
Gesundheit als hohes Gut – die anthropologische Perspektive

Ludger Honnefelder

Mehr als andere Grundworte entzieht sich „Gesundheit“ einer angemessenen Definition. Offensichtlich ist die Bedeutung dieses Wortes 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 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.¹ *Verborgen* ist die Gesundheit offensichtlich schon durch die Vieldeutigkeit, mit der das Wort gebraucht wird. Nietzsche hat sie für undefinierbar erklärt,² und nicht ohne Grund ist bei Aristoteles das Wort „gesund“ das Paradebeispiel für ein Wort mit vielfacher Bedeutung,³ 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.⁴ Aber was meint hier „vollständig“? Bei Platon wird „Gesundheit“ im Anschluss an pythagoreische Vorstellungen als „Harmonie“ verstanden,⁵ und zwar als eine solche von Leib und Seele. Deshalb kann er auch in der *Politeia* die sittliche Tugend als „Gesundheit der Seele“⁶ definieren.

Das alles scheint uns aber noch nicht viel weiter zu führen: Denn die Bestimmung der 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.⁷ 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“ (*zen*) und „gut leben“ (*eu zen*) unterscheidet.⁸ 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.⁹

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 Hypos tasierung 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-Instrumente 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 Sinn systems angenommen, das alles umfasst und einen in sich geschlossenen Zusammenhang darstellt.¹⁰

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.¹¹ 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 unaufhebbaren Identität von personalelem 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 *Ver-*

körperung, 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 Sinnentwürfen 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 Ch. Boorse und E. Nordenfeldt glauben – in der Definition des altersgemäßen Zustands der humanbiologischen Basisfunktionen aufgeht, sondern starke Ele-

mente der individuellen und gruppenspezifischen Selbstdeutung enthält, also zutiefst sozio-kulturell¹² geprägt ist. Gesundheit ist stets auch Resultat der Selbstdeutung des Menschen und seines Verständnisses von gelungenem Leben.

- Für das Wesen, das sein Leib ist und ihn zugleich hat, 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.¹³ 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.

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 voraufgegangenen Überlegungen sagen könnten – all 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“¹⁴ verbunden. „Alles, was es braucht, um die Erfüllung eines Bedürfnisses moralisch zwingend zu machen“, so der amerikanische Philosoph Michael 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.“¹⁵

Einen solchen Anspruch kann Gesundheit jedoch nur erheben, wenn sie auf diejenigen psychophysischen Bedingungen beschränkt wird, an 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)¹⁶ 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 wenn sie ein „transzendentes Gut“ ist, 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“¹⁷ 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 angeklungen sind: 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 Leben die Rede sein. Im Zusammenhang entwicklungspolitischer Kriterien hat Martha Nussbaum auf Aristoteles zurück-

gegriffen und im Sinn eines schwachen Essentialismus jene Grunddimensionen zu bestimmen versucht, deren Erfüllungsgrade das *flourishing life* charakterisieren und unter denen sie der Vernünftigkeit und der Sozialität die leitende Rolle zuordnet.¹⁸ Von ökonomischer Seite hat Amartya Sen einen ähnlichen Versuch unternommen.¹⁹

Alain Gewirth und eine Reihe ihm folgender Philosophen knüpfen nicht an Aristoteles, sondern an Immanuel Kant an und zeichnen das Handeln des Menschen als verantwortliches Subjekt als die entscheidende Weise des menschlichen Vollzugs aus, um dann die Voraussetzungen zu eruieren und evaluativ auszuzeichnen, die Bedingung dieser Handlungsfreiheit sind.²⁰ In diesem Sinn spricht auch Otfried Höffe von Gesundheit als einem „transzendentalen“, weil das Subjektsein ermöglichenden Gut. Christoph Horn geht von der Freiheit als dem Merkmal aus, das den Menschen kennzeichnet, und versucht deshalb eine freiheitsfunktionale Gütertheorie zu entwickeln, in der die Gesundheit einen maßgeblichen Ort einnimmt und in der die Beeinträchtigung der Freiheitsfunktionalität als Gradmesser für die Schwere der Krankheit dienen kann.²¹ Einen nicht unähnlichen Ansatz scheint auch die klinische Medizin zugrunde zu legen, wenn sie die zu erwartende *Lebensqualität* in die Therapiezielbestimmung einbezieht und zu diesem Zweck bestimmte *scores* definiert.

