

Andreas Bieneck  
Hans-Bernd Hagedorn  
Walter Koll (Hg.)

# AN DEN GRENZEN DES LEBENS

THEOLOGISCHE, MEDIZINETHISCHE  
UND SPIRITUELLE ZUGÄNGE



neukirchener  
theologie



Andreas Bieneck / Hans-Bernd Hagedorn /  
Walter Koll (Hg.)

## An den Grenzen des Lebens

Theologische, medizinethische  
und spirituelle Zugänge

Neukirchener Theologie

## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2013

Neukirchener Verlagsgesellschaft mbH, Neukirchen-Vluyn

Alle Rechte vorbehalten

DTP: Yvonne Schönau

Umschlaggestaltung: Andreas Sonnhüter, Düsseldorf

Umschlagabbildung: claudio.arnese/istockphoto.com

Gesamtherstellung: Hubert & Co., Göttingen

Printed in Germany

ISBN 978-3-7887-2756-7 (Print)

ISBN 978-3-7887-2757-4 (E-Book-PDF)

[www.neukirchener-verlage.de](http://www.neukirchener-verlage.de)

# Vorwort

»Medizin und Theologie im Gespräch« – so lautet das Leitmotiv einer nun seit 12 Jahren angebotenen Vortrags- und Diskussionsveranstaltung am Bonner Universitätsklinikum, die in ökumenischer Zusammenarbeit der Herausgebenden dieses Buches initiiert wurde. Als Klinikseelsorger haben wir das Ziel formuliert, zu relevanten ethischen Themen an Schnittstellen zwischen Medizin und Theologie in einen fachlich fundierten und auch öffentlichen Dialog treten zu wollen.

Rasante Fortschritte in der Medizin und medizinischen Forschung einerseits, aber auch die Erwartungen kranker Menschen an die Medizin und ihr Erleben in der Krankheit ergeben in vielen Zusammenhängen Grenzberührungen zur Frage, was ethisch gerechtfertigtes oder vielleicht auch nicht gebotenes Handeln sein kann. Es geht um die Suche nach dem moralisch Gesollten, Erlaubten oder Zulässigen im Umgang mit Menschen und ihren Erkrankungen. Es sind die unvermeidlichen Schattenseiten medizinischen Fortschritts, die Verunsicherungen aufbrechen lassen. In der Seelsorge an den Universitätskliniken Bonn begleiten wir die Kranken und ihre Angehörigen in Krisenzeiten mit ihren Ängsten, Zweifeln und Fragen nach Sinn. Wir schauen auf Erfahrungen von Schuld und Möglichkeiten der Vergebung, halten Trauer mit ihnen aus und suchen gemeinsam danach, wie und ob der Glaube in diesen Turbulenzen den ersehnten Anker bieten kann, an dem wir uns festmachen können. An den Vortragsabenden bieten wir deshalb neben den ethischen immer wieder auch spirituelle und seelsorgerliche Themen an.

Der Hippokratische Eid als Grundlage eines ärztlichen Berufsethos und vielfältige Neuformulierungen reichen als Regelkatalog moralisch richtigen Entscheidens einer stets mit neuen Möglichkeiten ausgestatteten Medizin nicht mehr aus. Ein Konsens zu den auch in unserer Reihe behandelten Themen kann weder unter Ärzten noch innerhalb gesellschaftlicher Auseinandersetzung und auch nicht im Ernstfall individueller Lebenskrisen erhofft werden. Die stets fortschreitenden Möglichkeiten und sich wandelnden Rahmenbedingungen der Medizin sind auf einen breit angelegten ethischen Diskussionsprozess angewiesen. Dieser kann nicht ohne eine Reflektion auf ein hinter allem Han-

deln und Entscheiden stehendes Menschenbild geschehen. *Medizinische Forschung, die vielfältigen konkreten Behandlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall, Diagnosen und Prognosen fordern zu tiefgreifenden ethischen Abwägungen heraus. Bei der ethischen Urteilsbildung sind die Achtung der Würde des Menschen, das christliche Menschenbild mit seiner Einschätzung von Leiden, die freie Entscheidung der Betroffenen und ihre Belastbarkeit in Einklang zu bringen.*

