

Zwischen Ersatzreligion und neuen Heilserwartungen



Grenzfragen

Veröffentlichungen des Instituts der Görres-Gesellschaft
für interdisziplinäre Forschung
(Naturwissenschaft – Philosophie – Theologie)
Herausgegeben von Ludger Honnefelder

Band 33

Zwischen Ersatzreligion und neuen Heilserwartungen

Umdeutungen von
Gesundheit und Krankheit

Herausgegeben von
Gregor Maria Hoff, Christoph Klein und
Matthias Volkenandt

Beiträge von

Eckhard Frick SJ
Karl Gabriel
Gregor Maria Hoff
Ludger Honnefelder
Christoph Horn
Christoph Klein
Ulrich Lüke
Claude Ozankom

Verlag Karl Alber Freiburg / München

© VERLAG KARL ALBER
in der Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2010
Alle Rechte vorbehalten
www.verlag-alber.de

Satz: Wolfgang Dittebrandt, Baden-Baden
Herstellung: Canon Deutschland Business Services GmbH, Erfurt

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier (säurefrei)
Printed on acid-free paper
Printed in Germany

ISBN 978-3-495-48303-9

Inhalt

Vorwort.....	7
<i>Gregor Maria Hoff / Christoph Klein / Matthias Volkenandt</i>	

I Soziologische und interkulturelle Bestimmungen

Mancharisqa, Kayak-Swimmel, Koro Interkulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit	11
<i>Claude Ozankom</i>	

Gesundheit als Ersatzreligion. Empirische Beobachtungen und theoretische Reflexionen	25
<i>Karl Gabriel</i>	

II Medizinische Grundlagen

Was versteht die Medizin heute unter „Krankheit“?	47
<i>Christoph Klein</i>	

Macht Glaube gesund?	65
<i>Eckhard Frick SJ</i>	

III Philosophische Orientierungen

Gesundheit und Krankheit: philosophische Grundlagen und Perspektiven	85
<i>Christoph Horn</i>	

Inhalt

Gesundheit – unser höchstes Gut? Anthropologische
und ethische Überlegungen..... 111
Ludger Honnefelder

IV Theologische Reflexionen

Gesundheit und Krankheit: theologische Grundlagen
und Perspektiven 131
Ulrich Lüke

Gesundheit und Krankheit: Konsequenzen für die Rede
von Gott und vom Menschen..... 163
Gregor Maria Hoff

Vorwort

Die medizinisierten Gesellschaften des 21. Jahrhunderts stehen vor dramatischen Herausforderungen. Einerseits gehören höchst leistungsfähige, immer aufwändigere Technologien zum Standard der medizinischen Alltagsversorgung. Andererseits ergeben sich gerade in ihrem Zuge ökonomische und logistische Engpässe. Kann sich unsere Gesellschaft die Medizin leisten, die das Leben unter optimierten Versorgungsvoraussetzungen immer weiter verlängert und zugleich steigende Lebensqualitäten verspricht? Damit gehen nicht nur sozialpolitisch folgenreiche Verschiebungen einher. Nicht zuletzt verändert sich unter ökonomischem Anpassungsdruck auch das Bild vom gesunden und kranken Menschen. Was darf, was muss bezahlt werden? Und was hat als „gesund“, was als „krank“ zu gelten? Die globalisierten Gesellschaften befinden sich mitten in komplexen Umdeutungsprozessen, die neue Wissensformen vom gesunden und kranken Menschen generieren und mit Verteilungskämpfen zusammenhängen.

Die damit verbundenen Probleme führen nicht nur an den heißen Kern der laufenden sozial-ökonomischen Debatten – sie betreffen auch grundlegende anthropologische Fragen. Der vorliegende Band greift sie im interdisziplinären Zusammenspiel verschiedener Wissenschaftsperspektiven auf. Was die Medizin unter Krankheit versteht, wird an philosophische Konzepte und Reflexionen rückgebunden. Wissenschaftstheoretisch steht dabei u.a. der Gesundheitsbegriff als solcher zur Debatte. Seine besondere Virulenz zeichnet sich in den Angeboten neuester Lifestyle-Medizin ab, mit denen Gesundheit als Ersatzreligion formatiert wird.

Der gewachsene, mithin verselbständigte Wert „Gesundheit“, in dem sich die Glückserwartungen und Lebensentwürfe spät- oder auch postmoderner Gesellschaften konzentrieren, veranlasst im Gegenzug kulturhistorische, interkulturelle und auch interreligiöse Vergewisserungen: Wie wurden und werden Gesundheit und Krankheit erfahren und interpretiert? Welche Bedeutung haben die entsprechenden Vorstellungen für die laufenden Deutungsprozesse? In diesem Zusammenhang schließen sich theologische Bestimmungsversuche an. Sie reichen von der Frage nach dem Einfluss des Glaubens auf die Gesundheit über die Diskussion von Leiderfahrungen bis hin zur Suche nach jenem „Heil“, das in einem sehr komplexen Sinn die Rede von Gesundheit und Krankheit religiös justiert.

Im Zuschnitt medizinischer, philosophischer, soziologischer, religionswissenschaftlicher und theologischer Ansätze konturiert der vorliegende Band ein brisantes Phänomen unserer gesellschaftlichen Realität, das eine eigene Wissensform aufdeckt: In den Umdeutungsprozessen von Gesundheit und Krankheit begegnen veränderte Heilsökonomien mit eigenen Wahrheitsansprüchen und religionsförmigen Verheißungen.

Gregor Maria Hoff / Christoph Klein / Matthias Volkenandt

I
Soziologische und interkulturelle
Bestimmungen

Mancharisqa, Kayak-Svimmel, Koro

Interkulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit

Claude Ozankom

Bei der Vorbereitung auf den vorliegenden Beitrag bin ich auf die *defensio* einer Doktorarbeit mit dem Titel „La membralité: Clé de compréhension des systèmes thérapeutiques africaines“ aufmerksam geworden, die Constantin Panu-Bendele an der Universität Fribourg/Schweiz eingereicht hat.

Aus dem einführenden Vortrag des Autors liest man: „Alors que, par le truchement de sa maladie biologique, le patient se plaint plus souvent de son mal-être et vient solliciter une aide en vue d’un mieux-être (...), il se voit accueilli et aidé uniquement au niveau de l’affection physique. Comment disent Kleinman, Eisenberg & Good (...), le malade parle d’illness (expériences de changements négatifs dans son être et dans sa fonction sociale, c’est-à-dire l’expérience humaine de maladie-sickness), le médecin comprend disease (anormalité dans la structure et la fonction des organes et des systèmes du corps). Il y a là non seulement un dialogue de sourds entre le médecin et le patient, mais aussi et surtout une mutilation de l’individu, une mécanisation du vivant qui engendre la maladie.“ Pointiert heißt es dann : „L’incertitude liée à la pratique de la médecine moderne et l’insatisfaction qui en découle tant chez les médecins que chez les consommateurs constituent, pour nous, le contexte à partir duquel se pose la question de la pertinence de la thérapie alternative à laquelle médecins et patients recourent surtout dans le contexte négro-africain.“

Damit wird die These über kulturbedingte Vorstellungen in der Medizin bekräftigt, die u.a. Lynn Payer wie folgt auf den Punkt

bringt: „Die Medizin wird von den Fachleuten selbst gern als internationale Wissenschaft hingestellt. Doch nahezu jeder, der schon einmal in einem fremden Land einen Arzt aufsuchen musste, wird festgestellt haben, dass die Realität etwas anders aussieht. Nicht nur die Art der ärztlichen Versorgung ist von Land zu Land verschieden; die Medizin ist es auch. Die Unterschiede sind so groß, dass eine Behandlungsmethode, die in einem Land bevorzugt und häufig verwendet wird, im Nachbarland womöglich als Behandlungsfehler gilt“.¹

Mit dieser Einsicht in den „nationalen Charakter“ der Medizin gelangt die Erkenntnis zum Ausdruck, dass Verständnis und Praxis von Gesundheit, Krankheit und Heilkunst nicht einfachhin „objektive Beschreibungen der Phänomene des Krankseins“ und der entsprechenden Reaktionen auf diese sind, sondern zu einem wesentlichen Teil als eine von möglichen Manifestationen der „symbolischen Realität“ zu betrachten sind, welche die Grundstruktur und die weltanschauliche Orientierung der Gesellschaften und Kulturen der Welt durchdringt. Infolgedessen können Erfahrung und Bedeutung von Krankheit nicht aus einer Beschreibung der diesbezüglich jeweiligen Praktiken allein, sondern erst aus einer Betrachtung des gesamten sozio-kulturellen Verstehenshorizonts beleuchtet werden.²

Die Vorstellung von Medizin (im weitesten Sinne des Wortes) als System weltanschaulich geleiteten heilkundlichen Handelns bietet m.E. zum einen eine plausible Erklärung für Pluralität und Wandel der medizinischen Konzepte. Zum anderen eröffnet sich damit auch ein Verständnis dafür, dass unterschiedliche Heilssysteme vielfach verschiedene physiologische Phänomene als Krank-

-
- 1 Payer, Lynn: *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*, Frankfurt a. M./New York 1989, 13.
 - 2 Vgl. dazu Schipperges, Heinrich/Seidler, Eduard/Unschuld, Paul U. (Hrsg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, Freiburg/München 1978, 494.

sein ansehen und somit von anderen Verstehenshorizonten abweichende Symptome als Krankheit definieren.

Dies soll nachstehend ausgehend von vier exemplarisch gewählten Krankheitskonzepten erläutert werden:

Zunächst möchte ich mich am Beispiel von „Mancharisqa“, „Kayak-Svimmel“, „Koro“, „Onbel“– Krankheitsbildern, die u.a. in den Anden, in Afrika und im Tibet begegnen – fremdkulturellen Krankheitsvorstellungen nähern.

In Analogie hierzu soll in einem zweiten Schritt ein exemplarisch gewähltes Krankheitsbild im abendländischen Kulturraum untersucht werden, bevor in einer Zusammenfassung die sich aus den untersuchten Beispielen ergebenden interkulturellen Herausforderungen für die Medizin im Zeitalter von Globalisierung und Multikulturalität thematisiert werden können.

1. Mancharisqa im Andenkulturraum

In der Andenregion kommt traditionell eine Krankheit vor, welche in der Quechuasprache „Mancharisqa“³ (erschreckt sein) genannt wird.⁴

Die für das Vorliegen der Mancharisqa-Krankheit typischen Symptome sind: Müdigkeit, Lustlosigkeit, Apathie usw. Erschwerend kommt die Vorstellung hinzu, dass Mancharisqa den Menschen anfällig gegen andere Krankheiten macht. Als Ursache von

3 Spanisch: Susto.

4 Vgl. zu diesem *Passus* u.a. Schweitzer de Palacios, Dagmar: Cambiashun: Traditionelle Heilrituale und ihre Experten in San Miguel del Común, einer indigenen Gemeinde im nördlichen Hochland von Ekuador, in: Ambatielos, Dimitrios (Hrsg.): Medizin im kulturellen Vergleich, Münster/New York/München/Berlin 1997, 49-67.

Mancharisqa wird der Verlust der so genannten „kleinen“ Seele angesehen.⁵

Bei Auftreten der für Mancharisqa typischen Symptome wird ein „Heiler“ zur Hilfe gerufen, der in einem ersten Schritt den Betroffenen ausführlich zu Wort kommen lässt. Kommt er hier nach zu dem Schluss, dass ein Fall von Mancharisqa tatsächlich vorliegt, so stellt er klar, dass der Zustand des Erkrankten ernst ist, wobei er zugleich erklärt, wann und wo sich der Patient erschreckt hat und welcher „Geist“ die „kleine“ Seele geraubt hat und gefangen hält.

Für diesen Befund sieht die traditionelle Heilkunst der andinen Völker das aufwendige Ritual der „Rufung der kleinen Seele“ als Therapiemaßnahme vor. Bereits die Vorbereitung nimmt Tage in Anspruch, da verschiedene Pflanzen, Tiere und allerlei Requisiten benötigt werden. Dazu kommen verschiedene Gaben für die Darbringung des Opfers an das Geistwesen, an die Berggötter, an Mutter Erde und an Ankari (= Wind). Ebenso braucht der „Heiler“ einen tüchtigen Assistenten.

Das eigentliche Heilungsgeschehen erstreckt sich in der Regel über fünf Tage. Es fängt damit an, dass eine ganze Nacht lang Opfergaben bereit gestellt, Gebete aufgesagt und symbolische Handlungen sowie Reinigungen vollzogen werden.

Am darauf folgenden Tag bleibt der Kranke in der Hütte. Am Abend werden wieder Gebete vorgetragen. Bei dieser Gelegenheit

5 An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass in der Andenregion traditionell zwischen „großer“ und „kleiner“ Seele unterschieden wird. Dabei wird die „große“ Seele mit dem Leben dahingehend gleichgesetzt, dass ein Mensch ohne Seele ein toter Mensch ist. Demgegenüber stellt man sich die kleine Seele als etwas vor, das nachts den Menschen verlassen kann oder gar verloren gehen kann. Näherhin verliert der Mensch die „kleine“ Seele vor allem durch erschrecken. Die auf solche Weise entwichene „kleine“ Seele wird vom Inhaber des Ortes gefangen gehalten, an dem sich der Mensch erschreckt hat. Letzterem oft nicht näher bestimmten „Wesen“ muss die „kleine“ Seele wieder abgerungen werden.

überreicht der Patient dem Heiler ein Kleidungsstück, in dem Zucker und Brot eingelegt werden. Sodann führt der Heiler erneut Reinigungsrituale durch, bevor er – begleitet von seinem Helfer – die Hütte des Kranken verlässt und sich zum „Wohnort“ des Geistwesens (in der Regel ein Fels) begibt.

Mit dem Kleidungsstück gehen Mediziner und Assistenten zum „Wohnort“ des Geistwesens. Der Assistent schwingt das Messer; der Mediziner schlägt die Peitsche, um die bösen Geister zu vertreiben.

Mit dem Kleidungsstück, in dem Brot und Zucker enthalten sind, ruft der „Heiler“ die dort festgehaltene „kleine“ Seele. Und da dem Geistwesen die angemessenen Opfergaben dargebracht worden sind, befreit er die kleine Seele, die im mitgebrachten Kleidungsstück des Patienten Unterschlupf findet. Damit kehrt der Mediziner in das Dorf zurück. In der Nähe der Hütte des Patienten läutet er die Glocke, um die Rückkehr der verloren gegangenen „kleinen“ Seele anzukündigen. Danach wird dem Patienten das Kleidungsstück übergestreift, in dem sich seine „kleine“ Seele befindet. Dabei wird ihm der Zucker, der im Kleidungsstück war, überreicht. Zugleich muss er das Brot und ein Paar Krümel der vom Mediziner mitgebrachten Erde vom Ort des Erschreckens essen.

Damit die „kleine“ Seele ihren Platz im Leib wieder einnehmen kann und der Patient vor bösen Geistern geschützt ist, werden weitere Rituale vorgenommen: Aschenkreuz auf der Stirn, Weihrauch, Gebete usw.

In den darauf folgenden vier Tagen besucht der Heiler den Patienten zumindest einmal. Während dieser Zeit darf der Patient hingegen seine Behausung nicht verlassen; zugleich müssen Familienangehörige bei ihm sein und dafür Sorge tragen, dass es dem Patienten an nichts fehlt, dass alles friedlich zugeht, damit die „kleine“ Seele wieder „Fuß fassen“ kann, wodurch der Patient seine Gesundheit wiedererlangt.

Aus dieser Betrachtung des Phänomens Mancharisqa ist vor allem Folgendes bedeutsam:

- 1) Mancharisqa ist als Erkrankung in den Kulturen der Andenregion anerkannt, die besondere therapeutische Maßnahmen erfordert.
- 2) Hinsichtlich der Heilungsmaßnahmen fällt besonders auf, dass dem Patienten eine Zuwendung zuteil wird, die sich über einen vergleichsweise langen Zeitraum erstreckt.

1.1 Kayak-svimmel⁶

Kayak-Svimmel ist eine Krankheit, die beim Volk der Eskimos angetroffen wird. Der Hintergrund: Bei der Robbenjagd sitzt ein Eskimo in der Regel allein und unbewegt in seinem Kajak in der Erwartung auf das Auftreten einer Robbe. In dieser Situation erleben ca. 10% der Jäger einen Anfall von Kayak-Svimmel, der sich insgesamt durch einen Verlust des Gleichgewichts, Schwindel, Benommenheit, Panik bis hin zur Bewegungsunfähigkeit und Störung der Wahrnehmungsfähigkeit kundtun kann.

Lebensrettend für den Betroffenen ist vor allem das rechtzeitige Eintreffen jeglicher Hilfe. Dadurch wird der Betroffene in die Lage versetzt, mit entsprechender Unterstützung ärztlichen Beistand zu erreichen. Da die Kayak-Svimmel-Anfälle zuweilen in Schüben auftreten, stellt der Verzicht auf die Kajakjagd in vielen Fällen die einzig angemessene Form von Therapie dar.

Insgesamt muss dennoch festgehalten werden, dass Kayak-Svimmel-Anfälle heutzutage eher selten sind, da die Mehrheit der

6 Vgl. hierzu u.a. Gussow, Zachary: A preliminary report of kayak-angst among the Eskimo of West Greenland, in: *Int. J. Soc. Psychiatry* 9 (1963), 18-26; Pfeiffer, Wolfgang M.: *Transkulturelle Psychiatrie*, Stuttgart/New York 1994.

Eskimos im Zuge des zunehmenden Modernisierungsprozesses, dem sie ausgesetzt sind, nach und nach auf die herkömmliche Art der Robbenjagd verzichten.

1.2 Koro bzw. Suo-yang

Koro bzw. Suo-yang bezeichnet das „Genitalienschwund-Syndrom“, welches im asiatischen Kulturraum auftritt.⁷

Das Wort „Koro“ ist malaiischer Provenienz und bezeichnet den akuten, von Angst begleiteten Zustand, indem der/die Kranke das Schrumpfen oder gar das Verschwinden des Penis bzw. der Brüste oder Labien verspürt. Dies kann, so die Vorstellung, nicht nur Impotenz oder Sterilität, sondern auch den Tod zur Folge haben.

Die traditionelle Behandlung besteht im Festhalten der „schrumpfenden“ Organe. Zugleich werden exorzistische Handlungen durchgeführt, bei denen das „Austreiben der Fuchsgeister“ eine besonders gewichtige Rolle spielt. Als vorbeugende Maßnahme pflegt man, Abbildungen von Zhong Kwi, einem legendären Dämonenaustreiber aufzustellen.

Ähnlich wie Koro bedeutet der chinesische Ausdruck „Suo-yang“ in einer ersten Annäherung „Schrumpfen des Penis“. In einem allgemein gewendeten Sinn wird mit Suo-yang die „Reduktion des männlichen Elements yang“ bezeichnet, die das Überhandnehmen des weiblichen Elements „yin“ bewirkt. Das Ergebnis ist die

7 Vgl. Gwee, Ah Leng: Koro – its origin and nature as a disease entity, in: Singapore Med J 9 (1968), 3-6; Kobler, Fritz: Description of an acute castration fear based on superstition, in: Psychoanal. Rev. 35 (1948), 285-289; Rin, Hsien: A Study of the aetiology of koro in respect to the Chinese concept of illness, in: Int. J. Soc. Psychiatry 11 (1965), 7-13; Tseng, Wen-Shing: The development of psychiatric concepts in traditional Chinese medicine, in: Arc. Gen. Psychiatry 29 (1973), 569-575; Yap, Pow Meng: Koro – A culture bound depersonalization syndrome, in: Br. J. Psychiatry 3 (1965), 43-50.

Störung des für die Gesundheit notwendigen Gleichgewichts beider Elemente. Als Therapie empfiehlt die traditionelle chinesische Medizin revitalisierende Heilmittel.⁸

1.3 Onbel

Ähnlich wie in den oben beschriebenen Kulturräumen gilt Onbel im Sinne eines Verlustes der Lebensenergie im Volk der Bunda als etwas Reales.⁹ Dabei wird die Lebensenergie als wichtige, immaterielle Komponente des Menschen betrachtet, die vielen Schicksalsschlägen ausgesetzt werden kann. Dazu zählt der Verlust der Lebensenergie, dessen Symptomatik durch Sprachlosigkeit, Verwirrtsein, Arbeitsunfähigkeit bis hin zum plötzlichen Tod markiert wird.

Beim Auftreten dieser Symptome wird der Mediziner zum Betroffenen gerufen.¹⁰ Ist dieser der Überzeugung, dass ein Fall

8 Inzwischen legen die Ergebnisse zeitgenössischer Forschungsprojekte die Vermutung nahe, dass Koro bzw. Suo-yang keineswegs auf den chinesischen Kulturraum beschränkt ist, sondern vielmehr Parallelen in anderen Erdteilen aufweist. Vgl. hierzu Jilek, Wolfgang G./Jilek-Aall, Louise: Kulturspezifische Störungen, in: Helmchen, Hanfried (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen, Berlin/Heidelberg/New York 2000, 379-423.

9 Viele Bantu Völker unterscheiden mindestens zwei Aspekte des menschlichen Geistes:

der Geist, der nach dem Tod „Molimo/Modimo“ wird, den man auch den „wahren Menschen“ oder „Muntu mwine“ (l’homme même en Luba) nennt;

die unsichtbare Lebensenergie, „vitale Energie“, die eine Art des „Treibstoffs bzw. Zündstoffs“ ist. Sie wird u.a. Egbo, Ukuku oder Yasi an den Atlantischen Küsten zwischen Angola, Kongo und Gabun genannt oder „bukole bwa Moyo“ „power of life“, „Lebensenergie“ genannt;

der „Schatten“, „schade“, „ombre“, „double“ eines Menschen, der den Körper im Schlaf verlassen kann oder den man stehlen kann.

Unklar bleibt der Status von „Lebensodem“, „Lebenshauch“, „Atem“.

10 Der Mediziner beschäftigt sich in seiner Funktion als „Arzt“ (Nganga, mu-Nganga, mo-Nganga) überwiegend mit „Lebensenergie“ sowie mit dem „Schatten“ seines Patienten. Bei der Ursachenforschung aber wird auch der Einfluss der Mi-Lim (-u/-o), ba-Kish (-i) im Sinne der „Toten“ oder der „pneumamorphen Wesen“ als mögliche Ursache mitberücksichtigt.

von Verlust der Lebensenergie vorliegt, so besteht seine Aufgabe darin, die Ursachenforschung zu betreiben. Dies geschieht in der Regel durch eine Befragung oder durch ein Ritual, bei dem der Mediziner in Trance gerät, um die Ursache für den Geistverlust in Erfahrung zu bringen. Letzteres kann mit den Ahnen, den Geistern und dem Zauber eines Menschen in engem Zusammenhang stehen.

Wie die notwendige Therapie aussehen kann, soll hier in der gebotenen Kürze am Beispiel eines von den Ahnen „verursachten“ Verlustes der Lebensenergie skizziert werden.

In dem Fall, dass der Verlust als Warnsignal von den Ahnen „ausgelöst“ wurde, teilt der Mediziner zunächst mit, warum die Ahnen zu dieser „Maßnahme“ gegriffen haben.¹¹ Da es sich in der Regel um eine Übertretung von Verboten handelt, erweist sich eine formelle Versöhnung mit den Ahnen als unabdingbar. Infolgedessen wird eine Zeremonie vorbereitet und wie folgt durchgeführt: Am verabredeten Tag gehen die Ältesten des Clans entweder in die Hütte der Ahnen oder zum Friedhof. Hier legt der Älteste der Anwesenden die mitgebrachten Gaben (Palmwein und Huhn/Ziege) auf den Altar der Ahnen. Dem schließen sich Anrufungen an, in denen er die Ahnen um Verzeihung anfleht und sie um die Annahme der Gaben sowie um die Gesundung des Kranken bittet. Danach essen und trinken alle Anwesenden von den dargebrachten Gaben. Ein Teil davon wird mit ins Dorf genommen und dem Kranken übergeben. Durch die Teilnahme am diesem Versöhnungsmahl und dem Einhalten der von den Ahnen ausgespro-

11 Die Ahnen sind immer den noch lebenden Menschen, ihren Nachkommen, wohlwollend. Sie tragen weiterhin die Verantwortung für das physische, geistige und moralische bzw. soziale Wohlergehen ihrer Nachkommenschaft. Aber damit eine Gesellschaft „gesund“ bleibt, sind manchmal Warnsignale und milde Denkkzettel bei Entgleisungen notwendig.

chenen Auflagen erlangt der Patient nach und nach die volle Gesundheit wieder.¹²

1.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wurde in den USA vor allem infolge des Vietnamkrieges als extreme psychische Störung unter den Vietnamveteranen diagnostiziert und ist in den 90er Jahren ins Internationale Krankheitsklassifikationssystem der WHO aufgenommen worden.¹³ Dabei wird der Blick zunächst auf den Auslöser gelenkt, nämlich das Erfahren einer extremen Belastungssituation katastrophalen Ausmaßes, das bei fast jedem Menschen eine tiefe Verstörung auslösen kann. Sodann werden typische Symptome genannt: ein sich wiederholendes Kreisen um das Ereignis in Gedächtnis, emotionale Betäubtheit, Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Lustlosigkeit, soziale Kontaktlosigkeit und damit einhergehende affektive Vereinsamung.¹⁴

Blickt man von hier aus auf das vorher Ausgeführte, so kann festgehalten werden: Das Unwohl- oder Verstört-sein eines Menschen wird in den Anden, in Asien und in Afrika nicht erst dann

12 Unter dem Titel „Les chamans du futur“ wurde im Herbst 2005 ein Dokumentarfilm im belgischen Fernsehen ausgestrahlt, der überzeugend aufwies, wie aktuell und gesellschaftsrelevant die traditionelle afrikanische Medizin auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist.

13 Vgl. WHO, Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen mit Glossar und Diagnostischen Kriterien – ICD-10: Diagnostic criteria for research. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2001. Internet: www.who.int/classifications/icd/en/grnbook.pdf

14 An dieser Stelle sei angemerkt: Die traditionelle afrikanische Heilkunst kennt so etwas wie ein Vorbeugen posttraumatischer Störungen nicht. Zu diesem Zweck müssen beispielsweise alle Teilnehmer an einem Krieg eine „psychotherapeutische Behandlung“ bzw. eine „spirituelle Reinigung“ vornehmen (lassen), bevor sie ihr Dorf wieder betreten dürfen. Ähnliche Rituale sind auch vor der Wiederaufnahme jeglicher Aktivität im eigenen Hause vorgeschrieben. Wer dies nicht beachtet, läuft Gefahr, wahnsinnig zu werden oder zu verblöden.

ernst genommen, wenn dieser Mensch „Tod und Teufel“, Gewalt, Krieg und Katastrophe erlebt hat – wie dies das PTSD-Krankheitsbild vorsieht, sondern bereits wenn – für westliche Maßstäbe – vermeintlich geringfügige Störungen auftreten.

2. Zusammenfassung und Ausblicke

Ob es Mancharisqa, Kayak-Svimmel, Koro bzw. Suo-yang usw. gibt, ob Posttraumatische Belastungsstörungen authentische Krankheiten sind oder gar keine, all dies war nicht erkenntnisleitend für meine Überlegungen.