Anthropologisch macht dies einen guten Sinn; denn ohne Zweifel bilden das Selbstverhältnis des Menschen als Subjekt und die darin liegende Freiheit und Verantwortlichkeit die besondere Auszeichnung des Menschen, auf die wir auch rekurren, wenn wir ihm nicht nur einen Wert zuschreiben, für den es Äquivalente gibt, sondern eine Würde, die unverrechenbar ist. Deshalb ist es berechtigt, Gesundheit als ein Grundgut zu bewerten und sie dabei auf das zu beziehen, was Voraussetzung für das durch das Würdeprädikat ausgezeichnete Subjektsein ist.

Freilich bleiben an dieser Stelle Abgrenzungsfragen und auch Gegeneinwände: Mit Blick auf die Abgrenzung ließe sich beispielsweise fragen, ob ein Leben mit einer Behinderung, die die Handlungsfähigkeit empfindlich einschränkt, schon Krankheit ist oder vielleicht eher als eine andere Form der Gesundheit einzuschätzen ist. Ein Einwand könnte lauten, ob der transzendente bzw. freiheitsfunktionale Ansatz womöglich nicht zu freiheitseinschränkend ausfällt gegenüber einem Ansatz, der auf nichts anderes abstellt als die tatsächliche oder die sog. rationale, d. h. als überlegt geltende subjektive Präferenz.²² Der Einwand leidet indessen unter der Schwäche der reklamierten Gegenposition: Faktische subjektive Präferenzen konfliktieren so stark miteinander, dass ein übergeordnetes Kriterium unverzichtbar wird; und reflektierte subjektive Präferenzen setzen dieses Kriterium schon bei der Überlegung voraus. Mit Recht ist daher die ärztliche Intervention nicht nur an die autonome Entscheidung des Patienten, sondern zugleich auch an die objektiv begründete medizinische Indikation gebunden.

IV.

Bis hierhin haben wir Gesundheit als einen Zustand, eine Verfassung des einzelnen Menschen beschrieben und bewertet, d. h. als ein individuelles Gut. Wir sind dabei dem Leitfadens der subjektiven Strebungen, Bedürfnisse und Interessen gefolgt, haben aber festgestellt, dass diese subjektiven Phänomene nicht beliebig sind, sondern einen objektiven Rückhalt in der Natur des Menschen haben. Sie weisen in ihrer Ausgestaltung eine erhebliche Bandbreite auf gemäß dem Wertbild des Einzelnen, seiner *value history*, sind aber keineswegs beliebig oder inkommensurabel.

Gesundheit ist indessen nicht nur eine Zustandsgröße; vielmehr setzt sie zu ihrer Bewahrung oder Wiederherstellung auch eine breite Skala von Leistungen voraus, die

nicht nur durch den jeweils betroffenen Menschen, sondern auch durch Dritte erbracht werden müssen. In dem Maß, in dem solche gesundheitsrelevanten Leistungen durch Dritte möglich sind und soziales und individuelles Wohlergehen aufeinander verweisen, ist Gesundheit nicht nur ein *individuelles*, sondern auch ein *soziales* Gut. Als solches ist es Gegenstand von Gerechtigkeit und Solidarität und damit auch ein Gegenstand der kollektiven Für- und Vorsorge, d. h. der Gesundheitspolitik, wobei die Abstufung der Verantwortlichkeiten in Form des Subsidiaritätsprinzips eine wichtige Rolle spielt.

Wer aber ist unter dem Gesichtspunkt des sozialen Guts für die Gesundheit verantwortlich? Auch hier ist der Blick auf die *conditio humana* hilfreich. Denn wenn der Mensch das Wesen ist, das sein Leib ist und ihn zugleich hat, wird begreiflich, was wir alle wissen, nämlich dass Gesundheit zugleich Schicksal und eigenes Werk ist. Schicksalhafte Betroffenheit durch Krankheit oder Behinderung erfordert *Solidarität*, Möglichkeit der Selbstgestaltung des eigenen Lebens begründet *Verantwortung* für die eigene Gesundheit. Freilich stößt die nähere Bestimmung dieser Verantwortung auf die Schwierigkeit, dass die säkulare Ethik keine Pflichten gegen sich selbst kennt, an die einvernehmlich appelliert werden könnte.

