sich eine regressive, abhängige Haltung zu erlauben."[24]

III Möglichkeiten der ökonomischen Gestaltung des Gesundheitswesens

Mit Wettbewerb werden, unabhängig von unterschiedlichen ökonomischen Schulen, traditionell ausschließlich positive Effekte in Zusammenhang gebracht. So gilt die Konkurrenz auch im Gesundheitswesen als stärkster Treiber des Fortschritts. Wesentlich weniger Beachtung durch Ökonomen fanden bisher mögliche negative Effekte. Defizite empirischer Marktwirtschaften mit dem Hinweis auf deren theoretische Vorteilhaftigkeit aber einfach auszublenden und immer nur „mehr Markt" zu fordern, muss angesichts der existenziell ruinösen Folgen, die wettbewerbliche Strukturen für einzelne Anbieter haben können, als blanker Hohn erscheinen. Diese negativen Effekte stärker in den Blickwinkel zu nehmen und zumindest offenzulegen, erscheint zudem notwendig, um nicht den Eindruck der Voreingenommenheit oder gar Tabuisierung dieses Themenbereichs innerhalb der Wirtschaftswissenschaften zu erwecken. Über Alternativen nachzudenken, fällt zugegebenermaßen gerade Ökonomen schwer; denn „wer sein Leben lang gelernt hat, dass die Alternative zur freien Marktwirtschaft der staatliche Sozialismus ist, (…) lehnt einen Wechsel

20 Vgl. *J. V. M. Welie*, The Dentist as Healer and Friend, in: Thomasma/ Kissell (Hrsg.), The Health Care Professional as Friend and Healer, 2000, S. 35-48. Vgl. *Maio*, Ärztliche Hilfe, s. oben Fn. 13, S. A804-807.

21 Vgl. *Lown*, Die verlorene Kunst, s. oben Fn. 19, S. 95.

22 *Lown*, a.a.O., S. 275.

23 *M. Klein*, Die Rolle des Arztes, in: Huth (Hrsg.), Arzt – Patient. Zur Geschichte und Bedeutung einer Beziehung, 2001, S. 81-83 (81).

24 *Balint*, Der Arzt, s. oben Fn. 17, S. 316.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

des Systems aus guten Gründen ab."[25] Zudem ist es einfach, die wachsende Ökonomisierung vieler Lebensbereiche zu kritisieren, ohne gleichzeitig konkrete Vorschläge zu liefern für „alternative Allokationsregimes, die nicht wieder in Vetternwirtschaft und planwirtschaftliche Misswirtschaft führen".[26] Generell gegen Märkte zu votieren ist daher „ungefähr so seltsam wie generell Gespräche zwischen Leuten abzulehnen – obschon manche Gespräche offensichtlich Schaden anrichten und anderen oder auch den Gesprächsteilnehmern selbst Probleme bereiten können."[27]

Die These, dass einzelne Inseln ohne Marktsteuerung, zum Beispiel das Gesundheitswesen, helfen könnten, Altruismus, Rücksichtnahme oder Dienst für die Gemeinschaft aufzubauen und zu trainieren, was dann im Kontext der Märkte dazu dient, Transaktionskosten[28] zu begrenzen, erscheint auf den ersten Blick nachvollziehbar: Indem immer mehr Lebensbereiche, zum Beispiel das Gesundheitswesen, in eine Marktsteuerung entlassen werden, wäre gemäß dieser Auffassung zu befürchten, dass damit gleichzeitig die moralische Basis für ein funktionales Marktsystem erodiert. [29] In der Literatur finden sich jedoch auch Stimmen, welche die Belastbarkeit dieser Argumentation bezweifeln – mehr noch, sie sogar als kontraproduktiv betrachten, weil sie die Argumente der Kritiker der Marktwirtschaft eher bestärken als entkräften.[30]

Hilfreich in dieser festgefahrenen Debatte zwischen Markt und Staat könnte gegebenenfalls sein, sich vor Augen zu halten, dass oft nicht das Prinzip der Steuerung durch Märkte oder des Tausches *an sich* kritisiert wird, sondern schlicht die derzeit existierenden Mängel realer Marktwirtschaften, welche aggressives Verhalten und Kurzfristigkeit im Handlungshorizont belohnen. Verhaltensweisen also, die nicht nur im Gesundheits-

25 *C. Triebel/ T. Hürter*, Die Kunst des kooperativen Handelns. Eine Agenda für die Welt von morgen, 2012, S. 84.

26 *C. Riedweg/ M. Osterloh*, Gibt es mehr Planwirtschaft?, Journal. Die Zeitung der Universität Zürich 2013, S. 14.

27 *A. Sen*, Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, 2011, S. 17.

28 Transaktionskosten werden als „Kosten der Nutzung des Marktes" definiert; darunter fallen zum Beispiel Such- und Informationskosten, Verhandlungs- und Entscheidungskosten, Überwachungs- und Durchsetzungskosten. Vgl. *S. Voigt*, Institutionenökonomik, 2002, S. 30 und S. 31.

29 Vgl. *G. Kubon-Gilke*, Außer Konkurrenz. Sozialpolitik im Spannungsfeld von Markt, Zentralsteuerung und Traditionssystemen, 2011, S. 396.

30 Vgl. *K. Homann*, Ethik in der Marktwirtschaft, 2007, S. 27.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wesen unerwünscht sein dürften. Demgemäß ist auch die Ausdrucksweise im Geschäftsleben nicht selten geprägt durch die Konnotation „Geschäft ist Krieg“: Als erfolgreich gilt, wer die Konkurrenz zur Strecke bringt, Marktanteile erobert, Markenprodukte angreift, Kunden über den Tisch zieht und Mitarbeiter auspresst.[31] In dieser Sicht stellt Wettbewerb ein sogenanntes Nullsummenspiel dar. Dies bedeutet, dass eine Person ihren Zielerreichungsgrad nur erhöhen kann, wenn sich gleichzeitig der Zielerreichungsgrad einer anderen Person verringert:[32] Was der eine gewinnt, verliert der andere. Bei einer derartigen Performance – um im ökonomischen Jargon zu bleiben – braucht es nicht zu verwundern, dass gerade bei Vertretern des Gesundheitswesens alle Alarmglocken läuten.

Dabei könnten Märkte auch anders, wenn die Rahmenbedingungen bzw. die Regeln stimmen: Dann müsste man Kunden zuhören, mit Lieferanten zusammenarbeiten, strategische Partnerschaften eingehen und das Licht des Konkurrenten eben nicht ausblasen, um das eigene scheinen zu lassen.[33] Die Anstrengung von Ökonomen, welche die Idee der Marktsteuerung auch im Gesundheitswesen fruchtbar machen wollen, sollte sich demnach zukünftig nicht einfach auf die Forderung nach mehr Markt beschränken, sondern sich der Verbesserung bestehender Märkte widmen, um so die Akzeptanz auch im Gesundheitswesen zu steigern. Dies aber weniger durch Appelle an die einzelnen Akteure, sich gegen die eigenen Interessen tugendhaft zu verhalten, sondern durch Entwicklung und Implementierung einer Rahmenordnung, welche die Besserstellung auf Kosten anderer (Nullsummenspiel) weniger attraktiv erscheinen lässt als die wechselseitige Besserstellung (Win-Win-Situation).[34] Dazu ist es notwendig, dass Phänomene wie Kooperation, Reziprozität und Langfristigkeit verstärkt in ökonomische Untersuchungen einbezogen werden.[35]

---

31 Vgl. *A. M. Brandenburger/ B. J. Nalebuff*, Coopetition: kooperativ konkurrieren. Mit der Spieltheorie zum Geschäftserfolg, 2012, S. 21.

32 Vgl. *I. Schmidt*, Wettbewerbspolitik und Kartellrecht. Eine interdisziplinäre Einführung, 2001, S. 1.

33 Vgl. *Brandenburger/ Nalebuff*, Coopetition, s. oben Fn. 31, S. 22.

34 Vgl. *Homann*, Ethik, s. oben Fn. 30, S. 23 und S. 27. Vgl. *J. Krüger*, Kooperation und Wertschöpfung. Mit Beispielen aus der Produktentwicklung und unternehmensübergreifenden Logistik, 2012, S. 266.

35 Vgl. *B. Güntert/ G. Thiele*, Soziale (Gesundheits-) Ökonomik. Public Health Forum 2013, S. 28.e1-28.e3.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

IV Fazit

Um breite Akzeptanz zu finden, ist es notwendig, dass berufsethische Leitbilder innerhalb gesellschaftlicher Rahmenbedingungen glaubwürdig sind: Sie müssen Vorbild sein und dürfen nicht reinen Utopiecharakter haben. Unter den Anreizstrukturen des harten Wettbewerbs muss das Leitbild des fürsorglichen Arztes jedoch zur Utopie verkommen; denn mit der Forderung nach bedingungsloser Fürsorge wird eine Verhaltensweise verlangt, die Dienstleistern auf Märkten nur bedingt zugemutet werden kann. Diese Nebenwirkungen des Wettbewerbs nicht zu verschweigen, sondern in einer Nutzen-Risiko-Abwägung offenzulegen und allgemein Transparenz hinsichtlich der möglichen Wirkungsweise von Anreizstrukturen einzufordern, sollte als Minimalforderung an die Gesundheitsökonomie gestellt werden.[36] Ansonsten steht zu befürchten, dass der negativen Konnotation des Ausdrucks „Ökonomisierung des Gesundheitswesens" weiter Vorschub geleistet wird. Die Offenlegung möglicher negativer Effekte des Konkurrenzprinzips und deren Anerkennung seitens der Gesundheitsökonomie könnten so auch einen Beitrag zur Versachlichung der oft emotional diskutierten Thematik leisten.

Unerwünschten Ergebnissen im Gesundheitswesen allein mit moralischen Appellen zu begegnen, die gesetzten Anreize aber außer Acht zu lassen, stellt vor dem geschilderten Hintergrund keinen problemlösenden Ansatz dar. [37] Zwar wird von Seiten der Ökonomie oft beteuert, der Homo oeconomicus habe lediglich Modellcharakter; dennoch ist ein normativer Gehalt nicht von der Hand zu weisen, weil Modellannahmen zumindest aussagen, wie ein der Theorie entsprechendes und unter den genannten Bedingungen erfolgreiches Handeln gestaltet sein soll.[38] Nicht selten bilden diese zudem die Grundlage für Politikberatung und bestimmen auf

36 Vgl. *W. Lübbe*, Patientenorientierung und Kostenorientierung. Über (Un-)Vereinbarkeit von Kostenbewusstsein und ärztlichem Ethos, Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften 2006, S. 177-192.

37 Vgl. *U. Thamer/ M. Wüstenbecker*, Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Budgetierung, Sozialer Fortschritt 2008, S. 307-310.

38 Vgl. *R. Rolle*, Homo oeconomicus. Wirtschaftsanthropologie in philosophischer Perspektive, 2005, S. 380.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

diesem Wege zusätzlich das Handeln politischer und unternehmerischer Entscheidungsträger.[39]

Dies spricht für eine umsichtige Prüfung von Anreizstrukturen – sowohl vor als auch nach gesundheitspolitischen Interventionen. Dabei gilt es, die Augen nicht davor zu verschließen, dass Anreize, die aufgrund bestimmter Modellannahmen gesetzt worden sind, unerwünschtes Verhalten erzeugen können – selbst wenn dies nicht beabsichtigt war.[40] Insofern ist die Analogie der Wirkungsweise des Konkurrenzprinzips zu einem Arzneimittel durchaus naheliegend: „Wettbewerb ist wie eine Medizin. Man kann ihn auch überdosieren."[41] Unerwünschte Wirkungen können bei Arzneimitteln allerdings nicht nur im Fall der Fehlanwendung, zum Beispiel Überdosierung, auftreten, selbst bei bestimmungsgemäßem Gebrauch ist mit Nebenwirkungen zu rechnen.[42] Welche Nebenwirkungen wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen konkret haben können, sollte durch Modellprojekte der Versorgungsforschung geprüft werden: Die Leistungserbringung unter verschiedenen ökonomischen Rahmenbedingungen und deren Evaluation kann Hinweise auf die Wirkungsweise von Anreizstrukturen im Gesundheitswesen liefern. Voraussetzung dafür ist freilich ein Forschungsklima, das es auch Ökonomen erlaubt, mögliche negative Effekte von wettbewerblichen Strukturen im Gesundheitswesen überhaupt erst in Betracht zu ziehen, ohne von vornherein in der eigenen Zunft diskreditiert zu werden.

Literatur

Balint, Michael, Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Stuttgart 2001.

Becker, Gary S., Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens, Tübingen 1993.

---

39 Vgl. *Falk*, Homo Oeconomicus versus Homo Reciprocans, s. oben Fn. 3, S. 141-172.

40 Vgl. *K. Sigmund/ E. Fehr/ M. A. Nowak*, Teilen und Helfen – Ursprünge sozialen Verhaltens, Spektrum der Wissenschaft 2002, S. 52-59.

41 *J. Schlüchtermann*, zitiert nach Bundesärztekammer (BÄK), Fortbildungsseminar Medizin und Ökonomie: „Man kann Wettbewerb auch überdosieren" am 1.10.2012 in Berlin. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10865.10866, Zugegriffen 27.5.2014.

42 Vgl. *R. Schiedermair/ H.-U. Pohl*, Gesetzeskunde für Apotheker, 2007, S. 225.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Borasio, Gian D./ Putz, Wolfgang/ Eisenmenger, Wolfgang, Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Vormundschaftsgericht soll in Konfliktlagen entscheiden, Deutsches Ärzteblatt Nr. 100 (2003), S. A2062-2065.

Brandenburger, Adam M./ Nalebuff, Barry J., Coopetition: kooperativ konkurrieren. Mit der Spieltheorie zum Geschäftserfolg, Eschborn 2012.

Breyer, Friedrich, Die Chancen der Sozialen Marktwirtschaft und die Rolle der Ökonomen, Perspektiven der Wirtschaftspolitik Nr. 9 (2008), S. 125-138.

Erlei, Mathias/ Leschke, Martin/ Sauerland, Dirk, Neue Institutionenökonomik, Stuttgart 1999.

Falk, Armin, Homo Oeconomicus versus Homo Reciprocans: Ansätze für ein neues Wirtschaftspolitisches Leitbild?, Perspektiven der Wirtschaftspolitik Nr. 4 (2003), S. 141-172.

Fehl, Ulrich/ Oberender, Peter, Grundlagen der Mikroökonomie. Eine Einführung in die Produktions-, Nachfrage- und Markttheorie. Ein Lehr- und Arbeitsbuch mit Aufgaben und Lösungen, München 1999.

Güntert, Bernhard/ Thiele, Günter, Soziale (Gesundheits-) Ökonomik, Public Health Forum Nr. 21 (2013), S. 28.e1-28.e3.

Haller, Christian, Menschenbild und Wirtschaft. Eine philosophische Kritik und Erweiterung des Homo oeconomicus, Marburg 2012.

Homann, Karl, Ethik in der Marktwirtschaft, Köln/ München 2007.

Homann, Karl/ Blome-Drees, Franz, Wirtschafts- und Unternehmensethik, Göttingen 1992.

Kapeller, Jakob, Das Menschenbild moderner Ökonomie, Linz 2008.

Klein, Magda, Die Rolle des Arztes, in: K. Huth (Hrsg.), Arzt – Patient. Zur Geschichte und Bedeutung einer Beziehung, Tübingen 2001, S. 81-83.

Krüger, Jens, Kooperation und Wertschöpfung. Mit Beispielen aus der Produktentwicklung und unternehmensübergreifenden Logistik, Berlin/ Heidelberg 2012.

Kubon-Gilke, Gisela, Außer Konkurrenz. Sozialpolitik im Spannungsfeld von Markt, Zentralsteuerung und Traditionssystemen, Marburg 2011.

Lown, Bernard, Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken, Stuttgart 2003.

Lübbe, Weyma, Patientenorientierung und Kostenorientierung. Über (Un-)Vereinbarkeit von Kostenbewusstsein und ärztlichem Ethos, Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften Nr. 47 (Sozialethik der Gesundheitsversorgung) (2006), S. 177-192.

Maio, Giovanni, Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin, Deutsches Ärzteblatt Nr. 109 (2012), S. A804-807.

Manstetten, Reiner, Das Menschenbild der Ökonomie. Der homo oeconomicus und die Anthropologie von Adam Smith, Freiburg/ München 2004.

Marckmann, Georg/ Mayer, Frank, Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion, Onkologe Nr. 15 (2009), S. 980-988.

Riedweg, Christoph/ Osterloh, Margit, Gibt es mehr Planwirtschaft?, Journal. Die Zeitung der Universität Zürich Nr. 5 (2013), S. 14.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Rolle, Robert, Homo oeconomicus. Wirtschaftsanthropologie in philosophischer Perspektive, Würzburg 2005.

Rosin, Ulrich, Vorwort zur 10. Auflage, in: M. Balint (Hrsg.), Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Stuttgart 2001, S. 1-8.

Schiedermair, Rudolf/ Pohl, Hans-Uwe, Gesetzeskunde für Apotheker, Frankfurt am Main/ Eschborn 2007.

Schlüchtermann, Jörg, Fortbildungsseminar Medizin und Ökonomie: „Man kann Wettbewerb auch überdosieren" der Bundesärztekammer (BÄK) am 1.10.2012 in Berlin. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10865.10866, Zugegriffen am 27.5.2014.

Schmidt, Ingo, Wettbewerbspolitik und Kartellrecht. Eine interdisziplinäre Einführung, Stuttgart 2001.

Sen, Amartya, Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, München 2011.

Sigmund, Karl/ Fehr, Ernst/ Nowak, Martin A., Teilen und Helfen – Ursprünge sozialen Verhaltens, Spektrum der Wissenschaft (März 2002), S. 52-59.

Thamer, Ulrich/ Wüstenbecker, Michael, Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Budgetierung, Sozialer Fortschritt Nr. 12 (2008), S. 307-310.

Triebel, Claas/ Hürter, Tobias, Die Kunst des kooperativen Handelns. Eine Agenda für die Welt von morgen, Zürich 2012.

Ulrich, Volker, Entwicklung der Gesundheitsökonomie in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt Nr. 55 (2012), S. 604-613.

Voigt, Stefan, Institutionenökonomik, München 2002.

Wagschal, Uwe/ Metz, Thomas, Homo oeconomicus oder Homo politicus? Erklärungskonzepte im Vergleich, in: T. Pfeiffer (Hrsg.), Abgott Wirtschaftlichkeit, Heidelberg 2007, S. 25-64.

Welie, Jos V. M., The Dentist as Healer and Friend, in: D. C. Thomasma/ J. L. Kissell (Hrsg.), The Health Care Professional as Friend and Healer, Washington D.C. 2000, S. 35-48.

Zweifel, Peter/ Breyer, Friedrich/ Kifmann, Mathias, Health Economics, Berlin/ Heidelberg 2009.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Ärzte als Manager? Transformation der Krankenhäuser von Expertenorganisationen zu Dienstleistungsunternehmen – Überlegungen zum Verhältnis zwischen Medizin und Management

Sabine Bohnet-Joschko

Management sei „langweilig, unkreativ und am besten denen zu überlassen, die zu nichts Besserem fähig sind“[1] – diese nicht untypische Sichtweise eines Arztes zeigt wenig Wertschätzung für Managementaufgaben und diejenigen, die sie wahrnehmen. Trotzdem – oder vielleicht gerade deswegen – soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden, ob Ärzte mit einer bewussten und durch Fachwissen gestützten verantwortungsvollen Wahrnehmung von Managementaufgaben im Krankenhaus einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung oder gar zur Reform des Gesundheitswesens leisten können. Dass Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystem der Verbesserung und Reform bedürfen, wird durch verschiedene andere Beiträge in diesem Band ausführlich begründet. Im Folgenden soll es um einen Ansatzpunkt für Veränderung gehen, der nicht Anpassungen im Gesamtsystem voraussetzt, sondern vor allem einen Perspektivenwechsel der in Organisationen aufeinandertreffenden Berufsgruppen. Dazu werden Krankenhäuser als Unternehmen und Organisationen der Gesundheitsversorgung sowie Ärzte und Manager als relevante Akteure in diesen Organisationen betrachtet.

Die Managementlehre ist keine Naturwissenschaft, die auf messbaren Wechselbeziehungen zwischen Ursache und Wirkung basiert, sondern hat sehr unterschiedliche Ansätze für das Verständnis der Funktion, Rollen und Möglichkeiten des Managements von Organisationen entwickelt. Übergreifend gehören jedoch insbesondere die Annahme knapper Ressourcen und die Annahme von Entscheidungsalternativen und damit Gestaltungsmöglichkeiten zum Grundkonsens der Wirtschaftswissenschaft. Insofern sollen, wenn es hier um Ärzte als Manager geht, gerade nicht

1 Später kam der Autor zu einer anderen Einschätzung. *R. Smith*, What doctors and managers can learn from each other, British Medical Journal 2003, S. 610 f.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

(nur) die besonders hervorgehobenen Positionen der Ärztlichen Direktoren mit Geschäftsführungsverantwortung für ganze Krankenhäuser im Fokus stehen, sondern vielmehr die vielen kleinen und größeren Management- und Organisationsentwicklungsaufgaben im Entscheidungsraum der Ärzte, deren aktive manageriale Gestaltung direkt an der „Versorgungsfront" Wirkung entfalten kann.

Als Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen werden daher die Herausforderungen der zunehmenden Wettbewerbsorientierung im deutschen Gesundheitssystem analysiert. In einem zweiten Schritt werden Krankenhäuser als Expertenorganisationen mit ihren Professionen und Kulturen präsentiert. Es soll gezeigt werden, dass auch heute schon viele Steuerungs-, Strategie- und Führungsaufgaben von Ärzten wahrgenommen werden – im Ergebnis determinieren sie maßgeblich die Qualität der Patientenversorgung, die Mitarbeiterzufriedenheit und die wirtschaftliche Basis der Organisation Krankenhaus. Schließlich soll eine Perspektive der Wertschöpfung für Organisation und Gesundheitssystem aufgezeigt werden, in der sich Krankenhäuser neu und nachhaltig für ihre Patienten, ihre Mitarbeiter und ihre Region ausrichten können und es wird diskutiert, welchen Beitrag Ärzte als Manager dazu leisten könnten.

I Das Problem: Krankenhäuser zwischen Daseinsvorsorge und Wettbewerb

Krankenhäuser sind Teil der Daseinsvorsorge: Sie erfüllen mit der Sicherung und Vorhaltung stationärer Versorgungsmöglichkeiten eine öffentliche Aufgabe und sind Teil der Infrastruktur eines Landes. Dabei ist – wie bei anderen Grundversorgungsaufgaben (Strom, Wasser etc.) auch – der allgemeine Sicherstellungsauftrag nicht zwingend mit einer Bereitstellung der Leistungen durch die Öffentliche Hand verbunden. Insofern gibt es in Deutschland traditionell neben Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft auch zahlreiche frei-gemeinnützige und konfessionell getragene Häuser sowie schließlich auch Krankenhäuser in sogenannter privater, gemeint ist, gewinnorientierter Trägerschaft. Die Anreizstrukturen des Vergütungssystems sind für alle Krankenhäuser zunächst gleich:[2] Ein an Dia-

2 *A. Reifferscheid/ D. Thomas/ J. Wasem*, Zehn Jahre DRG-System in Deutschland – Theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz, in: Klauber et al. (Hrsg.),

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gnosen geknüpftes Fallpauschalensystem regelt die einheitliche Vergütung und fokussiert die wirtschaftliche Steuerung der Krankenhäuser auf Kosten(-reduzierung) und Mengen(-steigerung).[3] Dazu stehen auf der Ausgabenseite zunächst diverse Rationalisierungsmaßnahmen zur Verfügung. Eine Erhöhung der Umsätze kann in diesem System vor allem durch eine Erhöhung der Anzahl der erbrachten Leistungen herbeigeführt werden. Allerdings mag dies je nach Kostenstruktur nicht bei jeder Einzelleistung sinnvoll sein, sondern nur bei Leistungen mit positiven Deckungsbeiträgen[4]; die Kosten der einzelnen Leistungen müssen also zunächst bekannt sein.[5] Erst dann können Krankenhäuser in einem nächsten Schritt ihre Kapazitäten zugunsten von Fallpauschalen mit höheren Deckungsbeiträgen neu ordnen. Ergänzende Einnahmen können außerdem durch das Angebot von Wahlleistungen[6] oder eine Beteiligung in der ambulanten Versorgung erzielt werden.

Das Vergütungssystem über Fallpauschalen setzt Anreize für Krankenhäuser, ihre strategische Ausrichtung und ihre operative Arbeit an Kostenreduzierung, Deckungsbeiträgen und Mengeneffekten zu orientieren. Eine Missachtung dieser vom Gesetzgeber gewünschten Steuerung durch das DRG-System würde die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses gefährden und damit letztendlich seine Existenz. Und obgleich dieses Vergütungssystem und seine auf Mengenwachstum angelegte Anreizstruktur immer wieder kritisiert und die unerwünschten Nebenwirkungen beklagt

---

Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, 2013, S. 3-19.

3 Möglich ist auch eine Flexibilisierung der Qualität etwa über die Qualifikationsstruktur des Personals: *B.-P. Robra et al.*, Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor, in: Michael/ Klauber/ Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002 – Krankenhaus im Wettbewerb, 2003, S. 44.

4 Der Deckungsbeitrag gibt an, wie viel eine vom Krankenhaus erbrachte Leistung zur Deckung der Gemeinkosten (zum Beispiel Stationskosten) und damit zum Gesamterfolg beiträgt. Um dies beurteilen zu können, greifen Unternehmen auf eine Deckungsbeitragsrechnung zurück.

5 *G. Brösel/ F. Köditz/ C. Schmitt*, Kostenträgerrechnung im Krankenhaus – Anforderungen unter DRG-Bedingungen, Controlling und Management 2004, S. 247-253.

6 Mit Wahlleistungen werden Leistungen bezeichnet, die nicht für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patienten notwendig sind und somit über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen. Hierzu zählt zum Beispiel die Behandlung durch den Chefarzt oder die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

werden[7], ist eine Änderung kurzfristig nicht in Sicht. Die Vermeidung von Verschwendung und der sparsame Umgang mit Ressourcen bliebe freilich in jedem anderen System ebenfalls eine Herausforderung, der Leistungserbringer im Gesundheitswesen sich stellen müssten. Die Bedeutung knapper Ressourcen im Gesundheitssystem und im Krankenhaus ist also Ärzten wie auch anderen Berufsgruppen seit jeher wohlbekannt.

Neben der zwingenden Orientierung an gesetzlich vorgegebenen Vergütungsparametern bleibt auch die Qualität der Versorgung ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, welches unter anderem durch umfangreiche Regulierung zur Erfassung und Publikation von Qualitätsindikatoren verfolgt wird.[8] Dennoch häufen sich Berichterstattungen in den Medien, die von einem Vertrauensverlust in Krankenhäuser und Ärzte zeugen: „Zu viele OPs nur des Geldes wegen?“,[9] „Geldmaschine Operationssaal“[10] oder „Überflüssige OPs: Vorsicht Arzt!“[11] – diese Schlagzeilen beklagen die oben beschriebene Nebenwirkung der Vergütung nach Fallpauschalen: In dieser Perspektive wird der Patient zum Kunden, der eine Dienstleistung erhält und durch seine Inanspruchnahme der Leistung zur Sicherung des Umsatzes für die jeweilige Fachabteilung oder das Krankenhaus beiträgt. Und Ärzte, die über die Notwendigkeit eines Eingriffs entscheiden, werden unversehens Teil des Vertriebs und sichern durch ihre Entscheidung für diagnostische oder therapeutische Maßnahmen ebenfalls Umsät-

7 Von einer „Hypertrophie der Mengen“ sprechen Mohrmann und Koch, bei der Qualitätsaspekte eine untergeordnete Rolle spielen: *M. Mohrmann/ V. Koch*, Hohe Leistungsmengen – Direktverträge und Rechtehandel als Lösungen für den Krankenhausbereich, in: Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, 2013, S. 189.

8 *S. Bohnet-Joschko et al*., Wissenstransfer durch die Qualitätsberichterstattung der deutschen Krankenhäuser, in: Bohnet-Joschko (Hrsg.), Wissensmanagement im Krankenhaus: Effizienz- und Qualitätssteigerungen durch versorgungsorientierte Organisation von Wissen und Prozessen, 2007, S. 171-193; *M. Geraedts et al.*, Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009, S. 232-233.

9 Ärzte Zeitung online, Zu viele Ops nur des Geldes wegen?, 30.5.2012. URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/814455/viele-ops-nur-des-geldes-wegen.html?sh=2&h=995279455, Zugegriffen 22.7.2014.

10 Stern Online, Krankenhausreport der AOK – Geldmaschine Operationssaal, 7.12.2012. URL: http://www.stern.de/gesundheit/krankenhausreport-der-aok-geldmaschine-operationssaal-1938585.html, Zugegriffen 22.7.2014.

11 WirtschaftsWoche Online, Überflüssige OPs – Vorsicht, Arzt!, 30.5.2012. URL: http://www.wiwo.de/finanzen/steuern-recht/ueberfluessige-ops-vorsicht-arzt/6689282.html, Zugegriffen 22.7.2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ze für das eigene Krankenhaus und im Fall leistungsorientierter Vergütung nicht selten auch Zuschläge zum eigenen ärztlichen Gehalt.

In einem Gesundheitssystem, das als zentrales Steuerungsinstrument den Preis festsetzt, gleichzeitig jedoch hohe Qualität und Orientierung am Gemeinwohl erwartet, sind Dilemmasituationen vorprogrammiert. Krankenhäuser müssen sich neu zwischen Daseinsvorsorge und Wettbewerb positionieren und auch ihre ärztlichen Führungskräfte strategisch wie operativ auf die in diesem Spannungsfeld entstehenden Herausforderungen vorbereiten.

II Die Protagonisten: Mediziner und Manager

Mächtigste Berufsgruppe im Krankenhaus bleibt auch nach der Transformation des Sektors die Ärzteschaft, und dies nicht zuletzt vor einem schlichten ökonomischen Hintergrund: Ärzte steuern durch ihre Entscheidungen zu Diagnostik und Therapie, Aufnahme und Entlassung sowohl die Einnahmen als auch maßgeblich den Einsatz und Verbrauch vieler Ressourcen im Krankenhaus. Als hoch spezialisiert ausgebildete Experten mit einem stark ausgeprägten Professionalismus geben sie dem Krankenhaus den Status einer Expertenorganisation. Henry Mintzberg bezeichnet sie in seiner Typologie der Organisationsformen als „professional bureaucracy".[12] Ausgehend von den beiden fundamentalen Anforderungen an jede Art der Organisation: Arbeitsteilung und Koordination der arbeitsteiligen Aktivitäten,[13] destilliert Mintzberg aus seiner Forschung idealtypische Konfigurationen bzw. Organisationstypen heraus, darunter die Expertenorganisation, die er immer wieder sehr treffend mit Beispielen aus dem Krankenhaus[14] illustriert, die das Rollenverständnis des Arztes, seine Wirkung in der Organisation Krankenhaus und die dadurch geprägte Organisationskultur sowie die Rolle des Managements anschaulich verknüpfen. Obgleich Mintzbergs Konfigurationsansatz nicht zuletzt wegen starker Vereinfachung komplexer Zusammenhänge kritisiert werden kann, ist seine etwas schablonenhafte Darstellung der besonderen Merkmale von Ex-

12 *H. Mintzberg*, The structuring of organizations, 1979, S. 378 ff.

13 *Mintzberg*, a.a.O., S. 2 f.

14 Ein weiteres häufig genutztes Beispiel für Expertenorganisationen sind Universitäten mit ihren Professoren.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

perten und ihrer Organisation geeignet, bestimmte Muster und Missverständnisse zwischen Medizin und Management aufzuzeigen.

Das Krankenhaus braucht Ärzte für die Patientenversorgung und stellt sie als hoch spezialisiert ausgebildete Experten ein, um ihnen danach weitgehende Kontrolle über die Patientenversorgung zu überlassen. Ärzte arbeiten also relativ autonom und häufig auch unabhängig von ihren Kollegen[15] – dies führt zu hoher Motivation und Arbeitszufriedenheit, hat aber auch Nachteile für die Organisation wie mangelnde Kontrollmöglichkeit, geringe Bereitschaft zu Kooperation mit Nicht-Experten oder den Zusammenhalt der Profession auch bei bekannt werdendem Fehlverhalten von Einzelnen. Da die Patientenversorgung mit Diagnostik, Therapie und Pflege den Kern der Wertschöpfung eines Krankenhauses darstellt und von weitgehend autonom tätigen, schwer ersetzbaren Experten geleistet wird,[16] erwarten Ärzte von den anderen Bereichen der Organisation – einschließlich des Managements – nicht mehr und nicht weniger als die Unterstützung der Kernprozesse.

Dies hat Folgen für Organisation und Führung. Die Krankenhausorganisation ist durch eine berufsgruppenspezifische Führung mit Drei-Säulen-Struktur und -Kultur charakterisiert (in vielen Krankenhäusern noch immer durch ein dreiköpfiges Team mit kaufmännischer, ärztlicher und pflegerischer Leitung ausgeprägt). Daneben fördert die notwendige Spezialisierung durch Fachkliniken oder -abteilungen das Entstehen einer Spartenstruktur[17] mit entsprechenden Fliehkräften. Schließlich wird die Pyramidenform eines typischen Organigramms in der Expertenorganisation Krankenhaus tendenziell umgekehrt wahrgenommen: Hier entzieht sich die breite Basis der in der Patientenversorgung tätigen Ärzte einer direkten Steuerung durch Anweisung und fühlt sich in der Expertenhierarchie *über* dem Management, das nach ihrem Verständnis vor allem ein vernünftiges Arbeitsumfeld für die Ausübung der ärztlichen Profession bereitstellen soll.

Da sich Kooperation erstens zwischen (ärztlichen) Experten und Management, zweitens zwischen den Berufsgruppen und schließlich drittens zwischen den Fachabteilungen als schwierig darstellt, gelten Kranken-

15 *Mintzberg*, The structuring of organizations, s. oben Fn. 12, S. 349.

16 Auch Pflegekräfte sind Experten, allerdings mit weniger Autonomie und Macht versehen.

17 *M. Schrappe*, Führung im Krankenhaus, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2009, S. 199 f.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

hausorganisationen als wenig beweglich und damit besser geeignet, bekannte Routinen zu verfolgen als neue Herausforderungen zu bewältigen. Für die Krankenhausleitung erschwert die Dezentralität der Organisationsstruktur wie auch der Berufsgruppen und schließlich der Fachkulturen die Entwicklung und Implementierung einer Gesamtstrategie für das Krankenhaus. Während die strategische Entwicklung von Fachabteilungen vor allem durch die dort tätigen Ärzte gelenkt wird, bleibt der Unternehmensführung häufig wenig mehr als die Anpassung der Ausrichtung über Ressourcenzuteilung.

Die Transformation im Krankenhaussektor führte zu einer Verschiebung der Gewichte zwischen Management und Experten und stellte sich damit besonders für Ärzteschaft und Pflege als schwierig und schmerzhaft dar. Während der Konvergenzphase der DRG-Einführung nahm der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser zu. Um im DRG-System gut wirtschaften und damit als Krankenhaus am Markt bestehen zu können, war es notwendig, die Kostenstruktur und -träger sehr viel genauer zu kennen: Welche Einzelleistungen kosten wie viel, wie setzen sich die Kosten für eine Einzelleistung zusammen, und was kann für diese Leistung abgerechnet werden – eine ungeahnte Kosten- und Leistungs(mengen-)transparenz war die Folge, die wiederum die Einführung neuer Kontroll- und Steuerungsinstrumente erst ermöglichte. Mehr Standardisierung der Abläufe und des Outputs wurde angestrebt: Klinische Pfade wurden entwickelt und implementiert, Prozesse optimiert, Kennzahlen eingeführt, um Liegezeiten verkürzen und größere Leistungsmengen erbringen zu können.[18] Der zunehmende Einfluss betriebswirtschaftlicher Steuerungsinstrumente gab der Krankenhausführung, dem Management, neue Aufgaben und größere Bedeutung, etwa durch Einführung neuer Kostenrechnungssysteme[19], durch

18 *K. Damm et al.*, Fünf Jahre diagnosebezogene Fallpauschalen im stationären Sektor – Auswirkungen auf betriebsinterne Strukturen und Prozesse von Krankenhäusern, Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis 2009, S. 271-283.

19 *Brösel/ Köditz/ Schmitt*, Kostenträgerrechnung im Krankenhaus, s. oben Fn. 5, S. 247-253; *E. Frese et al.*, "Diagnosis Related Groups" (DRG) und kosteneffiziente Steuerungssysteme im Krankenhaus, Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 2004, S. 737-759.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Aufbau eines Controllings[20] und eines Medizincontrollings[21] und mit Einführung neuer oder Aufrüstung bestehender Systeme zur elektronischen Datenverarbeitung[22] zur Unterstützung dieses Wandels.

Für viele Ärzte stellt sich dieser Wandel als ein grundlegender Eingriff in ihre bis dahin als wesentliches Merkmal der Berufsausübung verstandene und empfundene Professionsautonomie und -ethik dar, der das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient angreift und ärztliches Handeln zunehmend mit Entscheidungskonflikten zwischen Patientenbedürfnissen, ökonomischen Strukturen und rechtlichen Rahmenbedingungen belastet.[23] Wenn jedoch zunehmend professionsexterne Aspekte sowie eine Standardisierung, Dezentralisierung und Zergliederung der Leistungserbringung den Behandlungsprozess prägen, tritt die individuelle Verantwortung des Arztes für das Ergebnis seiner Arbeit in den Hintergrund. Diese graduelle Beschränkung ärztlicher Autonomie kann die Motivation beeinträchtigen und die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung mindern.

Der Wandel des ärztlichen Selbstverständnisses vom autonomen Experten in der Sozialorganisation zum Mitarbeiter in einem modernen Dienstleistungsunternehmen kann weitreichende Konsequenzen für den operativen Kern der Krankenhäuser, also für die Patientenversorgung, entfalten. Zwar kann die Einschätzung, dass früher für Patienten alles besser gewesen sei, durch Daten nicht bestätigt werden: Neben der Erfassung von Kosten wurde auch die Erfassung von Qualität erst durch die Transformation im Krankenhaussektor und mit dem Vergütungssystem über Fallpauschalen vom Gesetzgeber gefordert und in der Folge von Krankenhäusern umgesetzt. Immer mehr Qualitätsindikatoren sind inzwischen auch über die Grenzen des Krankenhauses hinaus der Begutachtung durch Experten

20 *W. Berens/ M. Lachmann/ A. Wömpener*, Der Einsatz von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern – Erfolgspotenziale und Status quo, Gesundheitswesen 2011, S. e51-60.

21 *S. Bohnet-Joschko*, Erlöse und Qualität in deutschen Krankenhäusern sichern: Aufgaben für das Medizincontrolling, Controlling – Zeitschrift für erfolgsorientierte Unternehmenssteuerung 2011, S. 340-346.

22 *B. P. Zietz et al.*, Analyse von administrativen Daten für das strategische und ökonomische Management, das Krankenhaus 2011, S. 19-28.

23 *E. Schröder*, Arzt sein zwischen Ethik, Recht und Ökonomie, Ärztepost 2012, S. 20-22.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

und zunehmend auch der Öffentlichkeit zugänglich.[24] Die Einführung von Wettbewerbselementen wie die Veröffentlichung von Leistungs- und Qualitätsdaten kann hier mittelfristig durchaus qualitätssichernd und letztlich qualitätssteigernd wirken. Ärzte sind durch ihr Spezialwissen und -können noch immer eine besonders hervorgehobene Berufsgruppe im Krankenhaus – aber ihre Arbeit entzieht sich deshalb nicht den Anforderungen an einen sparsamen Einsatz von Ressourcen zur Erbringung qualitativ hochwertiger Leistungen und – unter Berücksichtigung aller Besonderheiten – an eine Evaluation von Einsatz und Ergebnissen.

Was bedeutet dies nun für unsere Ausgangsfrage: Ärzte als Manager? Kernprozesse im Krankenhaus werden von Ärzten kontrolliert. Ärzte steuern maßgeblich den Ressourceneinsatz mit ihren Entscheidungen über Diagnostik, Therapie und Liegezeiten und sie steuern maßgeblich die Qualität der Versorgung durch ihren Einsatz am Patienten. Sie übernehmen dabei viele Organisations- und Führungsaufgaben, ohne sich deshalb als Manager zu verstehen. Der einst von Mintzberg beschriebene Antagonismus zwischen ärztlicher Profession und Krankenhausführung scheint jedenfalls keineswegs aufgelöst. Noch immer befürchten Ärzte, dass Krankenhausmanager sie unter Berufung auf externe Rahmenbedingungen durch Zielvorgaben, Kennzahlen und leistungsorientierte Vergütung kontrollieren und steuern wollen und damit ihre Professionsautonomie einschränken. Weiterhin scheint es Managern, als wollten Ärzte unter Berufung auf ihre Fachgesellschaften und Standesvertretungen ihre Autonomie nicht zuletzt zur Sicherung einer an ihren Standesbedürfnissen orientierten Krankenhausorganisation nutzen.[25], [26] Historie, Unternehmenskultur und Trägerschaft mögen dazu beitragen, dass dies der einen oder der anderen Gruppe auch mehr oder weniger gut gelingt. Insgesamt hat die Transformation der Krankenhäuser vor allem ein hohes Maß an Beschäftigung mit der eigenen Organisation zur Folge – dabei können andere Ziele wie die Patientenorientierung als oberste Leitlinie, aber auch die Bedeutung für

---

24 *Bohnet-Joschko et al.*, Wissenstransfer durch die Qualitätsberichterstattung, s. oben Fn. 8 , S. 171-193; *Geraedts et al.*, Public Reporting, s. oben Fn. 8 , S. 232-233.

25 *M. G. Warren/ R. Weitz/ S. Kulis*, Physician satisfaction in a changing health care environment: the impact of challenges to professional autonomy, authority, and dominance, Journal of Health and Social Behavior 1998, S. 356-367.

26 Eine Sonderrolle haben Ärzte, die ins Management wechseln und damit häufig die Anerkennung ihrer ärztlichen Kollegen verlieren.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

die Region oder Einflussmöglichkeiten auf eine breitere Verbesserung der Versorgung leicht aus dem Blick geraten.

III Die Perspektive: Kooperation, Integration, Partizipation

Krankenhäuser sind mehr als Unternehmen der Gesundheitsversorgung, sie sind unabhängig von ihrer Trägerschaft auch weiterhin Teil der öffentlichen Infrastruktur und der Regionalentwicklung. Krankenhäuser besitzen Immobilien, tätigen Investitionen, kaufen Produkte und Dienstleistungen, bieten Arbeits- und Ausbildungsplätze, zahlen Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Viele Krankenhäuser sind in regionale Gesundheitsversorgungsnetze eingebunden, die meisten kooperieren in mehr oder weniger engen Unternehmensverbünden, um Kooperationsvorteile zu erzielen. Sie operieren also in stabilen Partnerschaften und wirken damit auch über die Region hinaus. Zuallererst aber erbringen Krankenhäuser ärztliche und pflegerische Leistungen, um Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern sowie Geburtshilfe zu leisten (SGB V, § 107) und in Abgrenzung zur ambulanten Versorgung bieten sie für ihre Patienten die Möglichkeit der Unterkunft und Verpflegung (ebenda).

Ziel und Zweck des Krankenhauses sind also schon per Gesetz über den Patienten definiert. Dass dieser sich mehr Information und Beteiligung an Entscheidungen wünscht, wird an anderer Stelle ausführlich diskutiert. Ebenso unumstritten ist, dass eine gute Patientenversorgung mehr Zusammenarbeit der Fachdisziplinen und der Berufsgruppen sowie eine bessere Integration von ambulanter und stationärer Versorgung benötigt. Transparenz, Partizipation, Kooperation und Integration zum Wohl des Patienten entstehen jedoch nicht von selbst, sondern müssen von der Organisation und ihren Mitgliedern gestaltet werden. Hier sind neue Herausforderungen entstanden, für deren Bewältigung ärztliche Expertise erforderlich ist und Managementwissen hilfreich sein kann.[27]

Wenn es um Ärzte als Manager geht, dann beschreibt dies das Wiedererstarken der ärztlichen Übernahme von Verantwortung für mehr Transpa-

27 *R. Hornung/ K. Theile/ D. Wallwiener*, Betriebswirtschaft für Chefärzte und Medizin für Verwalter von Krankenhäusern – eine Studie zum Verhältnis zwischen gynäkologischen Chefärzten und Krankenhausverwaltern, Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2007, S. 1246-1250.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

renz, für Partizipation, Kooperation und Integration zur Verbesserung der Patientenversorgung. Unter Berücksichtigung der weiterhin knappen Ressourcen im Krankenhaus bieten sich viele Gestaltungsmöglichkeiten für engagierte Ärzte, in Zusammenarbeit mit der Pflege, die Information von und Kommunikation mit Patienten zunächst in ihrem eigenen Arbeitsbereich zu verbessern, bei der Organisation der Abläufe Patientenpräferenzen stärker zu berücksichtigen oder bestimmte Versorgungsprozesse gemeinsam mit Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich zu planen. Und zur Wahrnehmung dieser erweiterten Verantwortung kann Managementwissen für Ärzte ebenso wie Wissen und Unterstützung aus dem Management des eigenen Krankenhauses durchaus hilfreich sein (Mentoring-Programme sind hier eine noch viel zu wenig genutzte Möglichkeit zum Aufbau von Wissen und Fähigkeiten). Durch Stärkung der ärztlichen Autonomie und der Partizipationsmöglichkeiten für Mitarbeiter sowie durch konkrete Unterstützungsangebote können Ärzte wieder zur verstärkten Wahrnehmung managerialer Verantwortung ermutigt werden. Die Einbindung von Ärzten in Strategie- und Prozessentwicklung und eine dichtere Kommunikation zwischen den Professionen können den Kulturwandel in der Organisation Krankenhaus zur Stärkung der Patientenorientierung lenkend befördern, ohne dabei die Anforderung an Wirtschaftlichkeit missachten zu müssen oder auch nur vergessen zu können.

Entscheidungskonflikte im Spannungsfeld zwischen ökonomischen, medizinischen und gegebenenfalls rechtlichen Anforderungen im Krankenhaus wird es auch in Zukunft geben – doch warum sollte es nicht gelingen, über die Kluft zwischen Medizin und Management Brücken der Kooperation und des Wissenstransfers zu bauen?

Literatur

Ärzte Zeitung online, Zu viele Ops nur des Geldes wegen?, 30.5.2012. URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/814455/viele-ops-nur-des-geldes-wegen.html?sh=2&h=995279455, Zugegriffen 22.7.2014.

Berens, Wolfgang/ Lachmann, Maik/ Wömpener, Andreas, Der Einsatz von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern – Erfolgspotenziale und Status quo, Gesundheitswesen Nr. 73 (2011), S. e51-60.

Bohnet-Joschko, Sabine, Erlöse und Qualität in deutschen Krankenhäusern sichern: Aufgaben für das Medizincontrolling, Controlling – Zeitschrift für erfolgsorientierte Unternehmenssteuerung Nr. 23 (2011), S. 340-346.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Bohnet-Joschko, Sabine et al., Wissenstransfer durch die Qualitätsberichterstattung der deutschen Krankenhäuser, in: S. Bohnet-Joschko (Hrsg.), Wissensmanagement im Krankenhaus: Effizienz- und Qualitätssteigerungen durch versorgungsorientierte Organisation von Wissen und Prozessen, Wiesbaden 2007, S. 171-193.

Brösel, Gerrit/ Köditz, Franka/ Schmitt, Carsten, Kostenträgerrechnung im Krankenhaus – Anforderungen unter DRG-Bedingungen, Controlling und Management Nr. 48 (2004), S. 247-253.

Damm, Kathrin et al., Fünf Jahre diagnosebezogene Fallpauschalen im stationären Sektor – Auswirkungen auf betriebsinterne Strukturen und Prozesse von Krankenhäusern, Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis Nr. 61 (2009), S. 271-283.

Frese, Erich et al., "Diagnosis Related Groups" (DRG) und kosteneffiziente Steuerungssysteme im Krankenhaus, Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung Nr. 56 (2004), S. 737-759.

Geraedts, Max et al., Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung, Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 134 (2009), S. 232-233.

Hornung, René/ Theile, Konstantin/ Wallwiener, Diethelm, Betriebswirtschaft für Chefärzte und Medizin für Verwalter von Krankenhäusern – eine Studie zum Verhältnis zwischen gynäkologischen Chefärzten und Krankenhausverwaltern, Geburtshilfe und Frauenheilkunde Nr. 67 (2007), S. 1246-1250.

Mintzberg, Henry, The structuring of organizations, New Jersey 1979.

Mohrmann, Matthias/ Koch, Volker, Hohe Leistungsmengen – Direktverträge und Rechtehandel als Lösungen für den Krankenhausbereich, in: J. Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013, S. 189-214.

Reifferscheid, Antonius/ Thomas, Dominik/ Wasem, Jürgen, Zehn Jahre DRG-System in Deutschland – Theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz, in: J. Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013, S. 3-19.

Robra, Bernd-Peter/ Swart, Enno/ Felder, Stefan, Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor, in: A. Michael/ J. Klauber/ H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002 – Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart 2003, S. 43-54.

Schrappe, Matthias, Führung im Krankenhaus, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen Nr. 103 (2009), S. 198-204.

Schröder, Erich, Arzt sein zwischen Ethik, Recht und Ökonomie, Ärztepost Nr. 10 (2012), S. 20-22.

Smith, Richard, What doctors and managers can learn from each other, British Medical Journal Nr. 326 (2003), S. 610-611.

Stern Online, Krankenhausreport der AOK – Geldmaschine Operationssaal, 7.12.2012. URL: http://www.stern.de/gesundheit/krankenhausreport-der-aok-geldmaschine-operationssaal-1938585.html, Zugegriffen 22.7.2014.

Warren, Mary G./ Weitz, Rose/ Kulis, Stephen, Physician satisfaction in a changing health care environment: the impact of challenges to professional autonomy, authority, and dominance, Journal of Health and Social Behavior Nr. 39 (1998), S. 356-367.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

WirtschaftsWoche Online, Überflüssige OPs – Vorsicht, Arzt!, 30.5.2012. URL: http://www.wiwo.de/finanzen/steuern-recht/ueberfluessige-ops-vorsicht-arzt/6689282.html, Zugegriffen 22.7.2014.

Zietz, Björn P. et al., Analyse von administrativen Daten für das strategische und ökonomische Management, das Krankenhaus Nr. 103 (2011), S. 19-28.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

III.
Zwischen Markt und Staat

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Herausforderungen für die Diakonie im aktivierenden Sozialstaat – Der Einbezug sozial benachteiligter Menschen am Beispiel der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen

Johannes Eurich

I Der Wandel des sozialstaatlichen Verständnisses

Wohlfahrtsverbände wie die Diakonie sind nicht nur der soziale Arm der Kirche. Sie sind gleichzeitig auch Teil des sozialstaatlichen Arrangements, innerhalb dessen sie – historisch gewachsene, aber heute neu diskutierte – Funktionen ausüben. „Wohlfahrtsverbände produzieren […] sozialpolitisch gewollte Wohlfahrt in ihren spezifischen, gemeinnützigen Rollen. Veränderungen im Verständnis und in der Steuerung des Sozialstaates mussten sich deshalb folgerichtig auch hier auswirken."[1] Eine wichtige Markierung bildet in diesem Zusammenhang die Einführung der Pflegeversicherung 1995, die als Teil der übergreifenden Transformation des Wohlfahrtsstaats zu verstehen ist. Die politische Neubestimmung des Verhältnisses von Staat und Gesellschaft wurde programmatisch durch das so genannte Schröder-Blair-Papier vorangetrieben.[2] Es enthält das Konzept eines aktivierenden Staates, der dadurch jedoch nicht minimalisiert wird, sondern in seiner Steuerung auch die Richtung und die Formate vorgibt und damit bei der Verantwortungsverteilung zwischen Staat, Markt und Gesellschaft stärker in die Gesellschaft interveniert. Man hat diese Entwicklung als „neosozial" bezeichnet, weil das Gegenüber von Staat und Gesellschaft an Bedeutung verliert, indem nun alle gleichsam durch ge-

1 *W. Maaser*, Gemeinnützige Wohlfahrtsverbände zwischen normativem Selbstverständnis und operativen Zwängen, in: Eurich/ Maaser (Hrsg.), Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik, 2013, S. 19 (21).

2 *G. Schröder/ T. Blair*, Der Weg nach vorne für Europas Sozialdemokraten, Blätter für deutsche und internationale Politik 1999, S. 887-896; vgl. dazu auch *C.-D. Middel*, Der Wandel der institutionellen Gestalt des Wohlfahrtsstaates, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

meinsame gesellschaftliche Aktivierung die Mängel des alten Sozialstaats kompensieren sollen.[3]

Die Transformation des Wohlfahrtsstaats erscheint in diesem Licht als beabsichtigte Folge politischer Entscheidungen, die unter Rückgriff auf neo-liberale Ansätze[4] die Modernisierung des Sozialstaats durchführen.[5] Bei der Neubestimmung des Verhältnisses von Staat, Markt und Gesellschaft erscheint der Markt nicht mehr als Gegenüber des Staates, sondern als dessen Prinzip und Vorbild und übt eine formalisierende Kraft auf diesen aus, die ebenso in die Gesellschaft hinein ausstrahlt.[6] Die mit den neoliberalen Ansätzen einhergehende Ökonomisierung des Sozialbereichs ist somit nicht als entfesselter, schrankenloser Kapitalismus zu begreifen, der staatlichen Einfluss zurückdrängt, sondern als politische Strategie, in deren strategischem Programm der vermeintliche Rückzug des Staates als Neubestimmung des Verhältnisses zwischen Politik und Ökonomie sichtbar wird und in der Transformation gesellschaftlicher Kräfteverhältnisse beiden dient: „Der Umbau bzw. Abbau des Wohlfahrtsstaates ist in dieser Analyseperspektive als Umorganisation der Regierungstechniken – nicht als Zurückdrängung staatlichen Einflusses durch den ‚Terror der Ökonomie'[7] – zu verstehen."[8] Nach Thomas Lemke bedingt die Ausweitung des ökonomischen Denkens auf den sozialen Bereich den Wegfall der Differenz zwischen Ökonomie und Sozialem. Während das Soziale selbst zu

3 *W. Maaser*, Normative Diskurse der neuen Wohlfahrtspolitik, in: Eurich/ Maaser (Hrsg.), Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik, 2013, S. 100 (118 f.); vgl. *A. K. Weilert*, Gewährleistungsstaat und Gesundheitsverantwortung, in diesem Band.

4 Mit dem Begriff „neoliberal" wird auf solche Ansätze Bezug genommen, die sozialstaatliche Interventionen lediglich als Basisversorgung zur Deckung elementarer Bedürfnisse vorsehen und daher die Umverteilung gesellschaftlichen Reichtums im Rahmen eines Wohlfahrtsstaates beschränken möchten. Vgl. hierzu *N. Rose*, Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens, in: Bröckling/ Krasmann/ Lemke (Hrsg.), Gouvernementalität der Gegenwart, 2000, S. 72-109.

5 Vgl. *C. Butterwegge/ B. Lösch/ R. Ptak*, Kritik des Neoliberalismus, 2007; *F. Hengsbach*, Die andern im Blick. Christliche Gesellschaftsethik in den Zeiten der Globalisierung, 2001.

6 Diese Überlegungen wurden zuerst veröffentlicht in *J. Eurich*, Liebende Sorgearbeit und sozialunternehmerisches Handeln: Zur Ökonomisierung der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Behinderung, in: Bedford-Strohm et al. (Hrsg.), Von der „Barmherzigkeit" zum „Sozial-Markt". Zur Ökonomisierung der sozialdiakonischen Dienste, 2008, S. 153-171.

7 *V. Forrester*, Der Terror der Ökonomie, 1997.

8 *S. Schäper*, Ökonomisierung in der Behindertenhilfe, 2006, S. 73.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

einer Form des Ökonomischen wird, wird die Regierung des Staates als eine Art Unternehmen aufgefasst, „dessen Aufgabe die Universalisierung des Wettbewerbs und die Erfindung marktförmiger Handlungssysteme für Individuen, Gruppen und Institutionen ist".[9] Entsprechend wird die Rolle des Sozialstaats nicht mehr in der Adressierung und Steuerung gesellschaftlicher Problemlagen gesehen, sondern in der Moderation des Wettbewerbs zwischen den am Marktgeschehen Beteiligten. Die Transformation des Wohlfahrtsstaats wirkt sich folglich in einem geänderten sozialrechtlichen Leistungsverhältnis mit entsprechend neuen Anforderungen an gemeinnützige Wohlfahrtsorganisationen wie an Nutzer bzw. Nutzerinnen der sozialen Dienste aus.[10]

II Gemeinnützige Wohlfahrtsorganisationen im transformierten Sozialstaat[11]

Gemeinnützige Wohlfahrtsorganisationen arbeiten in der intermediären Sphäre, die sich zwischen Staat, Markt und Zivilgesellschaft aufspannt und gehören folglich unterschiedlichen Sektoren an.[12] Daher unterliegen sie den Logiken aller drei Sektoren, deren Steuerungsimpulse sich in ihnen verschränken. Oftmals beinhaltet diese Verschränkung die Koexistenz staatlicher Elemente, die hauptsächlich Fragen der Finanzierung und Standardisierung betreffen, und marktwirtschaftlicher Elemente (zum Beispiel den Wettbewerb unter autonomen Dienstleistungsanbietern) sowie zivilgesellschaftlicher Elemente, die die Nutzung „sozialen Kapitals" vorsehen (durch Fördervereine, örtliche Netzwerke von Initiativen, Vereinen und Wirtschaftsunternehmen zur Unterstützung der sozialen Dienste, Selbstvertretungsorganisationen etc.). Wohlfahrtsverbände wie die Diakonie und

---

9 *T. Lemke*, Eine Kritik der Politischen Vernunft. Foucaults Analyse der modernen Gouvernementalität, 1997, S. 248.

10 Vor der Reform wurde vom sozialrechtlichen Leistungsdreieck gesprochen, heute sind es Zielvereinbarungen oder Leistungsverträge zwischen der Einrichtung und dem Kunden.

11 Vgl. zum Folgenden: *J. Eurich*, Diakonie in der Transformation des Wohlfahrtsstaates, Theologische Literaturzeitung 2013, S. 405-420.

12 Vgl. *A. Evers/ B. Ewert*, Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienste. Ein Konzept, sein Hintergrund und seine Implikationen, in: Klatetzki (Hrsg.), Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven, 2010, S. 103-128.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ihre Mitgliedseinrichtungen sind folglich keine einheitlich funktionierende Organisationen, sondern „bestehen eher aus einem dichten Netz mit marktlichen, zivilgesellschaftlichen und staatlichen Elementen, und in vielen Fällen finden sich diese Elemente innerhalb eines Krankenhauses, Heimes, Arbeitslosenprojektes oder Beratungszentrums wieder“[13]. Als Beispiel für den staatlichen Einfluss können die gesetzlichen Grundlagen genannt werden, die diese Organisationen garantieren und zugleich einschränken (zum Beispiel Gewinnausschüttungsverbot). Treten sie als soziale Dienstleister auf, gelten für sie in der Regel auch marktwirtschaftliche Prinzipien. Im Blick auf religiöse Wohlfahrtsorganisationen wie die Diakonie besteht ein entsprechender Gemeinschaftscharakter mit zum Teil hohen Bindungswirkungen.

Weil je nach Handlungsfeld und Organisationszweck unterschiedliche Rationalitäten dominieren, ist es notwendig, immer den Kontext einer Wohlfahrtsorganisation in den Blick zu nehmen. So ist zwar unter wettbewerblichen Rahmenbedingungen zu beobachten, dass die ökonomischen Steuerungskriterien ein deutliches Übergewicht erhalten, es ist aber nicht davon auszugehen, dass eine Rationalität immer überwiegt, aber auch nicht davon, dass eine Harmonie zwischen den einzelnen Logiken und Zielen besteht. Vielmehr scheint ein Kennzeichen von Nonprofit-Organisationen die Spannung zwischen verschiedenen internen Organisationselementen zu sein, „die auf erwerbswirtschaftlichen, staatlichen und gemeinnützigen Anforderungen beruhen, und die jeweils spezifisch für das Umfeld sind, in dem sich die Organisation bewegt“[14]. Dieses Spannungsverhältnis innerhalb einer Organisation auszutarieren und nicht auf eine einzige Rationalität zu verengen, ist Aufgabe der Organisationssteuerung.

Dieses hochkomplexe Steuerungsgeschehen ist eingebettet in übergreifende gesamtgesellschaftliche Veränderungen. So sind der Mentalitätswandel und veränderte Rollenverständnisse bei den Professionellen und Adressaten sozialer Dienste im Zusammenhang der Wandlungsprozesse einer Gesellschaft bzw. bestimmter Politikfelder zu sehen. Heute entsprechen Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten auf Seiten der Nutzer einer Abkehr von autoritativen Vorgaben der Professionellen. Für die Professionellen bedeutet die Teilung von Autorität und Macht eine Überwin-

13 *A. D. Schulz*, Organisationen zwischen Markt, Staat und Zivilgesellschaft: Arbeitsmarktförderung von Langzeitarbeitslosen im Deutschen Caritasverband (Bürgergesellschaft und Demokratie 30), 2010, S. 35.

14 *Schulz*, a.a.O., S. 38.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dung des traditionellen Verständnisses der Professionellen als autoritativer Instanz, die gegenüber passiven Empfängern die Entscheidungs- und Deutungshoheit in Anspruch nahmen. Neben dem Wandel des Professions- und Nutzerverständnisses ist gleichzeitig eine Ausdifferenzierung von Identitätsmerkmalen zu beobachten. Kontextabhängig treten Nutzer als Konsumenten, Koproduzenten, Bürger, Patienten oder Mitglieder einer Gemeinschaft auf.[15]

III Folgen für den Status des Subjekts

Mit der Übernahme von marktlichen Elementen im transformierten Wohlfahrtsstaat wird zugleich eine neue Form autonomer Subjektivität propagiert, die die kollektive Sicherung von Risiken durch den Doppelmechanismus von Prävention und Selbstmanagement ergänzen bzw. ersetzen soll, so dass letztlich in Not geratene Menschen für ihre Probleme und deren Lösung selbst verantwortlich gemacht werden können.[16] Dies ist ethisch insofern problematisch, da eine solche Zurechnung als individuelles Versagen in der Regel ohne Anerkennung anderer Gründe wie zum Beispiel struktureller Ursachen oder konjunktureller Schwierigkeiten geschieht bzw. gerade von solchen Gründen ablenken soll. In den Handlungsfeldern der Wohlfahrtspflege kommt es dabei zu folgender Koinzidenz: Die Freiheit und das Risiko des Einzelnen als Subjekt des Marktgeschehens trifft auf sozialpolitische Forderungen von betroffenen Menschen und deren Selbsthilfe- bzw. Selbstvertretungsbewegungen nach mehr Selbstbestimmung. Im Kundenbegriff kommen beide Verständnisse zusammen und füllen den Begriff jeweils unterschiedlich. So wurde im Kundenbegriff – als Kritik am paternalistischen Beziehungsmodus traditioneller sozialer Hilfe – ein neues Paradigma für die Beziehung zwischen Professionellen und Betroffenen gefunden, das „sich zugleich in die Plausibilitäten einer Marktorientierung einfügt, wie sie von Seiten der Kostenträger der Sozialsysteme als Regulierungsinstrument gefordert und in einem ‚aktivierenden Sozialstaat' sukzessive durchgesetzt wird, freilich

15 Vgl. *Evers/ Ewert*, Hybride Organisationsformen, s. oben Fn. 12, S. 120.

16 Vgl. *U. Bröckling*, Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, 2007.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

mit ganz anderen, nämlich primär fiskalischen Interessen“[17]. Gleichzeitig muss jedoch darauf geachtet werden, dass die Kundenperspektive – so hilfreich sie sein kann – nicht einseitig als alleinige Orientierung zugrunde gelegt wird. Denn die Adressaten sozialer Hilfestellungen können nicht einfach alle zu marktfähigen Nachfragern sozialer Dienste erklärt werden, besonders nicht Personengruppen wie Menschen mit Demenzerkrankung oder mehrfach- und schwerstbehinderte Menschen, bei denen trotz aller Befähigungsprozesse auch die Grenzen eingeschränkter Selbstbestimmungsmöglichkeiten beachtet werden müssen.[18] Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass im Sozial- und Gesundheitswesen nur „Quasi“-Märkte bestehen, die aufgrund der Asymmetrie zwischen Anbieter und Nachfrager (Informationsasymmetrie, Asymmetrie durch Abhängigkeit infolge von Krankheit oder Schmerzzuständen, Asymmetrie durch Status- und Machtunterschiede) Marktversagen aufweisen können.[19]

In konfessionellen Wohlfahrtsverbänden wird daher mit der Orientierung an liebender Sorgearbeit eine über die rein ökonomische Dienstleistungsfunktion hinausgehende Bestimmung unterstützenden Handelns in christlicher Perspektive vorgenommen, die auf Realisierung der Begegnung von Mensch zu Mensch auch unter ökonomischen Steuerungsbedingungen ausgerichtet ist und zum Teil auch jene Bedürfnisse nach Zuwendung aufnimmt, die unter marktlichen Bedingungen nicht befriedigt werden können – zumindest ist dies der Anspruch konfessioneller Einrichtungen. In diesem Sinne gilt, dass Begriffe wie Nächstenliebe, Barmherzigkeit und Sorge für den Anderen ein notwendiges Korrektiv zum einseitigen Verständnis als Dienstleister mit der Orientierung am Kunden markieren.

Dies ist insofern erforderlich, als die Lebenssituation von sozial benachteiligten Menschen auf die Schattenseiten des demokratischen Kapita-

17 *Schäper*, Ökonomisierung, s. oben Fn. 8, S. 23. Vgl. *Eurich*, Liebende Sorgearbeit, s. oben Fn. 6.

18 Dass hier auch Stellvertretungs-Optionen nur bedingt weiterhelfen können, wird an der Diskussion um Prinzipal-Agenten-Modelle im Gesundheits- und Sozialbereich deutlich. Vgl. *A. Langer et al.*, The Agency Problem and Medical Acting, Medicine, Health Care and Philosophy: A European Journal 2009, S. 99-108.

19 Vgl. *K. Gabriel*, Ambulante Pflege zwischen Staat, Markt und Familie, in: Aufderheide/ Dombrowski (Hrsg.), Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und makroökonomische Perspektiven für den Pflegesektor, 2006, S. 215 (224-228).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

lismus[20] verweist. Die oben erwähnte Verantwortungsübertragung an das „unternehmerische Selbst“[21] beteiligt betroffene Menschen – als Manager ihrer selbst – an der Lösung ihrer Probleme auf eine Weise, bei der das Risiko zunehmend vom Betroffenen selbst getragen werden muss. Für den Gesundheitsbereich gilt jedoch, dass individuelle Gesundheitszustände nicht einlinig dem Verantwortungsbereich des/der Betroffenen zugerechnet werden können, wie der soziale Gradient von Gesundheit zeigt.[22] Zudem kann am Beispiel von Menschen mit chronischer Erkrankung oder einer Behinderung darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Gesundheitskosten für den Mehraufwand aufgrund einer spezifischen Einschränkung zu zusätzlichen Belastungen führen, die wirtschaftlich oftmals nicht aufgefangen werden können und daher zu einer Verarmung der betroffenen Menschen beitragen.[23] Aus diesen Gründen ist darauf zu achten, dass nicht die mit Begrifflichkeiten wie Kunde oder Selbstbestimmung implizierte Wählbarkeit der Lebensrisiken, zum Beispiel für Menschen mit erhöhten Gesundheitsbedarfen, ideologischen Charakter erhält, der weiterhin bestehende ungleiche Lebenschancen eher verschleiert statt aufdeckt.[24]

Zu fragen ist auch, wie die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen in der Logik des Marktgeschehens bearbeiten werden kann: Denn die Konkurrenz der Dienstleister um die lukrativen Fälle gesundheitlicher

---

20 Der Begriff wird in Anlehnung an Wolfgang Streeck verwendet, um den Übergang von einer demokratischen zu einer Marktgesellschaft anzudeuten. Vgl. *W. Streeck*, Gekaufte Zeit. Die vertagte Krise des demokratischen Kapitalismus, 2013.

21 *Lemke*, Eine Kritik, s. oben Fn. 9, S. 254.

22 Vgl. *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge, in diesem Band und *J. Siegrist*, Sozial ungleiche Gesundheitschancen: Prävention als solidarisches Handeln, in diesem Band.

23 Vgl. *M. Lukas-Nülle*, Krankheitskosten bei chronischem Schmerz. Welchen Einfluss haben soziale Faktoren?, 2008; Der Europäische Gesundheitsbericht 2009, Gesundheit und Gesundheitssysteme, hrsg. von Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2010; *T.-K. Pförtner*, Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung, 2013.

24 Vgl. *Schäper*, Ökonomisierung, s. oben Fn. 8, S. 34: „Die Annahme der Wählbarkeit von Lebensläufen übersieht soziale Ungleichheiten, die bei aller Individualisierung nach wie vor die Lebensmöglichkeiten behinderter Menschen prägt: Sie sind in der Regel aufgrund ihrer Abhängigkeit auf bestimmte Lebensläufe und Lebensentwürfe festgelegt, weil ihnen andere verwehrt bleiben.“ Dies gilt insbesondere für geistig behinderte Menschen, deren Lebensgeschichte „nach wie vor determiniert [ist] durch die regionalen Versorgungsstrukturen, die den Weg durch die Institutionen vorgeben, sobald Unterstützungsnetze außerhalb der Familie notwendig werden“.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Dienstleistungen, also um die Kunden, deren gesundheitlicher Bedarf gute Gewinnchancen versprechen, führt nach der Logik des Marktes dazu, dass Menschen in schwer oder gar nicht lösbaren Problemlagen, deren Erfolgschancen gering oder risikoreich erscheinen, gemieden werden (creaming up[25]). In theologisch-ethischer Perspektive gilt eine besondere Aufmerksamkeit jedoch genau den Menschen, die zu den potentiellen Verlierern der gesellschaftlichen Modernisierung gehören.

IV Die sozialanwaltschaftliche Funktion der Diakonie[26]

Nach dem Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung von 2013 liegt die Zahl der Menschen in Deutschland, die von Armut betroffen sind, bei etwas über 14 Prozent.[27] Etwa 7,5 Millionen Menschen sind in Deutschland geringfügig entlohnt Beschäftigte[28]. Außerdem lebten 2013 geschätzt 100.000 bis 150.000 Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland, zu denen Selbstständige gehören, die ihre Beiträge nicht mehr bezahlen können sowie Arbeitslose, die aus dem Leistungsbezug gefallen sind und Ehepartner, die mit der Scheidung die Versicherung verloren haben.[29] Auch leben – je nach Erfassungskriterien – zwischen 100.000 und 400.000 Menschen ohne Papiere in Deutschland, die teilweise keine Krankenversicherung haben, teilweise eine haben, wenn sie ohne Arbeitserlaubnis dennoch arbeiten und somit auch krankenversichert sind, die

25 Vgl. *A. Langer*, Leadership zwischen Anreizmoral, Wohlfahrtsverlusten und Effizienz sozialer Institutionen. Anreizanalysen professioneller Dienstleistungserbringung als wirtschafts- und unternehmensethische Aspekte effizienter Leadership, Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik 2006, S. 35 (48 f.).

26 Vgl. zum Folgenden *J. Eurich*, Diakonie als Partner und Anwalt sozial benachteiligter Menschen, in: Eurich/ Maaser (Hrsg.), Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik, 2013, S. 122-139.

27 Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Lebenslagen in Deutschland. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2013, S. IX.

28 Bundesministerium für Arbeit und Soziales, a.a.O., S. 338.

29 Vgl. Bundesregierung, Zahl der Menschen ohne Krankenversicherung hat stark abgenommen, 20.2.2013. URL: http://www.bundestag.de/presse/hib/2013_02/2013_083/06.html, Zugegriffen 23.6.2014. Im Jahr 2011 waren es 137.000 Personen, wobei aber nur Menschen mit festem Wohnsitz erfasst wurden. Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, Wohnungslose oder auch Flüchtlinge ohne Krankenversicherung sind dabei nicht erfasst.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

aber auf Leistungen der Krankenkassen nicht zurückgreifen aus Angst, gemeldet zu werden[30].

Angesichts der Tatsache, dass die sozialen Sicherungssysteme keine Absicherung gegen Armut mehr gewährleisten können[31], stellt die relativ hohe Zahl von Menschen in prekären Lebenslagen eine bleibende Herausforderung auch für diakonisches Handeln – und zwar über das Angebot sozialer Dienstleistungen hinausgehend – dar. Das öffentliche Eintreten für die Interessen dieser Personen und damit verbundene Unterstützungstätigkeiten werden in der Diakonie als „Sozialanwaltschaft" verstanden. Der Einsatz für Menschen an den Rändern der Gesellschaft stellt eine der zentralen theologisch-ethischen Figuren diakonischen Handelns dar. Das Prinzip der Sozialanwaltschaft steht auf der Basis der biblischen Tradition für das Beistehen, Verteidigen, Fürsprechen und Vertreten von Not betroffener Menschen.[32]

Doch das Prinzip der Sozialanwaltschaft ist gegenwärtig umstritten.[33] Das hat zum einen mit der Situation der Diakonie zu tun, die sich in einer Gemengelage von sozialer Dienstleistungsorientierung, organisatorischer Verbetrieblichung, zivilgesellschaftlicher Rollenzuschreibung und kirchlichem Selbstverständnis befindet. Zum anderen wird in der Sozialanwaltschaft die Gefahr des Paternalismus gesehen mit einer entmündigenden Haltung gegenüber den unterstützungsbedürftigen Menschen, und schließlich findet sich die Diakonie dem Vorwurf ausgesetzt, unter dem Vorwand der Sozialanwaltschaft letztlich nur eigene Interessen zu verfolgen.

Jedoch gibt es nach wie vor gute Gründe für das parteiliche Eintreten für die Belange sozial benachteiligter Menschen. So sind grundlegende Fragen der Einstufung und Klassifikation, wie zum Beispiel wer von wem wahrgenommen wird, wer als bedürftig eingestuft wird und schließlich wer festlegt, was Bedürftigkeit ist, immer politisch orientiert und werden

---

30 Vgl. Mediendienst Integration, Informationen zu Fragen der Einwanderungsgesellschaft. URL: http://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl.html, Zugegriffen 23.6.2014.

31 Vgl. *J. Eurich/ E.-U. Huster*, Armut, in: Evers et al. (Hrsg.), Theologie und soziale Wirklichkeit, Grundbegriffe, 2011, S. 11-21; *R. Hauser/ W. Hübinger*, Arme unter uns, Teil 1, 1993.

32 Vgl. *Eurich*, Diakonie als Partner und Anwalt, s. oben Fn. 26.

33 Vgl. *A. Dietz/ S. Gillich* (Hrsg.), Barmherzigkeit drängt auf Gerechtigkeit. Anwaltschaft, Parteilichkeit und Lobbyarbeit als Herausforderung für Soziale Arbeit und Verbände, 2013.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

letztlich in Verwaltungsvorgängen fixiert.[34] Auftrag der Diakonie ist um der benachteiligten Menschen willen auch, sich politisch einzumischen, um deren Rechte zu sichern und für menschenwürdige Existenzbedingungen einzutreten. Ziel muss dabei sein, die betroffenen Menschen zu unterstützen oder gegebenenfalls dazu zu befähigen, sich selbst zu organisieren und in der Öffentlichkeit ihre Interessen selbst zu vertreten.[35] Auch nach der Einführung wettbewerblicher Rahmenbedingungen mit seinen unerlässlichen Effizienz- und Effektivitätsaspekten bleibt dies Aufgabe der Diakonie.

Wohlfahrtsverbänden wie der Diakonie stellt sich also eine zweifache Aufgabe: einerseits auf politischer Ebene für Veränderungen sozialpolitischer Bestimmungen zugunsten übergangener Interessen exkludierter oder sozial benachteiligter Menschen hinzuwirken und andererseits neue Formen der Subsidiarität zu entwickeln. Zu letzterem gehört die Bildung neuer strategischer Allianzen etwa mit anderen zivilgesellschaftlichen Gruppen oder Organisationen. Für die Zukunft des diakonischen Handelns ist entscheidend, wie das sozialpolitische Mandat zusammen mit den sozialen Diensten der Einrichtungen weiter entwickelt werden kann. Wenn dieses Wissen in klare Ziele einfließt, die in ausgewählten Maßnahmen münden, die auf ihre Wirkung hin kontrolliert werden, dann ist auch im modernisierten Wohlfahrtsstaat eine Sozialanwaltschaft möglich, die eine nachhaltige Wirkung für marginalisierte Menschen entfalten kann.

---

34 Vgl. *M. Schenk*, Active Agents as a Model of Social Advocacy: Participation and Self-organization of People Experiencing Poverty, in Eurich/ Hüber (Hrsg.), Diaconia against Poverty and Exclusion in Europe, 2013, S. 242-254.

35 Dass Beistehen, Fürsprechen und Vertreten nicht entmündigend sein muss, ist besonders dann der Fall, wenn immer wieder die konkreten Bedürfnisse des/der Nächsten in den Blick genommen werden und diese selbst zu Gehör kommen. Diakonisches Handeln in komplexen Gesellschaften bedeutet auch, die Not erst wahrnehmen zu lernen und gegebenenfalls die Notleidenden selbst zu finden. Vgl. *Eurich*, Diakonie als Partner, s. oben Fn. 26 sowie *W. Gern/ F. Segbers*, Allianzen der Solidarität und die Option für die Armen. Selbstvertretung der Armen zwischen Sozialen Bewegungen und kirchlichen Wohlfahrtsverbänden, in: Eurich et al. (Hrsg.), Kirchen aktiv gegen Armut und Ausgrenzung, 2011, S. 621–635.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

V Das Beispiel von Menschen ohne festen Wohnsitz als Herausforderung für diakonisches Handeln

Zurzeit haben ca. 284.000 Menschen in Deutschland keine eigene Wohnung. Von diesen lebt ein geringerer Anteil von circa 20.000 Menschen auf der Straße; die meisten Betroffenen übernachten in Heimen, Notunterkünften, Billigpensionen, Asylen oder Frauenhäusern oder werden von Verwandten oder Freunden aufgenommen. Über 40 Prozent der Betroffenen haben einen mittleren oder höheren Berufsabschluss, ein Fünftel sogar einen Hochschulabschluss, so dass Wohnungslosigkeit heute nicht nur die Randfiguren, sondern alle Schichten der Gesellschaft trifft.[36]

Wohnungslosigkeit tritt vor allem bei erwerbsfähigen Menschen ohne Arbeit auf.[37] Zunehmend entdecken Personen mit Mehrfachproblematik Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als Nische fürs Überleben. In Fachpublikationen als „Patienten mit Doppeldiagnosen" bezeichnet, weisen viele „multimorbide Patienten" folgende Merkmale auf: „akute oder latente psychische Erkrankung, mangelnde Krankheitseinsicht, Suchterkrankung, Verweigerung von Medikamenten beziehungsweise deren unstrukturierte Einnahme (oder auch Selbstmedikation mit Alkohol sowie illegalen und anderen Drogen), nicht erkennbare Motivation zur Veränderung der eigenen Lage, massive Verwahrlosung (körperlich, seelisch) sowie körperliche Erkrankungen (auch als Folge der Suchterkrankung)".[38] Ein circulus vitiosus bestehend aus Wohnungs- und Arbeitslosigkeit einhergehend mit einem extremen Mangel an Kontakten sowie Mittellosigkeit und zum Teil hohen Schulden mündet in eine allgemeine Perspektivlosigkeit, die sich auch in einem tief sitzenden Misstrauen gegenüber helfenden Institutionen ausdrückt. Entsprechend viele Menschen ohne festen Wohnsitz nehmen die Angebote sozialer oder therapeutischer Hilfe nicht in Anspruch oder brechen Therapien wieder ab.

---

36 Die Zahlen beruhen auf Schätzungen, da Menschen ohne festen Wohnsitz statistisch nicht erfasst werden. Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Schätzung 2013. URL: http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/, Zugegriffen 30.6.2014.

37 Vgl. zum Folgenden *J. Eurich*, Verarmt, verscharrt, vergessen? Zum Sterben und Tod von Menschen ohne festen Wohnsitz, Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2012, S. 92-100.

38 *R. Commer*, Wohnungslos und noch viele andere Probleme, in: Deutscher Caritasverband (Hrsg.), neue caritas Jahrbuch 2002, 2001, S. 20 f.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

„Das ärztliche Versorgungssystem ist nicht auf die Klientel der Menschen in sogenannten ‚Abstiegskarrieren' eingerichtet. Obdachlose Menschen werden von Ärzten und Krankenhäusern abgelehnt und/oder nicht umfassend beraten und behandelt".[39] Dies korrespondiert mit der Einstellung von Menschen ohne festen Wohnsitz, die oftmals eine Scheu vor dem Besuch beim Arzt haben, weil sie sich in einem Wartezimmer deplatziert fühlen oder nicht auf Suchtproblematiken, psychische Störungen oder ähnliches angesprochen werden möchten.[40]

Eine ambulante Diagnostik oder Behandlung ist in vielen Fällen möglich, unterbleibt jedoch auch aufgrund fehlender sozialer Strukturen. „Zwar soll der Grundsatz ‚ambulant vor stationär' unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden. Für wohnungslose Menschen aber führt er häufig dazu, dass sie gar keine Versorgung in Anspruch nehmen können, da sie beispielsweise [...] vor Schmerzen keinen Arzt oder Ärztin aufsuchen können und in der Wohnungslosenunterkunft kein soziales Umfeld haben, das sie fahren und begleiten könnte. Ein Krankentransport in eine Arztpraxis wird in diesem Fall von den Krankenkassen nicht bezahlt".[41] Häufig ist auch eine qualifizierte ambulante Anschlussbehandlung an einen Krankenhausaufenthalt durch einen Hausarzt nicht gewährleistet oder es findet keine Weitervermittlung durch das jeweilige medizinisch-pflegerische Projekt statt. Insgesamt ist das gesundheitliche Versorgungssystem für diese Menschen zu hochschwellig ausgerichtet, gleichzeitig fehlt eine niederschwellige, praktikable Konzeption des Versorgungsangebots einschließlich einer realistischen Finanzierung, die auf die Situation von auf der Straße lebenden Menschen zugeschnitten ist. Fehlende soziale Strukturen, Lücken in der Ausrichtung und Finanzierung des Gesundheitssystems, persönliche Problematiken der Betroffenen und mangelndes Wissen über deren Lebenslage führen dazu, dass wohnungslose Menschen mit im Schnitt 46,5 Jahren wesentlich früher als der Durchschnitt der Bevölkerung versterben und nur wenig über die Umstände ihres Todes bekannt ist.[42] Daher sind Modellprojekte, die es in einigen Großstädten gibt wie zum Beispiel das Arztmobil für die medizinische Grundversorgung auf der

39 *K. Schaumann*, Medizinische Notversorgung für obdachlose Menschen, Diakonie 1996, S. 351.

40 Regionaler Knoten Hamburg (Hrsg.), Sterbende Menschen begleiten. Krankheit, Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, 2011, S. 12.

41 Regionaler Knoten Hamburg, a.a.O., S. 16.

42 Regionaler Knoten Hamburg, a.a.O., S. 6.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Straße oder Pflegeheime für Menschen ohne feste Wohnung, in denen diese bis zum Tod gepflegt werden können, als flächendeckende Infrastruktur notwendig. Zumindest gibt es lokale Initiativen in einigen Städten in Deutschland wie Krankenmobil, Zahnmobil, Straßenambulanzen, „Spurensucher" in Köln, Sozialarbeiter und ehrenamtliche Ärzte, die auf die Straße gehen und Menschen ohne festen Wohnsitz suchen und aufsuchen, um hier – teils in diakonischer Verantwortung – eine niederschwellige Gesundheitsversorgung anzubieten.

Das Beispiel von Menschen ohne festen Wohnsitz macht auf Personengruppen aufmerksam, die trotz bestehender sozialer Sicherungssysteme besonderer Anstrengungen bedürfen, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und eine angemessene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Wohlfahrtsverbände wie die Diakonie bleiben aufgefordert, weiterhin entsprechende Unterstützungsarbeit für sozial benachteiligte Menschen zu leisten und sich auf Dienstleister-Ebene nicht auf eine rein ökonomische Dienstleistungsfunktion zu beschränken.

Literatur

Bröckling, Ulrich, Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, 2. Aufl., Frankfurt am Main 2007.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Schätzung 2013. URL: http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/, Zugegriffen 30.6.2014.

Bundesregierung, Zahl der Menschen ohne Krankenversicherung hat stark abgenommen, 20.2.2013. URL: http://www.bundestag.de/presse/hib/2013_02/2013_083/06.html, Zugegriffen 23.6.2014.

Butterwegge, Christoph/ Lösch, Bettina/ Ptak, Ralf, Kritik des Neoliberalismus. Unter Mitarbeit von Tim Engartner, Wiesbaden 2007.

Commer, Ralf, Wohnungslos und noch viele andere Probleme, in: Deutscher Caritasverband (Hrsg.), neue caritas Jahrbuch 2002, Freiburg 2001.

