

die Forschungsfreiheit ethische Probleme generiert.“ – *Andreas Kösters*, Moralische Probleme der Organtransplantation, beginnt mit der bekannten Wartezahl von 12.000, der im Jahre 2011 4.932 Organe gegenüberstanden, und informiert über die diversen Vorschläge zur Erhöhung des Spendenaufkommens. (Die Verteilungsskandale wurden erst später bekannt.) Dass „ordnungsgemäß durchgeführte Hirntoddiagnostik sicher einen irreversiblen Zustand feststellt“ (109), ist eines, ob der schon der Tod sei, ein anderes. Abschließend wird das Für und Wider der Lebendspende sowie die Frage möglicher Kommerzialisierung erörtert. – Ethik und Neurowissenschaften. Auch bei *Bettina Schöne-Seifert* prallen die Sichten aufeinander: Naturalismus und Freiheitsdenken. Nach erneut dem Hirntod werden Folgeprobleme von Hirnbildern und die Kontroversen um Neuro-Enhancement zum Thema. – Den Schlusstext (es folgt noch die Kurzvorstellung der Beitragenden) liefert zu Sterben und *Tod Edgar Dahl*: als ein Plädoyer für („aktive“) „Sterbehilfe“ (früher ein Wort für selbstlose [weil unerwiderbare] Lebenshilfe, ehe die Hospize auf „Sterbebegleitung“ ausweichen mussten). Um seine Logik zu dokumentieren (134): „Weshalb sollte menschliches Leben, wenn es um die Sterbehilfe geht, plötzlich ‚unantastbar‘ sein, wenn es im Falle der Notwehr oder des Krieges doch durchaus ‚antastbar‘ ist?“

Zu Maß und Richtung der Geeignetheit des Bd.s selber werden die Meinungen wohl ähnlich kontrovers ausfallen wie hier zu den Einzelthemen gezeigt. Unstrittig dürfte sein, dass er den Mainstream repräsentiert. Wer anders denkt und schreibt, gar handelt, sollte wissen, worauf er sich einlässt. J. SPLETT

DABROWSKI, MARTIN / WOLF, JUDITH / ABMEIER, KARLIES (HGG.), *Gesundheitssystem und Gerechtigkeit*. Paderborn [u. a.]: Schöningh 2012. 193 S., ISBN 978-3-506-77534-4.

Sozialethik hat die Aufgabe, gesellschaftliche Entwicklungsprozesse und politische Entscheidungen in Rückblick wie Ausblick kritisch zu begleiten. Der dringenden Notwendigkeit einer „öffentliche[n] Debatte“ über die bereits sich im Gang befindende Rationierung der medizinischen Versorgung (7) wie auch der Vorbereitung von zukünftig notwendigen politischen Entscheidungen war eine Fachtagung in der Reihe „Sozialethik konkret“ gewidmet, deren Band nun vorliegt. Im Zentrum steht ohne Zweifel das Schlagwort der „Umorganisation des Gesundheitssystems“ (8), über die in vierfacher Weise reflektiert wird: Zunächst werden technische und ethische Perspektiven aus der aktuellen Lage in Deutschland gezogen (11–67), wonach philosophisch-theologisch über das Problem der Ressourcenallokation reflektiert wird (69–109). Sodann wird das deutsche System in einen internationalen Vergleich eingeordnet (111–156), bevor schließlich über konkrete Reformvorschläge nachgedacht wird (157–191). Von besonderem Interesse sind dabei freilich die Teile 2 und 4.