In unserer immer noch christlich geprägten Kultur herrscht das auf der Gottesebenbildlichkeit und daher einer ganz spezifischen, jedem Menschen zugesprochenen Würde beruhende Menschenbild vor. Danach gehören Leid, Gebrochenheit und Endlichkeit zur Natur und zum Wesen des Menschen – somit geht es einer christlich orientierten Ethik grundlegend um die Würde des endlichen Menschen. Die Würde eines Jeden und sein Ansehen vor Gott sind unabhängig von menschlicher Anerkennung, seinen Vitalfunktionen, seiner Stellung und seiner Fitness: Gott achtet und liebt das Schwache und gibt sich in ihm uns zu erkennen (Mt 25,40).

Als Dialogpartner der Medizin wissen wir in unserer Reihe darum, dass die Summe aller Entscheidungen in der Gesellschaft einen schleichenden Wertewandel auslösen und verstärken kann, der sich vor allem auf Grenzsituationen des Lebens zu seinem Beginn wie zu seinem Ende auswirkt.

Vielfach entsteht jedoch schon der Eindruck, dass ethische Diskurse den Entwicklungsschritten medizinischer Weiterentwicklung nicht mehr nachkommen können. Dem Rang ethischer Auseinandersetzung grundsätzlich Rechnung tragend, richtete die Bundesärztekammer im Jahr 1994 eine neue, unabhängige, multidisziplinär zusammengesetzte »Zentrale Ethikkommission« ein (ausführlicher Titel: Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten). Ein weiterer positiver Trend wird darin sichtbar, dass in vielen Kliniken Ethikkommissionen, klinische Ethik-Komitees oder ähnliche Gremien eingerichtet werden, auch wenn sie vielerorts um ihre Relevanz kämpfen müssen. Gute Erfahrungen werden auch mit ethischen Fallbesprechungen gemacht, in denen durch einen multidisziplinären Kreis ethisch problematische, weil individuell zu treffende Behandlungsfragen erörtert werden. Leitmotive sind für all diese Bemühungen die Grundprinzipien medizinischer Ethik: Nutzen, Schadensvermeidung, Würde, Autonomie und Gerechtigkeit.

Die Vortrags- und Diskussionsreihe »Medizin und Theologie im Gespräch« möchte auch weiterhin einen Beitrag dazu leisten, häufig ausschließlich unter Fachleuten geführte Diskurse in die Öffentlichkeit zu tragen und die Gäste in die Diskussion mit einzubeziehen. Das Gespräch zwischen Medizin und Theologie geht dabei über den Bereich medizinethischer, seelsorglicher und spiritueller Fragen hinaus. Des-

halb soll hier auf den spannenden Dialog zum Thema »Gott und Gehirn – wie entsteht Glaube« nicht verzichtet werden.

Im Rückblick auf nun mehr als 10 Jahre können wir auch ein wenig stolz darauf sein, in vielen Veranstaltungen unserer Reihe »Medizin und Theologie im Dialog« für die dort aufgeworfenen Fragen sensibilisiert, eine aktive Auseinandersetzung gefördert, ethische Prinzipien deutlich gemacht und einen reflektierten Umgang mit den Themen ermöglicht zu haben. Gelegentlich war es manchen Teilnehmenden nicht leicht, kontroverse Meinungen als momentanen Stand einer gemeinsamen Suche akzeptieren zu können.

Dieses Buch bietet Ihnen als Leserin und Leser zu unterschiedlichen ethischen Themenkomplexen einzelne Vorträge aus dieser Reihe an. Die Verfasserinnen und Verfasser haben uns ihre Überlegungen dankenswerterweise ohne Honorar überlassen und auf den neuesten Stand der Diskussion gebracht. Nicht immer konnten wir die Dialogizität auch in diesem Buch abbilden, da uns nicht alle Autorinnen und Autoren einzelner Themenfelder ihre Vorträge zur Verfügung stellen konnten. Bei Interesse besteht die Möglichkeit, sich an die Herausgeber zu wenden, um nach Dokumentationen der einzelnen Themenabende zu fragen.

