

Hans-Martin Rieger

# Gesundheit

Erkundungen zu einem  
mensenangemessenen Konzept



Gesundheit

Forum Theologische Literaturzeitung

ThLZ.F 29 (2013)

Herausgegeben von Ingolf U. Dalferth  
in Verbindung mit Albrecht Beutel, Beate Ego, Andreas  
Feldtkeller, Christian Grethlein, Friedhelm Hartenstein,  
Christoph Marksches, Karl-Wilhelm Niebuhr, Friederike  
Nüssel und Martin Petzoldt

Hans-Martin Rieger

# Gesundheit

Erkundungen zu  
einem menschenangemessenen Konzept



EVANGELISCHE VERLAGSANSTALT  
Leipzig



Hans-Martin Rieger, Dr. theol., Jahrgang 1966, ist seit 2006 Privatdozent für Systematische Theologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Er studierte Evangelische Theologie in Heidelberg, Jerusalem und Tübingen. Zu seinen fundamentaltheologischen, anthropologischen und religionsphilosophischen Schwerpunkten gehört auch die transdisziplinäre Arbeit im Bereich der Alters- und Gesundheitsethik. Er ist Mitglied mehrerer interdisziplinärer Arbeitsgruppen und Netzwerke.

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

© 2013 by Evangelische Verlagsanstalt GmbH, Leipzig  
Printed in Germany · H 7615

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier

Umschlag und Entwurf Innenlayout: Kai-Michael Gustmann, Leipzig  
Coverfoto: © oliver-marc steffen - Fotolia.com  
Satz: Druckerei Böhlau, Leipzig  
Druck und Binden: Hubert & Co., Göttingen

ISBN 978-3-374-03172-6  
[www.eva-leipzig.de](http://www.eva-leipzig.de)

# Vorwort

Dieses Buch markiert die Etappe eines Weges, der gesundheitswissenschaftliche und medizinische Zugänge zu »Gesundheit« mit theologisch-ethischen verbindet. Angestoßen wurde er von Holger Gabriel (Lehrstuhl für Sportmedizin und Gesundheitsförderung). Aus der interdisziplinären Kooperation, zu der sich dann auch Karl Bär (Psychotherapie und Psychiatrie) gesellte, wurde eine Freundschaft, für die ich außerordentlich dankbar bin.

Gerade im Blick auf das Verständnis von Gesundheit hielten wir es für geboten, dass Fachwissenschaften ihre wissenschaftlich habitualisierten Grenzen zugunsten eines komplexen menschlichen Phänomens überschreiten, das zu seiner Erfassung praktische und theoretische Wissensperspektiven erforderlich macht. Schnittstellen sind dabei mühelos zu finden. Sie lassen sich im Grundsatz bündeln, dass um den Menschen und seine Gesundheit bzw. Krankheit zu verstehen beides aufeinander zu beziehen ist: das »Jemand«-Verstehen und das »Etwas«-Verstehen. Dieser Grundsatz bietet meines Erachtens eine gute Voraussetzung dafür, dass Zugänge nicht gegeneinander ausgespielt werden, sondern sich konstruktiv und durchaus auch kritisch in Beziehung setzen lassen.

Ein für die Verfasstheit moderner »Gesundheitsgesellschaft« bedeutsamer ethischer Grundsatz kommt in den Blick, wenn davon ausgegangen wird, dass die Diskussion darüber, was unter »Gesundheit« zu verstehen ist, nicht die Zieldiskussion über gelingendes Leben bzw. gelingendes Menschsein verdrängen oder gar ersetzen darf. Gegenüber solchen Kurz-

schlüssen sind die folgenden Erkundungen zu einem menschenangemessenen Verständnis von Gesundheit von der Absicht getragen, einerseits die Unterschiedenheit, andererseits eine differenzierte Zuordnung beider Fragestellungen darzulegen.

Den mit diesen beiden Grundsätzen bereits angezeigten Weg zu gehen, bedeutet für die folgenden Erörterungen eine Gratwanderung: Treffen philosophisch- und theologisch-ethisch Geschulte und medizinisch und gesundheitswissenschaftlich Geschulte aufeinander, so gehen in der Regel für beide Seiten die Reflexionen der jeweils anderen nicht weit genug. Sich im Spiegel der anderen wahrzunehmen bietet jedoch auch die Chance, dass sich eine produktive Bescheidenheit einstellt, welche für neue Einsichten offen ist.