Der Europäische Gesundheitsbericht 2009, Gesundheit und Gesundheitssysteme, hrsg. von Weltgesundheitsorganisation (WHO), Kopenhagen 2010.

Dietz, Alexander/ Gillich, Stefan (Hrsg.), Barmherzigkeit drängt auf Gerechtigkeit. Anwaltschaft, Parteilichkeit und Lobbyarbeit als Herausforderung für Soziale Arbeit und Verbände, Leipzig 2013.

Eurich, Johannes, Liebende Sorgearbeit und sozialunternehmerisches Handeln: Zur Ökonomisierung der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Behinderung, in: H. Bedford-Strohm et al. (Hrsg.), Von der „Barmherzigkeit" zum „Sozial-Markt". Zur Ökonomisierung der sozialdiakonischen Dienste, Jahrbuch Sozialer Protestantismus 2, Gütersloh 2008, S. 153-171.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Eurich, Johannes, Verarmt, verscharrt, vergessen? Zum Sterben und Tod von Menschen ohne festen Wohnsitz, Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit Nr. 63 (2012), S. 92-100.

Eurich, Johannes, Diakonie als Partner und Anwalt sozial benachteiligter Menschen, in: J. Eurich/ W. Maaser (Hrsg.), Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik, Leipzig 2013, S. 122-139.

Eurich, Johannes, Diakonie in der Transformation des Wohlfahrtsstaates, Theologische Literaturzeitung Nr. 138 (2013), S. 405-420.

Eurich, Johannes/ Huster, Ernst-Ulrich, Armut, in: R. Evers et al. (Hrsg.), Theologie und soziale Wirklichkeit, Grundbegriffe, Stuttgart 2011, S. 11-21.

Evers, Adalbert/ Ewert, Benjamin, Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienste. Ein Konzept, sein Hintergrund und seine Implikationen, in: T. Klatetzki (Hrsg.), Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven, Wiesbaden 2010, S. 103-128.

Forrester, Viviane, Der Terror der Ökonomie, 8. Aufl., Wien 1997.

Gabriel, Karl, Ambulante Pflege zwischen Staat, Markt und Familie, in: D. Aufderheide/ M. Dombrowski (Hrsg.), Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und makroökonomische Perspektiven für den Pflegesektor, Volkswirtschaftliche Schriften 551, Berlin 2006, S. 215-232.

Gern, Wolfgang/ Segbers, Franz, Allianzen der Solidarität und die Option für die Armen. Selbstvertretung der Armen zwischen Sozialen Bewegungen und kirchlichen Wohlfahrtsverbänden, in: J. Eurich et al. (Hrsg.), Kirchen aktiv gegen Armut und Ausgrenzung, Stuttgart 2011, S. 621–635.

Hauser, Richard/ Hübinger, Werner, Arme unter uns, Teil 1, Freiburg 1993.

Hengsbach, Friedhelm, Die andern im Blick. Christliche Gesellschaftsethik in den Zeiten der Globalisierung, Darmstadt 2001.

Langer, Alexander et al., The Agency Problem and Medical Acting, Medicine, Health Care and Philosophy: A European Journal Nr. 12 (2009), S. 99-108.

*Langer, Andreas*Nr.

Lemke, Thomas, Eine Kritik der Politischen Vernunft. Foucaults Analyse der modernen Gouvernementalität, Frankfurt am Main 1997.

Lukas-Nülle, Martina, Krankheitskosten bei chronischem Schmerz. Welchen Einfluss haben soziale Faktoren?, Frankfurt am Main 2008.

Maaser, Wolfgang, Gemeinnützige Wohlfahrtsverbände zwischen normativem Selbstverständnis und operativen Zwängen, in: J. Eurich/ W. Maaser (Hrsg.), Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik, Leipzig 2013, S. 19-29.

Maaser, Wolfgang, Normative Diskurse der neuen Wohlfahrtspolitik, in: J. Eurich/ W. Maaser (Hrsg.), Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik, Leipzig 2013, S. 100-121.

Mediendienst Integration, Informationen zu Fragen der Einwanderungsgesellschaft. URL: http://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl.html, Zugegriffen 23.6.2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Pförtner, Timo-Kolja, Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung, Wiesbaden 2013.

Regionaler Knoten Hamburg (Hrsg.), Sterbende Menschen begleiten. Krankheit, Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Hamburg 2011.

Rose, Nikolas, Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens, in: U. Bröckling/ S. Krasmann/ T. Lemke (Hrsg.), Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt am Main 2000, S. 72-109.

Schäper, Sabine, Ökonomisierung in der Behindertenhilfe. Praktisch-theologische Rekonstruktionen und Erkundungen zu den Ambivalenzen eines diakonischen Praxisfeldes (Diakonik 5), Berlin 2006, S. 73.

Schaumann, Klaus, Medizinische Notversorgung für obdachlose Menschen, Diakonie Nr. 22 (1996).

Schenk, Martin, Active Agents as a Model of Social Advocacy: Participation and Self-organization of People Experiencing Poverty, in: J. Eurich/ I. Hüber (Hrsg.), Diaconia against Poverty and Exclusion in Europe, Leipzig 2013, S. 242-254.

Schröder, Gerhard/ Blair, Tony, Der Weg nach vorne für Europas Sozialdemokraten, Blätter für deutsche und internationale Politik Nr. 7 (1999), S. 887-896.

Schulz, Andreas D., Organisationen zwischen Markt, Staat und Zivilgesellschaft: Arbeitsmarktförderung von Langzeitarbeitslosen im Deutschen Caritasverband (Bürgergesellschaft und Demokratie 30), Wiesbaden 2010.

Schulz, Claudia, Ausgegrenzt und abgefunden. Innenansichten der Armut. Eine empirische Studie, Münster 2007.

Streeck, Wolfgang, Gekaufte Zeit. Die vertagte Krise des demokratischen Kapitalismus, Berlin 2013.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Die Arzt-Patienten-Beziehung: Eine ständige Herausforderung

Andrea Dörries

I Arzt und Patient: Ideal und Realität

Der ärztliche Berufsstand sieht seine Aufgabe in der Hilfeleistung für erkrankte Menschen. In der ärztlichen Berufsordnung heißt es dazu im § 1: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“[1] Hieran ist einerseits bemerkenswert, dass Ärzte dem einzelnen Menschen und der Bevölkerung gegenüber verantwortlich sind. Andererseits ist es aber nicht nur ärztliche Aufgabe, Leben zu erhalten und die Gesundheit wiederherzustellen, sondern auch sie zu schützen, das heißt, auch präventiv tätig zu sein, gleichfalls palliativ und die Umwelt schützend.

Der ärztliche Berufsstand verpflichtete sich mit dem Hippokratischen Eid schon sehr früh auf einen Verhaltenskodex mit Gelöbnis. Dieser wird – entgegen verbreiteter Meinung – keineswegs von allen Ärzten geschworen. Er erfüllt aber dennoch eine wichtige Funktion: Er spielt im Bewusstsein der Bevölkerung auch heute noch eine hohe vertrauensbildende Rolle, die für ärztliches Handeln notwendig ist. Berufsrechtlich sind Ärzte an die – öffentlich kaum bekannte – ärztliche Berufsordnung gebunden, deren Präambel an das Genfer Gelöbnis von 1947 angelehnt ist.[2] Sie sind in ihrem Handeln dazu verpflichtet, nach ihrem Gewissen und den „Geboten

1 Bundesärztekammer (BÄK), (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. URL: http://www.bundesärztekammer.de, Zugegriffen 4.9.2013.

2 Bundesärztekammer (BÄK), ebd.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit" zu handeln.[3] Der ärztliche Beruf ist ein Lehrberuf, folglich werden Kenntnisse und Haltungen über ein Lehrer-Schüler-Verhältnis im klinischen Alltag tradiert.

Der Patient, der Leidende, der Kranke erscheint in diesem Bild primär in einer passiven, hinnehmenden Rolle. Der Patient braucht den Arzt zur Hilfe und Unterstützung in Notlagen und wenn er krank ist. In diesem Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung trifft der Patient auf einen Arzt, dem er vertraut, der ihn kennt, der ihm hilft und der ihn – und eventuell auch noch seine Familienangehörigen – durch Krankheit und im Sterbeprozess begleitet.

Wie sieht jedoch die derzeitige Realität aus? Ärzte haben sich spezialisiert, sie arbeiten in verschiedenen Kontexten: beispielsweise in der eigenen Praxis, in den zunehmenden Praxisgemeinschaften, in einer Schwerpunktpraxis, im Krankenhaus, im Gesundheitsamt, in der Industrie und bei Krankenversicherungen. In aktuellen Umfragen in der Bevölkerung rangieren Ärzte im Ansehen weiterhin auf einem der ersten drei Ränge.[4, 5] Bürger und Bürgerinnen haben laut Umfragen in der Mehrheit einen Arzt, dem sie vertrauen und mit dessen Behandlung sie zufrieden sind.[6] Über 90 Prozent der Bevölkerung haben Vertrauen in ihren Haus- und Facharzt.[7] Bemerkenswert ist jedoch, dass etwa ein Viertel der Medizinstudenten nach dem Examen keine klinisch- bzw. praktisch-ärztliche Tätigkeit in Deutschland aufnimmt. Sie gehen an ausländische Kliniken, in Aufbaustudiengänge, in das Krankenhausmanagement, zu Krankenkassen, in die Pharmaindustrie, in die Medizintechnik, in den Wissenschaftsjournalismus oder widmen sich anderen Tätigkeiten. Damit verschiebt sich die Studienmotivation der Medizinstudenten vom helfenden und heilenden Arzt auf eine Vielzahl beruflicher Tätigkeitsfelder, die Studienabgängern attrakti-

3 Bundesärztekammer (BÄK), ebd.

4 Institut für Demoskopie Allensbach, Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013, Allensbacher Kurzbericht, 20.8.2013. URL: http://ifd-allensbach.de, Zugegriffen 3.9.2013.

5 Bundesleitung des dbb beamtenbund und tarifunion, Bürgerbefragung öffentlicher Dienst 2012, 2012, S. 19-21.

6 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013, Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, Juni 2013, S. 10-12.

7 *B. Braun/ G. Marstedt*, Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand, in: Böcken/ Braun/ Landmann (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2010, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, 2010, S. 119 (272).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ver, einflussreicher, mit größeren Gestaltungsmöglichkeiten versehen oder besser bezahlt erscheinen. Diese „Abstimmung mit den Füßen" deutet darauf hin, dass etwas der nachfolgenden Generation nicht mehr attraktiv genug erscheint, und dabei geht es nicht primär um die Bezahlung, sondern häufig um Arbeitsbedingungen und auch um kollegialen Umgang.[8]

Diejenigen Studienabgänger, die sich für eine ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus oder in der Praxis entscheiden, geraten in ein verwirrendes Berufsumfeld. Einerseits werden sie mit dem gängigen Idealbild des geduldigen, kenntnisreichen, erfahrenen, sorgenden und vertrauenserweckenden Arztes konfrontiert, andererseits werden ihr bisher hoher ärztlicher Status und ihre moralische Autorität vielfach in Frage gestellt. Sie erleben ein Gesundheitswesen, das keineswegs – entsprechend dem traditionellen Bild – die umfassende Patientenbetreuung durch nur einen Arzt vorsieht, sondern das bei Behandlungsverfahren die Kooperation mit verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen, mit unterschiedlichen Hierarchieebenen und mit vielen anderen Berufen erfordert. Viele Berufsanfänger zweifeln nicht nur an sich und den durch die Ausbildung vermittelten Inhalten, sondern sie verzweifeln angesichts der Realitäten, die durch zunehmende bürokratische Reglementierung, betriebswirtschaftliche Vorgaben, unsichere gesetzliche Regelungen, hohe Patientenansprüche, große Haftungsrisiken und häufig eine unzureichende Arbeitszeitregelung charakterisiert sind.

Das bisherige Arztbild in der Gesellschaft war gekennzeichnet durch große therapeutische Erfolge, hohes Ansehen und gutes und sicheres Einkommen. Genau hier jedoch deuten sich in den letzten Jahren erhebliche Brüche an. Vielleicht verursacht durch diese Brüche kann man derzeit eine irritierende Mischung aus Misstrauen und Anschuldigungen beobachten. Es gibt einerseits ein gesellschaftliches Misstrauen gegenüber Ärzten trotz nach wie vor hoher Zufriedenheit mit dem eigenen Hausarzt. Es gibt andererseits ein ärztliches Misstrauen gegenüber politischen Entscheidungen und entsprechender Außensteuerung. Das Fehlen eines echten und offenen Diskurses über die Zukunft unseres Gesundheitswesens hat derzeit ein Klima geschaffen, in dem das Eigeninteresse der jeweiligen Lobby-Gruppen im Vordergrund steht. Dabei haben Ärzte, wie andere Gruppen auch, ihren Anteil am Streit um die Verteilung der finanziellen Ressourcen. Ein-

8 *J. Stiller/ K. Kulka*, Ernüchternder Berufseinstieg, Deutsches Ärzteblatt 2007, S. 454-455.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

fache Lösungsmöglichkeiten, die von Seiten der Ärzte auf der Suche nach Solidarität mit Patienten angeboten werden, greifen nicht, denn dazu sind die Zusammenhänge im Gesundheitswesen zu kompliziert und vielfach zu undurchschaubar.

II Arzt-Patienten-Beziehung oder Kunden-Arzt-Verhältnis?

Die besondere Zweierbeziehung des Arzt-Patienten-Verhältnisses hat sich gewandelt; sie ist zu einem Netzwerk geworden (siehe Abbildungen 1-3). Ein Patient trifft auf – oft verwirrend viele – verschiedene Ärzte, die jeweils spezifische Funktionen erfüllen.[9] Er trifft außerdem auf viele andere Professionen, die heilende und helfende Funktionen übernehmen.

Abb. 1: Traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung

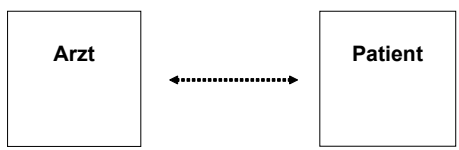
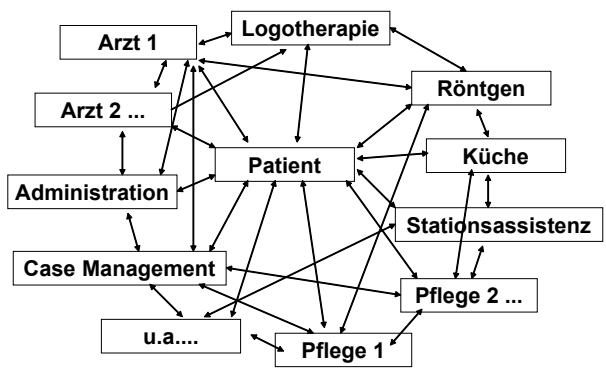


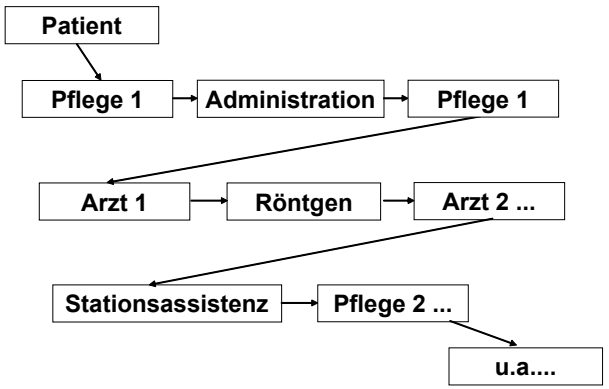
Abb. 2: Patienten im Krankenhaus (Vernetzung)



9 *C. Charles/ A. Gafni/ T. Whelan*, Shared decision-making in the medical encounter, Social Science and Medicine 1997, S. 681-692.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Abb. 3: Patienten im Krankenhaus (zeitlicher Verlauf)



Seit den 1960er Jahren wurden unter anderem im Zusammenhang mit den ersten Intensivstationen durch Patienten und Medien zunehmend öffentlich kritische Anfragen an ärztliches Handeln gestellt. Gefördert durch eine Reihe von Gerichtsverfahren steht ärztliches Handeln seitdem zunehmend in der öffentlichen Diskussion. Verfahren wie die Organtransplantation, künstliche Befruchtung, vorgeburtliche Diagnostik oder wochenlange Intensivmaßnahmen in Hochleistungszentren greifen tief in das vorherrschende gesellschaftliche Selbstverständnis und das individuelle menschliche Wertesystem ein. Auch wenn der Einzelne damit umzugehen gelernt hat und es für den Arzt mittlerweile zur Alltagsroutine gehört, so sind die Auswirkungen auf den Einzelnen und in der Summe auf die Gesellschaft nicht zu vernachlässigen. Eine Medizin, in der man bewusst bestimmte Therapien nicht mehr einsetzt, zum Beispiel Ernährungssonden aus guten Gründen nicht mehr legt, erfordert Verständigung über die Kriterien, nach denen eine solche Therapiebegrenzung stattfinden kann.

Patienten formulierten in den letzten Jahren zunehmend ihr Informationsbedürfnis und forderten ihre Rechte ein. Im Rahmen der Bürgerbewegungen wurden Selbsthilfegruppen gegründet, die eigene politische Aktivitäten für ihre Anliegen entwickelten. Heutzutage sind Selbsthilfegruppen wie beispielsweise die Deutsche Krebshilfe oder die Mukoviszidose e.V. längst zu einem integrierten Teil des Versorgungssystems der Patienten geworden. Sie finanzieren nicht nur Stellen für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Psychologen und Seelsorger, sondern sind auch an Forschungs-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

programmen beteiligt.[10, 11] Damit sind in den letzten Jahren Gesprächspartner entstanden, die erhebliche Kompetenzen erworben haben und gegenüber den Ärzten eigene Interessen vertreten, sowohl im individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis als auch als Interessenvertretungen auf politischer Ebene. Patienten sind häufig über das Internet vorinformiert bzw. haben sich dort ausgetauscht und formulieren eigene Vorstellungen bei der Therapieentscheidung. Patientenvertreter haben im Gemeinsamen Bundesausschuss Partizipationsrechte (wenn auch ohne Stimmrechte) erhalten.[12] Am 20. Februar 2013 trat das Patientenrechtegesetz in Kraft, das im Wesentlichen den bestehenden Kanon an Rechten zusammenfasst und Neuerungen im Bereich der Beweislast einführt.[13]

Auch auf andere Art vollzieht sich ein Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis. Gefördert durch die Veränderung gesellschaftlicher Vorstellungen von Krankheit (Beispiel: Lifestyle-Medizin) entwickelt sich derzeit bei Patienten eine Tendenz, bei bestimmten erwünschten Therapieverfahren, die nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, die Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft – notfalls auch gerichtlich – durchzusetzen. Informationsbedürfnisse und Misstrauen gegenüber Ärzten und Krankenkassen sowie Kunstfehlerprozesse führten dazu, dass Patientenberatungsstellen an den Verbraucherzentralen eingerichtet wurden. Durch diese Entwicklungen wandelte sich das bisherige Arzt-Patienten-Verhältnis teilweise in eine Art Kunden-Arzt-Verhältnis, das weniger durch gegenseitiges Vertrauen als vielmehr durch Anspruch und Forderung einerseits und qualitätsgerechte Auftragserfüllung andererseits gekennzeichnet ist.[14] Die neue Arzt-Patienten-Beziehung im Sinne einer Dienstleistung erfordert Qualifikationen und Kenntnisse in

10 Deutsche Krebshilfe, Bonn. URL: http://www.krebshilfe.de/wir-foerdern.html, Zugegriffen 3.9.2013.

11 Mucoviszidose e.V. Bundesverband Cystische Fibrose (CF), Bonn. URL: http://www.muco.info/Forschung.html, Zugegriffen 3.9.2013.

12 Gemeinsamer Bundesausschuss, Geschäftsordnung. URL: https: //www.g-ba.de/institution/sys/suche/ergebnis/?suche[suchbegriff]=Gesch%C3%A4ftsordnung&suche[offset]=0&suche[sortierung]=relevanz&suche[kategorie]=alle, Zugegriffen 3.9.2013.

13 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013.

14 Vgl. dazu *M. Thanner*, Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Gestaltung des Gesundheitswesens, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Beratungs- und Kommunikationstechniken, auf die Ärzte häufig nur unzureichend vorbereitet sind. Sie betrachten die Anspruchshaltung seitens der Patienten häufig als Geringschätzung ihrer ärztlichen Kenntnisse und reagieren abwehrend. Patienten sehen sich dann wiederum in ihrem Misstrauen gegenüber Ärzten bestätigt, suchen andere Ärzte auf oder klagen gar vor Gericht. Begünstigt wird diese Entwicklung durch unklare politische Vorgaben, die anstelle einer intensiven gesellschaftlichen Diskussion über Gesundheitsziele und Werte dem individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis weitgehend die Verantwortung für die Vergabe oder Nichtvergabe von Leistungen zugeschoben haben. Dies überfordert unter den gegebenen Bedingungen sowohl den Arzt wie den Patienten.

Zusammenfassend muss man konstatieren, dass die Arzt-Patienten-Beziehung seit Jahren einem Wandel von einer ärztlich paternalistisch-autoritären Entscheidung hin zu einem komplexen, situativen Entscheidungsprozess mit mehr kommunikativen und partizipatorischen Elementen geprägt ist („shared decision making“).[15] Dabei sind die Forderungen der Patienten nach Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts abhängig von der individuellen Persönlichkeitsstruktur und persönlichen Erfahrungen und können sich im Verlauf einer Behandlung ändern. Wie jedem praktisch tätigen Arzt bekannt ist, geht es nicht nur um die viel geforderte Patientenselbstbestimmung, sondern immer auch um die ärztliche Fürsorgepflicht. Selbstbestimmung und Fürsorge sind im Behandlungsverlauf immer wieder neu abzuwägen und neu zu bestimmen. Dabei ist es nicht einfach, die jeweils wechselnden Bedürfnisse der Patienten nach Autonomie bzw. Fürsorge einzuschätzen, besonders wenn unterschiedliche Ärzte an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind und dessen Einstellungen womöglich gar nicht erfragt wurden. Ein Patient fühlt sich in solchen Situationen häufig dem Gesundheitssystem und dessen Akteuren ausgeliefert, würde vielleicht – gerade wenn er älter oder sehr krank ist – nach eigenen Maßstäben und Lebensvorstellungen manche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gar nicht wollen und könnte sich ohne ein klärendes Gespräch überfahren fühlen. Für die Verbesserung der ärztlichen Kommunikationsfähigkeit gibt es mittlerweile in der ärztlichen Aus-

15 *Charles/ Gafni/ Whelan*, Shared decision-making, s. oben Fn. 9, S. 681-692.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

und Fortbildung ausreichende Angebote, die aber häufig nicht genug wahrgenommen werden.[16], [17]

III Arzt-Patienten-Verhältnis und die ökonomischen Rahmenbedingungen

Seit den 1970er Jahren zeigten sich im Gesundheitswesen finanzielle Grenzen, die zu mehreren Kostendämpfungsgesetzen führten. Technologische Entwicklungen, therapeutische Möglichkeiten und steigende Patientenansprüche ließen das unsystematisch gewachsene, ausufernde, fast unkontrollierbare Gesundheitssystem mit seinen vielen Sonderregelungen zunehmend in Schieflage geraten. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stieg an. Fixe Budgets sowie finanzielle Obergrenzen führten dazu, dass von Ärzten neben der Orientierung an medizinischen Standards in zunehmendem Maße ökonomische Faktoren berücksichtigt wurden. Der Versuch, Transparenz und Vergleichbarkeit in das Abrechnungssystem zu bringen, resultiert derzeit in einer zunehmenden Dokumentations- und Standardisierungspflicht. Das mag man im Hinblick auf die Sorgfaltspflicht des ärztlichen Handelns positiv sehen; weil es Ärzten Zeit nimmt, die unter anderem für Gespräche mit Patienten fehlt, ist es aber eine lästige und unbeliebte Pflicht. So gibt es vermehrt Konflikte mit Patienten, weil diese Patienten nicht mehr alle gewünschten Leistungen bekommen, weil sie versicherungsfremde Leistungen verlangen und weil häufig erhebliche Kommunikationsprobleme zwischen Ärzten und Patienten bestehen.

Brisant wird es, wenn ärztliche Pflichten und ökonomische Zwänge in Konflikt miteinander geraten. Wenn variable Lohnbestandteile eines Arztes an Mengen (zum Beispiel die Zahl der Operationen) gekoppelt werden, dann hat das – zumindest potentiell, wohl aber auch real – Auswirkungen auf die Indikationsstellung und das ärztliche Handeln insgesamt. Die Bundesärztekammer hat dazu eine Stellungnahme „Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit. Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswe-

16 *J. Schildmann/ J. Vollmann*, Die Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten in der Medizin, Zeitschrift für Palliativmedizin 2001, S. 99-106.

17 *R. Frank*, Überbringen schlechter Nachrichten in der ärztlichen Praxis, Monatsschrift Kinderheilkunde 2011, S. 1133-1144.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

sens“ veröffentlicht.[18] Als Vorbedingungen für vertretbare finanzielle Anreize für Ärzte werden genannt: (1) Sie sollten eine nachweisbare Effizienz für die Krankenversicherung (Rabatte, Integrationsverträge) zur Kosteneindämmung beinhalten, nicht aber zum Vorteil nur einer Krankenversicherung oder einer einzelnen Person sein, (2) die Vereinbarungen sollten konkret und transparent sein (einschließlich einer Begutachtung durch die zuständige Ärztekammer), (3) es sollten keine fixen Mengengrenzen vereinbart werden (um Schwelleneffekte zu vermeiden), und (4) nur ein geringer Teil des ärztlichen Einkommens sollte davon betroffen sein.

Ärztliche Äußerungen hierzu schwanken derzeit zwischen der Forderung nach einer entsprechenden Priorisierungs-Kommission bzw. Behörde mit der Ablehnung eines „bedside rationing“ und entschiedenen Forderungen, jegliche Eingriffe in die ärztliche Unabhängigkeit zu vermeiden. Der einzelne Arzt wiederum steht bei der Behandlung eines Patienten zwischen den Vorgaben des Sozialrechts, das einzelne sinnvolle Behandlungsverfahren möglicherweise finanziell nicht erstattet, dem Berufsrecht, das der Wirtschaftlichkeit nach dem Nützlichkeits- und Nicht-Schadensprinzip eine untergeordnete Rolle einräumt und dem Haftpflichtrecht, das eine dem allgemeinen Kenntnisstand entsprechende Behandlung erwartet.

So stellt sich grundsätzlich die Frage, wie ökonomische Belange in die Patientenversorgung einbezogen werden sollen und welche Haltung Ärzte und Patienten dazu einnehmen sollten. Derzeit werden ökonomische Aspekte der Behandlung in der Regel nicht mit dem Patienten diskutiert. Da die ökonomischen Rahmenbedingungen aber – in Praxis wie Krankenhaus – entscheidungsrelevant sind, kann dies zu erheblichen Gewissenskonflikten bei Ärzten führen.[19] So stellt sich unweigerlich die Frage: Wäre es besser, wenn medizinische Optionen und Alternativen unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte mit dem Patienten diskutiert würden?[20] Stimmt man dem zu, müssen jedoch weitere Fragen beantwortet werden: Soll eine regulierende Behörde im Rahmen der gesetzlichen Regelungen den Leistungsumfang festlegen und so das einzelne Arzt-Patienten-Ver-

18 Bundesärztekammer (BÄK), Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit. Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Hinweise und Erläuterungen, Deutsches Ärzteblatt 2007, S. 1607-1612.

19 *T. Bergner,* Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe, Deutsches Ärzteblatt 2004, S. 1797-1799.

20 *E. Kuhlmann*, Zwischen zwei Mahlsteinen, in: Feuerstein/ Kuhlmann (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, 1998, S. 11-80.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

hältnis entlasten? Soll der Leistungsumfang (auch) durch öffentliche Diskussionen bzw. verschiedene Bürgerbeteiligungen festgelegt werden?[21] Oder sollen Ärzte dafür plädieren, angesichts der komplexen individuellen Behandlungsentscheidungen weiterhin selbst die Entscheidungen über die erforderlichen medizinischen Leistungen im Rahmen der entsprechenden Vorgaben zu treffen und dabei nach eigenem Urteil auch die Kosten-Nutzen-Aspekte zu berücksichtigen?[22]

In Deutschland legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, was von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird. Er setzt sich aus jeweils fünf Vertretern der Gesetzlichen Krankenversicherung, den Leistungserbringern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) und Patientenvertretern zusammen.[23] Letztere haben Mitberatungs- und Antrags-, aber kein Stimmrecht. Grundlage der Tätigkeit ist das Sozialgesetzbuch V, nach dem eine erbrachte Leistung bedarfsgerecht, gleichmäßig, dem Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechend, ausreichend, zweckmäßig, notwendig und qualitätsgerecht sein muss.[24] Zusätzlich liegen für mehrere Erkrankungen Leitlinien der Fachgesellschaften vor. Die ärztliche Entscheidungsfindung bewegt sich innerhalb dieser beiden Vorgaben, was im Einzelfall zu erheblichen ethischen Konflikten führen kann.

Andererseits gibt es seit Jahren Forderungen nach einer öffentlichen Debatte über die Verteilung bzw. Priorisierung von Leistungen im Gesundheitswesen,[25] die aber bisher, da sie politisch nicht aufgenommen wurden, weitgehend ohne Konsequenzen blieben.[26] Zunehmend werden verschiedene Formen der Bürgerbeteiligung bei Belangen des Gesund-

---

21 Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (BÄK), Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Deutsches Ärzteblatt 2007, S. A2750-2754.

22 *P. Ubel*, Physicians, thou shalt ration: the necessary role of bedside rationing in controlling healthcare costs, Healthcare Papers 2001, S. 10-21.

23 Gemeinsamer Bundesausschuss, Sitzverteilung. URL: https://www.g-ba.de/institution/sys/suche/ergebnis/?suche[suchbegriff]=Sitzverteilung&suche[offset]=0&suche[sortierung]=relevanz&suche[kategorie]=alle, Zugegriffen 4.9.2013.

24 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit, § 70, Sozialgesetzbuch V, URL: http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/70.html, Zugegriffen 4.9.2013.

25 Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (BÄK), Priorisierung medizinischer Leistungen, s. oben Fn. 21, S. A2750-2754.

26 *B. Braun*, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, in: Böcken/ Braun/ Landmann (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2010, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, 2010, S. 11-43.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

heitswesens diskutiert und auch in Form von Bürgerkonferenzen und ähnlichem umgesetzt.[27]

Sollten Ärzte jedoch dafür plädieren, angesichts der komplexen, individuellen Behandlungskonstellationen im Arzt-Patienten-Verhältnis auch ökonomische Aspekte explizit in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen, so müsste dies Konsequenzen für die Aus- und Fortbildung haben (Vermittlung ökonomischer, kommunikativer, rechtlicher und gerechtigkeitsethischer Kenntnisse).[28] Zudem wären geeignete Kontrollverfahren einzuführen.

IV Schlussbetrachtung

In den 1990er Jahren wurde von amerikanischen und europäischen ärztlichen Fachgesellschaften eine internationale Debatte über die ärztliche Profession angestoßen, die sich mit grundlegenden ärztlichen Prinzipien und Verantwortlichkeiten befasste, um auch zukünftig angesichts begrenzter Ressourcen dem einzelnen Patienten wie auch gesellschaftlichen Belangen gerecht zu werden.[29] Deren Stellungnahme „Medical professionalism in the new millenium: a physicians' charter" zugrunde legend, ergeben sich für die praktische Umsetzung im Arzt-Patienten-Verhältnis zumindest folgende Herausforderungen:

Ärzte sind zunehmend Teil eines Behandlungsteams geworden. Chronisch kranke oder auch palliativmedizinisch betreute Menschen werden überwiegend interdisziplinär behandelt. Eine umfassende Betreuung von Kranken erfordert neben der ärztlichen Beurteilung die Mitwirkung und Betreuung durch Pflegekräfte, Diätassistenten, Krankengymnasten und bedarfsweise auch Sozialberater, Psychologen und Seelsorger. Tendenzmäßig verlagert sich – unter prinzipieller Erhaltung des besonderen Charakters der bisherigen Arzt-Patienten-Beziehung – die Entscheidungsfindung vom einzelnen Arzt zum Behandlungsteam. Hier bietet sich die

27 *S. Stumpf/ H. Raspe*, Lübecker Bürgerkonferenz: über Priorisierung sprechen – insbesondere mit den Betroffenen, Deutsches Ärzteblatt 2011, S. A316-318.

28 *Ubel*, Physicians, s. oben Fn. 22 , S. 10-21.

29 Medical Professionalism Project, Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter, The Lancet 2002, S. 520-521. Beteiligt waren das American Board of Internal Medicine (ABIM), das American College of Physicians and American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) und die European Federation of Internal Medicine; siehe auch: www.professionalism.org.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Möglichkeit, therapeutische Entscheidungsprozesse stärker als bisher mit anderen Berufen zu vernetzen. Dafür sind Fähigkeiten wie Moderation und Konfliktmanagement in Teams gefragt, die bisher nicht im Mittelpunkt des ärztlichen Selbstverständnisses standen.

Zudem stehen Ärzte vor erheblichen ethischen Fragestellungen, die sich aufgrund diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten ergeben. Als Beispiele seien hier Fragen der Therapiebegrenzung genannt oder auch der zunehmenden prädiktiven Diagnostik. Hier geht es nicht nur um medizinisch-fachlich gut begründete therapeutische Strategien, sondern auch um moralische Begründungen einzelner Entscheidungen und Handlungen. Es ist eine der großen Herausforderungen für Ärzte in komplizierten Entscheidungsprozessen, die durch alternative Optionen, Wertepluralismus und finanzielle Begrenzungen geprägt sind, zu Konsensbildungen mit Patienten und anderen Berufsgruppen zu kommen. Wenn das medizinisch Mögliche nicht immer das ethisch Sinnvolle ist, bedarf es bei Behandlungsentscheidungen ethischer Kriterien und eines begründeten Urteils. Kenntnisse über eine systematische ethische Urteilsbildung können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Komplexität moralischer Probleme zu verdeutlichen und dadurch den Entscheidungsprozess zu verbessern. Hier werden Ärzte stärker als bisher ihre Behandlungsentscheidungen dem Patienten und Team kommunizieren und begründen müssen. Tendenziell werden all diese Entwicklungen zu einer größeren Transparenz ärztlichen Handelns führen und zwar auf verschiedenen Ebenen: bei der Leistungserbringung in Bezug auf die Kosten und die Effektivität einer Therapie, aber auch bei den therapeutischen Entscheidungen selbst.

Die wesentliche Herausforderung für die Ärzteschaft besteht in der Beantwortung der Frage, ob sie bereit ist, ihr traditionelles Selbstverständnis kritisch zu überprüfen und ernsthaft zu fragen, ob es den heutigen Anforderungen entspricht und wo Änderungen angebracht sind. Für die Ärzteschaft stellt sich deshalb die Frage, wo es Grundwerte ärztlichen Selbstverständnisses gibt, die sozusagen unveräußerlich sind und wo Anpassungen und Veränderungen notwendig sind. Ein Gesundheitssystem, das durch „Ökonomisierung“ geprägt ist, legt das Schwergewicht auf Effizienz durch Optimierung des Behandlungsprozesses. Aus dem Dilemma zwischen Versorgungsansprüchen und Versorgungsrealitäten folgt für Patienten, dass teilweise ihre individuellen Bedürfnisse in einem „industrialisierten Behandlungsprozess“ nicht berücksichtigt werden (können). Für Ärzte stellen sich grundlegende Fragen, ob und wie ökonomische Aspekte in die Behandlungsentscheidung einbezogen werden sollen. Wichtig ist,

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dass sich Ärzte als Profession insgesamt und individuell bewusst machen, welchen Stellenwert sie ökonomischen Aspekten bei der medizinischen Indikationsstellung und Behandlung von Patienten zuweisen. Hier gibt es Reflexions- und Handlungsbedarf.

Literatur

Bergner, Thomas, Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe, Deutsches Ärzteblatt Nr. 101 (2004), S. 1797-1799.

Braun, Bernhard, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, in: J. Böcken/ B. Braun/ J. Landmann (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2010, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh 2010, S. 11-43.

Braun, Bernhard/ Marstedt, Gerd, Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand, in: J. Böcken/ B. Braun/ J. Landmann (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2010, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh 2010, S. 119-328.

Bundesärztekammer (BÄK), (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. URL: http://www.bundesärztekammer.de, Zugegriffen 4.9.2013.

Bundesärztekammer (BÄK), Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit. Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Hinweise und Erläuterungen, Deutsches Ärzteblatt Nr. 104 (2007), S. 1607-1612.

Bundesleitung des dbb beamtenbund und tarifunion, Bürgerbefragung öffentlicher Dienst 2012, Berlin 2012, S. 19-21.

Charles, Cathy/ Gafni, Amiram/ Whelan, Tim, Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean (or it takes at least two to tango), Social Science and Medicine Nr. 44 (1997), S. 681-692.

Deutsche Krebshilfe, Bonn. URL: http://www.krebshilfe.de/wir-foerdern.html, Zugegriffen 3.9.2013.

Frank, Reiner, Überbringen schlechter Nachrichten in der ärztlichen Praxis, Monatsschrift Kinderheilkunde Nr. 159 (2011), S. 1133-1144.

Gemeinsamer Bundesausschuss, Geschäftsordnung. URL: https://www.g-ba.de/institution/sys/suche/ergebnis/?suche[suchbegriff]=Gesch%C3%A4ftsordnung&suche[offset]=0&suche[sortierung]=relevanz&suche[kategorie]=alle, Zugegriffen 25.7.2014.

Gemeinsamer Bundesausschuss, Sitzverteilung. URL: https://www.g-ba.de/institution/sys/suche/ergebnis/?suche[suchbegriff]=Sitzverteilung&suche[offset]=0&suche[sortierung]=relevanz&suche[kategorie]=alle, Zugegriffen 25.7.2014.

Institut für Demoskopie Allensbach, Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013, Allensbacher Kurzbericht, 20.8.2013. URL: http://ifd-allensbach.de, Zugegriffen 3.9.2013.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013, Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, Mannheim, Juni 2013, S. 10-12.

Kuhlmann, Ellen, Zwischen zwei Mahlsteinen, in: G. Feuerstein/ E. Kuhlmann (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1998, S. 11-80.

Medical Professionalism Project, Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter, The Lancet Nr. 359 (2002), S. 520-521.

Mucoviszidose e.V. Bundesverband Cystische Fibrose (CF), Bonn. URL: http://www.muco.info/Forschung.html, Zugegriffen 3.9.2013.

Schildmann, Jan/ Vollmann, Jochen, Die Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten in der Medizin, Zeitschrift für Palliativmedizin Nr. 2 (2001), S. 99-106.

Stiller, Jeannine/ Kulka, Kristin, Ernüchternder Berufseinstieg, Deutsches Ärzteblatt Nr. 104 (2007), S. 454-455.

Stumpf, Sabine/ Raspe, Heiner, Lübecker Bürgerkonferenz: über Priorisierung sprechen – insbesondere mit den Betroffenen, Deutsches Ärzteblatt Nr. 108 (2011), S. A316-318.

Ubel, Peter, Physicians, thou shalt ration: the necessary role of bedside rationing in controlling healthcare costs, Healthcare Papers Nr. 2 (2001), S. 10-21.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (BÄK), Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Deutsches Ärzteblatt Nr. 104 (2007), S. A2750-2754.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

C.
Solidarität, Eigenverantwortung und Verteilungsgerechtigkeit

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

I.
Solidarität bei gesundheitlicher Gefährdung

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Grundlinien zu Ursprung, Begründung und Verwirklichung der christlichen Solidarität durch die Diakonie

Wolfgang Lienemann

„Die Evangelische Kirche in Deutschland und die Gliedkirchen sind gerufen, Christi Liebe in Wort und Tat zu verkündigen. Diese Liebe verpflichtet alle Glieder der Kirche zum Dienst und gewinnt in besonderer Weise Gestalt im Diakonat der Kirche; demgemäß sind die diakonisch-missionarischen Werke Wesens- und Lebensäußerung der Kirche." (Art. 15 Abs. 1 Grundordnung der EKD von 1948) Die diakonischen Einrichtungen der großen Kirchen haben – neben den anderen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege – die Entwicklung des Sozialstaates in Deutschland maßgeblich geprägt. Die *ursprünglichen Impulse* der Diakonie sind indes seit langem gleichsam kommunalisiert, etatisiert und säkularisiert worden. Umso wichtiger ist es, das Bewusstsein der Ursprünge von Caritas und Diakonie lebendig zu halten. Zugleich gilt es, die *strukturellen Ausbildungen und Umformungen* diakonischer Solidarität in den Blick zu nehmen. Diese zwei Aspekte stehen im Zentrum meiner knappen *tour d'horizon* in drei Schritten.

I Diakonie im frühen Christentum

1 Das Grundmotiv der caritas

Ubi caritas et amor, ibi Deus est. Wo Güte und Liebe sind, da ist Gott. Diese frühmittelalterliche, gregorianische Antiphon wird in vielen christlichen Kirchen bei der Zeremonie der Fußwaschung am Gründonnerstag und während der Eucharistiefeier gesungen. Viele Menschen kennen die Taizé-Version von Jacques Bertier. Wo immer man eine biblische Besinnung zu dieser Thematik beginnt: Der rote „sozialethische" Faden alt- wie neutestamentlicher Überlieferungen kommt in der Überzeugung zum Ausdruck, dass der Gott der Väter, der von Jesus Christus als der Vater angerufen und bezeugt worden ist, die Gewaltigen vom Thron stößt, die Niedrigen erhebt und die Hungrigen sättigt, wie dies im „Lobgesang der Han-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

na“ (1Sam 2,1-8), im „Lobgesang der Maria“ (*Magnificat*: Lk 1,46-56) und in der programmatischen Selbstaussage Jesu nach Lk 4,18 f. unübertrefflich zusammengefasst ist. Diese Texte verbinden die beiden „Testamente“ aufs Engste: Das alttestamentliche „Erbarmensethos“ wird zur bleibenden Grundlage neutestamentlicher Sozial-Verkündigung und entsprechender Verhaltensmaximen.

Das Erbarmensethos durchzieht das gesamte Alte Testament (AT). Der alte Orient war eine agrarisch bestimmte Welt, in der Armut und Hunger nicht die Ausnahme, sondern alltäglich waren. Das gilt auch und besonders für den schmalen Nahen Osten, wo die später zu „Israel“ gewordenen Stämme siedelten. Der Reichtum herrschaftlicher Städte, Burgen und Tempel war diesen Nomaden, Halbnomaden und Kleinbauern mit ihren Taglöhnern, Knechten und Sklaven beiderlei Geschlechts weitgehend fremd. Zur Alltäglichkeit der Armut in der antiken Welt gehört auch, dass Armut bzw. arme, elende, vom gesellschaftlichen Verkehr vielfach ausgeschlossene Leute in erster Linie Gegenstand des Spotts und der Verachtung waren, aber ganz sicher nicht einer gewissen Solidarität ihrer Mitmenschen würdig waren.[1]

Um so mehr überrascht – oder überrascht dann auch wieder nicht –, dass das AT in eine ganz andere Welt zu führen scheint. Es kennt Elementarformen von Sozialrecht, und dies wieder in zahlreichen sozialen Differenzierungen nach Personengruppen, typischen Fällen und Arten von Hilfsbedürftigkeit. Die religiöse Begründung dieses Sozialrechtes ist immer wieder von ganz einfacher Art, indem die Adressaten angeredet werden: Wie Ihr durch die Gnade und die Führung und das Erbarmen Eures Gottes errettet seid, so werdet auch Ihr diejenigen, die Mangel leiden, durch Euer Erbarmen retten. Der Mensch ist auf den Segen Gottes angewiesen, und er kann und soll diesen Segen weitergeben.[2]

---

1 Zur Armut in Europa siehe *B. Geremek*, Geschichte der Armut. Elend und Barmherzigkeit in Europa, 1991; *H. Uerlings/ N. Trauth/ L. Clemens* (Hrsg.), Armut. Perspektiven in Kunst und Gesellschaft (Ausstellungskatalog), 2011 sowie die historischen Studien in: *T. Strohm/ M. Klein* (Hrsg.), Die Entstehung einer sozialen Ordnung Europas, Die Reformbemühungen der frühen Neuzeit, Bd. 1: Historische Studien und Beiträge zur Sozialreform aus dem 16. Jahrhundert, 2004, S. 7-222.

2 Vgl. *M. L. Frettlöh*, Theologie des Segens. Biblische und dogmatische Wahrnehmungen, 2005.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Die Spuren dieses Ethos kann man durch das ganze AT verfolgen[3]: Es finden sich detaillierte Vorschriften für den Umgang mit Armen und Schuldnern, Regeln für das Verhalten gegenüber den Sklavinnen und Sklaven (genau differenziert zwischen versklavten Genossen des eigenen Volkes und Fremden) einschließlich der Bestimmungen für die Freilassung, Programme für regelmäßig wiederkehrende Entschuldungen, prophetische und andere Kritik am Missbrauch von Macht und Reichtum, wobei natürlich nach dem Verhältnis von programmatischer Idee und gesellschaftlicher Realität zu fragen ist. Jedenfalls gilt: Mit Gott im Reinen kann niemand sein, der seine Nächsten Hunger, Armut und Krankheit leiden lässt. Von der Gerechtigkeit, die vor Gott gilt, ist das menschliche Erbarmen nicht zu trennen.

An diese Traditionen knüpft Jesus von Nazareth ungebrochen an, verstärkt sie und macht sie uneingeschränkt verbindlich. Dies bestimmt die Sozialverkündigung des gesamten Neuen Testaments (NT)[4] – von den Paulusbriefen über die Koppelung von Reichtumskritik und „demokratischem“[5] Solidaritätsethos im lukanischen Doppelwerk bis zum Jakobusbrief und der Offenbarung des Johannes. Dabei spielen unter den vielfach erwähnten Erscheinungen von Armut und Elend die Krankheiten und der Hunger eine überaus wichtige Rolle als Herausforderungen für die praktische Bewährung des Glaubens. Die dramatischste Zuspitzung findet sich in der Aussage vom Großen Weltgericht (Mt 25,31-46), dass Gott sich in der Gestalt der Kranken, Fremden, Hungrigen und Gefangenen offenbart hat, und dass, wer diesen geholfen hat, Gott selbst geholfen hat, wer aber nicht, dem Gericht verfällt.[6] Im Blick auf das NT kann man diese vom AT

---

3 Vgl. *E. Otto*, Theologische Ethik des Alten Testaments, 1994, S. 64-73; *W. Dietrich*, Der rote Faden im Alten Testament, in: ders., „Theopolitik“. Studien zu Theologie und Ethik des Alten Testaments, 2002, S. 13-28; *F. Crüsemann*, Maßstab: Tora. Israels Weisung für die christliche Ethik, 2003.

4 Vgl. *M. Konradt*, Gott oder Mammon. Besitzethos und Diakonie im frühen Christentum, in: Sigrist (Hrsg.), Diakonie und Ökonomie. Orientierungen im Europa des Wandels, 2006, S. 107-154.

5 Siehe *G. Theißen*, „Geben ist seliger als nehmen“ (Apg 20,35). Zur Demokratisierung antiker Wohltätermentalität im Urchristentum, in: Boluminski (Hrsg.), Kirche, Recht und Wissenschaft, FS A. Stein, 1994, S. 197-215.

6 Zu den Auslegungstraditionen des Textes vgl. *U. Luz*, Das Evangelium nach Matthäus (Mt 18-25), Evangelisch Katholischer Kommentar zum Neuen Testament (EKK) I/3, 1997, S. 521-530, der darauf hinweist, dass die Identifikation mit allen notleidenden Menschen erst seit dem frühen 19. Jahrhundert aufkommt.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

vielfach begründete, maßgebliche Spur eines Erbarmensethos in erstaunlicher Breite, Vielfalt und Differenziertheit verfolgen.[7] Dieser gesamtbiblische Ursprung bestimmt die Diakonie der christlichen Kirchen.

2 Kirchenstrukturen und diakonisches Handeln

Konkrete Ausdrücke dieser Spuren vom AT und NT her sind a) das paulinische Verständnis der individuellen Hilfsbedürftigkeit und Hilfspflicht, das nicht zuletzt und beiläufig, sondern zentral und grundsätzlich mit der Feier des Abendmahls in Verbindung gebracht wird (1Kor 11,17-22), b) die Einsicht in die Aufgabe eines zwischengemeindlichen Lastenausgleichs, wie er in der Kollekte des Paulus für Jerusalem zum Ausdruck kommt[8], c) die sehr frühe Ausbildung eines spezifischen Diakonenamtes,[9] und zwar von Frauen und Männern (vgl. 1Tim 3,8-13; Röm 16,1), d) die Entwicklung des Mönchtums als eines organisierten Kollektivsubjekts diakonischer Tätigkeiten. Grundlegend ist die Einsicht, dass es zu den Wesensmerkmalen der Kirche gehört, für die Bedürftigen in ihrer Mitte und weit darüber hinaus mitverantwortlich zu sein. Die daraus sich entwickelnde frühchristliche Diakonie war für die antike Welt, abgesehen vom Judentum, das ja grundsätzlich einem ganz ähnlichen Sozialethos verpflichtet war und ist, ein absolutes Novum. Zwar kannte die hellenistische Welt durchaus Wohltäter (ευεργετης) und wohltätige Stiftungen, ferner Solidaritätsvereinigungen, aber die Motive dazu lagen vor allem in einem Ethos der reziproken Leistungserwartungen, des *do ut des*, bei dem „das Motiv der Barmherzigkeit keine Rolle spielte."[10] Wer Gutes tat, wollte die eigene *dignitas*, das würdevolle Ansehen, fördern. Der römische Kaiser Julian (331-363), der die nicht-christlichen Religionen förderte und von den Christen „Apostata" genannt wurde, hat sogar dazu aufgerufen, die

7 *Vgl. E. W. Stegemann/ W. Stegemann*, Urchristliche Sozialgeschichte. Die Anfänge im Judentum und die Christusgemeinden in der mediterranen Welt, 1995.

8 Vgl. Apg 11,29 f.; siehe *D. Georgi*, Die Geschichte der Kollekte des Paulus für Jerusalem, 1965, unter dem Titel „Der Armen zu gedenken", 1994.

9 Oder einer „Rolle": *C. Osiek*, Artikel: Diakon/ Diakonisse/ Diakonat I. Neues Testament, Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG), 4. Aufl., Bd. 2 (1999), S. 783 f.

10 *E. Herrmann-Otto et al.*, Armut, Arme und Armenfürsorge in der paganen Antike, in: Uerlings/ Trauth/ Clemens (Hrsg.), Armut. Perspektiven in Kunst und Gesellschaft, 2011, S. 73-81 (81).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

frühkirchlichen Sozialtätigkeiten zu kopieren, um die Attraktivität der alten, paganen Religionen zu fördern oder wiederzubeleben.[11] Dem war indes kein Erfolg beschieden. Hingegen finden wir vor- wie nachkonstantinisch eine beeindruckende Fülle diakonischer, organisierter Aktivitäten, die immer den Einsatz gegen Hunger und die Sorge für die Kranken umfassten. Die grundlegende Rolle des Mönchtums über Jahrhunderte in diesem Zusammenhang ist offensichtlich, aber ebenso wichtig ist, dass die Sache der Diakonie immer auch „Chefsache" war, sei es der Bischöfe und Äbtissinnen und Äbte, sei es der Päpste. Die vielfach kolportierte Ansicht, dass diese Aktivitäten für die lateinische Kirche des Westens vielleicht stärker prägend waren als für die östliche Christenheit, wird man pauschal heute nicht mehr vertreten können.

Sobald die Kirche diesen Weg eines verbindlichen Erbarmensethos verließ, entwickelten sich scharfe und radikale Alternativbewegungen, vor allem in den neuen Bettelorden des hohen Mittelalters. Einen gewissen Höhepunkt dieser Kritik am Reichtum und an der Macht der Kirche zulasten der Armen und Hungernden stellt der mittelalterliche Armutsstreit dar, wie er paradigmatisch im Franziskanerorden und in dessen Auseinandersetzung mit dem Papsttum geführt worden ist.[12] Damals hat die Position des machtbewussten Papsttums scheinbar zunächst obsiegt; tatsächlich ist das franziskanische Ideal, insbesondere in der Gestalt der Orden – nicht nur der Bettelorden –, bis heute stets lebendig geblieben. Und seit langem haben sich auch im Bereich protestantischer Kirchen neue „Bruderschaften" und Kommunitäten entwickelt, die sich diakonischen Aufgaben widmen.

11 Siehe *K. Thraede*, Diakonie und Kirchenfinanzen im Frühchristentum, in: Lienemann (Hrsg.), Die Finanzen der Kirche, 1989, S. 555-573 (555-558).

12 Siehe *W. Lienemann*, Die Bedeutung des spätmittelalterlichen Armutsstreites für theologische Kriterien der kirchlichen Ökonomie, in: Lienemann (Hrsg.), Die Finanzen der Kirche, 1989, S. 574-601.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

II Spätmittelalterliche Diakonie, evangelische Reformation und katholische Reform

1 „Dienst aus freier Liebe umsonst“

Ob und wieweit die Reformation gänzlich neue Impulse der Diakonie hervorgebracht hat, ist umstritten. Auf jeden Fall sind die Kontinuitäten mit dem späten Mittelalter unübersehbar. In wenigstens fünf Hinsichten jedoch finde ich zwar keinen einschneidenden Bruch, wohl aber neue Akzente: a) im Blick auf die Begründungen und Motivationen für diakonisches Handeln, b) in der Kommunalisierung, Rationalisierung und in Ansätzen auch in einer Demokratisierung der Armenfürsorge, c) in institutionellen und organisatorischen Neuordnungen, d) in der Unterscheidung zwischen „unwürdigen“ und unterstützungsbedürftigen Armen und e) in der Bekämpfung des Bettels und des Aufbaus von Arbeitshäusern.

Die neuartige Begründung der Diakonie kann man anhand eines berühmten Bildes nachvollziehen, nämlich des „Schmerzensmann über dem Almosenkasten“ von Hans Schäufelin von 1522.[13] Es zeigt das alte Motiv des leidenden Christus mit der Dornenkrone und den Wundmalen an den Gliedmaßen und in der Seite. Dieses Motiv steht für die erbarmende Liebe Jesu Christi gegenüber allen Menschen. Die Darstellung ist so aufgebaut, dass der Schmerzensmann zugleich als der in die himmlische Welt Auffahrende gezeigt wird, und dass, durch einen wolkenähnlichen Schleier davon getrennt, Bürgersleute einerseits, Arme und Bedürftige andererseits gezeigt werden. Am unteren Rand des Bildes sieht man einen großen, geschlossenen Kasten mit zwei soliden Schlössern. Die Sphäre des Schmerzensmannes erstreckt sich über diesen Kasten, fast so, als würde er darauf stehen im Augenblick der Himmelfahrt.

Im Bild findet sich ein Bibelzitat; auf einem unterhalb des Bildes anmontierten Brett ein weiteres. Das erste lautet: „Danielis cap. IIII. Gebent ewr heilig almusen den armen. So wierdt sich Got uber ewr Sund erbar-

13 Unvollständige Abbildung in: *G. Bott* (Hrsg.), Martin Luther und die Reformation in Deutschland (Ausstellungskatalog), Nr. 583, 1983, S. 425. Das Bild hing früher gebogen an einem Pfeiler der Georgskirche in Nördlingen; heute ist es, flächig geglättet, im dortigen Stadtmuseum zu sehen. Zu Schäufelin vgl. *C. Mayer*, Artikel: Schäufelin, Hans Leonhard, in: Allgemeine Deutsche Biographie (ADB), hrsg. von der Historischen Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, Band 30 (1890), S. 624-634, Digitale Volltext-Ausgaben. URL: http://de.wikisource.org/wiki/ADB:Sch%C3%A4ufelin,_Hans, Zugegriffen 18.7.2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

men.“ Das zweite: „Ysaias Lviii. Brich dein brot den hungerigen: und die armen und elenden für in dein haus.“ Das erste Zitat ist im Sinne altgläubiger Almosenfrömmigkeit zu verstehen, wonach gute Werke das Erbarmen Gottes hervorrufen, während das zweite Zitat die guten Werke als Folge des Glaubens betrachtet. Es ist möglich, dass der Dürer-Schüler Schäufelin Martin Luthers Freiheitsschrift von 1520[14] gekannt hat, mitsamt dem Schluss: „Aus dem allen ergibt sich die Folgerung, dass ein Christenmensch nicht sich selbst lebt, sondern in Christus und in seinem Nächsten; in Christus durch den Glauben, im Nächsten durch die Liebe. Durch den Glauben fährt er über sich in Gott, aus Gott fährt er wieder unter sich durch die Liebe und bleibt doch immer in Gott und göttlicher Liebe, ebenso wie Christus Joh 1,51 sagt: ‚Ihr werdet noch sehen den Himmel offen stehen und die Engel auf- und absteigen über dem Sohn des Menschen.‘“ Das Bild der Himmelsleiter (Gn 28,10-19) wird auf die *caritas*, die Liebe zum Nächsten, bezogen, die Himmel und Erde verbindet. Luthers Kurzformel für das neue Ethos eines Christenmenschen in dieser Schrift lautet „aus freier Liebe umsonst dem Nächsten dienen“.

Dieses Ineinander von Glaube und Werken hat Schäufelin dargestellt. Dabei hat das Bild einen unmittelbar konkreten, historischen Sachgehalt. Der Kasten im unteren Bildteil, der von der himmlischen Sphäre unterschieden und mit ihr zugleich verbunden ist, stellt eine Almosentruhe dar. Schäufelins Bild entstand im Jahr 1522 aus Anlass der Einführung einer neuen Bettelordnung (Almosenordnung) durch den Nördlinger Rat. Das Bild verbindet also städtische soziale Maßnahmen mit dem evangelischen Glauben. „Ordnungen des gemeinen Kastens“, bisweilen auch Armenordnungen oder Bettelordnungen genannt, gehörten zu den frühen institutionellen Neubildungen der reformatorischen Bewegung.[15] Sie stehen zwar

14 *M. Luther*, De libertate christiana/ Von der Freiheit eines Christenmenschen, in: WA 7, 12-73, auch in: Delius (Hrsg.), Luther-Studienausgabe, Bd. 2, 1982, S. 260-309.

15 Die zwei (bisweilen andernorts auch drei) Schlösser am Kasten wie auf dem erwähnten Bild stehen dabei für die Notwendigkeit einer Kontrolle, denn nur mehrere, gewählte, unabhängige Männer, die von der Gemeinde bestimmt waren, konnten den Kasten gemeinsam öffnen und sich somit gegenseitig auf die Finger sehen. Vgl. näher *H. Ludyga*, Obrigkeitliche Armenfürsorge im deutschen Reich vom Beginn der Frühen Neuzeit bis zum Ende des Dreißigjährigen Krieges (1495-1648), 2010; *M. Stupperich*, Die Neuordnung der Kirchenfinanzen im Zeitalter der Reformation und ihre Voraussetzungen, in: Lienemann (Hrsg.), Die Finanzen der Kirche, 1989, S. 602-681; *T. Strohm*, Luthers Wirtschafts- und Sozialethik, in: Jung-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

in der Tradition spätmittelalterlicher Fürsorge, aber nachdem das Almosengeben nicht mehr als „gutes Werk“ zur Erlangung des ewigen Heils galt, als die Spendenfreudigkeit nachließ und man den Wert der „ehrlichen“ Arbeit betonte, bedurfte es einer neuen, überzeugenden und motivierenden Begründung für die *caritas*.

2 Organisierte Liebestätigkeit

Die Reformation hat in allen ihren Gestalten, von Wittenberg über Zürich bis Genf und weit darüber hinaus, die Einsicht in die unabdingbare diakonische Existenzform der Kirche aufgenommen, erneuert und verstärkt. Säkularisiertes Kirchengut ist nach Weisung der Reformatoren immer wieder als Vermögensgrundlage für Einrichtungen des Bildungswesens, für Spitäler und Armenhäuser verwendet worden. Luther hat in seiner Vorrede zur Leisniger Kastenordnung von 1523 den Rat gegeben, „dass die Obrigkeit diese Klostergüter an sich nehme und die übrigen Personen, die darinnen bleiben, davon versorgen bis sie aussterben, auch reichlicher und freigebiger als sie vielleicht vorher versorgt wurden, damit man ja spüre, dass nicht Habsucht nach geistlichem Gut, sondern der christliche Glaube den Klöstern feind ist.“[16] Hier ist evident, dass die Funktion der Diakonie beibehalten wird, die Begründung jedoch neu gefasst wird.

Auf verschiedene Weise hat man versucht, die Armenfürsorge zu systematisieren, indem man beispielsweise zwischen unverschuldet in Not Geratenen und liederlichen Gestalten zu unterscheiden versucht hat, oder man bemühte sich, die Bettelei durch Androhung harter Strafen zu unter-

---

hans (Hrsg.), Leben und Werk Martin Luthers von 1526 bis 1546. Festgabe zu seinem 500. Geburtstag, 1983, S. 205-223 (219-222); *A. Sprengler-Ruppenthal*, Zur Entstehungsgeschichte der Reformatorischen Kirchen- und Armenordnung im 16. Jahrhundert. Eine Dokumentation, 2000/2005, im Internet zugänglich unter URL: http://www.sprengler-ruppenthal.de/docs/Zur_Entstehungsgeschichte.pdf, Zugegriffen 28.8.2014. Diese Version ist zu benutzen statt des gekürzten Textes in: Strohm/ Klein (Hrsg.), Die Entstehung einer sozialen Ordnung Europas, Die Reformbemühungen der frühen Neuzeit, Bd. 1: Historische Studien und Beiträge zur Sozialreform aus dem 16. Jahrhundert, 2004, S. 180-210.

16 *M. Luther*, Ordnung eines Gemeinen Kastens der Stadt Leisnig (1523), in: Strohm/ Klein (Hrsg.), Die Entstehung einer sozialen Ordnung Europas, Die Reformbemühungen der frühen Neuzeit, Bd. 2: Europäische Ordnungen zur Reform der Armenpflege im 16. Jahrhundert, 2004, S. 24-41 (25).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

binden. Aber die These, dass die frühneuzeitliche kirchliche Diakonie bloß ein Instrument sozialer Disziplinierung gewesen sei, dürfte unhaltbar sein. Allerdings finden wir in den reformatorischen Gebieten neben der Pönalisierung des Bettels schon früh die Einrichtung von Armenhäusern. Diese fiel dann in die Zuständigkeit der weltlichen Herrschaftsinstanzen.

Von großer Bedeutung war auch die Kirchenordnung, die Johannes Calvin für Genf ausgearbeitet hat. Seine „*Ordonnances Ecclésiastiques*“[17] von 1541/61 haben die Organisation des reformierten Kirchenwesens in Westeuropa nachhaltig geprägt. Sie haben mit der Lehre von den vier „Ämtern“ der Pastoren, Doktoren, Ältesten und Diakone ein Modell präsentiert, in dem die weltlich-kommunalen und die kirchlichen Zuständigkeiten sorgfältig austariert waren. Bestätigt wird die altkirchliche und mittelalterliche Tradition, der zufolge es zwei Hauptbereiche kirchlich-diakonischer Tätigkeit gibt: Armenfürsorge und Spitäler. Dabei ging Calvin zunächst davon aus, dass es sich um ehrenamtliche, unbezahlte Tätigkeiten handelte, aber derjenige, der das für diakonische Zwecke bestimmte Kirchengut verwaltete, sollte dafür auch bezahlt werden und überdies den Spendern die Gewähr geben, dass das Geldaufkommen ordentlich verwaltet werde. Die Diakone – wie die Ältesten – sollten aus den Kreisen des vom Rat gewählten Genfer Konsistoriums stammen. Dieses Konsistorium bildete die personelle Schnittstelle zwischen der „weltlichen“ Obrigkeit, also den ratsfähigen Vertretern des Genfer Bürgertums bzw. Patriziats einerseits, der Geistlichkeit, die zu einem nicht geringen Teil aus französischen Flüchtlingen bestand, andererseits.

Im Blick auf die Formen der Armut in Genf, das zu Calvins Zeit weder prosperierend noch ein Vorposten irgendeines Frühkapitalismus war, vertrat Calvin eindeutig paternalistisch-autoritäre Positionen.[18] Ob Calvins bemerkenswerte Betonung der wechselseitigen Angewiesenheit von Armen und Reichen in einem Gemeinwesen auf eine fundamentale, im Gottesverhältnis gründende Gleichheit der Menschen zielt, oder ob er mit diesem Motiv lediglich ein antik-stoisches Motiv der reziproken Interessen variiert, ist kaum zu entscheiden. Der Bettel war ihm jedenfalls ein Gräuel; dazu schreibt er: „Er ist nichts als ein böses Geschwür. Man hilft dem,

17 Deutsch und Französisch in: *E. Busch* (Hrsg.), Calvin-Studienausgabe, Bd. 2: Gestalt und Ordnung der Kirche, 1997, S. (227) 238-279. Vgl. *Sprengler-Ruppenthal*, Entstehungsgeschichte, s. oben Fn. 15, S. 51 f.

18 Vgl. *W. Lienemann*, Calvins Wirtschaftsethik, in: Sallmann et al. (Hrsg.), Johannes Calvin 1509-2009, 2012, S. 235-258.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dem man gibt, im Grunde nicht. Man verdirbt sie vielmehr, und sie verhärten sich [...] und zuletzt gefällt ihnen ihre Bettelei sogar, so dass sie ihren Bettelsack mehr lieben als eine sichere Rente. [...] So werden aus Spitzbuben Diebe."[19] Calvin plädiert dafür, dass Armen- und Waisenhäuser eingerichtet werden sollen, und er hat das auch selbst gefördert. Dies soll jeder Bürger im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten unterstützen. Darüber hinaus fordert Calvin, dass im Falle von Notlagen über die Christenpflicht zu individueller *caritas* hinaus der Rat des Stadtstaates Genf je nach Situation die für die Armenfürsorge verfügbaren Mittel aufstocken soll. Bei derartigen Forderungen oder Empfehlungen muss man sehen, dass die Reformatoren grundsätzlich davon ausgingen, dass es sich bei den kommunalen und territorialen Herrschaftsträgern um Christenmenschen handelte, die als solche auf ihre Fürsorgepflicht ansprechbar waren. Insofern kann man zwar von einem prä-sozialstaatlichen Zusammenwirken von Kirche und Gemeinwesen ausgehen, aber es wäre anachronistisch, von einer „Säkularisierung" der Diakonie und einer umfassenden Solidarität[20] in der Epoche der ständischen Gesellschaftsordnung zu sprechen.

Diese ganz knappe Skizze wäre unvollständig, wenn nicht auch die Kontinuität der Diakonie in den katholischen Territorien nach der Glaubensspaltung erwähnt würde. Organisatorisch war sie keineswegs allein eine Angelegenheit der Orden und Klöster, sondern auch eine Aufgabe der (katholischen) Landesherren. Armenfürsorge und Ausbau von Spitälern waren in Gestalt und Resultaten in den konfessionell verschiedenen Territorien, soweit ich sehe, nicht charakteristisch unterschiedlich. Allerdings setzten in katholischen Gebieten Ordensneugründungen wie die Borromäerinnen (SMCB, gegründet 1652) und die Vinzentinerinnen (FdC, gegründet 1633) neue Akzente, während die Protestanten eher und zunehmend die kommunale und staatliche Fürsorge betonten. Mit den Orden vergleichbar sind im Protestantismus die Brüder- und Schwesternschaften, wie sie besonders im Pietismus Gestalt fanden.

---

19 So in einer Predigt über Dt. 15,11-15 (30.10.1555), in: *E. Busch* (Hrsg.), Calvin-Studienausgabe, Bd. 7: Predigten über das Deuteronomium und den 1. Timotheusbrief, 2007, S. 72.

20 Zu Begriff und Sache der Solidarität in rechtsgeschichtlicher Perspektive: *M.-T. Fögen* (Hrsg.), Rechtsgeschichte – Band 5, Zeitschrift des Max-Planck-Instituts für europäische Rechtsgeschichte 2004, S. 12-81.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

III Sozialstaatliche Transformationen und Professionalisierung der Diakonie

Die heutige enge Symbiose von kirchlicher Diakonie und Sozialstaat, wie sie in Deutschland und teilweise in Österreich begegnet und weltweit ziemlich einzigartig ist, ist ein Kind des 19. Jahrhunderts und der christlichen Reaktionen auf den neuzeitlichen Industriekapitalismus. Für den Protestantismus war das Reformprogramm von Johann Hinrich Wichern (1808-1881) wegweisend, der mit seiner Rede auf dem ersten evangelischen Kirchentag 1848 in Wittenberg den Anstoß zur Gründung des „Centralausschusses für die Innere Mission der deutschen evangelischen Kirche“ gab, während im Raum der römisch-katholischen Kirche die freien Zusammenschlüsse der Arbeiter beispielsweise durch den Mainzer Erzbischof Emmanuel von Ketteler und durch die neue Soziallehre seit Papst Leo XIII. (Enzyklika *Rerum Novarum* 1891) begrenzte Unterstützung fanden.

1 Vereine – Verbände – Vorrangprinzip

Die Diakonie des späten 18. und des 19. Jahrhunderts ist gründlich erforscht.[21] Strukturell wichtig und weichenstellend war das Zusammentreffen der zunächst meist vereinsmäßig organisierten, oft antimarxistisch bzw. antisozialistisch inspirierten Initiativen und Neugründungen mit der Sozialgesetzgebung unter Otto von Bismarck. Für die nationalkonservativen Protestanten war diese Allianz attraktiv, im Unterschied zu den im Kulturkampf attackierten Katholiken. Gleichwohl hat ein Teil der Zentrumsfraktion dafür gesorgt, dass Bismarcks Gesetze im Reichstag eine Mehrheit fanden. Von den damaligen Regelungen der Krankenversicherung (1883), der Berufsunfallversicherung (1884) und der Invaliditäts- und Altersversicherung (1889) her gibt es eine große Kontinuität zum heutigen Sozialstaat in Deutschland.[22]

---

21 Vgl. *J.-C. Kaiser*, Evangelische Kirche und sozialer Staat. Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert, 2008; *T. Strohm*, Diakonie zwischen Gemeindepraxis und sozialstaatlicher Wirklichkeit, in: Rau et al. (Hrsg.), Das Recht der Kirche, Bd. III, Zur Praxis des Kirchenrechts, 1994, S. 203-258.

22 Vgl. *K. Gabriel/ H.-R. Reuter*, Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Korporatistischer Sozialversicherungsstaat mit konfessioneller Prägung, in

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Dabei spielte das im deutschen Grundgesetz fundierte „Vorrangprinzip" eine wichtige Rolle, also die Regel, dass dort, wo freie Träger der Wohlfahrtspflege aktiv werden, der Staat keine eigenen, womöglich zentralen Institutionen aufbaut.[23] Diese starke Stellung der freigemeinnützigen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege verdankt sich nicht zuletzt dem legitimierenden Prinzip der Subsidiarität in der Soziallehre der katholischen Kirche. Das hat unter anderem dazu geführt, dass es vermutlich in keinem anderen Land ein so dichtes Netz an Krankenhäusern und vielen anderen sozialstaatlichen Einrichtungen der Daseinsvorsorge in kirchlicher Trägerschaft gibt wie in Deutschland.[24] Das bedeutet freilich nicht, dass derartige Einrichtungen im Spitalwesen und in der freien Wohlfahrtspflege sich allein aus eigenen Spendeneinnahmen finanzieren würden, sondern dass Mitgliedsbeiträge, Leistungen gesetzlicher Versicherungsträger und staatliche Zuschüsse von den überaus zahlreichen Institutionen der „Caritas" und des „Diakonischen Werkes" verwendet werden, um den sozialstaatlichen Auftrag und zugleich eine unverzichtbare kirchliche Aufgabe zu erfüllen. Dieses System wird nach wie vor von einem großen gesellschaftlichen Konsens getragen,[25] wenngleich dieser nicht konfliktfrei ist.[26] Kurzum: Das System der Sozialstaatlichkeit in Deutschland ist nicht zuletzt das gemeinsame Erbe der Arbeiterbewegung, der römisch-katholischen Sozi-

---

Gabriel et al. (Hrsg.), Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa. Konstellationen – Kulturen – Konflikte, 2013, S. 93-140; *V. Hentschel*, Geschichte der deutschen Sozialpolitik (1880-1980), 1983; *H. F. Zacher*, Das soziale Staatsziel, in: Isensee/ Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. 2, 2004, S. 659-784.

23 Siehe *V. Neumann*, Rechtsgrundlagen der finanziellen Beziehungen zwischen Sozialstaat und Diakonie, in: Lienemann (Hrsg.), Finanzen der Kirche, 1989, S. 273-302.

24 Zum Vergleich siehe *Gabriel/ Reuter*, Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit, s. oben Fn. 22; *F.-X. Kaufmann*, Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, 2003; *S. Lessenich/ I. Ostner* (Hrsg.), Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive, 1998.

25 Vgl. *W. Glatzer*, Akzeptanz des Sozialstaats in der Bevölkerung, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) (Hrsg.), WISO-Diskurs. Zukunft des Sozialstaats – Sozialpolitik, 2007, S. 22-41; *Gabriel/ Reuter*, Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit, s. oben Fn. 22, S. 121-123.

26 Das gilt besonders im Blick auf das kirchliche Dienst- und Arbeitsrecht und den sogenannten „Dritten Weg". Nach den zwei Entscheidungen des Bundesarbeitsgerichts vom 20.11.2012 hat die Evangelische Kirche ein „Arbeitsrechtsregelungsgrundsätzegesetz" 2013 auf den Weg gebracht. Ob das ausreicht, muss sich zeigen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

allehre und der protestantischen Sozialethik.[27] Das ist ein ziemlich robustes Fundament sozialstaatlicher Legitimität.

2 Kirchliche Identitätsmerkmale in der Diakonie

Alle Felder der heutigen Diakonie haben längst eine Professionalisierung erfahren. Im Zuge der neoliberalen Förderung von vertraglichen Vereinbarungen auch mit privaten, gewinnorientierten Leistungserbringern, einer Finanzkontrolle nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen und allgemeiner Qualitätskontrollen mussten sich auch die freigemeinnützigen Institutionen diesen Herausforderungen stellen.[28] Das hat auch Konsequenzen für die Mitarbeitenden, die vielfach aus „säkularen" Institutionen kommen und entsprechende Vorstellungen von Beruf und Einkommen mitbringen. Sie stehen nicht mehr in erster Linie in einer engen kirchlichen Verbindung, wie das früher bei den Ordensfrauen und Diakonissen der Fall war.

Aktuell ist zu fragen: Wie kann unter den Bedingungen heutiger wissenschaftlicher, technischer und administrativer Entwicklungen im Gesundheitswesen und angesichts der durchgehenden Ökonomisierung der spezifische Charakter einer kirchlichen Institution zur Geltung gebracht werden? Handelt es sich hierbei lediglich um Fragen individuell-privater Motivation oder (auch) um Probleme und Gestaltungsspielräume der konkreten Organisation, der Wahl der Arbeitsfelder, der institutionellen Schwerpunktbildung und der organisatorischen Gestaltung der täglichen Arbeit? Diese Fragen werden die Einrichtungen der Diakonie und der Caritas noch lange beschäftigen müssen.[29]

---

27 Vgl. *O. Nell-Breuning*, Baugesetze der Gesellschaft. Solidarität und Subsidiarität, 1990; *T. Jähnichen*, Solidarität als Begriff der evangelischen Theologie und Sozialethik, Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 2007, S. 81-104.

28 Zu rechtlichen Aspekten siehe *S. Augsberg*, Innovative Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, Jahrbuch des Öffentlichen Rechts der Gegenwart 2013, S. 579-597.

29 Vgl. dazu: Eine Denkschrift des Rates der EKD, „Und unsern kranken Nachbarn auch!", Aktuelle Herausforderungen der Gesundheitspolitik, 2011; Die deutschen Bischöfe, Das katholische Profil caritativer Dienste und Einrichtungen in der pluralen Gesellschaft, 2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

3 Die Zukunft kirchlicher Diakonie in Europa

Theodor Strohm[30] hat betont, dass a) sich in praktisch allen europäischen Ländern in unterschiedlichen Brechungen und Abschattungen ein kirchlich-religiös vermitteltes Fundament der Sozialstaatlichkeit ausmachen lässt, dass b) allenthalben die Fragen eines Umbaus, einer „Verschlankung" sozialstaatlicher Strukturen und Leistungen zur Diskussion stehen, und dass es c) immer wieder darauf ankommt, klar zu machen, worin die kirchlich-theologische und sozialethische Begründung und Notwendigkeit der Diakonie bestehen. Für Deutschland hat er festgestellt, dass der herkömmliche institutionelle Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege inzwischen vielfach zugunsten einer Ordnung des Wettbewerbs zwischen verschiedenen Anbietern von Leistungen verändert worden ist. In der Schweiz kann man beobachten, dass Krankenhäuser in früherer kirchlicher Trägerschaft inzwischen oft von privaten Klinikkonzernen wie der Hirslanden-Gruppe aufgekauft und nach Profitzielen umgebaut werden. Darüber hinaus werden alle diakonischen Einrichtungen sich zunehmend auf die Probleme und Folgen der globalen Migration einstellen müssen und nicht umhin kommen, sich in ihrer Arbeit, ihren Angeboten und ihrer Personalpolitik interkulturell und interreligiös zu öffnen. Es ist für die Zukunft eine wichtige Frage, ob und wieweit die EU die bewährten Traditionen der Wohlfahrtsstaatlichkeit aufnehmen und unter den Bedingungen der Globalisierung weiterführen wird.

Literatur

Augsberg, Steffen, Innovative Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, Jahrbuch des Öffentlichen Rechts der Gegenwart Nr. 61 (2013), S. 579-597.

Blanke, Thomas/ Hoffmann, Jürgen, Auf dem Weg zu einem Europäischen Sozialmodell. Voraussetzungen, Schwierigkeiten und Perspektiven einer europäischen Sozialpolitik, Kritische Justiz Nr. 39 (2006), S. 134-150.

Bott, Gerhard (Hrsg.), Martin Luther und die Reformation in Deutschland (Ausstellungskatalog), Nr. 583, Frankfurt am Main 1983.

30 *T. Strohm*, Diakonie, Sozialstaat und Gesellschaft in europäischer und ökumenischer Perspektive, in: Sigrist (Hrsg.), Diakonie und Ökonomie, Orientierungen im Europa des Wandels, 2006, S. 11-29; vgl. *T. Blanke/ J. Hoffmann*, Auf dem Weg zu einem Europäischen Sozialmodell. Voraussetzungen, Schwierigkeiten und Perspektiven einer europäischen Sozialpolitik, Kritische Justiz 2006, S. 134-150.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Busch, Eberhard (Hrsg.), Calvin-Studienausgabe, Bd. 2: Gestalt und Ordnung der Kirche, Neukirchen-Vluyn 1997.

Busch, Eberhard (Hrsg.), Calvin-Studienausgabe, Bd. 7: Predigten über das Deuteronomium und den 1. Timotheusbrief, Neukirchen-Vluyn 2007.

Crüsemann, Frank, Maßstab: Tora. Israels Weisung für die christliche Ethik, Gütersloh 2003.

Die deutschen Bischöfe, Das katholische Profil caritativer Dienste und Einrichtungen in der pluralen Gesellschaft, Bonn 2014.

Dietrich, Walter, Der rote Faden im Alten Testament, in: ders., „Theopolitik". Studien zur Theologie und Ethik des Alten Testaments, Neukirchen-Vluyn 2002, S. 13-28.

Eine Denkschrift des Rates der EKD, „Und unsern kranken Nachbarn auch!", Aktuelle Herausforderungen der Gesundheitspolitik, Gütersloh 2011.

Fögen, Marie-Theres (Hrsg.), Rechtsgeschichte – Band 5, Zeitschrift des Max-Planck-Instituts für europäische Rechtsgeschichte (2004), S. 12-81.

Frettlöh, Magdalene L., Theologie des Segens. Biblische und dogmatische Wahrnehmungen, 5. Aufl., Gütersloh 2005.

Gabriel, Karl/ Reuter, Hans-Richard, Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Korporatistischer Sozialversicherungsstaat mit konfessioneller Prägung, in: K. Gabriel et al. (Hrsg.), Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa. Konstellationen – Kulturen – Konflikte, Tübingen 2013, S. 93-140.

Georgi, Dieter, Die Geschichte der Kollekte des Paulus für Jerusalem, Hamburg-Bergstedt 1965, 2. durchgesehene und erweiterte Aufl. unter dem Titel „Der Armen zu gedenken", Neukirchen-Vluyn 1994.

Geremek, Bronislaw, Geschichte der Armut. Elend und Barmherzigkeit in Europa, München 1991.

Glatzer, Wolfgang, Akzeptanz des Sozialstaats in der Bevölkerung, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) (Hrsg.), WISO-Diskurs. Zukunft des Sozialstaats – Sozialpolitik, Bonn 2007, S. 22-41.

Hentschel, Volker, Geschichte der deutschen Sozialpolitik (1880-1980), Frankfurt am Main 1983.

Herrmann-Otto, Elisabeth et al., Armut, Arme und Armenfürsorge in der paganen Antike, in: H. Uerlings/ N. Trauth/ L. Clemens (Hrsg.), Armut. Perspektiven in Kunst und Gesellschaft, Darmstadt 2011, S. 73-81.

Jähnichen, Traugott, Solidarität als Begriff der evangelischen Theologie und Sozialethik, Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften Nr. 48 (2007), S. 81-104.

Kaiser, Jochen-Christoph, Evangelische Kirche und sozialer Staat. Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert, Stuttgart 2008.

Kaufmann, Frank-Xaver, Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, Frankfurt am Main 2003.

Konradt, Matthias, Gott oder Mammon. Besitzethos und Diakonie im frühen Christentum, in: *C. Sigrist* (Hrsg.), Diakonie und Ökonomie. Orientierungen im Europa des Wandels, Zürich 2006, S. 107-154.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Lessenich, Stefan/ Ostner, Ilona (Hrsg.), Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive, Frankfurt am Main 1998.

Lienemann, Wolfgang, Die Bedeutung des spätmittelalterlichen Armutsstreites für theologische Kriterien der kirchlichen Ökonomie, in: W. Lienemann (Hrsg.), Die Finanzen der Kirche, München 1989, S. 574-601.

Lienemann, Wolfgang, Calvins Wirtschaftsethik, in: M. Sallmann et. al. (Hrsg.), Johannes Calvin 1509-2009, Zürich 2012, S. 235-258.

Ludyga, Hannes, Obrigkeitliche Armenfürsorge im deutschen Reich vom Beginn der Frühen Neuzeit bis zum Ende des Dreißigjährigen Krieges (1495-1648), Berlin 2010.

Luther, Martin, De libertate christiana/ Von der Freiheit eines Christenmenschen, in: H.-U. Delius (Hrsg.), Studienausgabe, WA 7, 12-73, Bd. 2, Berlin 1982.

Luther, Martin, Ordnung eines Gemeinen Kastens der Stadt Leisnig (1523), in: T. Strohm/ M. Klein (Hrsg.), Die Entstehung einer sozialen Ordnung Europas, Die Reformbemühungen der frühen Neuzeit, Bd. 2: Europäische Ordnungen zur Reform der Armenpflege im 16. Jahrhundert, Heidelberg 2004, S. 24-41.

Luz, Ulrich, Das Evangelium nach Matthäus (Mt 18-25), Evangelisch Katholischer Kommentar zum Neuen Testament (EKK) I/3, Neukirchen/ Zürich 1997, S. 521-530.

Mayer, Christian, Artikel: Schäufelin, Hans Leonhard, in: Allgemeine Deutsche Biographie (ADB), hrsg. von der Historischen Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, Band 30 (1890), S. 624-634, Digitale Volltext-Ausgaben. URL: http://de.wikisource.org/wiki/ADB:Sch%C3%A4ufelin,_Hans, Zugegriffen 18.7.2014.

Nell-Breuning, Oswald von, Baugesetze der Gesellschaft. Solidarität und Subsidiarität, Freiburg im Breisgau 1990.

Neumann, Volker, Rechtsgrundlagen der finanziellen Beziehungen zwischen Sozialstaat und Diakonie, in: W. Lienemann (Hrsg.), Die Finanzen der Kirche, München 1989, S. 273-302.

Osiek, Carolyn, Artikel: Diakon/ Diakonisse/ Diakonat I. Neues Testament, Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG), 4. Aufl., Bd. 2 (1999), S. 783 f.

Otto, Eckart, Theologische Ethik des Alten Testaments, Stuttgart 1994.

Sprengler-Ruppenthal, Anneliese, Zur Entstehungsgeschichte der Reformatorischen Kirchen- und Armenordnung im 16. Jahrhundert. Eine Dokumentation, 2000/2005. URL: http://www.sprengler-ruppenthal.de/docs/Zur_Entstehungsgeschichte.pdf, Zugegriffen 28.8.2014.

Sprengler-Ruppenthal, Anneliese, Zur Entstehungsgeschichte der Reformatorischen Kirchen- und Armenordnung im 16. Jahrhundert. Eine Dokumentation, in: T. Strohm/ M. Klein (Hrsg.), Die Entstehung einer sozialen Ordnung Europas, Die Reformbemühungen der frühen Neuzeit, Bd. 1: Historische Studien und Beiträge zur Sozialreform aus dem 16. Jahrhundert, Heidelberg 2004, S. 180-210.