Abschließend möchten wir sehr herzlich Frau Barbara Janssen (Sekretariat der Klinikseelsorge) danken, die ihre Zeit und Tatkraft in die Umsetzung dieses Projektes eingebracht hat. Weiterhin gilt unser Dank der Stiftung Krankenhausseelsorge des Evangelischen Kirchenkreises Bonn, die nicht nur die Veranstaltungsreihe, sondern auch dieses Buch finanziell unterstützt hat.

Bonn, im Sommer 2013

Andreas Bieneck  
Hans-Bernd Hagedorn  
Walter Koll



# Inhalt

Vorwort .....	5
<i>Ludger Honnefelder</i> Hauptsache gesund! Hauptsache gesund? .....	11
<i>Reinhard Schmidt-Rost</i> Da hilft nur noch beten Krankheit und Spiritualität .....	23
<i>Elisabeth Püllen</i> Da hilft nur noch beten – aus der Perspektive der Pflege Krankheit und Spiritualität .....	28
<i>Michael Schulz</i> Die Hoffnung stirbt zuletzt Hinweise zum Verständnis der Hoffnung in christlicher Perspektive .....	34
<i>Jörg-Dietrich Hoppe</i> Wenn Ärzte Fehler machen .....	44
<i>Heiner Koch</i> Wenn Ärzte Fehler machen .....	50
<i>Eberhard Hauschildt</i> Verzicht Eine neue alte Tugend in der Medizin? .....	59
<i>Franz Ludwig Dumoulin</i> Wenn das Leben uns Grenzen setzt .....	65
<i>Nikolaus Schneider</i> Wenn das Leben uns Grenzen setzt .....	71
<i>Eberhard Klaschik</i> Euthanasie – und unsere Antwort? Grundlagen und Selbstverständnis der Palliativmedizin .....	78

<i>Walter Koll</i> Euthanasie – und unsere Antwort? .....	85
<i>Michael Rieger</i> Dem Tod entgegenwachsen – Sterben als Abbruch oder Vollendung? .....	89
<i>Ulrich Eibach</i> Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts Ist der biomedizinische Fortschritt »automatisch« ein moralischer und humaner Fortschritt? .....	96
<i>Andreas Hirner</i> »Die Wahrheit wird euch frei machen ...« Wahrheit am Krankenbett aus klinisch-chirurgischer Sicht .....	105
<i>Andreas Bieneck</i> »Die Wahrheit wird euch frei machen ...« Wahrheit am Krankenbett aus Sicht des Seelsorgers .....	110
<i>Eberhard Hauschildt</i> Glaube – ein Heilmittel? .....	113
<i>Rudolf Hoppe</i> Krank – selber schuld? Oder: Zwischen Stigmatisierung und Zuwendung Zum christlichen Umgang mit Krankheit und Leiden .....	125
<i>Thomas Wilde</i> Krank – selber schuld? Krankheit: Schicksal oder Folge unserer Lebensführung? .....	134
<i>Walter Bruchhausen</i> Was uns heil macht Kulturwissenschaftliche Perspektiven auf Heilung zwischen Medizin und Religion .....	144
<i>Christian Hoppe</i> Gott und Gehirn – wie entsteht Glaube? (Wie) verträgt sich der christliche Glaube mit den Erkenntnissen der modernen Hirnforschung? .....	152
Autorinnen und Autoren .....	168

Ludger Honnefelder

## Hauptsache gesund! Hauptsache gesund?\*

Gesundheit – unser höchstes Gut? Anthropologische und ethische Überlegungen

Mehr als andere Grundwerte entzieht sich »Gesundheit« einer angemessenen Definition. Offensichtlich ist die Bedeutung dieses Worts nur auf dem Weg durch seine verschiedenen Varianten und seine zahlreichen Gebrauchskontexte zu erfassen – und das scheint zudem umso schwieriger zu werden, je weiter die seit Jahren zunehmende Konjunktur des Begriffs voranschreitet. Deshalb möchte ich mit gebotener Vorsicht beim Sprachgebrauch ansetzen (I) und dann der Frage nachgehen, als welches Gut denn eigentlich Gesundheit zu verstehen ist und welche anthropologischen Zusammenhänge dabei eine Rolle spielen (II–IV), um dann mit dem Verweis auf einige Konsequenzen für den Umgang mit diesem Gut zu schließen (V).