Im zweiten Teil wird die Allokationsproblematik profund von *Gerhard Kruij* dargestellt (69–92), der angesichts hoher Gesundheitskosten, der Unabhängigkeit der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems von seinen Kosten und der politisch verursachten Verhinderung wirklicher Einsparungen die Gerechtigkeitsfrage stellt (69 f.). Neben den schwierigen und letztlich nicht auflösbaren Fragen um die „Bedarfsgerechtigkeit“ unterstreicht Kruij, dass gerade in Fragen des Gesundheitswesens mit Kosten für ein geretetes Menschenleben gearbeitet werden muss, trotz des ethischen Grundsatzes von der Würde des Menschen, die jede Festlegung eines Preises ausschließt (74 f.). Während das aktuelle System ohne ethische Reflexion und durch Entlastung der Politik von ethischen Fragen funktioniert, wird für eine größere normative Verantwortung der Demokratie im Gesundheitswesen eingetreten (76). Trotz des Gegeninwands nicht zureichender Kompetenz der öffentlichen Meinung in diesen Fragen tritt Kruij für eine breitere öffentliche Thematisierung von Fragen der Rationierung im Gesundheitswesen ein (78). Generell sei das „Kosten-Nutzen-Verhältnis unmittelbar kein personales, sondern letztlich immer ein interpersonelles“ (80). Wo liegt aber die Grenze in diesem Kalkül, damit es nicht utilitaristisch wird? Solange man sich auf der Makro- und Mesoebene befindet und es also um Entscheidung hinsichtlich infrastruktureller Ausstattung geht, lässt Kruij das utilitaristische Argument grundsätzlich zu, solange die Grundversorgung nichtutilitaristisch sichergestellt ist (81). Zudem müsse in der Quantifizierungsfrage für Einzelfälle auf den Abschluss „besonders ungünstig[er]“ Lösungen insistiert werden. Außerdem könne die

eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge prämiert oder für gewisse Risikotätigkeiten eine Zusatzversicherung gefordert werden (82 f.). Altersdiskriminierung müsse schließlich moralisch ausgeschlossen werden (84 f.). Insgesamt seien unnötige und teure Maßnahmen, die nicht helfen (sogenannte „futilities“) zu unterlassen, was ein besserer Vorschlag sei, als im Rahmen der Ressourceneinsparungen auf Alterskriterien, Losverfahren oder gar einen interpersonellen Kosten-Nutzen-Vergleich zu rekurrieren. Dies gilt gerade auch am Lebensende (86–88). *Andrea Klonschinski* kritisiert in ihrem Korreferat die Kruij'sche Bestimmung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses (93–101) dahingehend, dass hier kein theoretisches Kriterium ausgearbeitet sei, bis zu welchem Punkt dieses als legitim gelten könne, und fragt, wo die „besonders ungünstig[en]“ Fälle begännen. Werde dieser Punkt nur intuitiv gefunden, so stelle man dem utilitaristischen Moralprinzip kein eigenständiges Prinzip entgegen, weswegen man auch nicht vor weiteren, möglicherweise unerwünschten Konsequenzen des Utilitarismus gefeit sei (99 f.). Nicht geklärte systematische Zusammenhänge bei der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen greift im zweiten Korreferat *Eric C. Meyer* auf (103–109). Er schlägt eine marktnahe Genossenschaftslösung vor, in welcher die Ärzte von einer genossenschaftlichen Vereinigung von Mitgliedern angestellt und kontrolliert würden, die wiederum über die Krankenkasse finanziert würde (108 f.).