V.

Was können wir aus den bisherigen Überlegungen für den Umgang mit dem Gut der Gesundheit folgern? Als Elementar-, Primär- oder Grundgut kommt ihr ein fundamentaler Rang zu, kein Höchststrang. Tendenzen, wie sie in Krisen des moralischen Konsenses aufzutreten pflegen, nämlich naturale Basisgüter zum Höchstgut zu machen, sind daher abzuweisen; im Fall der Gesundheit liefe das auf einen dem menschlichen Selbstverständnis zuwider-

laufenden Biologismus hinaus, wie er in bioethischen Diskussionen zuweilen zu beobachten ist. Auf der anderen Seite begründet die fundamentale Stellung der Gesundheit eine entsprechende Schutz- bzw. Fürsorgeverpflichtung. Da Gesundheit sowohl Schicksal als auch Resultat eigenen Handelns ist, verschränkt sich der Anspruch auf solidarische Hilfe mit der Verpflichtung zur Wahrnehmung der eigenen Verantwortung für die Gesundheit. Erst da, wo die eigene Verantwortung auf ihre Grenzen stößt, beginnt der Anspruch auf solidarische Hilfe.

Damit sind Rahmenstrukturen, aber noch keine Kriterien benannt, wie im Einzelnen zwischen Gesundheit und Krankheit und zwischen verschiedenen Schweregraden der Krankheit zu unterscheiden ist. Und wir wissen, dass eine solche Unterscheidung aufgrund der Tatsache, dass Krankheit nicht nur funktionale Störung, sondern auch Resultat individueller und kollektiver Selbstdeutung ist, nicht ein für allemal getroffen werden kann, sondern selbst Resultat einer Deutung ist, in die die genannten Parameter eingehen und über die im Hinblick auf Gesundheit als soziales Gut gesellschaftlicher Konsens gesucht werden muss.

Was diesen Konsens schwierig macht, ist die Spannung zwischen Erwartung und Erfüllung. Denn das Glück im Sinn des gelungenen Lebens ist Gegenstand eines Strebens, das grenzenlos ist. „Der Ozean ist begrenzt“, heißt es bei Shakespeare, „die Begier dagegen unbeschränkt.“²³ Erreichbar aber ist das Glück – wenn überhaupt – nur in Form eines Strebens, das sich auf das jeweilige Handeln hier und jetzt bezieht und deshalb beschränkt. Folgen wir dagegen den unendlichen Wünschen und verfallen – wie die antike Ethik dies nannte – der *pleonexia*, der Unersättlichkeit, verfehlen wir gerade das Handeln, das uns hier und jetzt möglich ist, und damit das tatsächlich erreichbare Glück.²⁴

Unter den Bedingungen der Moderne verbindet sich im Fall der Gesundheit eine solche unbegrenzte Erwartung

mit dem „infinity model“ (D. Callahan)²⁵ des menschlichen Fortschritts, nämlich jener Idee der Machbarkeit, von der Francis Bacon schon meinte, sie sei so steigerbar, dass nicht nur Krankheit und Not, sondern auch der Tod besiegt sei.²⁶ Und mit der unbegrenzten Erwartung verbindet sich die Unfähigkeit zum einseitigen Verzicht aus Angst, im Verteilungskampf zu kurz zu kommen.

Spätestens die hier sichtbar werdende Spirale, wie sie sich aus medizinischem Erkenntnisfortschritt, technischer Entwicklung, ökonomischem Wachstumsinteresse, individuellen und kollektiven Begehrlichkeiten und der Angst, zu kurz zu kommen, unheilvoll zu bilden vermag, macht deutlich, wie viel von einem einvernehmlichen Verständnis des objektiven Anspruchs begründenden Kerns im Begriff der *Gesundheit* und der dafür maßgeblichen Ziele der Medizin für eine adäquate Regelung der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen abhängt.