### I

»Über die Verborgenheit der Gesundheit« hat Hans-Georg Gadamer eine kleine Schrift überschrieben.<sup>1</sup> *Verborgen* ist die Gesundheit offensichtlich schon durch die Vieldeutigkeit, mit der das Wort gebraucht wird. Nietzsche hat sie für undefinierbar erklärt,<sup>2</sup> und nicht ohne Grund ist bei Aristoteles das Wort »gesund« das Paradebeispiel für ein Wort mit vielfacher Bedeutung<sup>3</sup>, allerdings für ein solches, das auf einen ursprünglichen Sinn verweist. Was aber ist dieser ursprüngliche Sinn? Im Deutschen bedeutet »gesund« von Hause aus so viel wie »vollständig, heil«; ähnlich ist es im Italienischen, Spanischen und auch Englischen.<sup>4</sup> Aber was meint hier »vollständig«? Bei Platon wird

\* Der Text des Beitrags findet sich auch abgedruckt in: L. Honnefelder, *Welche Natur sollen wir schützen? Über die Natur des Menschen und die ihn umgebende Natur*, Berlin University Press 2011, 103–117.

<sup>1</sup> *H.G. Gadamer, Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt a.M. 1993.

<sup>2</sup> *Aristoteles, Metaphysik IV 1003a33–1003b19*.

<sup>3</sup> Vgl. *F. Vonessen, Art. Gesundheit*, in: *HWP* 3, 559.

<sup>4</sup> *Platon, Phaidon* 86 b-c.

»Gesundheit« im Anschluss an pythagoreische Vorstellungen als »Harmonie« verstanden<sup>5</sup>, und zwar als eine solche von Leib und Seele. Deshalb kann er auch in der *Politeia* die sittliche Tugend als »Gesundheit der Seele«<sup>6</sup> definieren.

Das alles scheint uns aber noch nicht viel weiter zu führen: Denn Gesundheit als Vollständigkeit und Harmonie scheint der ebenso oft zitierten wie gescholtenen Definition der WHO Recht zu geben, die Gesundheit als den »Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit von Krankheit und Schwäche (*state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity*)« definiert.<sup>7</sup> Aber wenn der Vorschlag der WHO nach unserem Empfinden viel zu weit geht, ist dann schon die von der WHO abgelehnte Alternative richtig, dass Gesundheit nur die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche ist und deshalb – wie die spitzzüngige Formel des Mediziners lautet – nur eine Frage der Unwissenheit darstellt?

Auch bei der rein negativen Bestimmung von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit zögern wir. Einen Schlüssel kann uns Aristoteles geben, wenn er zwischen »Leben« (*zän*) und »Gutleben« (*eu zän*) unterscheidet.<sup>8</sup> Mit dem bloßen Leben, so will Aristoteles mit dieser Unterscheidung sagen, hat der Mensch noch nicht sein ihm eigentliches Ziel erreicht. Dies ist erst das gute, gelungene Leben, das sich in derjenigen Praxis einstellt, in der der Mensch seine Anlagen entfaltet und gemäß dem ihm eigenen Lebensplan zur Verwirklichung bringt. *Eudaimonia*, Glück, nennt er diese Form tätigen Lebens.

Gesundheit ist also ein Gut, das zum gelungenen Leben gehört, aber nicht schon mit ihm identisch ist. Denn gelungenes Leben umfasst den ganzen Menschen und sein tätiges Werk. Es stellt sich ein auf dem Rücken der Praxis, in der wir die uns sinnvoll erscheinenden Ziele verfolgen. Und es ist gar nicht unmittelbar als solches zu erstreben, sondern das in allen Zielen verfolgte Ziel, das inklusive Ziel.

Augustinus hat diese Vorstellung vom gelungenen Leben als dem letzten Ziel in das christliche Verständnis integriert, allerdings eine wichtige Zäsur eingetragen: Der Mensch, so betont er, vermag das gelungene Leben nicht vollständig und nicht endgültig zu erreichen. Er erfährt in Endlichkeit, Sterblichkeit und Versagen seine Grenzen und kann deshalb das definitiv gelungene Leben nur als Gegenstand seiner Hoffnung, als geschenktes Heil erwarten.<sup>9</sup>

<sup>5</sup> Platon, *Politeia* 444c-e.