Mir ging es um etwas anderes:

Anhand von gewählten Beispielen wollte ich *erstens* aufzeigen, dass verschiedene Kulturen ganz andere Schnitte setzen auf dem Kontinuum zwischen Gesund- und Kranksein unter besonderer Berücksichtigung psychischer Leiden. Hier zeigt sich: Ein Mensch, der z.B. nach andinem Verständnis an Mancharisqa leidet, würde im westlichem Kulturraum als gesund gelten. Dies macht deutlich, dass Krankheiten nicht einfach verobjektiviert werden können, so als gäbe es sie unabhängig vom jeweils kulturspezifischen Verstehenshorizont.

Zweitens wollte ich aber auch vermitteln, dass für den Menschen und die Gesellschaft nicht gleichgültig ist, wo der Schnitt zwischen Gesundheit und Krankheit gesetzt wird. Zentral hierbei ist die Frage nach der gesellschaftlichen Legitimität der Krankheit und der Delegitimierung derselben. Eine gesellschaftliche Legitimierung eines Leidens bietet dem Kranken vielfältige Sinnkategorien (Diagnose, Ätiologie usw.) für seine Krankheit, eine Behandlung und einen Schutzraum, in dem er auf Behandlung und auf die Kräfte der Selbstheilung zurückgreifen kann.

Die Frage, die sich abschließend stellt, lautet: Welche Herausforderung ziehen die fremdkulturellen Krankheitsbilder für die Biomedizin im Zeitalter der Globalisierung nach sich?

Eine Antwort hierauf soll anhand zweier Themenkreisen angedeutet werden:

- 1) In zunehmendem Maße wird die Medizin auch hierzulande mit der Frage nach dem richtigen Umgang mit Patienten aus fremdkulturellen Prägungen konfrontiert. Für das medizinische Personal erwächst daraus die Aufgabe, sich in interkultureller Hinsicht kompetent zu machen. Dabei geht es nicht so sehr um Patentrezepte als um die Fähigkeit zu einer interkulturellen Kommunikation, die eingeübt werden kann, und zu der wir in Salzburg einen Beitrag zu leisten versuchen.
- 2) In engem Zusammenhang damit steht die Frage nach der Möglichkeit eines Wissenstransfers. Dem Beobachter drängt sich dabei folgendes Bild auf: Heilmethoden aus dem Osten wie Ayurveda, Akupunktur usw. haben bereits Eingang in den abendländischen Kulturraum gefunden. Indes bestehen die Bemühungen der westlichen Entwicklungshilfe im medizinischen Bereich vielfach darin, westliche Standards in den Ländern des „Südens“ zu etablieren. Dass dies ohne Einbindung des örtlichen sozio-kulturellen Verstehenshorizonts sowie einer Anpassung an die Möglichkeiten der jeweiligen Regionen nicht gelingen kann, belegt das Beispiel mancher hochtechnisierter Kliniken in Schwarzafrika, die nach Fertigstellung kaum funktionsfähig gehalten werden, weil zum einen die technisch-materiellen Voraussetzungen (z.B. eigene Herstellung und Kühlung von Medikamenten, Wartung der Geräte usw.) nicht vorhanden sind. Zum anderen fehlen vielerorts angemessene vertrauensbildende Maßnahmen, welche die Akzeptanz der medizinischen Einrichtungen euro-amerikanischen Zuschnitts durch die Lokalbevölkerung fördern könnten. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Kaufkraft der meisten Menschen derart niedrig ist, dass sie sich eine Behandlung in einem Krankenhaus in der Regel nicht leisten können. Neben Initiativen zur kreati-

ven Integration zwischen traditionell afrikanischer Heilkunst und abendländischer Biomedizin, müssen daher auch die sozio-ökonomischen Verhältnisse der Länder Schwarzafrikas für das Gelingen eines Wissenstransfers im medizinischen Bereich stärker berücksichtigt werden.

Umgekehrt müsste im westlichen Medizinsystem vor allem einem Dreifachen eine größere Aufmerksamkeit zuteil werden. Erstens gilt es wahrzunehmen, dass der Grund für eine Störung des Gleichgewichts kaum objektiven Kriterien unterworfen werden kann. Denn ein Mensch, dem ein kleiner Stein auf den Fuß gefallen ist, kann Schmerzen empfinden, allein durch die Tatsache des Gefallenseins des Steines.¹⁵ Ein Zweites: Aus dem Vorgehen der Mediziner wird deutlich, wie sehr eine Sensibilität für eine adäquate Anamnese notwendig ist. Ein Drittes und Letztes: Heilung geschieht in der Zuwendung. Diese Tatsache droht durch die Dominanz der Apparate im westlichen Medizinsystem verloren zu gehen.

15 Vgl. zur kulturellen Determinierung vom Schmerzerleben, u.a. Egle, Ulrich Tiber/Hoffmann, Sven Olaf (Hrsg.): *Der Schmerzkranken, Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-spezialer Sicht*, Stuttgart/New York 1993, v.a. 29ff.

Gesundheit als Ersatzreligion. Empirische Beobachtungen und theoretische Reflexionen

Karl Gabriel

1. Einleitung

Die Menschen zählen heute ihre Gesundheit zu den höchsten Gütern. Wünscht man dem anderen, gesund zu bleiben oder seine Gesundheit wieder zu erlangen, so liegt man immer richtig. Mit dem Wunsch nach mehr Gottvertrauen, vielleicht auch nach mehr Geld, kann dies möglicherweise schon anders sein. Der Tendenz nach nimmt die Spitzenstellung des Werts Gesundheit eher zu als ab.¹ Gesundheit wird mit Jugendlichkeit, Fitness und Schönheit assoziiert. Aufschlussreich sind in diesem Zusammenhang aktuelle Veränderungen in der Bewertung des Alters. Nicht ein fortgeschrittenes Alter an sich gilt als Problem. Wie die Werbung zeigt, können auch Menschen jenseits der 80 jugendlich, körperlich fit und von Gesundheit strotzend dargestellt werden. Erst wenn das Alter mit gesundheitlicher Einschränkung und Krankheit verbunden ist, wird es zum Problem. Was für den einzelnen gilt, lässt sich auch für die Gesellschaft insgesamt feststellen: Der Kampf gegen die Krankheiten genießt höchste Priorität. Kein Politiker kann es sich erlauben, der medizinischen Forschung nicht den Vorrang vor anderen Forschungsfeldern einzuräumen. Die Ausgaben für die Gesundheitsleistungen nehmen in allen hochentwickelten Ländern

1 Duncker, Christian: Verlust der Werte? Wertewandel zwischen Meinungen und Tatsachen, Wiesbaden 2000, 96.

überproportional zu.² Dies gilt in besonderem Maße für Länder wie die USA, wo ausschließlich der Markt die Verteilung der Gesundheitsleistungen übernehmen soll.³ Aber auch in Ländern mit einem relativ starken öffentlichen Gesundheitssystem wie in Deutschland entwickelt sich für Gesundheitsleistungen ein expandierender Markt. Die sogenannte „Lifestyle-Medizin“ und die Schönheitschirurgie machen nur die Spitze eines Eisbergs aus.⁴ Die Gesundheitswirtschaft gilt als eine der Zukunftsbranchen der alternden Industriegesellschaften.

Auf diesem Hintergrund möchte ich in meinem Beitrag folgenden Fragen nachgehen: Wie kommt es, dass Gesundheit für den einzelnen wie die Gesellschaft unwidersprochen als höchstes Gut gilt? Welche Folgen hat es, wenn dem Gesundheitswert eine solche Spitzenstellung eingeräumt wird? Bedeutet dies, dass die Gesundheit die Funktion der Religion übernimmt, also gewissermaßen zur Ersatzreligion wird? Lässt sich ein Zusammenhang zum Rückgang kirchlicher Religion herstellen? Daraus ergibt sich die Frage: Wie soll die Kirche und ihre Pastoral auf diese Entwicklung reagieren? Ich werde auf diese Fragen aus der Sicht des Soziologen eine Antwort suchen; allerdings in erster Linie nicht aus der Perspektive des Medizinsoziologen, sondern aus der des Religionssoziologen. Ich werde prüfen, ob Gesundheit nicht zu den „Diesseitsreligionen“⁵ zu rechnen ist, die eine zentrale Stellung in postmodernen Gesellschaften einnehmen.

-
- 2 Institut für Wirtschaft und Soziales (WISO), Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen im deutschen Gesundheitssystem unter besonderer Berücksichtigung der GKV, Berlin 2005, 2
 - 3 So ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttonationalprodukt (BIP) in den USA von 1977 bis 2002 von 8,2% auf 14,6% gestiegen und liegt mit großem Abstand (Schweiz 11,2%; Deutschland 10,9%) weltweit an der Spitze (ebd. 2).
 - 4 Klotz, Theodor: „Lifestyle-Medizin“ und Rationierung – Was bringt die Zukunft?, in: Blickpunkt DER MANN, 1(2003), 29-31.
 - 5 Honer, Anne u.a. (Hrsg.): Diesseitsreligion. Zur Deutung der Bedeutung moderner Kultur, Konstanz 1999.

2. Empirischer Befund I: Abnehmende Kirchlichkeit, Pluralisierung, Individualisierung

Seit etwa vier Jahrzehnten lassen sich in Deutschland Prozesse der Entkirchlichung beobachten. Eine Trendwende in Sachen kirchlicher Religion ist auch für das 21. Jahrhundert nicht in Sicht. Die Religionsforschung konstatiert für den Westen Europas einen lang anhaltenden, schrittweise forcierten Rückgang der kirchlich institutionalisierten Religion. Er kommt sowohl im Verblasen des für die kirchlichen Glaubensüberzeugungen konstitutiven Glaubens an einen persönlichen Gott wie im Abrücken vom kirchlich formulierten Glauben an ein Leben nach dem Tod zum Ausdruck. Ebenso schwächt sich empirisch nachweisbar die Bindung an die Institution Kirche ab. Denselben Trend zeigt die Dimension kirchlich-ritueller Praxis an: der regelmäßige Gottesdienstbesuch ist rückläufig, eine regelmäßige Gebetspraxis wird seltener und kirchliche Verhaltensnormen finden signifikant weniger Gehorsam.⁶ Der kontinuierliche Rückgang kirchlich verfasster Religion wurde durch Phasen beschleunigter Ablösung von kirchlichen Vorgaben zwischen Mitte der 60er und 70er Jahre und in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts überlagert.

⁶ Jagodzinski, Wolfgang/Dobelaere, Karel: Der Wandel kirchlicher Religion in Westeuropa, in: Bergmann, Jörg u.a. (Hrsg.): Religion und Kultur. Sonderheft 33 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Opladen 1993, 68-91; Ebertz, Michael N.: Erosion der Gnadenanstalt. Zum Wandel der Sozialgestalt von Kirche, Frankfurt a. M. 1998; Gabriel, Karl: Christentum zwischen Tradition und Postmoderne, Freiburg i. Br. 72000.

Tabelle 1: Kirchenbesucher unter Katholiken und Protestanten 1953-1998 in Westdeutschland

Anzahl der Kirchgänger (Angaben in Prozent)		
	Katholiken	Protestanten
1953	49	-
1956	48	-
1962/63	45	7
1970	37	5
1980	29	5
1987	24	5
1992	20	5
1998	17	4

Quelle: Detlef Pollack, Säkularisierung – ein moderner Mythos?, Tübingen 2003, 163

Tabelle 2: Gottesglaube und Vertrauen in die Institution Kirche

	Gottesglaube		Vertrauen in die Institution Kirche	
	1991	1998	1991	1998
Deutschland (West)	67	62	-8	-14
Deutschland (Ost)	25	24	-31	-45

Quelle: Detlef Pollack, Säkularisierung – ein moderner Mythos?, Tübingen 2003, 190.

Besonders drastisch fällt der Rückgang der kirchlich verfassten Religion unter den Jugendlichen aus. So konstatiert die 13. Shell-Jugendstudie Jugend 2000 mit Rückblick auf die letzten 15 bzw. 10 Jahre: „Nur noch ein knappes Drittel der westdeutschen Jugendlichen betet und glaubt an ein Weiterleben nach dem Tod, nur noch ein Sechstel geht zum Gottesdienst. Das 1991 sowieso schon niedrige Niveau bei den Jugendlichen in den neuen Bundesländern ist weiter abgerutscht; Gottesdienstbesuch und Beten sind Praktiken von kleinen Minderheiten geworden“⁷. Insgesamt ist festzustellen, dass die kirchlich verfasste Religion einen Verlust an Selbstver-

7 Fuchs-Heinritz, Werner: Religion, in: Deutsche Shell (Hrsg.): Jugend 2000 Bd. 1. Opladen 2000, 157-180, hier 162.

ständigkeit und Normalität zu verzeichnen hat. Trotz ihrer weiter dominierenden Stellung besitzt sie kein Monopol mehr auf Religion. Die sozial gestützte Motivation zu Übernahme kirchlicher Glaubensvorstellungen und Normvorschriften ist gesunken und das Netz sozialer Kontrolle hat an Wirksamkeit verloren. Die kirchliche Religion – so lässt sich zusammenfassen – hat ihren Charakter als „zwingende“ Primärinstitution verloren und ist zu einer (ab-)wählbaren Sekundärinstitution geworden. Diese Entwicklung dürfte sich – möglicherweise in abgeschwächter Form – auch in den kommenden Jahren fortsetzen.

Der Prozess der Entkirchlichung wird begleitet von einer wachsenden Pluralisierung und Individualisierung auf dem Feld der Religionen. Man kann zunächst eine *interorganisatorische* Pluralisierung – Anstieg der religiösen und konfessionellen Heterogenität in Deutschland – von einer *intraorganisatorischen* Pluralisierung – der Zunahme der Vielfalt innerhalb der Religionsgemeinschaften – unterscheiden.⁸ Die *interorganisatorische* Pluralisierung, die nach dem Ausweis der Forschung von 1939 bis 1961 trotz aller Umbrüche nahezu gleich geblieben ist, wächst seit Anfang der 1960er Jahre. Zwei Prozesse sind es, die hier die Hauptrolle spielen. Zwischen den Jahren 1950 und 1987 ist in Westdeutschland der Anteil der Konfessionslosen von 3,7% auf 8,0% gestiegen, während der Mitgliederrückgang aus der Evangelischen Kirche rund 9% betrug. Gleichzeitig wuchs der Anteil der anderen, nicht-christlichen religiösen Gemeinschaften von 0,2 auf 4,7%. Mit der Wiedervereinigung hat die religiöse und konfessionelle Heterogenität in Deutschland seit den 1990er Jahren noch einmal einen erheblichen Schub bekommen.⁹

8 Wolf, Christof: Religiöse Pluralisierung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Friedrichs, Jürgen/Jagodzynski, Wolfgang (Hrsg.): Soziale Integration. Sonderheft 39 der KZfSS, Opladen/Wiesbaden 1999, 320-348.

9 Detlef Pollack, Säkularisierung (Anm. 2), 77-131.

Die intraorganisatorische Pluralisierung macht sich in den beiden großen Kirchen durch eine Differenzierung und Auseinanderentwicklung der Muster bemerkbar, in denen jeweils die Mitgliedschaft praktiziert wird.¹⁰ Die Mehrheit in beiden Kirchen bilden die zahlenden und sich auf symbolische Unterstützung beschränkende Mitglieder, von denen sich die kleiner werdenden Gruppen der regelmäßigen Kirchgänger in beiden Konfessionen in vielen Fragen schärfer denn je abheben. Die beiden großen Gruppen werden in beiden Konfessionen komplettiert durch zu fundamentalistischen Orientierungen neigende Gruppierungen einerseits wie auch durch Gruppen, die sich dem Feld der sozialen Bewegungen zuordnen lassen andererseits. Speziell in Deutschland darf auch die Differenz zwischen denen, die mit ihrer Berufsrolle an die Kirche gebunden sind – die Zahl liegt insgesamt bei ca. eine Million – und denen, die beruflich und arbeitsrechtlich keinen Bezug zur Kirche haben, nicht unterschätzt werden..

Neben der inter- und intraorganisatorischen Pluralisierung wächst auch der religiöse Pluralismus auf der individuellen Ebene. Dies betrifft etwa – wie Studien lokaler Netzwerke zeigen – die Ebene der zwischenmenschlichen Beziehungen. So hat sich für die Stadt Köln gezeigt, dass die Verwandtschaften noch die größte konfessionelle Geschlossenheit aufweisen, die Jüngeren deutlich seltener einen Ehepartner gleicher Konfession haben und die sozialen Beziehungen zu Freunden, Kollegen, Nachbarn und anderen nicht-verwandten Personen einen religiös-konfessionell gemischten Charakter angenommen haben.¹¹

Gleichzeitig lässt sich auf der intrapersonellen Ebene eine Zunahme der sogenannten „Patchwork-Religiosität“ beobachten. In Sachen Religion scheint zunehmend – so der Titel einer gründlichen Schweizer Studie – tendenziell „jede(r) ein Sonderfall“ ge-

10 Gabriel, Karl: Christentum (Anm.10),177-192.

11 Wolf, Christof: Religiöse Pluralisierung (Anm.12), 337f.

worden zu sein.¹² Das einst homogene religiöse Feld wandelt sich hin zu einer Struktur, in der sich die einzelnen ihre Religion selbst zusammenbasteln. Je nach Alter, Milieueinbindung und Beeinflussung durch modernisierte Lebensstile variiert das Muster der „Bastelei“. Der religiöse „Fleckerlteppich“, wie Thomas Luckmann formuliert, der Älteren zeigt trotz unübersehbarer Phänomene der Auswahl nach wie vor eine große Nähe zum traditionellen religiösen Modell. Mit einer deutlichen Grenze um das 45. bis 50. Lebensjahr herum nehmen zu den jüngeren Jahrgängen hin die eingewirkten Anteile zu. Den Extrempol in dieser Richtung bilden Jugendliche aus der Okkultszene mit einer ausgeprägten „Sinn-Bastelei“ und der Suche nach dem „Okkult-Thrill“ mit hoher Erlebnisintensität.¹³ Neben dem Alter ist als beeinflussender Faktor für das jeweilige Muster des „Patchworks“ die Nähe und Ferne zu den kirchlich-konfessionellen Milieus von Bedeutung. In ihrer Nähe nimmt die „Bastelei“ die Form einer persönlichen Hierarchisierung der Glaubenswahrheiten und des synkretistischen Einbaus neuer Elemente an. So scheint es einer Vielzahl von Kirchgängern keine große Schwierigkeiten zu bereiten, Ideen der Reinkarnation in ihr kirchlich geprägtes individuelles Glaubenssystem zu integrieren.¹⁴ Lebenslange Auswahl und häufig wechselnde Lösungen der Sinnsuche mit hohen reflexiven Anteilen finden wir insbesondere in den neureligiösen Szenen. Auch in den ländlich geprägten Regionen hat in den letzten Jahren mit dem Nachlassen der kollektiven Kontrollen insgesamt der Anteil der sogenannten „Auswahlchristen“ erkennbar zugenommen. In dieser Dimension

12 Dubach, Alfred/Campiche, Roland J. (Hrsg.): Jede(r) ein Sonderfall? Religion in der Schweiz, Zürich/Basel 21993.

13 Helsper, Werner: Okkultismus. Die neue Jugendreligion? Opladen 1992, 352ff.

14 Krüggeler, Michael: „Inseln der Seligen: Religiöse Orientierung in der Schweiz“, in: Dubach, Alfred/Campiche, Roland J. (Hrsg.): Jede(r) ein Sonderfall. Religion in der Schweiz, Zürich und Basel 1993, 108ff.; Sachau, Rainer: Westliche Reinkarnationsvorstellungen. Zur Religion in der Moderne, Gütersloh 21997.

bildet die auf schnellen Umschlag und Verbrauch hin angelegte „City-Religion“¹⁵ der jungen Gutverdienenden in den großstädtischen Ballungszentren einen Extremfall von „Bastelei“. Die Transformation der Religion ins Religiöse lässt sich als das gemeinsame Merkmal der Phänomene kennzeichnen.

Die wachsende religiöse Pluralisierung betrifft – so lässt sich zusammenfassen – sowohl die institutionell-organisatorische Ebene als auch die Ebene der Personen mit den Phänomenen der Individualisierung und der Zunahme der sogenannten „Patchwork-Religiosität“. Die Prozesse der Entkirchlichung und religiösen Pluralisierung werden aller Voraussicht nach in den kommenden Jahren nicht zum Stillstand kommen. Unverkennbar hat sich in den letzten Jahren aber in Fragen der Sichtbarkeit und öffentlichen Präsenz religiöser Themen eine Veränderung ergeben. Sie betrifft sowohl die mediale, die diskursive wie die politische Öffentlichkeit der Religion.¹⁶

3. Empirischer Befund II: Bedeutungszuwachs von Gesundheit als Wert

In der Forschung zum Wertewandel wird seit langem nach der Bedeutung und Relevanz der verschiedenen Lebensbereiche für den einzelnen gefragt. Hier zeigt sich, dass eine große Mehrheit der deutschen Bevölkerung die Gesundheit als den wichtigsten Lebensbereich einschätzt. Gefragt, welchen Lebensbereich sie als wichtig erachten, damit sie glücklich und zufrieden sind, setzten

15 Höhn, Hans-Joachim: Gegen-Mythen. Religionsproduktive Tendenzen der Gegenwart, Freiburg i. Br. 1994.

16 Hierzu und zum Folgenden siehe: Gabriel, Karl: Säkularisierung und öffentliche Religion. Religionssoziologische Anmerkungen mit Blick auf den europäischen Kontext, in: Ders. (Hrsg.), Religionen im öffentlichen Raum. Perspektiven für Europa. Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, 44. Band, Münster 2003, 13-36.

95% die Gesundheit an die erste Stelle, gefolgt von Partnerschaft mit 85% und Familie und Kinder mit 83%. Im Mittelfeld landen Freizeit mit 70% und Arbeit/Beruf mit 60%. Die Religion rangiert mit 31% abgeschlagen an letzter Stelle.¹⁷ Dem Spitzenwert für die Gesundheit entspricht, dass Arzt und Krankenschwester das höchste Berufsprestige genießen.¹⁸ Ihnen vertraut die Gesellschaft die Pflege des Gesundheitswerts an und stattet sie dafür mit einer besonderen Wertschätzung aus. Die neuesten Trends im Freizeitverhalten zeigen, welche Richtung der Gesundheitswert gegenwärtig einschlägt.¹⁹ Der Besuch von Fitness-Studios boomt, sie weisen die höchsten Zuwachsraten im Freizeitverhalten auf. Mehr als 60% der deutschen Bevölkerung rechnen „körperliche Fitness auch im Alter“ zu ihren persönlichen Wertorientierungen. Seit 1992 ist die Gruppe derer, die sich zu den Menschen rechnen, die sehr auf ihre Gesundheit achten, von 26,4% auf 32,6% gestiegen.

Einen charakteristischen Blick auf Entwicklungen im Bereich des Werts Gesundheit erlauben die Phänomene rund um die sogenannte „Lifestyle-Medizin“. Zu den Lebensstil-Medikamenten sind Mittel im Bereich von Sexualität, Stimmungsaufhellung, Alterung, Probleme mit Übergewicht und Nikotin und Faltenkorrekturen zu rechnen.²⁰ Hinzu kommen Eingriffe der plastischen Chirurgie aus Gründen der Schönheit. Nur eine kleine Gruppe von Patienten benötigt jeweils die Medikamente und Eingriffe tatsächlich. Mit fließenden Grenzen werden der Adressatenkreis und die Behandlungsmöglichkeiten ausgeweitet.²¹ Die pharmazeutische

17 Duncker, Christian: Verlust der Werte? (Anm. 1), 96.

18 Ärzte vorn. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2005, in: Allensbacher Berichte Nr. 12/2005.

19 Institut für Demoskopie Allensbach, Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse, AWA 2001-2005, Allensbach 2005.

20 Klotz, Theodor: „Lifestyle-Medizin“ (Anm. 4), 29-32.

21 Nach einer repräsentativen Befragung der Medical One AG, mit über 4000 Operationen jährlich Marktführer im Bereich der Ästhetisch-Plastischer Chirurgie in

Industrie gibt die Höhe der Ausgaben für typische Lebensstil-Medikamente mit 29 Milliarden jährlich an. Allein drei Milliarden werden für das Potenzmittel Viagra ausgegeben. Eine aggressive Werbung in den Medien führt dazu, dass Ärzte in Deutschland zunehmend – um Patienten nicht zu verlieren – rezeptpflichtige Lebensstil-Medikamente verschreiben.

Werden Gesundheit und Fitness – so möchte ich an dieser Stelle fragen – zur typischen Religion der postmodernen, individualisierten und pluralisierten Gesellschaft? Rücken sie gewissermaßen in die Leerstelle ein, die der Rückgang an Kirchlichkeit und Religiosität hinterlässt?

4. Das Konzept der „Diesseitsreligion“

Für eine Klärung der Frage nach der Gesundheit als Religion greife ich auf die Religionstheorie des in Slowenien geborenen Religionssoziologen Thomas Luckmann zurück.²² Er gehört auch international zu den einflussreichsten Religionssoziologen der Gegenwart. Sein Ansatz erlaubt es, einen theoretisch begründeten, differenzierten Begriff von „Diesseitsreligion“ zu gewinnen. Gesundheit – so werde ich weiter argumentieren – lässt sich als eine für die Postmoderne charakteristische „Diesseitsreligion“ begreifen.

Deutschland, glauben 84% der Befragten, dass durch eine Schönheitsoperation das Selbstbewußtsein gesteigert wird und 82%, dass man sich nach einer Operation wohler in seiner eigenen Haut fühlt. Nur 37% gaben an, dass sie aufgrund des Risikos einer Operation kein Verständnis für Schönheitsoperationen haben. (<http://adpublika.com/presse.php?artid=420>, Abruf vom 17. 03. 2006)

22 Viele Anregungen in Tradition der Religionssoziologie Luckmanns enthält der Band: Honer, Anne u.a.: Diesseitsreligion (Anm. 5).

Was versteht Luckmann unter Religion bzw. „Diesseitsreligion“? Religiosität betrachtet Luckmann als eine anthropologische Konstante. Um Mensch zu werden, muss der Mensch seinen biologischen Organismus überschreiten und in eine sinnhafte Ordnung hineinwachsen.²³ In diesem Vorgang sieht Luckmann die Grundlage aller Religiosität. Die Religion beruht auf der phänomenologisch erschließbaren subjektiven Erfahrung von Transzendenz. Luckmann unterscheidet zwischen kleinen, mittleren und großen Transendenzen.