Was zur Beherrschung der genannten Spirale notwendig wäre, ist das, was die antike Ethik als Medikament gegen die *pleonexia* empfahl, nämlich der Sinn für das richtige Maß, also Besonnenheit und Maßhalten-Können.²⁷ Ökonomisch gesprochen kann einer Ressourcenknappheit nur durch Angebotserhöhung und/oder Nachfrageverminderung begegnet werden. Wenn aber die Angebotserhöhung notwendig auf Grenzen stößt, ist die Nachfrageverminderung gefragt. Individuell setzt sie die genannten Tugenden der Besonnenheit und des Maßhaltens voraus. Beide aber setzen ihrerseits etwas voraus, nämlich Selbstvertrauen aufseiten des Handelnden, Vertrauen in die eigene Kraft, ein Vertrauen, das durch Ermutigung und Erziehung seine Gestalt gewinnt. Nur so entsteht der Patient als der selbstverantwortliche Koproduzent der Gesundheit. Viele Ärzte zu konsultieren, so stellt Platon in der *Politeia* fest, ist ein Zeichen schlechter Sitten.²⁸

Schwieriger noch ist die *kollektive* Bestimmung eines

einvernehmlichen Maßes, an dem sich das Handeln orientieren kann und ohne das auch das individuelle Maßhalten nur schwer möglich ist. Dieses Maß ist in der erforderlichen Konkretheit weder irgendwo ablesbar, noch kann es einfach staatlich dekretiert werden. Seine Rahmenkriterien sind – wie unsere Überlegungen gezeigt haben – angebar, aber seine nähere Gestalt kann nur als Resultat eines Verständigungsprozesses der Beteiligten, d. h. als ein – zumindest partieller – Konsens erwartet werden.

Damit wird die eigentliche Herausforderung sichtbar: Sie liegt nicht in der Verantwortung *vor* Normen, sondern in der Verantwortung *für* Normen. Verantwortung für Normen aber heißt, sich selbst angesichts wachsender Möglichkeiten Grenzen zu setzen, wo bislang die Natur oder die fehlenden Möglichkeiten die – oft schmerzlichen – Grenzen gezogen haben. Aber hat der Mensch die Kraft zu einer Selbstbegrenzung solchen Ausmaßes? Ein System, das *moral hazard* zulässt und Maßhalten nicht prämiert, wird die Angst der Menschen vor dem Moralversagen angesichts der nötigen Selbstbegrenzung wachsen lassen und damit das Fehlverhalten verstärken. Was nötig ist, ist tatsächlich eine neue Selbstverständigung.

Diese Selbstverständigung wird sowohl das Gut der Gesundheit als auch die Art der gerechten Verteilung der mit ihr verbundenen Leistungsgüter betreffen müssen. Denn wenn die angestellten anthropologischen und gütertheoretischen Überlegungen zutreffen, ist es nicht verwunderlich, dass das Gut der Gesundheit vorweg zu einer solchen Selbstverständigung nur strukturell und nicht im Einzelnen zu bestimmen ist und dass Prioritätensetzung nicht einfach nach Inhalten erfolgen kann.

Goodbye to simple solutions hat S. Holm sein Resümee der skandinavischen Versuche einer inhaltlichen Prioritätensetzung überschrieben.²⁹ Es bedarf eines Verfahrens, so betont er, dessen Elemente und Schritte erst herauszufin-

den sind. Ergebnisse sind offensichtlich nur zu erwarten, wenn sich die Bestimmung der verpflichtenden Rahmenkriterien mit der individuellen und kollektiven Selbstdeutung zu einem Set von normativen Kriterien verbindet, das alle als Einlösung von Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Solidarität zu überzeugen und deshalb Konsens zu finden vermag. Es wird nicht nur verschiedene Elemente und Schritte umfassen, sondern auch auf vielen Abwägungen basieren. Doch sind Erweiterungen unserer Handlungsmöglichkeiten nicht ohne signifikante Selbstbegrenzungen realisierbar, die ihrerseits offensichtlich nicht ohne ebenso komplexe wie transparente Verständigungsprozesse möglich sind. In diesem Sinn ist „Moral“ der Preis, den wir für die Moderne bezahlen müssen.³⁰

Anmerkungen

¹ *Gadamer, H. G.*: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a. M. 1993.

² Vgl. *Nietzsche, F.*: Die fröhliche Wissenschaft, Drittes Buch 120. In: Kritische Studienausgabe, Bd. 3. Berlin/New York 1980, 477.

³ *Aristoteles*: Metaphysik IV 1003a33–1003b19.

⁴ Vgl. *Vonessen, F.*: Art. Gesund, Gesundheit. In: Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 3. Basel 1974, 559.

⁵ Platon, Phaidon 86b–c.

⁶ Platon, Politeia 444c–e.