Der abschließende Themenkomplex beschäftigt sich mit Kriterien und Reformvorschlägen für eine „gerechte Umorganisation des Gesundheitssystems“: In ihrem Hauptreferat (157–175) geht *Ulrike Kostka* dabei von dem Zueinander von Bedarfsgerechtigkeit und Befähigungsgerechtigkeit aus: Besteht auch ein Anspruch auf Leistungen „zur Verwirklichung der Fähigkeit eines Lebens in Gesundheit“, so bedeutet dies noch nicht, dass die Gesellschaft „die vollständige Verantwortung für die Gesundheit seiner Mitglieder übernehmen muss“ (160). Sie denkt das Gesundheitssystem von der „Selbstsorge“ her: „Die Befähigung zur Selbstsorge ist ein entscheidender Faktor, um für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer Verantwortung zu übernehmen“ (161). Diese Perspektive muss insbesondere die nach Rawls „am schlechtest Gestellten“ berücksichtigen, vor allem insoweit, als sich Armut und mangelnde Bildungschancen unmittelbar auf die Gesundheit negativ auswirken (163). „Reformen des Gesundheitswesens müssen jeweils aus der Perspektive von Menschen begründet und überprüft werden, die sich nicht zusatzversichern können, keinen höheren Anteil ihres Einkommens für Gesundheitsleistungen ausgeben können und hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind“ (163). In ihrem Ansatz zu Reformperspektiven teilt Kostka die Leistungen in drei Prioritätsebenen auf: Lebensschutz, Befähigung zu elementaren Fähigkeiten, Gesundheitsleistungen für geringe Einschränkungen der Fähigkeiten. Dabei kann die dritte Ebene auf dem „privaten Gesundheitsmarkt“ geregelt werden (165). Sodann ist Rationalisierung der Rationierung vorzuziehen. „Implizite Rationierung“ wird aufgrund fehlender Transparenz und Verstoßes gegen die Patientenautonomie abgelehnt. Gegenüber älteren Menschen sind vor allem gesellschaftliche Unterstützungsformen weiterzuentwickeln, um das medizinische System von außen zu entlasten (166). Konkret werden nun folgende Strategien aufgezeigt: Auf sozialetischer Ebene sind Knappheits- und Rationierungsphänomene nicht zu tabuisieren, und faire Verfahren zur unvermeidlichen Rationierung sind zu entwickeln sowie die Eigenverantwortung zu stärken (168). Zudem sind Armut zu verringern und die Bildung auszubauen, da dies die beiden wichtigsten externen Faktoren sind (169). Aus systemethischer Sicht wäre das Konzept der sozialen Gesundheit zu bedenken, was bedeutet, gesellschaftliche Solidaritäten durch den Ausbau öffentlicher Räume zu stärken, die Prävention auszubauen sowie Ärzte besser sozialmedizinisch und psychologisch zu qualifizieren (170). Selbstverständlich sind auch Medikamente und Verfahren ständig weiterzuentwickeln und die wohnortnahe ärztliche Versorgung ist zu gewährleisten (171 f.). Schließlich muss nichtversicherten Zuwanderern ein Zugang zur medizinischen Versorgung aufgrund des Menschenrechtsgedankens garantiert werden (173). Das Korreferat von *Norbert Arnold* (177–184) setzt sich für mehr Wettbewerb und einen Rückzug des Staates vom Leistungsanbieter zum Qualitätskontrollleur ein (182). *Harald Tauchmann* (185–191) kritisiert an Kostka die Heranziehung des Rawls'schen Kriteriums, die Reformen des Gesundheitssystems stets aus der Sicht der am meisten Benachteiligten zu bewerten. Es könne teilweise besser sein, z. B. im Fall der Einführung von Zuzahlungen und Selbstbehalten, dieser Gruppe mit Schutzklauseln zu helfen (187). Zudem kritisiert er

die von Kostka behauptete enge Verbindung von Bildung und Gesundheit (189). Auch scheint ihm ihre Sorge um die medizinische Versorgung auf dem Land und die Egalisierung regionaler Unterschiede oder von Stadt-Land-Differenzen nachvollziehbar (190). Grundlegend teilt Tauchmann aus ökonomischer Perspektive die Analyse Kostkas und stellt vor allem die Bedeutung wettbewerblicher Elemente heraus (191). Dieser interdisziplinäre Band bietet einen guten Einblick in den Stand und die aktuellen Problematiken des deutschen Gesundheitssystems und präsentiert ausgewogene ethische Beurteilungen und sinnvolle Perspektiven für die zukünftig notwendigen Reformen. Er formuliert wertvolle Fragestellungen zur weiteren Vertiefung, wozu die Einzelbeiträge auf die jeweiligen Fachdiskussionen verweisen. Die dialektische Anordnung von Haupt- und Korreferaten hält die Lektüre stets auf hohem Aufmerksamkeitsniveau. Insgesamt bietet der Band ein gutes Beispiel für „Sozialethik konkret“.

M. KRIENKE

SCHÖNDORF, HARALD, *Warum musste Jesus leiden? Eine neue Antwort auf eine alte Frage*. Mit einem Geleitwort von *Karl Kardinal Lehmann*. München: Pneuma 2013. 119 S., ISBN 978-3-942013-21-5.