- „Wenn das in der gegenwärtigen Erfahrung angezeigte Nicht-Erfahrene grundsätzlich genau so erfahrbar ist wie das gegenwärtige Erfahrene“ spricht Luckmann von kleinen Transendenzen.²⁴ Meine unmittelbare Erfahrung wird unausweichlich überschritten in Richtung anderer, im Augenblick nicht präsenter Erfahrungen. Wenn diese genau so erfahrbar sind, wie meine Erfahrungen im Hier und Jetzt, handelt es sich um kleine Transendenzen. Meine Vorstellungen von dem, was im meinem Rücken geschieht, überschreitet meine unmittelbare Erfahrung; aber ich kann mich umdrehen und die Gegenstände in meinem Rücken unmittelbar erfahren. Aber auch diese Erfahrung wird eine Grenze haben, die auf Gegenstände verweist, die jenseits meiner unmittelbaren Erfahrung liegen, ihr aber prinzipiell zugänglich sind.
- „Wenn das Gegenwärtige grundsätzlich nur mittelbar und nie unmittelbar, dennoch aber als Bestandteil der gleichen Alltagswirklichkeit erfahren wird“²⁵, spricht Luckmann von mittleren Transendenzen. Im Falle mittlerer Transendenzen wird meine unmittelbare Erfahrung überschritten in Richtung von Er-

23 Hierzu und zum Folgenden siehe: Luckmann, Thomas: Die unsichtbare Religion, Frankfurt a. M. 1991.

24 Ebd., 167f.

25 Ebd., 168f.

fahrungen, die mir unmittelbar nicht zugänglich sind, auch wenn ich mich den Gegenständen zuwende. So ist mir die unmittelbare Innenerfahrung eines anderen Menschen nie unmittelbar zugänglich. Ich bin auf Zeichen angewiesen, die auf diese Innenerfahrung verweisen. Im Falle der mittleren Transzendenzen bleibt die nur zeichenhaft zugängliche Wirklichkeit aber Teil derselben Wirklichkeit wie die Alltagswelt.

- „Wenn etwas überhaupt nur als Verweis auf eine andere Wirklichkeit erfasst wird,“²⁶ dann haben wir es für Luckmann mit großen Transzendenzen zu tun. Große Transzendenzen repräsentieren eine „andere Wirklichkeit“ in der Alltagswelt. Die Wirklichkeit des Traums ist zum Beispiel eine prinzipiell andere Wirklichkeit als die der Alltagswelt. Wenn wir uns am Morgen an den Traum erinnern, holen wir die Wirklichkeit des Traums in die Alltagswirklichkeit zurück.

„Jenseitsreligionen“ verarbeiten in Symbolen und Ritualen die Erfahrungen einer „anderen“, prinzipiell nicht zugänglichen Wirklichkeit. Sie beziehen sich auf „große Transzendenzen“. „Diesseitsreligionen“ siedeln sich an mittleren Transzendenzen an. Sie beziehen sich auf eine unmittelbar nicht zugängliche Wirklichkeit, die aber Teil der Alltagswirklichkeit bleibt.

Soziologisch betrachtet werden „andere Wirklichkeiten“ in kommunikativen Vorgängen konstruiert.²⁷ Subjektive Erfahrungen von Transzendenz werden in Erzählungen und Ritualen zu intersubjektiv geteilten Modellen von Transzendenzerfahrungen verarbeitet. Anders als für vormoderne Gesellschaften gilt für moderne Gesellschaften, dass die Menschen nicht mehr über ein einziges, von allen geteiltes Modell der Transzendenzerfahrung verfügen.

26 Ebd., 169ff.

27 Ebd., 171ff.

Luckmann führt dies in der Hauptsache auf den hohen Grad der funktionalen Differenzierung der Institutionen zurück. Die modernen, rationalen Institutionen haben sich vom traditionellen „Modell der Transzendenzerfahrung“ vom „heiligen Kosmos“ gelöst, sie sind säkularisiert. Trotzdem bezeichnet Luckmann die Säkularisierungsthese im Sinne des Verschwindens der Religion als einen „modernen Mythos“²⁸. Zum primären Ort der Religion wird die Privatsphäre als Raum jenseits der Institutionen und die Biographie des einzelnen. In der Privatsphäre sind eine Vielzahl von Modellen der Transzendenz verfügbar; sie konkurrieren miteinander. Die moderne Sozialform der Religion bezeichnet Luckmann als privatisiert, pluralisiert und thematisch subjekt-bezogen.²⁹ Die Kirchen repräsentieren ein Modell unter vielen, so dass sie nicht mehr die dominante Sozialform der Religion darstellen.

Die Modelle von Transzendenz, die auf die großen Transzendenzen bezogen sind, weisen – so Luckmann – in postmodernen Gesellschaften folgende Kennzeichen auf:

- Sie bewegen sich auf einem „Markt der Modelle für Transzendenz“.
- Der traditionelle „heilige Kosmos“, den die Kirchen repräsentieren, konkurriert in Fragen der Sinndeutung des Lebens mit Konstruktionen diesseitiger Transzendenzen.
- Die Menschen besitzen kein geteiltes, gemeinsames Modell einer außeralltäglichen Wirklichkeit mehr; die zu Verfügung stehenden Modelle sind außerordentlich heterogen.

28 Luckmann, Thomas: Säkularisierung – ein moderner Mythos, in: Ders., *Lebenswelt und Gesellschaft*, Paderborn u.a. 1980, 161-172.

29 Luckmann, Thomas: Die unsichtbare Religion (Anm. 18), 178-182; Ders., *Privatisierung und Individualisierung. Zur Sozialform der Religion in spätindustriellen Gesellschaften*, in: Gabriel, Karl (Hrsg.): *Religiöse Individualisierung oder Säkularisierung*, Gütersloh 1996, 17-28.

- Es lässt sich eine Tendenz hin zu Modellen mittlerer und kleiner Transzendenzen beobachten.
- Es gibt eine Wahlverwandtschaft zwischen Privatisierung und „Sakralisierung des Selbst“³⁰.

5. *Gesundheit/Fitness als expandierende „Diesseitsreligion“*

Im postmodernen Kontext – das ist meine These – nehmen Gesundheit/Fitness die Form einer spezifischen Diesseitsreligion an. Seit sich Religion und Gesundheit im Modernisierungsprozess zu getrennten Sphären entwickelten, gab es Tendenzen, der Gesundheit einen religiösen Charakter zu verleihen. So hat der Dichter Christoph Bitterkraut in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts ein Loblied auf die Gesundheit als höchstes Gut verfasst, das die Form der religiösen Litanei benutzt:

„Oh selige, liebevolle, aller Ehren würdige Gesundheit, es sei mir erlaubt, das übrige meines Lebens mit dir glücklich zu verbringen. Sei und bleibe mein immerwährender Gefährte in diesem Leben! Denn alles, was nur immer gut und lustig und annehmlich, was Ehre und Liebe bringen und geben kann, dieses ist einig und allein bei dir ... Dies alles grünt und blüht in dir, oh selige Gesundheit“³¹

Im postmodernen Kontext knüpft die Diesseitsreligion Gesundheit an eine Kultur des „Wohlbefindens“ an, wie sie in der Gesundheitsdefinition der WHO der UN zum Ausdruck kommt.

30 Luckmann, Thomas: Die unsichtbare Religion (Anm. 18), 153f.; vgl. auch: Kaufmann, Franz-Xaver: Selbstreferenz oder Selbstreverenz? (Anm. 25-46); Soeffner, Hans-Georg: Die Ordnung der Rituale. Auslegung des Alltags Bd. 2, Frankfurt a. M. 1992.

31 Zitiert nach: Schockenhoff, Eberhard: Krankheit – Gesundheit – Heilung. Wege zum Heil aus biblischer Sicht, Regensburg 2001, 8.

Sie definiert Gesundheit als „Zustand eines umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Begünstigt wird die „Diesseitsreligion“ Gesundheit/Fitness durch die starken hedonistischen Strömungen in der postmodernen Kultur. Auf der Seite der subjektiven Erfahrungen kommt in der „Diesseitsreligion“ Gesundheit/Fitness zum Ausdruck, dass die eigene Körperlichkeit zu einem bevorzugten Gegenstand von Transzendenzenerfahrungen wird. Die Körpererfahrung zeichnet sich durch eine besondere Unmittelbarkeit, Intensität und Authentizität aus. Je unsicherer und unübersichtlicher die Alltagserfahrungen in der Postmoderne werden, desto attraktiver erscheint die Konzentration auf die eigene Körpererfahrung. Im neueren philosophischen Diskurs wird Gesundheit als ein „transzendentes Gut“ charakterisiert. „Von derartigen Gütern gilt allgemein, dass sie nicht alles sind, alles aber ohne sie nichts ist“.³² Als „heilig“ gilt in der Postmoderne, eigene Lebenspläne entwickeln und realisieren zu können. Gesundheit ist dafür die fundamentalste Voraussetzung wie Krankheit für den Wunsch nach einer autonomen Lebensplanung die schärfsten Einschränkungen mit sich bringt. Die „Diesseitsreligion“ Gesundheit/Fitness knüpft an Tendenzen zur Sakralisierung des Selbst an. Aus einem gesteigerten Selbstbezug und einer aufgewerteten Selbstsorge entwickeln sich im postmodernen Kontext Tendenzen zur Selbstverehrung. Das eigene Ich oder Selbst wird zur Letztinstanz.³³

Die „Diesseitsreligion“ Gesundheit/Fitness wird von starken gesellschaftlichen Interessen gestützt und gefördert. In den schrumpfenden Gesellschaften des Westens konzentrieren sich die

32 Kersting, Wolfgang: Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, in: Ders. (Hrsg.): Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist 2000, 477.

33 Kaufmann, Franz-Xaver: Selbstreferenz oder Selbstverehrung? (Anm. 9).

ökonomischen Wachstumsinteressen auf eine expandierende Gesundheitswirtschaft. Auf die religiösen Momente des postmodernen Gesundheitssystem hat mit Nachdruck der Theologe und Arzt Manfred Lütz hingewiesen:

„Gesundheit ist heutzutage ein großer Wirtschaftsfaktor mit krisenfesten Zuwachsraten. Das hat mit einem revolutionären Wandel im Wertegefüge der westlichen Gesellschaften zu tun. Das religiöse Vakuum ist mehr und mehr von der ‚Gesundheit‘ ausgefüllt worden. Gesundheit gilt inzwischen unwidersprochen als ‚höchstes Gut‘. Unsere Gesundheitsgesellschaft toleriert jeden albernen Scherz über Jesus Christus, aber bei der Gesundheit hört der Spaß auf. Es gibt Wallfahrten zum Spezialisten, asketische Diätbewegungen, Fitness-Studios als Stätten der Herstellung von Gesundheit durch fromme Übungen,..., staatlich geförderte Missionskampagnen – gegen Rauchen, gegen Trinken, gegen Essen. ... Es gibt massenhafte Erweckungsbewegungen wie Städtemarathons, Hunderte von Geboten, Ernährungssünden und ein stets schlechtes Gewissen, salbungsvolle Reden und Schriften, Gesundheitspäpste, Irrlehren, die mit inbrünstiger Gläubigkeit geglaubt werden, und die Scholastik der ‚Schulmedizin‘“.³⁴

In der Gesundheitswirtschaft propagiert man die Reduktion der gesetzlichen Solidarsysteme für Gesundheit auf Minimalleistungen. Damit soll Raum geschaffen werden für einen expandierenden Gesundheitsmarkt. Die Interessenvertreter unbegrenzter wissenschaftlicher Forschung stützen sich auf die „Diesseitsreligion“ Gesundheit, wo sie sich im Kampf gegen ethische Grenzen in der Stammzellforschung zum Beispiel auf eine „Ethik“ bzw. ein Recht auf Heilung berufen. „Die Ethik“ – so Manfred Lütz – „war einmal der argumentative, kontroverse, philosophische Diskurs über Moral. Sobald aber heute jemand ‚Ethik des Heilens‘ sagt, ist Ende der Debatte, dann wird es sakral: Wollen Sie etwa einem muskovis-

34 Lütz, Manfred: Gesundheit als Religion, in: Welt am Sonntag, 9. 8. 2005.

zidosekranken Kind erklären, aus welchen absurden ethischen Gründen Sie ihm nicht helfen wollen, sagte sinngemäß der frühere Bundespräsident Roman Herzog. Wer als Grund nennt, dass man keinen Menschen am Beginn seiner Existenz opfern darf, um einen anderen Menschen zu heilen, gilt als zynisch³⁵.

6. Herausforderungen für Christentum und Kirche

Der postmoderne Kontext begünstigt – so lässt sich zusammenfassen – die Diesseitsreligion Gesundheit/Fitness. Das Verhältnis von Jenseits- und Diesseitsreligion darf aber nicht im Sinne eines einfachen Nullsummen-Spiels missverstanden werden: Was die christliche Religion verliert, gewinnen die Diesseitsreligionen. Zur Postmoderne gehört, dass die Menschen typischerweise Diesseits- und Jenseitsreligionen miteinander mischen. So sind in Deutschland die Tendenzen zu esoterischen Praktiken und Vorstellungen unter den Christen nicht weniger stark vertreten als unter den Nichtchristen.

Meines Erachtens ist das Christentum durch die Diesseitsreligion Gesundheit auf doppelte Weise herausgefordert. Zum einen hat es kritisch auf die Widersprüche und Paradoxien der Diesseitsreligion Gesundheit hinzuweisen. Die Sakralisierung von Gesundheit und Selbst macht auf charakteristische Ambivalenzen und Gefährdungen der postmodernen Kultur aufmerksam. Wo Gesundheit zum letzten Sinnhorizont und das Selbst zum Gegenstand letzter Verehrung werden, tun sich für die Lebensbewältigung leicht unhintergehbare Paradoxien auf: Die Sakralisierung von Gesundheit und Selbst haben die Tendenz, die Menschen mit nicht einlösbaren Allmachtsfantasien auszustatten. In ihr lebt in

35 Ebd.

individualisierter Form die Idee der Weltbeherrschung und der absoluten Kontrolle über die eigene Umwelt fort. Es sind nicht zuletzt Allmachtsansprüche, die zum Rückgriff auf magische Mittel der Selbst- und Weltkontrolle motivieren. Die Sakralisierung von Gesundheit und Selbst geraten auf Schritt und Tritt in Widerspruch zur unabweisbaren Einsicht in die Endlichkeit menschlicher Lebensexistenz. Der unbegrenzte Kontroll-, Autonomie- und Freiheitsanspruch führt in neue Abhängigkeiten hinein: von der ewiges Leben in Aussicht stellenden Medizin, von einem asketischen Sportprogramm, vom Konsum von Lifestyle-Medikamenten und von medizinischen Eingriffen ohne Ende zur Verbesserung des Wohlbefindens.

Dem gegenüber bietet das Christentum die Chance, die medizinische Heilung in ein umfassendes Konzept von Heil einzuordnen. Es gehört zu den Kennzeichen der Entwicklungen innerhalb des Christentums, dass Heilung und Heil in der Postmoderne wieder eine gewissen Nähe finden.³⁶ Zu einem solchen Verständnis von Heil und Heilung gehört auch die Fähigkeit, mit der Unverfügbarkeit von Gesundheit und Krankheit umzugehen zu können.³⁷ Eine Kultur im Umgang mit dem Unverfügbaren der menschlichen Lebensexistenz gehört zu den zentralen Leerstellen der postmodernen Kultur. Wie eine körperbezogene Liturgie und eine Seelsorge, die die postmoderne Selbstsorge Ernst nimmt, verdeut-

36 Stolz, Fritz: Austauschprozesse zwischen religiösen Gemeinschaften und Symbolsystemen, in: Drehsen, Volker/Sparr, Walter (Hrsg.): Im Schmelztiegel der Religionen. Konturen des modernen Synkretismus, Gütersloh 1996, 15-36; Neuhold, Leopold: Religion und katholische Soziallehre (Anm.10), 79ff.; zum biblischen Verständnis von Krankheit und Heilung siehe: Kostka, Ulrike: Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion, Münster 2000, 11-215.

37 Kaufmann, Franz-Xaver: Religion und Modernität, Tübingen 1989, 265ff.; Gabriel, Karl: Optionen verbandlicher Caritas im Streit um die Zukunft sozialer Dienste, in: Krämer, Werner u.a. (Hrsg.): Neoliberalismus als Leitbild für kirchliche Innovationsprozesse, Münster 2000, 106f.

Gesundheit als Ersatzreligion

lichen können, beziehen sich die Hoffnungen des Christentums nicht nur auf eine jenseitiges, körperloses Seelenheil. Der christliche Glaube, das zeigt die neuere Forschung, vermag zum Heilungsprozess beizutragen.³⁸ Er befreit gleichzeitig von den Zwängen einer absolut gesetzten Gesundheit und den Widersprüchen einer Heilung um jeden Preis.

38 Frick, Eckhard: Widerstand oder Ergebung?, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 50 (2004), 371-383.

II Medizinische Grundlagen

Was versteht die Medizin heute unter „Krankheit“?

Christoph Klein

Einleitung

Jeder von uns war schon einmal krank, jeder weiß um das Phänomen der Krankheit aus der Sicht des Patienten. Einige unter uns arbeiten als Ärzte und sind tagtäglich mit Krankheiten in ihren verschiedenen Manifestationsformen konfrontiert. Als Patienten und Ärzte hinterfragen wir den Begriff der Krankheit in aller Regel nicht, sondern setzen voraus, dass er gegeben sei. Die Klärung dieser Voraussetzungen ist nicht nur eine theoretische Frage, sondern hat durchaus sozialpolitische Bedeutung. Wir finden in der aktuellen 10. Auflage der „International Classification of Diseases“ eine Auflistung von Krankheitsentitäten, die zum Bezugssystem für die Abrechnungsmodalitäten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geworden ist.

Doch was für eine „Entität“ stellt eine Krankheit eigentlich dar? Können wir überhaupt von Krankheiten als „distinkten Einheiten“ sprechen?

Die Vorstellung von der Krankheit als einer Einheit wurde als erstes von Platon im Dialog *Timaios* formuliert: „denn in ihrer Struktur ähnelt jede Krankheit irgendwie dem Wesen der lebendigen Kreatur. Denn die Konstitution dieser Kreaturen hat ihnen wahrhaftig Lebensspannen vorgeschrieben, die für die Spezies als Ganzes gelten, und gleicherweise hat jede einzelnen Kreatur, abgesehen von notwendigermaßen sich ereignenden Unfällen, eine von der Natur bestimmte Lebensdauer... und wenn immer jemand, trotz der vorbestimmten Lebenszeit, diesem Rhythmus durch Arzneien Gewalt antut, so müssen viele und schwere Krankheiten anstelle von weni-

gen und leichten auftreten. Darum sollte man alle Krankheiten, soweit sie einem dazu Zeit lassen, besser mit Diät behandeln, und nicht ein nun einmal vorhandenes Übel durch Arzneien reizen.“¹

Seit dem 17. Jahrhundert gab es Strömungen in der Medizin, alle Krankheiten einer Systematisierung zu unterwerfen. So schrieb Thomas Sydenham (1624-1689): „Zunächst einmal müssen alle Krankheiten in bestimmten und genau beschriebenen Gattungen zusammengefaßt werden, und das muss mit der gleichen Sorgfalt geschehen, wie die Botaniker sie in ihren Phytologien anwenden; da es zur Zeit vorkommt, dass viele Krankheiten, obwohl sie als zum selben Genus gehörig angesehen und mit einem gemeinsamen Namen bezeichnet werden, sich auch in vieler Hinsicht ähnlich, nichtsdestoweniger doch verschiedener Natur sind und verschieden behandelt werden müssen“.²

Sydenham lässt sich von der Frage leiten, ob es Krankheiten als distinkte Entitäten gibt, die sich mit gleicher Symptomatologie präsentieren und einen ähnlichen Verlauf zeigen, oder ob Krankheiten sich jeweils nur in kranken Individuen zeigen, die sich im Charakter ihrer Störungen von anderen Individuen unterscheiden. Er kam zu dem Schluss, dass sich bestimmte Grundformen von Krankheiten unterscheiden lassen. „Die Natur verfährt in der Hervorbringung der Krankheiten so gleichmäßig und beständig, dass die gleiche Krankheit bei verschiedenen Menschen mit zum größten Teil gleichen Symptomen auftritt, so dass sich dieselben Phänomene, die in der Krankheit eines Sokrates auftreten, sich auch bei einem Dummkopf beobachten lassen.“³

1 Timaios, 89, zitiert nach Rather, Leland Joseph: Zur Philosophie des Begriffs „Krankheit“, in: Roths Schuh, Karl E. (Hrsg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung, Darmstadt 1975, 287f.

2 Sydenham, Thomas: Medical Observations concerning the history and the cure of acute diseases. Aus dem Lateinischen übersetzt von R.R. Latham (London 1948), Vol. 1,13, zitiert nach Roths Schuh 1975, 290f.

3 Ebd., 191f.

Was versteht die Medizin heute unter „Krankheit“?

Was im 17. Jahrhundert noch revolutionär war, wird heute kaum noch hinterfragt. Die „International Classification of Diseases“ ist Ausdruck unserer modernen nosologischen Klassifizierung, und nicht frei von substanzontologischen Deutungen.

Gegen diese substanzontologischen Vorstellungen ist einzuwenden, dass sich lebensweltlich Krankheit nicht als eigenes Sein, sondern vielmehr als Mangel, als Fehlen, als existentielles Defizit manifestiert. Das althochdeutsche Wort „krank“ bedeutet: siech, schwach, im Mittelhochdeutschen meint „kranc“ kraftlos, aber auch verdreht, krumm. Diese Bandbreite des Begriffs deutet sich auch in anderen Sprachen an. Das lateinische „aeger“ bedeutet beschwerlich, das englische „ill“ böse/schlimm, das französische „maladie“ von mal auch schlecht. Kranksein wird universal als Hinfälligkeit, als Schmerz, als Entgleisung, als Notstand interpretiert. Kranksein ist subjektiv, und die Trennschärfe zur Abgrenzung von krank und gesund ist in der Vielschichtigkeit dieser Erfahrungen oft schwer realisierbar.

Christoph Wilhelm Hufeland weist darauf hin, dass Krankheit immer den Begriff von Gesundheit voraussetzt. „Man kann keine krumme Linie definieren, ohne erst die gerade richtig bestimmt zu haben“⁴.

Aber auch die Definition einer „geraden Linie“ stellt uns vor Schwierigkeiten, die offenbar werden, wenn wir den Begriff der Gesundheit näher einzugrenzen versuchen. Dies wird zum Beispiel durch den Gesundheitsbegriff der WHO verdeutlicht:

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ (1946)

4 Hufeland, Christoph Wilhelm: Ideen über Pathogenie und Einfluss der Lebenskraft auf Entstehung und Form der Krankheiten als Einleitung zu pathologischen Vorlesungen, Jena 1795, in: Hufeland, Christoph Wilhelm: Begriff und Wesen der Krankheit, zitiert nach Rothschuh 1975, 19.

Welcher Mensch kann sich in Anbetracht dieser Definition als „gesund“ bezeichnen?

Gesundheit gilt hier als Idealzustand, der nur approximativ zu erreichen ist. Schon bei Hufeland entspricht die (absolute) Gesundheit einem Idealzustand, „ein durchaus vollkommener regelmäßiger und harmonischer Zustand der Organe, Kräfte, und Funktionen des menschlichen Wesens, – gleichsam das Ideal der Gesundheit. – Dies ist ein Zustand, der sehr selten [...] angetroffen wird, und, nach dieser Bestimmung, wäre jetzt der allergrößte Teil der zivilisierten Menschen krank.“⁵

Gesundheit und Krankheit stellen somit zwei Grenzzustände dar, welche ein Zwischengebiet zwischen gesund und krank absteckten, welches von den alten Ärzten als „ne-utrum“, als neutralitas gesehen wurde. Gesundheit und Krankheit können dabei als Pole der menschlichen Existenz betrachtet werden, die aber nie für sich als kategoriale Entitäten abgegrenzt wurden, sondern immer ineinander verschränkt waren. Beide Begriffe sind nicht statisch, sondern prozessual, sie bedingen sich je nach individueller, sozialer und geschichtlicher Situation in verschiedener Weise.

Im folgenden soll daher zunächst eine historische Übersicht über den Panoramawandel der Krankheitskonzepte gegeben werden, um so den Bezugsrahmen und die Voraussetzungen der modernen Medizin abzustecken.

*Geschichte des Begriffs „Krankheit“ in den Epochen der Medizingeschichte,
Panoramawandel der Krankheitskonzepte*

Die ältere griechische Antike kannte nur zwei Krankheitskategorien: die äußeren Verletzungen und die inneren Erkrankungen. Während die äußeren Krankheiten dem direkten ärztlichen Zugriff

5 Ebd.

Was versteht die Medizin heute unter „Krankheit“?

zugänglich waren, bedurften die inneren Krankheiten eines Reinigungs- und Sühnerituals zu ihrer Heilung. Diese Krankheiten wurden mythisch erklärt als Strafe der zornigen Götter oder als von den Göttern gesandte Plage. In den Erga des Hesiod entfliehen Übel und Krankheit der Büchse der Pandora, um die Menschen heimzusuchen. Eine Rationalisierung des Krankheitsbegriffs findet sich in den naturphilosophischen Traktaten der Vorsokratiker. Physiologie wurde verstanden als logos der physis, als Lehre der natürlichen Lebensvorgänge im Organismus. Auf der Suche nach dem kosmischen Urstoff fanden die Naturphilosophen archaische Grundprinzipien, die in Beziehung gesetzt wurden zum menschlichen Körper, zu Gesundheit und Krankheit. Dies konnte bei Anaximenes die Luft sein, bei Thales das Wasser. Alkmaion von Kroton (um 540 v.C.) betonte die Bedeutung einer ausgewogenen Balance verschiedener Elemente, wenn er schreibt: „Die Erhaltung der Gesundheit beruhte auf der Gleichstellung der Säfte, das heißt des Feuchten und Trockenen, des Kalten und des Warmen, des Bitteren und des Süßen. Die Alleinherrschaft einer dieser Säfte bewirkt Krankheit“.⁶

Hippokrates von Kos, geboren um 460 v.C. bemühte sich, natürliche Erklärungen für Krankheiten zu geben. Er ordnete den vier Naturelementen der jonischen Naturphilosophie (warm, kalt, feucht, trocken) die vier Körpersäfte zu (Blut, Schleim, Galle, Schwarzgalle). Krankheiten entstanden nach Hippokrates durch Umwelt- und Nahrungseinflüsse, mangelnde Ausscheidung und einem fehlgesteuerten Affekthaushalt. Das Schrifttum der hippokratischen Schule, das Corpus Hippocraticum, beschreibt Gesundheit als Harmonie der Säfte und Kräfte und Krankheit als Entgleisung dieser Harmonie. Auch die ärztlichen Interventionen orien-

6 Schipperges, Heinrich: Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte, Berlin/Heidelberg/New York 1999, 28.

tieren sich an diesem Gleichgewicht. Der Arzt ist der Steuermann des stets labilen Gleichgewichts. Er kann die Zeichen der Krankheiten lesen und deuten. Sein Ziel ist es, das Gleichgewicht zu erhalten und störende Einflüsse abzuwehren. Damit wird im *Corpus Hippocraticum* erstmals eine systematische Theorie der Pathologie vorgestellt, welche die Ätiologie, die Pathogenese, die Symptomatologie und die Therapie umfasst. Diese Vorstellungen prägten das Bild von Krankheit und Gesundheit bis ins Mittelalter. Die sogenannte Humoralpathologie, welche die Krankheit als Verstimmung der Säfte interpretierte, wirkte über Galenos, den Leibarzt Marc Aurels, bis zu Paracelsus im 16. Jahrhundert.⁷

Im 17. Jahrhundert vollzog sich ein Wandel der Vorstellung von Krankheit, als die Wissenschaft zu einer Entdeckungsreise der Welt und des Menschen aufbrach. René Descartes schied die Welt der Erscheinungen in eine *res extensa* und eine *res cogitans*. Das gesamte Weltbild wurde revolutioniert, und der menschliche Körper fortan als Maschine erachtet, die einer mechanistischen Betrachtung zugänglich ist. Diese Wendung hatte wichtige Auswirkungen auf das Verständnis von Krankheit. Man fokussierte sich auf Evidenzen, die Wirklichkeit des leidenden Patienten rückte in den Hintergrund. In diese Zeit fällt die Erfindung des Mikroskopes durch Jan Swammerdam (1637-1680) in Amsterdam und Antoni von Leeuwenhoek (1632-1723) in Antwerpen. Von Leibniz auch als „herrlichstes Instrument zur Untersuchung der natürlichen Geheimnisse“⁸ bezeichnet, stellte diese Erfindung einen Meilenstein in der Geschichte der Naturwissenschaft dar. Das Mikroskop erweiterte das Blickfeld auf die Ebene der Gewebestruktur und Zellen. Das Fokussieren der Linsen erlaubte die Darstellung des Mikrokosmos. Malpighi visualisierte in dieser Zeit erstmals die

7 Die moderne Naturheilkunde rezipierte diese Vorstellungen auch mehr oder weniger kritisch. Dies spiegelt sich in Ausschlackkuren und Reinigungsprozeduren wider.