Stegemann, Ekkehard W./ Stegemann, Wolfgang, Urchristliche Sozialgeschichte. Die Anfänge im Judentum und die Christusgemeinden in der mediterranen Welt, Stuttgart 1995.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Strohm, Theodor, Luthers Wirtschafts- und Sozialethik, in: H. Junghans (Hrsg.), Leben und Werk Martin Luthers von 1526 bis 1546. Festgabe zu seinem 500. Geburtstag, Berlin 1983, S. 205-223.

Strohm, Theodor, Diakonie zwischen Gemeindepraxis und sozialstaatlicher Wirklichkeit, in: G. Rau et al. (Hrsg.), Das Recht der Kirche, Bd. III, Zur Praxis des Kirchenrechts, Gütersloh 1994, S. 203-258.

Strohm, Theodor Diakonie, Sozialstaat und Gesellschaft in europäischer und ökumenischer Perspektive, in: C. Sigrist (Hrsg.), Diakonie und Ökonomie, Orientierungen im Europa des Wandels, Zürich 2006, S. 11-29.

Strohm, Theodor/ Klein, Michael (Hrsg.), Die Entstehung einer sozialen Ordnung Europas, Die Reformbemühungen der frühen Neuzeit, Bd. 1: Historische Studien und Beiträge zur Sozialreform aus dem 16. Jahrhundert, Heidelberg 2004.

Stupperich, Martin, Die Neuordnung der Kirchenfinanzen im Zeitalter der Reformation und ihre Voraussetzungen, in: W. Lienemann (Hrsg.), Die Finanzen der Kirche, München 1989, S. 602-681.

Theißen, Gerd, „Geben ist seliger als nehmen" (Apg 20,35). Zur Demokratisierung antiker Wohltätermentalität im Urchristentum, in: A. Boluminski (Hrsg.), Kirche, Recht und Wissenschaft, FS A. Stein, Neuwied 1994, S. 197-215.

Thraede, Klaus, Diakonie und Kirchenfinanzen im Frühchristentum, in: W. Lienemann (Hrsg.), Die Finanzen der Kirche, München 1989, S. 555-573.

Uerlings, Herbert/ Trauth, Nina/ Clemens, Lukas (Hrsg.), Armut. Perspektiven in Kunst und Gesellschaft (Ausstellungskatalog), Darmstadt 2011.

Zacher, Hans F., Das soziale Staatsziel, in: J. Isensee/ P. Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts (Neubearbeitung), Bd. 2, Heidelberg 2004, S. 659-784.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Ansätze zur philosophischen Rechtfertigung eines Rechts auf solidarische Gesundheitsversorgung

Markus Rothhaar

I Vorbemerkung

Der Titel dieses Textes enthält eine Prämisse, die keineswegs selbstverständlich und ihrerseits wieder rechtfertigungsbedürftig ist: die Prämisse nämlich, dass ein Recht auf solidarische Gesundheitsversorgung überhaupt *philosophisch* rechtfertigungsbedürftig ist. Diese Prämisse ist insofern nicht selbstverständlich, als man im Sinne des Versicherungsgedankens die solidarische Gesundheitsversorgung grundsätzlich auch einfach als den Ausfluss des aufgeklärten Eigeninteresses der Akteure erklären könnte. Wenn das der Fall wäre, so hätte man es sicherlich immer noch mit einer philosophischen Explikation zu tun. Ein Erfordernis einer ethischen Rechtfertigung und Begründung bestünde allerdings nicht, da im Rahmen einer normativen Theorie dasjenige, was alle ohnehin anstreben, keiner weiteren Begründung bedarf. Die Forderungen, die die solidarische Gesundheitsversorgung an das einzelne Mitglied der Solidargemeinschaft stellen kann, sind also nur genau insoweit *normative* Forderungen und damit rechtfertigungs- und begründungsbedürftig, als sie sich nicht selbstverständlich schon aus dem aufgeklärten Eigeninteresse der einzelnen Akteure ergeben. Dass und an welchem Punkt genau sie das *nicht* sind, wäre daher aber zunächst aufzuzeigen. Mit einer solchen Präzisierung lässt sich dann auch genauer umreißen, worin die im Titel dieses Textes genannte Begründungs- und Rechtfertigungsbedürftigkeit eigentlich besteht.

II Besteht ein ethischer Rechtfertigungsbedarf?

Beginnen wir also mit der Frage, was an einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung eigentlich in normativer Hinsicht begründungsbedürftig ist, so lässt sich zunächst feststellen, dass eine Explikation der solidarischen Gesundheitsversorgung aus dem aufgeklärten Eigeninteresse prima facie sogar relativ weit trägt. Denn für jeden rational-egoistischen

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Akteur, der einen Begriff von der Zukunft hat und um die Möglichkeit zu erkranken weiß, ist es alleine aus eigenem Interesse sinnvoll, durch den Zusammenschluss mit anderen Akteuren in derselben Ausgangssituation das Risiko möglichst auszuschalten, dass die bei der Behandlung einer Krankheit anfallenden Kosten von ihm nicht getragen werden können, so dass er entweder gar nicht oder nur unzureichend behandelt würde.

Hält man diesen Punkt allerdings fest, so ergäbe sich ein strikt subsidiäres Gesundheitssystem, das nur dann einspringen würde, wenn Behandlungskosten die finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen tatsächlich übersteigen. Alle Kosten, die unterhalb dieser Grenze lägen, wären vom Einzelnen dann selbst zu übernehmen. Allerdings lässt sich das vorgeschlagene Modell natürlich insofern verfeinern, als der rational-egoistische Akteur natürlich nicht nur ein Interesse daran hätte, dass seine Krankheit überhaupt behandelt wird, sondern auch daran, dass die Kosten der Behandlung nicht einen derart großen Anteil seiner Einkünfte aufzehren, dass dies zu einer signifikanten Absenkung seines allgemeinen Lebensstandards, das heißt seiner Möglichkeit, finanzielle Ressourcen für andere Güter auszugeben, führen würde. Er würde dementsprechend – soweit nicht weitere Erwägungen hinzukämen, über die gleich noch zu reden sein wird – ein Gesundheitssystem auswählen, das ihm entweder gar keinen Eigenanteil an der Finanzierung der Behandlung überträgt oder doch nur einen Eigenanteil, der bis zu einem bestimmten Prozentsatz seiner Einkünfte reicht. Damit haben wir nun scheinbar alleine aus dem rationalen Eigeninteresse der Akteure bereits ein Gesundheitssystem rekonstruiert, das denjenigen Gesundheitssystemen weitgehend entspricht, die wir aus unseren westlichen Staaten kennen.

Das gilt freilich nur, solange die Einnahmenseite des Gesundheitssystems nicht hinreichend beachtet wird[1]. Hier erst ergeben sich – und zwar gleich in mehreren Hinsichten – die Probleme, die es notwendig machen, über eine Explikation aus dem rationalen Eigeninteresse hinauszugehen. Erstens wird ein zweckrational-egoistischer Akteur nie den Absicherungseffekt des Gesundheitssystems *alleine* im Blick haben, sondern diesen in ein Verhältnis zu den Beiträgen setzen, die er selbst zur Aufrechterhaltung

1 Vgl. hierzu auch die Diskussion bei Werner (*M. H. Werner*, Solidarität oder Gerechtigkeit?, in: Graumann/ Grüber (Hrsg.), Patient – Bürger – Kunde: Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens, 2004, S. 197-212.) über die Differenz, die in normativer Hinsicht zwischen einem rein risikosolidarischen und einem zusätzlich noch einkommenssolidarischen Gesundheitssystem besteht.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dieses Systems entrichten muss (dabei ist es auch im Grunde egal, ob es sich um Versicherungsbeiträge oder, wenn wir von einem steuerfinanzierten System reden, den für das Gesundheitssystem aufzubringenden Steueranteil handelt). Je nachdem, wie er das Verhältnis zwischen derjenigen Einschränkung seines Lebensstandards, die durch seinen Beitrag sicher entsteht und den stärkeren, aber in ihrem Eintreten aber unsicheren Einschränkungen seines Lebensstandards durch die Behandlungskosten einer möglichen Erkrankung bewerten würde, würde er auch jeweils eine andere Wahl hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung des Systems wählen.

Grundlegende Probleme werfen hierbei nicht so sehr die irrational risikofreudigen Akteure auf, die davon ausgehen, „es werde ihnen schon nichts passieren", sondern besonders diejenigen Akteure, die das Verhältnis zwischen dem abschätzbaren Krankheitsrisiko und der eigenen finanziellen Ausstattung *rationalerweise* dahingehend bewerten, dass sie davon ausgehen können, für die Behandlungskosten jeder vernünftigerweise erwartbaren Erkrankung einen geringeren Kostenaufwand leisten zu müssen als denjenigen, den sie als Mitglieder einer solidarischen Gesundheitsversorgung leisten müssen. Noch entscheidender für die Frage nach einer ethischen Rechtfertigung solidarischer Gesundheitsversorgung ist zweitens die Einbeziehung von Akteuren, die aufgrund ihrer finanziellen Ausstattung nicht oder nur minimal zur Finanzierung des Systems beitragen können, sowie von Akteuren, die aufgrund bekannter hoher Risiken vorhersehbar das System in höherem Maß belasten werden als sie dazu beitragen. Beide Gruppen einzubeziehen ergibt aus der Perspektive des rationalen Eigeninteresses der übrigen Akteure keinerlei Sinn. Gerade diejenigen Gruppen, die besonders auf solidarische Hilfe angewiesen sind, müssten, würde man versuchen alleine das aufgeklärte Eigeninteresse der Akteure zur Grundlage machen, aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten herausfallen. Gerade hier besteht also der stärkste Bedarf einer über das Eigeninteresse hinausgehenden *ethischen* Rechtfertigung und Begründung.

III Gesundheit als Konditionalgut: Daniels und Bobbert

In der Diskussion der bestehenden Ansätze sollen zunächst diejenigen untersucht werden, die man im weitesten Sinn „liberal" (im angelsächsischen, nicht im deutschen Sinn des Wortes) oder „konditionalistisch" nennen kann, um sie sodann mit Theorien zu konfrontieren, die man in einem weiteren Sinn „neo-aristotelisch" nennen könnte. Der Grund für diese Rei-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

henfolge liegt darin, dass es ausgearbeitete „liberale“ bzw. „konditionalistische“ Theorien der Gesundheitsversorgung gibt, während man die entsprechenden „neo-aristotelischen“ Theorien zunächst einmal selbst herleiten muss.

Ausgangspunkt der „liberalen“ Theorien angelsächsischer Prägung ist die Überzeugung, dass es keine intersubjektiv verbindlichen Kriterien eines guten Lebens gebe, sondern dass es hinsichtlich der Frage, was ein Leben zu einem guten, sinnvollen und erfüllten Leben macht, nur heterogene subjektive Meinungen und Vorlieben gebe, die sich in den unterschiedlichsten Lebensplänen realisierten. Der Staat müsse daher alle Fragen, die das gute und erfüllte Leben betreffen, dem Individuum überlassen. Damit ist dann aber im Hinblick auf die Frage nach der normativen Relevanz des Gutes Gesundheit bereits eine folgenschwere Vorentscheidung getroffen: Gesundheit kann im Rahmen einer solchen liberalen Theorie nämlich prinzipiell nicht mehr als ein Gut in den Blick genommen werden, das *selbst* schon Bestandteil eines guten und glücklichen Lebens ist. Genauer gesagt: es kann zwar als solches gesehen werden, aber zur *Begründung* einer solidarischen Gesundheitsversorgung kann und darf *darauf* nicht zurückgegriffen werden. Gesundheit als Bestandteil eines glücklichen Lebens muss alleine schon aufgrund der Prämisse gleichsam systematisch ausgeblendet werden. Will man nun vor diesem Hintergrund die Möglichkeit einer Rechtfertigung einer solidarischen Gesundheitsversorgung nicht von vorneherein ausschließen, so besteht die einzig mögliche Strategie darin, sich auf den Voraussetzungs- oder Ermöglichungscharakter des Gutes Gesundheit zu stützen. Gesundheit kommt so ausschließlich als ein *Konditionalgut*[2] in den Blick, das heißt als etwas, das die Bedingung der Möglichkeit der Realisierung verschiedenster Vorstellungen von einem guten Leben bzw. verschiedenster Lebenspläne bildet.

Auf den ersten Blick scheint dies natürlich ein sinnvoller Weg zu sein, denn die Voraussetzungen für die Realisierung unterschiedlicher Lebenspläne strebt doch offenbar jeder gleichermaßen an, egal welchen konkreten Lebensplan er im Übrigen anstrebt. Theorien dieses Typus finden sich im angelsächsischen Raum prominent bei Norman Daniels[3] und im deut-

2 Vgl. etwa auch *W. Kersting*, Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, in: Ders. (Hrsg.), Politische Philosophie des Sozialstaats, 2000, S. 467-507.

3 *N. Daniels*, Just Health Care, 1985.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

schen Sprachraum etwa bei Monika Bobbert[4]. Unabhängig von diesen ausgearbeiteten Theorien, scheint die grundsätzliche Gedankenfigur aber auch mehr oder weniger explizit viele öffentliche und juristische Diskurse zur Gesundheitsversorgung zu dominieren. Ja, die Auffassung, dass die moralische Relevanz der Gesundheit darin liege, dass sie solcherart ein Konditionalgut sei, scheint fast zu einem Allgemeinplatz geworden zu sein. Es ist von daher sinnvoll, sich gerade anhand der ausgearbeiteten Theorien von Daniels und Bobbert deutlich zu machen, wo deren Stärken und Schwächen liegen. Dabei zeigen sich schon im Ansatz signifikante Unterschiede dahingehend, wie der konditionale Charakter der Gesundheit genauer bestimmt wird. Für den Rawls-Schüler Norman Daniels nämlich liegt die Relevanz der Gesundheit als Gut darin, dass Gesundheit die Voraussetzung für *Chancengleichheit* im Hinblick auf die Möglichkeit der Realisierung unterschiedlicher Lebenspläne ist[5]. Die an Alan Gewirth[6] anschließende Bobbert sieht demgegenüber die Relevanz der Gesundheit darin, dass Gesundheit wesentlicher Bestandteil des Gutes „Handlungsfähigkeit" ist, das wiederum als allgemeines Konditionalgut die Bedingung der Möglichkeit der Realisierung verschiedener Vorstellungen eines guten Lebens sei. Betrachten wir vor diesem Hintergrund die vorliegenden „liberalen" bzw. „konditionalistischen" Theorieentwürfe näher, so zeigen sich vor allem vier Schwierigkeiten:

Eine erste Schwierigkeit bildet das Problem der Abgrenzung der Zuständigkeit des Gesundheitswesens: Tatsächlich beeinträchtigt natürlich vieles die Realisierbarkeit von Lebensplänen, was nach einem üblichen Verständnis nichts mit Krankheit zu tun hat, zum Beispiel Gefängnisaufenthalte, ein schlechtes Bildungssystem. Sodann aber zum Beispiel auch – und hier wird die Abgrenzungsfrage von der medizintheoretischen Seite her in der Tat sehr schwierig – eine körperliche oder mentale Ausstattung, die so beschaffen wäre, dass sie zwar üblicherweise *nicht* unter den Begriff der „Krankheit" gefasst würde, dennoch aber die Realisierbarkeit bestimmter Lebenspläne erheblich erschwert oder gar unmöglich macht. Bei Bobbert finden sich auf die damit aufgeworfenen Fragen eigentlich überhaupt keine Antworten, ja in Bobberts Theorie wird das Problem sogar na-

4 *M. Bobbert*, Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an Alan Gewirth, Ethica 2000, S. 405-440.

5 *Daniels*, Just Health Care, s. oben Fn. 3, S. 36-59.

6 Vgl. *A. Gewirth*, Reason and Morality, 1978.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

hezu unlösbar dadurch, dass Bobbert „Krankheit“ bereits als einen normativen Begriff versteht, der über die Einschränkung der Bedingungen von Handlungsfähigkeit *definiert* ist[7]. Wird diese Definition nicht in sinnvoller Weise ergänzt, dann würde freilich etwas überspitzt formuliert eben auch der Gefängnisaufenthalt unter den Begriff „Krankheit“ fallen. Daniels sieht demgegenüber das Problem sehr deutlich und versucht daher, seiner Theorie einen *objektiven* Krankheitsbegriff zugrunde zu legen, der gerade nicht in Abhängigkeit zur Frage nach der moralischen Relevanz des Gutes Gesundheit steht und als solcher zunächst einmal die grundsätzliche Zuständigkeit der Gesundheitsversorgung abzugrenzen vermag. Dazu greift Daniels auf den sogenannten biostatistischen Gesundheitsbegriff von Christopher Boorse zurück[8], bei dem unter „Krankheiten“ alle diejenigen Abweichungen von statistischen Mittelwerten verstanden werden, die das normale arttypische Funktionieren im Hinblick auf die Ziele der Selbsterhaltung und Reproduktion beeinträchtigen.[9] Dieser Rekurs Daniels‘ auf einen nicht-normativen „objektiven“ Krankheitsbegriff ist systematisch durchaus nachvollziehbar, er hat aber den Nachteil, dass Daniels sich damit einen theoretisch nicht unproblematischen „Normalismus“ in der Krankheitstheorie und ein biologistisch verkürztes Menschenbild „einkauft“, bei dem menschliches Leben auf die Funktionen Selbsterhaltung und Reproduktion reduziert wird.[10]

Das zweite Problem liegt im nicht-neutralen Verhältnis von Bedingung und Bedingtem: der insbesondere der Theorie von Gewirth und Bobbert zugrundeliegende Gedanke, es gebe Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit, die gleichsam „neutral“ gegenüber dem sind, *wofür* sie Voraussetzungen sind, ist wenig plausibel. Um etwa den Lebensplan „siegreiche Teilnahme am Iron Man“ zu realisieren, braucht man ganz andere (körperliche) Voraussetzungen als für den Lebensplan „den Literaturnobelpreis

7 Vgl. *Bobbert*, Problematik des Krankheitsbegriffs, s. oben Fn. 4 , S. 426-432.

8 *Daniels*, Just Health Care, s. oben Fn. 3 , S. 28-30.

9 *C. Boorse*, Health as a Theoretical Concept, Philosophy of Science 1977, S. 542-573.

10 Für den Entwurf eines ebenfalls nicht-normativen Krankheitsbegriffs, der die Fallstricke der biologistischen Reduktion vermeidet vgl. *P. Hucklenbroich*, Der Krankheitsbegriff der Medizin in der Perspektive einer rekonstruktiven Wissenschaftstheorie, in: Rothhaar/ Frewer (Hrsg.), Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik, 2012, S. 33-63. Eine gute Zusammenstellung der wichtigsten zurzeit diskutierten Krankheitstheorien gibt *T. Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gewinnen", für dessen Realisierung beispielsweise eine unbehandelte Knieverletzung überhaupt kein Problem darstellen würde. Tatsächlich wäre die einzige Voraussetzung für die Realisierung unterschiedlichster Lebenspläne, die in dem Sinn allgemein wäre, dass sie wirklich für die Realisierung jeglichen Lebensplans die Voraussetzung darstellt, die mir einfällt, diejenige, überhaupt am Leben zu sein. Hierbei allerdings könnte man sich wieder fragen, ob „überhaupt am Leben zu sein" eigentlich plausibel als eine „Voraussetzung" im von Bobbert und Gewirth gemeinten Sinn explizierbar ist. Der betreffenden Schwierigkeit begegnet Daniels, der sich des Problems durchaus bewusst ist, dadurch, dass er seine Theorie auf den *„normal opportunity range in a given society"*[11] beschränkt. Das „normale Spektrum an Lebenschancen in einer gegebenen Gesellschaft" definiert Daniels wiederum über den Gedanken des „vernünftigen" Durchschnittsmenschen als *„the array of life plans reasonable persons in it are likely to construct for themselves"*.[12] Nur diese Chancen sind durch die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung zu erhalten oder wiederherzustellen, nichts darüber hinaus. An dieser Stelle taucht dann allerdings das Problem auf, wie und durch wen die Kriterien jener „Normalität" und „Vernünftigkeit" festgelegt werden und was für ein Vernunftbegriff hier überhaupt zugrunde gelegt wird. Es stellt sich denn auch die Frage, ob mit den Gedanken der „Vernünftigkeit" und „Normalität" nicht gerade diejenige Bewertung von Lebensentwürfen über die Hintertür – und dafür umso massiver und unkontrollierter – wieder in die Theorie aufgenommen wird, die Daniels als liberaler Theoretiker von seiner Prämisse her gerade vermeiden will.

Ein drittes Problem betrifft schließlich die Palliativmedizin oder generell jegliche „nur" leidlindernde Medizin: Gerade Menschen in der letzten Lebensphase, Menschen, deren Handlungsfähigkeit oder deren Lebenschancen nicht erhaltbar oder wiederherstellbar sind und hinsichtlich derer Linderung von Leid und Sterbebegleitung in den Vordergrund treten, fallen naturgemäß völlig durch das Raster einer „konditionalen" Theorie des Gesundheitswesens. Wie Daniels ausführt, können sie *„in keiner Weise mehr dem Idealtypus* [des gesunden und darum eine Vielzahl an möglichen Lebensplänen besitzenden, ungebundenen Individuums – Anmer-

11 *Daniels*, Just Health Care, s. oben Fn. 3, S. 33.
12 *Daniels*, ebd.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

kung des Verfassers] *näher gebracht werden*".[13] Mithilfe von Daniels' Theorie lässt sich insofern keine gerechtigkeitstheoretische Begründung eines Rechts auf palliativmedizinische Versorgung geben[14]. Das ist insofern nur folgerichtig, als es da, wo die solidarische Gesundheitsversorgung rein instrumentell im Hinblick auf die Wahrung und Wiederherstellung von Chancengleichheit bei der Realisierung von Lebensplänen verstanden wird, in der Tat keinen systematischen Ort mehr für eine Leidlinderung um der Leidlinderung selbst willen geben kann. Das Lindern von Leid fällt für Daniels auch ganz folgerichtig nur in den Bereich solidarischer Gesundheitsversorgung, wenn und insoweit das betreffende Leid dasjenige Funktionieren beeinträchtigt, das ein normales Spektrum an Lebenschancen ermöglicht. Das bedeutet dann zwar nicht, dass Daniels Palliativmedizin bzw. grundsätzlich leidlindernde Medizin für etwas hielte, was nicht stattfinden sollte. Er bemerkt dazu allerdings, dass diese aus anderen normativen Ressourcen als einem „liberalen" Gerechtigkeitsbegriff heraus begründet werden müssten.[15] Wenn es solche anderen normativen Ressourcen gibt, fragt man sich freilich, ob sich dann nicht möglicherweise die gesamte solidarische Gesundheitsversorgung aus ihnen heraus plausibler begründen ließe.

Im unmittelbaren Zusammenhang damit steht der letzte der kritischen Einwände, die gegen Theorien verwendet werden können, die die moralische Relevanz des Gutes Gesundheit alleine auf deren konditionalen Charakter stützen: nämlich der Unplausibilität dieses Ansatzes in einer phänomenologischen Hinsicht. Vielfach nämlich liegt der Grund, warum wir etwa die Freiheit von Leid und Schmerz – zum Beispiel von rasenden Kopf- oder Zahnschmerzen – anstreben ja nicht primär darin, dass diese Schmerzen das Funktionieren unseres Körpers im Hinblick auf die Realisierung von Lebensplänen beeinträchtigen oder unsere Handlungsfähigkeit einschränken, sondern einfach darin, dass sie für uns ein Übel als solches darstellen. Also nicht, weil die Schmerzen sich in instrumenteller Hinsicht

13 *N. Daniels*, Bedarf an medizinischer Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit, in: Marckmann/ Liening/ Wiesing (Hrsg.), Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, 2003, S. 15 (36).

14 Daniels formuliert einigermaßen vorsichtig, aber in der Sache unmissverständlich: „An diesem Punkt werden Fragen aufgeworfen, die über den Bereich der Gerechtigkeitsüberlegungen hinausweisen." (*Daniels*, Bedarf an medizinischer Versorgung, s. oben Fn. 13, S. 36.).

15 *Daniels*, ebd.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nachteilig auswirken, wollen wir die Schmerzen primär beendet wissen, sondern weil Schmerzen für sich genommen ein Übel sind und es daher für sich genommen bereits zu einem guten und glücklichen Leben gehört, keine Schmerzen zu haben. Das heißt nun nicht, dass die Theorie der Gesundheit als Konditionalgut grundlegend falsch wäre. In vielen Fällen wird der Konditionalgut-Charakter der Gesundheit sicherlich einschlägig sein, insbesondere wo es um Behinderungen oder chronische Erkrankungen geht. Dort steht das Gut Gesundheit zweifelsohne eher in seinem konditionalen Charakter im Vordergrund. Der konditionale Charakter deckt aber eben nicht alle Fälle und alle Hinsichten ab, in denen Gesundheit für uns ein Gut darstellt. Es gibt sicher mindestens ebenso viele Hinsichten und Fälle, in denen Gesundheit eben nicht als konditionales Gut im Vordergrund steht, sondern als etwas, das um seiner selbst willen, das heißt als Bestandteil eines guten Lebens selbst angestrebt wird. Wenn das aber der Fall ist, scheint es mir nicht unbedingt plausibel zu sein, eine ethische Rechtfertigung von Solidarpflichten alleine auf den konditionalen Charakter der Gesundheit zu stützen, wie es in liberalen Theorien der Fall ist. Wie gesehen, führt eine solche einseitige Sicht zu Schwierigkeiten, denen – wenn überhaupt – dann nur noch sehr schwer durch zusätzliche ad-hoc-Hypothesen wieder begegnet werden kann.

IV Gesundheit und gutes Leben

Eine Alternative wird sich freilich nicht an Einzelpunkten festmachen lassen, sondern muss gerade die zentrale Prämisse des philosophischen Liberalismus hinterfragen: Die Prämisse nämlich, dass es keine objektiven oder zumindest intersubjektiv verbindlichen Kriterien dessen gibt, was zu einem guten, glücklichen und sinnerfüllten Leben überhaupt gehört und in welcher Weise Gesundheit – unabhängig von unseren sonst vielleicht gehegten spezifischen Lebensplänen – zu einem solchen Leben gehört: Eine Prämisse, die bei Daniels gar in der bezeichnenden Aussage kulminiert, dass das einzige Interesse, das Menschen wirklich definiere, dasjenige sei, die eigenen Lebenspläne immer wieder revidieren zu können.[16]

16 „The intuition is that persons are not defined by a particular set of interests, but are free to revise their life plans. Consequently, they have a fundamental interest in maintaining the conditions under which they can revise their life plans as time goes on." (*Daniels*, Just Health Care, s. oben Fn. 3 , S. 47.) Der Glücksbegriff wird

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Zu einem solchen Ansatz sind aber natürlich Alternativen denkbar. Eine derartige Alternative, die auf objektive oder jedenfalls intersubjektiv verbindliche Kriterien eines guten Lebens abzielt und dabei auf anthropologische Grundbedürfnisse zurückgreift, wird man vermutlich mit gewissem Recht „neoaristotelisch" nennen können. Die prominentesten Vertreter eines solchen Theorietyps sind derzeit Michael Thompson[17], Philippa Foot[18] und nicht zuletzt Martha Nussbaum[19], deren Überlegungen unter denjenigen der genannten Autor/innen am ehesten für eine philosophische Begründung solidarischer Gesundheitsversorgung geeignet sind. Zwar findet sich bei Nussbaum selbst keine explizite Übertragung ihres Ansatzes auf ethische Fragen der Gesundheitsversorgung. Sie sind aber durchaus dafür fruchtbar zu machen, denn unter denjenigen anthropologisch fundierten Grundbedürfnissen, die Nussbaum meint identifizieren zu können, gehören zahlreiche Elemente, die einen deutlichen Bezug zu Fragen der Krankheit und Gesundheit haben. So identifiziert Nussbaum als anthropologische Grundkonstanten etwa das Streben nach einem langen Leben, nach Freiheit von Schmerz und Einsamkeit, nach der Möglichkeit des Eingehens von erfüllenden Bindungen zu anderen Menschen, nach Fortpflanzung etc.[20]

Natürlich gehört auch die Möglichkeit, über jene Grundbedürfnisse hinausgehende Lebenspläne zu formulieren und zu verfolgen, ebenso zu demjenigen, was Menschen gleichsam von Natur aus anstreben. Sie gehört aber eben lediglich *auch* dazu und bildet nicht den einzigen und letzten Bezugspunkt aller anderen Güter wie es gemäß den „liberalen" Theorien der Fall sein soll. Wenn die letzteren aber nur *ein* Grundbedürfnis neben anderen artikulieren, können sie kaum der Punkt sein, von dem her die Be-

---

dementsprechend von Daniels auch auf die Realisierung von Plänen reduziert: „We can consider a person happy when he is successful in carrying out his plan." (*Daniels*, Just Health Care, s. oben Fn. 3, S. 28.) Diesem Begriff von Glück ist man versucht, den bekannten Sinnspruch entgegenzuhalten: „Sei vorsichtig mit dem, was du dir wünschst. Es könnte in Erfüllung gehen.".

17 *M. Thompson*, Leben und Handeln. Grundstrukturen der Praxis und des praktischen Denkens, 2011.

18 *P. Foot*, Die Natur des Guten, 2004.

19 Vgl. dazu insbesondere die Aufsatzsammlung *M. Nussbaum*, Gerechtigkeit oder das Gute Leben, hrsg. von Pauer-Studer, 1998.

20 Vgl. etwa *M. Nussbaum*, Der aristotelische Sozialdemokratismus, in: Dies., Gerechtigkeit oder das Gute Leben, hrsg. von Pauer-Studer, 1998, S. 24-85; hier insbesondere S. 45-62.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gründung der Solidarpflichten im Gesundheitswesen insgesamt geleistet werden kann. Der Standardeinwand gegen ein solches „neoaristotelisches" Modell, es verletze die Neutralitätspflicht des Staates, da es doch immer wieder zumindest einige Menschen gebe, die jene Grundbedürfnisse nicht oder nur in sehr modifizierter Weise teilen – die zum Beispiel Schmerzen eher anstreben als vermeiden wollen – greift in diesem Zusammenhang nicht. Denn selbst wenn jemand zum Beispiel Schmerzen eher anstrebt als vermeidet, kann er doch nicht sinnvollerweise wollen, keine *Entscheidungsgewalt* über die Frage zu haben, ob er im konkreten Fall die Schmerzen lieber hat oder nicht hat[21]. Genau diese Entscheidungsgewalt versucht ihm aber die solidarische Gesundheitsversorgung soweit es medizinisch möglich ist, zu geben. Das impliziert dann zwar immer noch den Gedanken eines Regel-Ausnahme-Verhältnisses, wenn es darum geht zu identifizieren, welche Grundbedürfnisse in der Ausgestaltung des Gesundheitswesens zugrunde gelegt werden; diese Annahme beruht aber auf einem soliden philosophisch-anthropologischen Fundament.

Während freilich der Gedanke, dass man die Ausgestaltung von Solidarsystemen an einer Reihe objektiver menschlicher Grundbedürfnisse orientieren könne, unproblematischer ist, als er häufig dargestellt wird, besteht in einer anderen Hinsicht eine erhebliche Schwierigkeit, die oft weder von den Verteidigern noch den Kritikern Nussbaums gesehen wird, obwohl sie eigentlich in aller Offenheit zu Tage liegt: Bei Nussbaum, wie auch bei den meisten anderen „Neo-Aristotelikern", fehlt schlichtweg eine Begründung dafür, warum das bloße Vorhandensein von Bedürfnissen, und sei es gleichen Bedürfnissen, jemanden in irgendeiner Weise dazu verpflichten sollte, Anderen bei der Realisierung dieser Bedürfnisse zur Seite zu stehen. Genau einer solchen Begründung bedarf es aber, wenn wir ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem ethisch rechtfertigen wollen. Der hier vertretenen Auffassung nach lässt sich diese eklatante Begründungslücke neoaristotelischer (und eigentlich schon aristotelischer) Theorien nur schließen, indem man auf einen zentralen Gedanken der Praktischen Philosophie des Deutschen Idealismus zurückgreift: nämlich auf den Gedanken der wechselseitigen Anerkennung des Anderen als eines anderen Rechts- und Moralsubjekts, die aufgrund der Tatsache zwingend ist, dass die Konstitution der eigenen Subjektivität bereits einen

21 Nebenbei bemerkt wird auch der in diesem Zusammenhang gerne gebetsmühlenartig herbeizitierte Masochist Kopf- oder Zahnschmerzen in aller Regel als ein zu vermeidendes Übel betrachten.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Raum der Intersubjektivität voraussetzt. Zwar wird im Rahmen der klassischen Anerkennungstheorie, insbesondere Fichtes,[22] die Anerkennungstheorie im Wesentlichen als eine liberale, freiheitsorientierte Theorie und erst in zweiter Linie als bedürfnisorientierte Theorie ausbuchstabiert. Gerade Anerkennungstheorien müssen dabei aber nicht stehen bleiben. Denn obgleich das Prinzip der Verteilung gleicher Freiheitssphären immer grundlegend bleibt, sind sie durchaus geeignet, darüber hinauszugehen und auch die Anerkennung des anderen Subjekts als leiblich-seelischer Einheit mit bestimmten Grundbedürfnissen, die mich je mit-verpflichten, einzubeziehen. Eine solche Berücksichtigung positiver, über die Abgrenzung der Freiheitssphären hinausreichender sittlicher Anerkennungsverhältnisse, wie sie Hegel etwa in Form der Familie oder der Korporationen denkt[23], wiederum kann und muss sodann auf die Schaffung von Institutionen hin angelegt sein, die diese Anerkennungsverhältnisse garantieren, stärken und – freilich immer im Rahmen eines konkreten Staatswesens – universalisieren. In genau diese Richtung geht, ohne dass das an dieser Stelle im Detail ausgeführt werden könnte, Hegels Konzeption des „Staates".

Literatur

Bobbert, Monika, Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an Alan Gewirth, Ethica Nr. 8 (2000), S. 405-440.

Boorse, Christopher, Health as a Theoretical Concept, Philosophy of Science Nr. 44 (1977), S. 542-573.

Daniels, Norman, Just Health Care, Cambridge 1985.

Daniels, Norman, Bedarf an medizinischer Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit, in: G. Marckmann/ P. Liening/ U. Wiesing (Hrsg.), Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Stuttgart 2003, S. 15-46.

Fichte, Johann G., Grundlagen des Naturrechts nach Principien der Wissenschaftslehre, in: Fichtes Werke, hrsg. von I. H. Fichte, Band III, Nachdruck Berlin 1971.

---

22 Vgl. *J. G. Fichte*, Grundlagen des Naturrechts nach Principien der Wissenschaftslehre, in: Fichtes Werke, hrsg. von Fichte, 1971, insbesondere S. 17-49.

23 *G. W. F. Hegel*, Grundlinien der Philosophie des Rechts oder Naturrecht und Staatswissenschaft im Grundrisse. Mit Hegels eigenhändigen Notizen und den mündlichen Zusätzen (Werke in 20 Bänden: Band 7, hrsg. von Moldenhauer/ Michel), 1986.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Foot, Philippa, Die Natur des Guten, Frankfurt am Main 2004.

Gewirth, Alan, Reason and Morality, Chicago 1978.

Hegel, Georg W. F., Grundlinien der Philosophie des Rechts oder Naturrecht und Staatswissenschaft im Grundrisse. Mit Hegels eigenhändigen Notizen und den mündlichen Zusätzen (Werke in 20 Bänden: Band 7, hrsg. von E. Moldenhauer/ K. M. Michel), Frankfurt am Main 1986.

Hucklenbroich, Peter, Der Krankheitsbegriff der Medizin in der Perspektive einer rekonstruktiven Wissenschaftstheorie, in: M. Rothhaar/ A. Frewer (Hrsg.), Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik. Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs, Stuttgart 2012, S. 33-63.

Kersting, Wolfgang, Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, in: Ders. (Hrsg.), Politische Philosophie des Sozialstaats, Göttingen 2000, S. 467-507.

Nussbaum, Martha, Der aristotelische Sozialdemokratismus, in: Dies., Gerechtigkeit oder das Gute Leben, hrsg. von H. Pauer-Studer, Frankfurt am Main 1998, S. 24-85.

Schramme, Thomas (Hrsg.), Krankheitstheorien, Frankfurt am Main 2012.

Thompson, Michael, Leben und Handeln. Grundstrukturen der Praxis und des praktischen Denkens, Frankfurt am Main 2011.

Werner, Micha H., Solidarität oder Gerechtigkeit? Anmerkungen zur ethischen Bewertung eines sozial finanzierten Gesundheitssystems, in: S. Graumann/ K. Grüber (Hrsg.), Patient – Bürger – Kunde: Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens, Münster 2004, S. 197-212.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Sozial ungleiche Gesundheitschancen: Prävention als solidarisches Handeln

Johannes Siegrist

I Einleitung

Fasst man Gesundheit als einen individuellen Zustand oder eine individuelle Konstitution auf, dann ist es nicht sinnvoll, von gleichen Gesundheitschancen aller Menschen zu sprechen. Zu sehr hängt das Wohlergehen des Einzelnen von Faktoren ab, die nicht oder nur sehr begrenzt beeinflussbar sind, handle es sich nun um genetische Dispositionen, embryonale Entwicklungen oder schicksalhafte Ereignisse im späteren Leben. Selbst die Versprechen einer „personalisierten Medizin" vermögen nicht glaubhaft eine Vision gleicher Gesundheitschancen in der Bevölkerung zu vermitteln. Gleiche Gesundheit für alle erscheint als Utopie. Hingegen erhält das Thema ungleicher Gesundheitschancen dann seine volle Berechtigung und Aktualität, wenn veränderbare gesundheitsschädigende Bedingungen in einer Gesellschaft ungleich verteilt sind und wenn dadurch bestimmte Bevölkerungsgruppen systematisch in stärkerem Maß als andere den im Prinzip vermeidbaren Erkrankungsrisiken ausgesetzt sind. In dieser Perspektive besteht das Ziel darin, eine Gleichheit der Opportunitäten vermeidbarer Gesundheitsrisiken herzustellen. Gerechtigkeit bezüglich Gesundheit bedeutet, dass Menschen eine faire Chance haben sollen, ihr volles Gesundheitspotential zu erreichen, gemäß dem Grundprinzip einer „fairen Verteilung" grundlegender Lebenschancen.[1]

Man kann die Plausibilität dieser These an verschiedenen Beispielen verdeutlichen, so etwa, wenn einer mittellosen Bevölkerungsgruppe ein verfügbarer und wirksamer Impfschutz gegen eine gefährliche Infektionskrankheit vorenthalten wird. Ein anderes Beispiel betrifft die Arbeitswelt, etwa dort, wo bestimmte Berufsgruppen krankmachenden chemischen oder physikalischen Noxen am Arbeitsplatz dauerhaft ausgesetzt sind. Oder denken wir an die erhöhte Gefahr schwerer Verkehrsunfälle bei Kin-

1 *J. Rawls*, A Theory of Justice, 1999.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dern in Wohnsiedlungen, die in unmittelbarer Nähe von dicht befahrenen Schnellstraßen gelegen sind. Gemeinsam ist diesen Beispielen, dass offenbar sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen von einer ungleichen Opportunitätsstruktur der Gesundheitschancen besonders stark betroffen sind. In diesem Sinn spricht die medizinsoziologische und sozialepidemiologische Forschung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit.

Entgegen der Erwartung, dass das Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit" in modernen Gesellschaften angesichts von Fortschritten der Medizin, des allgemeinen Wohlstands und der sozialstaatlichen Entwicklung seine Bedeutung eingebüßt hat, zeigt sich dessen fortwährende Aktualität. So finden wir in denjenigen europäischen Ländern, die über entsprechende Daten verfügen, Unterschiede der Lebenserwartung zwischen Mitgliedern der am wenigsten und der am meisten benachteiligten sozialen Schicht von durchschnittlich vier bis zehn Jahren, wobei als Schichtindikatoren Bildung, Einkommen oder berufliche Position verwendet werden.[2] Diese Unterschiede gelten auch in Ländern, die über ein allen Bevölkerungskreisen zugängliches Gesundheitssystem verfügen, wie beispielsweise Großbritannien oder skandinavische Länder, und sie gelten selbst in besonders wohlhabenden Ländern wie der Schweiz. Die Problematik gesundheitlicher Ungleichheiten betrifft jedoch nicht nur die ärmste, am stärksten benachteiligte Bevölkerungsgruppe, vielmehr gibt es einen „sozialen Gradienten" der Morbidität, der sich durch die gesamte Gesellschaft zieht. Mit jeder Stufe nach oben auf der gesellschaftlichen Leiter verbessert sich der Gesundheitszustand der Mitglieder der jeweiligen sozialen Schicht.[3]

Erstaunlicherweise zieht sich dieser soziale Gradient durch eine Vielzahl von Erkrankungen. So treten weit verbreitete chronisch degenerative Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Depressionen, Stoffwechselstörungen, Atemwegskrankheiten, Leberzirrhose, bestimmte Krebskrankheiten (vor allem Lungenkrebs) und sexuell übertragbare Krankheiten bei sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen häufiger als bei besser gestellten auf. Damit zeigt sich auch ein ausgeprägter sozialer Gra-

2 *J. Siegrist/ M. Marmot* (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, 2008, S. 15-44.

3 *M. Marmot*, Status Syndrome, 2004, S. 14-36.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dient bei den gesundheitspolitisch wichtigen Indikatoren der krankheitsbedingten Frühinvalidität sowie der vorzeitigen Sterblichkeit.[4]

Erstmals in dieser überzeugenden Form für ein europäisches Land wurde dieses bis heute typische Verteilungsmuster in der klassischen Whitehall-Studie bei britischen Regierungsbeamten nachgewiesen. Dabei wurde die über einen 25-jährigen Beobachtungszeitraum erfasste Mortalität in einzelnen Altersgruppen nach der Höhe der beruflichen Stellung analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass das relative Sterberisiko der vier beruflichen Statusgruppen deutlich variierte. In der Gruppe der 40-64-Jährigen waren bei den ranghöchsten Beamten nur etwa halb so viele Männer gestorben wie im Durchschnitt, und auch die Beamten der zweithöchsten Rangstufe hatten eine etwas niedrigere Sterblichkeit. Dagegen war sie bei einfachen Beamten deutlich erhöht. Bei den Un- und Angelernten (Dienstboten, Pförtnern) ergab sich sogar eine mehr als doppelt so hohe Frühsterblichkeit wie im Durchschnitt und im Vergleich zur Spitzengruppe ein etwa vierfach erhöhtes Risiko. Obwohl dieser soziale Gradient sich im höheren Lebensalter abschwächte, blieb er bis in die höchste Altersgruppe weiterhin bestehen.[5]

Inzwischen ist dieses Verteilungsmuster in vielen epidemiologischen Studien aus anderen europäischen Ländern einschließlich Deutschlands belegt worden.[6] Aktuelle Evidenz hierzu bringt eine sehr umfangreiche epidemiologische Studie (EPIC-Studie), bei der die kumulative 9-Jahres-Mortalität einer mehr als 370 000 40-65-jährige Männer und Frauen umfassenden Kohorte aus 9 europäischen Ländern nach Alter, Geschlecht und Bildungsgrad (als verfügbares Maß sozialer Schichtzugehörigkeit) analysiert wurde.[7] Ein ausgeprägter sozialer Gradient konnte nicht nur für die Gesamtsterblichkeit, sondern auch für die Koronarsterblichkeit, für bestimmte Krebserkrankungen sowie für Unfälle und Verletzungen festgestellt werden. Rein rechnerisch könnten 29 Prozent der kardiovaskulären Todesfälle bei Männern und 34 Prozent bei Frauen vermieden werden, wenn alle Studienteilnehmer das Risikoprofil der Gruppe aufwiesen, wel-

4 *J. Mackenbach*, Health Inequalities: Europe in Profile, 2006. URL: http://ec.europa.eu/health/, Zugegriffen 8.5.2014.
5 *Marmot*, Status Syndrome, s. oben Fn. 3, S. 39.
6 *M. Richter/ K. Hurrelmann* (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit, 2009, S. 13-33.
7 *V. Gallo et al*., Social inequalities and mortality in Europe – Results from a large multi-national cohort, PLoS One 2012; 7. e39013.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

che einen Schulabschluss besaßen, der höher als Grund- und Hauptschule lag.

Wie kann der soziale Gradient von Morbidität und Mortalität erklärt werden? Und welche Konsequenzen ergeben sich aus entsprechenden Erkenntnissen für eine Prävention, deren Ziel darin besteht, soziale Ungleichheiten bezüglich vermeidbarer Erkrankungsrisiken zu verringern?

II Erklärungsansätze des sozialen Gradienten

Da die meisten chronisch-degenerativen Erkrankungen, welche die Krankheitslast und die Sterblichkeit in modernen Gesellschaften in starkem Maß bestimmen, mehrere Ursachen haben, deren komplexes Zusammenspiel bei der Krankheitsentwicklung erst teilweise entschlüsselt ist, ergibt sich auch für die Frage, wie ihr soziales Verteilungsmuster erklärt werden kann, eine schwierige Ausgangslage. Fest steht, dass es nicht eine einzige, einheitliche Erklärung des sozialen Gradienten gibt, sondern dass sich verschiedene Erklärungsansätze wechselseitig ergänzen. Beim gegenwärtigen Kenntnisstand lässt sich festhalten, dass zwei der insgesamt fünf bedeutsamsten Hypothesen hierzu nur eine geringe Relevanz besitzen: erstens die sogenannte Selektionshypothese und zweitens die Hypothese ungleicher Zugangschancen zum medizinischen Versorgungssystem.

Die Selektionshypothese besagt, dass nicht die soziale Benachteiligung Ursache eines höheren Erkrankungsrisikos ist, sondern dass vielmehr durch eine höhere Erkrankungshäufigkeit soziale Ungleichheiten entstehen oder zumindest verstärkt werden, da Krankheiten häufig zu einem sozialen Abstieg, verbunden mit finanziellen und beruflichen Einschränkungen, führen. Obwohl einiges für diese Vermutung spricht, haben mehrere epidemiologische Längsschnittstudien, welche Personen von Geburt an über Jahrzehnte beobachtet haben, festgestellt, dass die Kausalrichtung, die von sozialen Einflussfaktoren zur Krankheitsentwicklung führt, wesentlich stärker ausgeprägt ist als der umgekehrte Wirkzusammenhang.[8]

Mit der Hypothese ungleicher Zugangschancen zum medizinischen Versorgungssystem wird vermutet, dass ärmere Bevölkerungsgruppen in geringerem Maß von einer angemessenen Behandlung ihrer Erkrankungen

8 *C. Power/ D. Kuh*, Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf, in: Siegrist/ Marmot (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, 2008, S. 45-76.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

profitieren als besser gestellte und dass sich ein wesentlicher Teil ihrer höheren Krankheitslast dadurch erklärt. Unbestritten bleibt die zentrale Forderung allen Menschen, unabhängig von ihrer sozialen Stellung, eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu gewähren. Allerdings hat die epidemiologische Forschung in den nord- und westeuropäischen Ländern mit ausgebauten Gesundheitssystemen gezeigt, dass dort nur ein relativ bescheidener Anteil der Varianz sozial ungleicher Krankheitslast in der Bevölkerung durch ungleiche Zugangschancen zu medizinischer Behandlung oder ungleiche Behandlungsqualität aufgeklärt werden kann. Experten schätzen den entsprechenden Anteil auf höchstens 20 Prozent.[9] Dieser Befund wird indirekt durch die Beobachtung gestützt, dass die Ausprägung des sozialen Gradienten in diesen Ländern weitgehend unabhängig ist vom Ausmaß der in das medizinische Versorgungssystem getätigten Investitionen. Beispielsweise finden sich weiterhin ausgeprägte soziale Ungleichheiten von Morbidität und Mortalität in den skandinavischen Ländern, obwohl diese sich durch ein besonders gut ausgebautes System medizinischer Versorgung und sozialer Sicherung auszeichnen.[10]

Somit stehen drei zentrale Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit zur weiteren Diskussion: schichtspezifisch verteilte gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, soziale Benachteiligungen am Lebensbeginn und in der Kindheit, sowie materielle und psychosoziale Belastungen und Benachteiligungen in zentralen Lebensbereichen des Erwachsenenalters.

1 Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen

Der ursprünglich aus der Soziologie stammende Begriff des Lebensstils hilft uns, diesen Erklärungsansatz plausibel zu machen. Als Lebensstile bezeichnet man unterschiedliche Muster der Lebensführung in verschiedenen sozialen Gruppen, die sich aus dort vorherrschenden Werten, Gewohnheiten und sozialen Normen sowie aus verfügbaren Chancen der Lebensgestaltung ergeben. Lebensstile variieren deutlich nach der sozialen Schichtzugehörigkeit von Menschen und werden im Prozess der Sozialisation von einer Generation zur nächsten tradiert. So spielt beispielsweise

9 *J. Mackenbach*, The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox, Social Science & Medicine 2012, S. 761-769.

10 *Mackenbach,* ebd.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

fettreiche Ernährung im Essverhalten einer Bevölkerungsgruppe, in der harte körperliche Arbeit über Generationen den Lebensalltag bestimmte, eine größere Rolle als in einer Angestelltenschicht. Zugleich schränkt der niedrige Lohn die Chancen ein, regelmäßig teures frisches Obst zu kaufen.

Ungünstiges Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel und Übergewicht sind Bestandteile eines gesundheitsschädigenden Lebensstils, der, gemeinsam mit häufigerem Zigarettenkonsum, einen ausgeprägten sozialen Gradienten aufweist: je niedriger der Bildungsgrad und die Einkommenshöhe einer Bevölkerungsgruppe ist, desto häufiger findet sich dieses Muster, welches einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung weit verbreiteter chronischer Krankheiten (vor allem koronare Herzkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Lungenkrebs) leistet.[11] Allerdings wird dieser Erklärungsansatz erst dann für präventive Maßnahmen bedeutsam, wenn er im Einzelnen zeigen kann, welche Beweggründe und Motive für die Aufrechterhaltung gesundheitsschädigenden Verhaltens verantwortlich sind.

2 Soziale Benachteiligung am Lebensbeginn

Der zweite Erklärungsansatz bezieht sich auf die frühen Phasen des Lebenslaufs und orientiert sich an den Belastungen und Ressourcen, die während der Schwangerschaft und der Kindheit eine sozial differentielle spätere Krankheitslast bahnen. Durch die in Skandinavien, Großbritannien und Nordamerika durchgeführten Geburtskohortenstudien ist eine neue, für die Prävention bedeutsame Perspektive sichtbar geworden, die „Lebenslaufperspektive". „Sie untersucht, wie soziale und biologische Faktoren, die in verschiedenen Phasen des Lebens und über Generationen hinweg wirksam sind, zur gesundheitlichen Ungleichheit im Erwachsenenalter beitragen. Sie stellt insbesondere die Frage, wie viel der gesundheitlichen Ungleichheit im Erwachsenenalter auf sozial differentielle Expositionen im frühkindlichen Alter zurückzuführen ist".[12] Wiederum spielten die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, speziell die koronaren Herzkrankheiten, eine Vorreiterrolle bei dieser neueren Forschungsrichtung. Es konnte nämlich gezeigt werden, dass verzögertes Wachstum während der Schwangerschaft und

11 *S. Stringhini et al.*, Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: Further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL Prospective Cohorts, PLoS Medicine 2011, e 1000419.

12 *Power/ Kuh*, gesundheitliche Ungleichheiten, s. oben Fn. 8 , S. 45 (46).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nach der Geburt, häufig in Kombination mit niedrigem Geburtsgewicht, das koronare Erkrankungsrisiko im Erwachsenenalter deutlich erhöhte. Diese Konstellationen traten bei Schwangeren bzw. Eltern aus niedrigen sozialen Schichten wesentlich häufiger auf als bei sozial besser Gestellten.[13] Dabei wurden eine ungesunde Ernährung, ein fortgesetzter Suchtmittelkonsum und eine durch Sorgen und Konflikte hervorgerufene psychosoziale Stressbelastung der schwangeren Mütter als wesentliche schichtspezifische Einflussfaktoren identifiziert. Die Vorstellung, dass verborgene, am Lebensbeginn wirkende, Einflüsse erst viel später im Lebenslauf in Form von Krankheiten manifest werden, wird in der Forschung mit dem Begriff des Latenzmodells gekennzeichnet. Die längerfristig aus dieser Latenzphase resultierenden geringeren Gesundheitschancen sind nicht auf das Herz-Kreislauf System begrenzt, sondern schließen weitere weit verbreitete Krankheiten, wie Stoffwechselstörungen, obstruktive Lungenkrankheiten oder bestimmte Krebserkrankungen (vor allem Rauchen der Mütter während der Schwangerschaft) mit ein.[14]

Es erweist sich allerdings als schwierig, diese Form sozialer „Vererbung" eingeschränkter Gesundheitschancen am Lebensbeginn von den späteren Einflüssen durch Erziehung und Sozialisation abzugrenzen. Daher setzt sich in der Forschung immer deutlicher im Gegensatz zum Latenzmodell eine als Kumulationsmodell bezeichnete Konzeption der Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit durch. Sie postuliert, dass eine vor der Geburt und in früher Kindheit erworbene erhöhte Gefährdung durch nachfolgende ungünstige körperliche, seelische und soziale Entwicklungschancen während der Sozialisation im Elternhaus verstärkt wird. Aus solchen Entwicklungsdefiziten resultieren sodann, vermittelt über schulische Leistungsdefizite und mangelnde soziale Anpassungsprozesse, Benachteiligungen der beruflichen und persönlichen Laufbahn, die zu weiteren gesundheitsgefährdenden Expositionen und Verhaltensweisen führen können.

Mit dem Latenzmodell und dem Kumulationsmodell sozial ungleicher Gesundheitschancen und mit dem Verfügen über reichhaltige Daten aus Langzeitstudien an Geburtskohorten liegt heute eine überzeugende Evidenz zu dem nachhaltigen Einfluss sozioökonomisch und psychosozial un-

---

13 *G. Davey-Smith/ J. Lynch*, Life course approaches to socioeconomic differentials in health, in: Kuh/ Ben-Shlomo (Hrsg.), A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology, 2004, S. 77-115.

14 *Power/ Kuh*, gesundheitliche Ungleichheiten, s. oben Fn. 8, S. 45-76.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

günstiger Startchancen am Lebensbeginn vor. Sie sollte uns veranlassen präventive Bemühungen stets in einer Lebenslaufperspektive zu planen und zu realisieren (siehe unten).

3 Belastungen und Benachteiligungen in zentralen Lebensbereichen des Erwachsenenalters

Verfolgt man gemäß dem Kumulationsmodell die weiteren Phasen des Lebenslaufs, insbesondere das frühe und das mittlere Erwachsenenalter, so erkennt man, dass hier neue, eigenständig und stark wirkende Einflussfaktoren auf die Gesundheit am Werk sind, welche die Analyse der Problematik noch komplexer gestalten. Es erscheint daher gerechtfertigt, sie zunächst als einen dritten Erklärungsansatz separat zu untersuchen, um sie sodann in das Gesamtbild einer lebenslauforientierten Betrachtung zu integrieren.

Das frühe und mittlere Erwachsenenalter ist diejenige Phase, in welcher zentrale soziale Rollen der Partnerschaft und der Familiengründung, der Erwerbstätigkeit und der zivilgesellschaftlichen Beteiligung übernommen werden. Soziale Herkunft, Bildungsabschluss und berufliche Qualifikation bestimmen maßgeblich die weitere gesellschaftliche Positionierung im Lebenslauf, die sich bei der Mehrheit der Bevölkerung in Form der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht verfestigt. Als soziale Schichten werden Personengruppen bezeichnet, die sich hinsichtlich entscheidender Kriterien (Bildung, Einkommen, berufliche Stellung) in einer gleichen oder ähnlichen Lage vertikaler sozialer Differenzierung befinden. Schichtzugehörigkeit bedeutet daher zum einen, in unterschiedlichem Maß an der Zuteilung gesellschaftlich wertvoller Güter und Ressourcen zu partizipieren, zum andern, durch typische Erfahrungen, Fähigkeiten und Lebensstile der eigenen sozialen Lage geprägt zu sein. Diese Erfahrungen, Fähigkeiten und Lebensstile werden über Lernprozesse in der Sozialisation und in späteren sozialen Milieus vermittelt und verfestigt. Nach dem Gesagten ist einsichtig, dass Gesundheitschancen schichtspezifisch verteilt sind und dass dem frühen und mittleren Erwachsenenalter in dieser Hinsicht besonderes Gewicht zukommt.

Lange Zeit und zu Recht hat die Forschung den Einfluss materieller Not und Benachteiligung auf die gesundheitliche Ungleichheit in den Vordergrund gestellt. Zweifellos spielt das Einkommen in dieser Perspektive eine zentrale Rolle, da es eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Lebensbedingun-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gen direkt beeinflusst. Man denke lediglich an den überragenden Einfluss von Armut auf die Gesundheit, zum Beispiel in Form schlechter Wohnverhältnisse, prekärer Formen der Sicherung eines Existenzminimums, fehlender Beschäftigung und mangelnder sozialer Teilhabe. Allerdings hat sich mit der Wohlstandsentwicklung in modernen Gesellschaften die Lage dahingehend verändert, dass jenseits bitterer Armut und materieller Notlagen weniger sichtbare Formen sozialer Benachteiligung in Erscheinung getreten sind. Damit rücken neben einer benachteiligenden materiellen Umwelt bestimmte, mit dem Terminus „psychosoziale Umwelt" bezeichnete, Gesundheitsdeterminanten in den Vordergrund der Analyse.

Unter einer „psychosozialen Umwelt" wird dabei derjenige Bereich sozialer Opportunitäten verstanden, der Menschen zur Verfügung steht, um ihre fundamentalen Bedürfnisse nach Wohlbefinden, Produktivität und positiver Selbsterfahrung zu erfüllen.[15] Wie weit eine solche Bedürfniserfüllung möglich ist, hängt maßgeblich von der Verfügbarkeit und Qualität der erwähnten sozialen Rollen im frühen und mittleren Erwachsenenalter ab. Wer beispielsweise von der Teilnahme am Erwerbsleben ausgeschlossen oder gezwungen ist, eine anspruchslose repetitive Tätigkeit auszuführen, hat kaum Chancen, seine Fähigkeiten unter Beweis zu stellen und hierfür Wertschätzung und positive Selbstwertgefühle zu erfahren. Wer sozial isoliert ist, vermag nicht, die das Wohlbefinden stärkenden Wirkungen eines vertrauensvollen sozio-emotionalen Rückhalts zu erfahren. Wir können an dieser Stelle die These formulieren, dass Umfang und Qualität positiver Selbsterfahrungen im Medium sozialer Rollen sozialstrukturell ungleich verteilt sind und dass sich daraus eine weitere, bedeutsame Quelle gesundheitlicher Ungleichheit im Erwachsenenalter ergibt.

Nirgends ist diese These einsichtiger – und auch von der bisherigen Forschung besser belegt – als im Berufsleben, in der zentralen sozialen Rolle bezahlter Erwerbsarbeit. Dies ist nicht nur deshalb der Fall, weil die Befähigung zu Erwerbsarbeit und zu damit verbundener autonomer, individueller Lebensgestaltung im Erwachsenenalter ein wesentliches Ziel gesellschaftlicher Sozialisationsprozesse ist. Vielmehr bedeutet die kontinuierliche Teilnahme am Erwerbsleben, neben der Erzielung eines regelmäßigen Erwerbseinkommens, auch die Sicherung des eigenen sozialen Status und der damit verbundenen sozialen Identität. Unter günstigen Bedingungen werden im Beruf wiederkehrende Erfahrungen von Erfolg, Pro-

15 *Siegrist/ Marmot*, Soziale Ungleichheit, s. oben Fn. 2.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

duktivität und Anerkennung gemacht, werden Kompetenzen entwickelt und Lernchancen eröffnet – Bedingungen, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden arbeitender Menschen zu fördern vermögen. Allerdings gilt auch das Gegenteil: Prekäre Beschäftigung ohne Sicherheit und ohne Gestaltungsspielraum bei der Arbeit, Tätigkeit an gefährlichen, belastungsreichen Arbeitsplätzen oder permanent hoher Leistungsdruck ohne angemessenen Lohn und ohne dafür erfahrene Wertschätzung – diese Bedingungen schmälern oder verhindern positive Selbsterfahrungen, Wohlbefinden und Zufriedenheit bei der Arbeit und schädigen, vermittelt über chronisches Stresserleben, langfristig die psychische und physische Gesundheit der Beschäftigten, ganz zu schweigen von den ungünstigen gesundheitlichen Auswirkungen erzwungenen sozialen Abstiegs und definitiven Arbeitsplatzverlusts.[16]

Der soziale Gradient von Erwerbsbeteiligung und Qualität der Arbeit ist in vielen Studien belegt worden, dergestalt, dass mit niedrigerer sozialer Schichtzugehörigkeit eine schlechtere Qualität der Arbeit und ein höheres Risiko fehlender oder diskontinuierlicher Erwerbstätigkeit assoziiert sind. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass eine belastungsreiche psychosoziale Arbeitsumwelt zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und erhöhter Krankheitslast beiträgt, somit in gewisser Weise diesen Zusammenhang vermittelt.[17] Umfangreiche internationale Längsschnittstudien an unterschiedlichen Berufsgruppen haben in den vergangenen 25 Jahren eine Reihe neuer, praktisch bedeutsamer Erkenntnisse zu diesem Zusammenhang hervorgebracht. In ihrer Mehrzahl orientieren sie sich an einem der beiden besonders häufig untersuchten stresstheoretischen Modelle gesundheitsgefährdender psychosozialer Arbeitsbedingungen, dem Anforderungs-Kontroll-Modell und dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen.

Das Anforderungs-Kontroll-Modell[18] konzentriert sich auf bestimmte Aspekte des Tätigkeitsprofils, welches den Beschäftigten die Erfahrung von Autonomie und Selbstwirksamkeit ermöglicht oder verwehrt. Danach

16 *P. Schnall/ M. Dobson/ E. Rosskam* (Hrsg.), Unhealthy Work, 2009.

17 *J. Siegrist/ T. Theorell*, Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung, in: Siegrist/ Marmot (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, 2008, S. 99-130.

18 *R. Karasek/ T. Theorell*, Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life, 1990.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

sind diejenigen Personen durch Arbeitsstress gesundheitlich besonders gefährdet, die hohen quantitativen Anforderungen ausgesetzt sind (zum Beispiel permanenter Zeitdruck), ohne dass sie ausreichende Kontrolle und Entscheidungsmacht über die Ausführung ihrer Tätigkeit besitzen. Demnach gefährdet nicht die Leistungsmenge an sich die Gesundheit, sondern die Leistung unter Bedingungen niedriger Kontrollierbarkeit von Arbeitsablauf und Arbeitsinhalt. Klassisches Beispiel dieser Konstellation ist die Fließbandarbeit der industriellen Massenfertigung. Jedoch findet sie sich heute auch gehäuft bei statusniedrigen Dienstleistungsberufen. Fehlende Autonomie und Selbstwirksamkeit sowie ein Mangel an stimulierenden Erfahrungen und Lernchancen verschärfen das Belastungserleben besonders dann, wenn eine zusätzliche Bedingung gegeben ist, ein fehlender sozialer Rückhalt durch Kollegen und Vorgesetzte am Arbeitsplatz.

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen[19] befasst sich mit den vertraglichen Bedingungen der Arbeit, das heißt dem Tauschprozess zwischen Leistung und Gegenleistung. Wird der Grundsatz der Tauschgerechtigkeit bei der Arbeit in der Form verletzt, dass einer hohen Verausgabung keine angemessene Belohnung gegenübersteht, dann werden „gratifikationskritische" Stressreaktionen ausgelöst. Belohnungen umfassen nicht allein Lohn oder Gehalt, sondern ebenso Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit sowie nicht-materielle Anerkennung und Wertschätzung des Geleisteten. Das im Modell definierte Ungleichgewicht zwischen erbrachter Leistung und erzieltem oder erwartbarem Gewinn wird als wiederkehrender Stressor besonders häufig bei Beschäftigten erfahren, die keine Arbeitsplatzalternative finden (zum Beispiel aufgrund niedriger Qualifikation) oder die in einem sehr kompetitiven Berufssektor beschäftigt sind. Dieses Ungleichgewicht kann aber auch zusätzlich durch intrinsische, in der arbeitenden Person liegende Faktoren verstärkt und aufrechterhalten werden. Stresstheoretisch sind die im Modell herausgestellten enttäuschten Belohnungserwartungen und -erfahrungen deshalb so gravierend, weil sie als Bruch eines grundlegenden, in der Evolution menschlicher Vergesellschaftung tragenden Prinzips, der Norm sozialer Reziprozität, erlebt werden.

Zu diesen Arbeitsstressmodellen liegt eine umfangreiche empirische Evidenz bezüglich der Auswirkungen entsprechender psychosozialer Be-

19 *J. Siegrist*, Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben, 1996.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

lastungen auf erhöhte stressassoziierte Erkrankungsrisiken vor.[20] Besonders robust ist sie bezüglich der auch gesundheitspolitisch bedeutsamen Herz-Kreislauf Krankheiten[21] und depressiven Störungen[22]. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das relative Risiko einer koronaren Herzkrankheit bei beruflich stark belasteten Beschäftigten um durchschnittlich etwa 40 Prozent höher ist als bei nicht oder geringfügig belasteten, und zwar nach statistischer Kontrolle des Einflusses wichtiger kardiovaskulärer Risikofaktoren.[23] Noch stärker ausgeprägt sind entsprechende Zusammenhänge mit depressiven Störungen. Hier zeigen die Befunde eine knappe Risikoverdoppelung bei von Arbeitsstress Betroffenen.[24] Andere gesundheitliche Störungen wie eingeschränktes Funktionsvermögen und schlechte subjektive Gesundheit werden ebenfalls von diesen Arbeitsbelastungen beeinflusst, wobei diese Auswirkungen über einen längeren Zeitraum, teilweise bis in den Eintritt ins Rentenalter, spürbar bleiben.[25]

Zusammenfassend können wir festhalten, dass materielle und psychosoziale Benachteiligungen in zentralen sozialen Rollen des frühen und mittleren Erwachsenenalters einen wichtigen, eigenständigen Beitrag zur sozial ungleich verteilten Krankheitslast der Bevölkerung leisten und damit die Kumulation von Beeinträchtigungen über den Lebenslauf hin auf eine neue Gefährdungsstufe führen.

Wie bereits betont, ergänzen und verstärken sich die drei in diesem Abschnitt skizzierten Erklärungsansätze des sozialen Gradienten, die gesundheitsbezogenen Lebensstile, die sozialen Benachteiligungen am Lebensbeginn und die rollengebundenen Belastungen des Erwachsenenlebens. Diese wechselseitige Verknüpfung erschwert einen einfachen und eindeutigen

---

20 *Schnall/ Dobson/ Rosskam*, Unhealthy Work, s. oben Fn. 16 .

21 *A. Steptoe/ M. Kivimäki*, Stress and cardiovascular disease, Nature Reviews in Cardiology 2012, S. 360-370.

22 *S. Stansfeld/ B. Candy*, Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review, Scandinavian Journal of Work and Environmental Health 2006, S. 443-462.

23 *E. Backé et al*., The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular disease: a systematic review, International Archives of Occupational and Environmental Health 2012, S. 67-79.

24 *Stansfeld/ Candy*, Psychosocial work environment, s. oben Fn. 22 , S. 443-462.

25 *M. Wahrendorf et al*., Long-term effects of psychosocial work stress in midlife on health functioning after labor market exit – Results from the GAZEL study, The Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 2012, S. 471-480.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Zugang zu präventiven Maßnahmen, deren Ziel darin besteht, vermeidbare soziale Ungleichheiten von Morbidität und Mortalität zu verringern. Dass solche Maßnahmen dennoch sinnvoll und Erfolg versprechend sein können, soll im abschließenden Abschnitt erörtert werden.

III Prävention als solidarisches Handeln: praktische Folgerungen

Der hier vertretene analytische Ansatz beruht auf einer entscheidenden Prämisse. Er unterstellt, dass die hier nur ansatzweise skizzierten umfangreichen neuen Erkenntnisse der medizinsoziologischen und sozialepidemiologischen Forschung der letzten Jahrzehnte zu sozialer Ungleichheit vermeidbarer Gesundheitsrisiken für diejenigen Personengruppen und Instanzen praktisch bedeutsam sind, welche für gesundheitspolitische Entscheidungen Verantwortung tragen. In erster Linie sind dies die Gremien und Institutionen, die die jeweilige nationale Gesundheitspolitik eines Landes prägen. In dieser Hinsicht lassen sich die nationalen Gesundheitspolitiken einzelner Länder nach dem Grad unterscheiden, in dem sich ein kollektives Bewusstsein bezüglich der Bedeutsamkeit der wissenschaftlichen Evidenz zu dieser Thematik und, darauf aufbauend, eine entsprechende Handlungsbereitschaft ausgebildet hat, gesundheitliche Ungleichheiten durch geeignete Maßnahmen zu verringern.[26] Klassifiziert man die einzelnen europäischen Länder nach diesen Kriterien, dann stehen skandinavische Länder, Großbritannien und die Niederlande weit oben, während die meisten süd- und osteuropäischen Länder untere Ränge einnehmen. Deutschland steht in dieser Hinsicht ebenfalls ziemlich weit unten, da eine präventive, an der Beeinflussung sozialer Determinanten orientierte Gesundheitspolitik bisher nur in wenigen Ansätzen entwickelt worden ist.

Was kann die Gesundheitspolitik hierzulande von weiter fortgeschrittenen Nachbarländern lernen? Ein wichtiger Entwicklungsschritt besteht in der Etablierung einer Datenbasis zu sozioökonomischen Ungleichheiten von Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken und ihren Determinanten. Entsprechende Berichte können sodann zunächst Anstöße zu isolierten gesundheitspolitischen Initiativen geben, während das Endziel dieser

26 *J. Mackenbach*, Sozioökonomische gesundheitliche Ungleichheiten in Westeuropa: Von der Beschreibung über die Erklärung zur Intervention, in: Siegrist/ Marmot (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, 2008, S. 281-315.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Entwicklung darin bestehen muss, ein umfassendes, intersektorales politisches Programm zu entwerfen und umzusetzen, welches kurz-, mittel- und langfristige Ziele der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit enthält. Bisher ist ein solches Programm lediglich in England in Angriff genommen worden, wobei seine Umsetzung unter wechselnden politischen Regierungsmehrheiten ins Stocken geraten ist.[27]

Was bedeutet es jedoch, Prävention als solidarisches Handeln aufzufassen? Hier muss man die nationale von der lokalen Ebene des Handelns unterscheiden. Es ist unbestritten, dass auf der lokalen Ebene kommunaler Gesundheits- und Sozialpolitik maßgebliche Programme und Entwicklungen zur Stärkung gesellschaftlicher Solidarität verankert sind. Dies belegen eindrucksvolle Beispiele zivilgesellschaftlichen Engagements einschließlich großer kommunaler Programme zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Allerdings bedürfen diese Maßnahmen einer Verstärkung durch gesetzliche Bestimmungen und finanzielle Investitionen auf nationaler Ebene, wenn sie zu einer nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Lage ganzer Bevölkerungen beitragen sollen. Auf nationaler Ebene bedeutet solidarisches Handeln zunächst die Sicherung sozialstaatlicher Errungenschaften gegen neoliberale Tendenzen, die Verantwortung für abzusichernde Existenzrisiken vom Staat auf die Individuen zu verlagern. Mittels fairer Steuerpolitik und mittels einer an Prioritäten orientierten Haushaltspolitik der Ministerien sollen jene wohlfahrtstaatlichen Programme gesichert und gestärkt werden, welche eine basale Daseinsvorsorge gewähren und welche zentrale öffentliche Güter wie Bildung, medizinische und pflegerische Versorgung, infrastrukturelle Entwicklung und Verkehr auch unter dem Aspekt sozialer Chancengleichheit zur Verfügung stellen.

Für alle drei genannten Erklärungsansätze ergeben sich auf nationaler Ebene gesundheitspolitische Folgerungen. So vermögen beispielsweise gezielte gesetzliche Bestimmungen und politische Regelungen die Verbreitung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen einzudämmen, die den sozialen Gradienten verschiedener Volkskrankheiten maßgeblich bestimmen (zum Beispiel Rauchverbote, Besteuerung und Verkaufsrestriktion alkoholischer Getränke). Zivilgesellschaftliche Aktivitäten, beispielsweise in Form kommunaler gesundheitlicher Präventionsprogramme, un-

27 Marmot Review Team, Fair Societies, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. URL: http://www.marmotreview.org, Zugegriffen 8.5.2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

terstützen diese Maßnahmen auf lokaler Ebene. Bezüglich des Erklärungsansatzes sozialer Benachteiligung am Lebensbeginn sind Maßnahmen wie verbesserte Schwangerenbetreuung, materielle und psychosoziale Unterstützungsprogramme für junge Eltern in sozial schwierigen Lagen, qualitativ hochwertige Kinderbetreuungsdienste sowie familienfreundliche Beschäftigungsoptionen und berufliche Qualifizierungsprogramme für erwerbswillige Mütter zu fordern. Auch hier verbinden sich politische Regelungen auf nationaler Ebene mit zivilgesellschaftlichem Engagement auf lokaler Ebene, beispielsweise in Form ehrenamtlicher Mitarbeit bei der Kinderbetreuung.

Schließlich sind arbeits- und sozialpolitische Programme zur Beeinflussung sozialer Determinanten von Gesundheit im Erwachsenenalter erforderlich, und hier mit besonderer Dringlichkeit aktive Arbeitsmarktinitiativen, Ausbau von Arbeitsschutz und arbeitsmedizinischer Betreuung, Kontrolle und Begrenzung atypischer Beschäftigungsverhältnisse sowie Maßnahmen zur weiteren Entwicklung guter, die Erwerbsfähigkeit sichernder, Arbeitsqualität. Staatlich vorgegebene Rahmenbedingungen sollten allerdings durch Aktivitäten auf der Ebene betrieblicher Gesundheitsförderung ergänzt werden. Hier sind in erster Linie Arbeitgeber, Arbeitnehmervertreter, Kranken- und Unfallversicherungen sowie Fachkräfte der Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit gefragt. Den Betrieben und Unternehmen eröffnet sich ein breites Handlungsspektrum, das von der Gefährdungsbeurteilung ganzer Belegschaften über die spezielle Betreuung gesundheitlich gefährdeter sowie manifest erkrankter und wieder einzugliedernder Beschäftigter bis zur Implementierung gesundheitsfördernder Programme der Organisations- und Personalentwicklung einschließlich der Schulung von Führungsverhalten reicht. Auf allen Stufen können die hier nur ansatzweise referierten neuen Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen psychosozialen Arbeitsbelastungen und eingeschränkter Gesundheit Berücksichtigung finden. Konkrete Interventionen beinhalten beispielsweise eine Ausweitung von Kontrollspielräumen bei der Erledigung von Arbeitsaufgaben („job enrichment“, „job enlargement“), die Mitgestaltung von Arbeitszeiten und den Ausbau beruflicher Weiterqualifizierung (Anforderungs-Kontroll-Modell). Strukturelle Änderungen gemäß dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen beziehen sich unter anderem auf die Etablierung einer fairen Lohnpolitik, die kompensierende Lohndifferentiale berücksichtigt und auf die Entwicklung einer innerbetrieblichen Anerkennungskultur. Wenn es in größerem Umfang gelingt, in die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Arbeit in Form von Aufgaben mit hoher Au-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

tonomie, guten Lern- und Entwicklungschancen, und in Form von Erfahrungen angemessener Gratifikationen sowie fairem, gerechtem Umgang zu investieren, dann wird damit zugleich ein wesentlicher Beitrag zur Verringerung des sozialen Gradienten chronischer Erkrankungen geleistet.

Alle genannten gesundheitspolitischen Maßnahmen bilden wichtige einzelne Schritte zu mehr sozialer Gleichheit von Gesundheitschancen in der Bevölkerung durch solidarisches Handeln. Dennoch stellt sich die Frage, ob nicht ein weiterer, großer Schritt notwendig wird, ein Schritt in Richtung eines grundlegenden Wertewandels. Er betrifft ein Umsteuern im wirtschaftlichen Denken und Handeln. Dessen Ziel besteht letztlich darin, die Vormacht des Prinzips Eigennutz, des zweckrational operierenden Individuums, in der realen Wirtschaftspraxis und Wirtschaftspolitik zu schwächen und zugleich die Impulse zu solidarischem Handeln zu stärken. So unverzichtbar ein gewisses Maß an Eigennutz zur Sicherung einer verträglichen Lebensweise ist, so destruktiv kann sich eine exzessive und rücksichtslose Orientierung wirtschaftlichen Denkens und Handelns an diesem Prinzip auf andere Menschen auswirken. Dies zeigt sich beispielsweise in einer wachsenden Disparität von Einkommens- und Vermögensverteilung zwischen privilegierten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen, ebenso in der begrenzten Macht politischer Organe und Institutionen, die unkalkulierbaren Risiken des globalen Finanzkapitalismus und seine Folgen für die gesellschaftliche Wohlfahrt zu steuern und zu begrenzen. Es bleibt zu befürchten, dass dadurch soziale Ungleichheiten individueller Entfaltungschancen, einschließlich Gesundheit und Wohlergehen, weiter vertieft werden. Demgegenüber wäre es wichtig, jene Werthaltungen und gesellschaftlichen Normen zu stärken, die dazu beitragen, dass wirtschaftliches und soziales Handeln sich in größerem Ausmaß an Fairness, Tauschgerechtigkeit sowie der Sicherung von Gemeinwohl und sozialem Kapital orientieren.[28] Eine verstärkte öffentliche Wahrnehmung der Ursachen sozial ungleicher Chancen eines gesunden und langen Lebens sowie eine daraus resultierende politische Debatte könnten den skizzierten Wertewandel beschleunigen. Sie könnten deutlich machen, in welchem Ausmaß menschliches Leiden durch politisches, wirtschaftliches und zivilgesellschaftliches Handeln vermeidbar ist.

28 *J. Siegrist*, Der Homo oeconomicus bekommt Konkurrenz, 2008, S. 61-64.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Literatur

Backé, Eva Maria et al., The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular disease: a systematic review, International Archives of Occupational and Environmental Health Nr. 85 (2012), S. 67-79.

Davey-Smith, George/ Lynch, John, Life course approaches to socio-economic differentials in health, in: D. Kuh/ Y. Ben-Shlomo (Hrsg.), A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology, 2. Aufl., Oxford 2004, S. 77-115.

Gallo, Valentina et al., Social inequalities and mortality in Europe – Results from a large multi-national cohort, PLoS One 2012; 7. e39013. URL: http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0039013&representation=PDF, Zugegriffen 17.3.2014.

Karasek, Robert/ Theorell, Töres, Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life, New York 1990.

Mackenbach, Johan, Health Inequalities: Europe in Profile, 2006. URL: http://ec.europa.eu/health/, Zugegriffen 8.5.2014.

Mackenbach, Johan, The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox, Social Science & Medicine, Nr. 75 (2012), S. 761-769.

Mackenbach, Johan, Sozioökonomische gesundheitliche Ungleichheiten in Westeuropa: Von der Beschreibung über die Erklärung zur Intervention, in: J. Siegrist/ M. Marmot (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008, S. 281-315.

Marmot, Michael, Status Syndrome, London 2004.

Marmot Review Team, Fair Societies, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. URL: http://www.marmotreview.org, Zugegriffen 8.5.2014.

Power, Chris/ Kuh, Diana, Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf, in: J. Siegrist/ M. Marmot (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008, S. 45-76.

Rawls, John, A Theory of Justice, Cambridge, Massachusetts 1999.

Richter, Matthias/ Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit, 2. Aufl., Wiesbaden 2009.

Schnall, Peter/ Dobson, Marnie/ Rosskam, Ellen (Hrsg.), Unhealthy Work, Amityville New York 2009.

Siegrist, Johannes, Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben, Göttingen 1996.

Siegrist, Johannes, Der Homo oeconomicus bekommt Konkurrenz, Düsseldorf 2008.

Siegrist, Johannes/ Marmot, Michael (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Siegrist, Johannes/ Theorell, Töres, Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung, in: J. Siegrist/ M. Marmot (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008, S. 99-130.

Stansfeld, Stephan A./ Candy, Bridget, Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review, Scandinavian Journal of Work and Environmental Health Nr. 32 (2006), S. 443-462.

Steptoe, Andrew/ Kivimäki, Mika, Stress and cardiovascular disease, Nature Reviews in Cardiology Nr. 9 (2012), S. 360-370.

Stringhini, Silvia et al., Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: Further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL Prospective Cohorts. PLoS Medicine Nr. 8 (2011), e 1000419.

Wahrendorf, Morten et al., Long-term effects of psychosocial work stress in midlife on health functioning after labor market exit – Results from the GAZEL study, The Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences Nr. 67 (2012), S. 471-480.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Solidarität mit den Schwachen: Menschen mit Demenzerkrankung

Andreas Kruse

I Einführung

Die Demenz *als besondere Form der Verletzlichkeit des Menschen* im hohen Alter erlangt zunehmend gesellschaftliche Aufmerksamkeit[1]. Dies hat zum einen damit zu tun, dass viele Menschen in ihrem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis diese Erkrankung miterlebt haben oder aktuell miterleben; die damit verbundene persönliche Betroffenheit erhöht die Sensibilität für den Versorgungsbedarf und die Bedürfnisse demenzkranker Menschen. Dies hat zum anderen damit zu tun, dass die Demenz eine alterskorrelierte Erkrankung ist und in der Öffentlichkeit auch mehr und mehr als eine solche wahrgenommen wird: Fast 15 Prozent der über 80-jährigen, fast 35 Prozent der über 90-jährigen Bevölkerung leiden an einer Demenzerkrankung unterschiedlicher Ätiopathogenese. Wenn man gleichzeitig bedenkt, dass in den kommenden dreißig Jahren der Anteil der 80-jährigen Bevölkerung von heute sechs Prozent auf ungefähr zehn Prozent ansteigen wird, und man erwarten darf, selbst ein hohes Lebensalter zu erreichen, so liegt die persönliche Schlussfolgerung nahe, in Zukunft vielleicht zu jenen Menschen zu gehören, die an einer Demenz leiden werden. In dem heute an einer Demenz erkrankten Menschen erkennt man möglicherweise sich selbst – nämlich im Sinne des potenziellen Schicksals, das einem selbst in Zukunft widerfahren wird. Die von dem englischen Schriftsteller und Theologen John Donne (1572-1631) in seinen im Jahre 1624 erschienenen *Devotions on Emergent Occasions*[2] (Devotion XVII) getroffene Aussage: „Do not send to know, for whom the bell tolls, it tolls for thee“ („Frage nicht, wem die Stunde schlägt, denn sie schlägt dir“)

1 *A. Kruse* (Hrsg.), Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation des Lebens, 2010; *T. Rentsch/ H.-P. Zimmermann/ A. Kruse* (Hrsg.), Altern in unserer Zeit. Späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit, 2013.

2 *J. Donne*, Devotions upon Emergent Occasions, 1624/ 2008.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

veranschaulicht treffend die Aufgabe, die dem Menschen grundsätzlich gestellt ist: *Nämlich im Schicksal des anderen Menschen auch das eigene potenzielle Schicksal zu erkennen*.

Dies erscheint gerade mit Blick auf die neurodegenerativen Demenzen (deren häufigste Form die Alzheimer-Demenz bildet) als naheliegend, wenn man bedenkt, dass die Alzheimer-Demenz – unabhängig von der Lebensführung – potenziell *jeden* Menschen im hohen und höchsten Alter treffen kann. Die zunehmende gesellschaftliche Aufmerksamkeit ist schließlich dadurch bedingt, dass für die neurodegenerativen Formen der Demenz bislang noch keine Therapiemaßnahmen entwickelt werden konnten und auch die Wirkung präventiver Maßnahmen sehr begrenzt ist: Körperliches und kognitives Training können das Auftreten klinisch manifester Symptome *verzögern*, sie können aber das Auftreten einer neurodegenerativen Demenz *nicht verhindern*.

II Das Selbst im Prozess der Demenz

1 Inseln des Selbst

Bei einer weiter fortgeschrittenen Demenz ist nur noch von Resten oder Inseln des Selbst auszugehen. Das Selbst ist als ein kohärentes, dynamisches Gebilde zu verstehen, das sich aus zahlreichen Aspekten (multiplen Selbsten) bildet, die miteinander verbunden sind (Kohärenz) und die sich unter dem Eindruck neuer Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen kontinuierlich verändern (Dynamik). Bei einer weiter fortgeschrittenen Demenz büßt das Selbst mehr und mehr seine *Kohärenz* sowie seine *Dynamik* ein: Teile des Selbst gehen verloren, die bestehenden Selbste sind in deutlich geringerem Maße miteinander verbunden, die produktive Anpassung des Selbst im Falle neuer Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen ist nicht mehr gegeben, wobei sich auch die Möglichkeit, neue Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen zu gewinnen, mit zunehmendem Schweregrad der Demenz verringert. Doch heißt dies nicht, dass das Selbst nicht mehr existent wäre: In fachlichen (wissenschaftlichen wie praktischen) Kontexten, in denen eine möglichst differenzierte Annäherung an das Erleben und Verhalten eines demenzkranken Menschen versucht wird[3], wird ausdrück-

3 *S. Becker/ R. Kaspar/ A. Kruse*, H.I.L.DE. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen, 2010.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

lich hervorgehoben, dass Reste des Selbst auch bei weit fortgeschrittener Demenz deutlich erkennbar sind. Für jeden demenzkranken Menschen – auch wenn die Demenzerkrankung weiter fortgeschritten ist – lassen sich Situationen identifizieren, in denen er (relativ) konstant mit positivem Affekt reagiert, sei dies der Kontakt mit Menschen, die eine ganz spezifische Ausstrahlung und Haltung zeigen, sei dies das Hören von bestimmten Musikstücken, sei dies das Aufnehmen von bestimmten Düften, Farben und Tönen, oder sei dies die Ausführung bestimmter Aktivitäten. Die Tatsache, dass in spezifischen Situationen (relativ) konstant mit positiven Affekten reagiert wird, weist darauf hin, dass diese Situationen wiedererkannt werden, dass sie also auf einen fruchtbaren *biografischen Boden* fallen – und dies lässt sich auch in der Weise ausdrücken, dass mit diesen Situationen Reste des Selbst berührt und angesprochen werden.