Dezember 2012

Hans-Martin Rieger

# Inhalt

<b>1. Gesundheit – ein Zukunftsthema im ethischen Spannungsfeld</b> .....	9
1.1 ... zwischen höchstem Gut und Konsumgut .....	15
1.2 ... zwischen Schicksal und Machsalsal .....	18
1.3 ... zwischen Objektivierung und Subjektivierung ....	23
1.4 ... zwischen Sollen, Müssen, Wollen. Können und Dürfen .....	28
1.5 ... zwischen individuellem und sozialem Gut .....	32
1.6 ... zwischen dem Anspruch der Ganzheitlichkeit und der Glorifizierung der Gebrochenheit .....	36
<b>2. Gesundheit – Erkundungen in transdisziplinärer Absicht</b> .....	42
2.1 Die Frage: Was ist Gesundheit? .....	42
2.2 Das Anliegen: ein menschenangemessenes Konzept .	45
2.3 Die Vorgehensweise: Von anthropologischen Erkundungen zum Modellversuch .....	49
<b>3. Gesundheit – im Horizont anthropologischer Rahmenkonzepte</b> .....	54
3.1 Menschenverständnis und Gesundheit in Antike und Mittelalter .....	56
3.2 Umstellungen auf dem Weg zur modernen Medizin	64
3.3 Neuaufbrüche zu einer medizinischen Anthropologie .....	69
3.4 Gesundheit in der daseinsanalytischen Beschreibung des Menschen .....	82
3.5 Gesundheit und Normalität des Menschen .....	89
3.6 Einsichten der Leibphänomenologie .....	94



3.7	Salutogenese und Menschenbild .....	106
3.8	Leiblichkeit als Gabe und Aufgabe in einer theologisch- anthropologischen Sicht .....	117
<b>4.</b>	<b>Gesundheit – Grundlinien eines menschenan- gemessenen Verständnisses .....</b>	<b>131</b>
4.1	Gesundheit als Weise des Menschseins .....	131
4.2	Gesundheit als dynamisches Spektrum .....	138
4.3	Gesundheit in der Vollzugs- und in der Berichts- perspektive .....	142
4.4	Gesundheit als Funktionsfähigkeit und als Umgangsfähigkeit .....	147
4.5	Gesundheit als Umgangsfähigkeit mit Gegebenem	161
4.6	Gesundheit als Umgangsfähigkeit mit Entzogenem	167
4.7	Das Ziel der Gesundheit: gelingendes Menschsein ..	176
<b>5.</b>	<b>Gesundheit – ein Modellvorschlag .....</b>	<b>186</b>
5.1	Orthogonalität und Mehrdimensionalität des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums .....	187
5.2	Vollzugs- und Berichtsperspektive .....	197
5.3	Schmerz und Leid: eine Modellanalogie .....	202
5.4	Lebenslaufsensibilität und Situationsvariabilität ...	208
5.5	Transdisziplinarität und Kooperation der Professionen .....	211
<b>6.</b>	<b>Gesundheit vor und für Gott – ein theologischer Horizont .....</b>	<b>216</b>
6.1	Grundsätzliches .....	216
6.2	Gesundheitstranszendenz .....	220
6.3	Zwischenfrage: Macht Glaube gesund? .....	225
6.4	Gesundsein vor und für Gott .....	232

# 1. Gesundheit – ein Zukunftsthema im ethischen Spannungsfeld

»Hauptsache gesund!« Was wir uns im Leben wünschen und welche Ziele wir haben, kann in einer von Individualität und Pluralität geprägten Gesellschaft weit auseinander liegen. Was uns aber fraglos miteinander verbindet, lässt jener Ausspruch schnell offenbar werden: »Hauptsache gesund!« Der damit ausgedrückten fundamentalen Wertigkeit der Gesundheit ist die kollektive Zustimmung sicher.

Das Gesundheitsthema ist auf diese Weise mittlerweile zu einem Zukunftsthema geworden. Es markiert einen »Megatrend« unserer Gesellschaft. Man hat vorgeschlagen, das 21. Jahrhundert im Zeichen des Übergangs zu einer »Gesundheitsgesellschaft« (»health society«) zu sehen. Diese sei dadurch gekennzeichnet, dass Gesundheit erstens als höchster Wert aufgefasst wird, dass Gesundheit zweitens zunehmend als machbar erscheint und dass die starke Nachfrage nach dem Gut »Gesundheit« drittens zu einem Wachstumsmotor neuer sozioökonomischer Strukturen gerade auch in alternierenden Gesellschaften wird. Die überaus starke Nachfrage nach dem Gut »Gesundheit« führt zu einem ständig zunehmenden Markt von Produkten und Dienstleistungen, die sich auf »Gesundheit« beziehen.<sup>1</sup>

Spätestens hier wird man fragen müssen, was sich hinter dem Begriff »Gesundheit« verbirgt. Die oft in großer Selbst-