8 Leibniz zitiert nach Schipperges 1999, 99.

roten Blutkörperchen und legte somit die Basis für die hämatologische Morphologie. Man sah den menschlichen Körper als Organismus, der sich durch die Mittel der Mechanik, Statik, Hydraulik und Optik auf seine physikalische Kausalität hin untersuchen ließ. Dieses „iatrophysikalische“ Krankheitskonzept wurde von Johannes Alphonsus Borelius in seiner Schrift „De motu animalium“ im Jahre 1679 folgendermassen beschrieben: „Und gleicherweise geschehen die Verrichtungen der Tiere von mechanischen Ursachen, Instrumenten und Verhältnissen, nämlich durch die Waage, den Hebel, die Winde, das Hebrad, den Keil, die Schraube usw. Und da die wissenschaftliche Kenntnis dieser überhaupt Mathematik ist, so wird es wahr sein, dass Gott bei der Konstruktion der Organe der Tiere Geometrie ausübt und wir bei dem Verständnis derselben der Geometrie bedürfen, welche die einzige und angepasste Wissenschaft ist, damit der göttliche, in den Tieren geschriebene Kodex gelesen und verstanden werden kann.“⁹

Hinzu kam die Vorstellung, dass die Heilkunde im Ganzen nur dann fortschreiten könne, wenn sie das Bild des Menschen nicht mehr spekulativ (*ex ingenio*) zeichne, sondern sich durch wissenschaftliche Erfahrung (*ex experientia*) leiten lasse. Damit wurde die Medizin zu einem großen Experimentierfeld, auf dem es dem Arzt oblag, Bildung und Erfahrung mit kritischem Beobachten und Experimentieren zu vereinen.

Für das Konzept der Krankheitsbegriffe waren nun nicht mehr humoralpathologische Vorstellungen, sondern vielmehr solidarpathologische Konzepte maßgeblich. Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) verstand es, das immer größer werdende Wissen der Anatomie des Menschen mit physiologischem Denken zu verknüpfen, und so eine neue Deutung von Krankheiten zu ermöglichen. In seine Hauptschrift „De sedibus et causis morborum“

⁹ Zitiert nach Schipperges 1999, 100.

verlagert er die Krankheitserkenntnis vom Wesen des Krankseins auf den Sitz der Erkrankung. Die Ursachen der Krankheiten lokalisierte man in die Organe. Damit wurde das anatomische Wissen endlich klinisch relevant.

Für Francois Magendie (1783-1855), Professor am College de France in Paris, war die Medizin nichts anderes als die „Physiologie des kranken Menschen“. Er sah in der Physiologie die Lehre von den Funktionen des gesunden Organismus und in der Pathologie die Lehre von gestörten Funktionen des kranken Organismus. Mit dieser Vorstellung setzte er den Rahmen der modernen Krankheitslehre, so wie sie noch heute in den medizinischen Fakultäten vermittelt wird. Seine Grundthese besagte, dass die Lebewesen von denselben physikalischen und chemischen Gesetzen abhängig sind wie die anorganischen Prozesse. Den Naturwissenschaften der Physik und Chemie wurden damit neue Applikationsfelder geöffnet, sie sollten die Physiologie auf ein wissenschaftlich solides Fundament stellen. Damit wurde die Heilkunde zu einer angewandten Naturwissenschaft.

Claude Bernard (1813-1878) führte das Erbe Magendies fort. Durch die experimentelle Methode sollte die Medizin zu einer wirklichen Wissenschaft werden. In seiner „Einführung in die experimentelle Medizin“ steckt Bernard das Ziel ab: „Die Gesundheit zu erhalten und die Krankheiten zu heilen: das ist das Problem, das die Medizin von Anfang an gestellt hat und dessen wissenschaftliche Lösung sie noch immer verfolgt.“¹⁰ Dieses Ziel kann die Medizin nur durch eine experimentelle Methode erreichen.

10 Bernard, Claude: Einführung in das Studium der experimentellen Medizin (Paris 1865), zitiert nach Schipperges 1999, 129.

Was versteht die Medizin heute unter „Krankheit“?

*Neue Aspekte durch die Molekularbiologie und Entwicklung
der molekularen Medizin*

Der Begriff der „molekularen Medizin“ wurde von Linus Pauling geprägt, als er 1949 die molekulare Ursache der Sichelzellenanämie publizierte. In seinem Artikel im Science Magazine zeigte er, dass die Sichelzellenanämie durch eine Punktmutation im beta Globin Gen verursacht wird. Daraus resultiert eine veränderte Proteinesequenz, und das mutierte Hämoglobin führt zu einer sichelförmigen Verformung der roten Blutkörperchen.

Damit ist ihre Plastizität und ihre Fähigkeit, Sauerstoff in die Endorgane zu transportieren, drastisch eingeschränkt.

Pauling sah bereits 1949 den Beginn einer Molekularisierung der Medizin und sagte voraus, dass die Expression und Funktion der Gene eines Tages auch auf molekularer Ebene zur Behandlung von Krankheiten beeinflusst werden könne. Diese Vorstellung ist es, die das Leitmotiv der Molekularen Medizin vorgibt.

In diesem Zusammenhang spielt die Genetik eine fundamentale Rolle. blieb die Disziplin der Genetik zunächst der Grundlagenwissenschaft verpflichtet, so änderte sich die Optik der Genetik durch die enorme Erweiterung ihres Handlungshorizontes dank der Entwicklung neuer Werkzeuge, die den Raum der experimentellen Möglichkeiten drastisch erweiterten. Diese Werkzeuge der Molekularbiologie sind Enzyme wie Restriktionsendonukleasen, Transkriptasen, Ligasen etc, die die Manipulation der DNA und damit eine rekombinante DNA-Technologie erst ermöglichten.

Rheinberger hat die Transformation der Genetik von einer deskriptiven zu einer molekularbiologischen Wissenschaft analysiert.¹¹ Er zeigte auf, dass die klassischen biophysikalischen, bio-

11 Vgl. Rheinberger, Hans Jörg: Jenseits von Natur und Kultur. Anmerkungen zur Medizin im Zeitalter der Molekularbiologie, in: Borck, Cornelius (Hrsg.): Anatomien medizinischen Wissens, Frankfurt a. M. 1996, 287-306.

chemischen und genetischen Techniken innerhalb der Disziplin der Molekularbiologie zunächst auf die Konstruktion einer experimentellen Umgebung zielten, die eine Repräsentation intrazellulärer Konfigurationen im extrazellulären Raum erlaubten. Durch die Entwicklung der rekombinanten DNA Technologie wurde es möglich, das genetische Programm eines Organismus gezielt zu verändern, und somit anhand von sogenannten „Modellorganismen“ die Funktion einzelner Gene oder Proteine zu untersuchen. Er schreibt „Der Organismus selbst wird in ein Labor verwandelt. Von nun an zählt nicht mehr die extrazelluläre Repräsentation intrazellulärer Prozesse, d.h. das „Verstehen“ des Lebens, sondern vielmehr die intrazelluläre Repräsentation eines extrazellulären Projekts, d.h. die „Umschreibung“ des Lebens.

Die Erkenntnisse der Molekularbiologie hatten fundamentale Bedeutung für die Medizin. 50 Jahre nach der Prophezeiung von Linus Pauling konstatieren viele Protagonisten einen tiefgreifenden Wandel der Medizin. So schreibt Detlev Ganten: „Mit der Erschließung der genomischen Ebene als Angriffspunkt für Diagnostik, therapeutische Intervention und Prävention stehen wir am Beginn einer neuen Ära der Molekularen Medizin, deren wesentliches Kennzeichen die Anwendung von gentechnischen Methoden für die Erkennung, Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten auf molekularer Ebene ist“¹².

12 Ganten, Detlev/Ruckpaul, Klaus: Molekulare Medizin, in: Raem, Arnold Maria u.a. (Hrsg.): Gen-Medizin. Eine Bestandsaufnahme, Berlin 2001, 3-19.

Was versteht die Medizin heute unter „Krankheit“?

Krankheitsverständnis der molekularen Medizin

Der implizite Krankheitsbegriff der molekularen Medizin besteht darin, dass strukturelle oder funktionelle Defekte auf der Ebene der Zellen oder Gene zur Krankheit führen und dass Kranksein ein Epiphänomen dieser speziellen molekularen Konfiguration ist. Paradigmatisch für das moderne Krankheitskonzept der modernen naturwissenschaftlichen Medizin formuliert Christopher Boorse: „A disease is a type of internal state which is an impairment of normal functional ability or typical efficiency“¹³ So befindet sich ein Mensch als Träger einer genetischen Mutation einem „internal state“, welcher sich zu einem späteren Zeitpunkt klinisch manifestieren kann. Man kann also Krankheiten haben, lange bevor man krank wird.

Drei Spezifika kennzeichnen die Veränderungen, die durch die Genetisierung der Medizin Bedeutung gewonnen haben, die Ausweitung des Begriffes der genetischen Erkrankung, das Operieren mit dem Konzept des genetischen Risikos, und veränderte Definitionen der Normen, die die Grundlage der Abgrenzung von normal und pathologisch darstellen.

Ad 1) Ausweitung des Begriffs der genetischen Erkrankung auf somatische Mutationen

Immer mehr Krankheiten werden mit genetischen Veränderungen in Zusammenhang gebracht. Genetisch bedingt im herkömmlichen Sinne bezog sich auf vererbte Veränderungen, auf Genveränderungen, die durch die Keimbahn weitergegeben wurden. Mittlerweile beziehen wir den Begriff der „genetischen Erkrankung“ auch auf somatische Mutationen, d.h. auf genetische Ver-

13 Boorse, Christopher: A rebuttal on health, in: Humber, James M./Almeder Robert F. (Hrsg.): *What is Disease?*, Totowa 1997, 1-134.

änderungen, die in Zellen außerhalb der Keimbahn auftreten. Das bedeutet, dass auch nicht-erbliche Erkrankungen genetisch bedingt sein können. Illustriert wird diese Ausweitung des genetischen Krankheitsverständnis durch einen Blick in eine Datenbank. Victor McKusick initiierte vor ca. 30 Jahren eine Katalogisierung von vererbten Krankheiten. Dieser ständig aktualisierte Katalog, der „Mendelian Inheritance of Man“ ist online verfügbar und repräsentiert das gesammelte Wissen über genetisch determinierte Erkrankungen. Die Zahl der im McKusick Verzeichnis gelisteten Erkrankungen betrug im Jahre 1992 5.000, im Jahre 1998 10.000 und liegt im Jahr 2005 bei über 16.000 Einträgen. Dies veranschaulicht sehr deutlich, dass immer mehr Erkrankungen auf eine genetische Ursache zurückgeführt bzw. mit einer genetischen Alteration assoziiert werden können.

Zu diesem Formenkreis werden heute auch multifaktorielle Erkrankungen wie Diabetes, Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und viele andere gerechnet. Allerdings bleibt zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar, wie die Kausalverhältnisse zu definieren sind. Keineswegs kann man nämlich davon ausgehen, dass das Vorliegen einer bestimmten Mutation zwangsweise zum Auftreten einer bestimmten Krankheit führt.

Bei einigen monogenen Erkrankungen ist die Genotyp-Phänotyp-Korrelation allerdings sehr deutlich. In diesen Fällen führen genetische Mutationen z.B. zu einem kompletten Fehlen von wichtigen Proteinen. Die Folge sind zelluläre Dysfunktionen, die zu gestörten Entwicklungsprozessen oder fehlerhafter Organfunktion führen. Allerdings muss einschränkend auch darauf hingewiesen werden, dass auch viele monogenetische Erkrankungen nicht immer diesem Determinismus folgen. Als Beispiel sei die Mukoviszidose genannt, eine Erkrankung mit zunehmender Verschleimung der Bronchien und der Bauchspeicheldrüse, die durch Mutationen in einem NaCl Kanal Protein hervorgerufen wird. Der Schweregrad dieser Erkrankung ist abhängig von einer Vielzahl

Was versteht die Medizin heute unter „Krankheit“?

anderer Gene, sogenannter „modifying genes“, und wird durch Umwelt- und Verhaltensfaktoren moduliert. Die Mutation im CFTR Gen ist damit zwar eine notwendige, keineswegs aber eine hinreichende Bedingung für die klinische Manifestation der Mukoviszidose.

Ad 2) Begriff des Risikos, genetische Prädisposition

Auch wenn heute sehr viele Erkrankungen mit genetischen Alterationen in Verbindung gebracht werden, so ist, wie bereits erwähnt, eine deterministische Kausalrelation vom Genotyp zum Phänotyp in den meisten Fällen keineswegs offensichtlich. Zu komplex sind die Variablen, die die Ausprägung eines spezifischen Merkmals, z.B. den Phänotyp einer bestimmten Erkrankung, definieren.

Daher treten probabilistische Konzepte in den Vordergrund. Man spricht von genetischer Prädisposition und führt den Begriff des Risikos ein. In Unkenntnis aller entscheidenden Variablen wird empirisch festgestellt, dass bei Vorliegen eines spezifischen Genotyps eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass eine Erkrankung auftritt.

Das Risiko für Frauen, im Laufe ihres Lebens ein Mammacarcinom zu entwickeln, liegt in Europa bei etwa 10%. 5-10% aller Fälle sind erblich bedingt, definiert durch das Auftreten der Erkrankung bei mehreren Familienangehörigen über mehrere Generationen. Durch die Identifizierung von Mutationen in zwei Genen, BRCA1 und BRCA2, wurde diese erbliche Bedingtheit durch molekulare Analysen definiert. Beide Gene spielen eine wichtige Rolle für die Aufrechterhaltung der Integrität des Genoms und sind in Reparaturkomplexe der DNA eingebunden.

Allerdings entwickeln nach gegenwärtigem Kenntnisstand „nur“ ca 80% der Patientinnen, welche eine Mutation in BRCA1 oder BRCA2 tragen, im Laufe ihres Lebens ein Mammacarcinom, ihr Risiko liegt also bei 80%. Unklar ist derzeit, welche anderen, mo-

difizierenden Einflüsse, für das Auftreten der Krebserkrankung verantwortlich sind.

Natürlich darf nicht darüber hinweggesehen werden, dass der Einzug stochastischen Denkens in die Medizin nicht primär durch die Genetik bedingt ist. Dieser ist vielmehr auf die Einführung empirischer Therapiestudien zurückzuführen. Es war die Frage nach der besten Behandlung, die durch kontrollierte Studien beantwortet werden sollte. Theoretisch-dogmatische Systeme wurden verlassen, und die empirische Überprüfung durch methodisch validierte Studien trat an ihre Stelle.¹⁴ Dies erforderte die Entwicklung von statistischen Verfahren, um die probabilistische Natur der therapeutischen Erfahrung abzubilden.

Die Akzeptanz der Wahrscheinlichkeitsrechnung bei der Betrachtung therapeutischer Alternativen wirkt sich nun auch auf die Diagnostik aus. Die präzise Erfassung genetischer Charakteristika durch molekularbiologische Methoden erlaubt nun im Vorfeld der Manifestation einer Erkrankung eine objektive Befunderfassung, ohne dass daraus auf deterministische Weise eine Prädiktion ermöglicht würde.

Ad 3) Redefinition der Krankheit als genetische Normabweichung

In naturwissenschaftlicher Perspektive wurden Krankheiten immer schon als Normabweichungen verstanden. Der „Befund“ in seiner quantifizierbaren Größe diente als klinisches Korrelat einer Erkrankung. Dies konnte die tastbar vergrößerte Milz sein, die verringerte Zahl der weißen Blutkörperchen, oder die auffälligen

14 Tröhler, Ulrich: Die therapeutische „Erfahrung“ – Geschichte ihrer Bewertung zwischen subjektiv sicherem Wissen und objektiv wahrscheinlichen Kenntnissen, in: Köbberling, Johannes (Hrsg.): Die Wissenschaft in der Medizin: Selbstverständnis und Stellenwert in der Gesellschaft, Stuttgart/New York 1993, 65-81.

Strukturen in einem Röntgenbild. Die interindividuelle Norm als Bezugsgröße wird in all diesen Fällen durch eine statistische Erhebung definiert. Normal ist, was in einen Bereich fällt, der durch den Durchschnitt \pm zwei Standardabweichungen begrenzt wird.

Mit der Rückführung von Erkrankungen auf genetische Mutationen stellt sich nun die Frage, wie die genetische Norm definiert wird, bzw. welche Abweichungen als pathologisch charakterisiert werden. Per definitionem gelten genetische Veränderungen, die mit einer Häufigkeit von weniger als 1% auftreten als Mutationen, und solche, die mit einer Häufigkeit von mehr als 1% auftreten, als Polymorphismen, d.h. als Varianten des Normalen. Immer mehr Polymorphismen werden allerdings mit dem Risiko für das Auftreten einer bestimmten Erkrankung in Verbindung gebracht. Daraus resultiert eine neue Unschärfe der Norm. Möglicherweise werden wir eines Tages die statistische Verteilung aller Polymorphismen kennen, damit ergäbe sich die Möglichkeit, für die Sequenz eines jeden Gens eine Normverteilung zu konstatieren. Ähnlich wie die konventionellen Befunde würden sodann genetische Befunde sich durch eine statistische Norm kategorisieren lassen.

Darüberhinaus führt die Genetisierung der Krankheiten dazu, dass Krankheiten von ihren Symptomen entkoppelt werden. Aus genetischer Sicht wird es möglich, den Krankheitsbegriff auf Zustände und Normvarianten auszudehnen, die bislang nicht als „krank“ angesehen wurden. Wenn genetische Abweichungen zur Grundlage der Definition von Krankheiten erhoben werden, so ergibt sich daraus, dass auch Prädispositionen und Risiken in den medizinischen Blick genommen werden und möglicherweise ärztliche Interventionen rechtfertigen könnten. Damit würde sich eine präventive und prädiktive Medizin von den konventionellen Handlungsrahmen abkoppeln, die in der Vergangenheit das Aktionsfeld der Medizin gebildet haben. In der Tat sehen wir heute eine zunehmende Tendenz in diese Richtung.

Christoph Klein

Kritische Anmerkungen

– Kritik der naturalistischen Sicht der molekularen Medizin –

Die molekulare Medizin postuliert einen methodischen Primat der Naturwissenschaften, indem sie feststellt, dass das sicherste Wissen von den Naturwissenschaften hervorgebracht wird, die die Natur immer wieder neu entdecken und immer präziser abbilden. Sie führt pathologische Veränderungen auf klar definierbare genetische Mutationen zurück. Damit operiert sie mit einem scheinbar objektiven Krankheitsbegriff. In einer Gleichsetzung von genetischer Veränderung und Krankheit übersieht sie allerdings, dass damit zwei inkongruente Begriffe übereinandergelegt werden.

Die Molekularbiologie kann zwar „das menschliche Genom detailliert bis in die einzelnen Bestandteile beschreiben. Bei dieser Vorgehensweise entdeckt man freilich allenfalls Vielfalt, niemals jedoch Krankheit. Auch die zahlreichen Versuche, über Modelle des Schadens, der Entgleisung, der Normwidrigkeit, des Ungleichgewichtes, der mangelnden Harmonie, der speziestypischen Funktion oder ähnlichem nach einem umfassenden Kriterium für Krankheit zu suchen, haben an den grundsätzlichen Schwierigkeiten nichts geändert. Denn in diesen Fällen hat man längst mit den aufgezählten Modellen der Abweichung ein Kriterium herangezogen, das nicht so ohne weiteres einer Beschreibung der Natur zu entnehmen ist.“¹⁵

Die Gleichsetzung von genetischer Mutation und Krankheit stellt somit einen Fehlschluss dar. Bleibt also zu klären, anhand welchen Maßstabes sich Kriterien für die Begriffe „krank“ und „gesund“ bestimmen lassen können, wenn die statistische Norm der in der Natur erfahrbaren Phänomene dies nicht adäquat zu leisten vermag. Der französische Medizinthoretiker Georges Can-

15 Wiesing, Urban: Gene, Krankheit und Moral, in: Kunst- und Ausstellungshalle der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.): Gen-Welten, Köln 1998, 95-99.

guilhem weist in seiner Schrift „Das Normale und das Pathologische“ darauf hin, dass sich biologische Normen immer auf das Individuum beziehen sollten, denn der könne unter bestimmten organischen Voraussetzungen in seinem ihm zugehörigen Milieu den daraus erwachsenden Aufgaben gerecht werden, während bei dem anderen dieselben Voraussetzungen seinen Aufgaben unangemessen seien.¹⁶

Unter dieser Voraussetzung lässt sich das Handeln des Arztes nicht durch einen Rekurs auf eine statistische Norm rechtfertigen, da diese als überindividuelle Norm keine inhaltliche Bestimmung des Krankseins ermöglicht.

Die molekulare Medizin hat bedeutsame Erkenntnisse gezeitigt, sie ist den Kinderschuhen entwachsen und reklamiert Anerkennung im Spektrum des naturwissenschaftlichen Fächerkanons. Dass ihr diese auch zuteil wird, zeigt sich unter anderem in der Gründung neuer Studiengänge, in denen „Mediziner ohne Patienten“ ausgebildet werden. Dies ist durchaus zu begrüßen. Wichtig erscheint mir allerdings auch eine kritische Selbstbestimmung dieser neuen Disziplin. Diese kann unter Umständen durch das kritische klinische Denken geschärft werden. Das traditionelle Verständnis des klinisch tätigen Arztes setzt nämlich voraus, dass sehr mannigfaltige Erfahrungstatsachen zur Beurteilung der Diagnose und zur Empfehlung der Therapie integriert werden, die sich keineswegs auf die Kenntnis genetischer Sequenzen reduzieren lassen. Gegen eine rein genetische Sicht lässt sich ebensoviel einwenden wie gegen eine rein morphologische oder rein psychologische Betrachtung. Leland Joseph Rather wies im Jahre 1958 darauf hin, dass der Irrtum, „Fallacy of misplaced concreteness“, den Alfred North Whitehead als typisch für den naiven physikalischen Materialismus des 19. Jahrhunderts ansah, immer wieder auch in den

16 Canguilhem, George: Das Normale und das Pathologische. (übersetzt von Monika Noll und Rolf Schubert), München 1974, Kap IV.

kultiviertesten und wissenschaftlich hochstehenden medizinischen Gedankengängen auftaucht.¹⁷ Die Mannigfaltigkeit der Erfahrung wird regelmäßig auf einen Nenner reduziert, dann wird diesem Nenner wirkliche Existenz zugebilligt und die Wertigkeit der verbleibenden Erfahrungstatbestände wird annulliert.

Insofern kann durch einen Rekurs auf die ärztlich-klinische Aufgabe und das mit ihr verbundene Ethos eine korrigierende Wirkung erreicht werden. Fritz Hartmann, der erste Rektor der Medizinischen Hochschule Hannover und kritische Denker der Medizin, schreibt:

„Lebensweltliche Erfahrung und Selbstverständnis von Menschsein hat also das Verstehen immer über das Begreifen, Vernunft immer über Verstand, Verständnis über Erklärung, Gewissen auch über Wissen gestellt“¹⁸.

Mit diesem Verweis auf die lebensweltliche Erfahrung wird deutlich, dass Krankheit nicht auf die naturwissenschaftlich zu erhebenden Befunde reduziert werden kann. Oder anders ausgedrückt: „Kranksein ist nicht ein natürliches Epiphänomen von Krankheit, sondern Krankheit ein kulturelles Epiphänomen von Kranksein“¹⁹.

17 Rather, Leland Joseph: Zur Philosophie des Begriffs „Krankheit“. Zitiert nach Rothschild 1975, 305.

18 Hartmann, Fritz: Verständigung als ärztliche Aufgabe, in: Medizinische Klinik 2/2000, 104-107.

19 Schmidt-Wilcke, Tobias: Krankheiten – Entdeckungen oder Konstruktionen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 49 (2003), 77-86.

Macht Glaube gesund?

Eckhard Frick SJ

1. Eine medizinische Annäherung an den Glauben

Es wäre nur ein scheinbarer Erkenntnisfortschritt, wenn wir diese Frage mit einem einfachen „Ja“ oder „Nein“ beantworteten. Die Faith-and-Health-Forschung scheint solche Antworten nahe zu legen. Blättert man die „Apotheken-Rundschau“ durch, die viele unserer Patienten regelmäßig konsultieren, so wird dort an alles Mögliche „geglaubt“: Wirksamkeit schul- oder alternativmedizinischer Heilmittel, Kleeblätter, Sternschnuppen und Schornsteinfeger. Es kann allerdings kaum darum gehen, in einer unspezifischen Weise die Leichtgläubigkeit kranker Menschen zu fördern. Vielmehr kommt es darauf an, durch klare Begriffe die Fragestellung einzugrenzen und damit einen Teil möglicher Missverständnisse zu vermeiden.¹

Bei unserer Frage geht es offensichtlich erneut um einen der kausalen Zusammenhänge, von denen in diesem Band immer wieder die Rede ist. Gemeint ist der ursächliche Zusammenhang, der uns aus neutestamentlichen Heilungsberichten bekannt ist. „Dein Glaube hat dir geholfen“ heißt es da, z.B. im Dialog mit jener Frau in Markus 5, die seit zwölf Jahren unter Blutungen gelitten hatte. Seit einiger Zeit wird der „faith factor“ auch verstärkt in der Gesundheitsforschung diskutiert. Mein eigener Erfahrungsbereich ist die psychotherapeutische Arbeit mit tumorkranken Menschen

1 Vgl. Neumann, Josef N.: Religion und Krankenbehandlung – eine medizinisch-kulturanthropologische Verhältnisbestimmung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009), 111-129.