<sup>6</sup> Constitution of the World Health Organisation (1948), in: *Encyclopedia of Bioethics*, New York <sup>2</sup>1995, Bd. 5, 2616.

<sup>7</sup> Vgl. *Aristoteles*, *Nikomachische Ethik*, 1095a 18ff.

<sup>8</sup> Vgl. dazu *M. Honecker*, *Gesundheit als Heil?*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 10 (2005), 163–182.

<sup>9</sup> Vgl. *N. Luhmann*, *Soziale Systeme*, Frankfurt a.M.

Hat Augustinus in der Gefahr gestanden, das gelungene Leben so zu spiritualisieren, dass Gesundheit als dessen integrales Gut verzichtbar zu werden scheint, so zeigt sich im Gesundheitskult der Gegenwart offenkundig das Gegenteil: Immer stärker nimmt die Gesundheit die Rolle des Endziels ein und wird in Form eines Kults der Körperlichkeit zum aktuellen Kandidaten für das gelungene Leben.

Die Ziele der Medizin drohen sich in Richtung Optimierung, Enhancement, von der Bedarfs- auf die Wunschmedizin zu verschieben. Fitness und Wellness werden zum Selbstzweck. Gesundheit droht die Stelle des Heils einzunehmen und zum Gegenstand einer neuen Religion zu werden. Ja, die Hypostasierung der Gesundheit schlägt in ihr Gegenteil um. Man denke nur an den (übrigens höchst lohnenden) Einsatz von in therapeutischer Absicht entwickelten Medikamenten als Life-Style-Instrumenten oder den in immer mehr Fitnesszentren um sich greifenden Umschlag von muskelbildenden bzw. fettabbauenden Medikamenten ohne Rücksicht auf das, was tatsächlich gesund ist.

Und selbst wenn wir solche Auswüchse außer Acht lassen, hat Gesundheit – wie Niklas Luhmann meint – den Charakter eines eigenen Sinnsystems angenommen, das alles umfasst und einen in sich geschlossenen Zusammenhang darstellt.<sup>10</sup>

## II

Doch was führt zu dieser Vieldeutigkeit nicht nur im Begriff der Gesundheit, sondern auch in ihrer Wertung? Offensichtlich ist es die *conditio humana* selbst. Denn anders als die anderen Lebewesen kann der Mensch nicht einfach leben, vielmehr vermag er nur zu leben, indem er sein Leben führt. Er geht nicht wie das ihm verwandte Tier selbstverloren im Regelkreis von Bauplan, Umwelt und stammesgeschichtlich bestimmtem Verhalten auf. Denn seine physische Natur ist ihm nicht nur vorgegeben, sondern aufgegeben. Daher kann er anders als seine tierischen Verwandten, die nur durch Krankheit oder externe Zwischenfälle ihr artspezifisches Ziel verfehlen können, an sich selbst scheitern. Als »exzentrische Positionalität« beschreibt deshalb Helmuth Plessner die *conditio humana*, als Verschränkung von Identität und Nichtidentität.<sup>11</sup>

Der Mensch ist sein Leib – so lautet Plessners Formel – und er hat seinen Leib zugleich als Körper. Das lässt die Vergegenständlichung des eigenen Leibes zu und setzt dieser Vergegenständlichung aufgrund der

<sup>10</sup> Vgl. H. Plessner, Die Stufen des Organischen und der Mensch (1928), Ges. Schriften IV, Frankfurt a.M. 2003.

<sup>11</sup> Vgl. D. Lanzerath, Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg i.Br. 2000; dort auch eine Auseinandersetzung mit Boorse und Nordenfeldt.

unaufhebbaren Identität von personalem und organischem System zugleich Grenzen. Da der Mensch als ein Ich zum Verhältnis von Zentrum und Organismus noch einmal ein Verhältnis einnimmt, hat seine Existenz den Charakter einer Spannung, die er selbst zum Ausgleich bringen muss. *Vermittelte Unmittelbarkeit* und *natürliche Künstlichkeit* heißen deshalb nach Plessner die anthropologischen Grundgesetze, die die Weise bestimmen, in der der Mensch die in seiner Natur gelegene Spannung zu einem Ausgleich bringt, die dann das – gelungene oder nicht gelungene – Leben des Menschen darstellt.