Die Identifikation solcher Situationen, die an positiv bewerteten biografischen Erlebnissen und Erfahrungen anknüpfen und aus diesem Grunde positive Affekte und Emotionen hervorrufen können, erweist sich als eine bedeutende Komponente innerhalb des Konzepts der Biografie- und Lebenswelt-orientierten Intervention. Gerade im Kontext der Annahme, dass bis weit in die Demenz hinein Reste des Selbst bestehen, erscheint dieser individualisierende, Biografie- und Lebenswelt-orientierte Rehabilitations- und Aktivierungsansatz als besonders sinnvoll, dessen Kern mit dem Begriff der *Mäeutik* umschrieben wird[4].

2 Selbstverantwortung

Wenn im thematischen Kontext der Demenz von Selbstverantwortung gesprochen wird, so ist von einem umfassenden Verständnis dieses Konstrukts auszugehen. Es geht nun weniger um die Frage, inwieweit diese Menschen in der Lage zu selbstbestimmten Entscheidungen und Handlungen sind – etwa in dem Sinne, wie in der Öffentlichkeit über Selbstbestimmung am Lebensende gesprochen wird. Vielmehr stellt sich die Frage, inwieweit auch in den späten Phasen der Demenz einzelne Qualitäten des Selbst, und zwar in Ansätzen, in Resten, erkennbar sind und dazu beitra-

4 *H. Remmers*, Der Beitrag der Palliativpflege zur Lebensqualität demenzkranker Menschen, in: Kruse (Hrsg.), Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter, 2010, S. 117-133.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gen, dass sich auch die Selbstverantwortung in ihrer basalen Form ausdrücken kann.

Die Selbstverantwortung zeigt sich bei einer weiter fortgeschrittenen Demenz bei weitem nicht mehr in jener Prägnanz, in der sie vor der Erkrankung oder auch noch in ihren frühen Krankheitsstadien erkennbar gewesen ist. Doch kann auf der Grundlage differenzierter Beobachtungen des verbalen und nonverbalen Verhaltens wie auch des affektiven und emotionalen Ausdrucks[5] die Annahme getroffen werden: Der demenzkranke Mensch spürt, dass *er* es ist, der auf einen Reiz in seiner Umwelt reagiert oder der sich spontan verhält, dass *er* es ist, von dem gerade eine bestimmte Aktivitätsform ausgeht und eben nicht ein anderer Mensch, zum Beispiel sein Gegenüber. In dieser *basalen Form der Selbstverantwortung* kommt ein zentrales menschliches Motiv zum Ausdruck, nämlich Verantwortlicher für das eigene Handeln zu sein. Und auch bei einer weiter fortgeschrittenen Demenz streben Menschen nach Erhaltung der Selbstverantwortung, wenn sich diese Selbstverantwortung auch nicht mehr in der früheren Differenziertheit, sondern nun in einer sehr grundlegenden Form zeigt.

3 Selbstaktualisierung

Die Selbstaktualisierung ist als grundlegende Tendenz des Menschen zu verstehen, sich auszudrücken und mitzuteilen; auch bei einer weiter fortgeschrittenen Demenz ist eine derartige Tendenz nachweisbar, wenn die situativen Bedingungen den demenzkranken Menschen stimulieren, aktivieren und motivieren und sich somit das Erleben der *Stimmigkeit* einstellen kann – was vor allem in jenen Situationen der Fall ist, die biografische Bezüge aufweisen und (damit) Reste des Selbst berühren.

Die Selbstaktualisierungstendenz bildet die *zentrale* motivationale Grundlage für die Verwirklichung jener Ressourcen, über die der demenzkranke Mensch auch bei einer weiter fortgeschrittenen Demenz verfügt. Es lässt sich beobachten, dass bei demenzkranken Menschen die emotionalen, empfindungsbezogenen, sozial-kommunikativen, alltagspraktischen

5 *M. P. Lawton*, Quality of Life in Alzheimer Disease, Alzheimer Disease and Associated Disorders 1994, S. 138-150.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

und körperlichen Ressourcen deutlich länger fortbestehen als die kognitiven Ressourcen.

Dabei zeigen Arbeiten aus der *Interventionsforschung*, dass ebendiese Ressourcen unter angemessenen Stimulations-, Aktivations- und Motivationsbedingungen zum Teil bis weit in die Krankheit hinein verwirklicht werden können und auf diesem Wege zum Wohlbefinden des Menschen beitragen[6]. Bei der Verwirklichung dieser Ressourcen werden zudem immer wieder Bezüge zur Biografie – zu den in der Biografie ausgebildeten Werten, Neigungen, Vorlieben, Interessen, Kompetenzen – offenbar, die den Schluss erlauben, dass auch in den späten Phasen der Erkrankung Reste des Selbst erkennbar sind[7].

III Sorgende Gemeinschaften – „geteilte Verantwortung"

Mit den bislang getroffenen Aussagen sind auch Anforderungen an die Gestaltung der sozialen und räumlichen Umwelt angesprochen. Die allgemeinste Anforderung bezieht sich auf die *Teilhabe* demenzkranker Menschen. Mit Teilhabe ist deutlich mehr gemeint als soziale Integration. Sie spricht die Möglichkeit an, die soziale Umwelt aktiv mitzugestalten, sich mit anderen Menschen im Handeln und Sprechen auszutauschen und Mitverantwortung zu übernehmen. Dieser Teilhabebegriff, der seinen Ursprung auch in dem von Hannah Arendt explizierten Begriff des „öffentlichen Raumes" hat, den die einzelnen Menschen durch ihre Individualität in einer unvergleichlichen, nicht wiederholbaren Art und Weise mitgestalten und prägen[8], erfordert auf Seiten der sozialen Umwelt größtmögliche *Offenheit* für die individuelle Persönlichkeit eines demenzkranken Menschen, für dessen spezifische Kompetenzformen (die eben nicht nur die Beachtung von Verlusten, sondern auch und in besonderer Weise von Ressourcen notwendig machen), für dessen spezifische Motive, Interessen, Erlebens- und Verhaltensformen. Er legt zudem die Schaffung von *Sozial-*

---

6 *M. Böggemann et al.*, Positive Erlebnisräume für Menschen mit Demenz – Förderung von Lebensqualität im Rahmen Individuum-zentrierter Pflege, in: Schaeffer/ Behrens/ Görres (Hrsg.), Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung, 2008, S. 80-104.

7 *T. Kitwood*, Demenz: Der Personen-zentrierte Umgang mit verwirrten Menschen, 2002.

8 *H. Arendt*, Vita activa oder vom tätigen Leben, 1960.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

räumen nahe, in denen sich demenzkranke Menschen einerseits geschützt fühlen können, in denen sie andererseits ausreichend Möglichkeiten finden, schöpferisch zu sein, selbstgewählten Tätigkeiten nachzugehen, mit anderen Menschen in einen Austausch zu treten.

Im Kontext solcher Vorstellungen von Sozialraumgestaltung werden Forderungen nach einer *Re-Kommunalisierung sozialstaatlicher Leistungen* wie auch nach einer sehr viel stärkeren *Verantwortungsteilung* – nämlich zwischen Familienangehörigen, professionell tätigen und zivilgesellschaftlich engagierten Menschen – laut. Bei einer Umsetzung dieser Forderung würden deutlich kleinere, aber auch deutlich intimere und leistungsfähigere soziale Netzwerke geschaffen, in denen sich das Schöpferische des Menschen – in diesem Falle: des demenzkranken Menschen – in sehr viel stärkerem Maße entfalten kann. Gerade diese Verantwortungsteilung kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass sich unsere Gesellschaft in einer sehr viel offeneren, einer sehr viel weniger „dramatisierenden", mithin einer sensibleren Art und Weise mit dem Thema der Demenz auseinandersetzt. Mit der zivilgesellschaftlich engagierten (und nicht nur professionellen) Begleitung demenzkranker Menschen wird ein bedeutender Beitrag zur Aufrechterhaltung einer auch an Humanitätsidealen orientierten Gesellschaft geleistet. Der Begriff der „sorgenden Gemeinschaften", die sich innerhalb der Kommunen bilden, stellt dabei eine passende Umschreibung der *Verantwortungsteilung* dar.[9]

Wie haben wir uns nun die sorgenden Gemeinschaften für demenzkranke Menschen vorzustellen? Es sind drei Komponenten, die hier wichtig sind: Die *professionelle Pflege* bildet eine Komponente, ergänzt um zwei weitere Komponenten, nämlich die *familiäre Pflege* und die *auf bürgerschaftlichem Engagement gründende Pflege*. Gemeint ist hier, dass alle pflegerischen Aufgaben, die professionelle Pflege erfordern, tatsächlich von einer Pflegefachkraft ausgeführt werden. Diese Pflegefachkraft könnte zudem jene Tätigkeiten koordinieren, die Familienangehörige und bürgerschaftlich Engagierte übernehmen. Damit entstünde eine sorgende Gemeinschaft (caring community), die sich vom Prinzip der geteilten Verantwortung leiten ließe.

Worin aber liegt der Wert einer solchen sorgenden Gemeinschaft? Vier Überlegungen seien hier in aller Kürze angestellt. (1.) Die Integration der

9 Grundlegend dazu *T. Klie*, Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft, 2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

bürgerschaftlichen Engagementkultur in Pflegekontexte ist nicht nur im Sinne der Entlastung (der Pflegefachkräfte wie auch der Familienangehörigen), sondern auch im Sinne der menschlichen Bereicherung zu verstehen – ein neues Gesicht tritt in Erscheinung, damit verbunden sind neue Deutungs- und Handlungsansätze bei der Bewältigung gegebener Anforderungen. Ein Beispiel für dieses Engagement bilden Besuchsdienste sowie die Bereitschaft von Familien, einen demenzkranken Menschen einmal oder mehrmals in der Woche für einige Stunden bei sich aufzunehmen und diesem die Möglichkeit zu geben, einen Teil des Alltags gemeinsam mit der betreuenden Familie zu verbringen. Auch Besuchsdienste in Pflegeheimen bilden eine bedeutende Form des bürgerschaftlichen Engagements, wobei hier von Pflegefachkräften vor allem die gemeinsam mit Demenzkranken ausgeführten Einzel- und Gruppenaktivitäten als Entlastung und Bereicherung wahrgenommen werden. (2.) Die Integration der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Familie in die Bürgerschaft wird gefördert; die Familie spürt, dass man sie nicht vergessen hat, dass sich die Bürgerschaft mitverantwortlich für deren Lebensqualität fühlt. (3.) Der Zusammenhalt der Bürgerschaft wird durch das Engagement ihrer Glieder gestärkt. (4.) Nicht nur die Familie, sondern auch die Pflegeversicherung wird entlastet, wenn einzelne Betreuungsaufgaben, die keine professionelle Pflege erfordern, durch freiwillig tätige Frauen und Männer übernommen werden. Dieses bürgerschaftliche Engagement wird in Zukunft immer wichtiger werden: Zum einen, weil die Anzahl der Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf, vor allem die Anzahl der demenzkranken Menschen deutlich steigen wird – jüngsten Szenarien zufolge ist von einer Verdreifachung (und nicht mehr nur, wie früher angenommen, von einer Verdopplung) der Anzahl demenzkranker Menschen bis zum Jahre 2050 auszugehen. Zum anderen, weil die familiären Hilfe- und Pflegeressourcen erkennbar zurückgehen werden (vor allem ab dem Jahre 2030), und dies aus Gründen eines sich kontinuierlich verändernden quantitativen Verhältnisses zwischen pflegebedürftigen Familienmitgliedern und pflegenden Angehörigen sowie einer deutlich erhöhten, berufsbedingten Mobilität der mittleren Generation.

Der Hinweis auf die Notwendigkeit des vermehrten bürgerschaftlichen Engagements darf nicht unberücksichtigt lassen, dass die Verwirklichung des Modells „sorgender Gemeinschaften“ zahlreiche, nachhaltige Initiativen von Kommunen, Kirchen, Verbänden und Vereinen erfordert und zudem einen intensiven öffentlichen Diskurs über die vermehrte Solidarität als eine bedeutende Rahmenbedingung der Gestaltung des demografischen

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Wandels notwendig macht. Die Schaffung von Plattformen, die geeignet sind, bürgerschaftliches Engagement zu vermitteln, sowie die Entwicklung einer gesellschaftlich und individuell überzeugenden „Anerkennungskultur" innerhalb einer Kommune bilden dabei wichtige Schritte auf dem Weg zur Verwirklichung des Modells „sorgender Gemeinschaften".

IV Pflegefreundliche Kultur: Veränderte Anthropologie, veränderte Rahmenbedingungen

Eine pflegefreundliche Kultur lässt sich zunächst von dem Grundsatz leiten, dass Menschen auch in ihrer größten *Verletzlichkeit* von ihrer Freiheit und ihrer Würde her verstanden und in dieser angesprochen werden müssen. Dies heißt, dass alles dafür zu tun ist, die *Selbstverantwortung* des Menschen – auch dann, wenn diese nur noch in ihren Resten erkennbar ist („Inseln des Selbst") – anzuerkennen und zu stützen. Dies heißt weiterhin, dass man neben einer grundlegenden Anerkennung der *Würde* des Menschen alles dafür tut, dass sich diese verwirklichen, dass diese „leben" kann, was eine konzentrierte, empathische und kontinuierliche Zuwendung erfordert. Damit dieser Grundsatz mit Leben erfüllt wird, müssen die *infrastrukturellen Rahmenbedingungen* für eine gute Pflege geschaffen werden, zu denen gehören: Eine ausreichende Besoldung der Pflegefachpersonen, ansprechende Fort- und Weiterbildungsangebote, ein Personalschlüssel, der ein ausreichendes Maß an Fachlichkeit sicherstellt, in stationären Kontexten Wohnbedingungen für Bewohnerinnen und Bewohner, die sich vom Prinzip des Wohnens – mit seinen Komponenten: Heimatgefühl, Teilhabe, Zugehörigkeitsgefühl, Intimität, sensorische, emotionale, kognitive und soziale Stimulation – leiten lassen, schließlich eine enge Kooperation der Pflege mit den verschiedenen medizinischen Disziplinen, mit Sozialarbeit, Psychologie und Seelsorge. Zudem ist das Angebot an stationären Einrichtungen durch Wohngruppen im Quartier zu ergänzen, um auf diese Weise einen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Teilhabe im vertrauten Quartier und in vertrauten sozialräumlichen Kontexten zu schaffen.

Diese infrastrukturellen Rahmenbedingungen sind anspruchsvoll. Und doch darf nicht übersehen werden, dass gerade in Phasen hoher oder höchster Verletzlichkeit das Angewiesensein des Menschen auf eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege, auf ansprechende Wohnbedingungen, auf eine ansprechende Kommunikation deutlich größer ist als in einer

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Zeit weitgehend erhaltener Kompetenz und Selbstständigkeit. Zudem muss berücksichtigt werden, dass auch am Ende des Lebens eine Entwicklungsnotwendigkeit gegeben ist und Entwicklungspotenziale bestehen: Die *Entwicklungsnotwendigkeit* ergibt sich im Hinblick auf die Akzeptanz eigener Verletzlichkeit und Endlichkeit als Voraussetzung dafür, dass die letzte Lebensphase gestaltet werden kann. Von *Entwicklungspotenzialen* ist insofern auszugehen, als es Menschen auch in dieser Grenzsituation gelingen kann, ihr Leben zu einer Rundung zu bringen. Vielfach verliert man wegen der zahlreichen Krankheitssymptome und funktionalen Einschränkungen, die in der letzten Lebensphase dominieren, die seelisch-geistige Dimension des Menschen aus den Augen – und mit dieser die Entwicklungsnotwendigkeit wie auch die Entwicklungspotenziale. Dabei sollte die Konzentration auf ebendiese Dimension als wichtige Aufgabe jeder Form der Begleitung demenzkranker, körperlich schwerstkranker und sterbender Menschen verstanden werden. In keinem Falle darf ein „Schlussstrich" unter den Menschen gezogen und diesem die Lebensqualität sowie die Fähigkeit, glückliche Stunden zu erleben, abgesprochen werden. Vielmehr ist der Mensch – wie dies Karl Jaspers (1883–1969) in seiner 1913 verfassten Schrift: *Allgemeine Psychopathologie*[10] ausgedrückt hat – immer auch als „offene Möglichkeit" zu verstehen: „Im Leben gilt alles nur bis so weit, noch ist Möglichkeit, noch ein Leben in die Zukunft, aus der neue Wirklichkeit, neue Tat auch das Zurückliegende neu und anders deuten kann."[11]

Bei der Schaffung anspruchsvoller Rahmenbedingungen, die notwendigerweise mit höheren Investitionen verbunden sind, ist immer auch von einer *Anthropologie* auszugehen, die die Verletzlichkeit des Menschen wie auch dessen Entwicklungspotenziale selbst in Phasen hoher und höchster Verletzlichkeit erkennt und anerkennt. Solange man Pflegebedürftigkeit, Demenz und zum Tode führende Erkrankungen als „inferiore" Ausdrucksformen menschlichen Lebens und nicht als Widerspiegelung der – biologisch gegebenen – Verletzlichkeit der menschlichen Natur begreift, wird man die Schaffung anspruchsvoller Rahmenbedingungen nicht als notwendig ansehen. Erkennt man hingegen in diesen die mit unserer Existenz gegebene Begrenztheit, Verletzlichkeit und Endlichkeit und erkennt man an, dass sich Menschen auch in diesen Grenzsituationen seelisch-geistig

10 *K. Jaspers*, Allgemeine Psychopathologie, 1975.
11 *Jaspers*, a.a.O., S. 36.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

weiterentwickeln können, dann wird man ein lebendiges Interesse daran haben, anspruchsvolle Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen eine fachlich wie ethisch hochstehende Pflege eher gelingt.

Zu diesen Rahmenbedingungen gehört die Stärkung der *rehabilitativen Pflege*, das heißt die stärkere Integration physiotherapeutischer, krankengymnastischer, ergotherapeutischer sowie bewegungs- und sportbezogener Elemente in den Pflegeprozess. Dies gilt ausdrücklich auch für Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, sowie für Menschen, bei denen die Pflege mehr und mehr von palliativen Konzepten und Strategien bestimmt ist. Dabei ist zu bedenken: Auch in palliativen Kontexten kann sich das rehabilitative Element der Pflege als wertvoll erweisen, wenn es nämlich darum geht, Bedingungen zu schaffen, die den schwerstkranken oder sterbenden Menschen dabei unterstützen, die letzte Lebensphase *bewusst zu gestalten*. Auch in der Schaffung derartiger Bedingungen drückt sich der Respekt vor der Selbstverantwortung dieses Menschen aus – selbst wenn diese nur noch in ihrer basalen Form erkennbar ist.

Eine pflegefreundliche Kultur lässt sich von dem Gedanken leiten, das *bürgerschaftliche Engagement* dort, wo es möglich und sinnvoll ist, in den Pflegeprozess einzubeziehen; Studienergebnisse zeigen, dass die Begleitung schwer kranker, pflegebedürftiger und sterbender Menschen eine bedeutende Komponente des bürgerschaftlichen Engagements bildet[12] – unter der Voraussetzung allerdings, dass sich bürgerschaftlich Engagierte von Pflegefachpersonen gut vorbereitet und in ihrer Arbeit anerkannt fühlen. Pflegefachpersonen nehmen – neben ihrer pflegerischen Tätigkeit im engeren Sinne – dabei auch Koordinierungsfunktionen wahr, um die Kooperation zwischen professioneller Pflege, familiärer Hilfe und bürgerschaftlichem Engagement zu ermöglichen. Hier gehen übrigens von den stationären und ambulanten Hospizdiensten wertvolle Impulse aus, die sich gleichfalls von diesem Kooperationsgedanken leiten lassen. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften, Familienangehörigen und bürgerschaftlich engagierten Personen lässt sich, wie bereits geschehen, treffend mit dem Begriff der „sorgenden Gemeinschaft" umschreiben.

Eine pflegefreundliche Kultur gründet auf der gesellschaftlichen *Wertschätzung und Anerkennung pflegerischer Tätigkeit* und der Pflegeberufe. Diese wird nur in dem Maße herbeizuführen sein, in dem in der Öffentlichkeit dargelegt wird, welche Aufgaben sich im Pflegeprozess stellen,

12 *Klie*, Wen kümmern die Alten?, s. oben Fn. 9.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

welche Verantwortung Pflegefachkräfte übernehmen, welchen Beitrag eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege für die Erhaltung oder Wiedererlangung von Lebensqualität und Wohlbefinden leistet. Dies heißt aber auch, dass unsere Gesellschaft – und somit jeder Einzelne – bereit ist, deutlich mehr in die Pflege zu investieren, als dies heute der Fall ist. „Was ist dem Menschen eine fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege wert?" – diese Frage ist in einem umfassenderen gesellschaftlichen Diskurs zu erörtern, der dazu beitragen kann, dass in unserer Gesellschaft die Bereitschaft wächst, in deutlich höherem Maße in die Pflege zu investieren – übrigens auch in jene Orte, an denen Pflege stattfindet.

Dabei ist auf die *Vermeidung von sozialer Ungleichheit* zu achten. Menschen mit ausreichenden finanziellen Ressourcen können sich eine Pflege leisten, die hohe fachliche und ethische Ansprüche erfüllt und die zudem an Orten geleistet wird, die einen hohen Wohnstandard und zudem die Aufrechterhaltung von Teilhabe sicherstellen. Bei Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen kann nicht von solchen Bedingungen ausgegangen werden. Und doch müssen auch sie eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege erhalten – zudem an einem Ort, an dem sie sich zu Hause fühlen können und an dem sie sich geschützt fühlen. Letztlich kann damit auch eine Entwicklung abgewendet werden, die zu einer sozioökonomisch mitbedingten Art des Sterbens führt. In der höchsten Verletzlichkeit des Menschen kann die soziale Ungleichheit besonders negative, fatale Folgen haben – diese zu vermeiden, muss erklärtes Ziel unserer Gesellschaft und damit ein einzuforderndes Gut sein.

Literatur

Arendt, Hannah, Vita activa oder vom tätigen Leben, Stuttgart 1960.

Becker, Stefanie/ Kaspar, Roman/ Kruse, Andreas, H.I.L.DE. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen, Bern 2010.

Böggemann, Marlies et al., Positive Erlebnisräume für Menschen mit Demenz – Förderung von Lebensqualität im Rahmen Individuum-zentrierter Pflege, in: D. Schaeffer/ J. Behrens/ S. Görres (Hrsg.), Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung, Weinheim 2008, S. 80-104.

Donne, John, Devotions upon Emergent Occasions, Middlesex 1624/ 2008.

Jaspers, Karl, Allgemeine Psychopathologie, 9. Aufl., Heidelberg 1975.

Kitwood, Tom, Demenz: Der Personen-zentrierte Umgang mit verwirrten Menschen, Bern 2002.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Klie, Thomas, Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft, München 2014.

Kruse, Andreas (Hrsg.), Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation des Lebens, Heidelberg 2010.

Lawton, Powell M., Quality of Life in Alzheimer Disease, Alzheimer Disease and Associated Disorders Nr. 8 (1994), S. 138-150.

Remmers, Hartmut, Der Beitrag der Palliativpflege zur Lebensqualität demenzkranker Menschen, in: A. Kruse (Hrsg.), Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter, Heidelberg 2010, S. 117-133.

Rentsch, Thomas/ Zimmermann, Harm-Peter/ Kruse, Andreas (Hrsg.), Altern in unserer Zeit. Späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit, Frankfurt am Main 2013.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

II.
Eigenverantwortung im Gesundheitssystem

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Philosophische Grundlagen der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen

Markus Rothhaar

I Der mehrfache Sinn des Verantwortungsbegriffs

Wie alle Begriffe, die weniger einem innerwissenschaftlichen Diskurs, als vielmehr der politischen Debatte entstammen, unterliegt auch der Begriff der „Eigenverantwortung" – der im Übrigen ein offensichtlicher Pleonasmus ist, denn Verantwortung ist immer die eigene – merklichen „Konjunkturschwankungen". Während es in den letzten Jahren um den Begriff eher still geworden ist, war er vor gut zehn Jahren geradezu in aller Munde. So erschien in den Jahren 2003/2004 nicht nur ein umfangreiches Positionspapier der Bertelsmann-Stiftung unter dem lapidaren Titel „Eigenverantwortung – Ein gesundheitspolitisches Experiment"[1], sondern der Begriff avancierte auch zum Schlüsselbegriff der sozial- und arbeitsmarktpolitischen Reformen der Regierung Gerhard Schröders, der in seiner Regierungserklärung zur sogenannten „Agenda 2010" ankündigte: „Wir werden Leistungen des Staates kürzen, Eigenverantwortung fördern und mehr Eigenleistung von jedem Einzelnen abfordern müssen."[2]

Aussagen wie diese haben denn auch rasch zu einer Diskreditierung des Begriffs der „Eigenverantwortung" beigetragen,[3] der in weiten Teilen der Öffentlichkeit bald nur noch als Euphemismus für „Leistungskürzungen im Sozialsystem" verstanden wurde und wird. Dabei ist zugleich zu beobachten, dass „Eigenverantwortung" gerade in denjenigen Debatten, die an

1 Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Eigenverantwortung – Ein gesundheitspolitisches Experiment, 2004.

2 Regierungserklärung des Bundeskanzlers der Bundesrepublik Deutschland am 14. März 2003: Plenarprotokoll 15/32 des Deutschen Bundestages, S. 2479 (URL: http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/15/15032.pdf, Zugegriffen 25.5.2014).

3 Vgl. etwa die Kritik bei *B. Schmidt*, Eigenverantwortung haben immer die Anderen: Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen, 2008 und bei *W. Höfling*, Gesundheitliche Eigenverantwortung – Anmerkungen zu einer schwierigen Kategorie, in: Schumpelick et al. (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, 2009, S. 514-526.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

den Schnittstellen von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit stattfinden, ausgesprochen unklar verwendet wird. So findet sich auch in dem bereits erwähnten Papier der Bertelsmann-Stiftung keinerlei Klärung des Begriffs, sondern lediglich eine vage, additive Aufzählung von Themen und Fragestellungen, als deren einziger gemeinsamer Nenner identifiziert wird, dass sie „die komplexe und politisch dissensträchtige Frage nach der Lastenverteilung zwischen dem Einzelnen und dem Kollektiv“[4] beträfen. Es ist insofern auch kaum verwunderlich, dass selbst das mit hohen Ansprüchen angetretene Papier der Bertelsmann-Stiftung insgesamt recht magere Resultate gezeitigt hat.

Trotz der ernüchternden Bilanz, die sich mithin beim Blick auf den öffentlichen Gebrauch des Begriffs in den Debatten um die Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zeigt, muss aus der Perspektive der praktischen Philosophie doch darauf hingewiesen werden, dass die Sache, um die es beim Verantwortungsbegriff geht, letztlich für alle Fragen der angewandten Ethik von zentraler Bedeutung ist. Um den Begriff allerdings für eine fundierte Auseinandersetzung mit jenen Fragen tatsächlich fruchtbar machen zu können, bedarf es zunächst einer grundsätzlichen Klärung seiner unterschiedlichen Bedeutungsdimensionen. Hierbei zeigt sich sogleich, dass der Begriff der „Verantwortung“ eigentlich ein äquivoker Begriff ist, der zwei grundsätzlich verschiedene, wenngleich miteinander verknüpfte Bedeutungen besitzt: Ein Umstand, der, wenn er unbeachtet bleibt, bei jedem Gebrauch des Verantwortungsbegriffs zu erheblichen Verwirrungen führen muss. Betrachten wir dazu zwei typische Sätze, in denen der Begriff Verwendung findet:

> „P ist durch seine rücksichtslose Fahrweise verantwortlich für den Unfall.“
> „Q ist verantwortlich für die Pflege seines dementen Vaters.“

Es ist nun offenkundig, dass mit beiden Sätzen den darin genannten Personen *etwas* in Bezug auf ihr *Handeln* zugeschrieben wird. Was zugeschrieben wird, ist in beiden Fällen allerdings grundlegend verschieden. Mit dem ersten Satz nämlich wird P eine *Handlung* (seine rücksichtslose Fahrweise) bzw. eine *Handlungsfolge* (der Unfall) zugeschrieben, oder besser: zugerechnet. Mit dem zweiten Satz dagegen wird Q nicht eine Handlung bzw. Handlungsfolge zugeschrieben, sondern eine *Pflicht*, auf bestimmte Weise zu handeln. Im zweiten Fall haben wir es also mit einer rein normativen Zuschreibung zu tun. Dementsprechend lassen sich zwei fundamen-

4 Bertelsmann Stiftung, Eigenverantwortung, s. oben Fn. 1, S. 14.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

tal verschiedene Bedeutungen von „Verantwortung“ unterscheiden: Verantwortung im Sinn der Handlungs- bzw. Handlungsfolgenzurechnung (im Folgenden V_H genannt) und Verantwortung im Sinn der Pflichtenzuschreibung (im Folgenden V_P genannt). Bedauerlicherweise wird diese Differenzierung in der Literatur freilich kaum in der wünschenswerten Klarheit vollzogen. Vielmehr findet sich dort dasjenige, was hier als Handlungszuschreibungs-Verantwortung V_H identifiziert wurde, meist unter dem Begriff der „retrospektiven Verantwortung“ wieder und dasjenige, was als Pflichtenzuschreibungs-Verantwortung V_P ausgemacht wurde, als „prospektive Verantwortung“[5]. Problematisch ist diese geläufige Nomenklatur insofern, als durch sie suggeriert wird, bei „Verantwortung“ handele es sich um einen univoken Begriff, der lediglich in verschiedenen Zeitdimensionen verwendet werde, im Prinzip aber dasselbe besage. Das verschleiert allerdings gerade, dass der Begriff vielmehr ein äquivoker Begriff ist und seine Verknüpfung mit verschiedenen Zeitdimensionen nichts anderes ist als eine Folge der Äquivokation.

Wie nun bei einem äquivoken Begriff häufig der Fall, bestehen zwischen den verschiedenen Bedeutungen des Ausdrucks trotz der semantischen Unterschiedenheit auch Gemeinsamkeiten und Zusammenhänge. Gemeinsam ist beiden Bedeutungen zunächst der Umstand, dass die Zuschreibungen, die mittels seiner an Personen vorgenommen werden, in Bezug auf das *Handeln* stehen. Des Weiteren besteht zwischen beiden Bedeutungen insofern ein Zusammenhang, als die Zurechnung von Handlungen bzw. von Handlungsfolgen meist nur da wirklich praktisch relevant wird, wo durch eine Handlung eine Pflicht verletzt wird.[6] Schließlich be-

---

5 Die Unterscheidung von „retrospektiver“ und „prospektiver“ Verantwortung geht zurück auf die einschlägigen Lexikoneinträge von R. Anthony Duff in der Routledge Encyclopedia of Philosophy (*R. A. Duff*, Artikel „Responsibility“, in: Craig (Hrsg.), Routledge Encyclopedia of Philosophy Bd. 8, 1998, S. 290-294) und Michael J. Zimmerman in der Encyclopedia of Ethics (*M. J. Zimmerman*, Artikel „Responsibility“, in: Becker/ Becker (Hrsg.), Encyclopedia of Ethics Bd. 2, 1992, S. 1089-1095). In den deutschen Sprachraum wurde sie durch Micha Werners Eintrag zum Verantwortungsbegriff im „Handbuch Ethik“ eingeführt (*M. Werner*, Artikel „Verantwortung“, in: Düwell/ Hübenthal/ Werner (Hrsg.), Handbuch Ethik, 2002, S. 521-527).

6 Das bedeutet allerdings keineswegs, dass jede Zuschreibung einer Handlung oder Handlungsfolge die vorgängige Zuschreibung einer Pflicht voraussetzen würde, wie etwa Micha Werner meint (vgl. *Werner*, a.a.O., S. 522). Dass die von Werner behauptete Verknüpfung viel zu eng ist, zeigt sich alleine daran, dass aus ihr folgen würde, dass moralisch neutrale Handlungen prinzipiell niemandem zuschreibbar

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

steht ein dritter naheliegender Zusammenhang zwischen V_H und V_P darin, dass die Zuschreibung einer Handlung im Sinn von V_H, durch die eine andere Person geschädigt wurde, häufig eine spezifische neue Pflicht im Sinn von V_P – nämlich diejenige zur Wiedergutmachung des eingetretenen Schadens – generiert.

Es ist vor diesem Hintergrund bemerkenswert, dass die skizzierte Doppelbedeutung des Verantwortungsbegriffs, wie überhaupt seine prominente Stellung innerhalb der Ethik, begriffsgeschichtlich gesehen recht neuen Datums ist. Wie das Grimm'sche Wörterbuch verzeichnet[7], lässt sich der Begriff der „Verantwortung" im Deutschen erstmals im 15. Jahrhundert belegen; in denselben Zeitraum fallen entsprechende Belege im Französischen und Englischen. Seiner ursprünglichen und bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts gültigen Bedeutung nach ist der Begriff dabei allerdings ein rechtlicher, genauer gesagt ein verfahrensrechtlicher Begriff. „Sich verantworten" heißt danach einfach, sich gegen eine Anklage zu verteidigen bzw. auf eine Anklage zu antworten, die von anderen gegen einen erhoben wurde. Die „Verantwortung" ist dementsprechend auch nichts anderes als die Verteidigungsschrift oder -rede, und zwar ursprünglich im Gerichtsverfahren, bald aber auch im übertragenen Sinn. In dieser Bedeutung findet der Begriff sich etwa in der Bibelübersetzung Martin Luthers, der „sich verantworten" als Übersetzung ausschließlich für das griechische *ἀπολογέομαι* benutzt.[8] Ein Beleg dafür, dass die Bedeutung von „Verantwortung" als *ἀπολογία* noch am Ende des 18. Jahrhunderts die einschlägige war, findet sich etwa bei Immanuel Kant, der in seinem Verteidigungsschreiben gegen die in einer Kabinettsorder König Friedrich Wilhelms II. vom Oktober 1794 ihm gegenüber erhobenen Heterodoxie-Vorwürfe ganz selbstverständlich davon redet, der König habe ihm die Pflicht auferlegt,

---

wären. Das ist aber offenkundig nicht der Fall. Wenn man davon ausgeht, dass es moralisch neutrale Handlungen gibt, so sind diese ihren Urhebern natürlich ebenso zuschreibbar wie moralisch nicht-neutrale Handlungen. Geht man dagegen davon aus, dass es keine moralisch neutralen Handlungen gibt, so resultiert deren Nicht-Zuschreibbarkeit einfach aus ihrer Nicht-Existenz.

7 *J. Grimm/ W. Grimm et al.*, Artikel „Verantwortung", in: Dies., Deutsches Wörterbuch, 33 Bde., Leipzig 1854-1961, Bd. 25, Sp. 82 f.

8 Vgl. die Nachweise bei *J. Holl*, Artikel „Verantwortung I", in: Ritter/ Gründer et al. (Hrsg.), Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. XI, 2001, Sp. 566-569 (Sp. 566).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

„eine gewissenhafte Verantwortung beizubringen“[9]. Eine andere Verwendung des Ausdrucks „Verantwortung“ findet sich demgegenüber im gesamten Werk Kants nicht. Der grundlegende Wandel der Bedeutung des Verantwortungsbegriffs von der Apologie zur Handlungs- und Pflichtenzuschreibung scheint dann in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in England stattgefunden zu haben, und zwar bezeichnenderweise im politischen Raum.[10] Dort verschiebt sich offenbar die Bedeutung des Begriff einer *responsibility* der Minister des königlichen Kabinetts zunehmend von einer bloßen Auskunfts- und Rechenschaftspflicht gegenüber dem Parlament hin zu einem Begriff, mittels dessen eine Zuschreibung von Handlungsfolgen und Pflichten in dem vom jeweiligen Minister betreuten Ressort zum Ausdruck gebracht wurde. Um die Mitte des 19. Jahrhunderts hat die daran anknüpfende neue, aber äquivoke Bedeutung von „Verantwortung“ die vom 15. bis zum späten 18. Jahrhundert einschlägige Bedeutung der „Verteidigungsrede“ bereits weitgehend ersetzt und verdrängt.

Der begriffsgeschichtliche Befund, wonach der Gebrauch von „Verantwortung“ im Sinn von Handlungs- oder von Pflichtenzuschreibung recht jungen Datums ist, bedeutet freilich nicht, dass Handlungszuschreibung und Pflichtenzuschreibung *der Sache nach* nicht schon lange vorher Thema philosophischen und juristischen Nachdenkens gewesen wären. Sie wurden nur nicht unter dem Titel „Verantwortung“ verhandelt, sondern im Fall der Handlungs- bzw. Handlungsfolgenzurechnung unter dem der „imputatio“[11] und im Fall der Pflichtenzuschreibung eben unter dem der „Pflicht“. Es ist dementsprechend nicht einmal klar, ob der jüngere Begriff der „Verantwortung“ in philosophischer Hinsicht überhaupt irgendeinen „Mehrwert“ gegenüber den Begriffen der Zurechnung bzw. imputatio auf der einen und dem Begriff der Pflicht auf der anderen Seite hat – oder ob er nicht vielmehr aufgrund seiner Mehrdeutigkeit eher einen Quell der Verwirrung bildet. Allenfalls ließe sich noch im Hinblick auf die Handlungszuschreibung sagen, dass der Verantwortungsbegriff möglicherweise

9 *I. Kant*, Brief an König Friedrich Wilhelm II vom Oktober 1794, in: Kants gesammelte Schriften, hrsg. von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaft (Akademieausgabe), Band XI, 1900 ff., S. 527.

10 Vgl. zum folgenden *Holl*, Verantwortung I, s. oben Fn. 8, Sp. 566.

11 So bei Kant, der die Frage der Handlungszuschreibung in der „Metaphysik der Sitten“ ausschließlich mittels des Begriffs der imputatio erörtert (vgl. *I. Kant*, Die Metaphysik der Sitten, in: Kants gesammelte Schriften, hrsg. von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaft (Akademieausgabe), Band VI., 1900 ff., S. 227 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

besser als der eher rechtstechnische Begriff der imputatio geeignet ist, den *Grund* der Zurechenbarkeit von Handlungen zu thematisieren.

II Verantwortung als Pflichtenzuschreibung

Auf der Grundlage der historischen und semantischen Vorklärung des Verantwortungsbegriffs lässt sich nun auch deutlicher angeben, wo der Begriff im Hinblick auf ethische und gerechtigkeitstheoretische Fragestellungen des Gesundheitswesens seinen Platz hat. Betrachten wir zunächst „Verantwortung" im Sinn der Pflichtenzuschreibung, so betrifft dieser Verantwortungsbegriff V_P offenkundig die Frage danach, welche Akteure im Gesundheitswesen welche Pflichten im Hinblick auf die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des Einzelnen haben, und gegenüber wem sie diese jeweils haben. In diesem Zusammenhang können dann grundsätzlich drei verschiedene Konstellationen der Pflichtenzuschreibung identifiziert werden:

Zum einen ließe sich eine Pflicht gegen sich selbst zur Erhaltung, Beförderung und Wiederherstellung der eigenen Gesundheit annehmen. Dabei ist zwar zu bedenken, dass der – etwa Kant noch ganz geläufige – Gedanke, es gebe überhaupt so etwas wie „Pflichten gegen sich selbst" von der Mehrzahl der zeitgenössischen Ethiker verworfen wird, wenngleich man ihn sicherlich nicht ganz so pauschal wird zurückweisen können, wie das häufig geschieht. Für den Zweck einer Erörterung der Rolle des Verantwortungsbegriffs im solidarisch finanzierten Gesundheitswesen kann man diese Kontroverse freilich auf sich beruhen lassen. Denn wenn es eine derartige Pflicht gibt, hat sie keine gerechtigkeitstheoretischen Implikationen, da Pflichten gegen sich selbst ja gerade dadurch gekennzeichnet sind, dass anderen Menschen gegenüber keine Verpflichtungen bestehen.

Anders sieht es aus, wenn darüber hinaus die Frage der solidarischen Finanzierung von Gesundheitsleistungen in den Blick genommen wird. Hier ließe sich prima facie eine Pflicht des Einzelnen zur Erhaltung und Beförderung der eigenen Gesundheit *gegenüber der Solidargemeinschaft*, die ja für die Wiederherstellung seiner Gesundheit finanziell aufkommen muss, postulieren. Den Inhalten nach wäre diese Pflicht mit der oben angeführten Pflicht gegen sich selbst identisch, nur handelte es sich in diesem Fall eben um eine Pflicht gegen Andere, genauer gesagt gegenüber der Solidargemeinschaft. Dabei ist allerdings festzuhalten, dass eine solche Pflicht tatsächlich auch nur dann überhaupt bestehen kann, wenn ein

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

System der Gesundheitsversorgung zwei bestimmte Bedingungen erfüllt: nämlich erstens, dass Gesundheitsleistungen solidarisch finanziert werden und zweitens, dass diese solidarische Finanzierung ihrer Begründung und Struktur nach über das aufgeklärte Einzelinteresse eines Versicherungsnehmers hinausgeht. Der Grund dafür ist, dass bei einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung eine Gemeinschaft von Staats wegen darauf verpflichtet wird, einem einzelnen Mitglied dieser Gemeinschaft Hilfe dergestalt zu leisten, dass es für die Erhaltung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit keine eigenen Finanzmittel aufzubringen braucht. Wo eine solche Hilfspflicht durch den Staat institutionalisiert wird, besteht aus Gerechtigkeitsgründen – gewissermaßen spiegelbildlich zur solidarischen Hilfspflicht – eine zumindest moralische Pflicht des Einzelnen, sich möglichst so zu verhalten, dass er die Wahrscheinlichkeit minimiert, jene Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Wo es dagegen eine seitens des Staates in die Pflicht genommene Solidargemeinschaft nicht gibt, besteht auch keine entsprechende reziproke Pflicht des Einzelnen. Ebenso bestünde diese nicht, wenn die solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen bereits mit dem aufgeklärten Eigeninteresse der Beteiligten vollständig legitimiert werden könnte. In diesem Fall müsste ebenfalls nicht auf Hilfspflichten rekurriert werden und dementsprechend gäbe es auch hier keine spiegelbildlichen moralischen Verpflichtungen der Einzelnen gegenüber der Solidargemeinschaft.[12] Wie freilich an anderer Stelle in diesem Band gezeigt wird,[13] lassen sich jedenfalls die meisten europäischen Systeme solidarischer Gesundheitsversorgung mit dem Prinzip des aufgeklärten Eigennutzens wohl nicht hinreichend begründen, so dass auch die zweite der genannten Bedingungen für diese als erfüllt betrachtet werden muss.

Das führt schließlich unmittelbar zum dritten Fragenkomplex, hinsichtlich dessen der Verantwortungsbegriff im Sinn der Pflichtenzuschreibung eine Rolle spielt: Zum Fragenkomplex nämlich, welche Pflichten die Solidargemeinschaft gegenüber dem Einzelnen hat, Leistungen zur Erhaltung

12 Freilich ist es denkbar, dass die Mitglieder der Solidargemeinschaft sich darauf einigen würden, dem Einzelnen ein Verhalten abzuverlangen, das die Wahrscheinlichkeit minimieren würde, Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen. Allerdings würde es sich dabei zum einen lediglich um eine wechselseitige vertragliche Vereinbarung, die als solche auch sanktionierbar wäre, handeln, nicht aber um eine moralische Verpflichtung im eigentlichen Sinn, und zum anderen wären auch anderslautende Vereinbarungen durchaus denkbar.

13 Vgl. dazu *M. Rothhaar*, Ansätze zur philosophischen Rechtfertigung eines Rechts auf solidarische Gesundheitsversorgung, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

und Wiederherstellung seiner Gesundheit bereitzustellen und zu finanzieren, welche Gesundheitsleistungen also in die „finanzielle Verantwortung" der Solidargemeinschaft fallen und welche nicht. In diesen Fragenkomplex fällt dann eine Vielzahl unterschiedlichster und immer wieder diskutierter Einzelfragen, so etwa die Frage, ob etwa Zahnersatz und Sehhilfen oder beispielsweise Gesundheitsleistungen, die der Bekämpfung von Bagatellerkrankungen dienen, Bestandteile des Leistungskatalogs der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung sein sollen oder nicht, ob es bei bestimmten Medikamenten Zuzahlungen geben soll, ob die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit einer „Praxisgebühr" gesteuert werden soll etc. Es ist evident, dass alle diese Fragen nur angemessen beantwortet werden können, wenn man sie auf die prinzipielle gerechtigkeitstheoretische Frage zurückführt, worin eigentlich die normative Begründung der solidarischen Organisation der Gesundheitsversorgung besteht. Geht man nicht auf diese Ebene zurück, so lassen sich Fragen des Ein- oder Ausschlusses in den Leistungskatalog entweder nur auf der Grundlage ökonomischer Kriterien fällen[14] oder schlimmstenfalls auf der Grundlage rein opportunistischer, tagespolitischer Erwägungen, bei denen lediglich zählt, wer die stärkere Lobby ins Feld führen kann.

Bei der Erörterung der gerechtigkeitstheoretischen Grundlagen wäre dann vor allem zu beachten, dass die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung zumindest zwei verschiedene gerechtigkeitstheoretisch relevante Auswirkungen hat, die als solche auch gesondert betrachtet werden müssten: Zum einen dient sie dazu, Menschen, die sich eine bestimmte, sehr teure Behandlung nicht leisten könnten oder die von Armut bedroht wären, wenn sie dafür finanziell selbst aufkommen müssten, eine solche Behandlung überhaupt zur Verfügung zu stellen. Dieser Aspekt der solidarischen Gesundheitsversorgung ist mit einem Rekurs auf Hilfspflichten ethisch und gerechtigkeitstheoretisch vergleichsweise einfach be-

14 So wieder im Bertelsmann-Papier „Eigenverantwortung – Ein gesundheitspolitisches Experiment" zu beobachten, in dem hauptsächlich die Frage diskutiert wird, durch welche spezifischen Anreizsetzungen man die von der solidarischen Gesundheitsversorgung aufzubringenden finanziellen Mittel verringern kann. Eine solche Zielsetzung lässt sich grundsätzlich durchaus ethisch begründen, etwa mit dem Argument, finanzielle Ressourcen für andere Aufgaben der Solidargemeinschaft wie Bildung etc. freizumachen. Es bedürfte dazu aber einer gewissenhaften normativen Untersuchung sowohl des Verhältnisses der verschiedenen zu finanzierenden Sektoren zueinander wie auch der eingesetzten Mittel in Form von Anreizsystemen und ähnlichem. Eine solche Untersuchung fehlt aber bislang.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gründbar. Schwieriger stellt sich demgegenüber die Begründung des zweiten Aspekts solidarischer Gesundheitsversorgung dar, welcher darin besteht, zu verhindern, dass Gesundheitsleistungen den Einzelnen überhaupt finanziell zur Last fallen, und zwar auch dann, wenn er sie sich leisten kann und sie nicht mit einem Armutsrisiko verbunden sind. Zur Begründung dieses zweiten Aspekts scheinen nur zwei Begründungsstrategien tauglich: Zum einen der Rekurs auf das aufgeklärte Eigeninteresse der Akteure, das sie dazu veranlassen könnte, ein Versicherungssystem mit genau diesem Effekt einzurichten. Zum anderen die – beispielsweise an John Rawls anknüpfbare – gerechtigkeitstheoretische Überlegung, dass unverdiente und kontingente Widerfahrnisse wie Krankheiten und Unfälle keine Auswirkungen auf den sozialen und ökonomischen Status des Einzelnen haben sollten.

III Verantwortung als Handlungszurechnung

Betrachten wir zum zweiten nun V_H, das heißt Verantwortung im Sinn der Handlungs- bzw. Handlungsfolgenzurechnung, so lässt sich zunächst feststellen, dass V_H im Rahmen der hier behandelten Thematik nur die Frage betreffen kann, welchen Akteuren im Gesundheitswesen welche gesundheitsrelevanten Handlungen bzw. Handlungsfolgen zurechenbar sind. Diese Feststellung ist im Grunde trivial; Relevanz für die Frage nach Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen gewinnt sie allerdings dann, wenn man – wie zu Ende des vorigen Kapitels als Möglichkeit angedeutet – etwa davon ausginge, dass die Solidargemeinschaft lediglich dazu verpflichtet wäre, für Gesundheitsleistungen aufzukommen, die der Behandlung von nicht selbstverschuldeten Krankheiten und Unfällen dienen. Hier zeigt sich dementsprechend ein möglicher Zusammenhang zwischen Pflichtenzuschreibung und Handlungszurechnung dergestalt, dass bestimmte Handlungszurechnungen unter Umständen und je nachdem, welche Gerechtigkeitstheorie zu Grunde gelegt wird, zu einer Verlagerung bei der Pflichtenzuschreibung führen könnten. Für die Behandlung selbstverschuldeter Unfälle bzw. Erkrankungen wäre nach diesem Ansatz dann nicht mehr die Solidargemeinschaft „finanziell verantwortlich", sondern der Einzelne. In der Tat wird ein solcher Ansatz immer wieder diskutiert; so führt etwa Georg Marckmann in seinem für das Thema grundlegenden Aufsatz *„Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?"* aus:

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

„Der Verweis auf die Eigenverantwortung ist häufig mit der Forderung verbunden, die verursachten Kosten sollten nicht von der Solidargemeinschaft, sondern von den Betroffenen selbst getragen werden. Diese retrospektive Verantwortungszuschreibung erscheint prima facie nicht nur philosophisch gerechtfertigt (nur unverdiente Ungleichheiten sind auszugleichen), sondern angesichts der Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung auch pragmatisch geboten."[15]

Obgleich Marckmann eine derartige Einschränkung der Solidarpflichten also prinzipiell für gerechtfertigt hält, geht er zugleich davon aus, dass sie aufgrund verschiedener empirischer und normativer Randbedingungen, auf die im Folgenden noch einzugehen sein wird, dennoch zurückzuweisen wäre. Ungeachtet dessen ist – und zwar ohne dass dies schon mit ethischen Wertungen oder gerechtigkeitstheoretischen Folgerungen verknüpft werden müsste – festzuhalten, dass eine Zuschreibung von Handlungen an ein vernünftiges Subjekt immer da erfolgen kann und erfolgen muss, wo die allgemeinen Voraussetzungen der „Zurechnungsfähigkeit" wie Freiheit von Zwang und Einsichtsfähigkeit gegeben sind. Soweit diese Voraussetzungen erfüllt sind, wäre es gänzlich absurd und würde die Grundlagen jeglicher Ethik und Moral untergraben, zum Beispiel das Rauchen von zwanzig Zigaretten pro Tag oder den Entschluss, keinen Sport (oder umgekehrt eine besonders unfallträchtige Sportart) zu betreiben, irgendjemand anderem zurechnen zu wollen als demjenigen, der die freie Entscheidung getroffen hat, eben so zu handeln. Das bedeutet allerdings zum einen nicht, dass den Akteuren darum auch jegliche *Handlungsfolgen* zurechenbar wären, ja nicht einmal, dass alle Ereignisse, die nicht eingetreten wären, wenn ein Akteur A eine Handlung h nicht vollzogen hätte, im eigentlichen Sinn als „Folgen" von h qualifizierbar sind.[16] Damit einem Akteur überhaupt Handlungsfolgen zurechenbar sind, die nicht unmittelbar mit der Handlung verknüpft sind, müssen vielmehr zahlreiche Bedin-

15 *G. Marckmann*, Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, in: Rauprich/ Marckmann/ Vollmann (Hrsg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Interdisziplinäre Perspektiven, 2005, S. 299 (304).

16 Zu Unterschied und Zusammenhang zwischen der Zurechnungs-Verantwortung für Handlungen und der Zurechnungs-Verantwortung für Handlungsfolgen vgl. die grundlegenden Arbeiten von *R. Stoecker*, Handlung und Verantwortung – Mackie's Rule Put Straight, in: Meggle/ Nida-Rümelin (Hrsg.), Analyomen 2, Bd. 3, 1997, S. 357-364 und *J. Nida-Rümelin*, Verantwortung, 2011 (hier insbesondere S. 108-118).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gungen erfüllt sein. So muss etwa der Handelnde überhaupt wissen, dass seine Handlung bestimmte Folgen haben kann, die Kausalkette zwischen Handlung und Handlungsfolge muss hinreichend eindeutig, die Eintrittswahrscheinlichkeit der Handlungsfolge hinreichend hoch sein etc. Wie Marckmann zutreffend ausführt, sind im Hinblick auf Fragen der Krankheit und Gesundheit insbesondere die beiden erstgenannten Punkte fraglich.[17] Vor allem hinsichtlich des zweiten Punktes, der Eindeutigkeit der Kausalkette, besteht in der Regel eine so große epistemische Unsicherheit, dass eine Zurechnung einer Handlungsfolge an einen Akteur nicht mit der Sicherheit durchgeführt werden kann, die nötig wäre, um eine Einschränkung der solidarischen Finanzierung von Gesundheitsleistungen rechtfertigen zu können. Dem wäre noch hinzuzufügen, dass angesichts des komplexen Zusammenspiels von Umweltbedingungen, Lebensstil, genetischen Dispositionen und anderen Faktoren bei der Genese von Krankheiten ein bestimmtes Verhalten bei dem einen Akteur zum Auftreten einer Erkrankung beitragen mag, während sich bei einem anderen Akteur, der sich ebenso verhält, keinerlei gesundheitliche Beeinträchtigungen zeigen. Würde man unter diesen Umständen das Verhalten des Einzelnen zur Rechtfertigung von Einschränkungen der finanziellen Solidarpflicht in der Gesundheitsversorgung heranziehen wollen, so wäre dies wiederum insofern mit einem gewichtigen gerechtigkeitstheoretischen Einwand konfrontiert, als dann eben doch kontingente, für den Akteur unverfügbare Unterschiede in der körperlichen Disposition und den Lebensumständen unmittelbar zu mehr oder weniger erheblichen Benachteiligungen des Betroffenen führen würden.

Anders scheint dies auf den ersten Blick bei einem Verhalten zu sein, das das Risiko erhöht, bestimmte Unfälle zu erleiden. Paradigmatisch wäre in diesem Zusammenhang an Risikosportarten zu denken, bei denen sich ein direkter, eindeutiger Zusammenhang zwischen Handlung und Handlungsfolge zumindest insofern konstruieren lässt, als ein bestimmter Unfall mit Sicherheit nicht eingetreten wäre, wenn die betreffenden Handlungen nicht vollzogen worden wären. Auch im Hinblick auf solche lassen sich allerdings gewichtige Einwände gegen eine Einschränkung der solidarischen Finanzierung von Gesundheitsleistungen geltend machen, die wieder grundlegend von Marckmann formuliert wurden.[18] Marckmann

17 *Marckmann,* Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund, s. oben Fn. 15, S. 305-307.

18 Vgl. zum Folgenden *Marckmann*, a.a.O., S. 307 f.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

weist in der Tat zu Recht darauf hin, dass gerade zahlreiche ganz alltägliche Handlungen – wie etwa das Putzen der eigenen Wohnung oder die Autofahrt zum Arbeitsplatz – mit erheblichen Unfallrisiken behaftet sind. Wollte man Gesundheitsleistungen auf der Grundlage der Risikobewertung von Handlungen einschränken, so hätte man dementsprechend die Wahl, entweder eine Vielzahl alltäglichster Handlungen als Grund heranzuziehen, solidarisch finanzierte Gesundheitsleistungen vorzuenthalten, oder man müsste risikobehaftete Handlungen noch einmal einer risikounabhängigen qualitativen Bewertung unterziehen: Dergestalt, dass etwa das Putzen der eigenen Wohnung trotz des Umstands, dass es vielleicht sogar mit einem höheren Unfallrisiko verbunden ist als zum Beispiel Freiklettern als „akzeptabel" für die Solidargemeinschaft gelten würde, das – statistisch gesehen vermutlich ungefährlichere – Freiklettern aber nicht. Damit würde die Einschränkung von Gesundheitsleistungen aber von der Risikobewertung gerade abgekoppelt und stattdessen in versteckter Weise an eine Lebensstil-Bewertung angekoppelt. Das wiederum ist aber gerechtigkeitstheoretisch in einem System, innerhalb dessen die Erfüllung der einschlägigen Solidarpflichten staatlicherseits *erzwungen* wird, nicht hinnehmbar, da es dem Grundsatz der weltanschaulichen Neutralität des Staates widersprechen würde.[19] Zudem wäre es selbst im Hinblick auf eine Ethik des guten Lebens durchaus fragwürdig, ob eine Gesellschaft, die ihre Mitglieder mittels ökonomischer Anreize zur permanenten Risikoaversion in allen Lebensbereichen erziehen würde, noch eine Gesellschaft wäre, in der ein gutes und gelingendes Leben möglich ist.

IV Fazit

Abschließend lässt sich als Ergebnis der hier skizzierten Überlegungen dreierlei festhalten: Zum einen, dass jede Untersuchung der Bedeutung des Verantwortungsbegriffs für gerechtigkeitstheoretische und ethische

19 Vgl. dazu auch die Ausführungen von Marckmann: „Dass es hierbei keine scharfe, aus einer allgemeinen Gerechtigkeitstheorie ableitbare Grenze gibt, scheint offensichtlich. Vielmehr wird man eine – vermutlich wenig erfreuliche – politische Diskussion darüber führen müssen, was gesellschaftlich akzeptierte Lebensstile (mit entsprechenden Gesundheitsrisiken) sind und welche Präventionsmaßnahmen man dem Einzelnen zumuten kann. Eine gerade unter Gerechtigkeitserwägungen problematische Diskriminierung von gesellschaftlich wie politisch schwächeren Gruppen scheint hierbei vorprogrammiert (*Marckmann*, a.a.O., S. 308).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Fragen der solidarischen Gesundheitsversorgung angesichts der Äquivokation des Begriffs klar zwischen Verantwortung V_P im Sinn der Pflichtenzuschreibung und Verantwortung V_H im Sinn der Handlungs- und Handlungsfolgenzurechnung unterscheiden muss. Erst auf dieser Grundlage ist es dann möglich, eventuelle Zusammenhänge und Bezüge zwischen beiden Bedeutungen zu bestimmen. Zum zweiten hat sich gezeigt, dass V_H entgegen dem ersten Anschein aus verschiedenen Gründen keine hinreichende Rechtfertigung für Einschränkungen in der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu bieten vermag und daher insgesamt für das Thema wenig ergiebig ist. Anders ist das drittens im Fall der Verantwortung qua Pflichtenzuschreibung. Hier bestehen in der Tat zahlreiche offene Fragen, die freilich nur angemessen bearbeitet werden können, wenn auf den normativen Grund bzw. die normativen Gründe für solidarische Verpflichtungen im Gesundheitswesen zurückgegangen wird.

Literatur

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Eigenverantwortung – Ein gesundheitspolitisches Experiment, Gütersloh 2004.

Duff, R. Antony, Artikel „Responsibility", in E. Craig (Hrsg.), Routledge Encyclopedia of Philosophy Bd. 8, London/ New York 1998, S. 290-294.

Grimm, Jakob/ Grimm, Wilhelm et al., Artikel „Verantwortung", in: Dies., Deutsches Wörterbuch, 33 Bde., Leipzig 1854-1961, Bd. 25, Sp. 82 f.

Höfling, Wolfram, Gesundheitliche Eigenverantwortung – Anmerkungen zu einer schwierigen Kategorie, in: V. Schumpelick et al. (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Freiburg im Breisgau 2009, S. 514-526.

Holl, Jann, Artikel „Verantwortung I", in: J. Ritter/ K. Gründer et al. (Hrsg.), Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. XI, Basel 2001, Sp. 566-569.

Kant, Immanuel, Brief an König Friedrich Wilhelm II vom Oktober 1794, in: Kants gesammelte Schriften, hrsg. von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaft (Akademieausgabe), Band XI, Berlin 1900 ff.

Kant, Immanuel, Die Metaphysik der Sitten, in: Kants gesammelte Schriften, hrsg. von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaft (Akademieausgabe), Band VI, Berlin 1900 ff.

Marckmann, Georg, Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung?, in: O. Rauprich/ G. Marckmann/ J. Vollmann (Hrsg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Interdisziplinäre Perspektiven, Paderborn 2005, S. 299-313.

Nida-Rümelin, Julian, Verantwortung, Stuttgart 2011.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Schmidt, Bettina, Eigenverantwortung haben immer die Anderen: Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen, Bern 2008.

Schröder, Gerhard, Regierungserklärung des Bundeskanzlers der Bundesrepublik Deutschland am 14. März 2003: Plenarprotokoll 15/32 des Deutschen Bundestages, S. 2479. URL: http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/15/15032.pdf, Zugegriffen 25.4.2014.

Stoecker, Ralf, Handlung und Verantwortung – Mackie's Rule Put Straight, in G. Meggle/ J. Nida-Rümelin (Hrsg.), Analyomen 2, Bd. 3, Berlin/ New York 1997, S. 357-364.

Werner, Micha H., Artikel „Verantwortung", in: M. Düwell/ C. Hübenthal/ M. Werner (Hrsg.), Handbuch Ethik, Stuttgart 2002, S. 521-527.

Zimmerman, Michael J., Artikel „Responsibility", in: L. Becker/ C. Becker (Hrsg.), Encyclopedia of Ethics Bd. 2, London/ New York 1992, S. 1089-1095.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Eigenverantwortung als Grundbegriff des deutschen Sozialstaats und Gesundheitswesens

Karl Gabriel

I Einleitung

Fragt man danach, was den Sozialstaat europäischen Typs im Kern ausmacht, so stößt man auf den Gedanken der Bereitschaft der staatlichen Gemeinschaft, Verantwortung für das Lebensschicksal der Einzelnen zu übernehmen. In den USA hat sich diese Leitidee nie voll durchgesetzt, zumal dem (Zentral-)Staat mit viel Misstrauen begegnet wird. Auch in Japan, Taiwan, Südkorea und Singapur als den am weitesten industrialisierten Staaten Ostasiens fehlt eine entsprechende Orientierung staatlichen Handelns. In Deutschland hat sich auf lutherischem Hintergrund früh ein Staatsdenken entwickelt, das – so Lorenz von Stein – dem Staat eine entscheidende Rolle bei der Lösung der Sozialen Frage zusprach. In der Situation einer Minderheit, die um ihre volle Anerkennung im protestantisch geprägten Staat zu ringen hatte, entdeckten die deutschen Katholiken den Sozialstaat bzw. die Sozialpolitik als vornehmliches Feld und Instrument ihrer eigenen Emanzipation. Auf diesem religiös-konfessionellen Hintergrund ist es in den 1880er Jahren in Deutschland zur Einrichtung des weltweit ersten Sozialversicherungsstaats gekommen. Hebt man die Bedeutung zentralstaatlicher Verantwortungsübernahme für die Identität des Sozialstaats hervor, so stößt man unmittelbar auf das Spannungsfeld von staatlicher Verantwortung und Eigenverantwortung, das von Anfang an sowohl den Sozialstaatsdiskurs als auch die sozialstaatliche Entwicklung selbst in Deutschland begleitet hat. Im Folgenden sollen drei Phasen in der Debatte um Eigenverantwortung im deutschen Sozialstaat unterschieden werden: die Gründungsphase und die Entwicklung bis nach dem Zweiten Weltkrieg, die Nachkriegssituation und die Entwicklung seit Mitte der 1970er Jahre. In einem weiteren Schritt steht die Debatte um Eigenverantwortung im Gesundheitswesen im Zentrum, wie sie als Reformvorschläge des deutschen Gesundheitswesens von beiden Kirchen eingebracht wurden. Am Schluss wird explizit auf die Widersprüche und Paradoxien hin-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gewiesen, in denen sich die sozialpolitische Rhetorik der Eigenverantwortung im Sozialstaat leicht verfängt.

II Eigenverantwortung im deutschen Sozialstaat: die Entwicklung bis zum Zweiten Weltkrieg

Schon die den deutschen Sozialstaat begründende Sozialgesetzgebung der 1880er Jahre stellte in mehrfacher Hinsicht einen Kompromiss dar. Otto von Bismarck selbst verband mit der Einrichtung der Sozialversicherungen ein etatistisches Interesse, das sich nicht nur im Rechtszwang zur Mitgliedschaft für die Arbeiter ausdrückte, sondern auch in der Staatsfinanzierung.[1] Zentrale sozialpolitische Akteure in seiner Umgebung wie Theodor Lohmann verfolgten dagegen die Idee der Selbstbeteiligung der Arbeiter sowohl an der Finanzierung wie an der Selbstverwaltung der Versicherungen. Die katholischen Sozialpolitiker wie auch die Vertreter der sozialistischen Arbeiterschaft unterstützten die Politik der Staatsbegrenzung in den Sozialversicherungen. Zum offenen Konflikt kam es im Fall der Alters- und Invalidenversicherung, die zur Trennung zwischen Bismarck und Lohmann führte und der die Mehrheit der Zentrumsabgeordneten wegen des vorgesehenen Staatszuschusses die Zustimmung verweigerte. Von der Gründungsidee her enthält der deutsche Sozialversicherungsstaat sowohl ein starkes Element der Staatsverantwortung des Zentralstaats als auch Momente der Eigenverantwortung der Versicherten. Durch die Beteiligung an der Finanzierung erwerben sie sich eigene, vom Staat prinzipiell unabhängige Ansprüche und durch die Selbstverwaltung sind sie an der Organisation der Versicherungen beteiligt. Dies verhinderte nicht, dass der deutsche Sozialstaat von Anfang an einer scharfen Kritik ausgesetzt war, die einen Mangel an Eigenverantwortung anprangerte. Schon 1912 sprach etwa der Staatswissenschaftler Ludwig Bernhardt unter dem Titel „Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik" von „gewisse[n] Entartungserscheinungen, die heute schon so tief greifen, dass sie nicht mehr

1 *K. Gabriel/ H.-R. Reuter*, Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Korporatistischer Sozialversicherungsstaat mit konfessioneller Prägung, in: Gabriel et al. (Hrsg.), Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa, 2013, S. 101-106.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

mit der Phrase erklärt werden können: wo Licht, da Schatten“[2]. In der zweiten Hälfte der 1920er Jahre erfreute sich dann die Fundamentalkritik des Sozialstaats hoher Beliebtheit. So zählte der Arzt Erwin Liek unter die „Schäden der sozialen Sicherung“, dass sie „nicht nur zur körperlichen Verweichlichung, sondern auch zur moralischen Entartung“ führe.[3] Waren die Sozialversicherungen schon 1911 auch auf die Angestellten ausgedehnt worden, so wurden die Folgen des Ersten Weltkriegs zum Katalysator für die Ausweitung der Sozialpolitik auf weite Teile der Bevölkerung. Damit verschärften sich auch die Spannungen zwischen Staatsverantwortung und Eigenverantwortung. So ist eine erste Konjunktur des Verantwortungsbegriffs in den Diskursen um den Sozialstaat verknüpft mit dem „Übergang von einer an der Lösung der Arbeiterfrage orientierten Sozialpolitik zu einer politischen Wohlfahrtsverantwortung für alle Bürger bzw. Menschen“.[4] Während die Sozialdemokratie an einer Ausweitung der Verantwortung des Staates interessiert war, brachten die Sozialpolitiker des politischen Katholizismus den Gedanken der subsidiären Begrenzung des Staates in die Sozialgesetzgebung der Weimarer Republik ein. Besonders erfolgreich waren sie auf dem Feld der sozialen Dienste, wo sie durchsetzen konnten, dass mit Berufung auf den Subsidiaritätsgedanken die nichtstaatlichen Akteure der Freien Wohlfahrtspflege einen prinzipiellen Vorrang vor den staatlichen und kommunalen Einrichtungen erhielten. Insgesamt zielte die korporatistische Ausrichtung der Sozialpolitik auf eine Pluralität eigenverantwortlicher Akteure und damit eine Begrenzung der staatlichen Verantwortung. Die Gegner der Republik auf konservativer wie nationalistischer Seite nutzten die finanziellen Probleme, insbesondere der 1927 eingeführten Arbeitslosenversicherung, schon seit 1930 zum Frontalangriff auf den Weimarer Staat und brachten ihn 1933 zu Fall. Die Instrumentalisierung und Ideologisierung der Sozialpolitik in den Jahren 1933 bis 1945 war mit einer Zentralisierung der Versicherungen nach dem

2 *L. Bernhardt*, Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik, 1912, S. V, hier zitiert nach: *C. Sachße*, Wohlfahrtsstaat in Deutschland. Strukturen, Paradoxien, Perspektiven, in: Wollasch (Hrsg), Wohlfahrtspflege in der Region, 1997, S. 269.

3 *E. Liek*, Die Schäden der sozialen Sicherung, 1927, zitiert nach *Sachße*, Wohlfahrtsstaat, s. oben Fn. 2, S. 269.

4 *F.-X. Kaufmann*, „Verantwortung“ im Sozialstaatsdiskurs, in: Heidbrink/ Hirsch (Hrsg.), Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips, 2006, S. 44.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Führerprinzip und dem Abbau von Elementen der gesellschaftlichen Eigenverantwortung verbunden.

III Eigenverantwortung im sozialpolitischen Diskurs nach 1945

Nach dem Zweiten Weltkrieg sind es zwei konfessionell geprägte Diskurse, in denen das Spannungsverhältnis von Eigen- und Staatsverantwortung eine zentrale Rolle spielen. Die Vertreter des Ordoliberalismus wie Franz Böhm, Walter Eucken und Alexander Rüstow haben in ihrer wirtschaftspolitischen Konzeption dem Gedanken der Selbstverantwortung im Sinne privater Selbstvorsorge und marktvermittelter Eigenverantwortung einen zentralen Stellenwert eingeräumt. Bei allen Unterschieden ihrer Positionen im Einzelnen lehnen sie gemeinsam, am Ordo-gedanken orientiert, wohlfahrtsstaatliche Eingriffe des Staates in die Wirtschaftsabläufe ab. Philip Manow hat die ordoliberale Konzeption als eine lutherisch geprägte Wirtschaftsethik rekonstruiert.[5] Ausgehend von der Verfasstheit des Menschen im Sinne Luthers als „simul iustus et peccator" gelte es, die Eigenverantwortung des Menschen in doppelter Weise zu schützen und zu fördern: „einerseits indem der eigennützig-übergriffige Sünder durch eine Ordnung diszipliniert wird, die sich der systemischen Anreiz- und Sanktionsmechanismen des Marktes bedient, andererseits indem der zu Nächstenliebe und Gemeinwohl disponierte Gerechte – nicht zuletzt durch kirchliche Verkündigung – zu einem vor Gott verantwortlichen Gebrauch seiner Freiheit befähigt und angehalten wird."[6]

> In der 1958 in der Erstauflage erschienenen „Theologischen Ethik" entwickelt Helmut Thielicke eine Kritik des Wohlfahrtsstaats ohne Eigenverantwortung. „Was ‚ohne Not' mit anderen Mittel[n] zu bewältigen ist" – so Thielicke – darf „nicht auf den Staat abgewälzt werden".[7] Die Verminderung der Privatinitiative und die Umwandlung von Fürsorge in Rechtsansprüche widerspreche der Würde und Subjektstellung der Person. Der Staat müsse sich deshalb „im wesentlichen auf die Aufgabe der Prophylaxe gegenüber der Armut und auf die Reaktivierung der wirtschaftlich Hilflosen" beschränken und den

5 *P. Manow*, Religion und Sozialstaat. Die konfessionellen Grundlagen europäischer Wohlfahrtsstaatsregime, 2008, S. 109-134.

6 *H.-R. Reuter*, „Verantwortung" im konfessionellen Wohlfahrtsstaatsdiskurs, 2014, S. 9 f. (erscheint in: Gabriel et al. (Hrsg.), Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Konfession und Semantik, 2015).

7 *H. Thielicke*, Theologische Ethik II/2, 1987, Rdz. 1640 f.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

> „selbstlosen Dienst an den völlig Hilflosen und den wirtschaftlich nicht mehr ‚Reaktivierbaren'" freigemeinnützigen Verbänden überlassen.[8] Die Bezugnahme auf Eigenverantwortung spielt auch in Ludwig Ehrhards vom Ordoliberalismus geprägten sozialpolitischen Konzeption eine zentrale Rolle. Wie er in seiner Programmschrift „Wohlstand für alle" ausführt, betrachtet er den bismarckschen Sozialversicherungsstaat mit Versicherungszwang und umlagefinanzierten Leistungen als Schritt in den „modernen Wahn" des „Versorgungsstaats". Es widerspräche der marktwirtschaftlichen Ordnung, „die private Initiative, Selbstsorge und Eigenverantwortung auch dann auszuschalten, wenn das Einzelindividuum materiell durchaus in der Lage ist, solche Tugenden in weitem Umfang zu üben."[9]

Unter den Vertretern der Katholischen Soziallehre ist es in spezifischer Weise Joseph Höffner, der in den 1950er Jahren die Gefahren eines Wohlfahrtsstaats ohne Eigenverantwortung beschwört. In dem auf einen Vortrag vor dem „Verein für Agrarwirtschaft e. V." zurückgehenden Beitrag aus dem Jahr 1952 stellt er den Wohlfahrtsstaat in eine Reihe mit den großen Menschheitsträumen seit Platon, Thomas Morus und Thomas Campanella, die mit der Sozialutopie des Marxismus ihre Unschuld verloren hätten.[10] Trotzdem habe der Mensch auch im Westen nicht zur Eigenverantwortung zurückgefunden:

> „Wenn die Menschen zwischen Sicherheit und Freiheit zu wählen haben, sind viele geneigt, auf die Freiheit zu verzichten und statt dessen die Lebenssicherheit, die Versorgung, die Fürsorge zu wählen, wie sie das Haustier und der Sklave genießen und wie man sie – trotz aller geheimen Furcht vor dem Kollektiv – vom Wohlfahrtsstaat erhofft und verlangt".[11]

Unter Bezugnahme auf ähnliche Gedanken Thielickes vermutet er hinter der Flucht aus der Eigenverantwortung „Hohlräume", die durch den Abbau des christlichen Glaubens entstanden seien. Er kommt zu dem Grundsatz: „Das Problem ‚Eigenverantwortung und Wohlfahrtsstaat' ist zutiefst ein religiöses Problem, das nur aus der Kraft des Glaubens befriedigend gelöst werden kann".[12] In dem Beitrag „Soziale Sicherheit und Eigenverantwortung. Der personale Faktor in der Sozialpolitik" aus dem Jahr 1953 entwickelt Höffner zehn Leitsätze für die Sozialpolitik, von denen sich

---

8 *Thielicke*, Theologische Ethik, s. oben Fn. 7, Rdz. 2069.

9 *L. Erhard*, Wohlstand für alle, bearbeitet von Wolfram Langer, 1964, S. 245-250.

10 *J. Höffner*, Eigenverantwortung und Wohlfahrtsstaat (1952), abgedruckt in: Gabriel/ Große Kracht (Hrsg.), Joseph Höffner (1906-1987). Soziallehre und Sozialpolitik. "Der personale Faktor...", 2006, S. 129-138.

11 *Höffner*, a.a.O., S. 132.

12 *Höffner*, a.a.O., S. 138.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

drei direkt auf die Eigenverantwortung beziehen: „1. Leitsatz: Der Mensch selber ist der Erstverantwortliche für seinen und seiner Familie Unterhalt".[13] Trotz der Tatsache, dass insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg ganze Bevölkerungsgruppen wie die Heimatvertriebenen und Kriegsopfer unverschuldet in Not geraten und auf staatliche Hilfe verwiesen seien, hält er es für dringend geboten, „die grundsätzlichen Normen nicht aus dem Auge zu verlieren, weil sonst die Sozialpolitik in eine falsche und damit schädliche Richtung geraten würde".[14] Im dritten Leitsatz verbindet er die „wirtschaftliche Eigenverantwortung" mit dem Bekenntnis der christlichen Soziallehre zum Privateigentum. Nur wenn möglichst jedermann Eigentümer sei, könnten sich auch die personalen Werte von „Eigeninitiative, Selbstverantwortung, Vorsorge, Arbeitsfreude" entfalten.[15] Er postuliert einen dreifachen Ring des Privateigentums auch für Arbeitnehmer, bestehend aus dem innersten Ring der Einrichtungsgegenstände der eigenen Wohnung, dem mittleren Ring des eigenen Heims und dem dritten Ring der Beteiligung an der volkswirtschaftlichen Kapitalbildung.

Der 6. Leitsatz Höffners lautet: „Der Staat dient der sozialen Sicherheit dadurch am meisten, dass er die persönliche Verantwortung seiner Bürger, das Sorgen und Vorsorgen der Familie und der anderen kleineren Lebenskreise sowie die genossenschaftliche Selbsthilfe anerkennt und sich entfalten lässt".[16] Deshalb müsse man auch einen staatlichen, aus dem Steueraufkommen finanzierten Gesundheitsdienst wie in England als dem Subsidiaritätsprinzip widersprechend ablehnen. Für Höffner gehört die Eigenverantwortung zum christlichen Menschenbild, die die staatliche Hilfe nur als „Hilfe zur Selbsthilfe" zulasse. In diesem Zusammenhang nimmt er auch positiv den von Rüstow geprägten Begriff der „Vitalpolitik" auf. Der 10. Leitsatz fasst die sozialpolitische Perspektive Höffners noch einmal zusammen: „Unvereinbar mit dem christlichen Menschenbild ist die totale

13 *J. Höffner*, Soziale Sicherheit und Eigenverantwortung. Der personale Faktor in der Sozialpolitik, abgedruckt in: Gabriel/ Große Kracht (Hrsg.), Joseph Höffner (1906-1987). Soziallehre und Sozialpolitik. "Der personale Faktor...", 2006, S. 139-155 (147). Zur Debatte siehe auch: *Kaufmann*, „Verantwortung", s. oben Fn. 4, S. 40-43.

14 *Höffner*, a.a.O., S. 148.

15 *Höffner*, a.a.O., S. 149.

16 *Höffner*, a.a.O., S. 151.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Staatsversorgung, die als krasse Verneinung jeder Subsidiarität die Selbstverantwortung zerstört und die Freiheit des Menschen bedroht".[17]

Die bundesrepublikanische Nachkriegsdebatte – so lässt sich zusammenfassen – ist geprägt durch die Gegenüberstellung von Eigenverantwortung versus Kollektivierung und Zentralisierung sozialer Sicherheit. Mit Verweis auf den Wert der Eigenverantwortung kritisieren die Ordoliberalen und Ehrhard, aber auch Thielicke und Höffner nicht nur den Kommunismus, sondern auch den – wie sie sagen – „totalen Versorgungsstaat" skandinavischer und britischer Prägung.

IV Eigenverantwortung im Krisendiskurs des deutschen Sozialstaats

Mit den sozialpolitischen Entscheidungen Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre sind die Konturen des deutschen Sozialstaats als subsidiär ausgerichteter Sozialversicherungsstaat festgelegt. In den Jahren der Expansion der Sozialversicherungen und dem Ausbau der sozialen Dienste, vornehmlich im Bereich der freien Wohlfahrtspflege, in den 1960er und Anfang der 1970er Jahre spielt der Diskurs um die Eigenverantwortung keine Rolle. Dies ändert sich in den Jahren nach 1975, die eine Zäsur in der öffentlichen Debatte um den Sozialstaat bedeuten. Im Hintergrund stehen schwerwiegende Veränderungen der wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen des deutschen Sozialstaats. Mit seiner stark exportorientierten Wirtschaft ist Deutschland besonders nachhaltig von den Prozessen der Globalisierung der Wirtschaft und des Finanzkapitals betroffen. Dies hat zur Folge, dass die dem Sozialstaat zugrunde liegende Machtkonstellation zwischen Kapital und Arbeit sich nachhaltig zugunsten der Kapitalseite verschiebt. In der wissenschaftlichen wie in der politischen Debatte taucht die Frage auf, ob der Sozialstaat angesichts der Herausforderung der Globalisierung seine integrative Kraft im nationalen Rahmen überhaupt noch erfüllen kann.[18] In den Jahren nach 1989 werden die deutsche Einheit und die Art ihrer sozialpolitischen Bewältigung zur größten Herausforderung des deutschen Sozialstaats.[19] Als Lösung mit

17 *Höffner*, a.a.O., S. 154.

18 *F.-X. Kaufmann*, Sozialpolitik und Sozialstaat. Sozialwissenschaftliche Analysen, 2002, S. 241-260.

19 *G. A. Ritter*, Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats, 2007.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dem geringsten politischen Widerstandspotential kommt es in den Jahren 1989 bis 2004 zur Übertragung des gesamten westdeutschen sozialstaatlichen Systems auf das Gebiet der ehemaligen DDR. In der Debatte um die Krise des deutschen Sozialstaats, die seit 1975 mit unterschiedlichen Höhepunkten fortdauert, kommt es zu einem erneuten und verstärkten Rekurs auf den Begriff der Eigenverantwortung. Dabei lassen sich zwei gegensätzliche Varianten des Rückgriffs auf den Topos der Eigenverantwortung unterscheiden. Die Selbsthilfebewegung kritisiert die Verrechtlichung, Bürokratisierung und Professionalisierung der Sozialpolitik und ihrer Hilfen als kontraproduktiv. Dem stellt sie die Forderung nach einer „neuen Subsidiarität" gegenüber, in deren Rahmen die Betroffenen selbst und ihre Anwälte aus den neuen sozialen Bewegungen Eigenverantwortung für ihre Angelegenheiten beanspruchen.[20] Hier sind es Akteure, die für sich selbst gegenüber sozialstaatlichen Hilfen einen höheren Grad der Eigenverantwortung einfordern. In einem zweiten, in den 1990er Jahren dominant werdenden Diskurs um Eigenverantwortung nimmt die Forderung eine andere, gegensätzliche Stoßrichtung an. Die Frage nach dem Verhältnis staatlicher Hilfe und Verantwortung zur Eigenverantwortung des Einzelnen wird zu einer zentralen Konfliktlinie in den sich verschärfenden Verteilungskonflikten um den Sozialstaat. Hier wird die Eigenverantwortung zu einer politischen Forderung an andere, die diese gerade nicht für sich selbst beanspruchen. Diese ambivalente Grundkonstellation prägt das neu propagierte Leitbild des aktivierenden Sozialstaats. An die Stelle von Fürsorge soll Vorsorge, an die Stelle von Betreuung Aktivierung und an die Stelle finanzieller Transfers Qualifizierung und Bildung treten. Eigenverantwortung als Forderung an andere impliziert die Gefahr, den Rückzug aus der Verantwortung des Staates einseitig zu legitimieren und damit im neu entfachten Verteilungskampf um die Lasten des Sozialstaats als moralische Waffe missbraucht zu werden.

20 *R. G. Heinze*, „Neue Subsidiarität" – zum soziologischen und politischen Gehalt eines aktuellen sozialpolitischen Konzepts, in: Heinze (Hrsg.), Neue Subsidiarität. Leitidee einer zukünftigen Sozialpolitik, 1968, S. 13-38.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

V Eigenverantwortung im deutschen Gesundheitswesen: zwei kirchliche Stellungnahmen

Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) und die Deutsche Bischofskonferenz (DBK) haben in den Jahren 2002 und 2003 Stellungnahmen veröffentlicht, die um die Thematik der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen kreisen. Der EKD-Text 74 aus dem Jahr 2002 trägt den Titel „Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen". Die Stellungnahme wurde von der Kammer der EKD für soziale Ordnung erarbeitet und vom Rat der EKD veröffentlicht. Wenig später hat auch die Deutsche Bischofskonferenz eine von den Bischöflichen Kommissionen für gesellschaftliche Fragen (Kommission VI) und für caritative Fragen (Kommission XIII) erarbeitete Stellungnahme publiziert. In der Stellungnahme der Deutschen Bischöfe taucht schon im Titel der Begriff der Eigenverantwortung auf: „Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierung für ein zukünftiges Gesundheitssystem".

Das EKD-Papier sieht die Patienten zunehmend durch Fremdbestimmung und Entmündigung bedroht und möchte anknüpfend an eine Stellungnahme der EKD aus dem Jahr 1994 („Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen") den „mündige[n] und verantwortlich handelnde[n] Versicherten […] zum Dreh und Angelpunkt der Reformvorschläge" machen.[21] Im Zentrum der programmatischen Aussagen des Papiers stehen Forderungen nach Eigenverantwortung: „Patientensouveränität in einem Solidarsystem bedeutet vor allem Eigenverantwortung".[22] In einer Art biblischen Adhortatio wird Eigenverantwortung folgendermaßen biblisch gedeutet: „Der Satz ‚Einer trage des anderen Last' (Gal. 6,2) kann mit Blick auf ein solidarisches Sicherungssystem durchaus bedeuten, auf die Inanspruchnahme von Leistungen, die man auch selbst erbringen kann, zu verzichten, um anderen, die darauf angewiesen sind, den Zugang auf Dauer offen zu halten".[23] In Nr. 6 des Papiers werden die knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitssystem explizit als Grund für die steigende Notwendigkeit der Mitverant-

21 Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. EKD-Texte 74, Nr. 3.