(Psychoonkologie). Ich werde also nicht über somatoforme Störungen und andere primär psychogene Krankheiten sprechen, bei denen suggestive Momente, der Placeboeffekt und die Arzt-Patient-Beziehung („Übertragungs-Heilung“) ohne Zweifel eine zentrale Rolle spielen. Vielmehr beschränke ich mich auf somatopsychische Zusammenhänge, also auf die Frage der Krankheitsverarbeitung (Coping) bei schweren körperlichen Erkrankungen. Als Ärzte interessiert uns die Frage „Macht Glaube gesund?“ über die Krankheitsverarbeitung hinaus im Zusammenhang mit der Lebensqualität. Die Frage erfordert eine interdisziplinäre Zugangsweise, medizinisch-psychotherapeutisch und theologisch zunächst,² dann aber auch im Dialog mit den Nachbardisziplinen Religionssoziologie und Religionspsychologie. Zu diesem Dialog möchte ich im folgenden einladen.

Um die Frage logisch handlicher zu machen, möchte ich sie in eine zweistellige Ursachenrelation

$$U \leftrightarrow U(a, u)$$

umformen, wobei a der Platzhalter für ein Verursachtes, u hingegen für die Ursache sei, in unserem Fall also:

$$U \leftrightarrow U(g, r/s),$$

wobei g für „gesund“ und r/s für „Religion / Spiritualität“ stehen mögen, also für den noch näher zu beleuchtenden Bereich des „Glaubens“. Der philosophische Erkenntniskritiker in der Tradition Humes und Kants wird schon an dieser Stelle seine Skepsis gegenüber dem Kausaldenken überhaupt einbringen.³ Das Miss-

2 Vgl. Frick, Eckhard: Spiritual Care – ein neues Fachgebiet der Medizin, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009), 145-155.

3 Vgl. Frick, Eckhard: Wer ist schuld? Das Problem der Kausalität in Psychiatrie und Psychoanalyse. Eine Untersuchung zu Martin Heideggers Zollikoner Seminaren. Mit einem Geleitwort von Christian Scharfetter, Hildesheim/Zürich/New York 1993.

Macht Glaube gesund?

trauen ist zugleich ein theologisches. Klassisch gesprochen, haben wir es stets mit *Zweitursachen* zu tun. Hingegen können wir *die* Erstursache, welche wir Gott nennen, nicht als Variable in unsere Kausalgleichungen einsetzen. Nicht zuletzt stammt das Misstrauen gegenüber dem Kausalmythos aus ärztlich-psychoanalytischen Überlegungen. Ärzte *und* Patienten verwenden gern einfache Kausalmythen, um Krankheiten zu „erklären“ und „Ursachen zu beseitigen“: Erreger, Karzinogene und auch pathogene frühkindliche Komplexe. Wie ein Dämon wird die Ursache „ausgetrieben“. Mit dieser projektiv-exorzistischen Strategie kommen wir recht weit, erleiden jedoch bei den meisten chronischen Krankheiten Schiffbruch, jedenfalls beim gegenwärtigen Stand der me-dizinischen Forschung. Die Ethnologen Luc de Heusch und François Laplantine haben deshalb in Analogie zu „exorzistisch“ das Kunstwort „adorzistisch“ gebildet, mit dem sie die *Annahme* der Krankheit als Weg der Heilung beschreiben.⁴ Bei unserer Gleichung

$$U \leftrightarrow U(g, r/s)$$

haben wir es mit einem positiven Kausal-Mythos zu tun, zum Beispiel bei dem in methodisch angesehenen Studien⁵ gefundenen Ergebnis:

„Kirchgänger leben länger“

Eine bemerkenswerte Feststellung! Der „faith-factor“ wird ohne Umschweife und empirisch wasserdicht im Sinne des „Praktizierens“ operationalisiert, das auch schon die ältere Pastoraltheologie und Religionssoziologie kannte und das im „Zählen der Gottes-

4 Vgl. Laplantine, François: *L'anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris 1986/1993.

5 Vgl. Oman, Doug/Thoresen, Carl E.: „Does religion cause health?: Different interpretations and diverse meanings, in: *Journal of Health Psychology* 7 (2002), 365-380.

dienstbesucher“ zu kirchenstatistischen Zwecken immer noch geübt wird. Und auch „längeres Überleben“ als Operationalisierung von r/s ist ein hartes, messbares Outcome.

In bivariaten statistischen Untersuchungen erweist sich der Kirchgang als unabhängiger Schutzfaktor, der das Sterberisiko um etwa 25 % reduziert.⁶ Solche statistischen Aussagen sind aus der Epidemiologie wohl bekannt, z.B. was das Zigarettenrauchen als Risikofaktor für Bronchial-Carcinom und kardiovaskuläre Erkrankungen betrifft.⁷ Man darf derartige Korrelationen jedoch nicht vorschnell kausal interpretieren.

Wer im Feld der Gesundheitspsychologie und Epidemiologie kausale Aussagen machen möchte, muss sich auf das statistisch komplizierte Feld der Regressionsanalysen begeben. So kann der bivariate Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Krebs-Inzidenz getestet werden, indem zunächst eine Liste möglicher konfundierender Variablen in ein Regressionsmodell einbezogen werden, z.B. Geschlecht, Alter, Lungenfunktion, Depression, Spiritualität usw. Am Schluss wird Zigarettenrauchen eingegeben. Wahrscheinlich wird es sich als zusätzlicher und eigenständiger Prädiktor erweisen. Wenn nicht, sind wir einem Kovarianz-Fehler zum Opfer gefallen, der z.B. von der Reihenfolge der berücksichtigten Prädiktoren abhängen kann oder von der fehlenden Unterscheidung zwischen konfundierenden und vermittelnden Variablen.⁸

Sollen wir also möglichst viele, besonders die Kranken, in die Kirche schicken oder schlicht Beten verordnen,⁹ Gesund-Beten, wie wir im Deutschen ein wenig zweiflerisch sagen? Als Priester

6 Vgl. Powell, Lynda H./Shahabi, Leila/Thoresen, Carl E.: Religion and spirituality. Linkages to physical health, in: *American Psychologist* 58 (2003), 36-52.

7 Vgl. Miller, William R./Thoresen, Carl E.: Spirituality, religion, and health: an emerging research field, in: *American Psychologist* 58 (2003), 24-35.

8 Vgl. ebd.

9 Vgl. Sloan, Richard P. u.a.: Should physicians prescribe religious activities?, in: *New England Journal of Medicine* 342 (2000), 1913-1916 (Discussion: 1339-1342).

Macht Glaube gesund?

freue ich mich, wenn ich mit einer großen Gemeinde Gottesdienst feiern kann, und wenn gerade die Mühseligen und Beladenen des Evangeliums den Weg in die Kirche finden. Dennoch ist mein Misstrauen gegenüber der Instrumentalisierung des Glaubens für das Gesundwerden oder -Bleiben durch die klugen, interdisziplinär theologischen und medizinischen Überlegungen von Sloan et al. eher gewachsen. Auch die angedeuteten methodisch-statistischen Probleme mahnen zur Vorsicht. Schieben wir also die Konsequenzen noch ein wenig auf und behandeln wir nach einander die drei Terme unserer Gleichung

$$U \leftrightarrow U(g, r/s)$$

2. U: Das kausale Netz zwischen Gesundheit und Glauben

Im folgenden möchte ich nicht Forschungsergebnisse aneinander reihen, die inzwischen schon nicht mehr nach Originalarbeiten, sondern nach Metaanalysen zählen.¹⁰ Sie alle lassen seit den 90er Jahren den „faith factor“ als ernst zu nehmenden Forschungsgegenstand erscheinen, wenn auch in den USA immer noch mehr als in Europa. Auf diese bedeutsamen sozio-kulturellen Unterschiede müssen wir noch eingehen. Auch wenn der „faith factor“ meist als protektiver Prädiktor gehandelt wird, darf darüber die ältere religionskritische Sicht nicht vergessen werden, nämlich mögliche *negative* Auswirkungen von *r/s* auf die Gesundheit.¹¹

10 Vgl. Koenig, Harold G./McCullough, Michael E./Larson, David B. (Hrsg.): *Handbook of Religion and Health*, Oxford u.a. 2001; Powell, Lynda u.a.: *Religion and spirituality* (Anm. 6); Baumann, Klaus: *Religiöser Glaube, persönliche Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen und Fragen im interdisziplinären Feld von Theologie und Religionswissenschaft, Medizin und Psychotherapie*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55 (2009), 131-144.

11 Vgl. Miller, William R./Thoresen, Carl E.: *Spirituality, religion, and health* (Anm. 7); Stefanek, Michael/McDonald, Paige Green/Hess, Stephanie A.: *Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges*, in: *Psycho-Oncology* 14 (2005), 450-463.

Ich möchte also gewissermaßen einen Schritt zurück treten und fragen: Welches theoretische Modell steckt hinter diesen Studien und wo lohnt es sich am ehesten, weiter zu fragen und weiter zu forschen? Bevor Konstrukte entstehen, Erhebungsmethoden entwickelt, Daten gesammelt und statistisch ausgewertet werden, brauchen wir nämlich eine Vorstellung davon, wie die beiden Eckterme **g**, **r/s** zusammen hängen, welche Forschungsfragen wir stellen und welche Hypothesen wir formulieren und testen möchten. Ich halte diesen ersten Schritt für den wichtigsten in unserer Diskussion, vor allem im interdisziplinären Dialog zwischen Medizin, Theologie, Soziologie und Psychologie. Freilich leben wir nicht im luftleeren, d.h. ergebnisfreien Raum. Die weithin popularisierten Zahlen haben ihr eigenes Gewicht. Umso wichtiger ist es, dass wir uns von diesen Ergebnissen möglichst frei machen und ein Modell diskutieren, auf das wir uns mehr oder weniger gut einigen können.

Eine letzte Vorbemerkung: Es wäre auch möglich, mit Begriffsdefinitionen anzufangen, vor allem was die schwierigen Terme **g**, **r/s** angeht. Ich möchte dies jedoch ein wenig aufschieben, weil auch die Diskussion des kausalen Netzes etwas zur Definition beiträgt. Vor allem aber schicke ich voraus, dass wir uns mitten in einem Definitionsprozess befinden, der noch nicht abgeschlossen ist und der möglicherweise zur Umbenennung ganzer Wissenschaftsbereiche führen wird. Dies gilt besonders für den Religionsbegriff. Wer sich mit Glauben und Gesundheit befasst, gerät leicht in die Gefahr eines Kategorienfehlers. Vielleicht ist so die große Zurückhaltung der älteren medizinischen Forscher in dieser Frage zu verstehen, vor allem in Deutschland (Schuster, bleib bei deinem Leisten). Aber auch Theologen warnen vor dem medizinisch-spirituellen „Hexengebräu“.¹² Fällt es doch den meisten Ärzten schon

12 Lawrence, Raymond J.: The witches' brew of spirituality and medicine, in: *Annals of Behavioral Medicine* 24 (2003), 74-76.

schwer genug, die streng biologische zu einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise¹³ zu erweitern. Wie also lässt sich der spirituelle Bereich innerhalb eines bio-psycho-sozialen Modells denken, im Sinne eines bio-psycho-sozio-spirituellen Gesundheitsmodells?¹⁴ Dafür vier Interpretationsweisen, für deren Nachweis jeweils die anderen kontrolliert werden müssen, d.h. gemessen wird ein von diesen möglicherweise konfundierenden variablen unabhängiger Einfluss.¹⁵

Der **psycho-biologische** Pfad entspricht am ehesten dem klassischen medizinischen Modell. Er beruht auf zwei Annahmen:

1. **r/s** hat einen Einfluss auf psychische Befindlichkeiten, z.B. durch Erschließung von Sinn-Ressourcen, eine Balance von internaler und externaler Kontrolle oder durch Mobilisierung positiver Gefühle wie Freude, Hoffnung, Optimismus. Von all dem kann man einen positiven Beitrag zur Krankheitsverarbeitung erhoffen.
2. diese mentalen Zustände wirken sich auf körperliche aus, z.B. auf neuroimmunologischen, endokrinen oder autonom-nervösen Wegen.

Der **psycho-behaviorale** Pfad teilt die Annahme (1) mit dem psycho-biologischen, sieht aber die Vermittlung durch

3. gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, z.B. durch religiös motivierte Suchtmittel-Abstinenz oder Auswirkungen auf Charakter, Willensstärke, Selbstwirksamkeit usw.

13 Vgl. Engel, George L.: The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, in: Science 196 (1977), 129-36.

14 Vgl. O'Connell, Kathryn A./Skevington, Suzanne M.: The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain, in: British Journal of Health Psychology 10 (2005), 379-398.

15 Nach Oman, Doug/Thoresen, Carl E.: „Does religion cause health?“ (Anm. 5).

Der „psi“-Pfad überspringt alle Vermittlungen des Modells und behauptet einen direkten, unvermittelten Einfluss von **r/s** auf gesundheitsbezogene Outcomes. Beispiele wären Doppel-Blind-Studien, in denen zufallsverteilt für eine Patientengruppe gebetet wird,¹⁶ oder sogar „Dreifach-Blind“-Studien, in denen außer Betern und Forschern niemand über die ablaufende Studie unterrichtet ist.¹⁷ Die gerade publizierte STEP-Studie¹⁸ kann keine der von den Autoren formulierten Hypothesen hinsichtlich positiver Effekte des Fürbittgebetes bestätigen. Hervorzuheben ist jedoch eine wichtige Forschungs-Nebenwirkung: Patienten, die wussten, dass für sie gebetet wird, hatten signifikant häufiger Komplikationen nach ihrer kardialen Bypass-Operation. Möglicherweise waren sie eher verunsichert als beruhigt angesichts der Tatsache, dass ihre Namen in einem ihnen unbekanntem Kloster beim Abendgebet erwähnt wurden. Übersprungen werden in derartigen Studien häufig die Diagnostik des Spirituellen und die immer noch unklare Wertigkeit des Spirituellen im Bereich der Gesundheit. Es handelt sich um ein supranaturalistisches Weltbild, das natürliche Vermittlungen nicht berücksichtigt. So darf die Beziehung zwischen den Betern und den ‚Gesund-Gebeteten‘, das *Miteinander-Beten* aus fragwürdigen methodischen Gründen keine Rolle spielen.

16 Vgl. Byrd, Randolph C.: Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population, in: South Med. J. 81 (1988), 826-829.

17 Für eine ausgewogene Diskussion siehe Utsch, Michael: Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität, Stuttgart 2005.

18 Vgl. Benson, Herbert u.a.: Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: A multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer, in: American Heart Journal 151 (2006), 934-942.

Die „any pathway“-Interpretation schließt alle Pfade ein.

Im folgenden möchte ich mich in einem zweiten Durchgang den einzelnen Einflussgrößen des Modells zuwenden. Dieser zweite Durchgang dient auch der forschungsgeschichtlichen Rekapitulation.

Die einfachste Gestalt hat dieses Modell, indem wir links untere Variable **r/s** auftragen, rechts **g** in der vertrauten negativen Form, nämlich als Pathologie, die beseitigt werden soll.

Im klassischen medizinischen Modell geschieht dies durch Erkennung und Behandlung von Krankheiten. Der **r/s**-Bereich wird nicht berücksichtigt, bestenfalls als Privatsache der Patienten respektiert. Soziologisch gesehen, haben die Überzeugungen der Patienten, der Träger und auch der Ärzte als Privatpersonen nichts mit der Dienstleistung Medizin zu tun.

Spätestens im Zusammenhang mit der so genannten „compliance“-Forschung kam jedoch in den Blick, dass das beste Medikament nicht wirken kann, wenn es vom Patienten nicht genommen wird. Es braucht also ein geeignetes Gesundheitsverhalten, das die paternalistische Medizin „compliance“ nennt. Eine gute Compliance führt zu einer zuverlässigen Medikamentenwirkung, sodass die pharmakologische Wirkung sich auch wirklich entfalten kann, *und* sie erhöht die Wirksamkeit der „Droge Arzt“, wie sie Michael Balint nannte, also im Falle verabreichter Medikamente den „Placeboeffekt“. Religiöse Ermahnungen, oft ebenso paternalistisch wie der „Glaube an die Medizin“, sind zur Motivationsförderung willkommen, ohne dass psychische Vermittlungen beachtet werden. Als negativ gelten religiöse Einstellungen, die auf alternative Wege führen oder sogar offen zur Behandlungsverweigerung auffordern (z.B. Verbot der Bluttransfusion für Zeugen Jehovas).

Eine immer noch stark unterschätzte Wirkungsweise des Glaubens auf gesundheitsbezogene Outcomes ist die *Soziale Unterstüt-*

zung, also die adaptive, vom Patienten als hilfreich erlebte Hilfe durch Ehepartner, Familie und Freunde. Umgekehrt lässt sich zeigen, dass die inadäquate Soziale Unterstützung einen ungünstigen Einfluss auf das Befinden schwer Kranker haben kann.¹⁹ Problematische Unterstützung kann beispielsweise in überfürsorglichen, entwertenden oder technisch-unterkühlten Interaktionen bestehen. Die jüngste Bearbeitungsschicht des Hiobbuches (die klerikal-besserwisserischen „Freunde“, ca. 3. Jahrhundert vor Christi Geburt) stellt das klassische literarische Beispiel problematischer sozialer Unterstützung dar. Angehörige onkologischer und anderer schwer kranker Menschen werden vom medizinischen System oft für die Patientenversorgung „fest eingeplant“, aber nicht ihrerseits ausreichend unterstützt und entlastet.

In den USA sind kirchliche Gemeinden und Gruppen eine wesentliche Quelle der sozialen Unterstützung. Dies stellt einen großen Unterschied zu den professionalisierten sozialen Diensten in Europa dar und muss bei der Interpretation von kausalen Aussagen über den Zusammenhang von Glaube und Gesundheit berücksichtigt werden.

3. Gesundheit

„Gesundheit“ wird hier im alltagssprachlichen Sinn verstanden, der sich auch im medizinsoziologischen Begriff der Krankenrolle widerspiegelt. Alltagssprachlich haben wir nämlich eine recht klare Vorstellung davon, wann wir krank sind und uns dann dem Arbeitgeber gegenüber „krank melden“ und auch sozial so behandelt

19 Vgl. Frick, Eckhard u.a.: Is perceived social support a predictor of survival for patients undergoing autologous peripheral blood stem cell transplantation?, in: *Psycho-Oncology* 14 (2005), 759-770.

werden. Wir erkennen an den sozialen Konsequenzen (Zuwendung, Schonung, Pflege usw.) bzw. dem sekundären Krankheitsgewinn den Zustand des Krankseins, noch bevor wir einen Arzt als Experten für Diagnose und Therapie aufgesucht haben.

Es ist oft gesagt worden, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit und als umfassende bio-psycho-soziale und spirituelle Ressource aufzufassen. Die Wert-Schätzung der Gesundheit geht so weit, dass eine große Kranken-Kasse sich in Gesundheits-Kasse umbenannt hat. Der präventive Aspekt der Gesundheit kommt in vielfältigen Wellness- und Erlebnisangeboten zum Ausdruck, die den Krankenhausgeruch durch die kultivierte und sportive Atmosphäre von Gesundheits-Zentren ersetzen wollen.

Angesichts der Brüchigkeit und Vergänglichkeit unserer leiblichen Existenz wirken derartige Umdeutungen der Gesundheit wie Reaktionsbildungen, wie kompensatorische Allmachtsphantasien angesichts drohender und letztlich tödlicher Krankheiten. Die Medizin wird zur gesellschaftlichen Agentur derartiger Allmachtsphantasien. Ihre großartigen Errungenschaften seit der Einführung „kausaler“ (auf der Beseitigung von Erregern beruhender) Behandlungen von Infektionskrankheiten werden weniger mit dankbarem Staunen als mit grenzenloser Erwartung wahrgenommen.

Die völlige Wiederherstellung einer jugendlich-vitalen Gesundheit (die *Restitutio ad integrum* der alten Ärzte) steht als unausgesprochenes Ziel hinter den vielen gesundheitsbezogenen Outcomes medizinischer Behandlung und Forschung. Dieses Ziel lässt sich auch als *Heilung* im Sinne des englischen *to cure* verstehen. Über den kurativen Ansatz in der Onkologie und anderen medizinischen Fachgebieten hinaus wächst jedoch die Akzeptanz für den palliativen Ansatz, d.h. für die ärztliche Behandlung im Dienst von Symptomkontrolle, Linderung und Verbesserung der Lebensqualität. Im Verlauf der Behandlung eines Patienten kann eine Therapie-

ziel-Änderung, d.h. ein Wechsel vom kurativen zum palliativen Ziel erforderlich werden.²⁰

Das Ziel der Heilung (im Sinne von *to heal*, mit den Konnotationen der Ganzheit und der Versöhnung an den Grenzen des Lebens) ist nicht den Jungen, Schönen und Starken vorbehalten. Wir nennen es Heilung (im Sinne von *to cure*), wenn ein Patient mit unserer Hilfe darum kämpft, „den Krebs zu besiegen“. Heilung darf jedoch nicht medizinisch-instrumentell oder fundamentalistisch auf aktive Bemühungen eingeschränkt werden. Heilung (im Sinne von *to heal*) kann aber auch noch in den letzten Stunden des Lebens geschehen, wenn kurativ-medizinisch „nichts mehr zu machen“ ist, aber doch noch viel zu tun (und zu lassen) bleibt. Auch dies nennen wir Heilung.²¹ Die Kirche nennt mit Ignatius von Antiochien die Eucharistie „Heilmittel der Unsterblichkeit“ (*phármakon athanasías*) und sie spricht von Buße und Krankensalbung als den „Sakramenten der Heilung“. Diese Sakramente sind für alle Beteiligten anrührende Rituale des Übergangs, des Geschehenlassens einer Heilung, die wir nicht in der Hand haben.

Gelegentlich droht die kirchliche Rede von der Heilung indes zu einer weltfremden Metaphorik zu verkommen. Eine Theologie der Heilung kann jedoch nur dann ihr kritisches Potenzial gegenüber therapeutischen oder religiösen Allmachtsphantasien entfalten, wenn sie sich am *Bittgebet* orientiert. Das Bittgebet hat christlich die Form der Vaterunser-Bitte: „Dein Wille geschehe...“ (Matthäus 6,10). In diesem Sinn lässt sich sagen, dass die Bitte um Gesundheit auch die Bitte um das Sterbenkönnen einschließt. Die Praxis der liturgischen Texte und Riten, besonders die Feier der Kranken-

20 Vgl. Borasio, Gian Domenico/Putz, Wolfgang/Eisenmenger, Wolfgang: Neuer Beschluss des Bundesgerichtshofs: Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt, in: Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), A-2062 / B-1716 / C-1620.

21 Vgl. Frick, Eckhard: Psychosomatische Anthropologie. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Unterricht und Studium (unter Mitarbeit von Harald Gündel), Stuttgart 2009.

Macht Glaube gesund?

salbung, berücksichtigt jedoch in großem Realismus die Situation des Kranken und seiner Umgebung. Sie tröstet gerade durch die Betonung der Stärkung, ob nun der Tod unmittelbar bevorsteht oder aber eine Genesung eintritt:

„Durch diese heilige Salbung helfe dir der Herr in seinem reichen Erbarmen, er stehe dir bei mit der Kraft des Heiligen Geistes“ (Salbung auf der Stirn).

„Der Herr, der dich von Sünden befreit, rette dich, in seiner Gnade richte er dich auf“ (Salbung auf den Händen).

4. Religion / Spiritualität

Wir befinden uns mitten in einem Begriffs-Wandel von „Religion“ als dem ursprünglichen Breitbandbegriff zu „Spiritualität“ als dem weiteren und „Religion“ als dem engeren Begriff.²² Dieser Begriffswandel ist in der medizinischen und psychologischen Gesundheitsforschung bereits vollzogen, die Religionspsychologie und -soziologie scheinen zu zögern. In der Religionssoziologie gibt es noch viele Autoren, die an einer Definition der Religion festhalten, die so breit sein müsse, um auch „pseudo-religiöse“ Phänomene von religiöser Relevanz zu erfassen, „die außerhalb der institutionalisierten Religionsformen und historischen Religionen anzutreffen sind, wie Astrologie, New Age, Okkultismus, Tischrücken oder Telepathie“²³. „Spiritualität“ hat sich von einer binnenkatho-

22 Vgl. Grom, Bernhard: Spiritualität – die Karriere eines Begriffs. Eine religionspsychologische Perspektive, in: Frick, Eckhard/Roser, Traugott (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart 2009, 12-17.

23 Pollack, Detlef: Säkularisierung – ein moderner Mythos? Studien zum religiösen Wandel in Deutschland, Tübingen 2003, 33.

lischen Bezeichnung für bestimmte Frömmigkeitsformen (Laien-spiritualität, ignatianische oder zisterziensische Spiritualität usw.) zu einem breiten, recht unscharfen Sammelbegriff für die Sinnsuche des postmodernen Menschen entwickelt. In religionswissenssoziologischer Hinsicht sind in Europa die folgenden Tendenzen zu beachten: Desäkularisierung, Deinstitutionalisierung und Glaube ohne institutionelle Zugehörigkeit (believing without belonging). Der Vergleich europäischer Wertestudien aus verschiedenen Ländern erlaubt darüber hinaus eine Differenzierung nach Generationen und Regionen in Europa.²⁴ „Von außen“, insbesondere aus dem angelsächsischen Bereich, kommt die spirituelle Sinnsuche als zeitgenössische Form der Mystagogie auf Kirche und Theologie zu, noch dazu in einem Kontext des interreligiösen Dialogs. Gewiss bedarf die gegenwärtige spirituelle „Mode“ der kritischen Sichtung und der Unterscheidung der Geister. Entscheidend ist jedoch, dass sie als Zeichen der Zeit ernst genommen und nicht von oben herab als esoterisch abgetan wird.²⁵

Es gibt grundsätzlich zwei Weisen, die Größen *r/s* im medizinischen Bereich zu erfassen, nämlich validierte Messinstrumente, die den üblichen sozialwissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen und das ärztliche Gespräch selbst, die so genannte *spirituelle Anamnese*. In unserer Münchener Forschungsgruppe²⁶ verwenden wir hierzu den folgenden Gesprächsleitfaden:

24 Vgl. Lambert, Yves: A turning point in religious evolution in Europe, in: Journal of Contemporary Religion 19 (2004), 29-45.

25 Vgl. Sudbrack, Josef: Spiritualität – Modewort oder Zeichen der Zeit?, in: Geist und Leben 71 (1998), 198-211.

26 Vgl. Hagen, Thomas/Riedner, Carola: Spirituelle Anamnese, in: Frick, Eckhard/Roser, Traugott (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den Kranken Menschen, Stuttgart 2009, 229-234.

S Würden Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (religiösen/ spirituellen) Menschen betrachten?

In wen oder in was setzen Sie Ihre Hoffnung?

Woraus schöpfen Sie Kraft?

Gibt es etwas, das Ihrem Leben einen Sinn verleiht? Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig?

P Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben und für Ihre gegenwärtige Situation?