---

<sup>1</sup> I. Kickbusch, Responding to the health society, in: Health Promotion International 22 (2007), 89–91; dies./L. Payne, Twentyfirst century health promotion: the public health revolution meets wellness revolution, in: Health

verständlichkeit implizierten Vorstellungen und Wertsetzungen lassen eine Standortbestimmung ratsam erscheinen. Blickt man im Sinne einer solchen Standortbestimmung nach vorne, so verbindet sich mit ihr die Reflexion der Frage, wie wir künftig leben wollen und sollen; blickt man zurück, so verbindet sich mit ihr die Reflexion eines bedeutsamen Vorstellungs- und Wertewandels. Der Diskurs über Gesundheit ist ein zutiefst kulturell-ethischer Diskurs.

Die ethische Aufgabe besteht zunächst darin, die häufig undurchschauten und unreflektierten Hintergrundannahmen zu explizieren und zu reflektieren. Das ist eine wichtige Voraussetzung dafür, eine diskursive Auseinandersetzung über die Zielgröße »Gesundheit« zu ermöglichen. Die naturwissenschaftliche Medizin ist dazu aus sich selbst heraus nicht in der Lage, so wenig die Geisteswissenschaften aus sich selbst heraus in der Lage sind, die theoretischen Beschreibungsmöglichkeiten der Medizin zu ersetzen. In wissenschaftlicher Hinsicht ist der Diskurs über Gesundheit ein Paradebeispiel für einen transdisziplinären Diskurs.<sup>2</sup>

Einige ethische Probleme und Fragestellungen sind indes kaum mehr zu verkennen und Gegenstand von Erörterungen

---

Promotion International 18 (2003), 275–278; auch dies., Die Gesundheitsgesellschaft zwischen Markt und Staat, in: E. Göpel (Hg.), *Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann*, Frankfurt a. M. 2004, 28–37. Vgl. E. Händeler, *Gesundheit wird zum Wachstumsmotor – Die Ressourcen für Krankheitsreparatur werden immer knapper und der Innovationsdruck löst einen neuen Kondratieff-Strukturzyklus aus*, in: F. Merz (Hg.), *Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens*, München 2008, 29–60.

<sup>2</sup> Dieses wissenschaftsorganisatorisch fortschrittlich anmutende Etikett darf nicht vergessen machen, dass die Verbindung von naturwissenschaftlicher und geisteswissenschaftlicher Dimension der Humanmedizin in früheren Phasen ihrer Geschichte noch gewährleistet war. Vgl. D. von Engelhardt,

geworden: Steht die »Gesundheitsgesellschaft« nicht in Gefahr, ein krankes Verhältnis zur Gesundheit zu entwickeln? Lässt das Idealbild eines gesunden und vitalen Körpers noch zu, Gebrechlichkeit und Verletzlichkeit anzuerkennen? Droht nicht die berechtigte Sorge um die Gesundheit einem Gesundheitswahn oder gar einer Gesundheitsreligion zu weichen? Leistet die erhöhte Kontrollierbarkeit gesundheitsrelevanter Ereignisse – so wünschbar sie ist – nicht auch der problematischen Ansicht Vorschub, Gesundheit sei machbar? Und führt das nicht zu einer Leidens- und Liebesunfähigkeit von Menschen, die das Kontingente des Lebens aus dem Blick verloren haben? Ist es auf der anderen Seite nicht so, dass in der modernen Gesellschaft chronische und degenerative Erkrankungen bedeutend zugenommen haben und dass deshalb das Augenmerk auf das Gesundheitsverhalten, auf die selbstverantwortliche Prävention und auf die Gesundheitsförderung zu richten ist?<sup>3</sup>

Solche und ähnliche Fragen rufen geradezu danach, dem Kern des Problems nicht auszuweichen – der Grundfrage nämlich, was wir unter »Gesundheit« verstehen und welchen Wert wir ihr zumessen.

Mit Recht ist auch für die Frage eines zukunftsfähigen Gesundheitswesens festgehalten worden: »Die Reflexion des Ge-

---

Art. »Gesundheit«, in: W. Korff / L. Beck / P. Mikat (Hg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 1998, 108–114, hier: 109. Zu einem wissenschaftstheoretisch reflektierten Verständnis von Transdisziplinarität vgl. J. Mittelstraß, Transdisziplinarität – wissenschaftliche Zukunft und institutionelle Wirklichkeit, Konstanz 2003; ders., Methodische Transdisziplinarität, in: Technologiefolgenabschätzung – Theorie und Praxis 14 (2005), 18–23.