Wenn ich mich aber selbst nur finde über andere und anderes, dann ist nicht das einfache Körpersein die spezifische Weise der menschlichen Existenz, sondern die *Verkörperung*, das Sich-Verhalten zu seinem Körpersein. Der Mensch steht – wie Plessner es nennt – unter dem Gesetz der Expressivität: Er ist nur er selbst, indem er sich verkörpert – in Gestik, Mimik und Sprache, in Kultur und sozialer Rolle, in Sinnwürfen und Religion.

Für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit hat diese Deutung der *conditio humana* bedeutsame Konsequenzen:

– Als das Wesen, das sein Leib ist und ihn zugleich hat, betrifft die Krankheit nicht nur den Leib des Menschen, sondern ihn selbst. Er erfährt sie als die Grenze, auf die seine Verkörperung stößt, als Ohnmacht angesichts der in der Verkörperung sich äußernden Macht. Anders als die Tiere erlebt er nicht nur den Schmerz als Schmerz, sondern erfährt ihn als *Leid*. Krankheit ist für ihn nicht nur Störung, sondern Erfahrung der eigenen Grenzen.

– Als das Wesen, das sein Leib ist und ihn zugleich hat, vermag der Mensch zur Erfahrung seiner Grenzen, zur Erfahrung von Schmerz, Sterblichkeit und Tod, also zur Erfahrung der seine Verkörperung begleitenden Gegenfolie der *Entkörperung* noch einmal ein Verhältnis einzunehmen. Er kann die Erfahrung eines übergreifenden Bedeutungszusammenhangs machen, die seiner Vulnerabilität Sinn zu verleihen vermag, ihn Krankheit, Schmerz, ja die Sterblichkeit annehmen lässt.

– Wenn der Mensch das Wesen ist, das sein Leib ist und ihn zugleich hat, wird erklärlich, warum in das Verständnis von Gesundheit und Krankheit alle funktionalen Parameter eingehen, die Humanbiologie und Medizin in Bezug auf das organische System des Menschen zu identifizieren und zu quantifizieren vermögen, warum das Verständnis der Gesundheit aber nicht – wie Chr. Boorse und E. Nordenfeldt glauben – in der Definition des altersgemäßen Zustands der humanbiologischen Basisfunktionen aufgeht, sondern starke Elemente der individuellen und gruppenspezifischen Selbstdeutung enthält, also zutiefst sozio-kulturell<sup>12</sup> geprägt ist. Gesundheit ist stets auch Resultat der

<sup>12</sup> Vgl. Chr. Horn, Art. Güterabwägung, in: M. Düwell u.a. (Hg.) Handbuch Ethik, Stuttgart 2002, 385–390.

Selbstdeutung des Menschen und seines Verständnisses von gelungenem Leben.

– Für das Wesen, das sein Leib ist und ihn zugleich hat und dessen Existenzform nicht nur die des Körperseins, sondern die der *Verkörperung* ist, muss Gesundheit einen hohen, intrinsischen Wert haben. Ihr Verlust trifft den Menschen existenziell, doch ihr Besitz macht noch nicht das gelungene Leben aus. Das gelungene Leben ist für ihn *mehr* als Gesundheit; es kann aber auch in Form von weniger Gesundheit erfahren werden. Krankheit kann für den Menschen heilsam sein, Gesundheit kann ihn in gefährliche Täuschungen verwickeln. Der Mensch, der in der Gesundheit seine spezifische Identität gefunden zu haben glaubt, steht in der Gefahr, sich in Wirklichkeit zu verfehlen.

### III

Nach dem Blick auf die Kontexte der Sprachverwendung und nach der kurzen anthropologischen Vergewisserung können wir uns der Frage zuwenden, die für den guten und gerechten Umgang mit der Gesundheit und ihren Bedingungsfaktoren eine Schlüsselfunktion besitzt, nämlich der Frage, welches *Gut* denn eigentlich die Gesundheit darstellt.