22 EKD, a.a.O., Nr. 4.

23 EKD, a.a.O., Nr. 5.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wortlichkeit angesprochen, die allerdings „nur durch Eigenverantwortlichkeit jedes einzelnen Mitgliedes der Solidargemeinschaft zum Tragen kommen“ kann.[24] Die Versicherten sollen über einen sorgsamen Umgang mit der eigenen Gesundheit hinaus bereit sein, „neben den eigenen Beiträgen zum Solidarsystem einen zumutbaren Teil der entstehenden Lasten auch unmittelbar selbst zu tragen, [...]“.[25] Bei so viel auf Eigenverantwortung zielender Programmatik überrascht es, dass in der Diagnose der Schwächen des Gesundheitssystems die strukturellen, die Handlungsmöglichkeiten der Versicherten transzendierenden Aspekte dominieren. Für die festgestellten gravierenden Funktionsmängel des Systems werden „mächtige Interessenverbände, insbesondere auf der Anbieterseite des Gesundheitssystems“ verantwortlich gemacht.[26] Die finanziellen Probleme des Gesundheitssystems werden in erster Linie auf den medizinisch-technischen Fortschritt und den demographischen Wandel zurückgeführt, aber auch auf wachsende Ansprüche besser gebildeter und durchsetzungsfähigerer Patienten. Angesichts der vielfältigen Systemmängel erhoffen sich die Autoren des Papiers primär von einem regulierten Wettbewerb eine Verbesserung der Situation. In Nr. 30 werden eine große Zahl von Reformvorschlägen gemacht (Punkte: a-m), von denen allerdings nur ganz wenige einen Bezug zu Eigenverantwortung aufweisen. So wird vorgeschlagen, Differenzen im Leistungsangebot wie in der Beitragsgestaltung zuzulassen, um größere Spielräume für Eigenverantwortung zu schaffen. Es überrascht, dass das Papier auf der einen Seite programmatisch vornehmlich auf Eigenverantwortung setzt, auf der anderen Seite Eigenverantwortung weder in der Problemanalyse noch in der vorgeschlagenen Therapie eine zentrale Rolle spielt.[27] Die Autoren der Stellungnahme scheinen intuitiv zu spüren, dass die Anderen angesonnene und abgeforderte Eigenverantwortung einen ambivalenten Charakter besitzt. Dieser Eindruck wird noch dadurch verstärkt, dass von einer notwendigen Befähigung zur Eigenverantwortung nur an einer einzigen Stelle des Textes die Rede ist.

Wie der Titel schon andeutet, spielt der Gedanke der Eigenverantwortung im Papier der Deutschen Bischofskonferenz eine noch zentralere Rol-

24 EKD, a.a.O., Nr. 6.
25 EKD, a.a.O., Nr. 7.
26 EKD, a.a.O., Nr. 11.
27 *P. Dabrock/ K. Gabriel*, Einladung zum Missbrauch? Eine Kritik aktueller gesundheitspolitischer Stellungnahmen der Kirchen, Herder Korrespondenz 2003, S. 405.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

le als in der Stellungnahme der EKD. Externe Reformanlässe (permanent steigende Gesundheitsleistungen, schwindende Finanzierungsbasis) und systemimmanente Mängel (übermächtige Interessen der Leistungserbringer und Kassen, Qualitätsmängel, übertriebene Anspruchshaltung eines Teils der Patienten) erzwingen aus der Sicht der deutschen Bischöfe einen höheren Grad an Eigenverantwortung. Nur darüber lasse sich die Solidarität aller auch in Zukunft sichern. Eigenverantwortung wird anthropologisch aus der Eigenständigkeit als Einzelwesen abgeleitet, die die Person zur Selbsterhaltung und zur gesundheitlichen Vorsorge verpflichte. Gleichzeitig misstraut das Papier der Kraft des moralischen Appells zur Eigenverantwortung allein und plädiert deshalb für „Strukturen und Regelungen, die dem notwendigen Aspekt der Eigenverantwortung in der Solidarität Rückhalt geben und Nachdruck verleihen".[28] Als Lösungsperspektive für die normative Grundfrage, was der Einzelne für seine Gesundheit selbst tun muss und was er gerechterweise von der Gemeinschaft erwarten kann, wird das Subsidiaritätsprinzip angeboten. Zwar wird das Prinzip in seinem doppelten Verpflichtungscharakter als Kompetenzanmaßungsverbot des Staates gegenüber dem Einzelnen und den jeweils kleineren Einheiten und als Hilfegebot der politischen Gemeinschaft gegenüber dem Einzelnen und den jeweils kleineren Einheiten herangezogen, gleichzeitig aber das Hilfegebot defensiv an die defizitäre Situation der kleineren Gemeinschaften gebunden, „wo ihre Eigenkräfte zur Aufgabenbewältigung nicht ausreichen".[29] Zur Stärkung der Eigenverantwortung im Bereich der Leistungserbringung schlagen die deutschen Bischöfe eine größere Transparenz des Systems, eine höhere Effizienz und die Steuerbarkeit des Systems durch die Patienten vor. Eine stärkere finanzielle Selbstbeteiligung der Patienten komme aber nur in Frage, wenn davon wirklich positive Steuerungswirkungen im System ausgingen und niemand von notwendigen Leistungen ausgeschlossen werde. Für die Begrenzung des Leistungsumfangs der Gesetzlichen Krankenversicherung schlägt das Papier zur Stärkung der Eigenverantwortung folgende Kriterien vor: individuelle Tragbarkeit, die Konsumnähe von Leistungen und ihre Beeinflussbarkeit durch die Lebensführung der Patienten. Die vorgeschlagenen Reformmaßnahmen sind, so die Stellungnahme der deutschen Bischöfe, daran zu mes-

28 Die deutschen Bischöfe – Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/ Kommission für caritative Fragen. Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukünftiges Gesundheitssystem, 2003, S. 9.

29 Die deutschen Bischöfe, a.a.O., S. 9.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

sen, „inwieweit sie eine aktive Beteiligung aller Akteure und die Erweiterung ihrer Befähigung zum verantwortlichen Gesundheitshandeln tatsächlich zu fördern in der Lage sind".[30] Als würden sich die Autoren des Textes der Problematik einer so starken Konzentration auf Eigenverantwortung in einem kirchlichen Papier bewusst, enthält der Text – auf zwei Sätze beschränkt – auch eine Relativierung der Fokussierung auf Eigenverantwortung: „Bei allen Überlegungen zu einem richtigen Maß an Eigenverantwortung in der Solidarität geht es nicht nur um die Verantwortung eines jeden gegenüber dem eigenen Leben, sondern auch um die Sorge um den kranken Mitmenschen. Diesem universalen Gebot der Nächstenliebe wissen sich die Christen und die Kirche in ihrem Handeln, aber auch in ihren Forderungen an Staat und Gesellschaft insgesamt in besonderer Weise verpflichtet".[31] Ähnlich wie gegenüber dem Text der EKD stellt sich die Frage, ob die Forderung der Eigenverantwortung in ausreichendem Maße die tatsächlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Eigenverantwortung in Rechnung stellt. Auch die Forderungen zur Eigenverantwortung der Deutschen Bischöfe richten sich auf dem Hintergrund von als drängend wahrgenommenen Finanzierungsproblemen pauschal an andere. Wo aber beispielsweise die unterschiedlichen Fähigkeiten zur Eigenverantwortung in Mittel- und Unterschichten unberücksichtigt bleiben, stoßen die Forderungen nach Eigenverantwortung auf ganz unterschiedliche Realitäten und implizieren die Gefahr, als Instrument der Entsolidarisierung gegenüber den Schwächeren missbraucht zu werden.

Die Stellungnahmen beider Kirchen zur Eigenverantwortung im Gesundheitswesen – so lässt sich resümieren – enthalten viele Aspekte vernünftiger Analysen und gut begründeter Reformvorschläge für das Gesundheitswesen. Durch ihre starke und einseitige Fokussierung auf die Forderung der Eigenverantwortung verfangen sie sich aber in den Problemen einer paradoxen Kommunikation, die von sehr unterschiedlichen Menschen kontextlos Eigenverantwortung einfordert, ihnen aber gleichzeitig eine eigenverantwortliche Suche nach Wegen und Richtungen der Problemlösung im Grunde nicht zutraut.

30 Die deutschen Bischöfe, a.a.O., S. 11.
31 Die deutschen Bischöfe, ebd.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

VI Paradoxien der sozialpolitischen Forderung nach Eigenverantwortung

Nachdem der Krisendiskurs um den Sozialstaat schon fast vier Jahrzehnte anhält und es auf diesem Hintergrund immer wieder zu forcierten Rückgriffen auf die Rhetorik der Eigenverantwortung in der Sozialpolitik gekommen ist, lassen sich heute die inneren Widersprüche und Paradoxien der Forderung nach Eigenverantwortung genauer benennen. Auf sie soll am Schluss dieses Beitrags noch einmal eigens hingewiesen werden. Wo Eigenverantwortung erstens nicht von den Bürgern selbst eingefordert und beansprucht wird, sondern verordnet werden soll, widerspricht sie sich selbst. „Mit der Erklärung, besser zu wissen, was gut sei für die Bürger, wird die Eigenverantwortung in dem Moment abgesprochen, da sie zugewiesen wird".[32] Eine zweite Dimension des Selbstwiderspruchs der politischen Forderung nach Eigenverantwortung besteht in einer impliziten Abwertung der Sozialpolitik. Auf dem Hintergrund, dass die öffentliche Übernahme von Verantwortung für das soziale Schicksal des Einzelnen zum normativen Kern der Idee des modernen Sozialstaats gehört, drückt sich im forcierten Rückgriff auf die politische Rhetorik der Eigenverantwortung ein Element von sozialpolitischer Antipolitik im Sinne einer Absage an die sozialstaatliche Programmatik insgesamt aus. Im politischen Diskurs um die Eigenverantwortung bleibt drittens in der Regel unartikuliert, dass es für den Einzelnen häufig um eine Verlagerung von Abhängigkeiten vom Staat zu Institutionen und Prozessen des Marktes geht. Der Forderung nach Eigenverantwortung im Gesundheitswesen korrespondiert die Vorstellung, bei der Gesundheit handele es sich um einen expandierenden Markt, der durch höhere Anteile privater Vorsorgeleistungen bedient werden müsse. Im Bereich der Alterssicherung wurde, unterstützt durch Forderungen nach mehr Eigenverantwortung, ein neuer Vorsorgemarkt installiert. Inzwischen hat sich gezeigt, dass dieser zwar der Finanzindustrie einen großen Wachstumsschub beschert hat, der selbstverantwortliche Einzelne sich aber einem undurchsichtigen Geflecht von Finanzprodukten gegenüber sieht. Wo die Appelle an die Eigenverantwortung der Bürger – so ein vierter Aspekt – abstrakt bleiben und die schicht- und milieuspezifischen Unterschiede in den Fähigkeiten zur Eigenverantwortung unberück-

32 *F. Nullmeier*, Paradoxien der Eigenverantwortung, in: Heidbrink/ Hirsch (Hrsg.), Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips, 2006, S. 153. Siehe auch: *Kaufmann*, „Verantwortung", s. oben Fn. 4, S. 56 f.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

sichtigt lassen, implizieren die Forderungen eine Benachteiligung gerade jener Gruppen, die den Schutz des Sozialstaats am nötigsten haben. Am Beispiel der beiden kirchlichen Stellungnahmen zur Reform des Gesundheitswesens, in denen die Perspektive der Eigenverantwortung eine zentrale Rolle spielt, konnte gezeigt werden, dass sie keine angemessene Berücksichtigung der unterschiedlichen Befähigungen zur Eigenverantwortung erkennen lassen. Eine staatlich verordnete Sondererziehung bestimmter Personengruppen zur Eigenverantwortung hätte zudem geringe Erfolgsaussichten. Die Gefahr, von einer „Inklusions- in eine Kontroll- und Sanktionspädagogik“[33] zu geraten, wäre groß. Zu den Paradoxien der sozialpolitischen Forderung nach Eigenverantwortung ist auch zu rechnen, dass sie neue, schwer lösbare Zurechnungskonflikte erzeugt, die gerade durch sozialstaatliche Regelungen einer Lösung zugeführt wurden. Der Logik der Sozialversicherungen entspricht es, Risiken in einem Pool zusammenzuführen und solidarisch abzusichern. Die Forderung nach Eigenverantwortung verfolgt die Intention, das Bündel an Risiken wieder aufzuschnüren und die Lasten der Sicherung neu zu verteilen. Damit stellen sich häufig schwer lösbare Zurechnungsprobleme und -konflikte aufs Neue, die durch Solidarität und eine kollektive Lösung für mehr als ein Jahrhundert institutionell bewältigt waren. Unter modernen, komplexen Lebensbedingungen dem Zwang zur Individualisierung und individuellen Zurechnung von Risiken zu entgehen, gehörte zu den ursprünglichen Motiven der Einführung der Sozialversicherungen. Die Vorschläge des Papiers der Deutschen Bischofskonferenz zur Begrenzung der Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zeigen die Problematik. Folgte man ihnen, müsste neu entschieden werden, auf welche Aspekte von Gesundheit und Krankheit die individuelle Lebensführung Einfluss hat und auf welche nicht, wo die individuelle Tragbarkeit von Risiken beginnt und wo sie aufhört und was konsumnahe Leistungen sind und welche von ihnen individuell getragen werden müssen. Angesichts der um ein vielfaches komplexer gewordenen Lebensverhältnisse als in der Ursprungsphase der Sozialversicherungen stellen sich damit Probleme, die nicht oder nur durch konfliktive Willkürentscheidungen gelöst werden können. Die Kirchen, aber auch die übrigen Akteure des sozialpolitischen Diskurses sind deshalb gut beraten, der vieldeutigen Formel der Eigenverantwortung nicht den Rang

33 *Nullmeier*, Paradoxien, s. oben Fn. 32, S. 156.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

eines Schlüsselbegriffs für ihre Reformvorstellungen des Sozialstaats insgesamt und des Gesundheitswesens im Besonderen zu verleihen.

Literatur

Bernhardt, Ludwig, Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik, Berlin 1912.

Dabrock, Peter/ Gabriel, Karl, Einladung zum Missbrauch? Eine Kritik aktueller gesundheitspolitischer Stellungnahmen der Kirchen, Herder Korrespondenz Nr. 57 (2003), S. 403-406.

Die deutschen Bischöfe – Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/ Kommission für caritative Fragen, Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukünftiges Gesundheitssystem, Bonn 2003.

Erhard, Ludwig, Wohlstand für alle, bearbeitet von Wolfram Langer, 8. Aufl., Düsseldorf/ Wien 1964.

Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. EKD-Texte 74, Hannover 2002.

Gabriel, Karl/ Reuter, Hans-Richard, Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Korporatistischer Sozialversicherungsstaat mit konfessioneller Prägung, in: K. Gabriel et al. (Hrsg.), Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa. Konstellationen – Kulturen – Konflikte, Tübingen 2013, S. 93-140.

Heinze, Rolf G., „Neue Subsidiarität" – zum soziologischen und politischen Gehalt eines aktuellen sozialpolitischen Konzepts, in: R. Heinze (Hrsg.), Neue Subsidiarität. Leitidee einer zukünftigen Sozialpolitik, Opladen 1968, S. 13-38.

Höffner, Joseph, Eigenverantwortung und Wohlfahrtsstaat (1952), abgedruckt in: K. Gabriel/ H.-J. Große Kracht (Hrsg.), Joseph Höffner (1906-1987). Soziallehre und Sozialpolitik. "Der personale Faktor...", Paderborn 2006, S. 129-138.

Höffner, Joseph, Soziale Sicherheit und Eigenverantwortung. Der personale Faktor in der Sozialpolitik (1953), abgedruckt in: K. Gabriel/ H.-J. Große Kracht (Hrsg.), Joseph Höffner (1906-1987). Soziallehre und Sozialpolitik. "Der personale Faktor...", Paderborn 2006, S. 139-155.

Kaufmann, Franz-Xaver, Sozialpolitik und Sozialstaat. Sozialwissenschaftliche Analysen, Opladen 2002.

Kaufmann, Franz-Xaver, „Verantwortung" im Sozialstaatsdiskurs, in: L. Heidbrink/ A. Hirsch (Hrsg.), Verantwortung in der Zivilgesellschaft, Frankfurt am Main 2006, S. 39-60.

Liek, Erwin, Die Schäden der sozialen Sicherung, München 1927.

Manow, Philip, Religion und Sozialstaat. Die konfessionellen Grundlagen europäischer Wohlfahrtsstaatsregime, Frankfurt am Main 2008.

Nullmeier, Frank, Paradoxien der Eigenverantwortung, in: L. Heidbrink/ A. Hirsch (Hrsg.), Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips, Frankfurt am Main 2006, S. 151-164.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Reuter, Hans-Richard, „Verantwortung“ im konfessionellen Wohlfahrtsstaatsdiskurs, Manuskript, Münster 2014 (erscheint in: K. Gabriel et al. (Hrsg.), Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Konfession und Semantik, Tübingen 2015).

Ritter, Gerhard A., Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats, 2. Aufl., München 2007.

Sachße, Christoph, Wohlfahrtsstaat in Deutschland. Strukturen, Paradoxien, Perspektiven, in: A. Wollasch (Hrsg.), Wohlfahrtspflege in der Region. Paderborn 1997, S. 269-282.

Thielicke, Helmut, Theologische Ethik II/2, 4. Aufl., Tübingen 1987.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge

Bettina Schmidt

I Eigenverantwortung im Gesundheitsbereich – Anspruch und Wirklichkeit

2007 erzielte der Begriff „Eigenverantwortung" bei google.de 3 Millionen und „Eigenverantwortung und Gesundheit" 600.000 Treffer[1], 2014 liegen die Zahlen bei 636.000 bzw. 16.400. Eigenverantwortung befindet sich zumindest quantitativ im freien Fall. Sicher erlauben diese Zahlen keine profunden Aussagen über die Relevanz gesundheitlicher Eigenverantwortung. Doch sie sind ein Indiz für die sinkende Bedeutung des diffusen „Containerbegriffs"[2], in dem sich unter anderem Lebensführungsfreiheit, Gewissensverantwortung, Pflicht zur Selbstsorge, Übernahme von Handlungs- und Folgenverantwortung sowie Selbstbeteiligung bei Selbstverschulden sammeln. Ob künftig differenzierter debattiert oder nur der Begriff ausgetauscht wird, ist offen: „Selbstmanagement" liefert derzeit 1.6 Millionen, „Selbst enhancement" 630.000 Hinweise.

1 Anspruch und Wirklichkeit

Seit Jahrzehnten ringen Menschen im Gesundheitsbereich für mehr Selbstbestimmung und gegen autoritäres Expertentum von Health Professionals. Menschen wollen ihr Leben eigenständig organisieren und dafür auch die Verantwortung übernehmen – sei es retrospektiv („Wir haben auf Pränataldiagnostik verzichtet und unserem behinderten Kind ein gutes Leben ermöglicht") oder prospektiv („Ich kann trotz meiner Behinderung Verantwortung für meine Sexualität übernehmen"). Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sind offensichtlich relevante Zutaten für gelingendes Leben, allerdings sind auch Risiken erkennbar, die sich insbesondere

1 *B. Schmidt*, Eigenverantwortung haben immer die Anderen, 2008, S. 9.
2 *C. Grühn*, Gesundheitsbezogene Handlungsverpflichtungen der Versicherten, 2001, S. 15.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

durch Überdehnung ergeben können und aus erstrittenen Rechten gebieterische Pflichten machen.

Zweifellos wünschen Menschen Eigenverantwortung, jedoch nicht immer. Denn Gesundheitsthemen sind kompliziert. Sie basieren auf komplexen, widersprüchlichen, zukunftsungewissen Wissensbeständen und stützen sich auf Wahrscheinlichkeiten, die nicht auf den Einzelfall anwendbar sind.[3] Auch wenn gesundheitliche Laien aufgrund der unzähligen Gesundheitskampagnen irrigerweise davon ausgehen, dass das gesicherte Wissen über Gesundheit, Krankheit, wirksame und unwirksame Behandlungsverfahren beträchtlich ist: Eine eindeutige Faktenlage ist die Ausnahme, nicht die Regel. Selten ist das Wissen so widerspruchsfrei wie zum Tabakkonsum. Bereits die verfügbaren Daten – das heißt Schätzungen und Hochrechnungen – zum Passivrauchen sind umstritten, ebenso wie die Studien, die diese Daten bestreiten[4]. Auch zum Alkoholkonsum gibt es jenseits von Missbrauch und Abhängigkeit kaum widerspruchsfreie Erkenntnisse, ob, wie viel, welcher Alkohol, für wen, wann, bedenklich, unbedenklich, nützlich ist.[5] Dissens herrscht über den gesundheitsriskanten BMI[6] und den Nutzen von Krebsfrüherkennung[7].

Viele Menschen (besonders ältere, kränkere, gering gebildete Menschen[8]) streben nicht primär nach Eigenverantwortung. Sie haben zwar gern die Wahl; aber es besteht ein Unterschied zwischen Wahl haben und Wahl treffen[9]. Wunsch und Fähigkeit zur Eigenverantwortung sind nicht dichotom verteilt, sondern liegen auf einem Kontinuum zwischen dezidierter Selbstverantwortung und impliziter bzw. expliziter Verantwortungsdelegation.[10] Wer Selbstverantwortung nicht wünscht, erlebt diese

3 *J. Kasper et al*., Shared decision making, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2010, S. 636-641.

4 *J. Kuhn*, Gesundheitspolitik zwischen Evidenzbasierung und Bürgerorientierung, Prävention, 2009, S. 89-92.

5 *R. Room/ T. Babor/ J. Rehm*, Alcohol and public health, Lancet, 2005, S. 519-530.

6 *F. Schorb*, Rund ist gesund, in: Schmidt (Hrsg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung, 2014, S. 195-206

7 *P. C. Gøtzsche/ K. J. Jørgensen*, Screening for breast cancer with mammography, Cochrane Database, 2013, S. 6.

8 *S. Cullati et al*., Desire for autonomy, Patient Education and Counselling 2011, S. 134-138.

9 *J. Ogden/ E. Daniells/ J. Barnett*, When is choice a good thing?, Psychology, Health and Medicine 2009, S. 34-47.

10 *C. Charles/ A. Gafni/ T. Whelan*, Shared decision making, Social Science and Medicine 1997, S. 681-692.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nicht als Recht, sondern als Pflicht und Vernachlässigung durch das Sozialsystem.[11] Befähigungsstrategien nützen nur begrenzt; sie befähigen zwar zum Beispiel zur Partizipation, verbessern jedoch nicht den Gesundheitszustand.[12] Ohnehin ist fraglich, welche Befähigung angemessen wäre, nur drei Dilemmata zur Illustration: Wie gelingt Befähigung von Menschen, die das legitime und zu respektierende Bedürfnis haben, nur selektiv informiert zu werden und zum Beispiel angstauslösende Informationen über OP-Risiken ausschlagen?[13] Wie balancieren Info-Maßnahmen Informations- und Verständnisqualität?[14] Wie gewichtet man rechtliche Aufklärungspflichten und gedeihlichen Gesprächsverlauf?[15]

Ohnehin ist Gesundheit nicht das vornehmliche Resultat eigenverantwortlicher Leistung, sondern vor allem der sozialen Lage: Acht bzw. elf Jahre beträgt der Lebenserwartungsunterschied bei Frauen und Männern aus niedrigen im Vergleich zu hohen Soziallagen.[16] Zwar beeinflusst das Gesundheitsverhalten den Gesundheitszustand, doch dafür das Individuum allein verantwortlich zu machen, ignoriert die Ursachen der Ursachen von Gesundheitsverhalten[17]. Nur ein Beispiel zur Illustration: 15 Prozent der jungen Mädchen und 12 Prozent der Jungen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben Übergewicht im Vergleich zu 4 Prozent Mädchen bzw. 6 Prozent Jungen aus Familien mit hohem Sozialstatus[18].

Die Befürwortung der Eigenverantwortung basiert weniger auf empirisch gesicherter Plausibilität, als auf der Kompatibilität mit der herrschenden Sozial- und Gesundheitspolitik. Der Eigenverantwortungsdiskurs legitimiert rhetorisch sozialverträglich den gegenwärtigen Umbau des Wohlfahrtstaats zu einem aktivierenden Ermächtigungsstaat, der Menschen da-

---

11 *P. Crawshaw*, Governing at a distance, Social Science and Medicine 2012, S. 200-207.

12 *K. Haywood/ S. Marshall/ R. Fitzpatrick*, Patient participation in the consultation process, Patient Education and Counselling 2006, S. 12-23.

13 *Kasper et al.*, Shared decision making, s. oben Fn. 3 , S. 636-641.

14 *K. J. McCaffery/ S. K. Smith/ M. Wolf*, The challenge of shared decision making, Medical Decision Making 2010, S. 35-44.

15 *C. Katzenmeier*, Patientenautonomie und Patientenrechte, Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1093-1099.

16 Robert Koch Institut (RKI), Armut und Gesundheit, GBE kompakt, 2010, S. 1-10.

17 *S. Huster*, Akzeptierende Gesundheitsförderung braucht unterstützende Gesellschaftspolitik, in: Schmidt (Hrsg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung, 2014, S. 270-282.

18 *B.-M. Kurth/ A. Schaffrath Rosario*, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt 2010, S. 643-652.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

zu befähigen und verpflichten will, persönliche Risiken möglichst zu minimieren bzw. die Risikofolgen möglichst allein zu tragen.

Inzwischen mehrt sich die Skepsis gegenüber der zugrundeliegenden Vorstellung eines souveränen, funktionstüchtigen und selbstorganisationsfähigen Individuums: Menschen sind weniger absolut, denn relational autonom; sie sind gebunden durch gesellschaftspolitische Rahmen- und individuelle Lebensbedingungen, Milieu und Familie, internalisierte Normsysteme, Präferenzen und Kompetenzen.[19] Spätestens im Krankheitsfall wird die Unzugänglichkeit absoluter Autonomie evident.[20] In der Kuration schwindet das Bemühen, Menschen zu größtmöglicher gesundheitlicher Selbstbestimmtheit zu befähigen, denn oft ist maximale Autonomiegewährleistung unheilsamer als eine wirklichkeitsangepasste „Miniaturisierung der Autonomie“[21].

Dass gesundheitliche Eigenverantwortung so viel Zustimmung erfährt, gründet auch darauf, dass von den gesellschaftlichen Eliten Eigenverantwortung geschätzt wird und geleistet werden kann. Sie befürworten darum in gesellschaftlichen Diskursen häufig die Stärkung der Eigenverantwortung für Gesundheit, etwa im Hinblick auf das Übergewicht. Solche Zuschreibungen von Verantwortung sind Wandlungen unterworfen – auch die Trunksucht hat man lange für eine individuelle Charakterschwäche gehalten, die mit Selbstdisziplin zu regulieren sei. Verantwortungszuschreibungen basieren also auf gesellschaftlichen Übereinkünften; dies erklärt auch, warum vor allem der Einzelne zu mehr Eigenverantwortung gemahnt wird, obwohl auch professionelle Gesundheitsakteure mehr Verantwortung übernehmen könnten, etwa bei der Reduktion kostentreibender angebotsinduzierter Überversorgung[22].

19 *C. Mackenzie/ N. Stoljar*, Autonomy refigured, in: Mackenzie/ Stoljar (Hrsg.), Relational Autonomy, 2000, S. 3–34.

20 *W. O'Brien*, The recovery imperative, Social Science and Medicine 2012, S. 573–580.

21 *M. M. Perkins et al.*, Relational autonomy in assisted living, Journal of Aging Studies 2012, S. 214 (219).

22 *K. Mosebach*, Markt + Staat = Effizienz im Gesundheitswesen?, Public Health Forum 2014, S. 5-6.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

2 Risiken

Gesundheit ist kein Produkt, das man garantiert herstellen kann. Es liegt außerhalb der unmittelbaren Verfügbarkeit eines Individuums. Wer dies ignoriert, belastet Gesunde und Kranke nicht nur mit Gesundheitspflicht und Krankheitslast, sondern auch mit der Verantwortungslast, wenn man sich scheinbar nicht genügend angestrengt hat. Gesundheit wird zum „moralischen Imperativ“[23]. In der Folge empfinden kranke Menschen schuldlos Schuld und Scham, denn das unverschuldete Unvermögen wird nicht bloß als fehlerhaftes Handeln erlebt, sondern als fehlerhaftes Sein.[24] Kranke sind nicht mehr Opfer von Pech oder gesundheitsriskanten Lebensbedingungen, sondern selbstverantwortlich krank geworden. Da Krankheit in niedrigen sozialen Schichten gehäuft auftritt, sind Eigenverantwortungszuweisungen hier besonders virulent. Kranksein wird als Fehlleistung gedeutet, und die erforderliche Unterstützung wird durch Aktivierung und Sanktionierung ersetzt.[25] Gesundheit vorwiegend in der Eigenverantwortung zu verorten bedeutet, Krankheit als Versagen und Gesundheit als Erfolg zu konzipieren. Gesundheit wird zur Leistung, die sich die Gesunden redlich verdient haben. Den erfolgreichen Leistungsträger erkennt man heute nicht mehr an seinem edlen Füller, sondern an seinem Triathlon-Finisher-Shirt.[26]

Zweifellos sind Menschen verantwortlich für ihre Gesundheit, allerdings gerät häufig in Vergessenheit, dass nicht alle Menschen über das gleiche Vermögen verfügen, um für die eigene Gesundheit in wirksamer Weise Sorge zu tragen. Wer Eigenverantwortung propagiert, kann gleichsam für weniger staatliche Verantwortung votieren. Das Eigenverantwortungsargument bietet gesunden Leistungsträgern die Legitimation, sich abzugrenzen gegen die unverantwortlich ungesunde Restbevölkerung.[27] Es etabliert sich eine unfaire Unterscheidung zwischen verantwortungsbewussten und verantwortungslosen Personen, und die Akzeptanz für legiti-

---

23 *O'Brien*, The recovery imperative, s. oben Fn. 20, S. 573 (574).

24 *A. Morgenstern*, Trauer zwischen Schuld und Scham, in: Thomas/ Karle (Hrsg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, 2009, S. 593–602.

25 *U. H. Bittlingmayer*, Blaming, Producing und Activating the Victim, in: Hensen/ Hensen (Hrsg.), Gesundheitswesen und Sozialstaat, 2008, S. 229-258.

26 *M. Hartmann*, Soziale Ungleichheit: Kein Thema für die Eliten, 2013, S. 60 ff.

27 *S. Neckel*, Gewinner – Verlierer, in: Lessenich/ Nullmeier (Hrsg.), Deutschland – eine gespaltene Gesellschaft, 2006, S. 353-371.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

me Pluralität schwindet.[28] Weil im komplexen Gesundheitsfeld eine multifaktorielle Krankheitsätiologie der Normalfall ist, findet sich immer eine „passende" Evidenz für Fehlverhalten und Schuldzuweisung.[29] Die traditionelle Übereinkunft der privilegierten Schichten, sich öffentlich nicht abwertend zu äußern über nicht-privilegierte Schichten, erodiert. Die repräsentative Längsschnittstudie von Heitmeyer et al. [30] zeigt seit der Wirtschaftskrise Hinweise auf eine gestiegene „rohe Bürgerlichkeit": Die Krisenzeit bedroht auch gesicherte Schichten, die darum bemüht sind, ihre begünstigte Stellung zu wahren, unter anderem mittels Abwertung schwacher Gruppen. Es reetabliert sich eine dichotome Unterscheidung zwischen nützlichen und nutzlosen Menschen, die als zivilisatorischer Rückschritt zu werten ist.[31] Der subjektiv erlebte Widerspruch zwischen Gesundsein-Sollen und natürlich auch Gesundsein-Wollen und dem Gesundsein-Können wird von den Betroffenen als persönliche Niederlage und als politische Zumutung erlebt. Stigmatisierungserfahrungen machen nicht nur „klassische Abweichler", etwa Drogenkonsumenten, sondern auch Übergewichtige, deren spezifische Bedarfe (zum Beispiel längere Injektionsnadeln) respektlos kommentiert werden.[32] Gesamtwirtschaftlich ist der Nutzen der Eigenverantwortungspolitik fraglich. Es ist nicht zu erwarten, dass die Verantwortungsverlagerung vom Staat auf die Zivilgesellschaft und den Einzelnen zu einer Reduktion öffentlicher Kosten oder Regularien führen wird: „Die Erziehung zur Eigenverantwortlichkeit belastet die Politik mit Aufgaben der Verhaltenssteuerung, die komplexer, problematischer, kostspieliger und unberechenbarer sind als jene Aufgaben, von denen sich Politik entlasten will"[33].

---

28 *E. Feiring*, Lifestyle, responsibility and justice, Journal of Medical Ethics 2008, S. 33-36.

29 *S. Webb*, Zur Validität von evidenzbasierter Praxis in der Sozialen Arbeit, in: Otto/ Polutta/ Ziegler (Hrsg.), What works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit, 2010, S. 187–202.

30 *W. Heitmeyer*, Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit (GMF) in einem entsicherten Jahrzehnt, in: Heitmeyer (Hrsg.), Deutsche Zustände, 2012, S. 15–42.

31 *E. Groß/ A. Zick/ D. Krause*, Von der Ungleichwertigkeit zur Ungleichheit, Aus Politik und Zeitgeschichte 2012, S. 11–18.

32 *K. Malterud/ K. Ulriksen*, Obesity, stigma, and responsibility in health care, International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing 2011, S. 1–11.

33 *F. Nullmeier*, Paradoxien der Eigenverantwortung, in: Heidbrink/ Hirsch (Hrsg.), Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 2006, S. 151 (156).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

II Gesundheitsfürsorge zwischen Freiheit und Zwang

Eine Alternative zur Eigenverantwortungspolitik bietet gegebenenfalls der Ansatz des libertären Paternalismus[34]. Übergreifendes Ziel ist, menschliches Verhalten zu steuern, ohne unerwünschtes Verhalten zu verbieten oder erwünschtes Verhalten zu erzwingen. Günstiges Verhalten soll befördert und ungünstiges Verhalten gehemmt werden: Ein Vierplattenherd zum Beispiel, bei dem die Temperaturregler analog zu den Herdplatten angeordnet sind, erleichtert es, die richtige Herdplatte zu erhitzen. Eine vorgegebene „Entscheidungsarchitektur"[35] soll es Menschen ermöglichen, die günstigere Wahl leichter zu treffen. Die Bandbreite gesundheitsrelevanter Entscheidungsarchitekturen ist groß: Sie reicht von technischen Möglichkeiten (zum Beispiel Voreinstellungen von MP3-Playern auf mittlere Lautstärke) bis hin zu Umweltgestaltungen (zum Beispiel verkehrsberuhigte Wohngebiete zur Bewegungsförderung). Für den Gesundheitsbereich ist der Ansatz des libertären Paternalismus nicht neu: Unter der Devise „Making healthy choices the easy choices" steht die Idee schon seit den 1970er Jahren auf der gesundheitspolitischen Agenda[36]. Im Folgenden werden kursorisch zentrale Argumente für und gegen freiheitsgarantierende bzw. freiheitseinschränkende Optionen der Gesundheitsfürsorge skizziert [37]:

Public Health zielt nicht vordringlich auf das Wohl des Einzelnen, sondern auf das Wohl einer Bevölkerung. Entsprechend wird zum Beispiel ein bevölkerungsweiter Impfschutz propagiert, auch wenn bestimmte Risikogruppen (zum Beispiel kranke und ältere Menschen) besonders profitieren. Flächendeckende staatliche Regulierungen haben in der Regel den Vorzug, wirksamer zu sein als freiwillige individuelle Befähigungsstrategien.

Jede gesundheitsrelevante Entscheidung beinhaltet handlungssteuernde Elemente. Gesundheitsprofis wägen folglich nicht zwischen Einmischen und Nichteinmischen ab, sondern zwischen verschiedenen Formen des Einmischens, denn auch Nichteinmischen mischt mit.[38] Entweder erhält

34 *R. H. Thaler/ C. R. Sunstein*, Nudge, 2008.
35 *Thaler/ Sunstein*, a.a.O., S. 119.
36 *S. Vallgårda*, Nudge, Health Policy 2012, S. 200-203.
37 Ausführlich: *B. Schmidt*, Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung, in: Schmidt (Hrsg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung, 2014, S. 337-348.
38 *M. Quigley*, Nudging for health, Medical Law Review 2013, S. 1-23.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ein Krankenhaus einen Raucherbereich oder nicht. Auch den Zufall walten zu lassen, wirkt handlungssteuernd.[39] Ohnehin herrscht im Gesundheitsbereich selten der Zufall. Mächtige Akteure, zum Beispiel die Medizintechnikindustrie, werben intensiv für Geräte, und in der Folge entsteht eine angebotsinduzierte Nachfrage zum Beispiel nach MRT-Diagnostik, die aufgrund der unaufhebbaren Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient eine mündige Patienten-Entscheidung erschwert – einmal abgesehen davon, dass im Krankheitsfall Angst und Schmerz die Selbstbestimmungsfähigkeit zusätzlich mindern . Unbedingte Nichteinmischung im Sinne eines schulterzuckenden „Entscheiden müssen Sie“[40] trägt darüber hinaus ebenfalls paternalistische Züge, da hier die Nichteinmischung für das Beste gehalten wird.[41]

Der Schutz unbeteiligter Dritter ist das unstrittigste Argument für freiheitseinschränkende Maßnahmen: Jeder Mensch hat das Recht, geschützt zu werden vor Schäden durch andere, unter Abwägung beiderseitiger Freiheitsrechte.[42] Besonders schutzbedürftig sind sozial/gesundheitlich Benachteiligte. Gesundheitliche Ungleichheit gilt als legitimer Grund für staatliches Handeln; die Vernachlässigung Schutzbedürftiger wird als ungerecht empfunden.[43] Nichteinmischung impliziert, ungleiche Gesundheitschancen zu akzeptieren, und das widerspricht einem Chancengleichheit-garantierenden Sozialstaatsverständnis.[44]

Den guten Gründen für freiheitseinschränkende Gesundheitsfürsorge stehen gewichtige Bedenken gegenüber: Niemand kann wissen, was das Beste und entsprechend vorzugeben ist: Gesundheit ist schützenswert, doch welches Gesundheitsziel ist anzustreben: Wohlbefinden, Funktionstüchtigkeit, Gerechtigkeit? Aber auch wenn eine Positionierung schwierig ist: Sie zu vermeiden hieße, alles offen zu lassen, auch, ob es im Normalfall günstiger oder ungünstiger wäre, eine marode Brücke abzusperren.

---

39 *Vallgårda*, Nudge, s. oben Fn. 36, S. 200-203.

40 *N. Schmacke*, Gesundheitsreform: Welche Logik zählt? in: Gerlinger (Hrsg.), Politik für Gesundheit, 2010, S. 112 (118).

41 Nuffield Council on Bioethics, Public Health: Ethical Issues, 2007, S. 1-225.

42 *K. Grill*, Paternalism, in: Chadwick (Hrsg.), Encyclopedia of Applied Ethics, 2011, S. 359-369.

43 *B. C. Drolet/ C. L. White*, Selective Paternalism, American Medical Association Journal of Ethics 2012, S. 582-588.

44 Nuffield, Public Health, s. oben Fn. 41, S. 1-225.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Handeln und Nichthandeln beziehen Position, das Nicht-Handeln fördert nicht unbedingt die Freiheit, sondern bestätigt eher den Status quo.[45]

Fraglich ist, wem das Recht obliegt, Regeln zu setzen: Niemand weiß garantiert, ob Radwege die individuelle Gesundheit verbessern oder verschlechtern (zum Beispiel durch mehr Unfälle). Aber auch wenn Expertenwissen begrenzt ist: Auf ihre Wissensbestände grundsätzlich zu verzichten („Niemand hat die Befugnis, sich einzumischen") ist nicht gerechtfertigt, denn es ist nicht per se illegitim, bestimmte Menschen in bestimmten Situationen für kompetenter zu halten als andere.[46]

Das Schiefe-Ebene-Argument gehört zu den schlagkräftigsten, aber auch am häufigsten missbrauchten Argumenten gegenüber freiheitsbeschränkenden Interventionen: Besonders die Visionierung eines potenziellen Dammbruchs („Von der Anschnallpflicht zum Schutzhelm für Stuhlsitzer") wirkt diskussionszersetzend. Doch die bloße Option einer Dammbruchgefahr ist keine reale Dammbruchgefahr. Entsprechend müssen die Risiken und fehlenden Schutzmöglichkeiten begründet werden. Es braucht außerdem sachangemessene Begründungen für Übertragungen beispielsweise von der Tabak- auf die Nahrungsmittelpolitik[47]; und Argumente sind dafür zu liefern, dass der bestehende Status besser sei als ein künftiger (die Promillegrenze, bis zu der man ungestraft am Straßenverkehr teilnehmen darf, ist auch sukzessive verringert worden – und jede weitere Verringerung ist vornehmlich befürwortet worden).[48]

III Bewertung

Es gibt gute Argumente für den liberalen und den paternalistischen Standpunkt. Insgesamt erscheint es lohnenswert, einer libertär paternalistischen Gesundheitsfürsorge eine – zu evaluierende – Chance zu geben, auch weil

---

45 *M. H. Werner*, Moral, Ethik und Public Health, Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 489-493.

46 *Grill*, Paternalism, s. oben Fn. 42, S. 359-369.

47 Die Tabakpolitik ist ein unplausibles Beispiel für das Dammbruch-Argument, denn sie stellt keinen Normal-, sondern einen Sonderfall in Public Health dar: Rauchen ist immer riskant, andere Verhaltensweisen nur in Extremausprägungen, und nur diese soll gesteuert werden.

48 *R. Merkel*, Das Dammbruch-Argument, in: Fateh-Moghadam/ Sellmaier/ Vossenkuhl (Hrsg.), Grenzen des Paternalismus, 2010, S. 285-300.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

die Sicherung von Autonomie nur in Rückbindung an eine Ethik der Fürsorge realisierbar ist.[49] Folgende Gründe sind dafür maßgeblich:

1. Die aktuelle Gesundheitsfürsorge reduziert die gesundheitliche Ungleichheit nicht und stellt sich für sozial benachteiligte Menschen eher als Vernachlässigung denn als Freiheit dar. Nicht für alle Menschen ist Freiheit statt Zwang das maßgebliche Bewertungspaar, sondern Vernachlässigung statt Fürsorge.
2. Da auch jedes Nicht-Handeln Handeln ist (und im Gesundheitsbereich wird mit Nicht-Handeln vor allem der aktuelle Status quo der gesundheitlichen Ungleichheit stabilisiert), ist Handeln ohnehin unvermeidbar. Wenn dann gesündere Entscheidungsarchitekturen priorisiert würden, würde die günstigere zur leichteren Option werden, jedoch nicht zur einzigen.

Natürlich kann man auch die Freiheit priorisieren. „We [USA] have a long tradition of cherishing personal freedom, and have been willing to pay a large price to preserve it“[50]. Man kann die Freiheit befürworten. Solange die Begünstigten den Preis zahlen, etwa in Form einer garantierten Finanzierung flächendeckender Gesundheitsförderung und solidarischer Krankenversorgung, die bedarfsgerecht für alle Menschen die notwendigen Leistungen bereitstellt und sie verschont mit Pflichten zu Selbstverantwortung, Selbstverschulden und Selbstbehalt.

Literatur

Bittlingmayer, Uwe H., Blaming, Producing und Activating the Victim, in: G. Hensen/ P. Hensen (Hrsg.), Gesundheitswesen und Sozialstaat, Wiesbaden 2008, S. 229-258.

Charles, Cathy/ Gafni, Amiram/ Whelan, Tim, Shared decision making in the medical encounter, Social Science and Medicine Nr. 44 (1997), S. 681-692.

Crawshaw, Paul, Governing at a distance, Social Science and Medicine Nr. 75 (2012), S. 200-207.

Cullati, Stéphane et al., Desire for autonomy in health care decisions, Patient Education and Counselling Nr. 83 (2011), S. 134-138.

DeMaria, Anthony N., Nanny State and Coercive Paternalism, Journal of the American College of Cardiology Nr. 61 (2013), S. 2108-2109.

---

49 *Katzenmeier*, Patientenautonomie, s. oben Fn. 15 , S. 1093-1099.

50 *A. N. DeMaria*, The Nanny State and Coercive Paternalism, Journal of the American College of Cardiology 2013, S. 2108 (2019).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Drolet, Brian C./ White, Candace L., Selective Paternalism, American Medical Association Journal of Ethics – Virtual Mentor Nr. 14 (2012), S. 582-588.

Feiring, Eli, Lifestyle, responsibility and justice, Journal of Medical Ethics Nr. 34 (2008), S. 33–36.

Gøtzsche, Peter C./ Jørgensen, Karsten J., Screening for breast cancer with mammography, Cochrane Database Systematical Review Nr. 4 (2013), S. 6.

Grill, Kalle, Paternalism, in: R. Chadwick (Hrsg.), Encyclopedia of Applied Ethics, San Diego 2011, S. 359-369.

Groß, Eva/ Zick, Andreas/ Krause, Daniela, Von der Ungleichwertigkeit zur Ungleichheit, Aus Politik und Zeitgeschichte Nr. 16-17 (2012), S. 11–18.

Grühn, Corinna, Gesundheitsbezogene Handlungsverpflichtungen der Versicherten in der Sozialversicherung als Dimensionen von Eigenverantwortung und Solidarität, Berlin 2011.

Hartmann, Michael, Soziale Ungleichheit: Kein Thema für die Eliten, Frankfurt 2013.

Haywood, Kristie/ Marshall, Susan/ Fitzpatrick, Ray, Patient participation in the consultation process, Patient Education and Counselling Nr. 63 (2006), S. 12-23.

Heitmeyer, Wilhelm, Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit (GMF) in einem entsicherten Jahrzehnt, in: W. Heitmeyer (Hrsg.), Deutsche Zustände, Berlin 2012, S. 15–42.

Huster, Stefan. Akzeptierende Gesundheitsförderung braucht unterstützende Gesellschaftspolitik, in: B. Schmidt (Hrsg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung zwischen Freiheit und Fürsorge, Weinheim, 214, S. 270-282.

Kasper, Jürgen et al., Shared-Decision Making und Kommunikationstheorie, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen Nr. 104 (2010), S. 636-641.

Katzenmeier, Christian, Patientenautonomie und Patientenrechte, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 55 (2012), S. 1093-1099.

Kuhn, Joseph, Gesundheitspolitik zwischen Evidenzbasierung und Bürgerorientierung, Prävention Nr. 3 (2009), S. 89-92.

Kurth, Bärbel-Maria/ Schaffrath Rosario, Angelika, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 53 (2010), S. 643-652.

Mackenzie, Catriona/ Stoljar, Natalie, Autonomy refigured, in: C. Mackenzie/ N. Stoljar (Hrsg.), Relational Autonomy, New York 2000, S. 3–34.

Malterud, Kirsti/ Ulriksen, Kjersti, Obesity, stigma, and responsibility in health care, International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing Nr. 6 (2011), S. 1–11.

McCaffery, Kirsten J./ Smith, Sian K./ Wolf, Michael, The challenge of shared decision making among patients with lower literacy, Medical Decision Making Nr. 30 (2010), S. 35-44.

Merkel, Reinhard, Das Dammbruch-Argument in der Sterbehilfedebatte, in: B. Fateh-Moghadam/ S. Sellmaier/ W. Vossenkuhl (Hrsg.), Grenzen des Paternalismus, Stuttgart 2010, S. 285-300.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Morgenstern, Andrea, Trauer zwischen Schuld und Scham, in: G. Thomas/ I. Karle (Hrsg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft, Stuttgart 2009, S. 593–602.

Mosebach, Kai, Markt + Staat = Effizienz im Gesundheitswesen?, Public Health Forum Nr. 81 (2014), S. 5-6.

Neckel, Sighard, Gewinner – Verlierer, in: S. Lessenich/ F. Nullmeier (Hrsg.), Deutschland – eine gespaltene Gesellschaft, Frankfurt 2006, S. 353-371.

Nuffield Council on Bioethics, Public Health: Ethical Issues, London 2007, S. 1-225.

Nullmeier, Frank, Paradoxien der Eigenverantwortung, in L. Heidbrink/ A. Hirsch (Hrsg.), Verantwortung in der Zivilgesellschaft, Frankfurt 2006, S. 151-164.

O'Brien, Wendy, The recovery imperative, Social Science and Medicine Nr. 75 (2012), S. 573–580.

Ogden, Jane/ Daniells, Emma/ Barnett, Julie, When is choice a good thing, Psychology, Health and Medicine Nr. 14 (2009), S. 34-47.

Perkins, Molly M. et al., Relational autonomy in assisted living, Journal of Aging Studies Nr. 26 (2012) S. 214-225.

Quigley, Muireann, Nudging for health, Medical Law Review Nr. 9 (2013), S. 1-23.

Robert Koch Institut (RKI), Armut und Gesundheit – GBE kompakt, Berlin 2010, S. 1-10.

Room, Robin/ Babor, Thomas/ Rehm, Jürgen, Alcohol and public health, Lancet Nr. 365 (2005), S. 519-530.

Schmacke, Norbert, Gesundheitsreform: Welche Logik zählt?, in T. Gerlinger et al. (Hrsg.), Politik für Gesundheit, Bern 2010, S. 112-121.

Schmidt, Bettina, Eigenverantwortung haben immer die Anderen, Bern 2008.

Schmidt, Bettina, Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung, in: B. Schmidt (Hrsg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung zwischen Freiheit und Fürsorge, Weinheim 2014, S. 337-348.

Schorb, Friedrich, Rund ist gesund, in: B. Schmidt (Hrsg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung zwischen Freiheit und Fürsorge, Weinheim 2014, S. 195-206.

Thaler, Richard H./ Sunstein, Cass R., Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt, Berlin 2008.

Vallgårda, Signild, Nudge – A new and better way to improve health, Health Policy Nr. 104 (2012), S. 200-203.

Webb, Stephen A, Zur Validität von evidenzbasierter Praxis in der Sozialen Arbeit, in: H. U. Otto/ A. Polutta/ H. Ziegler (Hrsg.), What works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit, Opladen 2010, S. 187–202.

Werner, Micha H., Moral, Ethik und Public Health, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 52 (2009), S. 489-493.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht – Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung

Stephan Rixen

I Eigenverantwortung und Solidarität

1 Eigenverantwortung – eine vage Vokabel des Rechts

Gleich zu Beginn des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V),[1] das sich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) widmet, informiert die amtliche Überschrift zu § 1 über die – vermeintlich – herausragende Bedeutung der Eigenverantwortung: „Solidarität und Eigenverantwortung" liest man hier. Wie anders könnte man dies deuten als so, dass das System, von der Solidarität abgesehen, auf Eigenverantwortung aufbaut? Wie immer im positiven Recht muss man freilich die bewusstseinsbildend-appellative Funktion einer Rechtsnorm von ihrer instrumentell-regulatorischen Seite unterscheiden. Das heißt: Nicht jede Anrufung eines Prinzips bedeutet zugleich auch, dass es in operabler Weise definiert wird bzw. handlungspraktische Folgen hat. Zum positiven Recht gehört auch „Bewusstseinspolitik", also eine Problembewusstsein erzeugende, mehr oder weniger edukative Funktion.[2] Die gerade unter Nichtjuristen verbreiteten Phantasien von einem Recht strikter Operabilität (in dem Sinne, dass aus einer Rechtsnorm immer möglichst eindeutige Handlungsvorgaben folgen müssten) haben mit dem wirklichen positiven Recht, wie es in modernen Gesellschaften westlichen Zuschnitts verstanden, ausgestaltet und durchgesetzt wird, wenig zu tun. § 1 SGB V lautet:

> „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern" (§ 1 Satz 1 SGB V).

---

1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477) mit späteren Änderungen.

2 Vgl. *C.-D. Middel*, Darf der Staat seine Bürger zur Gesundheit erziehen – oder verbieten dies die Grundrechte?, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

> „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden“ (§ 1 Satz 2 SGB V).
> „Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“ (§ 1 Satz 3 SGB V).

Im Anschluss an eine Aufgabenzuschreibung (§ 1 Satz 1 SGB V) statuiert § 1 Satz 2 SGB V eine „Pflicht gegen sich selbst“, nämlich die appellativ gemeinte Aufforderung, jeder Versicherte (das sind beispielsweise auch Säuglinge, Demenzkranke und Wachkomapatienten) sei für seine Gesundheit mitverantwortlich. Dies wird mit einer Empfehlung („sollen“) zur gesundheitsbewussten Lebensführung und auch sonst aktiven Mitwirkung an gesundheitserhaltenden Maßnahmen kombiniert und durch eine freilich vage gehaltene Unterstützungspflicht der Krankenkassen flankiert (§ 1 Satz 3 SGB V). Das Gesetz lässt an dieser Stelle offen, inwieweit die „Pflicht gegen sich selbst“ juristisch handfeste Folgen hat. Offen bleibt, ob aus § 1 Satz 2 SGB V etwas für die Frage hergeleitet werden kann, ob bzw. inwieweit den einzelnen Versicherten auch eine finanziell folgenreiche Eigenverantwortung trifft. Die Begründung zum Gesetz verdeutlicht, dass § 1 SGB V, so unklar seine Folgen im Einzelnen sind, immerhin als Auslegungsleitlinie fungiert, die Konkretisierungsspielräume, die andere Normen des GKV-Rechts lassen, zu präzisieren hilft.[3] § 1 SGB V erweist sich als rechtstechnisch verdichtete Beschreibung des Problems, die Idee der Gesundheitssicherung in konkreten institutionell organisatorischen Gefügen so umzusetzen, dass der soziale Kontext in den Blick gerät, unter denen Selbstbestimmung ausgeübt wird. Besonders deutlich zeigt dies in § 1 Satz 3 SGB V der Verweis auf die „gesunden Lebensverhältnisse“, unter denen sich die „gesundheitsbewusste Lebensführung“ (§ 1 Satz 2 SGB V) als tragfähig erweisen muss.

Während sich aus § 1 SGB V für die Frage, ob bzw. inwieweit Eigenverantwortung finanziell folgenreich sein darf, wenig herleiten lässt, gibt § 2 SGB V etwas deutlichere Hinweise. In der berühmten Nikolaus-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) heißt es, es sei „ver-

3 Bundestags-Drucksache 11/2237, S. 157: Die Vorschriften (gemeint sind unter anderem die §§ 1 und 2 SGB V) seien „für die Auslegung und Anwendung des Krankenversicherungsrechts heranzuziehen“.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

fassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Versicherten Leistungen nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs (§ 11 SGB V) nur unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortungen der Versicherten zugerechnet werden (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V)."[4] § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V lautet:

> „Die Krankenkassen stellen den Versicherten, die im dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden."

An dieser Formulierung ist zweierlei interessant: Zum einen wird hier die Eigenverantwortung in einen wirtschaftlichen, mithin finanziellen Kontext eingestellt. Zum anderen wird deutlich, dass sich Eigenverantwortung, insbesondere wenn es um finanzielle Folgen geht, nicht von selbst versteht, sondern durch einen aktiven Zuschreibungsakt erst erkennbar gemacht werden muss; idealerweise erfolgt er durch einen parlamentarischen Gesetzgeber, der entscheidet, dass in diesem Fall Solidarität als Gegenteil von Eigenverantwortung nicht stattfindet.

2 Solidarität im Rechtssinne = finanzielle Solidarität

Der in § 1 SGB V etwas unklar bleibende Zusammenhang von Solidarität und Eigenverantwortung wird im Lichte von § 2 Abs. 1 Satz 1 deutlicher. Eigenverantwortung wird nicht ohne Grund in einen wirtschaftlichen Kontext eingebettet, denn dies entspricht dem Bedeutungsfeld von Solidarität. Das Wort „Solidarität", das erst im 19. Jahrhundert eine auf Gemeinsinn und Verantwortungsübernahme zugunsten Schwacher hin ausgerichtete Bedeutung bekommen hat, geht im Kern auf eine römisch-rechtliche Konstruktion zurück, die sogenannte *in solidum*-Haftung, der aus heutiger

4 BVerfG, Beschluss vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98 –, BVerfGE 115, 25 (45). Da das Verkündungsdatum auf den Nikolaustag fällt, wird die Entscheidung in der Fachöffentlichkeit gemeinhin „Nikolaus-Beschluss" genannt.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Sicht das entspricht, was wir gesamtschuldnerische Haftung[5] nennen.[6] In diesem Sinne wird das Wort Solidarität auch in den romanischen Rechtsordnungen verwendet.[7] Selbst im deutschen Recht ist diese Bedeutung, wenn auch etwas versteckt, noch bekannt.[8]

Es wird deutlich: Solidarität in einem rechtlich folgenreichen Sinne ist meist finanziell relevante Solidarität, weil sie mit dem Einstehen für finanzielle Lasten verbunden ist. Als Gegenbegriff zu dieser stillschweigend auf das Finanzielle bezogenen Solidarität erweist sich damit auch Eigenverantwortung als finanziell folgenreiche Eigenverantwortung. Zu beachten ist hier auch das semantische Feld von „finantia", das etymologisch um die Bedeutungsvarianten von „finis" kreist: Ziel und Grenze.[9] Solidarität (als in aller Regel auch finanziell relevante) kann also keine grenzenlose sein, sondern sie muss auf die relative Knappheit monetärer Mittel Rücksicht nehmen. Wo das Gemeinwesen bzw. die vom staatlichen Gemeinwesen geschaffene Organisationseinheit namens „GKV" finanzielle Solidarität nicht übernimmt, muss der einzelne Kranke unter Rückgriff auf seine Finanzmittel selbst Verantwortung übernehmen; er kann sie dann nicht an eine Solidargemeinschaft (§ 1 Satz 1 SGB V) delegieren.

3 Rechtspositivistische Kontingenz der Eigenverantwortung

Fasst man den nicht einheitlichen Umgang mit dem Wort „Eigenverantwortung" im SGB V zusammen, dann stellt man fest: Neben einem eher allgemein gehaltenen Eigenverantwortungspostulat in § 1 SGB V tritt in § 2 SGB V ein deutlich auf den finanziellen Aspekt zugeschnittenes Ei-

5 Gesamtschuldnerische Haftung bedeutet, dass jeder Schuldner die ganze Leistung zu bewirken verpflichtet ist, der Gläubiger aber die Leistung nur einmal zu fordern berechtigt ist (§ 421 BGB).

6 Hierzu und zum Folgenden mit weiteren Nachweisen *S. Rixen*, Abschied von der Solidarität? Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit, Sozialrecht und Sozialpolitik am Beispiel des Fallmanagements (§§ 14, 15 SGB II), Sozialrecht aktuell 2008, S. 81 (87).

7 Vgl. Art. 1200 ff. französischer Code Civil („solidarité"), Art. 1292 italenischer Codice Civile („solidarietà").

8 Vgl. § 43 Abs. 2 GmbH-Gesetz: „Geschäftsführer, welche ihrer Obliegenheiten verletzen, haften der Gesellschaft solidarisch für den entstandenen Schaden.".

9 Dazu *W. Höfling/ S. Rixen*, in: Kahl/ Waldhoff/ Walter (Hrsg.), Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Stand: Mai 2014, Art. 115 Rn. 83 (Stand der Kommentierung: Juli 2003).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

genverantwortungspostulat, deren Verhältnis zueinander nicht ganz klar wird. Außerdem macht § 2 SGB V deutlich, dass Eigenverantwortung rechtlich zugerechnet werden muss, sich also nicht von selbst versteht, sondern letztlich nur kraft einer parlamentarischen Entscheidung, die Recht setzt, als relevant abverlangt werden darf.

Ob bzw. inwieweit Eigenverantwortung (vor allem in finanzieller Hinsicht) eingefordert werden darf, entscheidet im Rahmen der GKV danach das Gesetz. Nach dem umfassenden Vorbehalt des Gesetzes (§ 31 SGB I), der für das Sozialleistungsrecht gilt, dürfen Rechte und Pflichten nur begründet, festgestellt, geändert oder aufgehoben werden, soweit ein Gesetz es vorschreibt oder zulässt. Soweit also die unterschiedlich akzentuierten Eigenverantwortungspostulate in den §§ 1 und 2 SGB V nicht durch Gesetz konkretisiert werden – mit anderen Worten: solange es an gesetzlichen Zurechnungsregeln fehlt –, bleiben die Eigenverantwortungspostulate *leges imperfectae*, also Verhaltensvorgaben ohne Sanktion. Auch solche *leges imperfectae* sind, wie dargelegt, ein Instrument des positiven Rechts, das mehr auf die bewusstseinsbildende, appellative Funktion und weniger auf eine handfest instrumentell wirkende, auf Durchsetzung in der Realität angelegte Wirkung des Rechtes setzt.

II Das Finalprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung: „grundlose" Gesundung

Dass sich das GKV-Recht mit der Zurechnung von Eigenverantwortung nicht leicht tut bzw. sich zurückhält, ist auf das sogenannte Finalprinzip (als Konträrbegriff zum sogenannten Kausalprinzip) zurückzuführen. Dass das Kausalprinzip für das GKV-Recht gerade nicht gilt, wird im SGB V (in § 11 Abs. 5 SGB V) etwas versteckt angedeutet; in dieser Vorschrift heißt es:

> „Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit i.S. der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind."

Gibt es also eine sondergesetzlich regulierte Ursache, nämlich einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit (causa, Kausalprinzip), aus der ein Schaden folgt, dann hat das Sozialsicherungssystem der gesetzlichen Un-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

fallversicherung (Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VII) Vorrang.[10] Es tritt damit an die Stelle eines Sozialsicherungssystems – die in SGB V geregelte gesetzliche Krankenversicherung –, das nicht nach dem Grund für Krankheit fragt, sondern nur von dem Ziel her (Ziel = finis) organisiert ist, eine Krankheit zu beheben. Dies ist das Organisationsprinzip der Krankenversicherung: Nicht nach den Gründen der Krankheit zu fragen, sondern das Ziel, Krankheit zu beheben, anzustreben, ohne nach deren Gründen zu fragen. Wenn aber das Funktionsprinzip der GKV darin besteht, „grundlos" Gesundheit wieder herzustellen, dann ist es in sich folgerichtig, möglichst weitgehend auf die Benennung von Ursachen zu verzichten, in denen Krankheiten ihren Grund haben. Für die Erreichung des Ziels, Gesundheit wieder herzustellen, ist dies, im System gedacht, irrelevant.

Nun passt eine solche Sichtweise kaum zu einem Wirtschaftlichkeitsdenken, das möglichst genau nachvollziehbar machen möchte, welche Leistungen warum und mit welchem Aufwand wer wie lange in Anspruch nimmt. Wirtschaftliches Denken als planvoller Umgang mit knappen (Finanz-)Mitteln kann es sich nicht leisten, von Gründen und Ursachen abzusehen, weil sie – ökonomisch folgerichtig – über den Aufwand mitentscheiden. Wirtschaftliches Denken muss immer die Balance zwischen Mitteleinsatz und Zielerreichung finden. Der GKV-Gesetzgeber des späten 19. Jahrhunderts konnte sich den Verzicht auf ökonomische Erwägungen leisten, weil die GKV von vornherein nur auf einen überschaubaren Personenkreis zugeschnitten war, der sehr überschaubare Leistungen einfordern konnte. Unter den Bedingungen einer Fast-„Volksversicherung"[11] (ca. 90 Prozent der Bevölkerung werden durch die GKV versorgt), die tendenziell umfassend Leistungen bereithält, ist diese Großzügigkeit nicht mehr praktikabel. Das Wirtschaftlichkeitsgebot,[12] das die Behandlungsqualität monetär vertretbar gewährleisten soll, korrigiert in gewisser Weise

10 Hierzu und zum Folgenden *S. Wolf*, Das moralische Risiko der GKV im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, 2010, S. 48 ff.; siehe auch *F. Schnapp*, Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gesundheit- und Sozialpolitik 2006, S. 52-57.

11 Vgl. BVerfG, Urteil vom 3.4.2001 – 1 BvR 2014/95 –, BVerfGE 103, 197 (221), wo die Pflegeversicherung, die auch alle privat Versicherten erfasst, als „Volksversicherung" bezeichnet wird.

12 Zu diesem *S. Rixen*, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, 2005, S. 164 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

die Großzügigkeit des Finalprinzips, denn es verdeutlicht, dass das Finalprinzip nicht uferlos wirkt, sondern effizient realisiert werden muss.

Allerdings muss man sich klarmachen, dass die Benennung rationaler, möglichst in ökonomischen Kalkülen abbildbarer Wirkungszusammenhänge im gesundheitlichen Kontext schwer möglich ist. Wer warum zu welcher Zeit in welcher Intensität und in welcher Dauer erkrankt, lässt sich weder durchweg verlässlich prognostizieren noch retrospektiv immer verlässlich erklären. Nicht zuletzt die Versorgungsforschung bzw. die medizinische Forschung mit ihren „evidenzbasierten" Wissensbeständen geben uns viele Möglichkeiten, um prognostisch oder retrospektiv Wirkungszusammenhänge zu (re-)konstruieren. Gleichwohl bleiben im Einzelfall immer große Leerstellen, die es schwer machen, zumal in einer rechtlich operablen Weise, Eigenverantwortung (und damit den Entzug von Solidarität) zuzurechnen. Die Gesundheitspolitik wird hier zu einem Probierstein für eine Grundproblematik sozialpolitischer Diskurse, nämlich „Würdige" und „Unwürdige" voneinander zu unterscheiden, also zu bestimmen, wer Solidarität verdient hat und wer nicht. In der Sozialpolitikgeschichte ist dieser prekäre Aushandlungsprozess eine empirisch nachweisbare Konstante, wie in der Gegenwart nicht zuletzt die anhaltenden Debatten über das „Hartz IV"-System belegen.[13] Normativ sind diese (Un-)Würdigkeitsdiskurse brisant, weil in einem Rechtssystem, das um die Würde als Gebot gleicher Anerkennung auch in Notsituationen kreist, der Entzug von Anerkennung durch die Verweigerung von Hilfe in der (Gesundheits-)Not, also mehr auf dem Spiel steht als nur eine politische Entscheidung, die so oder so ausfallen kann. Ob es sinnvoll ist, sozialpolitische Garantien menschenrechtlich derart hochzuzonen (wie es in der internationalen Menschenrechtsdebatte über soziale Menschenrechte geschieht), ist zumindest in der deutschen Verfassungsrechtslehre,[14] aber auch unter politischen Philosoph(inn)en[15] sehr umstritten, ändert aber

13 *S. Rixen*, Fordern oder Fördern? Rechtliche Grenzen der Arbeitsmarktpolitik durch Sanktionen, in: Vodafone Stiftung Deutschland (Hrsg.), Wege aus dem Abseits: Sanktionen und Anreize in der Sozialpolitik, 2011, S. 32 (38).

14 *C. Möllers*, Das Grundgesetz. Geschichte und Inhalt, 2009, S. 117: „Bei allem Respekt vor individueller Not ist eine Kürzung von Sozialleistungen wohl doch nicht mit staatlicher Folter gleichzusetzen und konstituiert daher keinen Verstoß gegen die Menschenwürde.".

15 *H. Arendt*, Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft, 2008, S. 607: „Eine ordentliche Sozialgesetzgebung ist eine sehr schöne Sache; daraus folgt aber noch nicht, daß Pensionsberechtigung ein unveräußerliches Menschenrecht ist.".

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nichts daran, dass in der gegebenen Gesellschaft real erfahrbare Anerkennung, die von Art. 1 Abs. 1 GG garantiert wird,[16] insbesondere daran ablesbar wird, ob Leistungen in existenziellen Grenzsituationen gewährt oder vorenthalten werden. Dieses Würdeverständnis lässt sich mit guten Gründen als Säkularisat christlichen Barmherzigkeitsdenkens deuten,[17] ohne dass dies zwingend Folgen für die verfassungsrechtliche Geltung (und Auslegung) der Menschenwürdegarantie in einem pluralistischen Gemeinwesen hat; ideelle Genesis und positivrechtliche Geltung dürfen nicht in eins gesetzt werden.

Aller praktischen Probleme zum Trotz, die Zurechnung tragfähig zu konstruieren, werden im gesundheitspolitischen Diskurs gleichwohl immer wieder Vorschläge debattiert, wie solche Zurechnungsentscheidungen getroffen werden können. Jeder Informierte weiß, dass es sich hierbei um politische Forderungen handelt, die Stimmungen bedienen sollen, Stimmungen, die sich idealerweise am Ende in Stimmen und damit in demokratischer Zustimmung ausmünzen lassen. Jeder Informierte weiß aber auch, dass sich die Zurechnungsprobleme kaum vernünftig in den Griff bekommen lassen.

III Exemplifizierung: „Selbstverschulden" in der GKV

1 § 52 Abs. 1 SGB V

Diese Friktion zwischen politischer Forderung und technischer Umsetzung lässt sich besonders gut an jenen Vorschriften ablesen, die – ganz gegen die Idee des Finalprinzips – punktuell das Kausalprinzip in das SGB V einführen, dies freilich in einer Weise tun, die die Schwierigkeiten der Zurechnung zur Eigenverantwortung zum Ausdruck bringen. So sieht § 52 SGB V, dessen amtliche Überschrift „Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden" lautet, in Abs. 1 vor:

16 *S. Rixen*, Würde des Menschen als Fundament der Grundrechte, in: Sebastian/ Heselhaus/ Nowak (Hrsg.), Handbuch der Europäischen Grundrechte, 2006, S. 335-360.

17 Zur Kritik an dieser Säkularisierungsthese die Beiträge in *K. Gabriel/ C. Gärtner/ D. Pollack* (Hrsg.), Umstrittene Säkularisierung. Soziologische und historische Analysen zur Differenzierung von Religion und Politik, 2012.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

„Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen oder das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern."

Was auf den ersten Blick wie eine vergleichsweise scharfe Sanktion für „Selbstverschulden" klingt, erweist sich bei näherem Sehen fast schon als eine Placebo-Vorschrift, die vorgibt etwas zu tun, was sie letztlich gar nicht leisten kann und wahrscheinlich auch gar nicht leisten will. Man kann fast von einem programmierten Vollzugsdefizit sprechen, das offenbar den politischen Willen bedient, Eigenverantwortung einzufordern, aber zugleich auf der Anwendungsebene dafür sorgt (oder in Kauf nimmt), dass die Zurechnungsprobleme handhabbar bleiben, nämlich vermieden werden können.[18]

Schaut man sich bereits die Tatbestandsvoraussetzungen an, dann fällt auf, dass nicht jedes Selbstverschulden relevant ist, sondern nur das vorsätzliche – also nicht das fahrlässige, nicht einmal das grob fahrlässige Verhalten –, wobei die Relevanz der Vorsätzlichkeit, die sich insbesondere bei kriminellem Verhalten zeigt, wiederum beschränkt wird, auf vorsätzliche Vergehen bzw. auf vorsätzlich begangene Verbrechen,[19] also Taten mit erhöhtem Unrechtsgehalt.[20] Die in die Rechtsnorm eingebaute geringe Verwirklichungschance kommt besonders deutlich in dem Wort „kann" zum Ausdruck. Es handelt sich um ein sogenanntes Ermessens-Kann, das der Krankenkasse im Rahmen eines auf der Rechtsfolgenseite näher definierten Gestaltungsraums die Befugnis zuweist, eine Rechtsfolge zu setzen. Dieses Ermessen-Kann umfasst sowohl das sogenannte Ent-

18 Zum Folgenden vgl. *Rixen*, Sozialrecht, s. oben Fn. 12, S. 171 f.; *Wolf*, Das moralische Risiko, s. oben Fn. 10, S. 123 ff.; ferner *H. Lang*, in: Becker/ Kingreen (Hrsg.), SGB V, Kommentar, 2014, § 52 Rn. 2 ff.

19 Das Gesetz geht davon aus, dass dieser Deliktstyp (Verbrechen) Vorsatz voraussetzt, *K. Höfler*, § 52 SGB V, in: Leitherer (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 52 SGB V Rn. 6. Allerdings ist es denkbar, sofern dies gesetzlich gesondert angeordnet wird (§ 15 StGB), dass auch ein Verbrechen fahrlässig begangen werden kann, dazu *Lang*, Kommentierung, s. oben Fn. 18, § 52 Rn. 3.

20 Vgl. § 12 Abs. 1 und 2 Strafgesetzbuch (StGB): „(1) Verbrechen sind rechtswidrige Taten, die im Mindestmaß mit Freiheitsstrafe von einem Jahr oder darüber bedroht sind. (2) Vergehen sind rechtswidrige Taten, die im Mindestmaß mit einer geringeren Freiheitsstrafe oder die mit Geldstrafe bedroht sind.".

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

schließungs- als auch das Auswahlermessen. Das heißt, die Krankenkasse kann sich von vornherein entschließen, ganz auf die Beteiligung zu verzichten, und selbst wenn sie dies nicht tut, kann sie selbst entscheiden, was eine angemessene Höhe der Beteiligung ist. Entsprechendes gilt im Hinblick auf das Krankengeld,[21] das ganz oder teilweise versagt bzw. zurückgefordert werden kann. Im Klartext bedeutet dies, dass sowohl auf der Tatbestands- wie auch auf der Rechtsfolgenseite genügend Optionen geschaffen wurden, die es der Krankenkasse erlauben, das Zurechnungsproblem, das sich bei der Eigenverantwortungszuordnung stellt, zu lösen – indem sie es vermeidet. Wenn man so will, handelt es sich bei § 52 Abs. 1 SGB V um ein „klassisches" Beispiel symbolischer Gesetzgebung,[22] weil es politische Signalwirkungen in eine rechtstechnische Form bringt, die praktische Anwendungsprobleme von vornherein vermeidet, aber dem politischen Betrieb das medial ausmünzbare Gefühl gönnt, etwas getan zu haben.

2 § 52 Abs. 2 SGB V

Noch deutlicher wird das bei der Regelung des § 52 Abs. 2 SGB V.[23] Sie lautet:

„Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern."

Unabhängig von der Frage, wie hier auf rechtstechnischer Weise das Problem der Eigenverantwortungszurechnung gelöst (nämlich vermieden) wird, fällt auf, dass in dieser Norm lebensstilabhängige, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen negativ „gelabelt" werden, was kaum mit dem Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar sein dürfte.[24] In einer Gesellschaft, in der nicht indizierte ästhetische Operationen – im Klartext:

21 Das Krankengeld wird im Wesentlichen in den §§ 44 ff. SGB V geregelt.

22 Siehe dazu etwa *G.-P. Calliess*, Die Steuerungskrise – jetzt auch im Privatrecht?, in: Calliess et al. (Hrsg.), Soziologische Jurisprudenz. Festschrift für Gunther Teubner zum 65. Geburtstag, 2009, S. 465 (470 ff. mit weiteren Nachweisen).

23 Vgl. *Wolf*, Das moralische Risiko, s. oben Fn. 10, S. 143 ff.

24 *Lang*, Kommentierung, s. oben Fn. 18, § 52 Rn. 8.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Schönheitsoperationen –, Tätowierungen oder auch Piercings verbreitet sind, stellt sich die Frage, mit welchem Recht gerade diese Verhaltensweisen zum Anknüpfungspunkt für belastende rechtliche Reaktionen gemacht werden. Diese normative Abwertung strahlt, ob man es will oder nicht, auf diejenigen aus, die „Schönheitsoperationen" durchführen, sich tätowieren oder piercen lassen. Offenbar, dies ist die Botschaft, handelt es sich um illegitime Akte der Eigenverantwortung,[25] jedenfalls dann, wenn sie zu finanziellen Folgen für das GKV-System führen. Aber wann tun sie das?

Der Gesetzgeber, also de facto das zuständige Bundesgesundheitsministerium, das die Gesetzentwürfe weithin vorformuliert,[26] hat auch hier, ähnlich wie bei Abs. 1, eine Formulierung gewählt, die das Zurechnungsproblem mehr oder weniger zum Verschwinden bringt, ohne dass dies die politisch Verantwortlichen mit ihrem Bedürfnis danach, ein Signal zu setzen, allzu sehr bemerken. Erste Hürde auf der Tatbestandsseite der Vorschrift ist das Wörtchen „durch".[27] Es verpflichtet die Krankenkasse nachzuweisen – denn nach dem sogenannten Amtsermittlungsprinzip trägt sie dafür die Darlegungs- bzw. Beweislast –,[28] dass eine Krankheit gerade auf eine nicht indizierte Schönheitsoperation, eine Tätowierung oder ein Piercing zurückzuführen ist. Lässt sich nicht ausschließen, dass eine Erkrankung vielleicht auch auf andere Gründe zurückzuführen ist (etwa Hautprobleme, die auch ohne eine Tätowierung entstanden sein könnten), dann fehlt es bereits an der Tatbestandsvoraussetzung und eine Inanspruchnahme des Versicherten scheidet von vorneherein aus.

---

25 Die für eine ethische Betrachtung widersprüchlich wirkende Formulierung „illegitime Akte der Eigenverantwortung" erklärt sich, wenn man Eigenverantwortung zunächst einmal nur als formal zugewiesene Handlungsmacht versteht, die nicht schon immanent durch (heteronom definierte) legitime Zwecke begrenzt wird.

26 *H. Meyer*, Diskussionsbemerkung, in: Veröffentlichungen der Vereinigung der deutschen Staatsrechtslehrer (VVDStRL) 1989, S. 242: „Das Problem […] liegt […] darin, daß unsere Gesetze nicht vom Parlament gemacht werden – das ist ja ein alter Irrtum –, sondern von der Verwaltung, und selbst das ist eine falsche Aussage. Nicht ‚die Verwaltung' macht die Gesetze, sondern die Ressorts machen die Gesetze. Unsere Ressort-Einteilung hat nun zur Folge, daß die Gesetze sozusagen ressortgeeignet gemacht werden […].".

27 Es gilt wie üblich im Sozialrecht die sogenannte Theorie der wesentlichen Bedingung: *Lang*, Kommentierung, s. oben Fn. 18, § 52 Rn. 4.

28 Dazu *S. Rixen/ D. Waschull*, in: Diering/ Timme/ Waschull (Hrsg.), Sozialgesetzbuch X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (Lehr- und Praxiskommentar – LPK-SGB X), 2011, § 20 Rn. 1 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Selbst wenn es der Krankenkasse gelingt, diese Hürde zu nehmen, dann folgen weitere Hürden, obgleich dies der Wortlaut der Vorschrift nicht nahezulegen scheint. Ist der Tatbestand erfüllt, dann „hat" die Krankenkasse zu für den Versicherten negativen Folgen zu greifen. Allerdings gilt dies, soweit es um die Kostenbeteiligung geht, nur für eine Beteiligung in „angemessener" Höhe. Was angemessen ist, muss die Krankenkasse mit Blick auf die persönliche, insbesondere wirtschaftliche Lage des Versicherten im Einzelfall bestimmen, wie sich nicht zuletzt auch aus dem Individualisierungsgrundsatz des § 33 SGB I ergibt.[29] Eine solche Bewertung im Einzelfall kann dazu führen, dass es unangemessen wäre, überhaupt Geld vom Betroffenen zu fordern. In dem Wörtchen „angemessen" ist also stillschweigend eine Verzichtskompetenz untergebracht worden, die es der Krankenkasse erlaubt, ganz auf die Kostenbeteiligung zu verzichten, wenn diese gänzlich unangemessen ist.

Der Gedanke der Angemessenheit gilt im Rahmen des § 52 Abs. 2 SGB V als Wertungsgesichtspunkt auch für die Frage, ob das Krankengeld ganz oder teilweise versagt bzw. zurückgefordert wird. Anders als bei § 52 Abs. 1 SGB V besteht insofern allerdings kein Ermessen, so dass im Rahmen des § 52 Abs. 2 SGB V die Krankenkasse in jedem einzelnen Fall der beabsichtigten bzw. erfolgten Krankengeldgewährung das Krankengeld zumindest teilweise versagen bzw. zurückfordern kann. Aber auch hier gibt es Auswege, die dem zugrunde liegenden Problem, ob sich Eigenverantwortung plausibel zurechnen lässt, gerecht werden. Zum einen kann man den Teilbeitrag, der versagt bzw. zurückgefordert wird, auf ein Niveau herabsenken, das dem Versicherten nicht wehtun wird, und zum anderen kann man den Blick in das allgemeine, auch für Krankenkassen geltende Haushaltsrecht der Sozialversicherungsträger richten.[30] Es gestattet den Erlass von Forderungen, wenn deren Einziehung nach Lage des einzelnen Falles unbillig wäre. Wäre also die Rückforderung unbillig, was zwar eher strengen Anforderungen unterliegt, aber letztlich vom Einzelfall abhängig ist, dann kann auch die Rechtsfolge des § 52 Abs. 2 SGB V im Ergebnis völlig entschärft werden. Das Problem, um das es eigentlich geht

29 § 33 Abs. 1 SGB I lautet: „Ist der Inhalt von Rechten oder Pflichten nach Art oder Umfang nicht im Einzelnen bestimmt, sind bei ihrer Ausgestaltung die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen.".

30 § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB IV.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

– nämlich in plausibler Weise Eigenverantwortung zuzurechnen, was, wie dargelegt, dem Finalprinzip der GKV im Grunde widerspricht –, lässt sich auf diese Weise lösen, nämlich umgehen.

3 „Selbstverschulden" in Sozialversicherungssystemen, die nicht dem Finalprinzip folgen

Der Vollständigkeit halber sollte darauf hingewiesen werden, dass das Problem, wie Eigenverantwortung („Selbstverschulden") zugerechnet werden kann, nicht nur ein Problem des SGB V, also der gesetzlichen Krankenversicherung ist.[31] Auch andere Sozialgesetzbücher kennen entsprechende Zurechnungsregeln, etwa das gesetzliche Rentenversicherungsrecht, wenn es Anspruchsverluste nach vorsätzlichem kriminellen Verhalten (vgl. §§ 104 und 105 SGB VI) bzw. nach absichtlichem, also gezieltem vorsätzlichen Verhalten (§ 103 SGB VI) vorsieht. Solche Anspruchsverluste bei vorsätzlicher Handlungsweise mit Todesfolge kennt auch (vergleichbar der Regelung des § 105 SGB VI) das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 101 Abs. 1 SGB VII). Es differenziert allerdings mit Blick auf andere vorsätzlich begangene kriminelle Taten, denn bei diesen „können" Leistungen versagt bzw. entzogen werden, es muss aber nicht der Fall sein (§ 101 Abs. 2 SGB VII).

Allerdings muss man bei diesen Beispielen aus dem Bereich des SGB VI und des SGB VII beachten, dass es sich um Sozialsicherungssysteme handelt, die auf dem Kausalprinzip beruhen, sich also auf bestimmte, in klar definierten Versicherungsfällen zum Ausdruck gelangende Gründe beziehen. Diesen Sozialversicherungssystemen ist daher die Tendenz immanent, den Versicherungsschutz nicht auszuweiten, sondern bereits von Anfang an zu begrenzen. Dies ist, wie dargelegt, bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anders. Kraft des Finalprinzips, das sich allein an dem Ziel orientiert, die wie auch immer beschädigte Gesundheit wieder herzustellen, ist der GKV gewissermaßen eine Entgrenzungstendenz immanent.

---

31 Vgl. *Wolf*, Das moralische Risiko, s. oben Fn. 10, S. 127 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

IV Alternativen, insbesondere zum sozialen Kontext gesundheitlicher Eigenverantwortung

1 Prävention

Das wirft die Frage auf, ob durch eine indirektere Kontextsteuerung des Gesundheitsverhaltens Eigenverantwortung gestärkt und damit jene Probleme vermieden werden können, die etwa § 52 SGB V zu lösen vorgibt. Es ist bezeichnend, dass die naheliegenden Maßnahmen, nämlich eine intensive (durch die Krankenkassen organisierte)[32] Gesundheitsprävention bzw. betriebliche Gesundheitsförderung, allenfalls in Ansätzen effektiv existieren, obgleich gerade diese Maßnahmen dazu beitragen würden, den sozialen Kontext von Eigenverantwortung ernst zu nehmen. So heißt es in § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V:

> „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbes. einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen."

Dahinter steht die Einsicht: Niemand ist autonom, selbstbestimmend, „souverän" im luftleeren Raum, er oder sie bewegt sich immer im Rahmen einer eigenen Geschichte und im Verhältnis zu Anderen, unter bestimmten finanziellen Voraussetzungen, mit ganz eigenen emotionalen und psychischen Belastungen. All dies konstituiert erst in der Summe die realen Möglichkeitsbedingungen für autonome, selbstbestimmte, selbstverantwortliche Gesundheitsentscheidungen. Wer dies zur Kenntnis nimmt, wird weniger auf die Maßnahmen des § 52 SGB V hoffen, von denen, wie dargelegt, operativ ohnehin nicht viel zu erhoffen ist.