3 Dazu stellvertretend F. Kamphaus, Zeige deine Wunde, in: F.A.Z. vom 18. Nov. 2005, 8; M. Lütz, Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult, vollst. überarb. Taschenbuchausgabe München 2007.

sundheits- bzw. Krankheitsbegriffs ist keine bloß akademische Aufgabe, sondern wahrscheinlich die Weichenstellung für die zukünftige Gestaltung des Gesundheitssystems.«<sup>4</sup> Denn diese Begriffe sind normative Konstrukte, die einen bedeutsamen Einfluss darauf haben, welche Mittel für die Wiederherstellung, für den Erhalt und für die Förderung von Gesundheit als angemessen beurteilt werden.<sup>5</sup>

Um dem Kern des Problems, der Frage, was wir unter »Gesundheit« verstehen und welchen Wert sie für uns hat, sachgerecht begegnen zu können, wird die fundamentale Frage nach den anthropologischen Leitvorstellungen die ihr gebührende Aufmerksamkeit finden müssen. Der Diskurs über Gesundheit zehrt von Hintergrundannahmen und -vorstellungen darüber, was wir als dem Menschen zugehörig betrachten und was für uns das Ziel gelingenden Menschseins ausmacht.

Wenn wir uns im Folgenden in das mit dem Leitwort »Gesundheit« verbundene ethische Spannungsfeld begeben, so wird im Sinne einer rekonstruktiven Ethik beides zu thematisieren sein, sowohl die unreflektierten Hintergrundannahmen als auch die offen artikulierten Ziel- und Wunschvorstellungen. Die medizin- und kulturgeschichtliche Frage nach der Genese, also der Entstehung solcher Spannungen wird dabei weitgehend zurückgestellt. Grundsätzlich gehe ich davon aus, dass medizinische und kulturelle Entwicklungen in ihrer Wechselwirkung zu ihnen beitragen. So führt beispielsweise die zunehmende Bedeutung der prädiktiven

---

4 J. Wallner, Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung, Wien 2004, 70 (Hervorhebung im Orig.).

5 Vgl. J. Bengel/R. Strittmatter u. a. (Hg.), Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, eine Expertise, im Auftrag des BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6), Köln 2002, 15.

Medizin (man denke an die genetische Diagnostik) zu einer »Futurisierung« von Krankheit und Gesundheit.<sup>6</sup> Diese trifft zugleich auf eine kulturell implementierte anthropologische Leitvorstellung, die den Menschen selbst einerseits als Subjekt seiner Geschichte, andererseits als genetisch determiniert betrachtet.

Nun mag man sich auf den Standpunkt stellen, für die naturwissenschaftliche Medizin sei eine Zieloffenheit charakteristisch. Die Bestimmung dessen, was »Gesundheit« bedeutet, sowie die damit verbundenen Wert- oder Zielvorstellungen seien deshalb dem Individuum oder – wo notwendig – entsprechenden Expertenkommissionen zu überlassen. Sollen in einer pluralistischen Gesellschaft nicht die Einzelnen selbst bestimmen können, was Glück oder gelingendes Menschsein für sie ist und welche Bedeutung sie dabei der »Gesundheit« zumessen?

Dieser Grundsatz ist gut gemeint. Er droht aber zu übersehen, dass sowohl das Individuum als auch die naturwissenschaftliche Medizin selbst dem Einfluss einer Vielzahl soziokultureller Bestimmungsgrößen ausgesetzt sind. Insofern erfordern gerade der erwähnte Selbstbestimmungsgrundsatz und das erwähnte Anliegen der Zieloffenheit eine ethische Reflexion im Blick auf den normativen Bezugsrahmen von Gesundheit und Krankheit. Auch und gerade für die Medizin gilt: Wer selbst zur ethisch reflektierten Bestimmung von Wert- und Zielvorstellungen nicht in die Lage versetzt wird, bleibt der Fremdbestimmung seitens anderer gesellschaftlicher und kultureller Bestimmungsgrößen nicht nur ausge-

---

<sup>6</sup> Vgl. H. Kress, Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte, 2., vollst. überarb. Aufl., Stuttgart 2009, 67–79.

setzt, sondern ausgeliefert. Eine solche Situation hatte Viktor von Weizsäcker (gest. 1957) in der Form einer (nationalsozialistischen) Staatsmedizin vor Augen, wenn er schreibt:

»Die physiologische, energetische, hygienische Auffassung des kranken Menschen hatte längst Gesundheit mit Leistung, Krankheit mit Nichtleistung identifiziert und konnte also gar keinen genuinen Einspruch erheben, wenn nun von anderer Seite erklärt wurde, daß diese Leistung nicht dem Individuum, sondern der solidarisch verstandenen Gemeinschaft gehöre. Der Zweck der Therapie war ja längst die Gesundheit, der Zweck und Maßstab der Gesundheit aber als die Leistungsfähigkeit definiert. Welchen Gebrauch also der Patient von seiner Gesundheit machen würde, das blieb ungesagt, und eben diese Beliebigkeit öffnet weit das Tor, durch welches jede Art von Leistung eingeführt werden konnte [...] Dies ist der Weg, auf dem der Staat dann die Medizin in seinen Dienst nahm, um sich leistungsfähige Menschen herzustellen, auszuwählen und festzulegen, was er als lebenswichtig und wen er als lebenswert ansah. Wer nun es etwa unternimmt, die Verwendung der Medizin im nationalsozialistischen Staat zu kritisieren, der wird jene Gleichsetzung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit und jene Indifferenz gegenüber der Art der Leistung in der vornationalsozialistischen Medizin, die wir einmal die naturwissenschaftliche nennen können, mitkritisieren müssen.«<sup>7</sup>

Eine sublimere Form der Fremdbestimmung hat G. Schneider-Flume im Erfolgsdruck der gegenwärtigen Risikogesellschaft ausgemacht, wenn sie von einer »Tyrannei des gelingenden Lebens« spricht, welche das Verständnis von Gesundheit und Krankheit nachhaltig verändert habe.<sup>8</sup>

---

7 V. v. Weizsäcker, Der Begriff der Allgemeinen Medizin, in: ders., Allgemeine Medizin. Grundfragen medizinischer Anthropologie, GS 7, Frankfurt a. M. 1987, 148 f. (Hervorheb. v. H.-M. R.).

8 G. Schneider-Flume, Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens, Göttingen <sup>2</sup>2004.

## 1.1 ... ZWISCHEN HÖCHSTEM GUT UND KONSUMGUT

Das letzte Lebensziel und das höchste Gut scheint für viele Bürgerinnen und Bürger in Deutschland die Gesundheit zu sein. Betrachtet man diesen Sachverhalt in kulturgeschichtlicher Perspektive, wird man ihn als das Ergebnis einer Säkularisierung von religiösen Heilserwartungen deuten können: Der Mensch muss sein Glück in einem diesseitig gelingenden Leben selbst realisieren. Und dafür ist Gesundheit die unverzichtbare Voraussetzung. Im Alter nimmt die Bedeutung dieser unverzichtbaren Voraussetzung, bedingt dadurch, dass die körperliche Unversehrtheit ihre Selbstverständlichkeit verliert, noch einmal mehr zu. Im Sinne einer solchen hohen Einschätzung der Gesundheit wird vielfach der A. Schopenhauer zugeschriebene Aphorismus zitiert: »Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.«

Es lohnt sich, die Rede von der Gesundheit als dem höchsten Gut differenziert zu betrachten.<sup>9</sup> Zunächst ist Gesundheit sicher kein höchstes Gut im Sinne eines wirtschaftlichen, d. h. handelbaren Guts. Gesundheit ist vielmehr ein personales Gut.

---

<sup>9</sup> Vgl. zum Folgenden U. Diehl, Gesundheit – hohes oder höchstes Gut? Über den Wert und Stellenwert der Gesundheit, in: A. Kick/J. Taupitz (Hg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, Münster 2005, 113–136; H. Keupp, Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive, in: S. Sting/G. Zurchorst (Hg.), Gesundheit und soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern sozialer Arbeit, Weinheim 2000, 15–40; B. Laux, Zwischen Würde und Preis. Ethische, moralische und religiöse Aspekte von Gesundheit, Krankheit und Medizin, in: Th. Kingreen/ders. (Hg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, Berlin/Heidelberg 2008, 3–23; P. O. Oberender/A. Hebborn/J. Zerth, Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart 2010, v. a. 21 ff.



Mit einem wirtschaftlichen Gut hat sie aber gemeinsam, dass Menschen sie in unterschiedlichem Umfang besitzen, sie unterschiedlich bewahren oder konsumieren können. Entscheidend ist weiterhin, dass Gesundheit in der Regel nicht im absoluten Sinn als höchstes, d. h. als letztes und vielleicht als alleiniges Gut begriffen wird. Höchstes Gut in einem vorletzten Sinn ist die Gesundheit vielmehr als *fundamentales Ermöglichungsgut* weiterer anderer Lebensziele, Werte oder Güter. Diese können durchaus ebenso wichtig und wertvoll, im Blick auf sich selbst sogar weit wichtiger oder wertvoller sein als die Gesundheit. Man hat deshalb das Ermöglichungsgut auch *transzendentes Gut* genannt, insofern es als Bedingung der Möglichkeit anderer Lebensziele wie des Glücks oder des gelingenden Lebens angesehen wird.