Welchen Einfluss haben sie darauf, wie Sie mit sich selber umgehen und in welchem Maß Sie auf Ihre Gesundheit achten?

Wie haben Ihre spirituellen und Glaubens-Überzeugungen Ihr Verhalten während dieser Erkrankung bestimmt?

Welche Rolle spielen Ihre Überzeugungen dabei, dass Sie wieder gesund werden?

I Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe)?

Bedeutet dies eine Unterstützung für Sie? Inwiefern?

Gibt es eine Person oder Gruppe von Leuten, die Ihnen wirklich viel bedeuten und die wichtig für Sie sind?

R Wie soll ich als Ihr Arzt / Seelsorger / Krankenschwester usw. mit diesen Fragen umgehen?

Wer ist Ihr wichtigster Gesprächspartner in Bezug auf spirituelle und Glaubens-Überzeugungen?

Welche Rolle sollen diese Überzeugungen in der ärztlichen Behandlung spielen?

Spirituelle und Glaubens-Fragen sind für Krank- und Gesundsein ein wichtiger Bereich. Haben Sie den Eindruck, dass wir über Ihre Überzeugungen so gesprochen haben, wie Sie es sich wünschen?

Möchten Sie etwas hinzufügen?

Dieses halbstrukturierte Interview orientiert sich an dem Akronym SPIR (entsprechend den Begriffen: **S**pirituelle und Glaubens-Überzeugungen; **P**latz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen; **I**ntegration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft / Gruppe; **R**olle des Arztes: Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?). Als wichtig erweist sich die Eingangsfrage, die möglichst offen formuliert sein muss, um keine falsch-negativen Ergebnisse zu erzielen. Beispielsweise kann der Begriff „Religion“ höchst aversive Erinnerungen oder Assoziationen an die Kirche wecken, sodass die Fortführung des Gesprächs auf dem Spiel steht. Andererseits weckt der Begriff „Spiritualität“ gerade bei einfachen Menschen unzutreffende Assoziationen (Spiritismus, Spirituosen, esoterische Anklänge). Das Adjektiv „gläubig“ erweist sich als hinreichend breit und einladend, um den Bereich abzudecken, um den es hier geht. Theologisch gesprochen, umfasst „Glaube“ die „fides quae creditur“ (*croyance*), also die Glaubens-Inhalte, *und* die „fides qua creditur“ (*foi*). Diese Haltung des personalen Vertrauens, die sich in der Tradition der drei Buchreligionen auf den Gott Abrahams richtet, sollte nicht exklusiv-konfessionell verstanden werden, sondern möglichst offen. Denn es geht hier um die anthropologischen Fundamente des Vertrauens, die jeder menschlichen Bindung (*attachement*) zugrunde liegen, die aber auch Loslösung, Abschied und Trauer (*détachement*) vorbereiten. Gerade darauf kommt es im Umgang mit der Grenze an, also in der Suche nach Sinn, Hoffnung und Transzendenz.

5. Schlussfolgerung: Glaube ist keine Wunderdroge

Die kausale Bedeutung der Krankheitsverarbeitung (Coping) und insbesondere des spirituellen Copings für Überleben, Krankheits-

Macht Glaube gesund?

verlauf, Lebensqualität und andere gesundheitsbezogene Endpunkte ist noch nicht abschließend geklärt. Beim gegenwärtigen Forschungsstand lässt sich jedoch sagen, dass zwei Positionen nicht (mehr) haltbar sind: 1. Die Tabuisierung des Spirituellen, die oft mit der Forderung professioneller Neutralität bzw. Inkompetenz begründet wird, die jedoch eine wichtige Ressource aus der Arzt-Patienten-Beziehung ausblendet; 2. die ungerichtete (fundamentalistische) Überhäufung der Patienten mit spiritueller Zuwendung, ob durch Besuche, Gesundheitsbetriebe oder Literatur. In diesem Beitrag wird deshalb für eine behutsame, alltagsnahe Diagnostik des Spirituellen plädiert, weil so am ehesten die Freiheit des kranken Menschen respektiert wird.

III

Philosophische Orientierungen

Gesundheit und Krankheit: philosophische Grundlagen und Perspektiven

Christoph Horn

1. Medizin und Philosophie – eine neue Problemlage

In früheren Jahren beschränkten sich thematische Begegnungen zwischen Medizin und Philosophie meist auf speziellere Probleme der medizinischen Praxis: auf Fragen des ärztlichen Ethos, der Arzt-Patienten-Beziehung, der Güterabwägung unter Knappheitsbedingungen, der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen, der Legitimität von Humanexperimenten, des Schwangerschaftsabbruchs, des Herz- oder Hirntodkriteriums, von aktiver und passiver Sterbehilfe, Patientenverfügungen etc. Für die Dringlichkeit und Brisanz der genannten Fragen gab es meist individuelle ethische oder politisch-soziale Gründe, beispielsweise Erfahrungen mit ärztlichem Paternalismus oder gesetzgeberische Notwendigkeiten bei der Grenzziehung für legitime Forschungsfelder. Dahinter verschwand jedoch allzu leicht die basale Frage, wie man Medizin – verstanden nicht so sehr als akademisches Fach, sondern im Sinn eines umfassenden gesellschaftlichen Subsystems – philosophisch zu interpretieren hat. Zwar liegt es auf der Hand, aufgrund welcher Erkenntnisinteressen sich Soziologie, Politikwissenschaft oder Ökonomie dem Gesundheitswesen zuwenden: nämlich zur Erörterung der sozialen, politischen und ökonomischen Aspekte von Arztpraxen, Kliniken, Apotheken, Pflege- und Reha-Einrichtungen, öffentlichen und privatwirtschaftlichen Institutionen medizinischer Forschung, der Sozialversicherungssysteme, Krankenkassen, der öffentlichen Gesundheitspolitik usw. Doch inwiefern

sich die Philosophie mit diesem System befassen könnte, schien bislang weit weniger klar zu sein.

Nun mag man darauf hinweisen, dass philosophische Fragen nach der grundlegenden Orientierung der Medizin intensiv diskutiert zu werden verdienen, weil sie den theoretischen Hintergrund bilden, ohne den sich die obengenannten spezielleren Probleme kaum angemessen klären lassen. Das ist sicher zutreffend; doch es gibt neuerdings einen triftigeren Grund, die philosophische Diskussion um die Fundamente des Medizinsektors verstärkt in Angriff zu nehmen. Ich meine die enormen Fortschritte, die in jüngerer Zeit von der Humangenetik, der molekularen Medizin, den Neurowissenschaften und generell von den Biowissenschaften erreicht worden sind. Die Problemlage hat sich durch diese Entwicklungen prinzipiell verändert, weil sich nunmehr die gesamte Ausrichtung des Medizinsektors grundlegend wandeln könnte. Ein zentrales Stichwort hierfür ist das des Enhancement. Enhancement meint eine ‚Optimierung‘ oder ‚Perfektionierung‘ des Menschen, welche durch neue medizinische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel einer Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit, der menschlichen Langlebigkeit, des Größenwachstums, des Wohlbefindens der kognitiven Fähigkeiten (Neuro-Enhancement) u.a. erreicht werden soll. Wenigstens grundsätzlich denkbar scheint zudem eine künftige Praxis der gezielten genetischen Merkmalsplanung und -korrektur zu sein (Eugenik). Bereits heute zeichnet sich – mit dem Boom der kosmetischen Chirurgie, von Lifestyle-Präparaten und zahlloser *anti-aging*-Methoden – eine Tendenz dazu ab, neben einer therapeutischen Medizin, die es mit der Heilung oder Linderung von Krankheiten zu tun hat, eine optimierende Medizin zu etablieren, deren Aufgabe in der Verbesserung suboptimaler individueller Merkmale läge.¹ Das scheint genau so-

1 Informativ dazu sind etwa die Arbeiten von Lanzerath und Lenk; vgl. Lanzerath, Dirk: Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikali-

lange kein Problem zu sein, wie die optimierende Medizin nicht in ein Konkurrenzverhältnis zur therapeutischen Medizin tritt. Genau dies scheint aber immerhin eine plausible Entwicklung zu sein. Dass es sich hierbei um eine sehr grundsätzliche Herausforderung für unser Verständnis von Medizin handelt, belegt der Report *Beyond Therapy* [2003], der von einer durch den früheren US-Präsidenten George W. Bush eingesetzten Kommission erarbeitet worden ist und die hochgradig kontroverse Debatte in den Vereinigten Staaten spiegelt. Es scheint schwer bestreitbar und wohl ohnehin nicht mehr grundsätzlich abwendbar zu sein, dass der allgemeine Zeitgeist und der ökonomische Druck eine langfristige Entwicklung begünstigen, die den Medizinsektor marktförmig revolutioniert. Wie weit die wahrscheinliche Kommerzialisierung oder Merkantilisierung des Medizinischen gehen darf, bleibt eine Frage, auf die sich im Augenblick noch Einfluss nehmen lässt. Sie ist von erheblicher Bedeutung für unser menschliches Selbstverständnis wie auch für die gesellschaftliche Zukunft.²

Im Folgenden werde ich einige der Probleme, die mit der veränderten Situation zusammenhängen, aus einer gütertheoretischen Perspektive zu behandeln versuchen. Wichtige Fragen sind hierbei: Welchen Zwecken soll die Medizin dienen? Welche Art von Gütern oder Übeln haben wir im Auge, wenn wir der Medizin einen so-und-so hohen Stellenwert beimessen? Sollen neben die klassischen Aufgaben der Medizin, also neben Prävention, Heilung, Lebenserhaltung, Schmerzlinderung und Rehabilitation, künftig auch

sierung der Lebenswelt? – Ein Werkstattbericht, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 7 (2002), 319-336 und Lenk, Christian: Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin, Münsteraner Bioethische Schriften Bd. 2, Münster 2002.

2 Vgl. auch Lenk, Christian: Die Unterscheidung von Therapie und Enhancement: Relevanz für die solidarische Finanzierung medizinischer Leistungen, in: Mazouz, Nadia/Werner, Micha H./Wiesing, Urban (Hrsg.): Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden 2004, 113-125.

solche Ziele wie kosmetische Optimierung, Lebensverlängerung, Vitalitätssteigerung, Genoptimierung oder kognitive Leistungs Zunahme treten? Wie könnte eine angemessene Verhältnisbestimmung von therapeutischer und optimierender Medizin aussehen? Um eine brauchbare Gegenüberstellung von therapeutischer und optimierender Medizin zu erhalten, scheint es mir sinnvoll, zunächst die Begriffe Gesundheit und Krankheit zu analysieren, die der therapeutischen Idee von Medizin zugrunde liegen (Abschnitt 2 und 3), und danach die Konzepte Optimierung und Perfektionierung genauer in Augenschein zu nehmen (Abschnitt 4). Danach werde ich einen behutsamen Vorschlag zu einer vereinheitlichten Sichtweise unterbreiten.

2. Vier philosophische Grundprobleme mit der Gesund-krank-Unterscheidung

Unsere gewöhnliche Gegenüberstellung von Gesundheit und Krankheit impliziert ein multidimensionales, schwer zu durchdringendes Bündel von Aspekten. Wollte man auch nur die wichtigsten medizinhistorischen, naturphilosophischen, naturwissenschaftlichen, systemtheoretischen oder soziokulturellen Bestandteile diskutieren, wäre dazu zweifellos eine längere Monographie erforderlich.³ Da es mir aber nicht um das Thema Gesundheit und Krankheit generell, sondern um den Konflikt zwischen therapeutischer und optimierender Medizin geht, lasse ich einige bedeutsame Themenfelder von vornherein beiseite. Zunächst sei erwähnt, dass ich mich nicht mit den unterschiedlichen Interpretationen der

3 Eine sorgfältige Auseinandersetzung mit zahlreichen dieser Aspekte liefert Lanze-rath, Dirk: Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg i.Br./München 2000.

Krankheitsgenese auseinandersetze – obwohl es einen erheblichen Unterschied macht, ob man ein szientistisches, kausal-explanatorisches Krankheitsverständnis vertritt oder mit einem persönlichkeitsbezogen-psychosomatischen Modell, einem systemtheoretischen oder auch holistischen Erklärungsmodell oder aber mit religiös-transzendenten Vorstellungen von der Krankheitsentstehung sympathisiert. Sodann lasse ich die äußerst interessante Ideengeschichte der Krankheitsbegriffe beiseite mitsamt der Abfolge von unterschiedlichen Demarkationslinien, die man zwischen Gesunden und Kranken gezogen hat – auch wenn diese möglicherweise viel über den impliziten Realismus und Konstruktivismus unseres Krankheitsverständnisses aussagen könnten. Ebenfalls außer Betracht bleiben die existentiellen Fragen des Umgangs mit eigener und fremder Krankheit, wie die Erfahrung der Bedürftigkeit, der Störanfälligkeit, der Endlichkeit und der Phasenhaftigkeit des menschlichen Lebens, Perspektiven auf Krankheit als persönliche Herausforderung und als Chance zu intensiverer Lebensführung, auf Krankheit als Weg zu Selbsterkenntnis und als Selbstheilungsversuch usw. Und schließlich lasse ich einige der relevantesten philosophischen Probleme der Gesund-krank-Antithese außer Betracht: darunter die Frage nach dem Lebensbegriff, nach dem Begriff des Organismus (und seiner inneren Teleologie), nach optimaler Funktionalität und Funktionsstörung, nach System und Umwelt sowie nach Teil-Ganzes-Beziehungen (verbunden mit Gleichgewichts-, Harmonie- oder Dissonanzvorstellungen).⁴

4 Es sei lediglich darauf hingewiesen, dass eine Vernachlässigung solcher Fragen eine erhebliche Verengung der philosophischen Auseinandersetzung mit der Medizin bedeuten würde. Bereits in der antiken Philosophie spielten neben ethischen Fragen auch naturphilosophische und psychologisch-anthropologische Probleme der Medizin eine bedeutende Rolle, wie die ausgedehnten Überlegungen, etwa bei Hippokrates oder Galen, zu Wärme/Kälte, Feucht/Trocken, zu den Elementen, den Körpersäften, Charakteren, zum Gleichgewichts- oder Harmoniebegriff, Diätetik und

Stattdessen nehme ich meinen Ausgang bei vier Schwierigkeiten, die mir für meine Herangehensweise entscheidend zu sein scheinen. Ein zentrales philosophisches Problem der Gesund-krank-Dichotomie besteht zunächst (a) darin, dass sie auf eine schwer zu klärende Weise in der Mitte zwischen Innen- und Außenperspektive von Personen situiert ist und sowohl eine askriptive als auch eine deskriptive Dimension aufweist, die beide irreduzibel zu sein scheinen. Damit hängt als weiteres Problem (b) zusammen, dass man die Gesund-krank-Dichotomie funktionalistisch oder normativistisch interpretieren kann. Es scheint erneut ausgeschlossen, auf eine der beiden Betrachtungsweisen zu verzichten. Schwer auflösbar scheint mir auch das Problem (c) zu sein, wonach unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit gleichzeitig für subjektiv-präferentielle und für objektiv-normative Aspekte offen ist. Hinzu kommt schließlich, dass es deswegen (d) sowohl maximalistisch als auch minimalistisch interpretiert werden kann. Damit komme ich zu den Punkten im Einzelnen.

(a) Askriptivität oder Deskriptivität der
Gesund-krank-Dichotomie?

Eine Krankheit bzw. der Zustand des Gesundseins wird einerseits ‚von innen‘ erlebt und andererseits an jemandem ‚von außen‘ festgestellt. Zum einen kann jemand über sich als Betroffenen, Erlebenden oder Handelnden, also über eigene Körper- oder Seelenzustände sprechen („Ich habe Schmerzen“, „Mir ist traurig zumute“), andererseits kann jemand aus der Außenwelterfahrung über fremde Körper- oder Seelenzustände sprechen („Er hat eine

zur Kausalanalyse von Krankheits- und Heilungsfaktoren unter Beweis stellen, vgl. etwa Lloyd, Geoffrey E.R.: *In the Grip of Disease. Studies in the Greek Imagination*, Oxford/New York 2003.

Wunde am Bein“, „Sie hat ein schweres Trauma“). Sich aus dem erstpersonalen Blickwinkel Gesundheit oder Krankheit zuzuschreiben (Askriptivität), differiert offenbar fundamental von der Beschreibung einer fremden Person als gesund oder krank (Deskriptivität).⁵ Welche der beiden Perspektiven ist fundamental? Beruht die Gesund-krank-Dichotomie auf einer Form von Selbsterfahrung, oder beschreibt sie Fakten in der Welt? Oder ist es vielleicht treffender zu sagen, dass sie beides umfasst? Wenn ja: zu gleichen oder unterschiedlichen Teilen und mit einem Vorrang einer der beiden Betrachtungsweisen? Und wie passen die Teilperspektiven überhaupt zusammen? Einerseits würden wir urteilen, dass jemand auch dann krank sein kann, wenn er sich gar nicht krank fühlt (wie im Fall einer noch unentdeckten Krankheit im Frühstadium). Andererseits wird man schwerlich bestreiten können, dass sich jemand mit Recht krank fühlen kann, ohne dass man handfeste Ursachen auf der physiologischen Ebene findet. Daraus ergibt sich u.a. die schwierige Frage, wer das Vorliegen von Gesundheit und Krankheit konstatieren darf: etwa der Betroffene, ein einzelner Fachmediziner, die *scientific community*, das soziale Umfeld, die Gesellschaft oder die Krankenkassen? Offenbar ist jede der beiden Perspektiven, die askriptive und die deskriptive, unverzichtbar, ohne dass immer beide zugleich (oder auch nur koordiniert) in Erscheinung treten müssten. Sie scheinen nicht strikt, sondern allenfalls vage miteinander korreliert zu sein, auch wenn die eine prinzipiell mit der anderen in Verbindung steht. Keine der beiden ist auf die jeweils andere reduzierbar.

5 Dazu informativ Gethmann, Carl Friedrich: Zur Amphibolie des Krankheitsbegriffs, in: Gethmann-Siefert, Annemarie/Gahl, Klaus/Henckel, Ulrike (Hrsg.): Wissen und Verantwortung, Bd. II: Studien zur medizinischen Ethik, Freiburg/München 2005, 105-114.

(b) Funktionalismus oder Normativismus in der
Gesund-krank-Dichotomie?

Damit hängt ein weiterer Punkt zusammen. Wollte man ein rein deskriptives Krankheitsverständnis vertreten, so könnte man sich plausiblerweise auf zwei Begriffe stützen: auf den Begriff artspezifischer Funktionen und auf die Vorstellung von einer mehr oder minder vollständigen Funktionserfüllung. Ein solches funktionalistisches Krankheitskonzept ist beispielsweise von Ch. Boorse vorgeschlagen worden.⁶ Jede biologische Art erlaubt danach die Formulierung einer funktionalen Norm; so gesehen lässt sich aus dem Vorliegen, der Einschränkung oder dem Fehlen einer Funktion bei einem Individuum auf dessen Gesundheit bzw. Krankheit schließen. Boorse kann darauf hinweisen, dass den Organismen, die zu einer Spezies gehören, der jeweils gleiche Bauplan zugrunde liegt. Es scheint daher überzeugend, Gesundheit als Funktionserfüllung und Krankheit als Fehlfunktion zu beschreiben, also Begriffe der natürlichen arttypischen Normerfüllung heranzuziehen.⁷ Gegen einen solchen Funktionalismus lässt sich allerdings einwenden, dass er nur die physiologische Ebene, nicht jedoch die anderen Dimensionen einer Persönlichkeit in Betracht zieht. So hat D. Lanzerath für ein multidimensionales, normativistisches Krankheitsverständnis plädiert,⁸ das neben der organischen Funktionsfähigkeit auch die Lebensziele, Wertvorstellungen und Normen berücksichtigt, die für ein Individuum maßgeblich sind.

6 Vgl. Boorse, Christopher: On the Distinction Between Disease and Illness, in: *Philosophy and Public Affairs* 5 (1975), 49-68.

7 Einen ähnlichen Ansatz dehnt Philippa Foot neuerdings sogar auf die Moralphilosophie aus; vgl. Foot, Philippa: *Die Natur des Guten*, Frankfurt a.M. 2004 (engl. *Natural Goodness*, 2001), Kap. 2.

8 Vgl. Lanzerath, Dirk: *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg i.Br./München 2000.

(c) Präferentielles oder objektives Verständnis der
Gesund-krank-Dichotomie?

Einerseits steht es außer Frage, dass Personen ohne Krankheitsgefühl und Krankheitsbewusstsein tatsächlich krank sein können. Hinzu kommen Fälle, in denen Krankheit als unterschiedlich dringlich oder hinderlich erlebt wird, z.B. in Abhängigkeit von der allgemeinen Lebenssituation, dem Lebensplan einer Person oder dem Weltbildhintergrund. Eine Konzertpianistin mag sich zu Recht schwer verletzt fühlen, wenn sie sich oberflächlich in die Hand schneidet. Andererseits ist es offenkundig, dass es Zustände der Gesundheitseinschränkung gibt, die durch nachdrückliches subjektives Empfinden oder durch expressive Artikulationsintensität stärker zur Geltung kommen, als es uns überzeugend scheinen mag. Wie wir sahen, ist es unentscheidbar, ob Gesundheit und Krankheit in letzter Konsequenz auf meine subjektive Selbstwahrnehmung zurückgehen oder ob man sie als Phänomene der Außenwelt beschreiben muss. Jetzt kann man hinzufügen: Bei der askriptiven Feststellung von Gesundheit und Krankheit spielen meine Präferenzen eine ganz erhebliche Rolle. Dennoch scheint es überpointiert, die Gesund-krank-Dichotomie insgesamt zum Phänomen radikaler Präferenzsouveränität zu erklären. Hinzu kommt, dass wir wichtige theoretische und moralisch-normative Gründe dafür haben, unsere Überzeugungen von der Gesund-krank-Dichotomie für objektiv zu halten: Wenn keine objektivierende Außenbeschreibung von Krankheit möglich wäre, wäre nicht nur Medizin als Wissenschaft unmöglich; vielmehr könnte es dann keine Ansprüche auf Hilfeleistung im Krankheitsfall mehr geben. Die Vorstellung von einem auf moralischer Normativität basierenden gesellschaftlichen Subsystem Gesundheitswesen wäre dann an ihr Ende gelangt.

(d) Subjektiver Maximalismus oder objektiver Minimalismus
in der Krankheitsdefinition?

In einer berühmt gewordenen Begriffsbestimmung aus dem Jahr 1948 wurde Gesundheit von der WHO als Zustand des vollständigen körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche definiert.⁹ Diese Definition besitzt den Vorzug, über einen nur physiologischen und einen nur deskriptiven Krankheitsbegriff hinauszugehen und zusätzlich seelische Aspekte, soziale Kontexte wie auch die Eigenperspektive des Betroffenen einzubeziehen. Zugleich wirkt sie jedoch einerseits zu anspruchsvoll und andererseits zu subjektiv: Für kaum jemanden, den man als gesund bezeichnen würde, gilt, dass er tatsächlich ein volles Wohlbefinden erreicht; hingegen ist dasselbe relative Wohlbefinden, das Gesunde erlangen, oft auch für Kranke (zumindest im Frühstadium) kennzeichnend. Gibt man diese Definition jedoch zugunsten harter physiologischer Indikatoren auf, so minimiert man das, was als Krankheit anerkannt wird, in einem inakzeptablen Ausmaß.¹⁰ Es scheint daher passender, alle in der Definition erwähnten Faktoren im Auge zu behalten, aber nicht zu fordern, dass ein maximales Erfüllungsniveau sämtlicher Faktoren erreicht sein muss.

Alle vier beschriebenen Konflikte (a-d) beruhen auf derselben grundlegenden Konstellation: Die Gesund-krank-Dichotomie ist mehreren, nicht oder nicht vollständig aufeinander reduzierbaren Beschreibungen zugänglich. Ähnlich wie beim Problem von ‚Geist

9 „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

10 Maximalismus und Minimalismus in der Gesundheitsdefinition sind zwar nicht strikt mit Subjektivität und Objektivität korreliert; aber tendenziell führt die Einbeziehung der Betroffenenperspektive eher zu einer weiten Auslegung des Krankheitsbegriffs, die Konzentration auf deskriptive Fakten eher auf eine restriktive Auslegung.

und Gehirn' scheint die Innenperspektive einen Blickpunkt *sui generis* zu bilden, der von grundsätzlich anderer Art ist als die Beschreibung aus der Außenperspektive. Zweifellos wirkt der Konflikt zwischen den unterschiedlichen Perspektiven unentscheidbar, solange man ihn allein begrifflich betrachtet: Es lässt sich dann kein kohärentes oder gar monolithisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit jenseits dieser Teilintuitionen herstellen. Was jedoch möglich bleibt, ist eine gütertheoretische Betrachtung der partiellen Wahrheitsmomente, die jeder der Problemaspekte enthält, wie ich im Folgenden zeigen will. Und genau eine solche Betrachtungsart erlaubt es auch, den Wert der therapeutischen Medizin mit dem der optimierenden zu vergleichen.

3. Welche Art von Gut ist Gesundheit? Was für ein Übel ist Krankheit?

Gesundheit gehört einesteils zur besonderen Klasse jener Güter, die sich Menschen nicht für weitere Zwecke, sondern direkt um ihretwillen wünschen: Insofern nämlich Gesundheit den Aspekt des Wohlbefindens einschließt, handelt es sich bei ihr um einen Selbstzweck, ein intrinsisches Gut. Gesundheit als ein instrumentelles Gut besitzt aber eine vielleicht sogar noch größere Bedeutung und Reichweite: Denn nahezu alles, was ein Akteur realisieren, planen, wollen oder wünschen kann, setzt Gesundheit als ein Instrument voraus. Ein Individuum, das nicht von gravierenden Schmerzen frei wäre, das nicht über seine körperlichen Elementarfunktionen verfügen würde und das sich mental und psychisch nicht in einer akzeptablen Verfassung befände, wäre zur Verfolgung seiner weiteren Gütervorstellungen so gut wie unfähig. Verstanden als ein instrumentelles Gut richtet sich auf Gesundheit daher so etwas wie ein ‚transzendentes Interesse‘; wenn wir uns Gesundheit im instrumentellen Sinn wünschen, geht es uns um ganz wesentliche Bedingungen zur Gewährleistung unserer Le-

bensplanung und unserer Akteursidentität. Was uns Gesundheit als einen Wert von außerordentlich hoher Bedeutung erscheinen lässt, ist das konstitutive Bedingungsverhältnis zwischen Gesundheit und menschlicher Autonomie.¹¹

Sprechen diese Überlegungen nun für eine subjektive oder für eine objektive Sichtweise von medizinischen Gütern? Ich meine, sie begünstigen klar eine objektivistische Konzeption.