2 Differenziertes Beitragsrecht

Ein weiterer Bereich, in dem finanzielle Eigenverantwortung eine Rolle spielt, ist das Beitragsrecht. Es knüpft nicht direkt an das Gesundheitsverhalten an, wie dies etwa § 52 SGB V tut, sondern setzt auf einer abstrakteren, das heißt, vom jeweils konkreten Gesundheitsverhalten entkoppelten

---

32 Die Gesundheitsämter haben punktuelle Aufgaben insbesondere bei der Planung der Gesundheitsprävention, deren Gehalt eher vage ist und die in der Praxis kaum eine Rolle spielen, vgl. etwa § 7 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Ebene an. Nach § 3 SGB V, der mit der amtlichen Überschrift „solidarische Finanzierung" versehen ist, werden die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen durch Beiträge finanziert (so § 3 Satz 2 SGB V). Die Mitglieder der Krankenkasse und die Arbeitgeber entrichten Beiträge (damit ist der Regelfall der Beitragsfinanzierung durch versicherte Arbeitnehmer benannt), die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten (§ 3 Satz 3 SGB V). Beiträge für versicherte Familienangehörige werden nicht erhoben. Zu Beginn des Gesetzes, also an prominenter Stelle, weist das SGB V also auf die sogenannte Familien(mit)versicherung gemäß § 10 SGB V hin.[33]

In dieser Regelung kommt zum Ausdruck, dass die GKV grundsätzlich davon absieht, den Einzelnen mit seiner konkreten Lebenssituation, auch seinem konkreten Krankheits- oder Gesundheitszustand, aber auch seiner Zahlungsfähigkeit (zum Beispiel nicht-erwerbstätige Ehegatten oder Kleinkinder, die von vornherein nicht beitragspflichtig sind) überhaupt auch nur wahrzunehmen. Anders als die private Krankenversicherung kennt die GKV keine individuellen Risikoprüfungen, das heißt der bzw. die Einzelne wird nicht nach den gesundheitlichen Risiken bewertet, die nach seiner/ihrer konkreten Biografie bzw. nach statistischen Erfahrungen auf ihn bzw. sie zu passen scheinen.

Die GKV symbolisiert ein beeindruckendes Gleichheitsversprechen: Der/die Einzelne hat unabhängig davon, woher er/sie kommt, was er/sie an Problemen mitbringt, welche Probleme er/sie noch machen und welche Probleme er/sie niemals lösen wird, einen Anspruch darauf, immer und vorbehaltlos mit seinen/ihren finanziell folgenreichen gesundheitlichen Problemen ernst genommen zu werden – ein Gleichheitsversprechen also, das bewusst von der auch in gesundheitlicher Hinsicht bestehenden faktischen Ungleichheit der Menschen absieht, und zwar in der Annahme, dass nach aller Lebenserfahrung sich eben nicht klar benennen lässt, wer warum für was an seinem Gesundheitszustand verantwortlich ist. Das Beitragsrecht belegt allerdings auch, dass der Gesetzgeber das Zurechnungsdilemma indirekter zu lösen versuchen kann, indem er den Kontext, in dem Eigenverantwortung entsteht und ausgeübt wird, in monetärer Absicht mit in den Blick nimmt.

---

33 *S. Rixen*, Grundlagen des GKV-Finanzierungsrechts, insbesondere das Beitragsrecht, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Aufl. 2014, § 37 Rn. 10 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Das geltende Recht sieht sogenannte Wahltarife vor (§ 53 SGB V).[34] Danach kann in verschiedenen Konstellationen ein Versicherter eine Prämienzahlung bzw. Zuzahlungsermäßigung erlangen (also im Ergebnis Reduzierungen des von ihm bezahlten Sozialversicherungsbetrags), wenn er sich etwa an besonderen Versorgungsformen beteiligt, an denen er sich nicht beteiligen muss, dies aber freiwillig tun darf (§ 53 Abs. 3 SGB V). Insbesondere dieser Wahltarif verdeutlicht, was es heißt, Eigenverantwortung in einem bestimmten eigenverantwortungsstärkenden Kontext zu leben. Es handelt sich um bestimmte Versorgungsformen, die stark auf die Gesundheitssituation des Versicherten zugeschnitten sind und ihn insbesondere anleiten sollen, sein Gesundheitsverhalten (*compliance*) zu verändern. Selbstverantwortung bzw. Selbstbestimmung wird hier nicht als formale Eigenleistung des Individuums selbst betrachtet, sondern als Produkt eines Wechselspiels zwischen individueller Handlungsfähigkeit und ihrer kontextuellen Stärkung (*empowerment*). Wie oben bereits erwähnt: Der Einzelne lebt auch, was seine gesundheitsrelevanten Entscheidungen angeht, nicht in einem luftleerem Raum, er oder sie ist keine Monade, die abgeschlossen von der übrigen Welt restlos durchdachte Entscheidungen träfe, sondern jemand, der mit einer konkreten Lebenssituation eine relativ zu dieser Lebenssituation verantwortbare Entscheidung treffen muss. Deren Plausibilität lässt sich steigern, wenn das Umfeld, in dem der Einzelne eine Entscheidung treffen muss, ihn dazu befähigt und ermutigt. In diese Sichtweise fügt sich auch die in § 1 Satz 3 SGB V erwähnte Aufklärung und Beratung ein (vgl. insbesondere §§ 13 und 14 SGB I), die die Krankenkasse jedem Versicherten anbieten muss. Allerdings sind diese Vorgaben so allgemein, dass sie letztlich erst in einer besonderen Versorgungsform, die eine engere Bindung des Versicherten an das Versorgungssystem gewährleistet, relevant werden.

3 Zuzahlungspflicht

Dass der Gesetzgeber der Eigenverantwortung ein klares finanziell relevantes Profil geben kann, zeigt sich nicht zuletzt auch an Instrumenten wie der Zuzahlungspflicht. Hier wird allein aufgrund ökonomischer Erfahrungen durch eine gesetzgeberische Entscheidung die finanzielle Eigenverant-

34 Vgl. *Wolf*, Das moralische Risiko, s. oben Fn. 10, S. 103 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wortung zugerechnet, etwa bei den Zuzahlungen zu Arzneimitteln (§ 31 Abs. 3 in Verbindung mit den §§ 61, 62 SGB V).[35] Dadurch, dass diese Zuzahlungspflichten mit Härteklauseln verbunden werden (§§ 61, 62 SGB V), wird das Zurechnungsproblem wiederum entschärft, wenngleich, allgemein betrachtet, nicht zu verkennen ist, dass der Gesetzgeber sich entschieden hat, seine Zurückhaltung, die er mit Blick auf das Finalprinzip sonst in der GKV praktiziert, hier aufzugeben. Allerdings muss man unterscheiden: Genau genommen geht es bei den Zuzahlungen um „Kollateraleffekte" der Preisgestaltung durch die Pharmaindustrie, die mittels verschiedener Instrumente dazu gebracht werden soll, ihre Preise abzusenken. In diesem Gefüge ganz unterschiedlicher Instrumente hat letztlich auch die Zuzahlung die Funktion, die Pharmaindustrie zu einer Preissenkung zu motivieren. Umgekehrt soll, daran kommt man nicht vorbei, das Kostenbewusstsein der Versicherten geschärft werden (und zwar nicht nur im Pharmabereich, Zuzahlungen gelten zum Beispiel auch für Physiotherapie). Der Gesetzgeber hat sich angesichts der massiven Kosten, die vor allem durch den Arzneimittelverbrauch ausgelöst werden, entschieden, das Zurechnungsproblem zu Lasten der Versicherten zu lösen.

Wie kontingent – und letztlich abhängig von der politischen Stimmungslage, die die Bewertung ge- oder misslungener Steuerung beeinflusst – solche Zurechnungsentscheidungen sind, zeigt die Abschaffung der sogenannten Praxisgebühr (§ 28 Abs. 4 SGB V a.F.). Allerdings können Zurechnungsentscheidungen mehr oder weniger plausibel sein. Je nach in Rede stehendem Versorgungsbereich, insbesondere dort, wo sich Gesundheitsdienstleistungen relativ gut in Euro und Cent darstellen lassen und Kausalitäten vergleichsweise gut dargestellt werden können, sind Zurechnungsentscheidungen durchaus vertretbar, wenn sie dem einzelnen Versicherten eine bewältigbare Kostenkontrolle (unter anderem durch selbst steuerbare Vorsorge) zumuten, wie etwa im Bereich des Zahnersatzes (§ 55 SGB V).[36] Gesundheitsrelevantes Vorverhalten (regelmäßige Zahnpflege, regelmäßiger Zahnarztbesuch, vgl. § 55 Abs. 1 Satz 3 SGB V) wird prämiert oder negativ sanktioniert. Auch hier muss man freilich konstatieren, dass der Gesetzgeber sich entschieden hat, die vielfältigen, nicht subjektiv steuerbaren Gründe, die dazu führen können, dass jemand „schlechte Zähne" hat, auszublenden und dies zu Lasten der einzelnen

35 Siehe zum Folgenden auch *Wolf*, Das moralische Risiko, s. oben Fn. 10, S. 68 ff., 80 ff.

36 Vgl. *Wolf*, Das moralische Risiko, s. oben Fn. 10, S. 96.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Versicherten gehen zu lassen. Dies zeigt einmal mehr: Dort wo der Gesetzgeber sich entscheidet, Eigenverantwortung zuzurechnen (und dies wie bei § 52 SGB V nicht nur auf symbolisch-inoperable Weise), geht Verantwortungszurechnung häufig mit Folgen einher, die bei kritischer Betrachtung als „sozial ungerecht" erlebt werden. Wer Zahnprobleme hat, hat sie nicht zwingend deswegen, weil er sich nicht immer die Zähne geputzt hat, sondern die Gründe dafür können sehr vielfältig sein: von Veranlagung über jahrelange fehlende Anleitung durch die Eltern bis hin zu Unfällen und Erkrankungen, in deren Folge auch die Zähne in Mitleidenschaft gezogen werden können. Eigenverantwortungszurechnung heißt vor allen Dingen auch, all das bewusst auszublenden, was gegen die Subjektivierung eines Gesundheitsproblems spricht.

V Resümee

Die Bedeutung von „Eigenverantwortung" changiert zwischen *compliance* (*adherence*) und finanzieller Verantwortung. „Verhältnisprävention" bzw. *empowerment* oder Ähnliches spielt in der GKV bislang als Leitprinzip bzw. als Ziel kaum eine Rolle. Das Thema „Präventionsgesetz" – also effektive, nicht nur rhetorische Verbesserung der Prävention – begleitet das Gesundheitssystem seit Jahren, bislang ohne Erfolg.[37] Das geltende Recht benennt in erster Linie das Spannungsverhältnis zwischen Eigenverantwortung und Solidarität. Die Feinprogrammierung erfolgt durch spezialgesetzliche Regelungen und ist damit dem politischen Prozess überlassen, der Eigenverantwortung zurechnet bzw. solche gesetzgeberischen Zurechnungsakte auch wieder aufheben kann. Der politische Prozess ist offen für ganz unterschiedliche ethische bzw. ökonomische Konzepte der Eigenverantwortung. Das Grundgesetz als Rahmenordnung schließt hier wenig aus, zumal der Gesetzgeber bei der Sozialgesetzgebung grundsätzlich einen Gestaltungsspielraum hat.[38] Das heißt: Die Verfassung markiert einen nor-

37 *Rixen*, Sozialrecht, s. oben Fn. 12, S. 578 f.; nunmehr soll im Laufe der 18. Legislaturperiode ein Präventionsgesetz verabschiedet werden, vgl. den Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD: „Deutschlands Zukunft gestalten", 16.12.2013. URL: https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf, Zugegriffen 22.7.2014, S. 58 f.

38 Allerdings können grundrechtliche Erwägungen den Gestaltungsspielraum verengen, vgl. mit Blick auf lebensbedrohliche Erkrankungen den Nikolaus-Beschluss, s. oben Fn. 4, BVerfGE 115, 25 (46), mit Blick auf die Bedürfnisse von Menschen

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

mativ nur relativ schwach konturierten „Ermöglichungsraum“, der auf politische Ausgestaltung angewiesen ist, in die neben ökonomischen auch ethische Überlegungen einfließen können.

Literatur

Arendt, Hannah, Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft, 12. Aufl., München/ Zürich 2008.

Calliess, Gralf-Peter, Die Steuerungskrise – jetzt auch im Privatrecht?, in: G.-P. Calliess et al. (Hrsg.), Soziologische Jurisprudenz. Festschrift für Gunther Teubner zum 65. Geburtstag, Berlin 2009, S. 465-479.

Gabriel, Karl/ Gärtner, Christel/ Pollack, Detlef (Hrsg.), Umstrittene Säkularisierung. Soziologische und historische Analysen zur Differenzierung von Religion und Politik, Berlin 2012.

Höfler, Korbinian, Kommentierung zu § 52 SGB V, in: S. Leitherer (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, München 2014.

Höfling, Wolfram/ Rixen, Stephan, Kommentierung zu Art. 115 GG (Staatsschuldenrecht), in: W. Kahl/ C. Waldhoff/ C. Walter (Hrsg.), Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Stand: Mai 2014, Art. 115 Rn. 83 (Stand der Kommentierung: Juli 2003).

Lang, Heinrich, Kommentierung zu § 52 SGB V, in: U. Becker/ T. Kingreen (Hrsg.), SGB V, Kommentar, 4. Aufl., München 2014.

Meyer, Hans, Diskussionsbemerkung, Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer (VVDStRL) Bd. 47 (1989), S. 242.

Möllers, Christoph, Das Grundgesetz. Geschichte und Inhalt, München 2009.

Rixen, Stephan, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, Tübingen 2005.

Rixen, Stephan, Würde des Menschen als Fundament der Grundrechte, in: F. Sebastian/ M. Heselhaus/ C. Nowak (Hrsg.), Handbuch der Europäischen Grundrechte, München 2006, S. 335-360.

Rixen, *Stephan*, Abschied von der Solidarität? Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit, Sozialrecht und Sozialpolitik am Beispiel des Fallmanagements (§§ 14, 15 SGB II), Sozialrecht aktuell Nr. 11 (2008), S. 81-87.

Rixen, Stephan, Fordern oder Fördern? Rechtliche Grenzen der Arbeitsmarktpolitik durch Sanktionen, in: Vodafone Stiftung Deutschland (Hrsg.), Wege aus dem Abseits: Sanktionen und Anreize in der Sozialpolitik, Düsseldorf 2011, S. 32-57.

---

mit Behinderungen BVerfG, Beschluss vom 12.12.2012 – 1 BvR 69/09 –, Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 2013, S. 1220-1222, sowie mit Blick auf Art. 3 Abs. 1 GG BVerfG, Beschluss vom 26.3.2014 – 1 BvR 1133/12 –, Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 2014, S. 414-416.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Rixen, Stephan, Grundlagen des GKV-Finanzierungsrechts, insbesondere das Beitragsrecht, in: H. Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Aufl., München 2014, § 37 Rn. 1 ff.

Rixen, Stephan/ Waschull, Dirk, Kommentierung zu § 20 SGB X, in: B. Diering/ H. Timme/ D. Waschull (Hrsg.), Sozialgesetzbuch X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (Lehr- und Praxiskommentar – LPK-SGB X), 3. Aufl., Baden-Baden 2011, § 20 Rn. 1 ff.

Schnapp, Friedrich E., Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gesundheit- und Sozialpolitik Nr. 9-10 (2006), S. 52-57.

Wolf, Sven, Das moralische Risiko der GKV im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, Frankfurt am Main 2010.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Gesundheitsgerechtigkeit zwischen Eigenverantwortung und Solidarität

Claus-Dieter Middel

Zu den Schlüsselwerken der Klassischen Moderne gehört Paul Klees Bild Hauptweg und Nebenwege aus dem Jahr 1929, das schon in unterschiedlichsten Zusammenhängen „zu philosophisch inspirierten Reflexionen und sinnbildhaften Interpretationen eingeladen“[1] hat. Der Anspruch des vorliegenden Beitrags ist ein wesentlich bescheidenerer. Denn der Hauptweg, das sind im Bereich der Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat die bekannten Gerechtigkeitsprobleme der modernen Medizin und die klassischen Themen einer gerechten Gesundheitsversorgung: Verteilung, Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung, Versorgungsminimalismus oder -maximalismus[2] usw. Im Folgenden sollen aber – durchaus im Blick auf den „blau-grauen Horizont, der dem Hauptweg ein Ziel zu geben scheint“[3] – einige Überlegungen zu den Nebenwegen, das heißt, zu Fragen von Gesundheitsgerechtigkeit zwischen Eigenverantwortung und Solidarität aus medizinethischer Sicht vorgebracht werden. Diesen Überlegungen wird in theoretischer Hinsicht ein Freiheitsbegriff zugrunde gelegt, der vom Recht eines jeden Menschen auf ein selbstbestimmtes Leben ausgeht; reflektiert wird, in pragmatischer Hinsicht, auf den Begriff der Patientenautonomie sowie die „Gesundheitspolitischen Leitsätze der deutschen Ärzteschaft“, das sogenannte „Ulmer Papier“ der Bundesärztekammer[4]. Ziel ist es, darzulegen, auf welchem (ideengeschichtlichen) Fundament ein Begriff der „sozialen Gesundheitsgerechtigkeit“[5] zu entwerfen wäre, und

1 *F. Zöllner*, Paul Klee, Hauptweg und Nebenwege, Wallraf-Richartz-Jahrbuch 2000, S. 1 (2), URL: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/artdok/volltexte/2006/173/, Zugegriffen 25.8.2014.

2 Siehe dazu in diesem Band insbesondere die Beiträge in Abschnitt C. III.

3 *Zöllner*, Paul Klee, s. oben Fn. 1, S. 1 (1).

4 Bundesärztekammer (BÄK), Gesundheitspolitische Leitsätze der deutschen Ärzteschaft. Ulmer Papier, 2008, S. 24, URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf, Zugegriffen 25.8.2014.

5 *S. Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?, 2011.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

was aus Sicht der verfassten Ärzteschaft darunter verstanden werden könnte. Dieser Fragestellung wird – aus unterschiedlichen Perspektiven – in vier Abschnitten nachgegangen: I. Selbstbestimmung und Sozialisierung der Verantwortung; II. Selbstbestimmung des Patienten; III. Eigenverantwortung, Gesundheitsverhalten und ärztliches Handeln; IV. Was heißt (soziale) Gesundheitsgerechtigkeit?

I Selbstbestimmung und Sozialisierung der Verantwortung

Wird der Fokus des Freiheitsbegriffs für einen kursorischen Gang durch die moderne Ideengeschichte gewählt, ist festzustellen, „dass sich jede Freiheits- und jede Befreiungskonzeption des 20. und selbst des 21. Jahrhunderts […] mit einem […] Rekurs entweder auf Liberalismus oder auf Sozialismus“ herausbildet, das heißt mit zustimmender oder ablehnender Bezugnahme auf die klassischen Strömungen der politischen Theorie des 19. Jahrhunderts.[6] Da jedoch die Komplexität der heutigen Welt viel höher ist als die Welt, aus der die Ideen des klassischen Liberalismus und des klassischen Sozialismus stammen, und auch die Optionen für den Einzelnen wie für die Gesellschaft zahlreicher und vielfältiger[7] sind, reichen die Denkmodelle, die im 19. Jahrhundert entwickelt wurden, nur bedingt aus für die Lösung gegenwärtiger politischer und ökonomischer Probleme. Sie bieten gleichwohl Anknüpfungsmöglichkeiten, insbesondere was das Menschenbild betrifft, auf das Liberalismus wie Sozialismus abstellen: Beide sprechen das Individuum an „als allseits gebildet, vielseitig interessiert und nicht in seinen/ihren Handlungsoptionen eingeschränkt.“[8] Allerdings setzen beide Traditionen einen wesentlichen Unterschied dadurch, ob diese „gebildete Vielseitigkeit“[9] gegen die Gesellschaft durchgesetzt werden muss – Liberalismus – oder erst durch die Gesellschaft ermöglicht

6 *B. Holland-Cunz*, Gefährdete Freiheit. Über Hannah Arendt und Simone Beauvoir, 2012, S. 25.

7 *L. Herzog*, Freiheit gehört nicht nur den Reichen. Plädoyer für einen zeitgemäßen Liberalismus, 2014, S. 20.

8 *Holland-Cunz*, Gefährdete Freiheit, s. oben Fn. 6, S. 27.

9 Das berühmte Beispiel aus der „Deutschen Ideologie“ von Marx und Engels: Ein jeder könnte „heute dies, morgen jenes tun, am Morgen zu jagen, am Mittag zu fischen und am Abend Viehzucht zu betreiben oder auch das Essen zu kritisieren, ohne jemals Jäger, Fischer, Hirte oder Kritikus zu sein“. *K. Marx/F. Engels*, Die deutsche Ideologie, MEW Bd. 3, Berlin 1983, S. 33.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wird – Sozialismus. Folglich wird Freiheit im Liberalismus wie im Sozialismus grundsätzlich als Verfolgung eines individuellen Lebensplans verstanden, der nicht durch „äußere Bewegungshindernisse" (Thomas Hobbes)[10] beeinträchtigt werden sollte. Ein solcher Lebensplan kann durchaus exzentrisch sein: Freiheit schließt jedenfalls „das Recht ein, falsches, dummes, selbstschädigendes und irrationales Verhalten an den Tag legen zu dürfen" [11], ohne durch – selbst wohlwollende – Ratgeber irritiert zu werden.

In modernen Gesellschaften konkurrieren unterschiedliche Wertbegründungssysteme miteinander, sodass sinnvolle Überlegungen zum Begriff der Eigenverantwortung nur mit Bezug auf freiheitsermöglichende Bedingungen und soziale Fähigkeiten angestellt werden können, das heißt diejenigen Voraussetzungen, die für die freie Entscheidung des Einzelnen notwendig sind. Betont wird mit diesem Autonomieverständnis, dass Individualität und persönliche Würde des Einzelnen die Befreiung von äußerer Beeinflussung bzw. die Vermeidung von Bevormundung erfordern.[12] Insoweit heißt autonom sein, „sein Leben erfinden, als selbstverantwortliches Subjekt existieren zu können."[13] Entsprechend steht Autonomie als Grundverfasstheit des Menschen[14] zwangsläufig im Rahmen einer aktiven Wechselbeziehung[15] und setzt soziale Absicherung voraus. Zu den Bedin-

---

10 *T. Hobbes*, Leviathan oder Stoff, Form und Gewalt eines kirchlichen und bürgerlichen Staates, 1994, S. 99.

11 *Holland-Cunz*, Gefährdete Freiheit, s. oben Fn. 6, S. 28. Bezugspunkt ist Isaiah Berlins Diktum: „Paternalismus ist der schlimmste Despotismus – weil er mit den Menschen umgeht, als wären sie nicht frei, als wären sie für mich, den wohlmeinenden Reformer, Material, dass ich gemäß meinen, nicht ihren Zwecken forme." *I. Berlin*, Freiheit. Vier Versuche, 2006, S. 217.

12 *G. Maio*, Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, 2012, S. 121.

13 *P. Rosanvallon*, Die Gesellschaft der Gleichen, 2013, S. 33. Freilich hängt das Verständnis von Autonomie davon ab, welcher Denktradition gefolgt wird. Beispielsweise liegt der kantischen Pflichtenethik ein ganz anderes Modell zugrunde, das Autonomie als eine Eigenschaft des Willens und mithin die Selbstgesetzlichkeit eines jeden Menschen als wesentlich versteht. Hier wie im Folgenden wird auf das in der Medizin geläufige Autonomieprinzip rekurriert.

14 „Autonomie als Grundverfasstheit des Menschen hat letztlich auch mit Fremdverantwortung, Selbstbestimmung als Manifestation von Autonomie und Selbstverantwortung zu tun." *J. Beckmann*, Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses, in: Schockenhoff et al. (Hrsg.), Medizinische Ethik im Wandel. Grundlagen – Konkretionen – Perspektiven, 2005, S. 287 (298).

15 *Rosanvallon*, Die Gesellschaft der Gleichen, s. oben Fn. 15, S. 33.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gungen der Möglichkeit[16] von Selbstbestimmung in Freiheit gehören folglich gesellschaftliche und staatliche Institutionen, die unter der Maßgabe von Transparenz, Deliberation und fairen Verfahrensweisen[17] dem Einzelnen „genügend Sicherheiten im vorpolitischen Bereich des ökonomischen Überlebens“[18] bieten und ihm durch staatliche Sicherungssysteme die Furcht vor sozialer Deklassierung nehmen. Andernfalls, nämlich „ohne ausreichend gleich verteilte Macht zum Schutz der Behauptung der eigenen Rechte“ [19] bliebe zum einen Freiheit nur eine Hoffnung. Zum anderen wären die Voraussetzungen und das institutionell-organisatorische Umfeld nicht gegeben, in dem erst sich menschliche Moralität entfalten kann.[20]

Dieses robuste – und auch historisch reflektierte – Verständnis von Selbstbestimmung in Freiheit geht über das hinaus, was allgemein unter negativer Freiheit verstanden wird, also im engeren Sinne „die Möglichkeit der Abwehr von Eingriffen und die Abwesenheit von Hindernissen, das zu tun, was man tun möchte“ sowie formale Rechte und Abwehrrechte gegen den Staat, die gemeinhin „unter dem Stichwort der ‚bürgerlichen Rechte‘ zusammengefasst werden“.[21] In dem weiten Sinne, der auf die Selbstbestimmung der Einzelnen abhebt, umfasst der Begriff der Freiheit drei Dimensionen: die auf Handlungsspielräume bezogene negative Freiheit, die auf Planbarkeit und Verlässlichkeit eines selbstbestimmten Lebens bezogene positive Freiheit sowie die republikanische Freiheit, das heißt Bürgerstatus und Mitgestaltungsmöglichkeiten.[22]

Zwar gilt es als Vorteil rechtsstaatlicher Demokratien, dass negative und positive Freiheit die Möglichkeit zu Selbstbestimmung sichern, „ohne die die Teilnahme an öffentlichen Diskursen und politischen Entscheidungen bloße Makulatur wäre“[23], weshalb innerhalb ihrer Strukturen friedlicher gesellschaftlicher Wandel möglich ist. Dennoch stellt sich angesichts

16 Hier wird auf die Verwendung des Begriffs in der nachkantischen Philosophie angespielt, also auf die Struktur einer Sache und nicht auf die Art und Weise ihres Zustandekommens.
17 *J. N. Shklar*, Der Liberalismus der Furcht, 2013, S. 26.
18 *A. Honneth*, Vorwort, in: Shklar, Der Liberalismus der Furcht, 2013, S. 7 (22).
19 *Shklar*, Der Liberalismus der Furcht, s. oben Fn. 17, S. 62.
20 *W. Kersting*, Verantwortliche Verantwortung, in: Heidbrink (Hrsg.), Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns in komplexen Kontexten, 2003, S. 9 (14).
21 *Herzog*, Freiheit gehört nicht nur den Reichen, s. oben Fn. 7, S. 69.
22 *Herzog*, a.a.O., S. 125.
23 *Herzog*, a.a.O., S. 81.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

der „Vakanzen, die durch Loslösung von konventionellen Ethikkonzepten im Übergang von der frühen zur späten Moderne entstanden sind“[24], die grundsätzliche Frage, wie im Zusammenhang mit der Komplexitätssteigerung der modernen Welt sichergestellt werden kann, dass grundlegende soziale Normen stabil bleiben. Denn in komplexen Lebensverhältnissen, das heißt, für den Einzelnen unübersichtlichen Handlungsräumen, verlieren die klassischen Pflicht- und Rechenschaftsverhältnisse bzw. Moralkonzeptionen[25] ihre orientierende Wirkung[26]. An ihre Stelle treten kompensatorisch normative Ersatzbegriffe[27] wie der Verantwortungsbegriff, der sich ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts herausgebildet hat und durch drei Grundelemente gekennzeichnet ist,[28] zu denen „auf einem fortgeschrittenen Niveau der Ausdifferenzierung von Regelsystemen ein viertes Element tritt.“[29] Gemeint sind: Kausalität als objektive Basisbedingung, Intentionalität als subjektive Handlungsbedingung, Relationalität als normative Rahmenbedingung, „die den Bezug auf ein bestimmtes System von Werten, Normen und Gesetzen festlegt, vor deren Hintergrund jemand für sein Handeln zur Rechenschaft gezogen wird“ sowie die Legitimität der Verantwortungszurechnung, durch die „äußere Umstände des Handelns als eigenständiges Bewertungsproblem mit einbezogen“ werden.[30]

Normative Ersatzbegriffe wie der Verantwortungsbegriff sind ausdrücklich auf ein hohes „Quantum an individueller Initiative, an persönlichem Engagement und Einsatz“[31] und somit auf die Bereitschaft der Akteure angewiesen, „sich nicht nur am Regelwerk sondern auch am Sinn ihrer jeweiligen Tätigkeit [zu] orientieren“[32], das heißt, Institutionen und Praktiken selbst mitzutragen und sich gegenseitig „um die mittel- und langfristigen Auswirkungen ihrer individuellen Handlungen zu küm-

---

24 *Kersting*, Verantwortliche Verantwortung, s. oben Fn. 20, S. 9 (11).
25 Grob gesagt ist damit die Forderung gemeint, ein jeder möge sich gemäß den rechtsstaatlichen Grundregeln, den Regeln einer fairen Kooperation und dem moralischen Gebot reziproker Achtung verhalten.
26 *Kersting*, Verantwortliche Verantwortung, s. oben Fn. 20, S. 9 (11).
27 *Kersting*, ebd.
28 *L. Heidbrink*, Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns in komplexen Kontexten, 2003, S. 190.
29 *Heidbrink*, a.a.O., S. 191.
30 *Heidbrink*, ebd. Vgl. dazu *M. Rothhaar*, Philosophische Grundlagen der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, in diesem Band.
31 *Heidbrink*, Kritik der Verantwortung, s. oben Fn. 28, S. 47.
32 *Herzog*, Freiheit gehört nicht nur den Reichen, s. oben Fn. 7, S. 104.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

mern.“[33] Insoweit bedeutet die Übernahme von Verantwortung nicht nur deren Sozialisierung, sie bildet auch „einen Sollensimperativ, also etwas, dem man sich nur unter ethischer Missachtung entziehen kann.“[34] Mithin kann Eigenverantwortung zwar dem Bewusstsein persönlicher Authentizität entspringen und grundsätzlich „vor dem Hintergrund eines in sich stimmigen Daseinsvollzugs realisiert“[35] werden, könnte letztlich aber auch „die Bereitschaft zur normativen Inanspruchnahme von Akteuren auch jenseits der Kausalität ihres Handelns“[36] verlangen. Deshalb setzt die Sozialisierung der Verantwortung „eine in Grundzügen schon existierende Verantwortungsgesellschaft voraus“, die nicht nur institutionelle Rahmenbedingungen bereit stellt, sondern auch „die erforderlichen evaluativen Ressourcen […], damit die sozialen Akteure in der Lage sind, ihr Handeln […] auch an situativen und kontextuellen Verantwortlichkeiten auszurichten.“[37]

Wird also die Frage nach einer ethischen Fundierung von Verantwortungsfeststellungen und -zuschreibungen in modernen Gesellschaften in sozialphilosophischer Hinsicht gestellt, so dürfte folgende Quintessenz unstreitig sein: „Das Individuum soll selbst wählen können [also nicht fremdbestimmt sein, sondern autonom den eigenen Ideen folgen können], […] es soll wählen können [also nicht nur getrieben sein von unreflektierten Wünschen oder Trieben]“[38], und es soll eingebettet sein „in einen gesellschaftlichen Verbund, in dem sich die einzelnen Individuen“ in wechselseitigem Respekt „als aktive Beiträger und praktisch Beteiligte“[39] an einem kollektiven Projekt verstehen. Damit wird zum einen angezeigt, dass es in Fragen eines selbstbestimmten Lebens um mehr geht als eine theoretische Begleitreflexion des Modernisierungsprozesses, nämlich um eine Aktivierung unserer moralischen Intuitionen im Hinblick auf fürsorgliche Anteilnahme und Solidarität.[40] Zum anderen wird eine legitimatorische Basis für solche selbstverantwortlichen Handlungen geschaffen, „die in Absehung personaler Umstände daraufhin beurteilt werden, ob der Han-

33 *Heidbrink*, Kritik der Verantwortung, s. oben Fn. 28 , S. 189.
34 *Heidbrink*, a.a.O., S. 47.
35 *Heidbrink*, a.a.O., S. 25.
36 *Kersting*, Verantwortliche Verantwortung, s. oben Fn. 20, S. 9 (16).
37 *Heidbrink*, Kritik der Verantwortung, s. oben Fn. 28, S. 200.
38 *Herzog*, Freiheit gehört nicht nur den Reichen, s. oben Fn. 7, S. 12.
39 *Heidbrink*, Kritik der Verantwortung, s. oben Fn. 28, S. 198.
40 Siehe dazu in diesem Band insbesondere die Beiträge in Abschnitt C. I.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

delnde seiner Pflicht zur Selbstvorsorge nachgekommen ist."[41] Da dies mit der Frage verbunden sein kann, wem Entschädigungen für Benachteiligungen zustehen, die aus Gleichheitsgründen zu kompensieren sind, wird schließlich deutlich, dass Selbstbestimmung als persönliche Ressource zu Auseinandersetzungen um soziale Wertschätzung bzw. gesellschaftliche Anerkennung führen kann.

II Selbstbestimmung des Patienten

Hinsichtlich der Selbstbestimmung von Patienten sind mit Bezug auf medizinische Behandlungsentscheidungen aus medizinethischer Perspektive zwei Fragen von wesentlicher Bedeutung: Zum ersten, mit welchen ausgesprochenen und unausgesprochenen Normen ist der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten verknüpft? Zum zweiten, wie ist das Ziel einer hinreichend autonomen Entscheidung über eine aktuell anstehende medizinische Behandlung zu erreichen?

Da sich im medizinischen Alltag Konflikte zwischen den ärztlichen Maximen der Fürsorge und Schadensvermeidung einerseits und der Selbstbestimmung des Patienten andererseits nicht immer vermeiden lassen, bietet es sich an, die klassische ärztliche Maxime *salus aegroti suprema lex* (das Wohl des Kranken ist das oberste Gebot) ihrer modernen Ausprägung, *voluntas aegroti suprema lex* (der Wille des Kranken ist das oberste Gebot), polarisierend gegenüber zu stellen. Derart können die Begriffe Paternalismus auf der einen Seite und Patientenautonomie auf der anderen Seite konturiert werden.

Traditionell ist ärztliche Fürsorge am hippokratischen Ethos, ärztliches Handeln mithin am Bemühen um Schadensvermeidung und am Wohl des Patienten orientiert. Von medizinischem Paternalismus ist dann die Rede, wenn der Arzt seine professionelle Fürsorgepflicht und seine moralischen Ermessenspielräume betont und zum vermeintlichen Wohlergehen seines Patienten bewusst dessen Willen oder Absichten durchkreuzt.[42] Im aus-

41 *Heidbrink*, Kritik der Verantwortung, s. oben Fn. 28, S. 197.

42 Vgl. *E. Deutsch/ A. Spickhoff*, Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 2003, Rn. 200, 508, 582. Siehe dazu und zur Unterscheidung von starkem und schwachem Paternalismus den Beitrag von *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

drücklichen Gegensatz dazu gehen die mit dem Schlüsselbegriff der Patientenautonomie operierenden medizinethischen Ansätze[43] unter anderem davon aus, das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten impliziere eine Pflicht des Arztes, diese zu achten und zu wahren.

Insoweit ist auch im Kontext medizinischer Behandlungsentscheidungen von einem bestimmten Begriff der Freiheit auszugehen, wie er im Grundgesetzes normiert wird, wo es bekanntlich heißt, dass jeder das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit sowie auf Leben und körperliche Unversehrtheit hat, Art. 2 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 GG. Ein derartiges Selbstbestimmungsrecht bedeutet erstens den Bruch mit dem starken Paternalismus in der Medizin, gewährleistet zweitens Freiheitsschutz im Bereich der leiblich-seelischen Integrität des Menschen, weist drittens das (Selbst-)Bestimmungsrecht über den eigenen Körper als das schützenswerte Rechtsgut aus, und begründet viertens, dass jegliche ärztliche Aufklärung eines Patienten Selbstbestimmungsaufklärung sein muss.

Fehlen die eine Behandlung legitimierende Aufklärung und Einwilligung des Patienten, handelt der Arzt nicht nur moralisch bedenklich, er begeht überdies eine Körperverletzung. Das heißt: Mit Ausnahme von Notfall- oder Kriseninterventionen darf über bestimmte medizinische Maßnahmen nicht ohne informierte Einwilligung des Patienten entschieden werden.

Nach modernen medizinethischen Vorstellungen hat eine solche Entscheidung drei Voraussetzungen zu erfüllen, um als autonom gelten zu können und anerkannt zu werden: Sie muss von einem entscheidungskompetenten Patienten, der versteht, worum es geht, bewusst und ohne unzulässige Einflussnahme Dritter getroffen werden.[44] Entsprechend hat der Arzt dem Patienten auch das Recht auf eine aus medizinischer Perspektive unvernünftige Entscheidung zuzugestehen. Dies gilt für alle Stadien des Aufklärungsgesprächs, die als Diagnoseaufklärung, Therapieaufklärung, Verlaufsaufklärung, Risikoaufklärung und Aufklärung über alternative Behandlungsmöglichkeiten (inklusive der wirtschaftlichen Aspekte) zu unterscheiden sind.[45]

---

43 Grundlegend: *J. Feinberg*, Harm to Self, 1986.

44 Grundlegend: *R. R. Faden/ T. L. Beauchamp*, A History and Theory of Informed Consent, 1986, S. 235 ff.

45 Vgl. *M. Quaas/ R. Zuck*, Medizinrecht, 2008, S. 294 ff., sowie *A. Laufs/ W. Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 2002, § 63, Rn. 11 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Aus den am Konzept der Patientenautonomie orientierten Vorgaben zur Selbstbestimmungsaufklärung folgt allerdings nicht ohne Weiteres, dass der Patient Anspruch auf eine bestimmte Behandlungsmethode hat. Auch kann der Arzt eine Behandlung, die seinem Gewissen widerspricht oder für die seines Erachtens keine Indikation[46] besteht, verweigern. Ob eine bestimmte Methode verfügbar ist oder öffentlich finanziert wird, ist – zumindest auf den ersten Blick – keine Frage der Patientenautonomie, sondern der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.[47]

Das bedeutet: Die Patientenautonomie, verstanden als Teil des grundrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrechts über die leiblich-seelische Integrität, umfasst die Befugnis des betroffenen Patienten, die Entscheidung über eine aktuell anstehende medizinische Behandlung zu treffen. Damit wird unzweifelhaft der Vorrang des individuellen konkreten Patientenwillens gegenüber dem betont, was Ärzte und Pflegende oder sonstige Personen als das Wohl des Patienten ansehen.[48]

III Eigenverantwortung, Gesundheitsverhalten und ärztliches Handeln

Welche Rolle spielt nun Eigenverantwortung im Hinblick auf individuelles Gesundheitsverhalten und ärztliches Handeln? Schließt Eigenverantwortung – oder: individuelle Gesundheitsverantwortung – sowohl das „Wissen um die kausalen Verbindungen zwischen gewählter Lebensweise und Krankheitsrisiken" als auch die moralische Bereitschaft ein, „die Gesundheitskosten frei gewählter medizinisch irrationaler Lebensweisen durch geeignete private Risikoversicherungen abzudecken und nicht auf die anonyme Beitragsgesellschaft abzuwälzen?" [49] Oder gehört Eigenverantwortung zu einer bloßen „Semantik der Konkurrenz und Flexibilität, der flachen Hierarchie und der steilen Leistungskurven, die [die] gesell-

46 Abgestellt wird hier auf die Indikation im Sinne des § 1901b BGB, wonach der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist, nicht auf die ethische und wissenschaftstheoretische Debatte über den Begriff der „medizinischen Indikation".

47 Vgl. *A. Simon*, Medizinethische Aspekte, in: Verrel/ Simon (Hrsg.), Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte, 2010, S. 59 ff.

48 *Simon*a.a.O., S. 88.

49 *W. Kersting*, Politische Philosophie des Sozialstaats, 2000, S. 505.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

schaftliche Selbstbeschreibung dominiert?“[50] Ist also Eigenverantwortung sozialverantwortliche Selbstmobilisierung der Einzelnen oder lediglich individueller Selbstzwang in gesellschaftlicher Absicht?[51] Die Klärung dieser Frage ist auch deshalb von Bedeutung, weil sie eine Antwort darauf liefern könnte, ob und wie weit sich modernes ärztliches Denken und Handeln tatsächlich auf autonome Subjekte oder eher auf de-autonomisierte Subjekte[52] richten könnte und sollte.

Im sogenannten Ulmer Papier, den gesundheitspolitischen Leitsätzen der deutschen Ärzteschaft aus dem Jahr 2008, heißt es unter der Überschrift „Eigenverantwortung der Patienten stärken“, dass „Gesundheits- und Sozialpolitik […] die persönliche Verantwortlichkeit und Verantwortungsbereitschaft des Einzelnen für die eigene Lebensführung fördern und ihr zur Entfaltung verhelfen“ müssen.[53] Einerseits haben die gesundheitspolitischen Aktivitäten des Staates „den Menschen vor nachteiliger Beeinflussung von außen“ zu bewahren „und ihm die Chance zur individuellen Entfaltung“ [54] zu geben, andererseits sollen die Einzelnen ihrer Verantwortung für sich und die Solidargemeinschaft nachkommen, „indem sie z. B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen.“[55] Hierzu seien Information und Aufklärung wesentliche Voraussetzung. Als maßgeblich wird das Subsidiaritätsprinzip genannt, aus dem sich eine abgestufte Verantwortung ergebe, nämlich der „Vorrang der gesundheitlichen Verantwortung des Einzelnen vor der Verantwortung der Gesellschaft und des Staats.“[56] Das Ulmer Papier weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die Stärkung der Eigenverantwortung durch Ei-

50 *S. Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus, 2008, S. 136.

51 *A. Nassehi*, Die paradoxe Einheit von Inklusion und Exklusion. Ein systemtheoretischer Blick auf die „Phänomene“, in: Bude/ Willisch (Hrsg.), Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige, 2006, S. 46 (64).

52 Im Falle einer De-Autonomisierung könnte eventuell der ärztliche Paternalismus ein unverhofftes Comeback feiern, nämlich um deren Folgen zu kompensieren. Präziser wäre von einer De-Autonomisierung von Lebenspraxis zu sprechen, etwa durch zunehmendes Ausgeliefertsein an bestimmte gesellschaftliche Anforderungen.

53 Bundesärztekammer (BÄK), s. oben Fn. 4, S. 24.

54 Bundesärztekammer, ebd.

55 Bundesärztekammer, ebd.

56 Bundesärztekammer, ebd.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

genbeteiligungen „nicht zu Unterversorgung ausgerechnet der finanzschwachen Bevölkerung führen“[57] dürfe.

In diesem Zusammenhang nennt das Ulmer Papier die folgenden Ziele: „Präventionsmaßnahmen ausbauen und vernetzen, Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit flächendeckend stärken und zielgruppenspezifisch ausbauen, chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen, Gesundheit im Alter fördern, Palliativversorgung stärken“ und „Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational begründeten Weiterentwicklung der Strukturen des Gesundheitswesens.“[58]

Diese Ziele wurden, wie der Prolog des Ulmer Papiers vermerkt, von der deutschen Ärzteschaft im Bewusstsein zum Ausdruck gebracht, „dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind, dass Diagnose und Therapie nicht zum Geschäftsgegenstand werden dürfen.“[59]

Damit soll veranschaulicht werden, was in der Bundesärzteordnung (BÄO) deklariert wird, dass nämlich der Arzt der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes dient, und der ärztliche Beruf kein Gewerbe, sondern seiner Natur nach ein freier Beruf ist, § 1 Abs. 1 u. 2 BÄO.

Als Angehöriger eines freien Berufs steht der Arzt in einer besonderen Verantwortung. Dabei kommt dem Vertrauen in die Fachkunde des Arztes und in seine Integrität eine wesentliche Bedeutung zu: zum einen, weil der Patient in der Regel nicht über das gleiche fachliche Wissen wie der Arzt verfügt, zum anderen, weil die Qualität ärztlicher Leistungen in der Regel nicht am Erfolg oder Misserfolg der jeweiligen Leistung gemessen werden kann. Für die Funktionsfähigkeit des Arztberufes ist es also wesentlich, dass jeder Patient jederzeit darauf vertrauen können muss, dass die Tätigkeit eines Arztes nicht auf den eigenen Gewinn, sondern primär auf das Wohl des Patienten und die Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts gerichtet ist. Dieses Vertrauen ist, nüchtern betrachtet, zugleich Grundlage der ärztlichen Selbstverwaltung und Bedingung ihres Fortbestands. Wenn nämlich die Gesellschaft nicht mehr sicher sein könnte, dass die Ärzteschaft diesem Vertrauen gerecht wird, gäbe es auch keinen Grund mehr,

57 Bundesärztekammer, ebd.
58 Bundesärztekammer, a.a.O., S. 8 ff.
59 Bundesärztekammer, a.a.O., S. 4.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

der Ärzteschaft die Regelung der eigenen Angelegenheit zu überlassen. Mit anderen Worten: Es liegt im genuinen Interesse der Ärzteschaft, dieses antizipatorische Systemvertrauen [60] zu erhalten.

Wie Demokratie und Markt stehen auch ärztliches Handeln und die Gesundheitsversorgung moderner Gesellschaften auf dem geltungstheoretischen Sockel des normativen Individualismus. Insoweit kann die im Ulmer Papier geforderte behutsame Etablierung von Eigenverantwortung durchaus auch positive Effekte für das Gesundheitsverhalten der Einzelnen zeitigen: nämlich eine Selbst-Mobilisierung nach subjektiven Präferenzen, die im Rahmen der Patient-Arzt-Beziehung dadurch geschützt sind, „dass das ärztliche Handeln am sozialen Umfeld und an der Individualität der gesunden und erkrankten Menschen ausgerichtet ist“[61]. Es ist jedoch nicht auszuschließen und deshalb auch für die Ärzteschaft beachtlich, dass die permanenten Anforderungen einer sozial aktivischen Gesellschaft an die Eigenverantwortung oder das unternehmerische Selbst[62] zu einer Überforderung, sozusagen zu biographischem Dauerstress[63] führen. Dies wiederum könnte eine De-Autonomisierung im Sinne einer durch gesundheitliche Probleme eingeschränkten Lebensführung bedingen. Gegen solche Einschränkungen des individuellen Gesundheitsverhaltens angehen zu können, soweit medizinisch möglich, ist jedoch in einer Wettbewerbs- und Leistungsgesellschaft von zentraler Bedeutung, um überhaupt sinnvoll von Gesundheitsgerechtigkeit sprechen zu können.

IV Was heißt (soziale) Gesundheitsgerechtigkeit?

Die Diskussion über Gesundheitsgerechtigkeit lässt sich als Teil einer gegenwärtig wieder scharf geführten Debatte über den Umgang mit der Mittelknappheit im Gesundheitswesen verstehen, in der eine nachlassende Orientierung an den zentralen Prinzipien der Solidarität und der Subsidiarität zu verzeichnen ist.[64] Dabei dürften unseren moralischen Intuitionen die Annahmen entsprechen, dass es ungerecht ist, wenn Gesundheit vom

60 *W. Schluchter*, Rationalismus der Weltbeherrschung, 1980, S. 191.
61 Bundesärztekammer, s. oben Fn. 4.
62 *U. Bröckling*, Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, 2007.
63 Vgl. *Lessenich*, Die Neuerfindung des Sozialen, s. oben Fn. 50, S. 85 ff.
64 Siehe dazu in diesem Band insbesondere die Beiträge in Abschnitt C. I.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

sozialen Status abhängt; dass Gesundheit ein Gut sein soll, für das soziale Ungleichheiten folgenlos sind, und dass niemand aus finanziellen Gründen auf eine Behandlung verzichten muss.[65] Klärungsbedürftig erscheint hingegen, ob und wie weit die Errungenschaften der modernen Medizin allen Kranken in ausreichendem Maße und in gleicher Weise zur Verfügung gestellt werden können und sollen.

Die generelle Frage der Nutzung gesellschaftlicher Ressourcen ist insbesondere deshalb von Bedeutung, weil es mehr als Indizien dafür gibt, dass der Gesundheitszustand einer Population umso schlechter ist, je stärker die soziale Ungleichheit sich ausprägt. Dementsprechend ist das System der Gesundheitsversorgung nur in sehr begrenztem Ausmaß für den sozialen Gesundheitsgradienten verantwortlich.[66]

Überdies kann es angesichts des normativen Individualismus moderner demokratischer Rechtsordnungen keinen „Volkskörper" geben, dessen Gesundheit unabhängig von oder gar vorrangig gegenüber den individuellen Gesundheitszuständen wäre.[67] Das heißt jedoch nicht, dass ärztliches Denken und Handeln ausschließlich auf den individuellen Behandlungsfall ausgerichtet sein dürfte. Im Gegenteil: Gerade zur behutsamen Etablierung von Eigenverantwortung ist es zwingend erforderlich, dass sich ärztliches Denken und Handeln auch auf sozial- oder ordnungspolitische Strukturentscheidungen bezieht. Aber: in welcher spezifischen Weise könnte und sollte es das tun, wo es doch entscheidend auf eine außermedizinische Änderung sozialer Rahmenbedingungen anzukommen scheint? Zudem ist – wie aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive immer wieder betont wird – der Arzt mitnichten der wichtigste Garant für die Gesundheit der Bevölkerung.[68] Weiterhin dürfte die Fokussierung auf reine Verhaltensprävention die Gesundheitsungleichheiten sogar vergrößern, weil vorrangig die Bessergebildeten ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein haben und auch dafür ansprechbar sind.[69] Letztendlich dürfte man hier konzeptuell nur weiterkommen, wenn der gesellschaftstheoretisch anspruchs-

---

65 Vgl. *Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, s. oben Fn. 5.

66 Siehe dazu *J. Siegrist*, Sozial ungleiche Gesundheitschancen: Prävention als solidarisches Handeln, in diesem Band.

67 *Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, s. oben Fn. 5, S. 46.

68 Statt vieler: *R. G. Wilkinson*, Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit, 2001.

69 *Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, s. oben Fn. 5, S. 64; Siehe auch *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

volle Begriff der Gesundheitsgerechtigkeit präzisiert wird, als soziale Gesundheitsgerechtigkeit.

Dies hätte im Wesentlichen zur Folge, dass die institutionellen Voraussetzungen der Verwirklichung von Gesundheitsgerechtigkeit integraler Bestandteil der Vorstellung von Gesundheitsgerechtigkeit selbst wären. Insoweit verstünde sich soziale Gesundheitsgerechtigkeit als gesellschaftstheoretisch informierte und unter anderem auf Gesundheitsverhalten ausgerichtete Konkretisierung einer Idee von Gerechtigkeit, die in menschlicher Sozialität und demokratischer Vergesellschaftung fundiert ist und dem Einzelnen eine selbstbestimmte und möglichst uneingeschränkte Selbst-Mobilisierung ermöglicht. Mit anderen Worten: Gesundheitsgerechtigkeit muss in einen sozialen Kontext eingestellt werden, sie ist eher sozialfürsorglich als freiheitsfürsorglich zu orientieren, weil ansonsten verkannt würde, was Staat und Gesellschaft vorleisten, ehe überhaupt eine eigenverantwortliche Leistung des Einzelnen entstehen kann.[70]

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es primäre ärztliche Aufgabe ist und bleibt, kranken Menschen beizustehen, nicht aber vorrangig deren Freiheit und Gesundheit zu maximieren. Weiterhin haben ärztliches Denken und Handeln auch dafür Sorge zu tragen, dem einzelnen Patienten eine klare Orientierung in Bezug auf das grundgesetzlich garantierte Selbstbestimmungsrecht zu ermöglichen. Dies soll im Hinblick auf eine Selbst-Mobilisierung erfolgen, die eine durch möglichst wenige gesundheitliche Probleme eingeschränkte Lebensführung ermöglicht. Soziale Gesundheitsgerechtigkeit bedeutet dann die Orientierung daran, dass eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten in all seinen Dimensionen „für alle Bürger so groß wie möglich sein soll – in Bezug auf die negative Freiheit, die ihnen Freiräume für eigenes Handeln sichert, in Bezug auf die materiellen Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben“[71] und in Bezug auf die Teilnahme an gesundheitspolitischen Gestaltungsprozessen in ihrem Status als freie Bürger.

---

70 Vgl. *H. P. Bull*, Daseinsvorsorge im Wandel der Staatsformen, Der Staat 2008, S. 1 (14 f.).

71 *Herzog*, Freiheit gehört nicht nur den Reichen, s. oben Fn. 7, S. 97.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Literatur

Beckmann, Jan, Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses, in: E. Schockenhoff et al. (Hrsg.), Medizinische Ethik im Wandel. Grundlagen – Konkretionen – Perspektiven, Ostfildern 2005, S. 287-299.

Berlin, Isaiah, Freiheit. Vier Versuche, Frankfurt am Main 2006.

Bröckling, Ulrich, Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, Frankfurt am Main 2007.

Bude, Heinz/ Willisch, Andreas, Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige, Hamburg 2006.

Bull, Hans P., Daseinsvorsorge im Wandel der Staatsformen, Der Staat Nr. 47 (2008), S. 1-19.

Bundesärztekammer (BÄK), Gesundheitspolitische Leitsätze der deutschen Ärzteschaft. Ulmer Papier, Berlin 2008. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf, Zugegriffen 25.8.2014.

Deutsch, Erwin/ Spickhoff, Andreas, Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, Berlin 2003.

Faden Ruth R./ Beauchamp Tom L., A History and Theory of Informed Consent, Oxford 1986.

Feinberg, Joel, Harm to Self, Oxford 1986.

Heidbrink, Ludger, Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns in komplexen Kontexten, Weilerswist 2003.

Herzog, Lisa, Freiheit gehört nicht nur den Reichen. Plädoyer für einen zeitgemäßen Liberalismus, München 2014.

Hobbes, Thomas, Leviathan oder Stoff, Form und Gewalt eines kirchlichen und bürgerlichen Staates, Frankfurt am Main 1994.

Holland-Cunz, Barbara, Gefährdete Freiheit. Über Hannah Arendt und Simone Beauvoir, Opladen 2012.

Honneth, Axel, Vorwort, in: J. N. Shklar, Der Liberalismus der Furcht, Berlin 2013, S. 7-25.

Huster, Stefan, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?, Berlin 2011.

Kersting, Wolfgang, Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist 2000.

Kersting, Wolfgang, Verantwortliche Verantwortung, in: L. Heidbrink (Hrsg.), Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns in komplexen Kontexten, Weilerswist 2003, S. 9-16.

Laufs, Adolf/ Uhlenbruck, Wilhelm, Handbuch des Arztrechts, München 2002.

Lessenich, Stephan, Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus, Bielefeld 2008.

Maio, Giovanni, Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, Stuttgart 2012.

Marx, Karl/ Engels, Friedrich, Die deutsche Ideologie, MEW Bd. 3, Berlin 1983.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Nassehi, Armin, Die paradoxe Einheit von Inklusion und Exklusion. Ein systemtheoretischer Blick auf die „Phänomene“, in: H. Bude/ A. Willisch (Hrsg), Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige, Hamburg 2006, S. 46-69.

Quaas, Michael/ Zuck, Rüdiger, Medizinrecht, München 2008.

Rosanvallon, Pierre, Die Gesellschaft der Gleichen, Hamburg 2013.

Schluchter, Wolfgang, Rationalismus der Weltbeherrschung, Frankfurt am Main 1980.

Schockenhoff, Eberhard et al., Medizinische Ethik im Wandel. Grundlagen – Konkretionen – Perspektiven. Ostfildern 2005.

Shklar, Judith N., Der Liberalismus der Furcht, Berlin 2013.

Simon, Alfred, Medizinethische Aspekte, in: T. Verrel/ A. Simon (Hrsg.), Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte, Freiburg im Breisgau 2010, S. 59-109.

Wilkinson, Richard G., Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit, Wien 2001.

Zöllner, F., Paul Klee, Hauptweg und Nebenwege, Wallraf-Richartz-Jahrbuch Nr. 61 (2000). URL: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/artdok/volltexte/2006/173/, S. 1-22, Zugegriffen 25.8.2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Reflexionen zu Verantwortlichkeiten von Patient, Arzt und Gesellschaft aus medizinischer Sicht

Fritz von Weizsäcker

Gesundheit und Krankheit gehören zu den zentralen Themen unserer Gesellschaft. Gesundheit zu bewahren und möglichst lange zu erhalten (Präventivmedizin) sowie Krankheiten zu behandeln und zu begleiten sind nicht Aufgaben Einzelner, sondern Herausforderungen, denen sich Patienten, Ärzte und Gesellschaft gemeinschaftlich stellen müssen. Im Folgenden werden Aspekte der jeweiligen Verantwortlichkeiten aus medizinischer Sicht erörtert.

I Gesundheit/Prävention

1 Selbstverantwortung des Patienten

Eine gesunde Lebensführung, wie etwa der Verzicht auf Nikotinkonsum und übermäßigen Alkoholkonsum, ist selbstverständliche Voraussetzung für eine wirksame Präventivmedizin. Darüber hinaus können bestimmte Vorsorgeuntersuchungen, wie eine Dickdarmspiegelung zur Vermeidung bzw. Früherkennung von Dickdarmkrebs, sinnvoll sein. Hier ist der Patient gehalten, sich über entsprechende Angebote zu informieren und diese auch wahrzunehmen, um Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Nicht zielführend ist die weit verbreitete Erwartungshaltung, Gesundheit sei ein käufliches Gut, für das ein Gesundheitsdienstleister, nicht jedoch man selbst verantwortlich ist. Weiterhin liegt es in der Verantwortung des Patienten zu erkennen, dass er für einen erfolgreichen Erhalt seiner Gesundheit selbst aktiv werden muss: liegt beispielsweise die Neigung zu einem Rückenleiden vor, sind passive Maßnahmen, wie etwa Massage, nicht ausreichend, vielmehr muss der Patient – sofern möglich – aktiv Übungen zur Stärkung der Rückenmuskulatur betreiben.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

2 Ärztliche Verantwortung

In den Verantwortungsbereich des Arztes fallen bezüglich der Präventivmedizin folgende Aufgaben: die Identifizierung und Validierung medizinisch sinnvoller Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen sowie die Motivierung und individuelle Beratung des Patienten.

1.) Bei der Identifizierung und Validierung sinnvoller Präventivuntersuchungen und -maßnahmen handelt es sich um ein großes und wissenschaftlich anspruchsvolles Feld. Risiken der Präventivuntersuchungen sind ebenso abzuwägen wie Risiken etwaiger Maßnahmen, die sich aus Präventivuntersuchungen ergeben können. Beispielsweise könnte ein bildgebendes Verfahren einen tumorverdächtigen Bereich ergeben, der nur mittels invasiver Maßnahmen wie einer Probepunktion abgeklärt werden kann. Zudem muss der medizinische Nutzen einer präventiven Untersuchung möglichst eindeutig belegt sein. Des Weiteren liegt es in der Verantwortlichkeit von Ärzten, den medizinischen Nutzen nicht mit eigenen finanziellen Anreizen zu vermengen. So ist es aktuell möglich, bestimmte Leistungen, die von den Krankenkassen nicht finanziert werden, als sogenannte IGeL-Leistungen anzubieten („individuelle Gesundheitsleistung“), die von den Patienten selbst bezahlt werden. Hierbei kann es sich beispielsweise um bildgebende Verfahren wie Ultraschalluntersuchungen oder bestimmte Laborleistungen handeln. In Deutschland werden für diesen Bereich jährlich mehr als 1 Milliarde Euro ausgegeben. Die medizinische Indikation einiger dieser Leistungen wird vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbundes Bund der Krankenkassen (MDS) jedoch kritisch beurteilt (MDS-Online-Portal *IGeL-Monitor)*.
2.) Patienten zu informieren, sie zu einer gesunden Lebensführung zu motivieren und sie medizinisch ausgewogen, individuell zu beraten, gehört zu den Kernaufgaben des Arztes. Bei medizinisch sinnvollen Vorsorgeuntersuchungen gilt es, dem Patienten sowohl die Angst vor der Untersuchung selbst, als auch die Angst vor dem Untersuchungsergebnis zu nehmen. Hier besteht ein großer Handlungsbedarf: So nimmt nur etwa jeder fünfte Patient in Deutschland das von den Kassen finanzierte Angebot einer vorsorgenden Dickdarmspiegelung wahr.[1]

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Zunehmende Bedeutung gewinnt der Bereich der Labormedizin und der Humangenetik. Es ist zu erwarten, dass in absehbarer Zeit die Entschlüsselung individueller humaner Genome bezahlbar und zugänglich wird. Die Entschlüsselung des humanen Genoms sowie weitere rasche Fortschritte in der Humanbiologie lassen Aussagen über bestimmte Gesundheitsrisiken zu. So können mit zunehmender Genauigkeit Wahrscheinlichkeiten für das Lebenszeitrisiko angegeben werden, beispielsweise an Gefäßerkrankungen oder einem Diabetes mellitus zu erkranken. Diese genetischen Risiken können in vielen Fällen durch die Lebensführung, insbesondere die Vermeidung zusätzlicher Risiken, wie etwa Nikotinkonsum, beeinflusst werden. Eine sichere Vermeidung solcher genetisch angelegter Krankheiten durch gesundheitsbewusste Lebensführung ist allerdings nicht möglich. Andererseits gibt es genetische Risiken, die wie beim Brustkrebsgen nicht in allen Fällen zur Krankheit führen, auch wenn der Genträger keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen ergriffen hat. Nur in seltenen Fällen kann mit Sicherheit vorausgesagt werden, dass ein Mensch eine bestimmte Erkrankung erleiden wird, wie beispielsweise bei der Nervenerkrankung Chorea Huntington. Einige genetische Risiken können mittels gezielter Präventivmaßnahmen entschärft werden: Bei familiären Formen des Dickdarmkarzinoms ist beispielsweise eine frühzeitige Dickdarmspiegelung angebracht und bei hohem genetischen Risiko für Brustkrebs kann sogar eine präventive Brustamputation erwogen werden, wie das Beispiel der bekannten amerikanischen Schauspielerin Angelina Jolie in das Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit gebracht hat. Bei der Chorea Huntington hingegen steht aktuell keine wirksame präventive oder therapeutische Maßnahme zur Verfügung.

Diese zunehmende Datenflut erzeugt zunehmende Herausforderungen: Während eine gesunde Lebensführung auch ohne Kenntnis des persönlichen Risikoprofils immer ratsam ist, kann die Kenntnis von Krankheits-Wahrscheinlichkeiten schwierige Entscheidungen erzwingen (Beispiel: Brustamputation) oder Ängste auslösen, die sich negativ auf die Lebensqualität auswirken, da aktuell keine wirksamen Gegenmaßnahmen zur Verfügung stehen. Der Arzt steht hier vor der großen Aufgabe, dem Patienten bei der Verarbeitung zunehmend komplexer Informationen beratend zur Seite zu stehen. Wie viel Information über den eigenen Gesundheits-

1 *M. Schäfer/ L. Altenhofen/ D. Graf von Stillfried*, Darmkrebsprävention: Teilnahmeraten stagnieren – mehr Information erforderlich, Deutsches Ärzteblatt 2012, S. A528–530.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

status ist sinnvoll? Wie kann mit Wahrscheinlichkeiten, eine bestimmte Erkrankung zu erleiden, konstruktiv umgegangen werden?

Beratungsbedarf besteht ferner bei Produkten nichtmedizinischer Anbieter, wie etwa Herstellern von Nahrungsergänzungsmitteln. Rezeptfrei werden hier vielfach hochpreisige Produkte angeboten, deren Wirksamkeit in keiner aussagekräftigen Studie belegt ist.

3 Verantwortung von Politik und Gesellschaft

Aufgabe der Politik ist es, Steuerungsinstrumente und Anreize für sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen und Präventivmaßnahmen zu schaffen. Zu unterscheiden ist zwischen dem Nutzen für individuelle Patienten und der Kosteneffizienz im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung. Politik und Krankenkassen stellen die konkrete Frage: „Wie viele Patienten müssen untersucht werden, um einen Patienten zu identifizieren, bei dem aufgrund der Vorsorgeuntersuchung eine sinnvolle Präventivmaßnahme eingeleitet werden kann?" Übersteigen die Kosten der Vorsorgeuntersuchungen die potentiell eingesparten Therapiekosten bei nicht frühzeitig entdeckter Erkrankung, muss das Wohl der Gesellschaft gegenüber dem Wohl des Individuums abgewogen werden. So kann es eine nachvollziehbare Entscheidung der Politik bzw. der Krankenkassen sein, eine bestimmte Vorsorgeuntersuchung nicht zu erstatten, obwohl einzelne Individuen durchaus von dieser Untersuchung profitieren würden. Bei Patienten mit Leberzirrhose wird beispielsweise ärztlicherseits eine zumindest jährliche Ultraschalluntersuchung empfohlen, jedoch von den Krankenkassen aus den oben genannten Gründen nicht finanziert. In einem solchen Fall müsste die Untersuchung entweder „querfinanziert" oder als IGeL-Leistung abgerechnet werden können.

Eine weitere Aufgabe der Politik ist die Schaffung sozialer Voraussetzungen für wirksame Präventivmaßnahmen. Dieser Aspekt wird an anderer Stelle diskutiert. [2]

2 Vgl. *J. Siegrist*, Sozial ungleiche Gesundheitschancen: Prävention als solidarisches Handeln, in diesem Band; *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

II Krankheit

1 Selbstverantwortung des Patienten

Für akut oder chronisch Erkrankte stehen, je nach Krankheitsbild, zwei Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung: die ambulante und die stationäre Versorgung. Für die Gestaltungsmöglichkeiten des Patienten ist es hierbei wichtig zu unterscheiden, ob es sich um eine elektive, mithin planbare oder um eine akute Situation handelt. Bei der Mehrzahl der stationären Patienten handelt es sich um eine Notfallsituation, bei der Patienten über die Rettungsstelle zur stationären Behandlung gelangen. In dieser Situation bestehen für den Patienten kaum Entscheidungsspielräume. Bei elektiven Behandlungen (Wahlbehandlungen), die überwiegend über die ambulante Medizin gesteuert werden und gegebenenfalls zu elektiven stationären Maßnahmen führen können, hat der Patient hingegen häufig die Möglichkeit, sich gezielt über sein Krankheitsbild zu informieren. Hierfür stehen unter anderem zahlreiche Informationsquellen wie Internetportale zur Verfügung. Auch Zweitmeinungen einzuholen kann ein gutes Instrument sein, um eigenständige Entscheidungen zu finden und auch um individuelle ärztliche Empfehlungen einer Prüfung zu unterziehen. Insgesamt stehen einem hinreichend gebildeten Patienten bei elektiven Maßnahmen heute also mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, um aktiv das klassische Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient zu reduzieren.

Die zunehmende Transparenz medizinischer Informationen sowie rapide Fortschritte in der Forschung und Entwicklung medizinischer Technologien können den Patienten jedoch auch überfordern. Einerseits finden sich auf Internetplattformen häufig Meinungen anderer Laien (Chatforen) oder zunehmend spezialisierte Informationen von Fachleuten, die schwer zu gewichten und einzuordnen sind. Andererseits kann bei Patienten der Eindruck entstehen bzw. verstärkt werden, Gesundheit und Krankheit seien gut kontrollierbar. Dies ist in einigen Fällen auch gerechtfertigt, beispielsweise bei einem geplanten Einsatz einer künstlichen Hüfte. Jedoch ist die weit verbreitete Vorstellung, der menschliche Körper sei mit einem Automobil vergleichbar, das im Schadensfall lediglich mittels Ersatzteile „repariert“ werden müsse, irreführend. Nicht nur lenkt sie von der eigenen Verantwortung ab, die wir für unseren Körper haben, sondern sie unterschätzt auch den massiven Einfluss von Geist und Seele auf scheinbar rein körperliche Phänomene.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Dies wird beispielsweise durch die sogenannten Placebo- und Nocebo-effekte eindrucksvoll belegt. Der Placebo-Effekt (Placebo: „Ich werde gefallen“) beschreibt, dass die Erwartung eines positiven Effektes diesen verstärken oder sogar herbeiführen kann, während man von Nocebo-Effekt (Nocebo: „Ich werde schaden“) spricht, wenn die Erwartung eines negativen Effektes diesen hervorruft. Vielfach wird unterschätzt, wie stark diese Effekte sein können. Zwei Studien untersuchten den Placebo-Effekt bei Patienten, die aufgrund einer osteoporotischen Wirbelkörperfraktur unter starken Schmerzen litten. Eine Gruppe wurde mittels Zementinjektion in den betroffenen Wirbelkörper chirurgisch versorgt. Eine andere Gruppe wurde nur scheinoperiert: Die Patienten wurden in den Operationssaal gefahren, vorbereitet, erhielten eine Lokalanästhesie und es wurde die Nadel bis an den Wirbelkörper vorgeschoben, jedoch wurde kein Zement injiziert. Übereinstimmend berichteten die Studienteilnehmer beider Gruppen, dass die Schmerzen in gleichem Maße und auch langfristig gleichem Zeitrahmen nachließen.[3]

Ebenso wirksam kann der *Nocebo*-Effekt sein, wie beispielsweise der Fall eines Suizidversuchs veranschaulicht. Ein 26-Jähriger Mann nahm aus Liebeskummer eine Überdosis Tabletten ein, von denen er annahm, es handele sich um Antidepressiva. Zugang zu diesen Tabletten hatte er mittels Teilnahme an einer Placebo-kontrollierten, klinischen Studie. Tatsächlich geriet er in einen schweren Kreislaufschock, der in der Rettungsstelle mit Volumengabe therapiert werden musste. Bald stellte sich jedoch heraus, dass der Patient unwissentlich Placebo-Tabletten eingenommen hatte. Konfrontiert mit dieser Tatsache stabilisierte er sich umgehend und konnte die Rettungsstelle rasch verlassen.[4] Die Nocebo-Forschung belegt weiterhin, dass die Erwartung auch geringerer Nebenwirkungen, wie Kopf- oder Bauchschmerzen, die ausführlich in Beipackzetteln beschrieben werden, zu genau diesen Nebenwirkungen führen kann.

3 *R. Buchbinder et al.*, A randomized trial of vertebroplasty for painful osteoporotic vertebral fractures, The New England Journal of Medicine 2009, S. 557-568 und *D. F. Kallmes et al.*, A randomized trial of vertebroplasty for osteoporotic spinal fractures, The New England Journal of Medicine 2009, S. 569-579.

4 *R. R. Reeves et al.*, Nocebo effects with antidepressant clinical drug trial placebos, General Hospital Psychiatry 2007, S. 275-277.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

2 Ärztliche Verantwortung

Genuine Aufgabe des Arztes ist die Fürsorge für den Patienten: heilen, lindern, beraten und begleiten. Sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen möglichst vollumfänglich dieser Aufgabe zu widmen, ist seine Verantwortung. Obwohl eine angemessene Vergütung für ärztliche Tätigkeiten gesellschaftlicher Konsens ist, liegt es ebenfalls in der Verantwortung des Arztes, diese Tätigkeit so wenig wie möglich von der Optimierung der persönlichen Vergütung dominieren zu lassen. Er sollte nicht Leistungen erbringen, weil man sie abrechnen kann, sondern abrechnen, was er leistet. Explizit nicht verantwortlich ist der Arzt für gesundheitspolitische Strukturen, die eine Verknappung von Ressourcen für Patienten zur Folge haben. Zu diesen Ressourcen zählt auch Zeit.

3 Verantwortung von Politik und Gesellschaft

Evolutionsbiologische Betrachtungen belegen, dass es mindestens zwei genetisch selektionierte Triebfedern der Selbsterhaltung gibt: Egoismus und Kooperation.[5] Im Rahmen der Kooperation von Individuen und Gruppen spielt auch scheinbar zweckfreier Altruismus eine bedeutende Rolle. So gibt es Hinweise darauf, dass die Pflege eines Kranken auch ohne offensichtlichen Nutzen für die Gruppe zu den ältesten Kulturgütern der Menschheit gehört. Eine australische Forschergruppe untersuchte Skeletteile eines Menschen, der vor etwa 3500 Jahren im jungsteinzeitlichen Vietnam lebte. In dieser Periode verstarben nahezu 50 Prozent der Menschen vor Erreichen des fünften Lebensjahres. Es zeigte sich, dass es sich im vorliegenden Fall um einen Mann gehandelt hat, der etwa 25 Jahre alt wurde, obwohl er aller Wahrscheinlichkeit nach unter dem seltenen Klippel-Feil-Syndrom Typ III litt. Hierbei handelt es sich um eine angeborene Erkrankung, bei der es zu Verwachsungen von Wirbelkörpern mit Paraplegie bis hin zur Tetraplegie kommt. Im vorliegenden Fall wurde weiterhin ein Torticollis festgestellt und es ergaben sich Hinweise auf Probleme beim Kauen. Nur durch eine umfassende Pflege seiner Mitmenschen lässt

5 *E. Voland*, Die Evolution von Kooperation und Konkurrenz, 2013 und *A. Traulsen/ M. A. Nowak*, Evolution of cooperation by multilevel selection, Proceedings of the National Academy of Sciences 2006, S. 10952-10955.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

sich seine erstaunlich lange Lebenszeit erklären.[6] Der Fund eines nahezu zahnlosen Homo erectus aus Georgien, der vor etwa 1,8 Millionen Jahren lebte, lässt ebenfalls eine lebenswichtige Unterstützung durch andere vermuten.[7]

Aufgabe der Politik ist es, dieses gesellschaftliche Kulturgut zu schützen und es mit wirtschaftlichen Notwendigkeiten zu harmonisieren. Dabei müssen Anreize sowohl für den Arzt als auch für den Patienten geschaffen werden. Seitens des Patienten sollte eine Haltung gefördert werden, medizinische Leistungen nur dann in Anspruch zu nehmen, wenn sie wirklich benötigt und nicht weil sie angeboten werden. Seitens des Arztes sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es ihm erlauben, sich möglichst vollumfänglich auf seine genuin medizinischen Aufgaben zu konzentrieren. Insbesondere zählt hierzu ausreichend Zeit für den Patienten, da Beratung, Fürsorge und in manchen Fällen auch Führung des Patienten zu den zentralen Aufgaben des Arztes gehören. Auch seitens des Patienten besteht eine große „Nachfrage" nach Zeit und Zuwendung, die im gegenwärtigen Gesundheitssystem nur unzureichend abgebildet zu sein scheint. Hierdurch könnte auch die große Verbreitung alternativer Heilverfahren zumindest teilweise erklärt werden. Obwohl wissenschaftlich umstritten, verbindet sie neben dem Bedürfnis nach „sanfter Medizin" ein gemeinsamer Nenner: Zeit und Zuwendung. Außerhalb des regulären Vergütungssystems werden jährlich mehrere Milliarden Euro per Selbstzahlung für derartige Verfahren eingesetzt. Anreize, die zu einer Verknappung der Ressource Zeit führen, wie das System der Fallpauschalen für stationäre Patienten, erscheinen vor diesem Hintergrund kontraproduktiv. Auch monetäre Anreize für das Angebot nicht klar validierter medizinischer Leistungen, wie einiger IGeL-Leistungen, sollten vermieden werden.

III Zusammenfassung und Handlungsempfehlung an die Politik

Zu den wesentlichen Aufgaben des Arztes zählt nicht nur, Krankheiten zu heilen oder zu lindern. Von zentraler Bedeutung ist vielmehr, dem Patienten zu helfen, mit Wahrscheinlichkeiten zu leben – in Gesundheit und

6 *M. F. Oxenham et al.*, Paralysis and severe disability requiring intensive care in Neolithic Asia, Anthropological Science 2009, S. 107-112.

7 *D. Lordkipanidze et al.*, Anthropology: the earliest toothless hominin skull, Nature 2005, S. 717-718.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Krankheit. Weniger als die cartesische Vorstellung, der Mensch sei eine Maschine – und mithin der Arzt ein Mechaniker − scheint die Einsicht für Patient und Arzt gleichermaßen vonnöten, dass Seele und Körper untrennbar sind und der Mensch ein dynamisches, biologisches System ist. Eindrucksvolle Belege für diese These sind die Phänomene des Placebo- und Nocebo-Effektes.

Vor diesem Hintergrund scheint die derzeitige Gesundheitspolitik finanzielle Fehlanreize zu setzen. Dokumentiert, „gemessen" und finanziell rekompensiert werden in erster Linie mechanische Handlungen, nicht aber die sprechende Medizin.

Eine Handlungsempfehlung an die Politik lautet folglich, der sprechenden Medizin einen höheren Stellenwert einzuräumen.

Literatur

Buchbinder, Rachelle et al., A randomized trial of vertebroplasty for painful osteoporotic vertebral fractures, The New England Journal of Medicine Nr. 361 (2009), S. 557-568.

Kallmes, David F. et al., A randomized trial of vertebroplasty for osteoporotic spinal fractures, The New England Journal of Medicine Nr. 361 (2009), S. 569-579.

Lordkipanidze, David et al., Anthropology: the earliest toothless hominin skull, Nature Nr. 434 (2005), S. 717-718.

Oxenham, Marc F. et al., Paralysis and severe disability requiring intensive care in Neolithic Asia, Anthropological Science Nr. 117 (2009), S. 107-112.

Reeves, Roy R. et al., Nocebo effects with antidepressant clinical drug trial placebos, General Hospital Psychiatry Nr. 29 (2007), S. 275-277.

Schäfer, Maike/ Altenhofen, Lutz/ Stillfried, Dominik Graf von, Darmkrebsprävention: Teilnahmeraten stagnieren – mehr Information erforderlich, Deutsches Ärzteblatt Nr. 109 (2012), S. A528–530.

Traulsen, Arne/ Nowak, Martin A., Evolution of cooperation by multilevel selection, Proceedings of the National Academy of Sciences Nr. 103 (2006), S. 10952-10955.

Voland, Eckart, Die Evolution von Kooperation und Konkurrenz, 4. Aufl., Berlin 2013.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Eigenverantwortung des Kranken in der medizinischen Handlungssituation – Zum Verhältnis von Technik und verantworteter zwischenmenschlicher Praxis in der modernen Medizin

Josef N. Neumann

I Einleitung

1870 schrieb der Berliner Arzt Robert Volz: *„Es ist gleichgültig, wer am Bett steht, er muss nur verstehen zu untersuchen, zu erkennen. Er tritt vor ein Objekt, welches er ausforscht, ausklopft, aushorcht, ausspäht, und die rechts und links liegenden Familienverhältnisse ändern daran gar nichts."*[1]

Patienten und Ärzte sind in der modernen Medizin austauschbar, seit diese sich Mitte des 19. Jahrhunderts zur Naturwissenschaft erklärt und ihren Wissenschaftsanspruch an deren methodischen Prinzipien ausgerichtet hat, ergänzt durch ein Krankheitskonzept, nach dem Krankheiten allgemein vorkommenden Entitäten entsprechen, die nach Erscheinungsformen (Symptomen) charakterisiert und klassifiziert werden können. In der Zeit vor und nach dem Zweiten Weltkrieg, besonders in den 1970er Jahren, wurde man sich wieder zunehmend der Bedeutung der Individualität und Unverwechselbarkeit des in seiner Biographie und Lebenswelt krank werdenden Menschen bewusst und machte sich daran, Krankheit über den biologischen Bereich hinaus, erweitert um psychische und soziale Faktoren, zu verstehen. Dennoch blieb die offizielle wissenschaftstheoretische Lesart der modernen Medizin eine andere. Diese vertritt bis heute unbeirrt nicht nur den methodischen Alleinberechtigungsanspruch des naturwissenschaftlichen Paradigmas, sondern hat diesen in den letzten fünf Jahrzehnten noch verschärft durch eine durchgreifende Technisierung und Rationalisierung medizinischer Handlungsabläufe. In diesem Kontext ist das Gespräch mit dem Kranken von untergeordneter Bedeutung. Zur Vorbereitung medizinischer Handlungen werden vom Patienten Informationen

1 *R. Volz*, Der ärztliche Beruf, 1870, S. 33-34.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gebraucht, nicht aber unbedingt ein Gespräch, das mit dem Abfragen von Informationen nicht gleichzusetzen ist.

Das Kommunikationsdefizit in der modernen Medizin ist, so werde ich zeigen, wissenschafts- und handlungstheoretisch begründet, und kommunikative Kompetenz wird in der medizinischen Ausbildung bis heute nicht als Fähigkeit gesehen, die, nicht weniger als technische Fertigkeiten, Qualifikation verlangt und gelernt werden muss. Die Besonderheit medizinischen Handelns besteht darin, Praxis am Menschen zu sein, die nicht auf einen Reparaturbetrieb reduziert werden kann, da der Mensch weder ein Ding noch ein nach Struktur (Anatomie) und Funktion (Physiologie) bestimmtes Konstrukt ist, sondern ein Wesen, das in der Beziehung zum Anderen sich selbst bestimmt, um seine Selbst- und Weltbezüge weiß und auch im Kranksein von seinem Anspruch freier Selbstbestimmung nicht absehen kann.

Dabei ist das hier zu untersuchende Problem der Kommunikation nicht von der Art, dass es sich allein mit einer besseren Aufklärung und detaillierteren Information über das, was getan werden kann, lösen ließe. Es handelt sich nämlich um die weitergehende Frage, wie weit der Kranke nicht nur Behandlung an seinem Körper zulassen soll, sondern selbst aktiv beteiligt und Mithandelnder im Prozess der Bewältigung seiner Krisensituation ist. Dabei kann der oft schnelle Einwand, dazu sei der Kranke nicht in der Lage, vorerst unbeachtet bleiben; denn es geht um ein das Handlungskonzept der modernen Medizin grundsätzlich betreffendes Problem: das Verhältnis von Objekt- und Subjektsein des Kranken in der medizinischen Handlungssituation. Soll der Kranke aber Mithandelnder sein, so muss nach der Verantwortung beider gefragt werden, nach der des Kranken nicht weniger als nach der des professionell Handelnden, und es gilt deren Verhältnis unter dem Aspekt beidseitiger Praxis neu zu bestimmen.

II Eigenverantwortung des Kranken – Situationsbeschreibung

Dass die Frage nach der Verantwortlichkeit im Handeln hier auch im Blick auf den Kranken thematisiert werden soll, erstaunt zunächst; denn Verantwortung im therapeutischen Handeln wird in der Regel dem Arzt zugewiesen, der aufzuklären und nichts gegen den Willen des Kranken zu unternehmen hat sowie für Risiken und mögliche Schädigungen haftet. Von einer Verantwortung der Kranken ist meistens nur dann die Rede,

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wenn es um Fragen gesundheitsbewussten Verhaltens als Voraussetzung für Kosteneinsparungen und Rationalisierungen im Gesundheitswesen geht. In der medizinethischen Diskussion der Arzt-Patient-Beziehung wird das Problem der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Informationen hervorgehoben, dass das Verhältnis zwischen Krankem und Arzt von Ungleichheit bestimmt ist. Dieser ist weitgehend unwissend und befindet sich in einer Notsituation, jener wird zur Hilfe aufgefordert und ist dabei der Experte für mögliche Behandlungsverfahren, über die der Kranke zu entscheiden hat, während die Handlungsfolgen allein Sache des Arztes sind.

Erstaunen muss die Frage nach der Eigenverantwortung des Kranken in der medizinischen Handlungssituation auch deshalb, weil sie in einem deutlichen Kontrast zu dem *„Medikalisierung der Gesellschaft"* genannten Prozess steht. Dabei meint der von Ivan Illich[2] Mitte der 1970er Jahre eingeführte Begriff drei Aspekte: (1) dass gesundheitliche Problembereiche und Konzepte der Problemlösung aus dem Alltag der Menschen herausgelöst und Spezialisten übertragen werden (Beispiel Volksmedizin), (2) dass bislang als natürlich betrachtete und hingenommene Vorgänge im menschlichen Leben als Krankheit bewertet, „pathologisiert" und auf diese Weise zum Gegenstand ärztlichen Handelns gemacht werden (Beispiel Altern), und (3) dass ärztliche Interpretations- und Handlungsmuster auf andere Versorgungsbereiche angewandt und so der Tätigkeit medizinischer Professionen, vor allem Ärzten, zugewiesen werden.[3]

Grundsätzlich geht Medikalisierung in der Gesellschaft einher mit einer Verringerung des Wissens um Belange der Gesundheit und des therapeutischen Selbsttätigwerdens der Menschen. Damit werden Fähigkeiten zu ei-

---

2 *I. Illich/ N. T. Lindquist*, Die Enteignung der Gesundheit <Medical Nemesis>, 1975, S. 29-41.

3 Der dritte Aspekt der Medikalisierung ist beispielsweise gegeben, wenn psychische, soziale oder auch religiöse Probleme dem somatisch-medizinischen Paradigma in der Absicht unterstellt werden, sie auf dieser Ebene zu „erklären" bzw. zu „lösen", wenn durch Armut erzeugte Krankheiten allein medizinisch behandelt werden (Beispiel: der tuberkulosekranke Obdachlose, der seine Medikation erhält, aber nicht nach seinen sozialen Verhältnissen gefragt wird), oder wenn in der Behandlung arbeitsbedingter Krankheiten alle sozialen Faktoren ausgeblendet werden. Eine weitere Spielart der dritten Möglichkeit der Medikalisierung der Gesellschaft ist die Imitation ärztlichen Vorgehens und die Übertragung auf andere Professionen, die sich in der Terminologie niederschlägt, wenn beispielsweise Sozialarbeiter eine Sozial"diagnose" stellen, der Psychologe eine „pathologische" Trauer diagnostiziert, der Pädagoge eine Sozial"anamnese" erhebt.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

genständiger Problembewältigung und nicht zuletzt auch die Bereitschaft zur Selbstverantwortung professionellen Spezialisten und Institutionen überlassen. Wir sind inzwischen nicht nur in den westlichen Industriestaaten umgeben von speziell ausgebildeten Akteuren beruflicher, durch Supervision eingeübter und auf bestimmte Klientelgruppen zugeschnittener Praxis. Wir überwachen, angefangen vom Embryo über den Säugling, das Kind im Vor- und Schulalter, den Jugendlichen bis hin zum Erwachsenen und alten und sterbenden Menschen und halten Konzepte der Früherkennung, Verhütung und Begleitung für jede Altersstufe und für mögliche Krisensituationen, von der Schwangerenvorsorge bis zur Sterbe- und Trauerbegleitung, bereit.