Die Verabsolutierung der Gesundheit als höchstes Gut droht also zu ignorieren, dass es andere Lebensziele und -güter gibt, die wie das Glück oder die Selbstbestimmung durchaus hohe, wenn nicht sogar höhere Bedeutung haben können. Selbst das weit besonnenere Verständnis der Gesundheit als *transzendentes Gut* bzw. als *Ermöglichungsgut* darf nicht übersehen lassen, dass gesundheitliche Einschränkungen per se nicht den Verlust anderer – gar aller anderen – Güter mit sich bringen. Krankheit bedeutet keineswegs den Verlust weiterer Lebensmöglichkeiten und Ziele, geschweige denn den Verlust jedweden Glücks. Wer dies unterstellt, ist tatsächlich einem Gesundheitswahn erlegen.

Betrachtet man nun den Gegenpol, die Vernachlässigung der Gesundheit, so ist gerade im Horizont einer Güterperspektive zu differenzieren: Das persönliche Gut »Gesundheit« muss nicht gegenüber jedem Konsum als sakrosankt angesehen werden: Häufig sind Menschen bereit, einen kleinen oder auch größeren Teil ihrer Gesundheit einzutauschen oder aufs

Spiel zu setzen – für berufliche Ziele, für eine gefährliche, aber reizvolle Freizeitbeschäftigung oder für den Genuss von etwas, das gegenwärtige Lebensqualität erhöht. Es wäre ebenfalls eine unsachgemäße Unterstellung, solche Menschen pauschal als »Gesundheitsmuffel« darzustellen.

Genauer betrachtet haben sie sich entschieden, von ihrem Ermöglichungsgut anderen Gebrauch zu machen: Zur Erhöhung gegenwärtiger Lebensqualität (durch Zigaretten) oder zu Erreichung näherliegender Ziele (einer Karriere) zehren sie von ihrem Gesundheitsgut zu Lasten zukünftiger Möglichkeiten dieses Guts. Der aktuelle Wert der Gesundheit ist auch nach dieser Seite hin verzahnt mit den sonstigen Lebenszielen und -werten, die ein Individuum für sich selbst hat. Er ist außerdem abhängig von seinem subjektiven Konzept von Gesundheit (beispielsweise Gesundheit als Akku, der wieder aufgeladen werden kann) und von subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit (beispielsweise Ressourcetheorien).

Gegenüber Vernachlässigung oder Gleichgültigkeit muss der Gesundheitsförderung daran gelegen sein, zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren. Hierfür ist die Generierung von gesundheitsbezogenen Zielen notwendige Voraussetzung. In erster Linie werden diese allerdings erst dann generiert, wenn Gesundheit im Gesamtgefüge des persönlichen Wertsystems ein relativ hoher Wert zugemessen wird.<sup>10</sup>

Betrachtet man noch einmal die unterschiedlichen Pole des durch sie markierten Spannungsfelds, dann lässt sich sa-

---

<sup>10</sup> Zum Zusammenhang vgl. B. Renner/H. Weber, Gesundheitsbezogene Ziele und Erwartungen, in: M. Jerusalem/dies. (Hg.), Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention, Göttingen/Bern 2003, 17–37

gen: Die einen nehmen die moderne Medizin in Anspruch für die innerweltliche Heilserwartung eines »höchsten Guts«. Sie sehen sich bestärkt durch die weitreichenden Versprechungen, die der Chor der Anbieter von Gesundheitsleistungen in allen Tonlagen vorträgt. Die anderen nehmen dieselbe Medizin in Anspruch für die Erwartung, sie würde es später schon richten, wenn man zu sehr auf gegenwartsorientierten Konsum statt auf vorsorglichen und bewahrenden Umgang mit der eigenen Gesundheit gesetzt habe. Im säkularen Gewand kehrt auch hier ein Grundzug von Religion wieder: Sie wird für nützlich erachtet, um Absolution und Hilfe insbesondere dann zu bieten, wenn Lebensentwürfe gescheitert oder Lebenswege missraten sind.