Man kann nämlich nur scheinbar geltend machen, dass hier die subjektive Sicht besser abschneidet, indem man behauptet, dass unsere Akteursidentität einen individuell eingefärbten Charakter aufweist. Zwar ist es richtig, dass unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit hochgradig vom Weltbild, den Lebensplänen und Wertvorstellungen einer Person abhängig ist. Beispielsweise dürfte eine Keramikerin leichte Anzeichen für eine Arthritis-erkrankung ihrer Hände mit wesentlich größerer Sorge betrachten als ein Versicherungsvertreter; für einen Bäckermeister bedeutet eine Mehlallergie eine gravierendere Bedrohung als für eine Buchhändlerin. Doch so zutreffend diese Beispiele auch sind: Sie implizieren genau genommen ein ganz *objektives Verständnis der Subjektivität* von Gesundheitsvorstellungen, indem sie auf die Zweckabhängigkeit dieser Vorstellungen von gegebenen Berufskontexten verweisen. Diese besitzen einen vollkommen objektiven, wenn auch akteurrelativen Charakter und sind daher mit dem Kernbereich dessen vergleichbar, was uns allen an unserer Gesundheit wichtig zu sein scheint. Jedes Individuum wünscht sich z.B. faktisch (oder sollte sich klugerweise, gemäß seinem aufgeklärten Eigeninteresse wünschen), dass seine Herz- und Kreislauf-tätigkeit in Ordnung ist, seine Lunge ihren Dienst tut oder sein Bewegungsapparat ohne Einschränkung funktioniert. Man könnte solche

11 Dazu ausführlicher Horn, Christoph: Gerechtigkeit bei der Verteilung medizinischer Güter: Überlegungen zum Prinzip der Freiheitsfunktionalität, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 8 (2003), 127-147.

Wünsche als generelle objektive Wünsche bezeichnen und sie damit von den spezifischen oder individuellen objektiven Wünschen absetzen, wie sie für bestimmte Berufsgruppen (oder für andere identitätskonstitutive Merkmale) mit Blick auf ihre jeweiligen Gesundheitsgüter typisch sind.

Was ich hingegen bestreiten möchte, ist, dass es *radikal subjektive Gesundheitsauffassungen* in einem relevanten Sinn geben kann. Was z.B. gar nicht berücksichtigungswert scheint, ist die subjektive Empfindungsintensität oder Artikulationsstärke eines bestimmten Zustands. So machen wir die Erfahrung, dass das subjektive Unwohlsein von Patienten bei ein und derselben Erkrankung erheblich differieren kann, indem der eine seinem Leidenszustand einen intensiven, emotional-expressiven Ausdruck verleiht, während die andere ihre Lage gelassen hinnimmt. Solche Differenzen zählen aber gleichsam nicht; in einem solchen Fall würden wir intuitiv tatsächlich zur Betrachtungsweise *objektiver* Funktionsstörungen übergehen. Wir würden sagen: An dieser Stelle ist es egal, ob jemand klagt oder ruhig bleibt; in jedem Fall scheint hier gleichermaßen Hilfe geboten zu sein. Krankheiten und Behinderungen lassen sich jedoch sehr weitgehend als objektive Bedürfnislagen verstehen. Dies lässt sich an unserer intuitiven Vorstellung vom Unwert einer Krankheit bestätigen: Wir halten sie für umso gravierender, je mehr sie an Freiheitsbeschränkungen für ein Individuum mit sich bringt. Diese Beschränkungen können allgemein-menschlicher Art sein (indem sie basale menschliche Merkmale betreffen); es kann sich aber auch um Handicaps mit Blick auf gesellschaftliche Besonderheiten handeln (kulturspezifische Merkmale) oder um gruppen- und berufsspezifische Formen der Freiheitsminderung. Alle diese Fälle gehören klarerweise auf die Seite der objektiven Handicaps. Davon markant zu unterscheiden sind allenfalls solche Freiheitsbeschränkungen, die aus jemandes äußerem Erscheinungsbild oder aus seinen ungünstigeren intellektuellen, praktischen, sportlichen, technischen oder musischen Begabungen resultieren. Aber be-

gründen solche Mängel nicht vergleichbare Unterstützungsansprüche wie die der objektiven Beschränkungen?

Genau besehen gilt für eine stichhaltige philosophische Gütertheorie generell, dass individuelle Präferenzen unmöglich als deskriptiv oder normativ ausreichende Theoriebasis aufgefasst werden können. Ein reiner Präferenzdezisionismus, also die Vorstellung, jemandes Interessen, Neigungen und Tendenzen konstituierten relevante Güter, sofern der Betreffende sie als Wünsche artikuliert, erweist sich als undurchführbar. Denn die konfliktträchtige Verschiedenheit individueller Präferenzen ließe sich so erstens niemals nach einem übergreifenden politisch-sozialen oder moralischen Prinzip bewältigen. Es bliebe unerfindlich, welches Präferenzquantum einem Individuum zuzugestehen ist oder ob etwa Zusatzkriterien wie die Empfindungsintensität oder gar die Artikulationsstärke von Bedeutung sein sollen. Mit Blick auf Individuen käme zweitens die Schwierigkeit hinzu, dass sich auf einer solchen Basis nicht einmal der Konflikt divergierender Neigungen und Wünsche bewältigen ließe, was mit unserem Selbstbild als prinzipiell rationaler Akteure allzu sehr kollidieren würde. Ein radikaler Subjektivismus oder Dezisionismus ist überdies drittens unplausibel, weil nicht einmal das, was für mich als subjektives Wohlbefinden zu gelten hat, sei es insgesamt oder sei es auch nur in nennenswertem Umfang, durch meine Wünsche und Präferenzen *konstituiert* wird. Wenn ich beispielsweise den heftigen Wunsch verspüre, ein vielversprechend aussehendes Pilzgericht zu verzehren, dann führt mein Wunsch sicherlich dann nicht zu einem guten Handlungsgrund, wenn bei dessen Zubereitung giftige Pilze verwendet worden sind. Von solchen banalen äußeren Fehleinschätzungen abgesehen finden sich wahrscheinlich in jedem Individuum überspannte und pathologische Tendenzen, unrealistische Überzeugungen und unausgereifte Motive, ideologische Selbstmissverständnisse, kurzum Wünsche und Präferenzen, deren Erfüllung jeder sofort oder auf längere Sicht bereuen würde. Mehr noch, wir würden

kaum zugestehen, dass der stärkere oder dauerhaftere Wunsch auch der für jemandes Lebensqualität relevantere zu sein braucht. Man kann somit festhalten, dass gegen die These, alle Interessen, Impulse und Neigungen seien undifferenziert anzuerkennen, gleichermaßen deskriptive wie normative Erwägungen sprechen.

Wenn die angeführten Einwände gegen einen radikalen Subjektivismus in der Gütertheorie triftig sind, dann bedeutet dies, dass man das Gut der Gesundheit nicht so begreifen kann, als wäre es subjektiv konstituiert. Wenn etwas in Gesundheitsfragen tatsächlich rein subjektiv gewünscht wird (z.B. in der kosmetischen Chirurgie), dann in der Form, dass keine echten Freiheitsbeschränkungen dadurch kompensiert werden. Abgewiesen scheint damit zugleich ein rein marktwirtschaftliches Modell der Gesundheitsvorsorge, das alle Krankheiten zu privatisieren versucht, indem es das Gut der Gesundheit als subjektives Wahrnehmungsphänomen deutet. Damit zeichnet sich ein grundsätzliches Argument zugunsten meiner These vom freiheitsfunktionalen Verständnis des Gutes Gesundheit ab: Weder im objektiven noch im subjektiven Sinn bilden die Elemente von Gesundheit individuenrelative Güter im subjektiven Sinn; um Güter handelt es sich vielmehr nach Maßgabe ihres Beitrags für die Akteursidentität.

4. Um welche Art von Gut geht es bei Optimierung oder Perfektionierung?

Die Gesund-krank-Dichotomie impliziert eine massive Form von Normativität: Gesundheit gilt als das, was sein soll (notfalls um jeden Preis oder doch unter Inkaufnahme hoher Kosten), Krankheit ist entsprechend das, was nicht sein soll. Begriffe wie Enhancement, Optimierung oder Perfektionierung unterstellen dagegen – wie es scheint – sehr viel weichere Wertvoraussetzungen. Ich *wünsche* mir, in dieser oder jener Hinsicht funktionstüchtiger oder perfekter zu sein. Nun kann mein Optimierungswunsch (z.B. bes-

ser auszusehen, physisch leistungsfähiger oder mental konzentrierter zu sein) mehr oder weniger ausgeprägt sein. Er könnte soweit gehen, dass ich für das Ziel meiner physischen Leistungssteigerung meine Gesundheit gefährde. Wir würden nicht erst in einem solchen Fall den Verdacht hegen, dass unsere Optimierungswünsche uns eine übertriebene Dringlichkeit suggerieren, indem sie, wie eben beschrieben, auf einer tendenziell überpointierten Empfindungsintensität und Artikulationsstärke beruhen und damit letztlich eine Art Selbstmissverständnis implizieren. Betrachtet man die Sache so, könnte man leicht zu dem Schluss gelangen, dass die Gesund-krank-Dichotomie einen klaren, vielleicht sogar ausnahmslosen Vorrang vor Optimierungswünschen besitzen sollte. Die ‚wunscherfüllende Medizin‘, wie man Enhancement auch genannt hat, scheint eindeutig sekundär gegenüber der therapeutischen Medizin zu sein.

Mehr noch, es scheint so, als es ob nur im Rahmen der Gesund-krank-Dichotomie fremdbezogene Pflichten geben könnte. Helfen muss man, so könnte man argumentieren, ausschließlich einem Kranken oder Behinderten, nicht jedoch jemandem, der sein Aussehen verbessern möchte, um z.B. auf dem Heiratsmarkt günstiger abzuschneiden. Vielleicht mag man sogar annehmen, dass es bei der Gegenüberstellung der Gesund-krank-Dichotomie und der Optimierungswünsche um etwas Ähnliches geht wie bei der Antithese von Pflichtenethik und Strebenethik: Die zweite scheint irgendwie nachrangig zu sein, zumindest solange man fragt, welche fremdbezogene Verhaltensweise vordringlich ist.

Ich würde hingegen vor diesem einseitigen Bild des Enhancement warnen. Die Gesund-krank-Dichotomie besitzt, wie wir sahen, allzu viele Unschärfen, als dass man auf ihrer Grundlage einen präzisen Bereich vorrangiger Medizin abgrenzen könnte. Umgekehrt ist die Vorstellung menschlicher Selbstperfektionierung durchaus vielschichtig und schließt keineswegs nur individuelle (subjektive, präferentielle) Optimierungswünsche ein, sondern

kann sich auch auf soziale (konventionelle) oder essentielle (anthropologische) Wertkriterien stützen. Es ist daher keineswegs von vornherein klar, ob sich ein Optimierungswunsch stets als nachrangig oder als moralisch irrelevant gegenüber einer Krankheitsdiagnose kennzeichnen lässt oder nicht. Ein gutes Beispiel bildet hier die Kleinwüchsigkeit, bei der eine Therapie den Betroffenen auch dann als hochgradig wünschenswert erscheinen könnte, wenn man hier nicht von einer Krankheit sprechen mag.¹²

Um die Unterscheidung zwischen relevanten und irrelevanten Optimierungswünschen und die zwischen legitimen und illegitimen fremdbezogenen Ansprüchen, welche daraus resultiert, besser fassen zu können, scheint mir insbesondere die essentialistische Differenzierung zwischen menschlichen Baseigenschaften, Normaleigenschaften und Surplus-Eigenschaften sinnvoll zu sein. Beispielsweise könnte man den Wunsch nach Schulbildung als elementar kennzeichnen (vergleichbar den nicht-perfektionistischen Wünschen nach ausreichender Nahrung, Kleidung und Unterkunft oder nach Meinungsfreiheit), den Wunsch nach einem langen, gesunden Leben als normal und Wunsch nach einer Ausbildung im Hochseesegeln als mehr oder minder extravagant. Richtet sich jemandes Optimierungswunsch auf elementare menschliche Fähigkeiten, so muss er als ungleich relevanter gelten, als wenn er sich auf durchschnittliche oder auch eher luxurierende Inhalte oder Kompetenzen hin orientiert. Eine andere, aber ebenfalls plausible Überlegung scheint mir die zu sein, dass individuelle Talente und Anlagen Optimierungswünsche dringlicher und relevanter machen können. So scheint jemandes Begabung zum Klavierspiel eine berücksichtigenswerte Grundlage für die Anerkennung

12 Zur Diskussion dieses Problems siehe Runkel, Thomas: Kleinwuchs und Krankheitsbegriff. Überlegungen zum Verständnis von Kleinwuchs mit Blick auf die Kontroverse um die Wachstumshormonbehandlung als Therapie oder Enhancement, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 10 (2005), 215-243.

seines Wunsches zu sein, ein Konservatorium zu besuchen, als etwa seine Armut.

Das Interessante an diesem Typ von Überlegung ist nun, dass sie sich auf die Gesund-krank-Dichotomie ebenso anwenden lässt wie auf die Frage nach der Relevanz von Optimierungswünschen. Mehr noch, auch im Binnenverhältnis der beiden Perspektiven ist diese Betrachtungsart hilfreich, indem sie z.B. wichtige Optimierungswünsche gegen weniger bedeutsame Inhalte unserer Gesundheitsvorstellungen hervorzuheben vermag. Das im Hintergrund stehende Relevanzkriterium ist, so möchte ich behaupten, das der Freiheitsfunktionalität desjenigen Gutes, um das es bei unseren Gesundheitsvorstellungen und unseren Enhancement-Ideen jeweils geht.

5. Kann man die Gesund-krank-Unterscheidung und die Optimierungskonzeption gemäß einer einzigen Gütertheorie verstehen?

In diesem Abschnitt möchte ich untersuchen, ob sich die gütertheoretische Unterscheidung zwischen solchen Bedingungen, die im engeren Sinn freiheitsfunktional sind, und solchen, die es im weiteren Sinn sind oder auch gar nicht, konsequent durchhalten lässt. Ich denke, dass dies tatsächlich der Fall ist. Als rationale Akteure treffen wir gewöhnlich folgende gütertheoretische Unterscheidung: Unser Leben, unsere körperliche Gesundheit und leibliche Integrität, unsere engsten persönlichen Bindungen, unsere kulturelle Identität, Familien- und Gruppenzugehörigkeit, psychische, soziale und politische Autonomie und Kooperationsfähigkeit usw. fallen ungleich stärker ins Gewicht als unser materieller Besitz, unsere Freizeitinteressen, Reisewünsche, musikalischen Vorlieben, Karrierepläne etc. Wie fein wir dabei auch innerhalb der Güterklassen unterscheiden, würde durch eine Phänomenologie unserer praktischen Deliberationen bestätigt werden. Dabei würde sich

beispielsweise zeigen, dass in dilemmatischen Wahlsituationen sich das Gut der Gesundheit gegen fast alle konkurrierenden Güter behaupten oder durchsetzen würde – wohl nur mit Ausnahme des Überlebens, der engsten Bindungen und vielleicht der Autonomie. Mehr noch, was uns an Krankheiten so prekär zu sein scheint, ist genau der durch sie drohende Autonomieverlust.

Soweit ich sehe, existieren folgende Kriterien für die objektive Dringlichkeit oder Vorrangigkeit eines Gesundheitsproblems oder eines Optimierungswunschs: eine mögliche Lebensbedrohlichkeit, ein vorhandenes Schmerzquantum, eine potentielle Irreversibilität bei unterlassenen Eingriff sowie ein Verlust (oder ein Nichterreichen) zentraler menschlicher Fähigkeiten (personaler Autonomie). Die ersten drei lassen sich m.E. auf die vierte, also auf die Vorstellung vom Verlust der personalen Autonomie, zurückführen. Ist dies tatsächlich das gesuchte Hintergrundprinzip? Man könnte zu bedenken geben, dass als weitere *prima facie*-Kandidaten etwa unser Streben nach Glück oder unsere Tendenz zur Selbsterhaltung in Betracht kommen. Jedoch wirkt das Glücksstreben bereits zu anspruchsvoll, um die einfache Frage zu beantworten, weshalb jemand gesund sein will. Dagegen scheint die Tendenz zur Selbsterhaltung zu blass, um den basalen Wertcharakter z.B. von Gesundheit und Wohlbefinden zu erklären. Allem Anschein nach ist es treffender, die Zentralität von Interessen bzw. Gütern an der *Handlungsfreiheit* oder präziser der *freien und rationalen Handlungsfähigkeit* einer Person festzumachen. An meiner Gesundheit, meiner politischen Autonomie, meiner sozialen Kooperationsfähigkeit oder meinem Ausbildungserfolg habe ich insofern ein bedeutenderes Interesse als an meinen sportlichen, musikalischen oder kulinarischen Vorlieben, als meine freie Handlungsfähigkeit durch jedes der erstgenannten Güter entscheidend gefördert werden kann, während Besitz oder Nichtbesitz der letztgenannten Güter nicht wesentlich über meine Autonomie und meinen Aktionsradius entscheiden.

Natürlich ist eine solche Konzeption grundlegender, freiheitsfunktionaler Güter nicht leicht in präziser Form zu explizieren. Denn die Güter, auf die sich gemäß dieser Konzeption transzendente Interessen richten, sind ontologisch höchst verschiedenartig: Leben, leibliche Unversehrtheit und Gesundheit eines Individuums sind keineswegs in ein und demselben Sinn ermöglichende Bedingungen meiner rationalen Handlungsfähigkeit wie Denk-, Sprach- und Kommunikationsfähigkeit; und die Herausbildung meiner eigenen Vorstellungen von einem guten Leben unterscheiden sich in ihrer konditionalen Bedeutung für rationale Handlungsfähigkeit wiederum markant von meinem Interesse an politischen Rechten, an Bildungschancen oder an sozialen, ökonomischen und materiellen Grundgütern. Ein weiteres wichtiges Problem besteht darin, ob eine solche freiheitsfunktionale Gütertheorie die entsprechende Wertungsskala als indikativisch oder als gerundivisch versteht.¹³ Eine erhebliche Schwierigkeit besteht ferner darin, ein akzeptables funktionales Mittelmaß der „normalen menschlichen Grundfunktionen“ zu formulieren, das jeden Maximalismus der Wohlergehensansprüche vermeidet, ohne Gesundheitsgüter und Optimierungswünsche ungebührlich zu reduzieren.

Besonders aufwändig ist das Problem zu lösen, wie die sich im Verlauf der Biographie verändernden Lebenschancen in die Theorie einfließen sollen; in Kindheit und Jugend, in der mittleren Lebensperiode, in fortgeschrittenerem Alter und in der letzten Lebensphase scheinen jeweils unterschiedliche Bedingungsrelationen zu bestehen. Auch muss man eine Antwort darauf geben können, was mit den Gütern solcher Menschen geschieht, die wir nicht,

13 Beispielsweise könnte man fragen, ob nicht jemand auf halbwegs rationale Weise Interessen verfolgen könnte, die sich gegenüber seinen *conditions of agency* parasitär, limitierend oder gar destruktiv verhalten. Bejaht man dies, dann hätten Bedingungen der rationalen Handlungsfähigkeit lediglich eine normative Funktion, nicht den Charakter eines immer schon befolgten, grundlegenden Deliberationsprinzips.

noch nicht oder nicht mehr als Handelnde ansehen können. Doch alle Schwierigkeiten einmal zugestanden, scheint mir in einem solchen Modell der Schlüssel zur angemessenen Begründung einer Güterkonzeption zu liegen. Denn die ontologische Verschiedenheit der Elemente einer Güterliste, ihr unterschiedlicher Zentralitätsgrad, ihre moralische Relevanz oder Irrelevanz scheinen sich stichhaltig aus ihrer Stellung zum zentralen Gut der autonomen und rationalen Handlungsfähigkeit erklären zu lassen.

6. *Welche Art von Gütern sollen im gesellschaftlichen Subsystem
Medizin verteilt werden?*

Ich spreche um der Prägnanz willen von *Gesundheits- und Optimierungsgütern* (GOG). Ist es vorzuziehen, unter denjenigen GOGs, auf deren Verteilung es ankommt, ärztliche Diagnosen, Medikamente, Therapien, Operationen, Kuraufenthalte usw. zu verstehen, d.h. medizinische Leistungsgüter? Oder wäre es treffender, als GOGs so etwas anzusetzen wie Schmerzfreiheit, Wohlbefinden, leibliche Integrität, körperliche und psychische Fähigkeiten etc., also individuelle Zustandsgüter? Was diese Antithese betrifft, besitzen wir eine weithin geteilte, unkontroverse Intuition: Es kann nicht darum gehen, Wohlbefinden bei allen Vergleichspersonen zu messen, daraufhin ein Verteilungsprofil zu erstellen und anschließend manchen Personen Einheiten an Wohlbefinden wegzunehmen, um sie an andere umzuverteilen. Verteilung in diesem Sinn aufzufassen, wäre aus folgendem Grund eine Absurdität. Im Gesundheitswesen geht es gar nicht um ein Verteilungsprofil von Gesundheitszuständen in dem Sinn, in welchem beispielsweise John Rawls die Verteilungssituation von *social primary goods* thematisiert. Vielmehr geht es um das Ziel der Schmerzreduktion und der Wiederherstellung geschädigter funktionaler Zusammenhänge bei be-

stimmten Individuen (wenn auch nicht in dem maximalistischen Sinn, in dem die Gesundheitsdefinition der WHO dies nahe legte). Denn Güter des Wohlbefindens sind prinzipiell nicht übertragbar; man kann Wohlbefinden weder in bestimmten Portionen wegnehmen noch in fixen Quanten zuteilen. Daher glauben wir, dass die Gesunden (oder defensiver gesagt: die Nicht-Kranken) gewissermaßen gar nicht in das Verteilungsgeschehen einbezogen sind, sondern dass hier lediglich die Kranken eine Rolle spielen. Folglich lautet die klärungsbedürftige Frage allein, wie medizinische Hilfsgüter unter ihnen zu verteilen sind. Der Distributionszustand, um den es hier geht, spielt sich ausschließlich zwischen benachteiligten Personen ab. Die Gesunden (oder sonstwie Bessergestellten) haben gegenüber den Kranken (oder Behinderten) zweifellos eine Hilfspflicht, aber sie schulden den Kranken nichts im Sinn einer Gerechtigkeitspflicht. Sie müssen sich nicht für ihr relatives Wohlergehen vor den Leidenden verantworten. Gerechtigkeit ist nur ein Thema des interpersonellen Vergleichs kranker Individuen.

So betrachtet mag es vielleicht vorteilhaft scheinen, das Problem der relevanten GOGs aus der Perspektive von „Leistungsgütern“ zu diskutieren. Deren Kostenaspekte lassen sich präzise berechnen, während es schwierig wäre, die Verteilung von Schmerzfreiheit oder Wohlbefinden zu thematisieren, da quantifizierende Verfahren hier so gut wie entfallen. Ohnehin versteht man gewöhnlich unter dem Problem einer gerechten Allokation knapper Ressourcen die Frage nach dem Umfang und dem richtigen Einsatz limitierter finanzieller Aufwendungen. Doch auf der anderen Seite kann man für die Perspektive von „Zustandsgütern“ das Argument ins Feld führen, dass sie die Intuition zum Ausdruck bringen, wonach man dem Adressatenprinzip einen Vorrang vor der Perspektive der Leistungserbringer zuerkennen sollte. Und in der Tat scheint es allein darauf anzukommen, welche Wirkungen beim Patienten hervorgerufen werden. Anders ausgedrückt: Im Bereich des Gesundheitswesens verhalten sich Leistungsgüter zu Zu-

standsgütern wie Mittel zu Zwecken. Patienten sind in aller Regel nicht daran interessiert, wie wenig oder viel für sie eingesetzt oder aufgewendet wird, sondern daran, ihre Gesundheit wiederzuerlangen oder ihre Wünsche erfüllt zu sehen. Eine wichtige Rolle spielen dabei neben den finanziellen Aufwendungen die Güter der zwischenmenschlichen Zuwendung; für die Gesundheit werden neben Geld auch Zeit, psychische und physische Energie, menschliche Empathie usw. eingesetzt.

Ich denke daher, dass die richtige Lösung in keiner der beiden genannten Optionen liegt, weder bei den Leistungsgütern noch bei den Zustandsgütern. Die Asymmetrie zwischen Gesunden und Kranken zeigt an, dass es in der Medizin primär um Hilfe, nicht um Gerechtigkeit geht. Medizinische Gerechtigkeitsprobleme sind sekundär; sie berühren allein die Frage, ob irgendein Leiden oder der mangelhafte Zustand einer Person egalitär oder inegalitär therapiert und bei wem es gegebenenfalls vorrangig behandelt werden soll. Ist dies soweit richtig, dann haben wir ein wichtiges Zwischenergebnis erreicht: Moralphilosophisch gesehen müssen wir mit Blick auf den Gesundheitssektor zwei Aufgaben unterscheiden: [a] Er bildet das Instrument zur Heilung, Vermeidung, Linderung oder Teilaufhebung gravierender individueller Übel, für die wir eine allgemeine Hilfespflicht anerkennen; [b] er ist das Instrument einer richtig gewichteten Verteilung von Leistungsgütern mit dem Ziel, die vorhandenen Schmerzen, Leiden und Behinderungen nach Vorrangaspekten zu beseitigen. Dabei kommt die mit [b] bezeichnete Aufgabe nur nach Maßgabe von [a] ins Spiel. Denn strikte Hilfepflichten lassen Gerechtigkeitsabwägungen gar nicht erst zu. Daher wäre es unsinnig, bei gravierenden Krankheiten überhaupt zwischen Graden der Behandlungswürdigkeit zu unterscheiden.