Dass Vorsorge ein Zeichen eigenverantwortlicher Lebensführung und professionelle Begleitung in Krisensituationen notwendige Hilfe sein kann, darüber besteht kein Zweifel. Eine tendenzielle Ausweitung des Medizinischen aber, die in immer mehr Lebensbereiche eingreift und mögliche eigenverantwortliche Problembewältigung ersetzt, muss sich die Frage gefallen lassen, wie weit sie in Unmündigkeit und Abhängigkeit führt. Die Zeichen dieser Entwicklung sind nicht zu übersehen.

Mit einem sich immer mehr differenzierenden und Sicherheit versprechenden Angebot an Vorsorge- und Unterstützungsmaßnahmen konfrontiert, entsteht in der Gesellschaft eine Anspruchshaltung, die, sind die Handlungsmöglichkeiten einmal gegeben, sich zum Rechtsanspruch auf Anwendung der sich anbietenden Mittel steigert. Dabei wird übersehen (oder verdrängt), dass die Bildung medizinischen Wissens immer nur hypothetischen Charakter hat, dem technisch Handelnden die Folgen seines Tuns nicht verfügbar sind, Prognosen nicht über Wahrscheinlichkeitsaussagen hinausgehen und somit keinen Anspruch auf Gewissheit erheben können. Die alltäglichen Erfahrungen, dass Medikamente auch Nebenwirkungen haben, technische Handlungen mit Risiken verbunden sind, falsch negative oder positive Befunde erhoben werden und Vorhersagen im Nachhinein nicht eintreten, sind hinreichend bekannt. Jeder kennt das (von der Zigarettenindustrie zynisch benutzte) Beispiel vom starken Raucher, der betagt zu Hause stirbt, und der Lungenkrebserkrankung dessen, der im Leben nicht eine Zigarette geraucht hat. Schwangere Frauen erleben, dass die ärztliche Aussage, „es ist alles in Ordnung“ (aber auch die gegenteilige Behauptung) sich bei der Geburt des Kindes als nicht zutreffend erweist, und Menschen werden von der Diagnose „Krebs“ überrascht und sterben, obwohl sie regelmäßig bei der Vorsorgeuntersuchung waren.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Wunschdenken und der Wille, sich sicher zu fühlen in dem, was man erwartet und hofft, lässt gegen alle Erfahrungen an der Vorstellung von einer Ereigniskausalität festhalten, die unterstellt, Wirkungen seien eindeutig auf Ursachen zurückzuführen, so dass es möglich sein muss, sich gesund zu erhalten, Krankheiten zu vermeiden oder Unwägbarkeiten der Natur auszuweichen, wenn man sich nur umfassend informiert und den Empfehlungen der Experten folgt. Dieser Fehlannahme verhaftet, wandelt sich unter dem Druck der Angst um Selbsterhaltung und Weiterleben die Frage nach der Ursache zur Schuldfrage, was dazu führt, dass im Blick auf Gesundheit und Krankheit das zwischenmenschliche Verhältnis und damit das Prinzip der Solidarität in Frage gestellt ist. Gesundheit ist Privatsache, die allein der Einzelne zu verantworten hat, der, tritt eine Krisensituation ein, allein dem Experten gegenübersteht. In einer sich entsolidarisierenden Gesellschaft hat, wer krank wird, eben Vorsorgeempfehlungen nicht genügend ernst genommen und zieht den Verdacht auf sich, seine Situation selbst verschuldet zu haben, so wie die Familie, die die Geburt eines behinderten Kindes zulässt, Gefahr läuft, stigmatisierend beargwöhnt zu werden, da sie etwas Vermeidbares tut und die Öffentlichkeit mit Kosten belastet.

Das Problem der Eigenverantwortung des Kranken in der medizinischen Handlungssituation führt uns, so ist deutlich geworden, in ein Netz grundsätzlicher Fragen, die für den weiteren Fortgang der Erörterung in folgender Weise strukturiert werden können:

(1) Die Frage nach der Verantwortung kann nicht allein auf den Kranken bezogen erörtert werden. Sie führt vielmehr mitten hinein in die Arzt-Patient-Beziehung, in der beider Verantwortlichkeiten, die des Arztes wie die des Kranken, in ihrer Besonderheit und Gegenseitigkeit zugleich zu bestimmen sind.
(2) Kranke und Therapierende sind gemeinsam an derselben Handlungssituation beteiligt und stehen dabei in einer kommunikativen Beziehung. In dem Versuch dieses Verhältnis näher zu bestimmen, gehe ich von der zu begründenden Annahme aus, dass die Art der Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung etwas mit der wissenschafts- und handlungstheoretischen Grundlegung der Medizin zu tun hat. Es ist also zu fragen, inwiefern das Handlungs- und Krankheitskonzept der Medizin sowie ihr Menschenbild entscheidend sind in der Frage, wie Kranker und Ärztin/Arzt sich begegnen und als Partner im Handeln ihre je besondere Verantwortung wahrnehmen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

(3) Im Blick auf das Konzept der modernen Medizin als einer in Technik angewandten Naturwissenschaft kann die Frage nach der Möglichkeit der Eigenverantwortung noch zugespitzt werden, indem man hinweist auf das zugrundeliegende Problem der Freiheit: Wie kann in einer von Technologie dominierten Medizin für Kranke und Ärzte die Freiheit als Bedingung der Möglichkeit selbstbestimmten sittlichen Handelns gerettet werden?

III Verantwortung unter den Bedingungen der naturwissenschaftlich-technischen Medizin

Im Handlungskonzept der modernen Medizin ist der Anspruch eines wissenschaftlich fundierten Handelns, orientiert am Konzept der *kausalen Therapie*, maßgebend. Gemeint ist damit die Möglichkeit, Krankheit zu heilen, indem deren Ursache durch einen medikamentösen oder instrumentellen Eingriff gezielt unwirksam gemacht wird. Wirkliche kausale, an der Ursache der Erkrankung ansetzende Therapien sind nur selten verwirklicht. Denn als „kausal" zu bezeichnen ist eine Therapie nur dann, wenn es gelingt, die Krankheitsursache zu identifizieren, das mit ihr interagierende Gegenmittel darzustellen und den Kausalzusammenhang nachzuweisen, in dem das Heilmittel die pathogene Wirkung der Krankheitsursache aufhebt. Bei den meisten Medikamenten kennen wir aber nur Wirkungen, erwünschte und nicht erwünschte, nicht aber den Kausalmechanismus ihrer Wirkweise.

Theoretische Grundlage medizinischer Praxis sind kausalanalytische Urteile in der Form von *Hypothesen*, vorläufige, die Bildung nomologischen Wissens intendierende Aussagen in der Form von Wenn-dann-Sätzen, die aufgrund ihres *induktiven Charakters* nicht den Anspruch der Gewissheit erheben können, sondern der Überprüfung bedürfen. Diese erfolgt *deduktiv* in einem der empirisch-induktiven Tatsachenfrage entgegengesetzten Verfahren. In diesem wird die in der Hypothese als wirklich *unterstellte* kausalanalytische Gesetzesaussage in Experimenten auf empirische Situationen angewandt. Kriterium ihrer Bewährung ist dabei das Eintreten bzw. Nichteintreten bestimmter prognostisch erwarteter empirischer Veränderungen.

Entscheidend dabei ist, dass das Praktischwerden theoretischen Wissens im Handeln in der modernen Medizin in die aufgezeigte Hypothesenstruktur eingeschlossen ist. Die medizinische Praxis als Verhältnis von Diagno-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

se und Therapie ist demselben Wissenschaftsparadigma wie die Forschung unterworfen. Wird beispielsweise in der Forschung festgestellt, dass eine Adrenalin genannte Substanz den Blutdruck erhöht, dann spricht prinzipiell nichts dagegen, den erkannten Kausalzusammenhang in die Praxis zu übertragen: *Wenn* ein Blutdruckabfall eintritt, *dann* behandle diesen mit Adrenalin (falls nicht ergänzende Erkenntnisse davon abraten). Aus dem Wissen ergibt sich *unvermittelt* die Handlungsmöglichkeit, die, in Wenn-dann-Sätzen gesagt, Theorie und Praxis als ein lineares Verhältnis von kausalanalytischem Wissen und technischer Anwendung konstituiert.

Entspricht in der Medizin das Theorie-Praxis-Verhältnis aber dem eines technischen Zirkels von naturwissenschaftlichem Wissen und dessen *unvermittelter* Anwendung in Technik, so bedeutet dies nicht nur im Bereich der Forschung eine methodische Festlegung. Auch die klinische Medizin wird an diesem Wissenschaftskonzept gemessen und danach ausgerichtet. Gleichzeitig muss gesehen werden, dass medizinisches Handeln grundsätzlich nicht ohne wissenschaftlich begründete Technik auskommt, es ist immer auch „Behandlung", ein über den Körper vermitteltes instrumentelles Einwirken auf den Menschen. Dabei wird praktisches Tun angeleitet und orientiert durch Handlungswissen, das sagt, mit welchen Mitteln welche Zwecke (Handlungsziele) erreicht werden können. *Handlungsorientierung* vollzieht sich auf der Ebene von Mittel und Zweck, zeigt auf, was getan werden kann und bestimmt Möglichkeiten und Grenzen der *Machbarkeit*, des *funktionalen Sinns* praktischen Handelns. Um handeln zu können, sind wir unverzichtbar auf Techniken angewiesen, deren Anwendung wiederum unter dem ethischen Anspruch der sachgerechten Ausführung, des *Nützens, zumindest des nicht Schadens* steht.

Wird medizinisches Handeln allein als Veränderung von Gegebenheiten und Funktionen des menschlichen Körpers bzw. als technische Anwendung verstanden, die bereits durch den zu erreichenden Zweck gerechtfertigt ist, so führt dies in Konsequenzen, die sowohl für die Beziehung zwischen Krankem und Ärztin/Arzt als auch hinsichtlich der Legitimationsfrage und der Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen, entscheidend sind. Die Unmittelbarkeit im linearen Verhältnis von kausalanalytischem Wissen und technischer Anwendung wird zum Problem, sobald Handlungszwecken über ihre orientierende Funktion hinaus normative Bedeutung zugebilligt wird; denn im Versuch, die Anwendung technischer Mittel ausschließlich mit dem Hinweis auf den zu erreichenden Zweck zu rechtfertigen, wird das Problem der Handlungslegitimation nicht gelöst, sondern umgangen. Indem die *Differenz von Handlungsorientierung und*

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Handlungslegitimation vernachlässigt wird, entsteht ein *Zirkel zwischen Zweck und anzuwendenden Mitteln*, in dem die Mittel den Handlungszweck herbeiführen und dieser deren Anwendung rechtfertigt. Unter dieser Bedingung ist *Machbarkeit* die einzige, gegenüber moralischen Sinnfragen aber weitgehend indifferente Handlungsorientierung, die zugleich in einem „pseudomoralischen" Anspruch erscheint: Eine Handlung soll ausgeführt werden, weil sie möglich ist.[4]

Ohne Zweifel ist die Faktizität des Machbaren ein mächtiger handlungsleitender Impuls, und das technisch Mögliche erweckt unter dem Eindruck der Verfügbarkeit anwendbarer Mittel den Schein, auch moralisch erlaubt oder geboten zu sein. Dem Vorhandensein technischer Mittel kann aber ebenso wenig wie Wünschen normative Bedeutung zugebilligt werden, wenn der Anspruch einer ethisch begründeten Sittlichkeit im Handeln nicht aufgegeben werden soll. Das Wissen um die Beziehung von Mittel und Zweck ist eine Frage der Handlungsorientierung, die Auskunft darüber gibt, welches Handlungsziel auf welchem methodischen Weg erreicht werden kann. Die Legitimationsfrage hingegen ist damit noch nicht entschieden; Zwecke legitimieren nicht, sondern bedürfen der Legitimation, der erst dann entsprochen wird, wenn nochmals nach dem *Sinn* ihrer Realisierung im Handeln gefragt wird.

Wird technisches Tun nicht über seine Zweckmäßigkeit hinaus auf den Sinn der Anwendung hinterfragt, wird der Mensch unfrei, abhängig von den Möglichkeiten des Machens. Im Konzept des technischen Zirkels ist das Gespräch zwischen Krankem und Arzt als Möglichkeit interpersonaler Kommunikation und Voraussetzung für motivierte Zusammenarbeit nicht vorgesehen. Von daher sind die im medizinischen Alltag nicht seltenen Kommunikationsprobleme zwischen Kranken und professionellen Akteuren nicht zufällig, sondern haben Gründe, die in einem auf die Medizin übertragenen Handlungskonzept liegen, das im Menschen mehr das Objekt als den selbstbewussten Partner sieht. Unter der Voraussetzung einer

4 Das ist zumindest einer der Gründe, der erklärt, warum in der Intensivmedizin Handlungen, auch wenn diese im Blick auf die Prognose des Kranken bereits als sinnlos angesehen werden, nicht abgebrochen werden können. Solange noch Funktionalität vorhanden ist, ergeben sich fortgesetzt Handlungsmöglichkeiten. Das bedeutet, aus dem technischen Zirkel von kausalanalytischem Wissen und technischer Anwendung kann kein plausibler Grund für einen Therapieabbruch abgeleitet werden. Diese Situation endet erst mit dem Tod des Kranken als irreversiblem Ausfall aller Lebensfunktionen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

allein auf das Handlungskonzept des technischen Zirkels festgelegten Medizin ist die Wahrnehmung menschlicher Wirklichkeit auf die Aspekte gerichtet, die naturwissenschaftlichen Methoden zugänglich sind und technisch verfügbar gemacht werden können. Das Bild vom Menschen entspricht dem des kausal erklärbaren Zusammenhangs von Funktionen („Organismus"), die, in einzelne Verhältnisse von Ursache und Wirkung fragmentiert, mit dem Ziel der technischen Verfügbarkeit beschrieben werden.

Es wurde bereits gesagt, dass medizinisches Handeln immer auch Technik bedeutet, die mit dem ethischen Anspruch des *Nützens, zumindest des Nichtschadens* dem Menschen gegenüber angewandt wird. Wird medizinisches Handeln aber allein nach dem Konzept des technischen Zirkels ausgerichtet und am Menschen getan, ohne auf seinen Sinn hin befragt zu werden, so ist Eigenverantwortung in der konkreten Handlungssituation nicht nur für den Kranken unmöglich; denn in dem aufgezeigten linearen Verhältnis ist kein Raum für Entscheidung und Verantwortung. Kranker und Arzt verlieren gleichermaßen ihren Anspruch auf freie Selbstbestimmung an die Faktizität des technisch Machbaren. Der Kranke wird bloßes Objekt medizinischer Technik, der Arzt zum ausführenden Organ vorgegebener Handlungsmöglichkeiten.[5]

Diese Überlegungen führen aber hin zu der ethischen Grundfrage in der Arzt-Patient-Beziehung: *Wie ist technisches Handeln im Verhältnis von Krankem und Ärztin/Arzt möglich als verantwortete Praxis, als ein Handeln in gegenseitiger Verantwortung?*

---

5 Auch das Konzept der auf *Evidenz basierten Medizin* tritt in dem normativen Anspruch auf, der auch in der Forderung einer medizinischen Praxis *lege artis* enthalten ist; denn stets geht es um den Anspruch, es *soll* auf der Grundlage des gegenwärtigen Standards kausalanalytischen Wissens und technischen Handlungswissens gehandelt werden. Dieser Sollensanspruch ist im Zusammenhang mit dem grundsätzlichen Problem des Verhältnisses von Theorie und Praxis zu sehen, das heißt mit der Frage, wie theoretisches Wissen praktisch wird und welche Bedeutung diesem hinsichtlich der Möglichkeit eines gerechtfertigten Handelns zukommt. Hier ist zu bestimmen, was theoriegeleitete Praxis bzw. der Unterschied zwischen Handlungsorientierung und Handlungslegitimation ist. Auf Evidenz basierte Medizin tritt im Anspruch eines selbstreferentiellen Systems auf, in dem Handeln sich selbst „legitimiert", und damit unmittelbar aus dem ihm zugrunde liegenden Wissen gerechtfertigt erscheint. Zurückgewiesen wird damit eine Legitimationsfrage, die von außen gestellt wird.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

IV Medizinisches Handeln als verantwortete Praxis

Dem Anspruch des Menschen auf freie Selbstbestimmung kann im medizinischen Handeln nur dann Geltung verschafft werden, wenn dieses *verantwortete Praxis* ist. Verantwortete Entscheidung aber setzt voraus, dass die Legitimationsfrage von außen in das Verhältnis von kausalanalytischem Wissen und technischer Anwendung hineingesprochen wird. Dies geschieht immer dann, wenn nochmals nach dem *Sinn der Anwendung* gefragt und das technisch Mögliche auf diese Weise gezwungen wird, den Sinn seiner Realisierung im Zusammenhang der konkreten Situation zu erweisen.

Begründung heißt demnach Rechtfertigung von Machbarkeit vor der Sinnfrage. Diese kann nur von den Beteiligten selbst in der konkreten Handlungssituation geleistet werden. Die Beziehung zwischen Krankem und Ärztin/Arzt ist somit der Ort, in dem Handeln begründet und gleichzeitig die Vermittlung von Theorie und Praxis im Gespräch geleistet wird, indem sich beide über den Sinn der Anwendung bestimmter technischer Mittel mit dem Ziel der Situationsbewältigung verständigen. Auf diese Weise und erst in der Situation des praktischen Tuns selbst wird sowohl das entsprechende theoretische Wissen als auch das Handlungswissen in konkrete Praxis überführt. Dabei ist die Verständigung über das, was getan werden kann und soll, nicht Sache nur eines Handlungspartners, sie kann nicht *monologisch*, sondern, sofern der Kranke bei Bewusstsein ist, nur *dialogisch* sein; denn die Einsicht in die Sinnhaftigkeit eines bestimmten Tuns kann weder verordnet noch verlangt werden.

Hier wird die Wechselseitigkeit der Verantwortung beider, des Kranken und des Arztes, offensichtlich. Der Arzt versucht Antwort zu geben auf die Situation des Kranken im Respekt vor dessen Entscheidungsvermögen und eigener Einschätzung seiner Krisensituation. Dem gegenüber ist der Kranke nur selbst in der Lage, Auskunft zu geben, wie er seinen Zustand erlebt im Kontext seiner Lebenssituation und Biographie, sowie über seine Befürchtungen, Hoffnungen und Erwartungen an die Hilfe des Arztes, ohne dass dieser gegen seinen, von fachlichen Kenntnissen und normativen Entscheidungen bestimmten Willen zum Handeln gedrängt werden kann.

Im Blick auf die medizinische Handlungssituation bedeutet dies, die Anwendung technischer Mittel am Menschen darf sich nicht allein aus Machbarkeit herleiten und dem Behandelten zugemutet werden, so dass dieser vor der Alternative steht, eine bestimmte Handlung an sich geschehen zu lassen oder sich dem Eingriff zu verweigern. Die Vermittlung von

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Theorie und Praxis muss wirkliche Entscheidung sein, die von den Beteiligten in der konkreten Handlungssituation geleistet wird, indem Kranker und Ärztin/Arzt sich über den Sinn der Anwendung bestimmter technischer Mittel im Gespräch verständigen und auf diese Weise sich gegenseitig in ihrem Anspruch auf freie Selbstbestimmung anerkennen. Nur so ist es möglich, dass medizinisches Handeln nicht nur ein technisches Experiment am Menschen ist, sondern aufgehoben wird in ein *Experiment verantworteter, das heißt sinnvermittelter, Praxis*.[6]

Nur wenn die Anwendung selbst nochmals der Legitimationsfrage unterworfen wird, und dies geschieht immer dann, wenn nach dem Sinn konkreter Machbarkeit in einer bestimmten Lebenssituation gefragt wird, kann einerseits dem Anspruch des Menschen auf freie Selbstbestimmung entsprochen und andererseits Handeln tatsächlich „begründet" werden. Dabei wird weder die Fachkompetenz des Arztes noch die Bedeutung technischer Fertigkeiten in der Medizin (von der operativen Technik bis hin zum psychotherapeutischen Gespräch) in Zweifel gezogen. Der Technik wird aber auf diese Weise ihr angemessener Stellenwert zugewiesen, nämlich Mittel zu sein im Dienste des Menschen. Welche technischen Mittel angesichts der Lebenssituation des Kranken geeignet sind, der Situationsbewältigung zu dienen, ist die Frage, die Arzt und Patient gemeinsam in *interindividueller Problem- und Sinnverständigung* zu beantworten haben, indem sie sich über die Sinnhaftigkeit zwischenmenschlicher Praxis verständigen, so dass *motivierte, das heißt sinnvermittelte, Zusammenarbeit* von beiden Seiten möglich wird.[7]

---

6 In der Frage nach dem Verhältnis von Theorie, Praxis und Verantwortung stütze ich mich auf *D. Benner*, Pädagogisches Experiment zwischen Technologie und Praxeologie. Wissenschaftstheoretische Überlegungen zum Erfahrungsbegriff in der Pädagogik, Pädagogische Rundschau 1972 und *D. Benner*, Theorie, Technik, Praxis. Zur Diskussion alternativer Theorie-Praxis-Modelle, Zeitschrift für Pädagogik 1978 und wende dessen Überlegungen zur pädagogischen Praxis auf die entsprechenden wissenschafts- und handlungstheoretischen Fragestellungen in der Medizin bzw. auf das Arzt-Patient-Verhältnis an.

7 *Benner*, Pädagogisches Experiment, s. oben Fn. 6, S. 27-28.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Literatur

Benner, Dietrich, Pädagogisches Experiment zwischen Technologie und Praxeologie. Wissenschaftstheoretische Überlegungen zum Erfahrungsbegriff in der Pädagogik, Pädagogische Rundschau Nr. 26 (1972), S. 25-53.

Benner, Dietrich, Theorie, Technik, Praxis. Zur Diskussion alternativer Theorie-Praxis-Modelle, Zeitschrift für Pädagogik Nr. 15 (1978), S. 13-21 (15. Beiheft).

Illich, Ivan/ Lindquist, Nils Thomas (Übers.), Die Enteignung der Gesundheit <Medical Nemesis>, Reinbek bei Hamburg 1975. Originalausgabe: Medical Nemesis, London 1975.

Volz, Robert, Der ärztliche Beruf, Berlin 1870.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

III.
Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung aus rechtlicher Perspektive

A. Katarina Weilert/ Steffen Augsberg

I Problemaufriss: Leistungsbegrenzungen als Reaktion auf zunehmenden Budgetbedarf im Gesundheitswesen

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor der gewaltigen Herausforderung, auch unter den Bedingungen der immer älter werdenden und immer intensivere und tendenziell kostenträchtigere Behandlungen in Anspruch nehmenden Gesellschaft[1] trotz begrenzter Finanzmittel eine adäquate medizinische Behandlung aller Versicherten zu gewährleisten.[2] Dadurch geraten die herkömmlichen, in erster Linie an der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, Eignung und Wirksamkeit und nur subsidiär der Wirtschaftlichkeit orientierten Verteilungsmechanismen der solidarisch organisierten und finanzierten GKV unter Rechtfertigungs- und Anpassungsdruck. In der Folge steigt nicht nur das Bedürfnis nach effizienzsteigernden Prozessinnovationen,[3] sondern inzwischen wird auch die hierzulande lange Zeit geradezu tabuisierte[4] Möglichkeit der Begrenzung des Leistungskatalogs aus politischer und gesundheitsökonomischer, namentlich aber auch aus juristischer Perspektive intensiv diskutiert.[5] Sinnvollerweise

---

1 Näher etwa *V. Neumann*, Prioritätensetzung und Rationierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2005, S. 617 ff.

2 Vgl. zum Prinzip der Globaläquivalenz nur *J. Isensee*, Verwaltung des Mangels im Gesundheitswesen, in: Söllner et al. (Hrsg.), Gedächtnisschrift (GS) für M. Heinze, 2005, S. 417 (419).

3 Zu den unterschiedlichen Innovationsmodi und ihren finanziellen Implikationen etwa *S. Augsberg*, Die Innovationsoffenheit des Rechts und die Gestaltungsaufgabe der Rechtswissenschaft – dargestellt am Beispiel innovativer Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, Jahrbuch des öffentlichen Rechts 2013, S. 579 ff.

4 Vgl. *T. Kingreen*, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer 2010, S. 152 (158 ff.); *Isensee*, Verwaltung des Mangels, GS Heinze, s. oben Fn. 2, S. 417.

5 Vgl. etwa die Beiträge in: *W. Wohlgemuth/ M. Freitag* (Hrsg.), Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze, 2009; *F. S. Oduncu*, Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung – das Gesundheitswesen im Spannungs-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ist dabei zwischen den unterschiedlichen Ebenen zu differenzieren, auf denen entsprechende Begrenzungen eingesetzt werden können: der Mikroebene der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung, der Mesoebene der medizininternen generellen Allokationsmuster und der Makroebene der gesamtgesellschaftlich wirksamen Steuerung und Organisation des Gesundheitswesens.[6] Im Anschluss an eine knappe begriffliche Annäherung an die einschlägigen Konzepte der Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung (II) ist diese Systematisierung auch nachfolgend aufzugreifen, wenn nach den (verfassungs-)rechtlichen Determinanten für das Verhältnis von individuellem Behandlungswunsch und/oder -anspruch und kollektiver Kostentragungspflicht gefragt wird (III). Ein kurzes Fazit und eine thesenhafte Zusammenfassung beschließen den Beitrag (IV-V).

II Begriffsklärungen

1 Begrenzte, aber nicht knappe Mittel

Die den nachfolgend erläuterten Begrenzungsmaßnahmen zugrundeliegenden Mängel sind in aller Regel nicht „natürlich" (wie bei fehlenden Organen), sondern finanziell bedingt und damit politischer Einflussnahme zugänglich. Deshalb ist es im Grundsatz auch eine politische Entscheidung, ob entsprechenden Mängeln durch Anpassungen auf der Einnahmenseite oder durch Verkürzungen auf der Ausgabenseite begegnet wird.

---

feld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht, Medizinrecht 2012, S. 359 ff.; aus der juristischen Literatur im Übrigen nur *H.-U. Dettling*, Grundrechte, neue Behandlungsmethoden und Grenzen der Rationierung in der GKV, Gesundheitsrecht 2006, S. 97 ff.; *I. Kemmler*, Rechtliche Vorgaben für die Rationierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2014, S. 521 ff.; *Neumann,* Prioritätensetzung, s. oben Fn. 1, S. 617 ff.; *F. Welti*, Allokation, Rationierung, Priorisierung, Medizinrecht 2010, S. 379 ff., jeweils mit weiteren Nachweisen.

6 Vgl. hierzu schon *W. Höfling*, Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat, in: Feuerstein/ Kuhlmann (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, 1998, S. 143 (145); *W. Höfling/ S. Augsberg*, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unter Finanzierungsvorbehalt?, Zeitschrift für medizinische Ethik 2009, S. 45 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

2 Rationalisierung

Rationalisierung bedeutet vor allem Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung.[7] Eine derartige Kosten-Nutzen-Analyse mit dem Ziel, die zur Verfügung stehenden Mittel effizienter, das heißt zielführender, einzusetzen, ist ganz allgemein, also auch unabhängig von Knappheitsproblemen, „vernünftig“: Gewendet auf das Gesundheitssystem bedeutet dies, dass durch einen verbesserten Einsatz der Ressourcen mit weniger Mitteln eine gleich gute oder sogar bessere Versorgung erreicht werden kann.

3 Rationierung

Rationierung wird im vorliegenden Kontext verstanden als eine Vorenthaltung von Leistungen, obwohl ein positiver medizinischer Nutzen von ihnen zu erwarten ist, sie im Sinne von § 12 Abs. 1 SGB V „notwendig“ sind und es für sie keine preiswertere gleich wirksame Alternative gibt.[8] Rationierung bedeutet deshalb keinen Gegensatz zu Rationalisierungsmaßnahmen, sondern ergänzt diese.[9] Häufig erfolgt dabei eine Binnendifferenzierung zwischen direkter und indirekter Rationierung:[10] Während die *indirekte Rationierung* die schon während der Kapazitätsplanung erfolgenden politischen Entscheidungen über den Gesamtumfang des öffentlichen Gesundheitswesens (Makroebene) sowie die Kapazitätsverteilung innerhalb dieses Systems (Mesoebene) betrifft, erfolgt die *direkte Ratio-*

---

7 Vgl. zum Begriff näher *T. Kingreen*, Gesundheit ohne Gesetzgeber?, in: Kingreen/Laux (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, 2008, S. 147 (151).

8 Vgl. *Welti*, Allokation, s. oben Fn. 5, S. 380. Bereits heute werden sogenannte „Lifestylepräparate“ oder Arzneimittel an der Grenze zu Drogerieartikeln („nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel“), die lediglich zur Linderung leichter Beschwerden angewendet werden, nicht im Rahmen der GKV finanziert, obwohl ihre Wirksamkeit nicht negiert wird.

9 Siehe hierzu auch *Neumann*, Prioritätensetzung, s. oben Fn. 1, S. 618; *Höfling*, Rationierung, s. oben Fn. 6, S. 144. Zur begrifflichen Unterscheidung siehe *O. Seewald*, Rationierung/Rationalisierung – die Rechtsfragen, in: Seewald/ Schoefer (Hrsg.), Zum Wert unserer Gesundheit. Der Arzt zwischen Rationierung und Rationalisierung, 2008, S. 29 (32 f.).

10 Vgl. hierzu mit weiteren Nachweisen *M. Nettesheim*, Rationierung in der Gesundheitsversorgung – verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, Verwaltungs-Archiv 2002, S. 315 (318 f.).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nierung im Kontext der Kapazitätsvergabe, vor allem im Wege einer Nachfragesteuerung, insbesondere durch leistungsausschließende Zustands-Behandlungs-Relationen, oder aber durch verteilungslenkende Maßnahmen.[11] Das umfasst etwa die mit erheblicher medialer Aufmerksamkeit und Aufgeregtheit begleiteten Überlegungen zu Altersgrenzen für die Erstattungsfähigkeit von Hüftgelenksprothesen, besondere Regelungen für Risikogruppen (Raucher, Sportler und ähnlichen) und vieles mehr.[12] Durch die direkte Rationierung werden also auf Basis zuvor festgelegter Kriterien bestimmte Patienten oder Patientengruppen von einer bestimmten medizinischen Versorgung bzw. ihrer solidarischen Finanzierung ausgeschlossen.[13] Eine indirekte Rationierung trifft demgegenüber zumindest potentiell alle Patienten, zum Beispiel in Form von Budgetierungen. Eine direkte Rationierung kann ferner in genereller Form durch staatliche oder quasi-staatliche Normsetzung (zum Beispiel durch ein hierzu ermächtigtes Expertengremium), sie kann aber auch auf der Mikroebene durch den je behandelnden Arzt erfolgen.[14] Zudem kann die Vorenthaltung einer medizinischen Behandlung „hart" (im Sinne von „absolut") oder „weich", also abhängig vom finanziellen Budget, sein. Bei einer (normativ abgesicherten) harten Rationierung darf der Patient die begehrte Behandlung nicht aus eigenen Mitteln – auch nicht durch eine Zusatzversicherung oder umfassende private Versicherung – hinzukaufen. Es besteht ein Beschaffungsverbot; typisches Beispiel ist das Verbot des Organhandels. Im Ergebnis erhalten alle Betroffenen hier gleich viel bzw. gleich wenig.[15] Eine weiche Rationierung umfasst demgegenüber „nur" eine finanzielle Leistungsverweigerung; sie trägt der Knappheit der Mittel in der GKV Rechnung, ohne diese zu einer Knappheit in der Versorgung der Bevölkerung insgesamt auszuweiten. Verfügt der GKV-Versicherte über keine entsprechenden finanziellen Ressourcen, wirkt indes die „weiche" Rationierung wie eine „harte".

---

11 Hierzu und zum Folgenden *Nettesheim*, a.a.O., S. 330 ff.

12 Zu Altersrationierung siehe etwa *S. Huster*, Sozialstaat oder soziale Gerechtigkeit? Zum Spannungsverhältnis von politischer Philosophie und Verfassungsrecht am Beispiel der Altersrationierung im Gesundheitswesen, in: Alexy (Hrsg.), Juristische Grundlagenforschung, ARSP-Beiheft Nr. 104, 2005, S. 202 ff.

13 Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen, Stellungnahme 2011, S. 22.

14 Vgl. empirisch zum Beispiel *D. Strech et al.*, Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit, Ethik in der Medizin 2008, S. 94 ff.

15 Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten, s. oben Fn. 13, S. 21 f.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

4 Priorisierung

Unter einer Priorisierung medizinischer Leistungen wird verstanden, dass die begrenzten finanziellen Mittel der GKV nach einer (schriftlich fixierten oder gedachten) Rangliste, die aufgrund von Vorrangigkeitserwägungen verfasst wurde, zugeteilt werden. Dabei spricht man von einer horizontalen Priorisierung, wenn verschiedene Krankheitsgruppen oder unterschiedliche Versorgungsziele in einem Ranking in einen Vergleich gestellt werden. Betrifft die Priorisierung demgegenüber ein spezifisches Krankheitsfeld (zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen) oder Patienten in vergleichbaren Situationen, dann erfolgt sie vertikal.[16]

III Vorgaben des Verfassungsrechts für die Leistungsbegrenzung

Da Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung die Allokationsverfahren und -kriterien des GKV-Systems betreffen, ist eingangs zu fragen, ob sich dem Grundgesetz diesbezüglich übergreifende leitende Vorgaben entnehmen lassen. Ein verfassungsnormativ klar vorstrukturiertes Konzept der Verteilungsgerechtigkeit existiert allerdings nicht; vielmehr gewährt das Verfassungsrecht sowohl hinsichtlich der Verteilungsverfahren wie der materiellen Verteilungsparameter dem Gesetzgeber einen weiten Entscheidungsspielraum.[17] Begrenzt wird dieser namentlich durch die Grundrechte, deren Anforderungen insoweit zumindest Grundzüge rechtsstaatskompatibler Allokationssysteme erkennen lassen.[18]

In concreto sind es zwei auf unterschiedlichen Stufen stehende Normenkomplexe, die hier zu erwähnen sind: Erstens steht neben den Gleichheitsgrundrechten wesensgemäß die Garantie des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, also der Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit, im Zentrum

---

16 *C. Fuchs/ E. Nagel/ H. Raspe*, Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?, Deutsches Ärzteblatt 2009, S. A554 (A555); *Welti*, Allokation, s. oben Fn. 5, S. 379 (381).

17 Vgl. etwa *Höfling*, Rationierung, s. oben Fn. 6, S. 146 ff.; *Nettesheim*, Rationierung in der Gesundheitsversorgung, s. oben Fn. 10, S. 315 (326 ff.); *R. Francke*, Begrenzung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Grund- und Wahlleistungen, Rationierung, Priorisierung, Gesundheitsrecht 2003, S. 97 (99).

18 Vgl. dazu ausführlich *F. Wollenschläger*, Verteilungsverfahren, 2010, passim; siehe auch *Kingreen*, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit, s. oben Fn. 4, S. 152 (175 ff.).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

der grundrechtlichen Betrachtung des Gesundheitssystems.[19] Danach ist der Staat aufgrund der prinzipiellen Gleichwertigkeit des menschlichen Lebens[20] verpflichtet, ein System zu schaffen, das grundsätzlich für jeden Bürger unabhängig von Entwicklungsstand, Alter, pathophysiologischem Zustand, Todesnähe[21] sowie unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit den Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung sicherstellt. Offensichtlich besteht hier aber ein Konfliktpotential mit der an einem möglichst optimalen Heilungserfolg orientierten medizinischen Handlungsrationalität.[22] Ausdruck letzterer ist etwa das aus dem angelsächsischen Kontext bekannte Kriterium *quality adjusted life year* (QALY), bei dem als Maßstab einer Kosten-Nutzen-Analyse die Frage dient, wie lange und bei welcher Lebensqualität ein Mensch lebt. Aus verfassungsrechtlicher Perspektive muss demgegenüber verhindert werden, dass behinderte oder chronisch kranke Menschen konsequent ausgegrenzt werden.[23] Grundrechtsrelevanz besitzt, zweitens, die Tatsache, dass die GKV auf Zwangsmitgliedschaft basiert. Unabhängig davon, ob man dies primär als Beeinträchtigung der Eigentumsfreiheit des Art. 14 GG einordnet oder die allgemeine Handlungsfreiheit des Art. 2 Abs. 1 GG als das

19 Vgl. zur Grundrechtsdimension des Gesundheitswesens allgemein nur *S. Augsberg*, Grundversorgung oder Wunscherfüllung? Grundrechtliche Vorgaben für die staatliche Gesundheitsfürsorge, in diesem Band mit weiteren Nachweisen.

20 Vgl. allerdings *K.-H. Ladeur/ I. Augsberg*, Die Funktion der Menschenwürde im Verfassungsstaat, 2008, S. 50 ff., denen zufolge das BVerfG im medizinischen Sektor die sonst gängige „Berufung auf die Gleichwertigkeit allen menschlichen Lebens, die keine Qualifizierung zulasse, offenbar nicht derartig strikt befolgt".

21 Vgl. etwa BVerfGE 39, 1 (59); 115, 118 ff.

22 Vgl. nur exemplarisch zum Transplantationswesen *T. Gutmann*, in: *Schroth/ König/ Gutmann/ Oduncu* (Hrsg.), Kommentar zum Transplantationsgesetz (TPG), 2005, § 12 Rn. 45 mit weiteren Nachweisen. Vgl. dagegen *D. Birnbacher*, Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen. Eine utilitaristische Perspektive, in: Gutmann/ Schmidt (Hrsg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, 2002, S. 91 ff.; kritisch dazu *W. Lübbe*, Idealnorm und Praxisnormen in der Rationierungsdebatte, in: Gutmann/ Schmidt (Hrsg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, 2002, S. 111 ff.

23 Näher hierzu *S. Huster*, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Deutsches Verwaltungsblatt 2010, S. 1069 (1075); *S. Huster*, Vulnerable Patientengruppen und Leistungsbeschränkungen im öffentlichen Versorgungssystem, Medizinrecht 2012, S. 565 (568).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

maßgebliche Grundrecht erachtet,[24] verpflichtet dies die öffentliche Gewalt, den Pflichtversicherten eine angemessene Gegenleistung zu garantieren. Allerdings ergibt sich hieraus in der solidarisch organisierten GKV nicht die Verpflichtung, eine strikte Kongruenz zu den Leistungen der privaten Krankenversicherungen zu gewährleisten,[25] und dementsprechend ist auch nicht von einer verfassungsnormativen Unzulässigkeit des einfachgesetzlich statuierten Wirtschaftlichkeitsprinzips und entsprechender Kosten-Nutzen-Erwägungen auszugehen.[26]

Überdies kann aus Art. 3 Abs. 1 GG (meist in Verbindung mit einem anderen Grundrecht oder dem Sozialstaatsprinzip) ein (derivatives) Teilhaberecht abgeleitet werden. Bezogen auf das staatliche Gesundheitssystem bedeutet dies, dass jedem gleicher Zugang zu den Leistungen gewährt werden muss.[27] Der Einzelne hat danach in einer Situation knapper Mittel zwar keinen Anspruch auf Bereitstellung größerer Ressourcen (etwa über einen Zuschuss aus Steuermitteln) im Gesundheitsbereich. Die vorhandenen Ressourcen müssen aber so verteilt werden, dass eine gleichmäßige Teilhabe gewährt wird. Bislang hat sich das Bundesverfassungsgericht meist mit den Fällen befasst, in denen der Zugang etwa zu einem Sozialversicherungssystem einer ganzen Personengruppe untersagt war.[28] Dem könnte es gleichkommen, wenn eine bestimmte Personengruppe zwar formal den Zugang zu einer Versicherung genießt (Mitglied ist), ihm allerdings zentrale (zum Beispiel lebenserhaltende) Leistungen verwehrt werden, etwa unter Berufung darauf, dass ein anderer Patient einer anderen Personengruppe im Rahmen einer horizontalen Priorisierung eine längere Lebenserwartung hat und sich diese Maßnahme bei diesem Patienten daher „mehr lohnt".

---

24 Vgl. zum erstgenannten Aspekt etwa *Isensee*, GS Heinze, s. oben Fn. 2, S. 417 (432 f.), zum zweiten BVerfGE 115, 25 (41 ff.); BVerfG (K), Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 2008, S. 880 (881).

25 Vgl. zur Diskussion um die Zulässigkeit eines „Grundversorgungsmodells" innerhalb der GKV, das durch individuelle private Zusatzversicherungen ergänzt werden kann: *S. Huster*, Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Schöne-Seifert/ Buyx/ Ach (Hrsg.), Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, 2006, S. 121 ff.

26 Siehe nur *Isensee*, GS Heinze, s. oben Fn. 2, S. 421; *Seewald*, Rationierung/Rationalisierung, s. oben Fn. 9, S. 32.

27 Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten, s. oben Fn. 13, S. 84 f.

28 BVerfGE 18, 38 (45 ff.); 18, 257 (269 ff.); 18, 366 (372 ff.); 20, 374 (377 ff.).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

1 Rationalisierung

Sofern eine Rationalisierung allein dazu führt, dass bei gleichbleibender (oder sogar verbesserter) medizinischer Versorgung Abläufe effizienter ausgestaltet werden, bestehen offensichtlich keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Ganz im Gegenteil erleichtern entsprechende Maßnahmen es dem Staat, seinen sozialen Auftrag zu erfüllen. Problematisch wird die Rationalisierung deshalb erst, wenn sie sich an verfassungsnormativ inakzeptablen Kriterien von (Pseudo-)Rationalität orientiert und auf diese Weise Leistungsunterschiede begründet. Beispielhaft ist ein Szenario, in dem die Gesundheit nicht länger als individuelle, subjektiv-rechtlich geschützte Position, sondern nur noch im Sinne einer abstrakten „Volksgesundheit" wahrgenommen wird.[29] Hier wäre es „rational", bei Verteilungsentscheidungen junge und leistungsstarke Personenkreise zu bevorzugen, diejenigen also, von denen die Gesellschaft noch „etwas erwarten kann". Eine derartige Rationalisierung im Sinne einer besseren Volksgesundheit läuft indes dem individualrechtlichen Ansatz des Grundgesetzes zuwider.[30] Die Kernidee einer Gleichheit der Menschen, die zentraler Inhalt der Menschenwürde ist, verbietet es, Gesundheitsleistungen abhängig vom Wert des Individuums für die Gesellschaft vorzunehmen.[31]

2 (Direkte und indirekte) Rationierung

Während die Rationalisierung die Leistungsgewährung grundsätzlich unangetastet lässt, geht mit der Rationierung wesensnotwendig eine echte Beschränkung des Leistungskatalogs jedenfalls für bestimmte Personen einher. Es liegt daher auf der Hand, dass gerade hier verfassungsrechtlich sensible Fragen berührt werden.

---

29 Vgl. auch *Huster*, Vulnerable Patientengruppen, s. oben Fn. 23, S. 568.
30 *Huster*, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit, s. oben Fn. 23, S. 1074.
31 Bericht der Enquete-Kommission, Ethik und Recht der modernen Medizin, BT-Drs. 15/5980, S. 36.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

2.1 Direkte Rationierung

Für die verfassungsrechtliche Bewertung der direkten Rationierung bildet erneut die prinzipielle Lebenswert-Indifferenz des Verfassungsrechts den Ausgangspunkt. Auf der anderen Seite sind aber auch die Zielkonflikte nicht zu verkennen, mit denen das staatliche Gesundheitssystem unter den Bedingungen zunehmender Ressourcenbegrenztheit – auch in Konkurrenz zu sonstigen staatlichen Aufgaben – konfrontiert ist.[32] Grundsätzlich dürfte daher (weiterhin) ein diesbezüglich weiter Entscheidungsspielraum des für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens primär verantwortlichen Gesetzgebers anzunehmen sein. Das steht durchaus in Einklang mit der jüngeren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Denn auch wenn dieses in seinem „Nikolaus-Beschluss" in Richtung konkreter verfassungsrechtlicher Leistungsansprüche argumentiert,[33] betont es doch die Spezifika des Falles und verdeutlicht die auch und gerade hinsichtlich des GKV-Systems grundsätzlich dem Gesetzgeber zustehende Ausgestaltungsbefugnis.[34] Verfassungsrechtlich sind demnach (gesetzliche) Rationierungsmaßnahmen zumindest nicht von vornherein ausgeschlossen.[35]

---

32 Vgl. zugespitzt *Ladeur/ Augsberg*, Die Funktion der Menschenwürde, s. oben Fn. 20, S. 51: „Kann es eine Rationierung im Gesundheitswesen geben, die etwa einer 90-jährigen Patientin eine wenn auch nur geringe Erfolgsaussichten versprechende Herz-OP versagt, solange es noch irgendein staatlich subventioniertes Theater, Ausstellungshaus etc. gibt? Muss nicht, positiv gewendet, die Gewährleistung des Lebensschutzes die oberste Aufgabe des Staates sein, hinter der gegebenenfalls andere zurücktreten müssen?" In diese Richtung etwa *Dettling*, Grundrechte, neue Behandlungsmethoden, s. oben Fn. 5, S. 97 (102 ff.); *W. Uhlenbruck*, Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin, Medizinrecht 1995, S. 427 ff.; kritischer etwa *E. Schmidt-Aßmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001; *Nettesheim*, Rationierung in der Gesundheitsversorgung, s. oben Fn. 10, S. 315 ff.; *Huster*, Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit, s. oben Fn. 25, S. 121 ff.

33 BVerfGE 115, 25 (41 ff.); dazu etwa *S. Huster*, Anmerkung zu BVerfG vom 6.12.2005, Juristenzeitung 2006, S 466 ff.; *R. Francke/ D. Hart*, Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilversuche, Medizinrecht 2006, S. 131 ff.

34 BVerfGE 115, 25 (45 ff.); siehe auch *U. Steiner*, Das Bundesverfassungsgericht und die Gesundheit der Deutschen, in: Kingreen/ Laux (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, 2008, S. 129 (141).

35 So schon *Höfling/ Augsberg*, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unter Finanzierungsvorbehalt?, s. oben Fn. 6, S. 45 ff.; vgl. auch *Ladeur/ Augsberg*, Die Funktion der Menschenwürde, s. oben Fn. 20, S. 52.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Eine andere Frage ist es, durch wen und auf Basis welcher Verfahren und Kriterien Rationierungsentscheidungen getroffen werden dürfen. Neben dem Gesetzgeber kommen nämlich weitere Instanzen in Betracht:[36] Rechtsbereichstypisch ist es, entsprechende Entscheidungsbefugnisse an den „Sachverstand" des medizinischen Subsystems zu delegieren, also entweder besonderen Gremien der „Selbstverwaltung" oder einzelnen Ärzten in der konkreten Behandlungssituation zu überlassen. Allerdings begegnen derartige Verantwortungsübertragungen erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Gerade angesichts der eher marginalen materiellen Vorgaben des Grundrechtsschutzes ist auf eine strikte Einhaltung der formellen und institutionellen Voraussetzungen für das staatliche Handeln zu achten.[37] Der Gesetzgeber darf sich seiner Verantwortung für konkrete, eben nicht rein medizinisch begründete Rationierungsentscheidungen nicht durch übermäßige (häufig unschwer als politische Entscheidungsvermeidungsstrategie erkennbare[38]) Delegation an untergesetzliche Normgeber entziehen.[39] Allgemein gilt, dass Rationierungen nach Möglichkeit transparent und offen erfolgen müssen – und sich damit einem Begründungs- und Legitimationsdruck aussetzen. Problematisch sind nicht so sehr explizite und regelförmige Rationierungsmaßnahmen, sondern vielmehr vor allem implizite, Verantwortungsdiffusion erzeugende Verfahren,[40] die die eigentliche Rationierungsentscheidung auf eine untergesetzliche Ebene, im Extremfall auf den behandelnden Arzt, verlagern und damit diesen zu einer weder seiner spezifischen Funktion noch seiner Ausbildung gerecht werdenden, seine professionelle Rationalität und Ethik überfordernden Auswahlentscheidung nötigen.[41]

---

36 Vgl. tendenziell positiv *Neumann,* Prioritätensetzung, s. oben Fn. 1, S. 621 ff.

37 Ebenso im Ergebnis: *Huster*, Sozialstaat oder soziale Gerechtigkeit?, s. oben Fn. 12, S. 217.

38 Siehe etwa *Schmidt-Aßmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen, s. oben Fn. 32, S. 42; *Isensee*, GS Heinze, s. oben Fn. 2, S. 423 f.

39 Vgl. *Francke*, Begrenzung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, s. oben Fn. 17, S. 97 (100). Allgemein auch *Kingreen*, Gesundheit ohne Gesetzgeber?, s. oben Fn. 7, S. 147 ff.

40 Beispiele für verdeckte und offene Formen der Rationierung bei *Isensee*, GS Heinze, s. oben Fn. 2, S. 417 (422 f.). Kritisch zu dieser Unterscheidung *Neumann,* Prioritätensetzung, s. oben Fn. 1, S. 619.

41 Wie hier *S. Huster et al.*, Implizite Rationierung als Rechtsproblem, Medizinrecht 2007, S. 703; vgl. auch *Isensee*, GS Heinze, s. oben Fn. 2, S. 424; ausführlich *T. Kopetsch*, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2001, S. 76 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

2.2 Indirekte Rationierung

Die vorgenannten Überlegungen lassen sich partiell auf die Situation der indirekten Rationierung übertragen. Auch hier gilt, dass angesichts der relativ geringen Steuerungsdichte des Verfassungsrechts auf der Makroebene eine weitreichende Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers mit Blick auf die Höhe der bereitzustellenden Mittel und der Einschätzung des Niveaus bzw. Standards eines Gesundheitssystems besteht und ein pauschaler Vorrang der Gesundheitsversorgung (in Gestalt der GKV) vor anderen Staatsaufgaben nicht anzuerkennen ist.[42] Verfassungsnormativ garantiert ist nur ein Minimalstandard der Gesundheitsversorgung, der allerdings durch (vereinzelte) Rationierungsmaßnahmen nicht in Frage gestellt wird. Etwas schwieriger liegen die Dinge auf der Mesoebene[43]; hier ist namentlich auf indirekt erhöhte Risiken für spezifische Patientengruppen zu achten, denen gegebenenfalls besondere Schutzverpflichtungen des Staates korrespondieren.[44] Zentrale Bedeutung besitzen dabei erneut die formalen und das heißt vor allem die kompetenziellen Anforderungen.

3 Priorisierung

Das verfassungsrechtliche Problem der Priorisierung ist rasch benannt: Sie bedeutet stets auch Posteriorisierung, weil die nicht bevorzugten Patienten(gruppen) benachteiligt werden. Den verfassungsnormativen Prüfungsmaßstab liefert deshalb vor allem der allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG). Dieser steht allerdings Differenzierungen nicht pauschal entgegen, sondern verlangt nur eine – an die Intensität der Ungleichbehandlung angepasste – Rechtfertigung. Die Anforderungen steigen insbesondere, wenn die zugrundeliegenden Unterschiede sich den in Art. 3 Abs. 3 GG genannten Differenzierungsverboten, etwa dem Vorhandensein einer Behinderung, annähern.[45] Ein strengerer Maßstab ist darüber hinaus anzulegen, wenn durch die Ungleichbehandlung grundrechtliche Freiheitsrechte

---

42 Ebenso etwa *Isensee*, GS Heinze, s. oben Fn. 2, S. 420.

43 Zu den Unterscheidungen mit weiteren Nachweisen: *Höfling*, Rationierung, s. oben Fn. 6, S. 145.

44 Siehe auch *Nettesheim*, Rationierung in der Gesundheitsversorgung, s. oben Fn. 10, S. 315 (329 f.).

45 BVerfGE 88, 87 (96); 89, 15 (22).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

beeinträchtigt werden (vor allem das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, sowie der Schutz der Menschenwürde, Art. 1 Abs. 1 GG). Zugleich wird zwar prinzipiell im Bereich der Leistungsverwaltung ein großzügigerer Maßstab angelegt; auch hier kann aber das Sozialstaatsprinzip in Verbindung mit Art. 3 I GG dazu führen, dass eine Ungleichbehandlung etwa *zugunsten* sozial schwacher Personengruppen legitimiert wird.[46] Nach diesen Grundsätzen lassen sich folgende Leitmaßstäbe für eine Priorisierung im Gesundheitswesen grob skizzieren: Art. 3 Abs. 1 GG steht einer Differenzierung nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten nicht pauschal entgegen. Es muss aber sehr sorgfältig geprüft werden, inwieweit die verwendeten Priorisierungskriterien zulässig sind.[47] Auch insoweit ist namentlich an die basale Lebenswertindifferenz des Verfassungsrechts zu erinnern. Im Übrigen handelt es sich um eine höchst diffizile und den konkreten Bedingungen anzupassende Beurteilung. Neben der Frage, „ob" priorisiert werden darf, ist vor allem schwierig zu bestimmen, nach welchen Kriterien eine Priorisierung vorgenommen wird, wer diese Kriterien bestimmt und welche Verfahrensanforderungen zu stellen sind.[48] So lässt sich beispielsweise das Einfordern von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie eines verantwortungsvollen Umgangs mit dem eigenen Körper verfassungsrechtlich nur schwer abbilden.[49] Dies schon deshalb, weil ein Verhalten, etwa eine sportliche Aktivität, gesundheitsförderlich und gesundheitsschädigend zugleich sein kann[50] und weil unsere Kriterien für gesundheitsbewusstes Verhalten kulturell bedingt und wertend sind (arbeitsbedingter Stress gilt als sozial anerkennenswert, während Rauchen zur Überwindung von Frust und Stress sozial nicht mehr honoriert wird). Für die besonders relevante Frage nach etwaigen Leistungsbeschränkungen am Lebensende (Altersdifferenzierung)

46 Vgl. *A. K. Weilert*, Verfassungsrechtliche Überlegungen zur Berechnung des Elterngeldes, Deutsches Verwaltungsblatt 2010, S. 164 (171).

47 Vgl. auch *Welti*, Allokation, s. oben Fn. 5, S. 383.

48 Mittlerweile gibt es hierzu eine Vielzahl an Vorschlägen, die vom Alter über die Dringlichkeit, Kosten-Nutzen-Erwägungen, den Einbezug des Selbstverschuldens bis hin zu Überlegungen einer Priorisierung im Losverfahren reichen, vgl. *M. Andreas/ K. Junghanns*, Priorisierung im Gesundheitswesen, ArztRecht 2010, S. 312 (313).

49 Vgl. hierzu *S. Rixen*, Eigenverantwortung im Gesundheitssozialrecht – Zwischen gesundheitspolitischer Forderung und positivrechtlicher Umsetzung, in diesem Band.

50 *Welti*, Allokation, s. oben Fn. 5, S. 383.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wird ferner argumentiert, diese seien zulässig, wenn und soweit sie potenziell jeden beträfen und nicht vulnerable Patientengruppen benachteiligten.[51] Jedenfalls bei lebensnotwendigen Behandlungen steht indes der Schutz des Lebensgrundrechts und der Menschenwürde reinen Nutzenabwägungen entgegen.[52]

Im Übrigen gilt auch für die Priorisierung, dass den formalen Anforderungen der Kompetenz und Transparenz besondere Bedeutung zukommt. Insoweit besteht in der Regelungspraxis ein erkennbares Defizit, denn anstatt offen zu bekennen, dass nicht für alle Menschen alles medizinisch Denkbare geleistet werden kann, und entsprechende Anpassungsmaßnahmen zu erläutern, erfolgt die Priorisierung und darauf aufbauende Rationierung in der ärztlichen Versorgung bislang weitestgehend verdeckt.[53] Erforderlich ist auch insoweit eine die staatliche Verantwortung verdeutlichende Konstruktion. Nur begrenzt geeignet sind in diesem Zusammenhang auf der Mesoebene der Selbstverwaltung anknüpfende, auf unklarer legitimatorischer Basis operierende Einheiten, wie etwa der durch die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (ZEKO) unterstützte, von der Ärzteschaft empfohlene „Gesundheitsrat", in dem Vertreter der Ärzte, der Politik und der Patientenvertreter als Expertenkommission nähere Priorisierungskriterien erarbeiten sollen, die später von der Politik „transparent und öffentlich nachvollziehbar" festgelegt werden sollen.[54] Allerdings sind die von der ZEKO in diesem Zusammenhang genannten formalen und materiellen Kriterien durchaus wichtig und bedenkenswert. Neben Transparenz und demokratischer Legitimation zählen hierzu auch die Möglichkeit einer Gerichtskontrolle, die Notwendigkeit rechtlicher Prozesssteuerung sowie die Qualitätssicherung durch Evidenzbasierung, Begründungspflicht und eine konsistente Anwendung der Priorisierungskriterien. Inhaltlich schlägt die ZEKO eine Kriterienliste mit den drei Merkmalen der medizinischen Bedürftigkeit, des zu erwartenden medizi-

---

51 Vgl. *Huster*, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit, s. oben Fn. 23, S. 1075; *Huster*, Vulnerable Patientengruppen, s. oben Fn. 23, S. 569.

52 *Welti*, Allokation, s. oben Fn. 5, S. 382.

53 Bericht der Enquete-Kommission, Ethik und Recht, s. oben Fn. 31, S. 15. Eine vergleichsweise offene und bis ins Detail geregelte Priorisierung existiert (nur) bei der Transplantation von Organen, vgl. *Andreas/ Junghanns*, Priorisierung im Gesundheitswesen, s. oben Fn. 48, S. 312 (313).

54 Für einen Gesundheitsrat sprach sich schon der außerordentliche Ärztetag 2006 aus; bekräftigt vom 111. Deutschen Ärztetag in Ulm (2008) im sogenannten „Ulmer Papier" (Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nischen Nutzens sowie der Kosteneffektivität vor. Im Rahmen der medizinischen Bedürftigkeit werden dabei vier Stufen unterschieden: Auf einer ersten Stufe stehen der „Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen", gefolgt von der zweiten Stufe mit dem „Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen" und der dritten Stufe mit dem „Schutz vor weniger schwer wiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens". Auf einer vierten Stufe schließlich geht es nur noch um die „Verbesserung und Stärkung der Körperfunktionen".

IV Fazit

Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung sind als Versuch zu verstehen, auch zukünftig noch umfassende und adäquate Gesundheitsleistungen anbieten zu können. Sie sind deshalb rechtlich keineswegs von vornherein ausgeschlossen. Aus Sicht des Verfassungsrechts kommt es deshalb vor allem darauf an, die einzelnen Begrenzungsmaßnahmen auf ihre konkrete Verfassungskonformität zu hinterfragen. Als übergreifender Grundsatz gilt, dass möglichst transparente und explizite, hinsichtlich der (staatlichen) Verantwortlichkeiten eindeutige und namentlich durch den demokratisch legitimierten Gesetzgeber hinreichend vorstrukturierte Verteilungsverfahren zu wählen sind.

V Zusammenfassende Bewertung in sechs Thesen

1. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung beschreiben unterschiedliche Grade möglicher Leistungsbeschränkungen. Sie stellen abgrenzbare Konzepte mit einer gemeinsamen Schnittmenge dar.
2. Verteilungsgerechtigkeit ist ein Teilaspekt der Gesundheitsgerechtigkeit. Da Gerechtigkeit verschiedene Ausprägungen haben kann (Generationengerechtigkeit, Leistungsgerechtigkeit, Chancengleichheit etc.), wird auch mit dem Topos Verteilungsgerechtigkeit nur eine partikulare Gerechtigkeitsdimension beschrieben.
3. Ein bestimmtes Gerechtigkeitskonzept ist dem Verfassungsrecht nicht zu entnehmen; das Grundgesetz statuiert mit dem Sozialstaatsprinzip und den Grundrechten allerdings äußerste Grenzen, die nicht überschritten werden dürfen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

4. Das Verfassungsrecht setzt einen äußeren Rahmen und belässt dem Gesetzgeber einen weiten Spielraum für die konkrete Ausgestaltung der Verteilung der für medizinische Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel.
5. Rationalisierungen sind grundsätzlich verfassungsrechtlich unproblematisch. Rationierungs- und Priorisierungsmaßnahmen müssen – eingedenk des Zwangscharakters der GKV – dem hohen Wert des Schutzes des Lebens gerecht werden, dürfen die Würde des Menschen nicht außer Betracht lassen und ihn nicht nur auf ein von außen bestimmtes Kosten-Nutzen-Kalkül reduzieren.
6. Soweit Leistungsbegrenzungen nicht durch Einnahmenerhöhung vermieden werden können, sind durch staatliche Instanzen transparente und rechtsstaatlich legitimierte Verfahren zu installieren.

Literatur

Andreas, Manfred/ Junghanns, Klaus, Priorisierung im Gesundheitswesen, ArztRecht Nr. 12 (2010), S. 312-316.

Augsberg, Steffen, Die Innovationsoffenheit des Rechts und die Gestaltungsaufgabe der Rechtswissenschaft – dargestellt am Beispiel innovativer Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, Jahrbuch des öffentlichen Rechts Nr. 61 (2013), S. 579-597.

Bericht der Enquete-Kommission, Ethik und Recht der modernen Medizin, BT-Drs. 15/5980.

Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm, Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft, „Ulmer Papier", 2008. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf, Zugegriffen 2.11.2014.

Birnbacher, Dieter, Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen. Eine utilitaristische Perspektive, in: T. Gutmann/ V. H. Schmidt (Hrsg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, S. 91-110.

Dettling, Heinz-Uwe, Grundrechte, neue Behandlungsmethoden und Grenzen der Rationierung in der GKV, Gesundheitsrecht Nr. 5 (2006), S. 97-106.

Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen, Stellungnahme 2011.

Francke, Robert, Begrenzung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Grund- und Wahlleistungen, Rationierung, Priorisierung, Gesundheitsrecht Nr. 2 (2003), S. 97-101.

Francke, Robert/ Hart, Dieter, Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilversuche. Zugleich eine Besprechung der Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 und die Skizzierung eines Regulierungsmodells, Medizinrecht Nr. 24 (2006), S. 131-138.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Fuchs, Christoph/ Nagel, Eckhard/ Raspe, Heiner, Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?, Deutsches Ärzteblatt Nr. 106 (2009), S. A554-557.

Gutmann, Thomas, Für ein neues Transplantationsgesetz. Eine Bestandsaufnahme des Novellierungsbedarfs im Recht der Transplantationsmedizin, Berlin 2006.

Höfling, Wolfram, Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat. Eine Problemskizze, in: G. Feuerstein/ E. Kuhlmann (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1998, S. 143-156.

Höfling, Wolfram/ Augsberg, Steffen, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unter Finanzierungsvorbehalt? Verfassungsrechtliche Determinanten indirekter und direkter Rationierung im Gesundheitswesen, Zeitschrift für medizinische Ethik Nr. 55 (2009), S. 45-60.

Huster, Stefan, Sozialstaat oder soziale Gerechtigkeit? Zum Spannungsverhältnis von politischer Philosophie und Verfassungsrecht am Beispiel der Altersrationierung im Gesundheitswesen, in: R. Alexy (Hrsg.), Juristische Grundlagenforschung, ARSP-Beiheft Nr. 104 (2005), S. 202-217.

Huster, Stefan, Anmerkung zu BVerfG vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98 (Leistungspflicht der GKV für neue Behandlungsmethoden), Juristenzeitung Nr. 61 (2006), S. 466-468.

Huster, Stefan, Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: B. Schöne-Seifert/ A. M. Buyx/ J. A. Ach (Hrsg.), Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn 2006, S. 121-145.

Huster, Stefan et al., Implizite Rationierung als Rechtsproblem, Medizinrecht Nr. 25 (2007), S. 703-706.

Huster, Stefan, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Deutsches Verwaltungsblatt Nr. 125 (2010), S. 1069-1077.

Huster, Stefan, Vulnerable Patientengruppen und Leistungsbeschränkungen im öffentlichen Versorgungssystem, Medizinrecht Nr. 30 (2012), S. 565-570.

Isensee, Josef, Verwaltung des Mangels im Gesundheitswesen – verfassungsrechtliche Maßstäbe der Kontingentierung, in: A. Söllner et al. (Hrsg.), Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze, München 2005, S. 417-435.

Kemmler, Iris, Rechtliche Vorgaben für die Rationierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Neue Zeitschrift für Sozialrecht Nr. 23 (2014), S. 521-530.

Kingreen, Thorsten, Gesundheit ohne Gesetzgeber? Verfassungsrechtliche Vorgaben für Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen, in: T. Kingreen/ B. Laux (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, Berlin 2008, S. 147-178.

Kingreen, Thorsten, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer Nr. 70 (2010), S. 152-194.

Kopetsch, Thomas, Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 2001.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Ladeur, Karl-Heinz/ Augsberg, Ino, Die Funktion der Menschenwürde im Verfassungsstaat, Tübingen 2008.

Lübbe, Weyma, Idealnorm und Praxisnormen in der Rationierungsdebatte. Ein offener Kommentar zu einem verdeckten Beitrag Dieter Birnbachers, in: T. Gutmann/ V. H. Schmidt (Hrsg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, S. 111-119.

Nettesheim, Martin, Rationierung in der Gesundheitsversorgung – verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, Verwaltungs-Archiv Nr. 93 (2002), S. 315-349.

Neumann, Volker, Prioritätensetzung und Rationierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Neue Zeitschrift für Sozialrecht Nr. 14 (2005), S. 617-623.

Oduncu, Fuat S., Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung – das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht, Medizinrecht Nr. 30 (2012), S. 359-367.

Raspe, Heiner, Die Priorisierung medizinischer Leistungen: von der Theorie zur Praxis, in: B. Schöne-Seifert/ A. M. Buyx/ J. A. Ach (Hrsg.), Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn 2006, S. 107-120.

Schmidt-Aßmann, Eberhard, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, Berlin/ New York 2001.

Schroth, Ulrich/ König, Peter/ Gutmann, Thomas/ Oduncu, Fuat (Hrsg.), Kommentar zum Transplantationsgesetz, München 2005.

Seewald, Otfried, Rationierung/Rationalisierung – die Rechtsfragen, in: O. Seewald/ H. Schoefer (Hrsg.), Zum Wert unserer Gesundheit. Der Arzt zwischen Rationierung und Rationalisierung, Baden-Baden 2008, S. 29-58.

Steiner, Udo, Das Bundesverfassungsgericht und die Gesundheit der Deutschen, in: T. Kingreen/ B. Laux (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, Berlin 2008, S. 129-145.

Strech, Daniel et al., Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie, Ethik in der Medizin Nr. 20 (2008), S. 94-109.

Uhlenbruck, Wilhelm, Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin, Medizinrecht Nr. 13 (1995), S. 427-437.

Weilert, A. Katarina, Verfassungsrechtliche Überlegungen zur Berechnung des Elterngeldes, Deutsches Verwaltungsblatt Nr. 125 (2010), S. 164-172.

Welti, Felix, Allokation, Rationierung, Priorisierung: Rechtliche Grundlagen, Medizinrecht Nr. 28 (2010), S. 379-387.

Wohlgemuth, Walter A./ Freitag, Michael H. (Hrsg.), Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze, Berlin 2009.

Wollenschläger, Ferdinand, Verteilungsverfahren. Die staatliche Verteilung knapper Güter: Verfassungs- und unionsrechtlicher Rahmen, Verfahren im Fachrecht, bereichsspezifische verwaltungsrechtliche Typen- und Systembildung, Tübingen 2010.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Medizinethische Aspekte der Allokation im Gesundheitswesen

Andrea Dörries

I Einleitung

Im deutschen Gesundheitswesen besteht – wie in den meisten westlichen Staaten – ein steigender Bedarf an Gesundheitsleistungen, maßgeblich bedingt durch neue medizintechnische Methoden (Stichwort: „Add-on Technologie“) und einen demographischen Wandel (Stichwort: „alternde Bevölkerung“) bei voraussehbar zu geringen Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Um die anfallenden finanziellen Belastungen zu bewältigen, hat es in den letzten Jahrzehnten unterschiedliche Kostendämpfungsgesetze – meistens mit nur kurzfristigem Erfolg – gegeben. Eine breite öffentliche bzw. politische Diskussion über die Ausgabenseite des Gesundheitssystems, das heißt die Frage, wie und nach welchen Kriterien Leistungen verteilt werden sollen, fand trotz vielfältiger Aktivitäten bisher nur in begrenztem Ausmaß statt.[1] Die Frage der gerechten Verteilung der erheblichen, aber begrenzten Mittel in der GKV und deren Verhältnis zur Eigenbeteiligung des Patienten sowie zu anderen finanziellen Mitteln wurde bisher nicht umfassend diskutiert. Stattdessen wurden unter dem Stichwort „Rationalisierung“ verschiedene Maßnahmen eingeleitet. Die weitergehende Rationierung bzw. die Aufstellung einer Rangordnung (Priorisierung bzw. Posteriorisierung) wurden jedoch politischerseits bisher nicht thematisiert.[2] Auch die verschiedenen politisch angedachten Weiterentwicklungen des Gesundheitswesens hin zu einer Bürgerversicherung bzw. zu fixen Gesundheitsprämien umgehen weitgehend die Ausgabenseite mit den gerechtigkeitstheoretischen Fragen, wie die begrenzten Mittel gerecht verteilt werden sollen.

---

1 *H. Raspe*, Priorisierung in der medizinischen Versorgung, Bundesgesundheitsblatt 2010, S. 874-881; *H. Raspe/ J. Schulze*, Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich, Deutsches Ärzteblatt 2013, S. A1091-1096.

2 *Raspe*, Priorisierung, s. oben Fn. 1, S. 874-881.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Im Folgenden werden grundlegende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens aufgeführt, Allokationsvorgehen und Priorisierungsansätze unter Einbezug empirischer Befunde diskutiert und Handlungsoptionen erarbeitet.

II Merkmale des Gesundheitswesens

Im Gesundheitswesen arbeiten ca. 4,9 Millionen Personen, das heißt circa 11 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt liegt derzeit bei 11,3 Prozent, davon werden circa 57 Prozent durch die GKV getragen, weitere Kosten durch private Haushalte, die Privatversicherung, Pflegeversicherung, Öffentliche Haushalte und andere.[3]

Da die Anzahl der Krankenhäuser in den letzten Jahren gesunken ist und die Krankenhausfälle bei kürzerer Verweildauer zunehmen, ist anzunehmen, dass sich die Arbeit verdichtet und die Behandlungsprozesse verschlanken.[4] In den Krankenhäusern, die etwa zu je einem Drittel auf freigemeinnützige, öffentliche und private Träger entfallen, findet sich eine Zunahme des ärztlichen Dienstes und der Funktionsdienste, während im Zuge von Personalkosteneinsparungen die Zahl der Pflegekräfte gekürzt wurde.

Rechtliche Grundlage des Gesundheitswesens ist das Sozialgesetzbuch V, das unter anderem Solidarität, Eigenverantwortung und Wirtschaftlichkeit als grundlegende Orientierungen angibt (Abb. 7, § 1, § 3 und § 12 SGB V). Der in den letzten Jahren verstärkt in den öffentlichen Fokus geratene Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland anhand der gesetzlichen Vorgaben den Leistungskatalog der GKV für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den am-

3 Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Ausgaben, 2013, Fachserie 12, Reihe 7.1.1, Wiesbaden.

4 Statistisches Bundesamt, Krankenhäuser, Ärztliches und nichtärztliches Personal 2011. URL: http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/PersonalKrankenhaeuserBL.html, Zugegriffen 11.9.2013.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

bulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Seit dem 1.1.2011 muss nach dem Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) für die Zulassung beim G-BA von – vorerst – neuen Arzneimitteln ein Zusatznutzen nachgewiesen werden. Die entsprechenden Risiko-Nutzen-Bewertungen mit den Endpunkten der Verbesserung der Lebensqualität, der Lebensverlängerung oder einer Minderung der Krankheitslast für den Patienten werden vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt. Noch ist nicht geklärt, welchen Stellenwert diese Gutachten letztendlich für Entscheidungen im G-BA haben, sowie wie ethische und soziale Aspekte berücksichtigt werden.

III Allokation von Gesundheitsleistungen

Wenn – wie im Gesundheitswesen – finanzielle Mittel begrenzt sind, können theoretisch entweder auf der Einnahmeseite die Mittel erhöht werden (zum Beispiel: Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge, Landeszuschüsse für Krankenhäuser) oder auf der Ausgabenseite Rationalisierungen durchgeführt werden (zum Beispiel: Einrichtung von Behandlungspfaden im Krankenhaus, Effizienzsteigerung durch Kooperationen) oder gar Rationierungen vorgenommen werden (zum Beispiel: Begrenzung der Anzahl physiotherapeutischer Behandlungen, Nichterstattung einer geplanten Behandlung).[5]

Eine Erhöhung der Mittel für das Gesundheitswesen ist insofern problematisch, weil dies einerseits höhere Ausgaben für die Versicherten bedeuten würde bzw. bei öffentlichen Mitteln in Konkurrenz zu anderen geförderten Bereichen mit Auswirkungen auf die Gesundheit, wie zum Beispiel Bildung oder soziale Unterstützungen, treten würde. Wesentliches Merkmal der Einsparbemühungen im Gesundheitswesen ist daher seit Jahren primär die ethisch unproblematischere Rationalisierung auf der Ausgabenseite, das heißt die Optimierung von Arbeitsabläufen oder die Effizienzsteigerung, um unter Erhalt des Versorgungsniveaus, allerdings häufig verbunden mit aufwendigen strukturellen Veränderungen, Wirtschaftlichkeitsreserven auszunutzen. Derzeit wird zwar einerseits noch weiteres Rationalisierungspotential vermutet, andererseits muss man davon ausgehen,

5 Siehe auch *G. Marckmann*, Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2007, S. 96-100.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dass auch Rationierungen bereits stattfinden, das heißt, dass den Patienten nützliche Leistungen vorübergehend oder dauerhaft vorenthalten werden.[6] Dies geschieht einerseits auf der Makro- bzw. Mesoebene, das heißt durch Gesetze (zum Beispiel Zuzahlungsregelungen bei Medikamenten) und den G-BA (zum Beispiel Ausschluss bestimmter Medikamente oder diagnostischer Verfahren bei der Finanzierung durch die GKV), andererseits auf der Mikroebene im individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis (Nichtverschreibung von Medikamenten). Rationierungen finden dabei häufig implizit statt, das heißt ohne feste Vorgaben und ohne für Außenstehende nachvollziehbare Kriterien. Teilweise ist Patienten gar nicht bewusst, dass eine bestimmte Behandlung in Frage käme und gar nicht erst angeboten wird; teilweise werden von Krankenversicherungen Leistungen, zum Beispiel Reha-Maßnahmen, ohne Begründung verweigert.

Empirische deutsche Studien berichten, dass 78 Prozent der Ärzte und Ärztinnen für den Patienten nützliche Leistungen aus Kostengründen nicht durchführen bzw. durch preiswertere und zugleich weniger effektive Leistungen ersetzen; 13 Prozent berichteten sogar, dass dies wöchentlich oder gar täglich stattfände.[7] Ein moralisches Dilemma für die Ärzte wird sichtbar, indem diese einerseits zu 72 Prozent bestätigten, dass bereits heute nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen erbracht werden könnten, andererseits 83 Prozent der Befragten sich aber verpflichtet fühlten, unabhängig von den Kosten die bestmögliche Therapie anzubieten.

Explizite Rationierungen erfordern, Begründungen anzugeben bzw. im Voraus Kriterien und verbindliche Entscheidungsprozesse zu vereinbaren. Dies hat den Vorteil, dass Verlässlichkeit, Transparenz, Gleichbehandlung und Qualitätssicherung ermöglicht werden. Implizite Rationierungen ermöglichen dagegen eine stärkere Berücksichtigung des Einzelfalls und können insofern möglicherweise dem individuellen Patienten vermehrt entgegenkommen, beinhalten aber mit der Intransparenz das Risiko der ungleichen bzw. nicht ausreichenden Behandlung: „Explizite Leistungsbegrenzungen sind ethisch zu bevorzugen, aber praktisch nur schwer zu rea-

6 *G. Marckmann*, Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Schulz et al. (Hrsg.), Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin, 2006, S. 183-208 (193-194).

7 *D. Strech et al.*, Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009, S. 1261-1266.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

lisieren; implizite Leistungsbegrenzungen lassen sich hingegen leichter umsetzen, werfen aber erhebliche ethische Probleme auf".[8]

IV Priorisierung

Eine Vorgehensweise, transparente Kriterien mit Sicherung des Versorgungsstandards zu erarbeiten, kann zum Beispiel darin bestehen, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in eine Rangordnung zu bringen, die von unverzichtbaren bis wirkungslosen oder gar schädlichen Methoden reicht, eine sogenannte Priorisierungsliste. Hierbei kann man einerseits eine vertikale Priorisierung durchführen, das heißt innerhalb eines abgegrenzten Versorgungsbereichs, oder eine – methodisch deutlich schwierigere – horizontale Priorisierung zwischen unterschiedlichen Krankheits- und Krankengruppen. Erste Versuche – wie in Schweden mit nationalen Priorisierungsleitlinien, zum Beispiel bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen – zeigen, dass dies möglich, aber sehr aufwendig ist und in der Umsetzung problematisch sein kann.[9]

Eine Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) zur Priorisierung in der GKV stellte, unter der Vorstellung einer guten Versorgung für alle Bürger und der besonderen Berücksichtigung vulnerabler Gruppen, verschiedene formale (unter anderem Transparenz, Begründungspflicht, Evidenzbasierung) und materiale (medizinische Bedürftigkeit, erwarteter medizinischer Nutzen, Kosteneffektivität) Kriterien auf. In der Abwägung der inhaltlichen Prinzipien formulierte sie die Regel: „Die ethische Begründungslast für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme steigt mit einem zunehmend ungünstigen Kosteneffektivitäts-Verhältnis. Ethische Argumente für die Durchführung von Interventionen mit schlechtem Kosteneffektivitäts-Verhältnis können zum Beispiel der Schweregrad der Erkrankung oder die Alternativlosigkeit bei einer gleichzeitig guten Evidenzlage für den zu erwartenden ge-

8 *Marckmann*, Verteilungsgerechtigkeit, s. oben Fn. 6 , S. 183-208 (199).

9 *B. Hofmann*, Priority setting in health care: trends and models from Scandinavian experiences, Medicine, Health Care and Philosophy 2013, S. 349-356; *Raspe/Schulze*, Ärztlich unterstützte Priorisierung, s. oben Fn. 1, S. A1091-1096; *U. Preusker*, Priorisierung statt verdeckter Rationierung, Deutsches Ärzteblatt 2007, S. A930-936.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

sundheitlichen Effekt sein."[10] Das von der ZEKO entwickelte Vier-Stufenmodell der Versorgungsprioritäten (Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen; Schutz vor Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen; Schutz vor weniger schwer wiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens; Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen, Fitness, Wohlbefinden, Ansehnlichkeit) wurde als Basis für zukünftige politische Regelungen vorgestellt. Die Bundesärztekammer verfolgt diesen Weg nunmehr im Kontext der ärztlichen Professionalimusdebatte weiter.[11] Sie forderte zu einem innerärztlichen wie gesellschaftlichem Diskurs auf. Kritisch anzumerken bleibt aber, dass Priorisierung methodisch schwierig und aufwendig ist, und es fraglich ist, ob die Kombination von Expertenorientierung, Einbeziehung ethischer Prinzipien und Kosten-Nutzen-Bewertungen sich erfolgreich realisieren lassen.[12]

Die Erfahrungen aus Oregon, wo für Patienten in der Medicaid-Versorgung Ranglisten mit Diagnose-Behandlungs-Paaren anfangs mit einem reinen Kosten-Effektivitäts-Ansatz und im Verlauf mit breiter öffentlicher Beteiligung aufgestellt wurden, ergaben eine ernüchternde Bilanz.[13] Die Prioritätenliste (dort verbunden mit einer Finanzierungsgrenze) führte unter anderem dazu, dass Gerechtigkeitsaspekte keine Berücksichtigung fanden, dass offensichtlich falsche Rangordnungen für Notfälle aufgestellt wurden und dass Finanzierungsgrenzen für als nützlich angesehene Leistungen von den Ärzten unterlaufen wurden und dies insgesamt zu einer Leistungsausweitung führte, die durch andere politische Maßnahmen flankiert werden musste. Der Verlauf in den skandinavischen Ländern (Norwegen, Dänemark, Schweden) lässt sich charakterisieren als von einem prinzipienbasierten zu einem prozessbasiertem Vorgehen, von intransparenten geschlossenen zu verstärkt offenen, partizipativen Verfahren und von Expertenorientierung zu Bürgerbeteiligung.[14] Die derzeitige Herangehensweise wurde beschrieben als „a participatory practice defining ap-

10 Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (BÄK), Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Deutsches Ärzteblatt 2007, S. A2750-2754.

11 *Raspe/ Schulze*, Ärztlich unterstützte Priorisierung, s. oben Fn. 1, S. A1091-1096.

12 Siehe auch *Hofmann*, Priority setting, s. oben Fn. 9, S. 349-356.

13 *G. Marckmann/ U. Siebert*

14 *Hofmann*, Priority setting, s. oben Fn. 9 , S. 349-356; *S. Holm*, Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care, British Medical Journal 1998, S. 1000-1010.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

proach", was aber sowohl bezüglich einer „true participation" als auch bezüglich der Definition eindeutiger Erfolgskriterien noch erhebliche Unklarheiten beinhaltet. Als Nachteile dieser Priorisierung wurden unter anderem die „hidden agendas", die „power based decision making processes" und der erhebliche Arbeitsaufwand beschrieben.[15]

Eine deutsche repräsentative Bevölkerungsumfrage zur Priorisierung untersuchte, welche Prioritäten die Bürger und Bürgerinnen bei den Verteilungskriterien „Evidenzbasierung", Dringlichkeit und Alter setzen.[16] Dabei kam zum Ausdruck, dass diese auf den unterschiedlichen Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) beteiligt werden möchten, aber in konkreten medizinischen Fragen den „Gesundheitsexperten" letztendlich den Vorrang bei Entscheidungen einräumen.[17]

In einer eigenen explorativen qualitativen Studie zur Priorisierung bei Hämophilie A (Patienten, Angehörige, Ärzte, Pflegende) waren Entscheidungskriterien mit höherer Relevanz die Erhaltung der Mobilität, der sozialen Rolle und die Erwartung einer noch länger bestehenden Arbeitsphase.[18] Kriterien mit geringerer Relevanz waren hoher professioneller Status und höheres Alter. Ambivalent wurde beurteilt, ob Einsparungen im Gesundheitswesen notwendig oder inakzeptabel seien. Eine prophylaktische, teure Medikation (hier: Gerinnungsfaktoren) solle verweigert werden, wenn hochriskanter Sport regelmäßig durchgeführt würde. Es war dabei offensichtlich, dass eine Priorisierungsentscheidung zwischen konkreten Personen häufig als „unmoralisch" abgelehnt wurde. Die Antworten erfolgten aus beruflich-professioneller (zum Beispiel bei Ablehnung des Kriteriums „Selbstverschulden" oder „Sozialer Status") oder persönlich-privater Perspektive (zum Beispiel Bezug zu eigenen Erfahrungen im familiären Umfeld).

---

15 *Hofmann*, Priority setting, s. oben Fn. 9, S. 349-356.

16 *A. Diedrich/ M. Schreier*, Priorisierungskriterien in der gesundheitlichen Versorgung. Was meinen die Bürger?, in: Schmitz-Luhn/ Bohmeier (Hrsg.), Priorisierung in der Medizin. Kriterien im Dialog, 2013, S. 265-298 (295).

17 *Diedrich/ Schreier*, ebd.