## 1.2 ... ZWISCHEN SCHICKSAL UND MACHSAL

Das Verhältnis des modernen Menschen zu Gesundheit und Krankheit ist Teil einer Geschichte, deren Formel lautet: Depotenzierung des Schicksals, Potenzierung der Machbarkeit.<sup>11</sup> Die Machbarkeit ist denn auch zu einem Grundzug der Gesundheitsgesellschaft geworden: »Die gesellschaftliche Sicht auf Gesundheit verändert sich. Das Gesundheitsmotiv durchdringt einen zunehmend größeren Teil unserer Lebenswelt. [...] Auf neue Weise überlagern sich Diskurse aus

---

<sup>11</sup> Dazu O. Marquard, Ende des Schicksals? Einige Bemerkungen über die Unvermeidlichkeit des Unverfügbaren, in: ders., Abschied vom Prinzipiellen. Philosophische Studien, Stuttgart 2005, 67–90. Marquard beschreibt die Säkularisierung als gravierende Umbesetzung: Nach dem Ende Gottes obliegt nun dem Menschen das, was vormals Gottes Sache war: alles selbst zu machen. Der Mensch steht unter »Gottwerdungsdruck«, damit aber zugleich in der Gefahr, seine Menschlichkeit zu verlieren.

sehr unterschiedlichen Gesundheitsbereichen von der Gesundheitsförderung, über Aids-Prävention, Verhaltensmodifikation, Wellness, Schönheit, Biotechnologie und Genetik. Ihnen *gemein* ist, dass *Gesundheit immer weniger als Schicksal, sondern als »gemacht« gefasst wird*. Das bedeutet, dass sowohl gesellschaftlich-politisches wie soziales und individuelles Handeln gefordert und eingeklagt werden können.<sup>12</sup>

Zu dieser veränderten Sichtweise trug die Entwicklung der Medizin selbst bei: Bereits die naturwissenschaftliche Entwicklung an sich musste, wenn sie mit I. Kants »kopernikanischer Wende« Ernst machen wollte, die Kontingenz der Welt dem Erkenntnissubjekt unterwerfen und den Zufall ebenso wie das unverständliche Schicksal aus der Naturerkenntnis verbannen.<sup>13</sup> Der naturwissenschaftliche Einfluss auf die Medizin wiederum führte dazu, dass das, was vormals als Schicksal oder Widerfahrnis lediglich hingenommen werden konnte, nunmehr »behandelbar« wurde. Die Erfolgsgeschichte der Medizin ist dann zum großen Teil eine Geschichte ihrer Technisierung.<sup>14</sup> Ihre Erfolge sind Erfolge medizinisch-technischer Machbarkeit. Diese Machbarkeit nährt jenen Erwartungshorizont, der für die Gesundheitsgesellschaft als charakteristisch angesehen werden kann. Die Frage, wie die Widerfahrnisse und die Kontingenzen des Lebens anerkannt und bewältigt werden können, weicht der Frage, wie man sie reduzieren oder vermeiden könne. Dem Arzt kommt immer weniger die Rolle eines Beistands in Krankheitsnöten

---

<sup>12</sup> I. Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft zwischen Markt und Staat, a. a. O., 28 (Hervorhebung von H.-M. R.).

<sup>13</sup> Vgl. I. Kant, KrV B 280 f.

<sup>14</sup> Vgl. D. Lanzerath, Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg/München 2000, v. a. 82–85.

zu; er findet sich unversehens in der Rolle des »Machers« von Gesundheit.

Die Kehrseite der Zunahme von »Machbarkeit« ist ihr in Pflicht nehmender Charakter. Auf der ersten Stufe lautet es meist: Was machbar ist, soll auch gemacht werden können! Auf der zweiten Stufe heißt es dann: Was machbar ist, soll auch gemacht werden! Auf der dritten schließlich: Was machbar ist, muss auch gemacht werden! Die Vorstellung von einer Zieloffenheit der naturwissenschaftlich orientierten Medizin käme einer Illusion gleich, würde sie missachten wollen, dass zwischen Tun und Lassen immer schon ein großes Ungleichgewicht besteht.

Medizinische Forschung erweitert nicht einfach bloß den Raum des Machbaren, sie führt auch dazu, dass auf der individuellen Entscheidung, Kontingenz anzuerkennen und etwas sein zu lassen – sprich: die Ergebnisse jener Forschung nicht anzuwenden – eine enormer moralischer Rechtfertigungsdruck lastet. Wer auf die Möglichkeiten pränataler Diagnostik verzichtet und die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom zulässt, weiß, was dies bedeutet. Um mit O. Marquard zu reden: Aus Schicksal ist nicht nur Machbarkeit, sondern »Machsal« geworden. Der Mensch steht unter Machzwang – vor einem Tribunal, das eine von Machbarkeit durchdrungene Gesellschaft selbst stellt (Übertribunalisierung).<sup>15</sup>

Angesichts dieser Tendenzen ist von Vertretern philosophischer Anthropologie zu Recht gefordert worden, die Kontingenz des menschlichen Lebens und dessen Widerfahrnischarakter nicht zu verdrängen, sondern sie wiederzuent-