„Vor allem heutzutage, wo man so sehr die Güte und Barmherzigkeit Gottes betont, scheint sich der Sinn der „Notwendigkeit“ des Leidens Jesu immer mehr zu verdunkeln“ (11). Sollte die so unbeantwortbare Frage nach dem „Müssen“ falsch gestellt sein? Damit gerieten wir freilich vor eine weitere Frage (12): „Warum hat er gelitten, wenn dies doch gar nicht nötig war?“ – Schöndorf (= Sch.) erarbeitet zuerst die biblische Grundlage der Fragestellung. Dann wendet er sich dem Ungenügen der soteriologischen Theorien zu und formuliert abschließend die Anforderungen an eine angemessene Soteriologie. – Daraufhin kann er seine Antwort darlegen, um abschließend deren Vereinbarkeit mit den biblischen und theologischen Aussagen zu skizzieren.

Tatsächlich wird die Frage schon im NT gestellt: „Musste nicht der Messias all das erleiden ...?“ (Lk 24,26) Eine Antwort gibt es freilich nicht, es bleibt bei dem Verweis auf die Schrift: Lk 24,27; Apg 2,14–36; 7,1–53; 1 Kor 15,3 f., sodann auch im Nizäno-Konstantinopolitanum. Sch. sammelt die biblischen Hinweise: Johannesprolog, Kindermord zu Bethlehem, frühe Mordpläne (Mk 3,6; später Joh 5,16–18); Simeons Weisagung (Lk 2,35), Jesu Leidensankündigungen. – Deutlich ist von der Heilsbedeutung seines Todes die Rede: im Bild des Gottes-Lammes, im Nikodemus-Gespräch, in der Eucharistie-Rede (Joh 6), in den Einsetzungsworten, in den Predigten der Apostelgeschichte (unter Rückbezug auf das vierte Gottesknecht-Lied) wie in den Paulusbriefen ... Darum wird in den Glaubensbekenntnissen Jesu irdisches Leben und Wirken unmittelbar in das Geschehen von Kreuzigung und Auferstehung aufgehoben. – Schließlich begegnet wiederholt das $\delta\epsilon\iota$ (bzw. $\epsilon\delta\epsilon\iota$): Mt 16,21; Mk. 8,31; Lk 9,22; Mt 26,54; Lk 13,33; 17,25; 22,37; 24,7.44; Joh 3,14 f.; Apg 17,3 – stets ohne Erklärung.

Die Frage bleibt, auch wenn man die Texte in Frage stellen und das Muss herunterspielen wollte, wie bei Theologen zu lesen [Sch. wie der Rez. sind nur Philosophen], weil es eine Sachfrage ist, die darum auch nach wie vor von „einfachen“ Christen“ gestellt wird. So sind die gebotenen Antworten zu prüfen. – Zuerst die Satisfaktionstheorie: Anselm, „zweifelloser genialer Denker, sowohl als Theologie wie als Philosoph“ (31), wird heute so kritisiert [in einer Schwarzmalerei, gegen die Rez. mit G. Greshake angeht], „dass man es kaum noch wagt“, Eigenes beizutragen. Doch wird eine Vergebung, die adäquaten Ausgleich voraussetzt, nicht „geschuldete Gegengabe“ (34)? Ungesehen zudem kann nicht einmal Gott das Getane machen. Und ist er (3.) hier nicht auf menschliches Mitwirken angewiesen? Die Theorie der Genugtuung „genügt ihren eigenen Anforderungen nicht“ (36). Rechtsens bringt Anselm die Gerechtigkeit ein; doch sie ruft nicht nach „Bestrafung des Verbrechers“ (37). – Ungenügend findet Sch. sodann heutige Versuche: H. Kessler, G. Fauss, auch G. L. Müller, J. Werbick und P. S. Fiddes machen das Muss von den geschichtlichen Umständen abhängig; D. Sattler macht aus dem „Muss“ sogar ein „Vielleicht“. H. Hoping, J.-H. Tück bieten so wenig eine Erklärung des „dei“ wie die Beiträge im Sammelband von Tück und M. Striet. Nicht anders die großen Lexika LThK (H. Wagner) und RGG (C. Gunton). Gegen Kessler, Solidarität und Stellvertretung seien in der Lage, Verkürzungen zu vermeiden, zieht Sch. mit Chr. Gestrich das Fazit: „Wir