18 *A. Dörries et al*., Prioritisation in Haemophilia A. A qualitative study of stakeholder attitudes and preferences, Klinische Pädiatrie 2012, S. 1-8.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

V Handlungsoptionen

Da absehbar ist, dass das Gesundheitswesen in seiner bisherigen Form nicht finanzierbar bleiben wird und verstärkte Einnahmen – zumindest in der GKV – derzeit nicht vertretbar erscheinen, besteht die Verantwortung, sich mit der Ausgabenseite, das heißt mit Rationalisierung und Rationierung, zu beschäftigen. Dabei sind gestufte Priorisierungsverfahren unter Beteiligung von Experten und Politik methodisch zu prüfen und eventuell einzusetzen.[19]

Technologische Entwicklungen und andere Innovationen sind notwendig für ein auch zukünftig leistungsstarkes Gesundheitswesen. Hochleistungsmedizin in den Kliniken der Maximalversorgung ermöglicht es, sehr spezielle Erkrankungen zu behandeln und neue Therapieformen zu entwickeln. Auf der Makro- und Mesoebene müssen hier jedoch berechtigte Fragen nach Wirksamkeit, Nutzen und Kosten gestellt werden. Dies gilt sowohl in einem rein marktorientierten wie einem solidarisch finanzierten System, denn der Selbstzahler wie der Privatversicherte oder gesetzlich-solidarisch (umlagefinanzierte) Versicherte will für seine Behandlung nur in einem vertretbaren Umfang zahlen. Es wäre aber durchaus zu diskutieren, ob – wenn die marginale Wirksamkeit einer Therapie nur unterhalb eines vorher festgelegten Schwellenwertes an Lebenszeit oder Lebensqualität liegt – es nach einem gesetzlich legitimierten Entscheidungsprozess aus Fairnessgründen gegenüber der Solidargemeinschaft der GKV sinnvoll wäre, diese Kriterien im Sinne einer Posteriorisierung anzuwenden.[20]

Andererseits ergibt sich durch die demographische Entwicklung, dass eine alternde Bevölkerung nicht nur einen Mehrbedarf an Gesundheitsleistungen haben wird, sondern auch einen veränderten Bedarf. Die zunehmend entstehenden geriatrischen Abteilungen, Versorgungsstrukturen für Demenzkranke, Palliativ-Versorgungsnetzwerke, Pflegestützpunkte, Hospize, Palliativstationen und anderen Einrichtungen für chronisch-kranke und multimorbide Patienten weisen bereits jetzt darauf hin, dass im Gesundheitswesen neben der Hochleistungsmedizin neue Schwerpunkte gesetzt werden müssen. Hier werden zukünftig zwischen den einzelnen Sektoren der Versorgung horizontale Priorisierungen durchzuführen sein bzw. politische Schwerpunkte gesetzt werden müssen, denn dieser Bereich ist

19 *Raspe/ Schulze*, Ärztlich unterstützte Priorisierung, s. oben Fn. 1, S. A1091-1096.

20 *D. Friedrich/ A. Buyx/ B. Schöne-Seifert*, Ausschluss medizinischer Leistungen mit nur marginaler Wirksamkeit?, Deutsches Ärzteblatt 2009, S. A1562.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

bisher noch erheblich unterfinanziert und geprägt durch ein hohes ehrenamtliches Engagement.

Berücksichtigt man die derzeitigen gesellschaftlichen Erwartungen, dann müssten Verfahren entwickelt bzw. weiterentwickelt werden, um Bürger in den Entscheidungsprozessen deutlich stärker als bisher zu beteiligen.[21] Bürgerbeteiligung in Form von regionalen Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsbeiräten wären damit in den Gesetzgebungsprozess einzugliedern; Legitimationsfragen und Zusammensetzung der Foren wären zu klären. Nicht nur Information, sondern auch Partizipation der Bürger wäre damit gefragt.[22] Interessant erscheinen Bestrebungen, auf der oberen und mittleren Entscheidungsebene Bürgerbeteiligungen zu initiieren. Dies geht bisher noch nicht über erste Initiativen hinaus, da es teilweise erhebliche Widerstände von unterschiedlichen Seiten gibt. Aber mit gesetzlich legitimierten Verfahren könnten sich hier neue Entscheidungsfindungsprozesse bilden, die durch Bürgerbeteiligung eine höhere Identifikation mit dem Gesundheitswesen wie auch ein größeres Verantwortungsbewusstsein fördern könnten.[23]

Auch das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis wird von der Allokation berührt sein. Nicht alles, was Ärzte und Patienten einfordern, kann auch umgesetzt werden. Hier müssen gesetzliche Regelungen bzw. fachliche Leitlinien einerseits den Handlungsrahmen abstecken, aber andererseits muss es dem Arzt-Patienten-Verhältnis überlassen bleiben, im Einzelfall individuumsbezogen zu entscheiden. Die ZEKO stellte dazu fest: „Obwohl es sehr gute Gründe gibt, grundsätzliche Priorisierungsentscheidungen ‚oberhalb' der individuellen Arzt-Patient-Beziehung zu treffen, wird es sich [...] aufgrund der aktuellen finanziellen Rahmenbedingungen und der durch allgemeine Regeln nie vollständig erfassbaren Besonderheit des Einzelfalls nicht vermeiden lassen, dass Ärzte auch auf der Mikroebene Verantwortung für einen medizinisch rationalen und ethisch vertretbaren Umgang mit knappen Ressourcen übernehmen. Hierzu ist es erforder-

---

21 *S. Schicktanz/ M. Schweda*, Medizin und Partizipation – Warum sollen Patienten und Bürger am Diskurs über medizinethische und gesundheitspolitische Entscheidungen beteiligt werden?, in: Kolb/ Gerhardt (Hrsg.), Medizin und Gewissen, 2008, S. 429-444.

22 *D. Menon/ T. Stafinski/ D. Martin*, Priority-setting for healthcare: who, how, and is it fair?, Health Policy 2007, S. 220-233.

23 *B. Braun*, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, in: Böcken/ Braun/ Landmann (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2010, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, 2010, S. 11-42.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

lich, über die traditionelle individualethische Orientierung hinaus, Einstellungen, Wissen und Urteilsfähigkeit im Bereich sozialethischer Fragestellungen in Aus-, Weiter- und Fortbildung zu vermitteln und zu fördern."[24] Diese Fortbildungsinhalte sollten gerechtigkeitstheoretische wie wirtschaftsethische Aspekte beinhalten.

Letztendlich geht es aber bei der Allokation von Leistungen im Gesundheitswesen darum, Möglichkeiten zu erhalten bzw. zu schaffen, damit der Einzelne ein „gutes Leben" leben kann.[25] Für die Gestaltung des gesamten Gesundheitswesens wiederum muss man zu bedenken geben, dass trotz des Strebens nach einer effizienten Organisation „die einfühlsame Sorge und Fürsorglichkeit das begründende Gefühl einer guten Gesellschaft" ist.[26] Hierzu gehört auch die Verpflichtung, dass die Medizin die „soziale und karitative Dimension ihres Tuns" aufrechterhält und diese nicht der Marktfähigkeit unterordnet.[27]

Literatur

Braun, Bernhard, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, in: J. Böcken/ B. Braun/ J. Landmann (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2010, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh 2010, S. 11-42.

Diedrich, Adele/ Schreier, Margit, Priorisierungskriterien in der gesundheitlichen Versorgung. Was meinen die Bürger?, in: B. Schmitz-Luhn/ A. Bohmeier (Hrsg.), Priorisierung in der Medizin. Kriterien im Dialog, Berlin/ Heidelberg 2013, S. 265-298.

Dörries, Andrea et al., Prioritisation in Haemophilia A. A qualitative study of stakeholder attitudes and preferences, Klinische Pädiatrie Nr. 224 (2012), S. 1-8.

Friedrich, Daniel/ Buyx, Alena/ Schöne-Seifert, Bettina, Ausschluss medizinischer Leistungen mit nur marginaler Wirksamkeit?, Deutsches Ärzteblatt Nr. 106 (2009), S. A1562.

Hofmann, Bjørn, Priority setting in health care: trends and models from Scandinavian experiences, Medicine, Health Care and Philosophy Nr. 16 (2013), S. 349-356.

---

24 Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (BÄK), Priorisierung medizinischer Leistungen, s. oben Fn. 10, S. A2750-2754.

25 *R. Kipke*, Das 'gute Leben' in der Bioethik, Ethik in der Medizin 2013, S. 115-128.

26 *W. Reich*, Wer verdient Fürsorge? Gesundheitsreform und die Werte, die unsere Gesundheitssysteme formen, Zeitschrift für Medizinische Ethik 2004, S. 247-261.

27 *G. Maio*, Medizin im Umbruch, Ethisch-anthropologische Grundfragen zu den Paradigmen der modernen Medizin, Zeitschrift für Medizinische Ethik 2007, S. 229-254.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Holm, Søren, Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care, British Medical Journal Nr. 317 (1998), S. 1000-1010.

Kipke, Roland, Das ‘gute Leben’ in der Bioethik, Ethik in der Medizin Nr. 25 (2013), S. 115-128.

Maio, Giovanni, Medizin im Umbruch, Ethisch-anthropologische Grundfragen zu den Paradigmen der modernen Medizin, Zeitschrift für Medizinische Ethik Nr. 53 (2007), S. 229-254.

Marckmann, Georg, Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: S. Schulz et al. (Hrsg.), Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin, Frankfurt 2006, S. 183-208.

Marckmann, Georg, Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement Nr. 12 (2007), S. 96-100.

Marckmann, Georg/ Siebert, Uwe, Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen?, Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 127 (2002), S. 1601-1604.

Menon, Devidas/ Stafinski, Tania/ Martin, Douglas, Priority-setting for healthcare: who, how, and is it fair?, Health Policy Nr. 84 (2007), S. 220-233.

Preusker, Uwe, Priorisierung statt verdeckter Rationierung, Deutsches Ärzteblatt Nr. 104 (2007), S. A930-936.

Raspe, Heiner, Priorisierung in der medizinischen Versorgung, Bundesgesundheitsblatt Nr. 53 (2010), S. 874-881.

Raspe, Heiner/ Schulze, Jan, Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich, Deutsches Ärzteblatt Nr. 110 (2013), S. A1091-1096.

Reich, Warren, Wer verdient Fürsorge? Gesundheitsreform und die Werte, die unsere Gesundheitssysteme formen, Zeitschrift für Medizinische Ethik Nr. 50 (2004), S. 247-261.

Schicktanz, Silke/ Schweda, Markus, Medizin und Partizipation – Warum sollen Patienten und Bürger am Diskurs über medizinethische und gesundheitspolitische Entscheidungen beteiligt werden?, in: S. Kolb/ M. Gerhardt (Hrsg.), Medizin und Gewissen, Frankfurt 2008, S. 429-444.

Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Ausgaben, 2013, Fachserie 12, Reihe 7.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt, Krankenhäuser, Ärztliches und nichtärztliches Personal 2011. URL: http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/PersonalKrankenhaeuserBL.html, Zugegriffen 11.9.2013.

Strech, Daniel et al., Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern, Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 134 (2009), S. 1261-1266.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (BÄK), Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Deutsches Ärzteblatt Nr. 104 (2007), S. A2750-2754.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und Altruismus – Über Limitationen gesundheitsökonomischer Modelle und deren Missbrauchsmöglichkeiten

Mirjam Thanner

I Einführung

Beim Durchblättern eines ökonomischen Lehrbuchs kann der Eindruck entstehen, Fragen zu Verteilungsgerechtigkeit oder Altruismus gehörten gar nicht in das Gebiet der Wirtschaftswissenschaften oder seien wegen zu geringer Bedeutung im Vergleich zur Effizienz zumindest nicht erwähnenswert. Beides ist zum einen bedauerlich, weil der Drang, sich gerade mit diesen Fragen auseinanderzusetzen, eines der Motive sein dürfte, sich für ein sozialwissenschaftliches Studium zu entscheiden.[1] Zum anderen können von diesen Tendenzen auch Gefahren ausgehen; insbesondere, wenn als „rein ökonomisch" verkaufte Entscheidungen bei genauerer Betrachtung dann doch verdeckte Werturteile enthalten.

Für das Spezialgebiet der Gesundheitsökonomie ist anzunehmen, dass diese Defizite besonders schwer wiegen, treffen Ökonomen im Gesundheitswesen doch auf Berufsgruppen, mit deren Rolle die Aufgabe, *anderen* Menschen zu helfen, fest verwoben ist. Im Handbuch der ärztlichen Ethik des Weltärztebundes heißt es beispielsweise eindrücklich in Großbuchstaben: „Dieses Ethikhandbuch des Weltärztebundes wird sein Ziel nur erreichen, wenn es dazu beiträgt, Medizinstudenten und Ärzte auf einen besseren Umgang mit den zahlreichen ethischen Herausforderungen vorzuberei-

1 Allerdings soll nicht verschwiegen werden, dass es gerade hinsichtlich der Motive zur Aufnahme eines Studiums der Betriebswirtschaftslehre auch andere Ansichten gibt, zum Beispiel: „Die wenigsten der angehenden Manager, Finanz- und Unternehmensberater entscheiden sich aus Neigung oder Interesse für dieses Studium, sondern meist, weil sie sich davon prestigeträchtige Berufe und ein relativ hohes Einkommen versprechen." *A. Demirović et al.*, Kritik der Wirtschaftswissenschaften, PROKLA Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 2011, S. 340 (340).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ten, denen wir uns in der Alltagspraxis gegenübersehen und effektive Wege zu finden, DEM PATIENTEN DEN VORRANG ZU GEBEN."[2]

Im Folgenden werden traditionelle ökonomische Modellannahmen der heute herrschenden Lehre der sogenannten Neoklassik[3] mit Beispielen aus dem Gesundheitswesen erläutert und bezüglich der Berücksichtigung von Verteilungsgerechtigkeit und Altruismus kritisch hinterfragt. Ein Fokus soll dabei auch auf die Gefahren gelegt werden, die eine unreflektierte Übernahme des ökonomischen Ansatzes mit sich bringen kann. Abschließend wird gezeigt, dass jüngere Forschungsprojekte an wahrgenommenen Defiziten ansetzen und so Teil einer Entwicklung sind, welche der Anschlussfähigkeit des ökonomischen Ansatzes im Gesundheitswesen förderlich sein dürfte.

---

2 Weltärztebund (Hrsg.), Handbuch der ärztlichen Ethik, 2005, S. 9 und S. 10 (Hervorhebung durch Großbuchstaben auch im Original).

3 Der ökonomische „mainstream" ist im Wesentlichen neoklassisch geprägt. Vgl. zum Beispiel *F. Söllner*, Die Geschichte des ökonomischen Denkens, 2001, S. 50. Inwieweit aktuell in der herrschenden Lehre aber noch von einer „bruchlosen Dominanz dieser neoklassischen Wissenschaftskultur gesprochen werden kann, ist unklar. Ein Blick auf aktuelle Stimmen aus den Bereichen Dogmengeschichte bzw. Social Studies of Science kann auf zahlreiche Indizien verweisen, wonach deren hegemonialer Stellenwert seit den 1970er Jahren ein Stück weit in Auflösung begriffen ist. […] [Zu nennen sind hier beispielsweise] die Bereiche Game Theory, Experimental Economics, Behavioral Economics, Neuroeconomics und Non-Linear Complexity Economics als Forschungsstränge, die zwar mit einigen fundamentalen Prämissen und Axiomen der Neoklassik brechen, aber zugleich mehr oder weniger akzeptierte Theorievarianten des Mainstreams darstellen. Anders als bei der tradierten Corona heterodoxer Ansätze, die seitens der institutionalisierten Fachvertreter zumeist mit Nichtbeachtung gestraft wurden, stimmen viele Kommentare in der Vermutung überein, wonach die genannten ‚gemäßigten Abweichler' für die Entwicklung besonders entscheidend sind: Sie verfügen über das Potential, die Grenzen der Disziplin nachhaltig zu verschieben und neuen Ideen zum Durchbruch zu verhelfen." *H. Pahl*, Textbook Economics: Zur Wissenschaftssoziologie eines wirtschaftswissenschaftlichen Genres, PROKLA Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 2011, S. 369 (372 f.).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

II Ökonomische Modelle und Verteilungsgerechtigkeit

Als entscheidendes Defizit der Ökonomie[4] wird insbesondere unter dem Eindruck der Wirtschaftskrise[5] angeführt, dass sie keine überzeugende Position zur Frage der sozialen Gerechtigkeit habe: „Gerechtigkeit spielt bei der effizienzorientierten Analyse der Ökonomie keine Rolle."[6] Dies kann sogar so weit reichen, dass der bloße Ausdruck „soziale Gerechtigkeit" unter Ökonomen als inhaltsleer bezeichnet wird und daher weitgehend verpönt ist.[7] Diese soziale „Blindheit in Verteilungsfragen"[8] galt allerdings gleichzeitig lange Zeit als herausragende methodische Stärke der Ökonomie, deren Modelle ganz bewusst eine getrennte Behandlung von Allokations- und Distributionsproblemen erlauben sollten.[9] Gemeint ist damit die Trennung der Frage, wie die zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst effizient, das heißt ohne Verschwendung im ökonomischen Sinn, eingesetzt werden können (Allokation), von der Frage, welche Personen letztlich in den Genuss der Produktionsergebnisse kommen sollen (Distribution, Verteilung). In letzter Konsequenz könnten so auch extremste Ungleichverteilungen aus ökonomischer Perspektive als effizient gelten.[10]

Die Zurückhaltung der Ökonomie bei normativen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit mag angesichts der Tatsache, dass sie als Disziplin ursprünglich auf die Moralphilosophie zurückzuführen ist, verwundern. Im Verlauf der Mathematisierung im 19. und 20. Jahrhundert und der Anlehnung an die klassische Mechanik wurde jedoch mehrheitlich versucht, ihr

---

4 In den vorliegenden Ausführungen wird auf die begriffliche Unterscheidung von Ökonomie und Ökonomik verzichtet. Zu den Bedeutungsunterschieden vgl. zum Beispiel *K. Homann/ F. Blome-Drees*, Wirtschafts- und Unternehmensethik, 1992, S. 16 und S. 17.

5 Zur Frage, ob die Wirtschaftskrise auch eine Krise der Wirtschaftswissenschaften darstellt, vgl. zum Beispiel *G. Kirchgässner*, Die Krise der Wirtschaft: Auch eine Krise der Wirtschaftswissenschaften?, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2009, S. 436-468.

6 *W. Sesselmeier*, Widersprüche sozialer Integration in Zeiten der Ökonomisierung sozialer Sicherung, Sozialer Fortschritt 2012, S. 104 (105).

7 Vgl. *G. Kubon-Gilke*, Außer Konkurrenz. Sozialpolitik im Spannungsfeld von Markt, Zentralsteuerung und Traditionssystemen, 2011, S. 380.

8 *F. Breyer*, Die Chancen der Sozialen Marktwirtschaft und die Rolle der Ökonomen, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2008, S. 125 (126).

9 *Söllner*, Die Geschichte, s. oben Fn. 3, S. 131.

10 Vgl. *M. J. Holler/ G. Illing*, Einführung in die Spieltheorie, 2000, S. 338.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

den Charakter einer exakten Wissenschaft zu verleihen, in der Wertungen keinen Platz mehr hätten.[11] Die Formalisierungen der ökonomischen Theorie wurden und werden nicht selten so weit vorangetrieben, dass sie auf Kritiker „völlig abgehoben"[12] wirken, insbesondere dann, wenn mathematische Modelle auch noch ohne jeglichen Bezug zur empirischen Forschung dargestellt werden.[13]

Mittlerweile werden aber Stimmen laut, die darauf schließen lassen, dass der Versuch zur Ausblendung des Normativen einerseits misslungen und andererseits gar nicht sinnvoll ist. Auch ein hoher Formalisierungsgrad vermag nämlich nicht darüber hinwegzutäuschen, dass das Effizienzkriterium letztlich selbst ein Werturteil[14] mit utilitaristischen Wurzeln[15] darstellt und die Ökonomie somit doch eine ethisch-normative und nicht eine „irgendwie wertfreie Angelegenheit ist."[16] Daher gehört es auch zur Ökonomie, ihre ethisch-normativen Grundlagen explizit zu thematisieren und kritisch zu reflektieren. Ansonsten müssen sich Ökonomen den Vorwurf gefallen lassen, sie würden „utilitaristische Kaninchen aus dem Hut zaubern",[17] ohne es selbst zu bemerken.

Stellen sich Ökonomen dieser Herausforderung nicht und verzichten darauf, Werturteile offen als solche zu kommunizieren und somit die Grenzen ihrer Modelle zu benennen,[18] besteht zudem die Gefahr einer un-

---

11 Vgl. *Kubon-Gilke*, Außer Konkurrenz, s. oben Fn. 7, S. 379 und *Söllner*, Die Geschichte, s. oben Fn. 3, S. 53.

12 *F. Tretter*, Krankes Gesundheitswesen und die Reformen. Kritik an der „politischen Gesundheitsökonomie". Hoher Gestaltungsanspruch trotz großer Erkenntnisdefizite, Deutsches Ärzteblatt 2005, S. A570-571.

13 Vgl. *Tretter*, ebd.

14 Vgl. *Söllner*, Die Geschichte, s. oben Fn. 3, S. 131-132.

15 Vgl. *H. Rothgang/ J. Staber*, Ethik versus Ökonomie in Public Health?, Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 494-501.

16 *U. Thielemann/ J. Weibler*, Betriebswirtschaftslehre ohne Unternehmensethik?, Zeitschrift für Betriebswirtschaft 2007, S. 179 (180).

17 Der Ausdruck wurde übernommen aus *W. Lübbe*, „Aus ökonomischer Sicht …": Was ist der normative Anspruch gesundheitsökonomischer Evaluationen? Vortrag auf der Sitzung des Deutschen Ethikrats am 25. September 2008 in Berlin, 25.9.2008. URL: http://www.gerechte-gesundheit.de/uploads/tx_igknb/lecture/DER_Referat_Luebbe_Allokation_080925.pdf, Zugegriffen 21.6.2014.

18 Ein Beispiel für die Offenlegung von Grenzen des ökonomischen Modells findet sich bei *P. Zweifel/ F. Breyer/ M. Kifmann*, Health Economics, 2009, S. 19: „The limitations of cost-effectiveness analysis [CEA] are obvious. […] CEA implicitly assumes that it is ethically irrelevant how the life years gained are distributed among the members of society.".

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

angemessenen Überhöhung des Ökonomischen. Es ist denkbar, dass eine scheinbare Neutralität in der öffentlichen Präsentation wirtschaftlicher Ergebnisse das Image einer exakten Wissenschaft befördert.[19] „Rein ökonomisch betrachtete"[20] Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen könnten sich in diesem Sinne sogar manipulativ einsetzen lassen, um bestimmte, gesundheitspolitisch gewollte Entscheidungen, als quasi alternativlos darzustellen. Beispielsweise lassen sich als Entscheidungsgrundlage zur Bewertung von medizinischen Behandlungsalternativen die „Kosten pro gerettetes Lebensjahr" heranziehen, aber ebenso gut die „Kosten pro gerettetes Leben". Ersteres Kriterium bevorzugt junge Menschen und könnte zum Beispiel von Elterninitiativen verwendet werden, wenn finanzielle Mittel für Krankheiten im Kindesalter bereitgestellt werden sollen. Letzteres ist indifferent gegenüber dem Lebensalter und ließe sich gut von Politikern einsetzen, welche auf Wählerstimmen älterer Menschen hoffen. Das ursprüngliche Ziel gesundheitsökonomischer Evaluationen mag wohl die reine Optimierung der Allokation sein, faktisch beinhalten sie aber auch Gerechtigkeitsvorstellungen.[21] Würde es an Transparenz derartiger Implikationen fehlen, indem zum Beispiel nur eines der beiden oben genannten Ergebnisse Eingang in entsprechende Publikationen und politische Argumentationen findet, würde die Gesundheitsökonomie missbraucht werden, um dahinterstehende Wertentscheidungen zu verschleiern:„ Die fraglichen Werturteile werden [dabei] implizit über Fachausdrücke transportiert, bei deren Verwendung eine intuitive ethische Warnlampe nicht aufleuchtet."[22]

---

19 Vgl. *Tretter*, Krankes Gesundheitswesen, s. oben Fn. 12, S. A570-571.

20 Zur Notwendigkeit, Werturteile in den Wirtschaftswissenschaften deutlich als solche zu kennzeichnen, vgl. zum Beispiel *Kirchgässner*, Die Krise der Wirtschaft, s. oben Fn. 5, S. 436-468.

21 Vgl. *K. Damm/ J.-M. Graf von der Schulenburg*, Gesundheitsökonomische Evaluation und Verteilungsgerechtigkeit, in: Schöffski/ Schulenburg (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 2012, S. 501-520.

22 *W. Lübbe*, Sondervotum, in: Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, 2011, S. 98 (103).

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

III Ökonomische Modelle und Altruismus

Verwirrung kann auch entstehen, wenn im Rahmen des ökonomischen Ansatzes zur Erklärung menschlichen Verhaltens[23] einzelne Aspekte einer „Medizinethik" mit aufgenommen werden, ohne auf die Limitationen im Ansatz aufmerksam zu machen. Gefährlich wird es insbesondere dann, wenn erst in beschwichtigender dann in überheblicher Art der Eindruck entstehen soll: „In gesundheitsökonomischen Modellen kann sogar die Medizinethik Berücksichtigung finden! Warum sträuben sich Vertreter aus dem Gesundheitswesen bloß gegen ökonomischen Sachverstand?" Zum Beispiel bietet die Gesundheitsökonomie Ansätze zur Erklärung angebotsinduzierter Nachfragesteigerungen.[24] Die Forderung nach Transparenz bedeutet hier, deutlich darauf hinzuweisen, dass das Modell bisher dort seine Begrenzung findet, wo moralisches Handeln auch in einer langfristigen Perspektive keinen Nutzenzuwachs für die handelnde Person mit sich bringt.[25] Vor dem Hintergrund medizinethischer Forderungen müsste ein Arzt die sogenannte Nachfrageinduzierung negativ bewerten, weil diese *dem Patientenwohl widerspricht*. Gemeint ist mit Nachfrageinduzierung das manipulative Verleiten der Patienten, teure aber nicht sinnvolle Behandlungen in Anspruch zu nehmen, um die Praxisauslastung sicherzustellen. Ein Arzt, der sich ursprünglich medizinethisch korrekt verhalten wollte, würde im Fall der Nachfrageinduzierung vermutlich trotz der finanziellen Mehreinnahmen durch die „angedrehten", „aufgeschwätzten" oder „untergeschobenen" Leistungen zumindest *auch eine gewisse Minderung des eigenen Nutzens* erfahren, weil dieses Verhalten seinem Berufsethos entgegensteht. In die Sprache der Gesundheitsökonomie kann dieser Sachverhalt aber bisher *ausschließlich unter Reduktion auf den eigenen Nutzen* des Arztes übersetzt werden: Dieser wird bei seinem ärztlichen Handeln

23 Vgl. *G. S. Becker*, Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens, 1993, S. 1-15. Bereits der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens an sich wird kritisiert, insbesondere aber die zunehmende Anwendung des ökonomischen Verhaltensmodells auf beliebige Gegenstandsbereiche der Sozialwissenschaften. Diese Kritik wird meist mit dem Verweis auf einen „ökonomischen Imperialismus" zum Ausdruck gebracht. Vgl. zum Beispiel *H.-J. Aretz*, Ökonomischer Imperialismus?, Zeitschrift für Soziologie 1997, S. 79-95.

24 Vgl. zum Beispiel *Zweifel/ Breyer/ Kifmann*, Health Economics, s. oben Fn. 18, S. 298.

25 Vgl. *C. Haller,* Menschenbild und Wirtschaft. Eine philosophische Kritik und Erweiterung des Homo oeconomicus, 2012, S. 151.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nicht nur versuchen, sein eigenes Einkommen zu maximieren, sondern er wird dabei auch bemüht sein, die ihm selbst unangenehme Nachfrageinduzierung möglichst gering zu halten, was mathematisch einer Maximierung unter Nebenbedingungen entspricht. Nun ist es ja durchaus erstaunlich, dass in ökonomischen Modellen nicht nur finanzielle Aspekte Berücksichtigung finden können, sondern auch intangible, dennoch gibt es Grenzen des Modells: Der Arzt wird die Nachfrageinduzierung nämlich nicht primär um des Patientenwohls einschränken, sondern, so die Annahme, weil er *sich selbst* gegebenenfalls besser fühlt, wenn er im Einklang mit dem ärztlichen Berufsethos handelt. Zudem wird er langfristig wohl kaum seinen guten Ruf als Arzt aufs Spiel setzen wollen. Die mögliche Täuschung besteht insofern, als es sich bei der hier Berücksichtigung findenden „Ethik" bisher stets um reziproken Altruismus handelt. Extrem fraglich ist, ob diese vollständige Auflösung des Berufsethos in Eigennutz tatsächlich ethischen Ansprüchen genügen kann oder ob nicht vielmehr die eigentlichen ethischen Probleme, wenn nämlich die Interessen des einen unauflöslich mit den Ansprüchen anderer in Konflikt geraten, auf diese Weise einfach ausgeblendet werden.[26]

Gestützt wird die herkömmliche ökonomische Sichtweise durch Erkenntnisse der Soziobiologie. Demnach werden Hilfsbereitschaft oder gar Selbstaufopferung von Menschen im Allgemeinen zwar geschätzt oder bewundert. „Wie viele von uns sind aber in Wirklichkeit bereit, sich für einen anderen buchstäblich zu opfern? Und wenn das doch ab und an geschieht – warum sollten nicht versteckte egoistische Motive dafür verantwortlich sein? Auch der großzügigste Helfer mag unbewusst eine Belohnung für seine Taten erwarten."[27]Als Faustregel der Soziobiologie gilt: Kein Lebewesen investiert in andere ohne irgendeine materielle oder immaterielle Belohnung dafür zu erhalten.[28] Der ökonomische Ansatz unterscheidet sich jedoch auch von dem der Soziobiologie. Diese beruht auf der Annahme, dass wichtige Aspekte menschlichen Verhaltens auf genetische Ursachen zurückzuführen sind. Der von der ökonomischen Spieltheorie

---

26 Vgl. *Thielemann/ Weibler*, Betriebswirtschaftslehre ohne Unternehmensethik, s. oben Fn. 16, S. 179-194.

27 *F. M. Wuketits*, Was ist Soziobiologie?, 2002, S. 54.

28 *Wuketits*, ebd. Zu berücksichtigen ist, dass die Aussagen der Soziobiologie im Wesentlichen Wahrscheinlichkeitsaussagen sind, das heißt, dass sich ein Lebewesen unter gegebenen Umständen *wahrscheinlich* in einer bestimmten Form verhalten wird. Vgl. *Wuketits*, a.a.O., S. 102.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

vertretene Ansatz ist hingegen strategisch begründet, nicht genetisch. Als Ausgangspunkt dient die Beobachtung, dass Menschen sich häufig in Situationen befinden, in denen aus ihrer Sicht erfolgreiche Strategien beibehalten und erfolglose fallen gelassen werden.[29]

Da die Frage, ob sich Menschen tatsächlich gemäß der ökonomischen Modellannahme verhalten, von empirischer Natur ist, werden mittlerweile auch wirtschaftswissenschaftliche Experimental-Techniken eingesetzt: Labor-Experimente erlauben es, individuelles menschliches Verhalten in einer kontrollierten Umgebung zu untersuchen und mit den theoretischen Prognosen zu vergleichen.[30] Dabei fällt auf, dass Probanden ungleich der ökonomischen Vorhersagen unter gewissen Bedingungen auch dann Kooperationsbereitschaft zeigen, wenn diese *nicht* auf langfristig planendes Eigeninteresse zurückgeführt werden kann.[31] Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sprechen dafür, dass es sich „wirklich um eine Art Altruismus [handelt], allerdings um einen, der nicht bedingungslos ist."[32]

Doch selbst wenn sich zukünftig diese neuen Erkenntnisse in revidierten ökonomischen Modellannahmen niederschlagen sollten, könnte hier immer noch der Einwand lauten, dass sich ein Altruismus, der nicht bedingungslos ist, wohl kaum mit christlichen Idealvorstellungen von menschlichem Verhalten, das erfüllt ist von Nächstenliebe, zur Deckung bringen lässt;[33] denn Selbstlosigkeit bis zur Aufopferung gilt gemeinhin als die

29 Vgl. *R. Axelrod*, Die Evolution der Kooperation, 2009, S. IX.

30 Vgl. *A. Falk*, Homo Oeconomicus versus Homo Reciprocans: Ansätze für ein neues Wirtschaftspolitisches Leitbild?, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2003, S. 141-172.

31 Vgl. *E. Fehr/ U. Fischbacher*, Human Altruism – Proximate Patterns and Evolutionary Origins, Analyse & Kritik 2005, S. 6-47.

32 *E. Fehr*, zitiert nach *K. Sigmund/ E. Fehr/ M. A. Nowak*, Teilen und Helfen – Ursprünge sozialen Verhaltens, Spektrum der Wissenschaft 2002, S. 52 (56). Der Ausdruck „nicht bedingungsloser Altruismus" beschreibt ein Verhalten, bei dem freundliches oder kooperatives Verhalten belohnt und unkooperatives oder unfreundliches Verhalten bestraft wird und zwar auch dann, wenn es mit eigenen Kosten verbunden ist. Vgl. *Falk*, Homo Oeconomicus versus Homo Reciprocans, s. oben Fn. 30, S. 141-172.

33 Auch gemessen an den Idealvorstellungen ärztlichen Verhaltens dürften Reibungspunkte bestehen bleiben. Vgl. beispielsweise: „Das so genannte ärztliche Ethos bezieht sich auch heute noch gern auf seine hippokratische Tradition, die eine gewisse Rechtssicherheit im Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient vermittelte und den medizinischen Handlungsauftrag mit der Pflicht verband, primär um das Wohl des Kranken bemüht zu sein und in jedem Fall für das Leben einzustehen. Der Gedanke der Hinwendung zum leidenden Menschen jedoch, der den Kranken

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Tugend, die mit Nächstenliebe verknüpft wird. Kritiker bemängeln jedoch, dass aufgrund der extrem fürsorglichen Ausrichtung einer solchen Idealvorstellung die Artikulation eigener Bedürfnisse vollständig verhindert wird, so dass die Selbstsorge hinter der Fürsorge verkümmern muss.[34] Die Gefahren, die mit dieser Idealvorstellung im Gesundheitswesen verbunden sind, liegen auf der Hand: Ärztliche Hilfsbereitschaft und die Fürsorglichkeit der Pflegenden könnten mit dem Argument der christlichen Nächstenliebe aus Spargründen rücksichtslos ausgenutzt werden.[35]

Auch in theologischen Debatten wurden diese Fragen aufgegriffen, wobei bis ins 20. Jahrhundert die scharfe Kontrastierung von Nächstenliebe und Selbstliebe gängig war. Ob dies durch die biblische Botschaft in dieser polarisierenden Form tatsächlich gedeckt ist, wird in der Literatur aber kontrovers diskutiert.[36] So ist beispielsweise von einer „theologischen Ökonomie“[37] zu lesen, „in der es auch ein wohlverstandenes Eigeninteresse gibt“[38], das extremen Realismus bei der Beurteilung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen nahelegt und sich gegen ausbeuterisches Verhalten jeglicher Art zur Wehr setzt.[39]

Diese Aussage würde sogar eher für ein möglichst breites ökonomisches Bildungsangebot der Bevölkerung sprechen, als für eine pauschale Verurteilung des Studiums der Betriebs- und Volkwirtschaftslehre mit der Begründung, es forme selbstische und aggressive Charaktere, die „bei der

---

nicht als Vertragspartner, den es sachgemäß und höflich zu behandeln gilt, sondern als Mitmenschen begreift, geht auf die christliche Tradition zurück.“ *E. Nagel*, Arzt-Patient-Beziehung aus christlicher Sicht, Deutsches Ärzteblatt 2002, S. A1730-1732.

34 Vgl. *H.-U. Dallmann*, Fürsorge als Prinzip?, Zeitschrift für Evangelische Ethik 2003, S. 6-20.

35 Vgl. *A. Halfmann/ T. Beschorner* (Hrsg.), Ärzte an kirchlichen Krankenhäusern beklagen mangelnde christliche Fürsorge, 13.11.2007. URL: http://csr-news.net/main/2007/11/13/arzte-an-kirchlichen-krankenhausern-beklagen-mangelnde-christliche-fursorge/, Zugegriffen 21.6.2014.

36 Vgl. *Dallmann*, Fürsorge als Prinzip?, s. oben Fn. 34, S. 6-20.

37 *K. Berger*, Wer hat, dem wird gegeben. Lob und Kritik des ökonomischen Denkens in der Verkündigung Jesu, in: Pfeiffer (Hrsg.), Abgott Wirtschaftlichkeit, 2009, S. 110 (120).

38 *Berger*, ebd.

39 Vgl. *Berger*, a.a.O., S. 110-122.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Durchsetzung ihres eigenen Vorteils so gnadenlos wie ein Henkerstrick“[40] agieren. Es muss nicht zwingend so sein, dass Studenten, die sich bei Experimenten in spieltheoretischen Dilemmasituationen weniger kooperativ zeigen, durch eine zuvor erfolgte Konfrontation mit ökonomischen Konzepten egoistischer geworden sind als andere Studenten. Denkbar wäre auch, dass sie durch die Beschäftigung mit den Wirtschaftswissenschaften gelernt haben, ausbeuterische Situationen klarer zu erkennen und sich dagegen zu wappnen.[41]

IV Schlussbemerkung

Wenn Ökonomen in der öffentlichen Wahrnehmung, insbesondere unter dem Eindruck der Wirtschaftskrise, nichts Konstruktives zu Fragen bezüglich Verteilungsgerechtigkeit oder Altruismus beitragen können, so braucht es nicht zu verwundern, dass außerhalb der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultäten nicht bekannt ist oder sogar bestritten wird, dass die ökonomische Wissenschaft „eine durch und durch humanistische ist.“[42] Die scheinbare Wertfreiheit „rein ökonomisch“ betrachteter und formalisierter Entscheidungen kann wegen der dadurch entstehenden Missbrauchsmöglichkeiten zusätzliche Ressentiments wecken. Dabei wird die „Blindheit in Verteilungsfragen“[43] auch von Ökonomen selbst kritisch hinterfragt und seit ein paar Jahren widmen sich empirische Forschungszweige der Wirtschaftswissenschaften nun sogar dem Phänomen des „echten“ Altruismus.[44] Dass diese Entwicklung noch nicht die breite öffentliche Wahrnehmung erreicht hat, könnte auch an den Verlockungen liegen, die eine wertfreie Ökonomie dem Anschein nach zu bieten hat: Kurze Berechnung und eine über alle Diskussionen erhabene optimale Lösung. Wer wäre dem nicht zugetan?

---

40 Ohne Verfasser, Aktion Gemeinsinn. Sind Wirtschaftswissenschaftler, wie eine US-Studie behauptet, besonders raffgierig und ruchlos?, Der Spiegel 1993, S. 228-230.

41 Vgl. *U. Wagschal/ T. Metz*, Homo oeconomicus oder Homo politicus?, in: Pfeiffer (Hrsg.), Abgott Wirtschaftlichkeit, 2007, S. 25-64.

42 *Breyer*, Die Chancen der Sozialen Marktwirtschaft, s. oben Fn. 8, S. 125 (130).

43 *Breyer*, a.a.O., S. 125 (126).

44 Vgl. *E. Fehr/ U. Fischbacher*, Altruists with Green Beards, Analyse & Kritik 2005, S. 73-84.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Literatur

Aretz, Hans-Jürgen, Ökonomischer Imperialismus? Homo Oeconomicus und soziologische Theorie, Zeitschrift für Soziologie Nr. 26 (1997), S. 79-95.

Axelrod, Robert, Die Evolution der Kooperation, München 2009.

Becker, Gary S., Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens, Tübingen 1993.

Berger, Klaus, Wer hat, dem wird gegeben. Lob und Kritik des ökonomischen Denkens in der Verkündigung Jesu, in: T. Pfeiffer (Hrsg.), Abgott Wirtschaftlichkeit, Heidelberg 2009, S. 110-122.

Breyer, Friedrich, Die Chancen der Sozialen Marktwirtschaft und die Rolle der Ökonomen, Perspektiven der Wirtschaftspolitik Nr. 9 (2008), S. 125-138.

Dallmann, Hans-Ulrich, Fürsorge als Prinzip?, Zeitschrift für Evangelische Ethik Nr. 47 (2003), S. 6-20.

Damm, Kathrin/ Schulenburg, J.-Matthias Graf von der, Gesundheitsökonomische Evaluation und Verteilungsgerechtigkeit, in: O. Schöffski/ J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, Berlin/ Heidelberg 2012, S. 501-520.

Demirović, Alex et al., Kritik der Wirtschaftswissenschaften (Editorial), PROKLA Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft Nr. 41 (2011), S. 340-344.

Falk, Armin, Homo Oeconomicus versus Homo Reciprocans: Ansätze für ein neues Wirtschaftspolitisches Leitbild?, Perspektiven der Wirtschaftspolitik Nr. 4 (2003), S. 141-172.

Fehr, Ernst/ Fischbacher, Urs, Altruists with Green Beards, Analyse & Kritik Nr. 27 (2005), S. 73-84.

Fehr, Ernst/ Fischbacher, Urs, Human Altruism – Proximate Patterns and Evolutionary Origins, Analyse & Kritik Nr. 27 (2005), S. 6-47.

Halfmann, Achim/ Beschorner, Thomas (Hrsg.), Ärzte an kirchlichen Krankenhäusern beklagen mangelnde christliche Fürsorge, 13.11.2007. URL: http://csr-news.net/main/2007/11/13/arzte-an-kirchlichen-krankenhausern-beklagen-mangelnde-christliche-fursorge/, Zugegriffen 21.6.2014.

Haller, Christian, Menschenbild und Wirtschaft. Eine philosophische Kritik und Erweiterung des Homo oeconomicus, Marburg 2012.

Holler, Manfred J./ Illing, Gerhard, Einführung in die Spieltheorie, Berlin/ Heidelberg 2000.

Homann, Karl/ Blome-Drees, Franz, Wirtschafts- und Unternehmensethik, Göttingen 1992.

Kirchgässner, Gebhard, Die Krise der Wirtschaft: Auch eine Krise der Wirtschaftswissenschaften?, Perspektiven der Wirtschaftspolitik Nr. 10 (2009), S. 436-468.

Kubon-Gilke, Gisela, Außer Konkurrenz. Sozialpolitik im Spannungsfeld von Markt, Zentralsteuerung und Traditionssystemen, Marburg 2011.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Lübbe, Weyma, „Aus ökonomischer Sicht …“: Was ist der normative Anspruch gesundheitsökonomischer Evaluationen? Vortrag auf der Sitzung des Deutschen Ethikrats am 25. September 2008 in Berlin, 25.9.2008. URL: http://www.gerechte-gesundheit.de/uploads/tx_igknb/lecture/DER_Referat_Luebbe_Allokation_080925.pdf, Zugegriffen 21.6.2014.

Lübbe, Weyma, Sondervotum, in: Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme, Berlin 2011, S. 98-124.

Nagel, Eckhard, Arzt-Patient-Beziehung aus christlicher Sicht. Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit, Deutsches Ärzteblatt Nr. 99 (2002), S. A1730-1732.

Ohne Verfasser, Aktion Gemeinsinn. Sind Wirtschaftswissenschaftler, wie eine US-Studie behauptet, besonders raffgierig und ruchlos?, Der Spiegel Nr. 37 (1993), S. 228-230.

Pahl, Hanno, Textbook Economics: Zur Wissenschaftssoziologie eines wirtschaftswissenschaftlichen Genres, PROKLA Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft Nr. 41 (2011), S. 369-387.

Rothgang, Heinz/ Staber, Jeanine, Ethik versus Ökonomie in Public Health? Zur Integration ökonomischer Rationalität in einen Public-Health-Ethik-Diskurs, Bundesgesundheitsblatt Nr. 52 (2009), S. 494-501.

Sesselmeier, Werner, Widersprüche sozialer Integration in Zeiten der Ökonomisierung sozialer Sicherung, Sozialer Fortschritt Nr. 5 (2012), S. 104-110.

Sigmund, Karl/ Fehr, Ernst/ Nowak, Martin A., Teilen und Helfen – Ursprünge sozialen Verhaltens, Spektrum der Wissenschaft (März 2002), S. 52-59.

Söllner, Fritz, Die Geschichte des ökonomischen Denkens, Berlin/ Heidelberg 2001.

Thielemann, Ulrich/ Weibler, Jürgen, Betriebswirtschaftslehre ohne Unternehmensethik? Vom Scheitern einer Ethik ohne Moral, Zeitschrift für Betriebswirtschaft Nr. 77 (2007), S. 179-194.

Tretter, Felix, Krankes Gesundheitswesen und die Reformen. Kritik an der „politischen Gesundheitsökonomie“. Hoher Gestaltungsanspruch trotz großer Erkenntnisdefizite, Deutsches Ärzteblatt Nr. 102 (2005), S. A570-571.

Wagschal, Uwe/ Metz, Thomas, Homo oeconomicus oder Homo politicus? Erklärungskonzepte im Vergleich, in: T. Pfeiffer (Hrsg.), Abgott Wirtschaftlichkeit, Heidelberg 2007, S. 25-64.

Weltärztebund (Hrsg.), Handbuch der ärztlichen Ethik, Ferney-Voltaire Cedex 2005.

Wuketits, Franz M., Was ist Soziobiologie?, München 2002.

Zweifel, Peter/ Breyer, Friedrich/ Kifmann, Mathias, Health Economics, Berlin/ Heidelberg 2009.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Verteilungsgerechtigkeit zwischen Eigenverantwortung und Solidarität aus ethischer und seelsorglicher Sicht – Dargestellt am Beispiel der Lebertransplantation infolge alkoholbedingter Leberschädigung

Ulrich Eibach

I Fragestellung

Fallbeispiel: Herrn K., 59 Jahre, wurde eine Leber transplantiert. Nach der Operation sagt er dem Seelsorger, dass er dem Alkohol reichlich zugesprochen hat, aber seit mehreren Jahren „trocken" sei. „Ich stelle mir jetzt immerfort die Frage, ob ich, da ich mir die Leber selbst ruiniert habe, einen Anspruch auf eine so teure Behandlung habe, ob ein anderer Mensch sie nicht viel eher verdient hätte. Eigenartigerweise habe ich mich das vor der OP nicht gefragt, aber jetzt ist es mir ein ernstes Problem." Herr K. stellt also die Frage, ob seine Mitschuld an seiner Krankheit für seine medizinische Behandlung eine Rolle spielen darf. Dieser Frage soll in den folgenden Ausführungen nachgegangen werden.

Viele Menschen betrachten ihr Leben selbstverständlich als ihren Besitz, über den sie nach ihrem Ermessen wie über andere Besitzgüter verfügen dürfen. Wenn Gott nicht mehr als Schöpfer des Lebens geglaubt wird, der das Leben dem Menschen als „Leihgabe" zum verantwortlichen Umgang gemäß der göttlichen Bestimmung anvertraut hat, dann ist der Leib Besitz des Menschen und es kann keine Sünde gegen den eigenen Leib mehr geben. Der Umgang mit dem Leben wird zur „Privatsache", in der keinem Menschen von anderen Vorschriften gemacht werden dürfen. Jeder hat die Freiheit, sein Leben wissentlich zu schädigen. Auch wenn die Gesellschaft einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem Leben fordert, gibt es letztlich keine „Instanz" mehr, vor der der Mensch im Umgang mit seinem eigenen Leben schuldig wird. Deshalb wird der Zusammenhang

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

zwischen Lebensführung und Krankheit in der Medizin weitgehend ausgeklammert.[1] Er soll für die Behandlung ohne Bedeutung bleiben.

Das Universitätsklinikum Heidelberg schreibt im Internet zu Lebertransplantationen nach alkoholbedingter Leberschädigung, dass es *unverantwortlich* sei, nach einer Transplantation wieder Alkohol zu trinken. Der Hinweis ist sehr berechtigt, weil nicht wenige Menschen nach der Transplantation wieder trinken und die Erfolgsaussichten einer Transplantation sich dadurch verringern.[2] Man schweigt aber darüber, warum und wem gegenüber der erneute Alkoholgenuss unverantwortlich sei. Für eine Lebertransplantation zahlen die Krankenkassen den Kliniken zwischen 31.000 und 54.000 Euro, ohne die Kosten für die laufend nötigen Nachbehandlungen. Denkt man primär daran, dann wäre ein solches Verhalten unverantwortlich gegenüber der Solidargemeinschaft der Versicherten, die dafür aufkommen müssen, und gegenüber den Mitmenschen, die unverschuldet ein tödliches Leberleiden haben und auf ein Organ warten, aber während der Wartezeit sterben, und auch gegenüber denen, die die Organe gespendet, und denen, die sich für die Rettung des Lebens eingesetzt haben. Nicht zuletzt ist zu fragen, ob es nicht unverantwortlich ist gegenüber dem eigenen Leben, so mit dem „Geschenk" einer Verlängerung der Lebenszeit umzugehen. Könnte man daher nicht zu dem Schluss kommen, dass man Menschen mit alkoholbedingten Leberschäden von der Möglichkeit einer Transplantation ausschließen sollte, wenigstens wenn eine Alkoholabstinenz fraglich bleibt? Deshalb wird in Deutschland[3] und den meisten Ländern Europas und den USA die nachgewiesene Abstinenz von mindestens sechs Monaten für die Aufnahme auf die Warteliste für eine Transplantation vorausgesetzt. Insgeheim steht also immer die Frage im Raum, ob das „Verschuldensprinzip" nicht doch bei der Zuteilung von

1 *U. Eibach,* Lebensgeschichte, Sünde und Krankheit, Pastoraltheologie 2011, S. 503-518.

2 Zwischen 11 und 49 Prozent der Transplantierten werden rückfällig, abhängig von der Dauer und Höhe des Alkoholmissbrauchs, der Dauer der Abstinenz vor der Transplantation und von psychosozialen Lebensverhältnissen, psychischen Erkrankungen und anderem; Angaben nach *C. P. Strassburg/ B. Nashan*, Alkoholinduzierte Leberzirrhose – Aufnahme auf die Warteliste zur Lebertransplantation (unveröffentlicht) und persönliches Gespräch.

3 Bundesärztekammer (BÄK), Richtlinien für die Wartelistenführung. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RiliOrgaLeber20130308.pdf, Zugegriffen 7.11.2014.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Leistungen Berücksichtigung finden sollte, die nicht allen Menschen zugutekommen können, für die sie eine Rettung des Lebens bedeuten würde.

II Menschenwürde und das Recht auf medizinische Versorgung

In vielen Verfassungen von Staaten, insbesondere Deutschlands (GG Art. 1.1), ist der Begriff *Menschenwürde* grundlegend. Er besagt, dass allen Menschen unabhängig von ihren persönlichen Eigenschaften und ihrer Stellung in der Gesellschaft die gleiche Würde zukommt. Diese Vorstellung ist maßgeblich geprägt durch das jüdisch-christliche Verständnis von der *Gottebenbildlichkeit* des Menschen.[4] Nach dieser christlichen Sicht wird die *Würde* nicht durch den Menschen selbst konstituiert und ist sie auch keine empirische Qualität, sondern eine *transzendente Größe*, die von Gott dem ganzen *Lebensträger* (Organismus) unverlierbar *zugesprochen* und *zugeordnet* ist. Sie ist deshalb mit dem *biologischen Dasein* zugleich gegeben und von allen Menschen *anzuerkennen*. Sie kommt allen Gliedern der menschlichen Gemeinschaft unabhängig von ihren empirischen psychophysischen und geistigen Qualitäten vom Anfang bis zum Ende ihres Lebens unverlierbar zu. Dementsprechend ist alles Menschenleben zu achten und zu behandeln. Diese Achtung wird primär darin konkret, dass der Mensch ein Recht auf Leben (GG Art. 2.2) und damit zugleich das Leben erhaltende und ihm dienende medizinische Behandlungen hat.

Auch auf der Grundlage eines solchen „transzendenten" Verständnisses von Würde kann nicht bestritten werden, dass es trotz der allen Menschen gleichermaßen zukommenden Würde doch Abstufungen der Lebensqualitäten gibt. Das, was der Mensch aufgrund seiner ihm immanenten Fähigkeiten durch sich selbst, den Einfluss anderer Menschen und krankmachender Naturprozesse wird, kann man im Unterschied zur *Person* als *Persönlichkeit* bezeichnen.[5] Sie ist eine empirische Größe, die nicht oder unterschiedlich entwickelt sein und durch Krankheit und Abbau der Lebenskräfte in Verlust geraten kann. Vom Fehlen der Persönlichkeitsmerkmale darf aber nicht auf den Verlust der Personwürde rückgeschlossen

4 *W. Härle,* Ethik, 2011, S. 231 ff.; *M. Mühling,* Systematische Theologie: Ethik, 2012, S. 235 ff.

5 *U. Eibach,* Gentechnik und Embryonenforschung. Leben als Schöpfung aus Menschenhand? Eine ethische Orientierung aus christlicher Sicht, 2005, S. 30 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

werden. Nur wenn die Person mit der Persönlichkeit identifiziert wird, kann es durch Krankheit zu einem Verlust des Personseins kommen. Der Grad der Entfaltung der Persönlichkeit darf ethisch gesehen nur bedeutsam werden, wenn dadurch nicht die Menschenwürde in Frage gestellt wird. Keinesfalls darf dies dazu führen, dass ohne zwingende Gründe das Recht auf Gesundheitsfürsorge derjenigen in Frage gestellt wird, die in ihrer Persönlichkeit stark beeinträchtigt sind. Aber gilt das auch für Menschen, die ihre Gesundheit in ersichtlicher Weise durch ihre Lebensführung schwer geschädigt haben?

III Die Würde des Einzelnen und der Nutzen für die Gesellschaft

Der besondere Beitrag, den das christliche Verständnis von der Würde in die Sozialethik einbringt, kann in der Unterscheidung von *Wert* (im Sinne von *Würde*) einerseits und *Nutzen* (Gebrauchswert) bzw. *Verdienst* andererseits entfaltet werden. Die Würde stellt einen *Selbstwert* dar, der nicht nach Gesichtspunkten des Nutzens quantifiziert werden darf. Die Würde, *Person* zu sein, und das Recht, als solche geachtet und behandelt zu werden, kommt allem Menschenleben in gleicher Weise unverlierbar zu. Dem entspricht der ethische Grundsatz, alle Menschen *gleich* zu behandeln. Gerade das würden wir aber nicht als *gerecht* empfinden[6], weil die Menschen zwar in ihrer Würde gleich, in ihrem faktischen Befinden jedoch ungleich sind. Der Grundsatz der *Gleichheit* in der medizinischen Versorgung muss daher differenziert werden. Dafür kommen zwei Kriterien in Frage, einmal, jeden nach seiner (finanziellen) *Leistungsfähigkeit* (Tauschgerechtigkeit) oder den bisher für die Gesellschaft erbrachten Leistungen (Verdienst), und zum anderen, jeden nach seiner *Bedürftigkeit* zu behandeln.[7] Nach der dargelegten christlichen Sicht steht außer Frage, dass in Hinsicht auf die Zuteilung von lebenswichtigen Gütern nicht die Leistungsfähigkeit, sondern die *Hilfsbedürftigkeit* den eindeutigen Vorrang haben muss, wenn der Würde und Gleichwertigkeit aller Menschen Rechnung getragen werden soll. Im Gegensatz zum „Ethos der Stärke", der Fähigkeit, persönliche Interessen durchzusetzen, wie es von der antiken Klassik bis zu den sozialdarwinistischen und auch gegenwärtigen utilitaristischen Ethiken

6 *G. Maio,* Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, 2012, S. 130 ff.
7 *J. Rawls*, Eine Theorie der Gerechtigkeit, 1975, S. 336 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

entfaltet wird, vertritt der christliche Glaube in der Nachfolge Jesu eine ausgesprochen „antiselektionistische" Ethik der *Barmherzigkeit* und der *Solidarität* mit den schwächsten Gliedern der Gesellschaft.[8] Damit wird einem Verständnis von *Gerechtigkeit* Geltung verschafft, in dem davon auszugehen ist, dass wir benachteiligten Menschen besondere Hilfen zukommen lassen, da sie nur auf diese Weise eine Chance erhalten, ihr Leben gemäß ihren Möglichkeiten zu leben und ihre Lage zu verbessern. Sie sind umso mehr auf die *Solidarität* der Gesellschaft angewiesen, je schwerer ihre körperlichen und seelisch-geistigen Beeinträchtigungen sind und je niedriger ihr sozialer Status ist. Je mehr diese Hilfebedürftigkeit gegeben ist, umso mehr müssen ihnen Leistungen zur Erhaltung ihrer Gesundheit und ihres Lebens angeboten werden.

Die *Hilfsbedürftigkeit* muss also ausschlaggebendes Kriterium unseres Verständnisses von zuteilender Gerechtigkeit sein. Sie bekommt umso größeres Gewicht, je mehr es sich um die Befriedigung von *Grundbedürfnissen* handelt, die für das Leben unentbehrlich sind. Ihre Befriedigung gehört zu den unveräußerlichen, mit der Personwürde verbundenen Rechten. Daraus darf nicht geschlossen werden, dass die Gesellschaft nur zu einer medizinischen *Basisversorgung* für alle ihre Glieder verpflichtet ist. Sicher hat der Mensch kein Recht auf „Gesundheit", das durch keine Gesellschaft garantiert werden kann, wohl aber ein Recht auf Krankheiten heilende und lindernde Maßnahmen. Dadurch wird das Recht auf Leben garantiert, solange diese Maßnahmen wirklich dem Wohlergehen des Menschen dienen. Darüber, was moralisch und rechtlich verpflichtende Gesundheitsleistungen sind, muss jeder Staat nach seinen Möglichkeiten entscheiden. Dabei ist der Grundsatz der Chancengleichheit und Gerechtigkeit zu beachten. Die Gesundheitsleistungen dürfen nicht als *Ware* betrachtet werden, von der man sich – wie von nicht für das Leben wichtigen „Verbrauchsgütern" – umso mehr kaufen, je mehr man bezahlen kann. Eine derartige Ökonomisierung und Privatisierung widerspricht der zuteilenden, an berechtigten Bedürfnissen orientierten Gerechtigkeit.

Für Krankheiten, die die Gesundheit oder gar das Leben ernsthaft bedrohen und die mit medizinischen Mitteln zu behandeln sind, sind alle möglichen Behandlungen anzubieten, denn das *Leben* ist eine einmalige und unersetzliche „Gabe" Gottes, die zu bewahren der Träger des Lebens

---

8 *Härle,* Ethik, s. oben Fn. 4, S. 372 ff., S. 388 ff.; vgl. *W. Lienemann*, Grundlinien zu Ursprung, Begründung und Verwirklichung der christlichen Solidarität durch die Diakonie, in diesem Band.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

selbst und die Gesellschaft verpflichtet sind. Entschieden abzulehnen sind daher Vorstellungen, die die Zuteilung von Hilfen abhängig machen vom Grad der Entwicklung einer intakten Persönlichkeit, ihrem Alter und ihrem Nutzen für die Gesellschaft und die dann dahin tendieren, denjenigen, die für die Gesellschaft eine dauernde Belastung darstellen, die Mittel zur Erleichterung und Erhaltung ihres Lebens mit wachsender sozialökonomischer Belastung zunehmend vorzuenthalten und die so eingesparten Mittel auf diejenigen zu konzentrieren, die wenigstens im Sinne gesellschaftlich wünschenswerter Ziele zu rehabilitieren sind.

Es kann gute Gründe geben, bei Menschen nicht alle medizinischen Möglichkeiten der Lebenserhaltung anzuwenden, nämlich dann, wenn es zweifelhaft ist, ob sie wirklich dem Wohlergehen des Menschen dienen. Bei Beurteilung der Frage, bei welchen Maßnahmen das der Fall ist, darf allein das Wohlergehen des Einzelnen oberstes handlungsleitendes Ziel sein. Es stellt sich allerdings die Frage, ob das auch immer bei der Behandlung von Menschen leitend sein muss, die ihr Leben wissentlich leichtfertig gefährdet haben, und ganz unabhängig davon, wie sie mit dem so ermöglichten Gewinn an Lebenszeit umgehen.

IV Recht auf medizinische Behandlung bei eigenem Verschulden?

Dagegen, dass das „Schuldprinzip" überhaupt zum Maßstab für die Zuteilung medizinischer Leistungen gemacht wird, sprechen viele pragmatische, aber auch grundsätzliche ethische Gründe.[9] Zu den pragmatischen Bedenken gehört die Erkenntnis, dass es zwar oft eindeutige Zusammenhänge zwischen Lebensführung und Krankheit gibt, dass der Mensch jedoch häufig nur bedingt frei ist, seine Lebensweisen so zu ändern, dass ein gesundheitsschädigendes Verhalten vermieden wird. Auch wenn er es möchte, kann er nicht seinen genetischen Dispositionen, häufig auch nicht seinen lebensgeschichtlichen Prägungen und seinen Umwelt-, Sozial- und Arbeitsverhältnissen entrinnen. Krankheit ist oft *Schicksal* und nicht selten der einzige Ausweg aus unlösbaren Lebenskonflikten. Auch andauerndes gesundheitliches Fehlverhalten ist oft nicht primär Ausdruck individuellen Versagens in der Lebensgestaltung, sondern durch Verhältnisse bedingt,

9 Vgl. *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge, in diesem Band; *E. Feiring,* Lifestyle, responsibility and justice, Journal of Medical Ethics 2008, S. 33 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

die den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten mehr oder weniger entzogen sind. Sie haben zum großen Teil verhängnishaften Charakter oder beruhen auf einer verfehlten Lebensausrichtung, die nicht an einzelnen Taten festgemacht werden kann, die dem Leben vielmehr als das Verhalten bestimmende und oft schicksalhafte Prägung zugrunde liegt und der gegenüber der Mensch nur sehr bedingt frei ist, sich anders zu verhalten. Dabei kann es durchaus sein, dass das, was sich auf der Verhaltensebene als moralisch achtenswertes Handeln darstellt, doch einer problematischen Lebensausrichtung entspringt.[10] Dies wird insbesondere bei den nicht stoffgebundenen Süchten wie dem suchthaften Selbstbestätigungsdrang durch Arbeit bzw. Leistung deutlich. „Workoholic" und „Alkoholic" oder der Gebrauch von psychotropen Mitteln liegen oft nicht weit auseinander und können gleichermaßen die Gesundheit schädigen, auch wenn ersteres gesellschaftlich ganz anders bewertet wird und niemand auf den Gedanken käme, dass der Mensch, der durch seine Arbeits- und Karrieresucht krank wird, nicht in den Genuss von durch die Solidargemeinschaft finanzierten teuren Behandlungen kommen darf. Der individuell zurechenbare Schuldanteil an der Krankheit ist meist nicht aus dem Geflecht der die Krankheit bedingenden verhängnisvollen Faktoren genau auszusondern, so dass es von daher kaum möglich ist, den Anspruch auf medizinische Leistungen von den zurechenbaren schuldhaften Anteilen abhängig zu machen.

Gerade aus christlicher Sicht lassen sich Bedenken gegen die Zuteilung von Leistungen unter Berücksichtigung des Verschuldensprinzips geltend machen. Gott hat den Menschen mit einer *Würde* ausgezeichnet, die allein in Gottes Verheißung für ihn gründet und daher durch Krankheiten und moralisches Versagen nicht in Verlust geraten kann. Aus dieser Würde ergibt sich ein Recht auf Leben und menschenwürdige Behandlung unabhängig vom Verschuldensprinzip. Dies besagt, dass die *Hilfsbedürftigkeit* eines Menschen auch bei schuldhaftem Verhalten in dem Maße ausschlaggebend für die Hilfen zu sein hat, in dem wesentliche Bedürfnisse oder gar das Leben selbst durch Krankheit bedroht sind.[11] Insofern ist es ethisch gesehen nicht berechtigt, nach einer Leberschädigung durch Alkoholmissbrauch eine Transplantation grundsätzlich zu verweigern.

---

10 *U. Eibach,* Autonomie, Menschenwürde und Lebensschutz in der Geriatrie und Psychiatrie, 2005, S. 85 ff.

11 Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Mündigkeit und Solidarität, Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Eine Studie, 1994, S. 57 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob eine Thematisierung der Schuldfrage um des Patienten selbst willen nicht unverzichtbar ist.[12] Der Patient im eingangs berichteten Beispiel wird sich nach der Operation bewusst, dass er mit der Transplantation ein Organ in Anspruch genommen hat, das eher einem Menschen zugestanden hätte, der ohne schuldhaftes Verhalten todkrank wurde. Er setzt voraus, dass er kein Recht auf ein Organ hat, wenn er weiterhin alkoholabhängig bleibt. Er hätte auch zahlreiche Gründe zu seiner Entschuldigung geltend machen können, die ihn verhängnishaft zum Alkoholmissbrauch führten. Er nahm die Verantwortung für dieses Verhalten aber auf sich, gestand im Gespräch, dass *er* und nicht verhängnisvolle Faktoren den Alkohol gebrauchten, um über schwierige Situationen besser hinweg zu kommen. Er wies damit seine Verantwortung für seine Krankheit nicht von sich weg, sondern er legte ein Geständnis ab, dass er selbst die Verantwortung dafür trägt.

Greift man die Schuldthematik auf, so stellt sich die Frage, wo sie im Umgang mit Patienten ihren Platz hat. Es ist in erster Linie die Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit und ihren lebensgeschichtlichen Hintergründen, aus der heraus eine veränderte Einstellung zum Leben und im Verhalten resultieren kann[13], so dass die medizinische Behandlung nicht als eine Reparatur verstanden wird, nach der das Leben einfach in seinen alten Bahnen weiter laufen kann. Es geht dabei nicht darum, dem Menschen zu seiner schweren Krankheit auch noch die ganze Last der Verantwortung für sie aufzuerlegen und ihm Schuldgefühle zu „machen". Es kann aber auch nicht angehen, ihn von seiner Verantwortung so zu entlasten, dass es ihm erspart wird, sich mit dem Zusammenhang zwischen Lebensführung und Krankheit zu befassen und sich auch seiner Mitschuld so zu stellen, dass er zu einer Besinnung über sein Leben kommt, aus der heraus er seine Lebensgewohnheiten im Rahmen des Möglichen verändern kann. Mit dem Aufgreifen der Schuldthematik ist keine moralische Disqualifikation oder gar eine Infragestellung der Würde des Menschen und des Rechts auf teure medizinische Behandlungen verbunden. Vielmehr wird der Mensch damit in seiner Würde, zu der auch die Fähigkeit zur Verantwortung für die Lebensführung gehört, ernst genommen. Es geht um die Verantwortung für sein zukünftiges Leben mit einem neuen

12 *U. Eibach,* Lebensgeschichte, s. oben Fn. 1, S. 506 ff.

13 *V. v. Weizsäcker,* Der kranke Mensch. Einführung in die medizinische Anthropologie, 1951.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Organ, die nur auf der Basis des Eingeständnisses seiner Mitschuld an seiner Krankheit wahrnehmbar ist.[14]

Der Mensch muss sich vor der Operation darüber klar werden, dass er die Voraussetzungen dafür schaffen sollte, dass ihm ein Leben ohne Alkohol gelingen kann. Dies wird in der Regel nicht ohne tiefergehende seelische Veränderungen möglich sein, die meist nicht ohne eine gute Suchtberatung und psychotherapeutische Hilfen zu erreichen sind. Eine Garantie, dass ihm das gelingt, kann er natürlich nicht vorweg geben. Dies beinhaltet aber, dass vor der Aufnahme auf die Warteliste eine angemessene Zeit liegen muss, in der dieser Prozess der Veränderung des Lebens greifen kann, und nicht nur eine Zeit der „Trockenheit", die sich auch nur aufgrund der krankheitsbedingten Unverträglichkeit für Alkohol einstellen kann. Wenn diese Auseinandersetzung nicht stattfindet, so bestehen erhebliche Zweifel, ob man einen Menschen auf die Warteliste aufnehmen soll, denn dann ist es wahrscheinlich, dass sich diese Veränderungen auch nach der Transplantation nicht einstellen und dass der Mensch mit der dadurch geschenkten Lebenszeit nicht verantwortlich umgehen und wieder Alkohol trinken wird.[15]

Sicher kann man bei den vielen Risiken, die transplantierte Menschen haben, im Einzelfall nicht voraussagen, ob durch weiteren Genuss von Alkohol die längerfristigen *Erfolgsaussichten* einer Lebertransplantation geringer werden.[16] Man muss anerkennen, dass es nicht nur und primär rein medizinische Kriterien sind, die eine solche Wartezeit begründen, sondern

---

14 Zur Thematik vgl. Beiträge in diesem Band von *J. Neumann*, Eigenverantwortung des Kranken in der medizinischen Handlungssituation – Zum Verhältnis von Technik und verantworteter zwischenmenschlicher Praxis in der modernen Medizin; *M. Rothhaar*, Philosophische Grundlagen der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen; *B. Schmidt*, Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge.

15 Vgl. zu den Rückfallquoten Fn. 2.

16 Eine französische Studie (*P. Mathurin et al.*, Early liver transplantation for severe alcoholic hepatitis, New England Journal of Medicine 2011, S. 1790 ff.) an einer ausgewählten Gruppe von Patienten, die bei noch bestehendem Alkoholgebrauch und drohendem Tod transplantiert wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass die kurzfristigen Erfolge sich nicht von denen bei Patienten unterscheiden, die schon längere Zeit „trocken" waren. Wie *C. Strassburg/ B. Nashan,* Alkoholinduzierte Leberzirrhose, s. oben Fn. 2 zeigen, spricht das nicht gegen die Erkenntnis, dass die längerfristigen Erfolgsaussichten bei weiterem Alkoholgebrauch erheblich gemindert werden und dass der Gebrauch von Alkohol nach der Transplantation sehr häufig ist.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

dass auch psychosoziale und moralische Kriterien eine entscheidende Rolle spielen. Man kann daher zu Recht fragen, ob das bei drohendem Tod nicht einem Unterlassen gebotener Hilfeleistungen mit tödlichen Folgen gleichkommt, es also eine Verweigerung des Lebensrechts und gar eine willentliche Tötung durch Unterlassen ist. Verlangt man eine zu überprüfende Zeit der Abstinenz, so nimmt man das Risiko in Kauf, dass der Patient innerhalb dieser Zeit stirbt. Um das möglichst zu vermeiden, müssten aufgrund von Alkoholgenuss vom Tode bedrohte Menschen, gleich ob sie „trocken" sind oder nicht, wie Menschen mit anderen Krankheitsursachen ohne eine solche Wartezeit auf die Liste gesetzt werden.[17] Nur so könnte eine abstrakte Gleichbehandlung aller Patienten annähernd gewährleistet werden. Die Warteliste dürfte also nur nach rein somatischen Kriterien gestaltet werden, primär nach der *Dringlichkeit*, die wiederum in erster Linie an der medizinisch abschätzbaren Nähe des Todes zu bemessen ist.[18] Das Risiko eines Todes nach Aufnahme auf die Warteliste trägt der alkoholkranke Patient dann mit allen Patienten auf der Liste. Die dabei oft unterlassene, grundsätzlich aber mögliche Lebensrettung müssen wir in Kauf nehmen, auch wenn sie uns durch faktische Gegebenheiten, vor allem die begrenzte Anzahl transplantierbarer Organe, aufgenötigt wird. Man müsste jedoch alles Erdenkliche tun, um diesen Notstand zu beseitigen und um allen Menschen, deren Lebenszeit durch eine Transplantation verlängert werden kann, eine solche zuteilwerden zu lassen.[19] Diese Lösung ist aber unrealistisch, weil selbst dann, wenn alle medizinisch möglichen Organspenden realisiert würden, nur die Hälfte der Menschen, die auf eine neue Leber angewiesen sind, ein Organ erhalten würde. Das ethische Dilemma einer Auswahl der Organempfänger und eines Todes auf der Warteliste kann also auch dann nicht grundsätzlich vermieden werden. Wir müssen weiterhin Patienten auswählen und legen gerade im Bereich singulärer Or-

17 *S. Augsberg*, HU-Allokation – vom Ausnahme- zum Regelfall?, in: Middel et al. (Hrsg.), Transplantationsmedizin im Fokus, 2010, S. 163 ff.

18 Zur Diskussion über die Problematik der Kriterien „Dringlichkeit" und „Erfolgsaussicht" vgl. *A. Rahmel*, Ist die Organallokation nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht noch zeitgemäß?, in: Middel et al. (Hrsg.), Transplantationsmedizin im Fokus, 2011, S. 127 ff.; kritische juristische Sicht *T. Gutmann*, Allokationsfragen: Aporien und Zweifelsfragen des geltenden Rechts, in: Höfling (Hrsg.), Die Regulierung der Transplantationsmedizin in Deutschland, 2008, S. 113 ff.

19 Vgl. *U. Eibach,* Organspende: Moralische Pflicht und Akt der Nächstenliebe? Eine theologisch-ethische und seelsorgliche Sicht, Wege zum Menschen 2013, S. 515 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gane, vor allem der Leber, das Kriterium der Todesnähe, also der *Dringlichkeit* zugrunde, das zwar am ehesten eine objektivierbare Gleichbehandlung garantiert, aber in sich wiederum neue medizinische und ethische Probleme aufwirft, weil die Patienten, die mit höchster Dringlichkeit eine neue Leber bedürfen (mehr als 37 Prozent davon sind Menschen mit alkoholbedingten Schädigungen), medizinisch gesehen oft in einem so kritischen Zustand sind, dass das zweite für eine Transplantation zugrunde gelegte wesentliche Kriterium, die *Erfolgsaussicht*, dadurch keine angemessene Berücksichtigung mehr findet, denn man kann statistisch gesehen sagen: Je höher die Dringlichkeit, umso geringer die Erfolgsaussicht, die sich nicht nur an der gewonnenen *Lebenszeit*, sondern auch an der *Lebensqualität* bemisst. Da diese sicher für den Einzelfall viel weniger objektiv messbar ist als die Dringlichkeit, eröffnet sie auch mehr das Tor zur Ungleichbehandlung. Soll man also die Erfolgsaussicht aus diesem Grund als nachrangiges Kriterium betrachten oder ganz vernachlässigen?

V Auswahlkriterien und Unvermeidbarkeit des schicksalhaften Todes

Wenn die Aufnahme auf die Warteliste davon abhängig gemacht wird, dass Patienten sechs Monate abstinent sind, und wenn sie in dieser Zeit sterben, dann wird ihr Tod dadurch nicht von anderen Menschen *verursacht*. Der Mensch stirbt aufgrund seiner Krankheit. Sein Tod wird allenfalls von anderen Menschen *zugelassen.* Und wenn er ein Organ bekommt, so wird dadurch der Tod eines anderen Menschen zugelassen, der das Organ nicht bekommt. Eine solche Wartezeit wäre aus ethischer Sicht nur dann grundsätzlich abzulehnen, wenn wir verpflichtet wären, die Lebenszeit immer mit allen Mitteln und ganz unabhängig von den Erfolgsaussichten zu verlängern. Wenn man eine Transplantation aus *Verantwortung für alle betroffenen Patienten* an die Erfolgsaussichten knüpft, auch solche nicht rein medizinischer Art, so wird damit nicht die Menschenwürde des Menschen und sein sich aus ihr ergebendes Recht auf Behandlung oder gar auf Leben in Frage gestellt. Es wird nur gefragt, ob der Mensch einen *Anspruch* auf ein neues Organ hat, auch ohne den ersichtlich ernsthaften Willen, auf Alkohol zu verzichten. Das beinhaltet, dass das Menschensein nicht abstrakt individualistisch betrachtet wird, sondern in seinen Beziehungen zu anderen Menschen, auch zu denen, die in ähnlich lebensbedrohlichen Situationen auch auf ein Organ warten und deren Krankheit kaum oder nicht auf einen unverantwortlichen Umgang mit

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ihrem Leben zurückzuführen ist. Die Frage, ob es ethisch gerechtfertigt ist, eine Zeit der Abstinenz schon vor der Aufnahme auf die Warteliste zu fordern, ist also auf der Basis eines Menschenbilds zu bedenken, das vom Menschsein in Beziehungen zu anderen Menschen und der gegenseitigen Verantwortung füreinander ausgeht.

Wir sind vor allem aufgrund der begrenzten Zahl der Organe notwendig herausgefordert, Auswahlkriterien für die Zuteilung von Organen zu erstellen, und zwar nach Kriterien, die der Menschenwürde *aller* Menschen entsprechen und die wir auf dieser Basis auch als weitgehend *gerecht* empfinden. Wenn wir dabei neben rein medizinischen Kriterien auch psychosoziale und moralische Gesichtspunkte anführen, so verstoßen wir nicht gegen das ethische Prinzip der *Chancengleichheit* und *Gerechtigkeit*, weil wir Gerechtigkeit nicht als Gleichheit im Sinne von Unterschiedslosigkeit verstehen, sondern als eine Gerechtigkeit, die dem Menschen als Wesen gerecht wird, das notwendig sterblich ist und in Beziehungen zu anderen Menschen lebt, den Umgang mit seinem Leben in diesen Beziehungen zu verantworten hat und daher nur Ansprüche stellen darf, die aus einem auch gegenüber anderen Menschen verantworteten Leben resultieren. Unter dieser Voraussetzung ist es nicht von vornherein gerecht und ethisch vertretbar, einen Anspruch auf Transplantation allein aufgrund der tödlichen Erkrankung geltend zu machen, ganz unabhängig davon, wie der Mensch mit seinem Leben umgegangen ist und mit dem neuen Organ leben wird und welche Folgen das für andere, ebenso vom Tod bedrohte Menschen hat.

Freilich ist es im Einzelfall schwer, vorweg zu entscheiden, ob Menschen, die vor der Aufnahme auf die Warteliste eine Zeit der Abstinenz eingehalten haben, nach der Transplantation weiterhin abstinent leben, und auch, ob die Erfolgsaussichten dadurch wirklich immer besser werden. Man muss einräumen, dass die Erfolgsaussichten nur teils mit der Abstinenz korrelieren, ja dass auch sie nicht nach rein medizinischen Kriterien abschätzbar sind. Das könnte dafür sprechen, dass man auf die Abstinenz vor der Aufnahme auf die Warteliste und auf der Warteliste verzichtet. Man könnte behaupten, dass es bei dieser Forderung überhaupt nicht um das abschätzbare Wohlergehen gehe, sondern vielmehr um eine *Bestrafung* für den Alkoholmissbrauch. Man muss auch zugestehen, dass unter den Patienten mit alkoholbedingten Leberschädigungen sehr viele – aber nicht nur – Menschen sind, die ein schicksalhaft schweres Leben haben, die immer benachteiligt waren und dass sie nun, wenn es um Leben oder Tod geht, sich durch Kriterien wie die Abstinenz wiederum benach-

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

teiligt sehen. Dies könnte in der Tat dem dargelegten christlichen Verständnis von Würde und Gerechtigkeit und der Verpflichtung widersprechen, insbesondere für die zu sorgen, die benachteiligt und an den Rand der Gesellschaft gedrängt sind. Es könnte als Urteil über den Wert oder Unwert von Menschenleben gedeutet werden. Diese Argumente sind ernst zu nehmen, aber sie lösen die vor allem durch die Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Organe aufgeworfenen pragmatischen und ethischen Probleme nicht. Wir müssen Auswahlkriterien für Organempfänger aufstellen, die ethisch zu rechtfertigen sind, und können damit doch den schicksalhaften Tod nicht in menschliches Planen überführen.

Bei alldem sollte uns bewusst sein, dass der Gewinn an Lebenszeit durch eine Organtransplantation meist mit vielen Problemen verbunden ist, an deren Ende immer der Tod steht, und dass alle Menschen, die auf Wartelisten für neue Organe stehen, mit dem Wissen leben müssen, dass die Medizin letztlich nie den Sieg über den Tod davonträgt. Trotz aller Fortschritte der Medizin in der Verlängerung der Lebenszeit bleibt der Mensch immer dem „schicksalhaften" Tod ausgeliefert und herausfordert, mit der Drohung des Todes auch anders zu leben als den Tod mit allen medizinischen Mitteln so lange zu bekämpfen, bis die Macht des Todes die Macht des Menschen und seiner Medizin besiegt.[20] Der Mensch kann diese Unverfügbarkeit des Todes nicht wirklich aufheben, aber der Tod kann seinen Schrecken doch ein Stück weit verlieren, wenn der Mensch von dem Glauben getragen ist, dass nicht der Tod, sondern Gott das letzte Wort hat. In einem solchen Glauben kann das Sterben vielleicht auch als durch eine verfehlte Lebensführung mitbedingtes Schicksal angenommen werden, weil der Mensch von Gott auch mit diesem schuldhaften Leben angenommen ist und von ihm durch den Tod hindurch zum Ebenbild Gottes vollendet wird.

Literatur

Augsberg, Steffen, HU-Allokation – vom Ausnahme- zum Regelfall?, in: C. Middel et al. (Hrsg.), Transplantationsmedizin im Fokus, Bd. I, Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts, Köln 2010, S. 163-178.

20 Vgl. *U. Eibach,* Menschenwürdig sterben! Ist nur selbstbestimmtes Leben und Sterben menschenwürdig?, Deutsches Pfarrerblatt 2013, S. 152 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Bundesärztekammer (BAK), Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RiliOrgaLeber20130308.pdf, Zugegriffen 29.5.2014.

Eibach, Ulrich, Gentechnik und Embryonenforschung. Leben als Schöpfung aus Menschenhand? Eine ethische Orientierung aus christlicher Sicht, 2. Aufl., Wuppertal 2005.

Eibach, Ulrich, Autonomie, Menschenwürde und Lebensschutz in der Geriatrie und Psychiatrie, Münster 2005.

Eibach, *Ulrich*, Lebensgeschichte, Sünde und Krankheit, Pastoraltheologie Nr. 100 (2011), S. 503-518.

Eibach, Ulrich, Menschenwürdig sterben! Ist nur selbstbestimmtes Leben und Sterben menschenwürdig?, Deutsches Pfarrerblatt Nr. 113 (2013), S. 152-161.

Eibach, Ulrich, Organspende: Moralische Pflicht und Akt der Nächstenliebe? Eine theologisch-ethische und seelsorgliche Sicht, Wege zum Menschen Nr. 65 (2013), S. 515-534.

Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Eine Studie, Gütersloh 1994.

Feiring, Eli, Lifestyle, responsibility and justice, Journal of Medical Ethics Nr. 34 (2008), S. 33-36.

Gutmann, *Thomas*, Allokationsfragen: Aporien und Zweifelsfragen des geltenden Rechts, in: W. Höfling (Hrsg.), Die Regulierung der Transplantationsmedizin in Deutschland, Tübingen 2008, S. 113-135.

Härle, Wilfried, Ethik, Berlin/ New York 2011.

Maio, Giovanni, Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, Stuttgart 2012.

Mathurin, Philippe et al., Early liver transplantation for severe alcoholic hepatitis, New England Journal of Medicine Nr. 365 (2011), S. 1790-1800.

Mühling, Markus, Systematische Theologie: Ethik: Eine christliche Theorie vorzuziehenden Handelns, Göttingen 2012.

Rahmel, *Axel,* Ist die Organallokation nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht noch zeitgemäß?, in: C. Middel et al. (Hrsg.), Transplantationsmedizin im Fokus, Bd. II, Organspende und Organtransplantation in Deutschland, Köln 2011, S. 127-147.

Rawls, John, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt am Main 1975.

Strassburg, Christian P./ Nashan, Björn, Alkoholinduzierte Leberzirrhose – Aufnahme auf die Warteliste zur Lebertransplantation (noch unveröffentlichtes Manuskript, bei C. Strassburg, Uni-Klinikum Bonn, erhältlich) und persönliches Gespräch.

Weizsäcker, Victor von, Der kranke Mensch. Einführung in die medizinische Anthropologie, Stuttgart 1951.2

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Autorenverzeichnis

Steffen Augsberg ist Professor für Öffentliches Recht an der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Sabine Bohnet-Joschko ist Professorin für Management und Innovation im Gesundheitswesen in der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Witten/Herdecke.

Andrea Dörries, Dr. med., ist Direktorin des Zentrums für Gesundheitsethik (ZfG) an der Ev. Akademie Loccum (Sitz in Hannover) und Lehrbeauftragte der Georg-August-Universität Göttingen.

Ulrich Eibach ist apl. Professor für Systematische Theologie und Ethik an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und war von 1981–2007 Klinikpfarrer am Uni-Klinikum Bonn und Beauftragter der Evangelischen Kirche im Rheinland für Fragen der Ethik in Biologie und Medizin, seit 2008 Klinikpfarrer im Ehrenamt.

Johannes Eurich ist Professor für Praktische Theologie/Diakoniewissenschaft und Direktor des diakoniewissenschaftlichen Instituts an der Universität Heidelberg.

Karl Gabriel ist Senior Professor am Exzellenzcluster "Religion und Politik in den Kulturen der Vormoderne und Moderne" an der Universität Münster.

Andreas Kruse ist Professor für Psychologie und Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg.

Wolfgang Lienemann ist emeritierter Professor für Ethik an der Theologischen Fakultät der Universität Bern.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Claus-Dieter Middel, promovierter Mediziner und Medizinrechtler, ist Leiter der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin bei der Bundesärztekammer.

Josef N. Neumann ist Professor für Geschichte und Ethik der Medizin und leitete an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg von 1992 bis 2011 das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin.

Stephan Rixen ist Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht an der Universität Bayreuth.

Markus Rothhaar, Studium der Philosophie, Geschichte und Biologie, ist Inhaber der Stiftungsprofessur für Bioethik an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt.

Bettina Schmidt ist Gesundheitswissenschaftlerin und Professorin für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland – Westfalen – Lippe (Standort Bochum).

Johannes Siegrist ist Seniorprofessor für Psychosoziale Arbeitsbelastungsforschung an der Medizinischen Fakultät der Heinrich Heine Universität Düsseldorf, vormals Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie und des Weiterbildungsstudiengangs Public Health an dieser Universität.

Mirjam Thanner, Dr. rer. pol., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät an der Universität Bayreuth.

A. Katarina Weilert, Studienabschlüsse in Berlin und London, ist promovierte Juristin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. (FEST) in Heidelberg im Arbeitsbereich Religion, Recht und Kultur.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Fritz von Weizsäcker ist Professor für Innere Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und Chefarzt der Abteilung Innere Medizin I, Schlosspark-Klinik, akademisches Lehrkrankenhaus der Charité, Universitätsmedizin Berlin.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

https://doi.org/10.5771/9783845253916 - Generiert durch IP 216.73.216.36, am 22.01.2026, 02:49:02. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte
Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.