---

<sup>15</sup> Vgl. O. Marquard, Der angeklagte und entlastete Mensch in der Philosophie des 18. Jahrhunderts, in: ders., Abschied vom Prinzipiellen, a. a. O., 39–66, hier: 49.

decken und ihnen wieder Geltung zu verschaffen.<sup>16</sup> Dabei handelt es sich nicht einfach um eine Wiederermächtigung des Schicksals. Es geht vielmehr darum, der Verschränkung von Aktivität und Passivität, der Verschränkung von Handlung und Widerfahrnis gewahr zu werden. Gesundheit und Krankheit sind so gesehen Widerfahrnisse, in die menschliches Handeln schon eingegangen ist; sie vollziehen sich wiederum in Handlungen, denen Gegebenes und Widerfahrendes immer schon vorausliegt. Eine Asymmetrie besteht darin, dass wir ein beglückendes Widerfahrnis wie die Gesundheit oder die Ressourcenzunahme in jungen Jahren nicht als Widerfahrnis vernehmen, wohl aber Ereignisse oder Prozesse wie das Altern oder eine Krankheit.

Auf dem Hintergrund des Erfordernisses, Kontingenzen und Widerfahrnisse als der *conditio humana* zugehörig zu betrachten, fand in den letzten Jahrzehnten ein erweitertes Gesundheitsverständnis vermehrt Zuspruch: Gesundheit ist diesem zufolge nicht lediglich die Abwesenheit von psychophysischen Funktionsstörungen, sondern die Fähigkeit und die Kraft, mit ihnen zu leben. Bewältigungs- oder Copingmodelle heben dementsprechend darauf ab, dass Menschen Kompetenzen erwerben, die es ihnen ermöglichen, mit ihren Krankheiten so umzugehen, dass von gelingendem Leben gesprochen werden kann.<sup>17</sup>

Eine solche Entwicklung ist erfreulich, auch wenn sie noch lange nicht die gebührende Beachtung in der medial-öffent-

---

<sup>16</sup> Grundlegend: W. Kamlah, Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik, Mannheim/Wien/Zürich 1972, v. a. 34–40.

<sup>17</sup> Vgl. im Sinne eines philosophisch reflektierten Ratgebers F. A. Akashe-Böhme/G. Böhme, Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerzen und Leid umzugehen, München 2005.

lichen Präsentation von »Gesundheit« gefunden hat. Dem Diktat des Machen-Müssens von Gesundheit wird letztlich ein Können nicht voraus-, sondern gewissermaßen gegenübergestellt: die Fähigkeit, mit Krankheit zu leben. Allerdings würde auch ein solches erweitertes Gesundheitsverständnis sich dem Gefälle zur Machbarkeit kaum entziehen können, wenn an dieser Stelle nicht ebenfalls die Verschränkung von Widerfahrnis und Handlungspotenzial bedacht würde: Unser Können, das unsere Fähigkeiten ausmacht, lebt von (Vor-)Gegebenem; es kann uns auch abgehen. Das heißt: Auch das bewältigende Handeln bzw. Handelnkönnen, welches mit Widerfahrnissen umzugehen erlaubt, ist auf vorgegebene Bedingungen und somit auf Widerfahrenes angewiesen. Man kann diese passiven Komponenten des menschlichen Handlungsvermögens zusammenfassend als den »pathischen Untergrund« des Lebens bezeichnen.<sup>18</sup>

Angesichts der Allmachtszumutung menschlichen Machens dürfte die passiven Bedingungen bzw. Komponenten menschlicher Lebenswirklichkeit ins Bewusstsein zu rufen notwendig sein, um des Menschen Menschlichkeit zu wahren. Im Kern geht es hier um eine wichtige anthropologische Leitvorstellung, nämlich des Menschen Angewiesenheit auf unverfügbar Gegebenes. Und es geht um die ethische Herausforderung, im Zeitalter der Machbarkeit dem *Sein-Lassen* das ihm zustehende Recht zu gewähren.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Vgl. B. Waldenfels, *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*, Frankfurt a. M. 2006, 72 f.

<sup>19</sup> Die Frage, inwiefern der Mensch die Naturkontingenz respektieren solle oder sie im Sinne einer Verbesserung oder Steigerung verändern dürfe, berührt eine bioethische Grundsatzdebatte, wie sie im Zusammenhang des Leitbegriffs »Enhancement« intensiv diskutiert wird. Dazu zwei unterschiedliche Stimmen: D. Birnbacher, »Natürlichkeit«, Berlin/New York