Ethische Fragen in der Perspektive einer *Gütertheorie* zu behandeln, versteht sich nicht von selbst.<sup>13</sup> Vertrauter sind uns die Formen der Ethik, in denen von Pflichten bzw. Rechten, von Tugenden und Normen die Rede ist. Doch auch wenn wir diesen Formen der ethischen Beurteilung folgen, erweist sich die Frage als unvermeidlich, auf welche *Güter* sich Pflichten und Rechte, Tugenden und Normen beziehen. Man denke nur an das *Recht auf Gesundheit* oder die *Verantwortung für die eigene Gesundheit*, die jeweils den Verweis auf das fragliche Gut in sich tragen und von ihm her ihre inhaltliche Bestimmung erfahren.

Als Gut kann höchst Verschiedenes aufgefasst werden: Gegenstände von Wünschen, Ziele von Strebungen, Nützlichkeiten in Bezug auf Interessen, Rechte und Befugnisse, Fähigkeiten und Anlagen, Teilhabemöglichkeiten, Bildung und soziale Stellung, Besitz und Einkommen, kurz: jede Art von Vor oder Nachteil. Kennzeichnend ist, dass in jeder Theorie von Gütern zwischen verschiedenen Arten und Stufen von Gütern unterschieden wird und dass es unter Bezug auf diese Stufen stets Regeln für die Abwägung von Gütern gibt. Denn wenn eines für die *conditio humana* charakteristisch ist, dann ist es dies, dass in ihrem Rahmen nicht alle Güter zugleich realisiert werden können.

<sup>13</sup> K.-D. Henke / M. Hesse, Art. Gesundheitswesen, in: W. Korff (Hg.), Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 4, Gütersloh 1999, 249–289, 252.

Offensichtlich ist *Gesundheit* unter den vielen Gütern ein *Grundgut*, nicht ein individuelles subjektives Gut wie viele andere individuelle Güter. Wäre es dies, so könnte es vollständig der privaten Vorsorge überlassen werden. Seine Allokation könnte allein auf dem Weg erfolgen, auf dem die Allokation knapper Güter nach unserer Erfahrung am wirksamsten geschieht, nämlich über den Markt, d.h. über das Leistungs- bzw. Tauschprinzip; ethisches Kriterium wäre nur das der Tauschgerechtigkeit bzw. das der Wohlfahrt nach Pareto.

Doch ist Gesundheit nicht ein beliebiges subjektives Gut, sondern ein *Grundgut*, weil sie – wie wir nach den vorausgegangenen Überlegungen sagen könnten – alle die physischen und psychischen Bedingungen umfasst, ohne die der Mensch nicht das Lebewesen zu sein vermag, das die Fähigkeit besitzt, sittliches Subjekt zu sein. Wenn wir aber das sittliche Subjekt als unbedingtes Gut betrachten und ihm Würde zuschreiben, dann muss die Gesundheit im Sinn der psychophysischen Verfasstheit, die Voraussetzung des Subjektseins ist, selbst ein schützenswertes Gut sein. Sie ist nicht nur ein instrumentelles Gut – dafür ist die Identität des personalen mit dem organischen System zu stark –, sie ist indessen auch nicht das ranghöchste Gut, denn sonst müsste mit dem Gesundsein auch schon die gelungene Existenz des Subjekts erreicht sein; wohl aber kann sie ein für den Menschen *fundamentales* Gut genannt und als ein solches fundamentales individuelles Gut zu den Elementar- oder Primärgütern gezählt werden.

Bestätigt wird diese Einordnung auch von der Ökonomie, wenn sie zwischen Nachfrage und Bedarf unterscheidet. *Nachfrage* richtet sich explizit nach individuellen Präferenzen, *Bedarf* ist mit »implizitem Anspruch auf Objektivität«<sup>14</sup> verbunden. »Alles, was es braucht, um die Erfüllung eines Bedürfnisses moralisch zwingend zu machen«, so der amerikanische Philosoph M. Walzer, »ist die Entwicklung eines so allgemeinen und tief empfundenen ›Bedürfnisses‹, dass überzeugend nachgewiesen werden kann, dass es sich um das Bedürfnis nicht nur dieser oder jener Einzelperson handelt, sondern um das der Gemeinschaft im allgemeinen und um ein, wenn auch kulturell geprägtes und mit Gewicht versehenes, ›allgemeinmenschliches‹ Bedürfnis.«<sup>15</sup>

Einen solchen Anspruch kann Gesundheit jedoch nur erheben, wenn sie auf diejenigen psychophysischen Bedingungen beschränkt wird, an

<sup>14</sup> M. Walzer, *Sphären der Gerechtigkeit. Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit*, Frankfurt a.M. 1992, 140. Vgl. dazu auch B. *Schöne-Seifert*, *Fairneß und Rationierung im Gesundheitswesen?*, in: W. Kirch / H. Kliemt (Hg.), *Rationierung im Gesundheitswesen*. Forschungsverbund Public Health Sachsen, Regensburg 1997, 42–55.