⁷ Constitution of the World Health Organisation (1948). In: Encyclopedia of Bioethics, Bd. 5. New York² 1995, 2616.

⁸ Vgl. *Aristoteles*, Nikomachische Ethik, 1095a18ff.

⁹ Vgl. dazu *Honecker, M.*: Gesundheit als Heil? In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 10 (2005), 163–182.

¹⁰ Vgl. *Luhmann, N.*: Soziale Systeme, Frankfurt a. M. 1984.

¹¹ Vgl. *Plessner, H.*: Die Stufen des Organischen und der Mensch (1928). In: Gesammelte Schriften, Bd. 4. Frankfurt a. M. 2003.

¹² Vgl. *Lanzerath, D.*: Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik. Freiburg i.

Br. 2000; dort auch eine Auseinandersetzung mit Boorse und Nordenfeldt.

¹³ Vgl. *Horn, Ch.*: Art. Güterabwägung. In: Düwell, M. u. a. (Hrsg.): *Handbuch Ethik*. Stuttgart 2002, 385–390.

¹⁴ *Henke, K.-D. / Hesse, M.*: Art. Gesundheitswesen. In: Korff, W. (Hrsg.): *Handbuch der Wirtschaftsethik*, Bd. 4. Gütersloh 1999, 249–289, 252.

¹⁵ *Walzer, M.*: Sphären der Gerechtigkeit. Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit. Frankfurt a. M. 1992, 140. Vgl. dazu auch *Schöne-Seifert, B.*: Fairneß und Rationierung im Gesundheitswesen? In: Kirch, W. / Kliemt, H. (Hrsg.): *Rationierung im Gesundheitswesen*. Regensburg 1997, 42–55.

¹⁶ Vgl. hierzu *Höffe, O.*: Medizin ohne Ethik? Frankfurt a. M. 2002, 231; *Horn, Ch.*: Gerechtigkeit bei der Verteilung medizinischer Güter: Überlegungen zum Prinzip der Freiheitsfunktionalität. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 8 (2003), 127–147, 137.

¹⁷ Vgl. *Jung, E.*: Das Recht auf Gesundheit. München 1982; *Uhlenbruck, W.*: Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin. In: *Medizinrecht* 11 (1995), 427–437; *Höfling, W.*: Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat. Eine Problemskizze. In: *Feuerstein, G. / Kuhlmann, E.* (Hrsg.): *Rationierung im Gesundheitswesen*. Wiesbaden 1998, 143–155.

¹⁸ *Nussbaum, M.*: Menschliches Tun und soziale Gerechtigkeit. Zur Verteidigung des aristotelischen Essentialismus. In: *Brunlik, M. / Brunkhorst, H.* (Hrsg.): *Gemeinschaft und Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M. 1993, 323–361.

¹⁹ *Sen, A.*: Capability and Well-Being. In: *Nussbaum, M. / Sen, A.* (Hrsg.): *The Quality of Life*. Oxford 1993, 30–53.

²⁰ *Gewirth, A.*: *Reason and Morality*. Chicago 1978.

²¹ Vgl. *Horn*: Gerechtigkeit (Anm. 16), 137.

²² Vgl. ebd.

²³ *Venus und Adonis* V, 389.

²⁴ Vgl. *Platon*, *Politeia* II 372c; vgl. dazu *Höffe, O.*: Besonnenheit und Gerechtigkeit: Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. In: *Badura, B. / Bock, K. D. / Engelhardt, D. v.* (Hrsg.): *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität?* Stuttgart 1999, 155–184.

²⁵ Vgl. *Callahan, D.*: *Medecine and the Market – A Research Announcement*. In: *The Journal of Medicine and Philosophy* 24

(1999), 224–242; vgl. auch Höffe: *Medizin ohne Ethik?* (Anm. 16), 231.

²⁶ Vgl. *Bacon, F.: The New Organon or True Directions Concerning the Interpretation of Nature* (1620).

²⁷ Vgl. Höffe: *Besonnenheit und Gerechtigkeit* (Anm. 24).

²⁸ Platon, *Politeia* III 405a.

²⁹ Vgl. *Holm, S.: Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care.* In: *British Medical Journal* 317 (1998), 1000–1002.

³⁰ Vgl. den Titel von *Höffe, O.: Moral als Preis der Moderne.* Frankfurt a. M. 1993.