<sup>15</sup> Vgl. hierzu O. *Höffe*, *Medizin ohne Ethik?*, Frankfurt a.M. 2002, 231; Chr. *Horn*, *Gerechtigkeit bei der Verteilung medizinischer Güter: Überlegungen zum Prinzip der Freiheitsfunktionalität*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 8 (2003), 127–147, 137.

denen wir ein Interesse haben, welches diesseits der Vielfalt und Verschiedenheit der Präferenzen der einzelnen Subjekte liegt, weil es nicht mehr und nicht weniger als die Ermöglichungsbedingungen umfasst, ohne die ein Mensch nicht lebendes und handelndes Subjekt zu sein vermag. In diesem Sinn ist Gesundheit ein Gut, an dem wir ein transsubjektives, »transzendentes« Interesse haben und das wir deshalb ein »transzendentes Gut« (O. Höffe)<sup>16</sup> nennen können.

In diesem Sinn ist – wie das geläufige Wort sagt – »Gesundheit nicht alles, aber ohne Gesundheit alles nichts«. Freilich ist Gesundheit – wie Höffe einräumt – nur ein transzendentes Gut im schwachen Sinn. Denn auch der unter schwerer Krankheit Leidende kann ein sinnvolles Leben führen, und es gibt Güter, die wir in Grenzfällen – wie etwa der Hilfe unter Lebenseinsatz – legitimerweise unserer Gesundheit, ja sogar unserem Überleben vorziehen. Nur als ein »transzendentes Gut« kann die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Gesundheit einen »objektiven Bedarf« darstellen und sogar – in Konsequenz des Grundrechts auf Leben und psychophysische Integrität – im sozialen Rechtsstaat so etwas wie ein »Recht auf Gesundheitsfürsorge«<sup>17</sup> begründen.

Ein Bedarf, der als objektiv gelten soll, erfordert Begründung und Abgrenzung. Denkbar wäre, sich zu diesem Zweck auf die Faktizität zu berufen und eine Theorie der Grundbedürfnisse (*basic needs*) zugrunde zu legen, die sich auf unsere Empirie beruft. Ohne Zweifel gehört zu den Grundbedürfnissen, die sich auf diese Weise als Grundlage aller weiteren Wünsche zeigen, das Bedürfnis nach Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit. Doch ergibt eine Auflistung der Gesundheit unter den *basic needs* noch keine Antwort, *warum* sie dazu gehört und *was* daraus für die Abgrenzung gegen andere Grundbedürfnisse folgt.

Hier führen die Überlegungen weiter, die bereits oben anklangen: dass Gesundheit zu den Grundfähigkeiten des Menschen zu zählen ist, ohne die er kein gelungenes Leben als ein handelndes und sich selbst bestimmendes Subjekt zu finden vermag. Eine solche Begründung folgt dem Ansatz, dass es invariante Eigentümlichkeiten des Menschen gibt, die über die Verschiedenheit der Kulturen hinweg feststellbar sind, von denen im Einzelfall die eine oder andere fehlen kann, die aber insgesamt gegeben sein müssen, soll von gelingendem menschlichen Le-

<sup>16</sup> Vgl. E. Jung, Das Recht auf Gesundheit, München 1982; W. Uhlenbruck, Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin, in: Medizinrecht 11 (1995), 427–437; W. Höfling, Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat. Eine Problemskizze, in: G. Feuerstein / E. Kuhlmann (Hg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1998, 143–155.

<sup>17</sup> M. Nussbaum, Menschliches Tun und soziale Gerechtigkeit. Zur Verteidigung des aristotelischen Essentialismus, in: M. Brumlik / H. Brunkhorst (Hg.), Gemeinschaft und Gerechtigkeit, Frankfurt a.M. 1993, 323–361.