7. Nach welchen Grundsätzen müsste eine gerechte Güterverteilung vor sich gehen?

Das medizinische Gerechtigkeitsproblem knapper Ressourcen ist so gesehen von sehr anderer Art als die Frage, wie man Kuchen unter den Teilnehmern einer Kindergeburtstagsfeier verteilen sollte. Ferner hat es wenig mit dem Problem gemeinsam, wie man eine beschwerliche, aber unvermeidliche Arbeit angemessen auf viele verschiedene Schultern verteilen kann. Beim medizinethischen Problem der Ressourcenknappheit geht es stattdessen um die Frage, wie eine Gesellschaft mit den *weniger gravierenden* gesundheitlichen Negativzuständen einzelner Mitglieder nach Reihungsaspekten umgehen soll, *nachdem* die gravierenden Negativzustände beseitigt sind. Das Wichtige an diesem Zwischenergebnis ist folgendes: Da sich Hilfspflichten auf genuine Notsituationen beziehen, kommt man an ihnen nicht vorbei; Gerechtigkeitsfragen dagegen haben es mit nachrangigen Verteilungsaspekten zu tun. So gesehen ist die prekäre Frage nach der armutsbedingten medizinischen Unterversorgung eher ein Hilfsproblem als ein Gerechtigkeitsproblem. Hieraus ergibt sich, wenn ich richtig sehe, dass man die Kosten des Gesundheitswesens in einem Land (oder auf globaler Ebene) immer nur gemessen am Gesundheitszustand der Bevölkerung angeben kann. Angenommen, in der Gesellschaft *A* gäbe es eine Epidemie, die erhebliche Teile der Bevölkerung bedrohte, während die Gesellschaft *B* dank Vorsorge, Früherkennung oder gesunder Lebensweise eine Bevölkerung mit einem insgesamt äußerst günstigen Gesundheitszustand aufwiese. Dann wäre es sicher angemessen, wenn man in *A* die Gesundheitsausgaben stark erhöhen würde, während man in *B* umgekehrt an ihre Reduktion denken könnte. Absurd wäre es hingegen, wollte man in beiden Gesellschaften jeweils in starrer Form 20% der Staatsausgaben für den Gesundheitssektor vorsehen. Die Aufwendungen müssen sich an den zu erbringenden Hilfeleistungen ausrichten. Aber wie ist

eine Einschätzung des objektiven Hilfsbedarfs möglich? Hier nur eine Vorabüberlegung: Gesetzt den Fall, es ergäbe sich bei einer Recherche, dass man als Dialysepatient in der Gesellschaft *C* rasch an den Rand des wirtschaftlichen Ruins gerät; dann bestünde hier ebenso ein aktiver Handlungsbedarf, wie man umgekehrt über eine Leistungsminderung nachdenken könnte, wenn entsprechende Nachforschungen das Resultat erbrächten, dass in einer Gesellschaft *D* sogar die fragwürdigsten Bagatellmedikamente öffentlich finanziert werden. Wie die Beispiele illustrieren, ist der Medizinsektor vorrangig am Prinzip der Nothilfe und erst sekundär an dem der Gerechtigkeit zu orientieren. Das erste Problemfeld betrifft die harten medizinischen Fälle, das zweite die weniger dramatischen, leichteren oder stark subjektiven Leiden.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass sich die markante Differenz zwischen dem öffentlichen Interesse an der Reduktion der Gesundheitskosten und dem privaten Interesse an öffentlicher Hilfeleistung keinesfalls nach einer Seite hin auflösen lässt. Denn einerseits könnte es erforderlich sein, dass die öffentlichen Ausgaben gegenüber dem augenblicklichen Niveau noch erheblich ansteigen. Andererseits könnte es Einsparungen bei den Leistungsaspekten ohne Verlust bei den Zustandsaspekten geben, indem man z.B. verstärkt auf präventive Maßnahmen, auf ein wachsendes individuelles Gesundheitsbewusstsein oder auf besonders wirkungsvolle Medikamente setzt (wie sie in Negativ- bzw. Positivlisten aufgeführt sind). Sicherlich ist der Hinweis darauf ernst zu nehmen, dass zur Kostenersparnis nicht nur Rationierungsmaßnahmen taugen, d.h. Methoden der Leistungsbegrenzung, sondern sich auch Rationalisierungsstrategien anbieten, also Methoden der Effizienzsteigerung. Das ändert aber nichts daran, dass der Kostendruck kein Argument in Gerechtigkeitsfragen darstellen und schon gar nicht gegen elementare Hilfspflichten geltend gemacht werden darf.

Was bedeutet dies nun für das Verhältnis von therapeutischer und optimierender Medizin? Ich habe dafür argumentiert, beide auf der Basis einer einzigen Gütertheorie in ein umfassendes Szenario einzubeziehen. Damit will ich zwei Einseitigkeiten ausschließen. *Zum einen* wäre es m.E. kurzschlüssig, die therapeutische Medizin dem öffentlich finanzierten Bereich (oder einem Versicherungsmodell) zuzuweisen und die optimierende Medizin einem komplett privatisierten Gesundheitssektor. Neben den bereits genannten Bedenken bezüglich der Demarkationslinie zwischen beiden Bereichen spricht hiergegen, das wir gegenüber einem reinen Marktmechanismus ein Gerechtigkeitsproblem empfinden: Längst nicht jedes Individuum könnte die Mittel aufbringen, die es benötigen würde, um die in seinen Augen zentralen Optimierungswünsche bezahlen zu können. Ein weiteres wichtiges Problem bestünde darin, dass sich die medizinische Forschung unter Marktbedingungen an den besten Verdienstmöglichkeiten, nicht an den tatsächlich vorhandenen Krankheitsbildern, am Leidensdruck der Patienten oder der Dringlichkeit einer Behandlung orientieren würde. Personen mit seltenen, aufwändigen Krankheiten oder Behinderungen würden dann möglicherweise aus dem Blick geraten und zugunsten leichter therapierbarer, häufig auftretender Krankheitsformen vernachlässigt.

Zum anderen wäre es allerdings fatal, jegliche Differenzierung zwischen Dringlichkeitsgraden medizinischer Intervention aufzuheben. Als eine Daumenregel bleibt es so gesehen bei dem Prinzip, dass die Behandlung einer Krankheit der Optimierung der Eigenschaften und Fähigkeiten einer Person vorhergeht. Doch liegt dies nicht daran, dass Krankheiten in jedem Fall schlimmer wären als Merkmalsdefizite auf anderen Ebenen. Vielmehr ist genau darauf zu achten, welches Maß an Beitrag ein Gut zur personalen Autonomie eines Individuums nach dem Grundsatz der Freiheitsfunktionalität von Gütern leistet.

Gesundheit – unser höchstes Gut? Anthropologische und ethische Überlegungen

Ludger Honnefelder

Mehr als andere Grundworte 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 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 erklärt², und nicht ohne Grund ist bei Aristoteles das Wort „gesund“ das Paradebeispiel für ein Wort mit vielfacher Bedeutung³, allerdings für

1 Gadamer, Hans-Georg: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt a.M. 1993

2 Vgl. Nietzsche, Friedrich: *Die fröhliche Wissenschaft*, Drittes Buch 120, in: WW ed. Colli – Montinari, Bd.3, 1980, 477 .

3 Aristoteles, *Metaphysik* IV 1003a33-1003b19.

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“ verstanden⁵, 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 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“ (zän) und „Gutleben“ (eu zän) unterscheidet.⁸ Mit dem bloßen Leben, so will

4 Vgl. Vonessen, Franz: Art. Gesundheit, in: HWPh 3, 559.

5 Platon, Phaidon 86b-c.

6 Platon, *Politeia* 444c-e.

7 Constitution of the World Health Organisation (1948), in: Encyclopedia of Bioethics, 2. Aufl., New York 1995, Bd.5, 2616.

8 Vgl. Aristoteles, Nikomachische Ethik, 1095a 18ff.

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.

⁹ Vgl. dazu Honecker, Martin: Gesundheit als Heil?, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 10 (2005), 163-182.

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.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

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

11 Vgl. Plessner, Helmuth: Die Stufen des Organischen und der Mensch (1928), Ges. Schriften IV, Frankfurt a.M. 2003

seinen Leib zugleich als Körper. Das lässt die Vergegenständlichung des eigenen Leibes zu und setzt dieser Vergegenständlichung aufgrund der 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 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 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-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 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.

12 Vgl. Lanzerath, Dirk: Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg i. Br. 2000; dort auch eine Auseinandersetzung mit Boorse und Nordenfeldt.

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 Schlüssel-funktion besitzt, nämlich der Frage, welches *Gut* denn eigentlich die Gesundheit darstellt.

Ethische Fragen in der Perspektive einer *Gütertheorie* zu behandeln, versteht sich nicht von selbst¹³. 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.

13 Vgl. Horn, Christoph: Art. Güterabwägung, in: Düwell, Marcus u.a. (Hrsg.): Handbuch Ethik, Stuttgart 2002, 385-390.

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“¹⁴ verbunden. „Alles, was es braucht, um die Erfüllung eines Bedürfnisses moralisch zwingend

14 Henke, Klaus-Dirk/Hesse, Michael: Art. Gesundheitswesen, in: Korff, Wilhelm (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 4, Gütersloh 1999, 249-289, 252.

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.“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 als ein „transzendentes Gut“

15 Walzer, Michael: Sphären der Gerechtigkeit. Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit, Frankfurt a.M. 1992, 140. Vgl. dazu auch Schöne-Seifert, Bettina: Fairneß und Rationierung im Gesundheitswesen?, in: Kirch, Wilhelm/Kliemt, Hartmut (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Forschungsverbund Public Health Sachsen, Regensburg 1997, 42-55.

16 Vgl. hierzu Höffe, Otfried: Medizin ohne Ethik?, Frankfurt a.M. 2002, 231; Horn, Christoph: Gerechtigkeit bei der Verteilung medizinischer Güter: Überlegungen zum Prinzip der Freiheitsfunktionalität, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 8 (2003), 127-147, 137.

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 anklingen: 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 zurückgegriffen und im Sinn eines schwachen Essentialismus jene Grunddimensionen zu bestimmen

17 Vgl. Jung, Eberhard: Das Recht auf Gesundheit, München 1982; Uhlenbruck, Wilhelm: Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin, in: Medizinrecht 11 (1995), 427-437; Höfling, Wolfram: Rationierung von Gesundheitsleistungen im grundrechtsgeprägten Sozialstaat. Eine Problemskizze, in: Feuerstein, Günter/Kuhlmann, Ellen (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1998, 143-155.

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 I. Kant an und zeichnen das Handeln des Menschen als verantwortlichem Subjekt als die entscheidende Weise des menschlichen Vollzugs aus, um dann die Voraussetzungen zu eruieren und evaluativ auszuzeichnen, die Voraussetzungen dieser Handlungsfreiheit sind.²⁰ In diesem Sinn spricht auch O. Höffe von Gesundheit als einem „transzendentalen“, weil das Subjektsein ermöglichenden Gut. Chr. 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,

18 Nussbaum, Martha: Menschliches Tun und soziale Gerechtigkeit. Zur Verteidigung des aristotelischen Essentialismus, in: Brumlik, Micha/Brunkhorst, Hauke (Hrsg.): *Gemeinschaft und Gerechtigkeit*, Frankfurt a.M. 1993, 323-361.

19 Sen, Amartya: *Capability and Well-Being*, in: Nussbaum, Martha/Sen, Amartya (Hrsg.): *The Quality of Life*, Oxford 1993, 30-53.

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

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

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 Würdeprädiat 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, dass 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; reflektierte subjektive Präferenzen hingegen setzen dieses Kriterium aber 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 ha-

²² Vgl. ebd.

ben. Sie weisen in ihrer Ausgestaltung eine erhebliche Bandbreite gemäß dem Wertbild des Einzelnen, seiner *value history* auf, 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 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 Höchststang. 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 zuwiderlaufenden 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, verschränken sich 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

23 Shakespeare, William: Venus und Adonis V.389.

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 Maßhaltenkönnen.²⁷ Ökonomisch gesprochen kann einer Ressourcenknappheit nur durch Angebotserhöhung und/oder

24 Vgl. Platon, *Politeia* II 372c; vgl. dazu Höffe, Otfried: Besonnenheit und Gerechtigkeit: Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, in: Badura, Bernhard/Bock, Klaus D./von Engelhardt, Dietrich (Hrsg.): *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität?*, Stuttgart 1999, 155-184.

25 Vgl. hierzu Höffe, Otfried: *Medizin ohne Ethik?* (Anm.16), 231. Vgl. Callahan, Daniel: *Medicine and the Market – A Research Announcement*, in: *The Journal of Medicine and Philosophy* 24 (1999), 224-242

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

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

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 seinerseits etwas voraus, nämlich Selbstvertrauen auf Seiten 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* fest²⁸, ist ein Zeichen schlechter Sitten.

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 – angebbbar, 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 bazaar* 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.

28 Platon, *Politeia* III 405a.

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.

Good bye to simple solutions hat Soren Holm sein Resümee der skandinavischen Versuche einer inhaltlichen Prioritätensetzung überschrieben.²⁹ Es bedarf eines Verfahrens, so betont er, dessen Elemente und Schritte erst heraus zu finden 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 verbinden, 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

29 Vgl. Holm, Søren: 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, Otfried: *Moral als Preis der Moderne*, Frankfurt a. M. 1993

IV
Theologische Reflexionen

Gesundheit und Krankheit: theologische Grundlagen und Perspektiven

Ulrich Lüke

1. Allgemeine anthropologische Vorbemerkungen

1.1 Selbstinterpretationsbedürftigkeit von Krankheit und Gesundheit

Krankheit ist in einer ersten Annäherung als ein Zustand zu qualifizieren, den der betroffene Mensch als Störung seines psychischen und/oder physischen Wohlbefindens wahrnimmt, und den er durch das Aufsuchen von Heilungsmöglichkeiten zu beseitigen oder zu lindern trachtet. Dieser subjektive als Krankheit empfundene Zustand kann häufig mit empirisch erhebbaren, biologisch-chemisch konstatierbaren Parametern objektiviert werden. Daraus aber ist nicht zu folgern, dass Krankheit auf den naturwissenschaftlich erhärteten Befund einer biologischen oder biochemischen Dysfunktion zu reduzieren sei. Krankheit wird als ein erst noch zu interpretierender Zustand angesehen, der ärztliche Intervention angemessen erscheinen lässt.

„Versteht man das ärztliche Handeln als ein am subjektiv und klinisch hilfsbedürftigen Kranken orientiertes Handeln und die Medizin als eine an der Dyade von Arzt und Patient gebundene praktische Wissenschaft (...), dann wird der Krankheitsbegriff zur normativen Größe, die ärztliches Handeln spezifiziert, legitimiert und limitiert. (...) Aus der Natur selbst ergeben sich keine Standards und Normen, erst durch die Art und Weise, wie der Mensch seine ihm vorgegebene psycho-physisch konstituierte Natur deutet und als

*praktische Aufgabe akzeptiert, wird Natur in dieser Selbstinterpretation als Zustand der Gesundheit oder der Krankheit erfahren.*¹

Mir scheint das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit nicht einem einfachen, einander wechselseitig ausschließenden Entweder-Oder-Modus zu folgen, etwa wie das Ein- und Ausschalten des Lichtes per Kippschalter, sondern eher dem Dimmer-Modell, bei dem es zwischen Hell und Dunkel zahllose Übergänge gibt. Wie es mehr oder weniger hell sein kann, so kann ein Mensch nur mehr oder weniger gesund sein. Wer als gesund gilt oder sich für gesund hält, hat nur noch nicht alle Diagnoseverfahren durchlaufen. Vollständige Gesundheit ist ein nicht erreichbarer Zustand, dem die am wenigsten Kranken kurzzeitig relativ nahe kommen.

Wie sehr die Selbstinterpretation in den als Krankheit oder Gesundheit erfahrenen Zustand hineinspielt, lässt sich an einem Phänomen verdeutlichen, das in den letzten Jahren mehr und mehr ins öffentliche Bewusstsein gedrungen ist. Es gab und gibt Menschen, die mit der ihnen biologisch zugewiesenen Rolle als Frau oder Mann nicht klarkommen; sie fühlen sich vom Schicksal dem falschen Geschlecht zugeordnet und leiden darunter in einer oft nicht nur psychiatrisch behandlungsbedürftigen Weise. Es handelt sich um Menschen, die obschon biologisch-medizinisch ein intakter Mann oder eine intakte Frau, dennoch einen Leidensdruck verspüren, den sie nur durch eine auch operative Geschlechtsumwandlung glauben abbauen zu können. Sie nehmen die komplizierte operative Umwandlung ihres Phänotyps sowie eine lebenslange Hormonbehandlung und überdies die Infertilität in Kauf, nur um das Geschlecht wechseln zu können. Krank mit biochemisch und anatomisch belegbaren Befunden, also krank im biologisch-medizinischen Sinne sind diese Menschen definitiv nicht. Gleichwohl leiden sie erheblich an ihrem geschlechtsspezifischen Sosein, d.h.

1 Lanzerath, Dirk: Art. Krankheit, I. Medizinisch-anthropologisch, in: LThK³ VI, 426

sie sind krank und suchen nach Heilung. Krank im Sinne einer biologischen Dysfunktionalität sind sie erst nach ihrer als „Heilung“ gedeuteten Geschlechtsumwandlung.

1.2 Die Erste- und Dritte-Person-Perspektive

Krankheit ist eine urmenschliche Gegebenheit und eine urmenschliche Erfahrung. Der noch weitestgehend in den naturalen Kontext eingebettete, gleichwohl schon selbst- bzw. ichbewusste Mensch in der Morgenröte der Hominisation, etwa ein homo erectus und auch der abendländische Mensch der nachaufgeklärten Moderne erfahren das Kranksein in einer doppelten Hinsicht.

Sie erfahren in der Krankheit den eigenen Körper in der Es- oder Dritte-Person-Perspektive als ein vom Ich dissoziiertes Etwas, als ein dem Ich Gegenüberstehendes, als etwas Defizitäres und Verletztes, etwas Schmerz Bereitendes, als etwas Objektives, an dem man selbst diagnostisch und therapeutisch tätig wird oder andere tätig werden lässt und auf das man sich auch prophylaktisch beziehen kann.

Und sie erfahren in der Krankheit den eigenen Körper in der Ich- oder Erste-Person-Perspektive als nicht abschließend distanzierbares Ich, als etwas Schmerz empfindendes und erleidendes, als etwas höchst Subjektives, das aus sich selbst heil werden will und soll. Diese Ich-Perspektive ist zumeist auch die Quelle der diagnostischen und therapeutischen Intention.

Die beiden Perspektiven auf Krankheit und Kranksein sind essentiell und inkommensurabel. Sprachlich ließe sich der Doppelaspekt so formulieren: Einerseits als objektiver Befund „ich habe eine Krankheit“, und andererseits als subjektives Befinden „ich bin krank.“ Zwischen beidem kann auch nochmals die Diskrepanz von Befund (in der Dritte-Person-Perspektive) und Befinden (in der Erste-Person-Perspektive) und also die Frage der Selbstinterpretation von krank und gesund zum Ausdruck kommen.

1.3 Auto- und Sympathieperspektive

Die Erfahrung der Krankheit in der Ich- oder Erste-Person-Perspektive und ihrer Erfahrung in der Es- oder Dritte-Person-Perspektive könnte man als Autopathie (griechisch: autos und paschein – selbst leiden) bezeichnen; denn es ist das eigene Selbst, das objektiv und subjektiv leidet. Wie es ist, krank zu werden, krank zu sein, weiß man vermutlich erst dann wirklich, wenn es eintritt. Vorher wird die Gesundheit als absolute Normalität erfahren und für die Normalität gehalten. Und wie es dem anderen ergeht, der krank ist, weiß man annähernd auch dann erst, wenn man selbst krank ist oder war.

Neben dem Doppelaspekt der Autopathie gibt es aber auch noch die Sympathie (griechisch: syn und paschein – mit leiden). Das meint nicht einfach, wie die Umgangssprache es nahe legt, das Nettfinden von jemand anderem, sondern das Mitleiden im umfassenderen Sinne. Subjekt und Objekt des Leidens ist der andere Mensch. Und obschon das eigene Ich streng genommen weder objektiv noch subjektiv selbst betroffen ist, leidet es mit dem Leidenden mit. Diese Sympathie ließe sich so formulieren: Ich bin daran krank, dass der andere Mensch krank ist. Oder: Der andere Mensch ist daran krank, dass ich krank bin. Wo diese Sympathie nicht einfach zu tatenloser Weinerlichkeit degeneriert ist, kann sie sich sehr wohl so äußern, wie wenn der nur Mitleidende der eigentlich Selbstleidende wäre.

Aus paläoanthropologischen Funden wissen wir, dass schon der *Homo sapiens neanderthalensis* vor weit mehr als 100.000 Jahren ein soziales Gewissen hatte, denn er hat kranke Sippenangehörige zum Teil über lange Zeiten mit Nahrung versorgt und gepflegt.² Man darf wohl sagen: Die medizinischen und pflegerischen, die

2 Vgl. Lüke, Ulrich: *Bio-Theologie. Zeit, Evolution, Hominisation*, Paderborn/München/Wien/Zürich 2001, 227ff.

caritativen oder diakonalen Tätigkeiten haben vom Paläolithikum bis hinein in die heutige Moderne ihre Motivationsquellen weithin in dieser Fähigkeit zum Mitleiden, zur umfassenden Sympathie.

Die Unfähigkeit zur Empathie oder zur Sympathie muss nicht nur als spezielle Form von Krankheit angesehen werden, sondern auch als eine mit einem erheblichen daraus resultierenden kriminellen Gefahrenpotenzial. Kranke im Sinne einer Sympathieunfähigkeit kennen auch die biblischen Schriften in vielen Varianten.

1.4 Naturale und soziale Kontextualisierung der Krankheits- bzw. Gesundheitsdefinition

Krankheit und Kranksein sind immer auch natural und sozial kontextualisiert. Nehmen wir vergleichend ein ostafrikanisches Malaria-Gebiet und das malariafreie Mitteleuropa als Beispiel. Die Sichelzellenanämie kommt fast nur bei Schwarzen und praktisch nie bei weißen Europäern vor. Sie wird autosomal-rezessiv vererbt. Bei Homozygotie erreichen die von dieser Krankheit betroffenen Menschen sehr oft nicht das Erwachsenenalter. Anders und weit positiver sieht es aus bei Heterozygotie. Bei abnehmender Sauerstoffspannung nehmen die Erythrozyten eine gestreckte sichelförmige Gestalt an. In Europa ist derjenige als krank anzusehen, der etwa unter einer Sichelzellenanämie leidet. Die mit dieser Erkrankung einhergehende sichelartige Verformung der roten Blutkörperchen reduziert nämlich die Sauerstofftransportfähigkeit im Körper erheblich und setzt die physische Leistungsfähigkeit stark herab. Anders sieht es trotz gleicher Symptomatik in bestimmten Regionen des von der Malaria tropica betroffenen Ostafrika aus. In einer Gesellschaft, in der eine große Zahl oder gar die Mehrheit von einer heterozygoten Sichelzellenanämie gezeichnet ist, kommt es zu einem deutlich leichteren Krankheitsverlauf bei Infektionen mit Malaria. Die an Sichelzellenanämie leidenden Menschen sind nämlich relativ resistent gegen Malaria und haben damit einen

deutlichen Selektionsvorteil. Man könnte sagen, dass in diesem Umfeld derjenige krank ist, der, weil er nach europäischem Maßstab gesund ist, krankheitsanfälliger gegenüber der Malaria ist.³

Das heißt dann, auch die naturalen und sozialen Randbedingungen leisteten und leisten von den steinzeitlichen bis zu den neuzeitlichen Gesellschaften einen Beitrag zur Bestimmung dessen, was als Gesund- oder Kranksein anzusehen ist. Der naturale und der soziale Kontext definieren die ärztliche Aufgabe in diagnostischer, therapeutischer, in präventiver und palliativer Hinsicht stets mit.

1.5 Die heilende Tat und der heilende Täter

Nicht nur, was der Heiler objektiv tut, ist wichtig, sondern dass er es ist, der das tut. Nicht nur die Tat, sondern ebenso der sie vollziehende Täter ist wichtig. Die Tat wirkt nicht wie ein *opus operatum* für sich, sondern oft nur insofern sie ein besonderer göttlich begnadeter Täter tut. Der Gedanke des *opus operantis* spielt also eine wichtige Rolle. Die Heilung einer Krankheit ist nicht nur das Ergebnis einer auf bestimmte Weise vollzogenen Tat, also einer spezifischen Therapie, sondern auch das Ergebnis eines diese Tat auf ganz bestimmte Weise vollziehenden Täters, die Tat eines bestimmten Therapeuten.

Ein neuzeitliches Medizinverständnis hatte nahezu nur noch das objektivierende Was der heilenden Tat, z.B. eine bestimmte Wirkstoffklasse, Wirkstoffkombination oder Dosis, und nicht mehr das subjektive Wer des heilenden Täters im Blick. Für medizinisch aufgeklärte Menschen scheint es nahezu gleichgültig, wer etwas tut, wenn er nur das Richtige tut. Die Therapie muss stimmen, nicht der Therapeut. Mehr und mehr wird aber auch in neuerer Zeit deutlich, dass und wie der Erfolg der Therapie auch von der Per-

3 Vgl. Pschyrembel *Klinisches Wörterbuch*, 258. neu bearbeitete Auflage Berlin/New York 1998, 1461f.

son des Therapeuten abhängt, und zwar nicht nur im Bereich psycho-sozialer Erkrankungen. Der Kranke sucht nicht nur den Arzt mit besonderer Kompetenz, sondern vor allem den Arzt seines Vertrauens. Das Vertrauen erhöht die Compliance, die therapeutische Kooperationsbereitschaft des Patienten mit dem Arzt und damit auch die Effektivität der Therapie.

Belege dafür, dass der Therapeut als Person mindestens so wichtig, ja oft sogar noch wichtiger ist als die konkrete Therapie, finden sich auch in Neuen Testament

2. Neutestamentliche Aspekte von Krankheit und Gesundheit aus systematisch-theologischer Perspektive

2.1 Naturalist versus Hypernaturalist

Zumeist geht es den biblischen Texten nicht um Krankheit oder Gesundheit an sich, sondern um den Übergang vom einen zum anderen, um Heilung. Heilung ist daher als ein Kernbegriff unseres Themas anzusehen.

Je nach Ansatz werden die Erzählungen und Berichte von schweren Krankheiten und wunderbaren Heilungen entweder zur bloßen Analogie und zur symbolischen Rede umgedeutet, und ihre Anstößigkeit wird restfrei entsorgt. Die Vermittelbarkeit solcher Erzählungen wird damit gesichert, aber ihre Belanglosigkeit wohl auch.

Oder die anstößige Realitätsbehauptung wird zumindest partiell aufrechterhalten, und das wunderbar oder miraculös Erscheinende ihres Inhalts wird verteidigt gegen die Überwältigungsversuche durch die Normalität und Banalität. Während hier die Vermittelbarkeit aufs Spiel gesetzt wird, steigt der Aufmerksamkeitswert erheblich.

Die Wundererzählungen des NT fallen für den antiken Rezipienten nicht aus dem Rahmen; die Frage Naturalist oder Hypernaturalist stellte sich für ihn so nicht: „*Man rechnet im Rahmen des antiken Weltbildes, das die Erfahrungswelt des Menschen im Zusammenhang mit der göttlichen Macht begriff, grundsätzlich damit, dass die Gottheit oder besonders begnadete Menschen das Außergewöhnliche leisten könnten.*“⁴

Für den Menschen der Antike ist das Wunder also ein mögliches außerordentliches Ereignis mit Hinweisscharakter auf göttliches Wirken, die uns problematisch erscheinende Durchbrechung einer Naturkausalität steht für ihn nicht so sehr im Mittelpunkt.⁵

Für den heutigen Leser des NT ist die Frage *quid factum* aber unumgänglich und als Zeichen für Gottes Heilshandeln in der Welt nicht selten eine Zumutung für sein „auf- oder gar abgeklärtes“ Realitätsverständnis.

Der evangelisch-katholische Exeget Berger macht diesbezüglich auf ein Kuriosum aufmerksam: „*Der herrschende Zeitgeist findet nichts schlimmer als Dogmatismus. Gleichzeitig bildet er eine verschworene Glaubensgemeinschaft, die sich rund um eine kleine Anzahl aufgeklärter Dogmen versammelt, deren Heiligstes der Satz ist: ‚Es gibt keine Wunder!‘ Wunder gelten als Relikt eines magischen Zeitalters, hysterische, massenpathologische Phänomene, mit denen sich das Niedervolk in Lourdes und die Yellowpress abgeben mag. Nicht zuletzt den Theologen sind die Wunder nur noch peinlich; (...) In steigendem Maße ist man bereit, die Wunderberichte der Evangelien als bloß symbolisch zu verstehende Ereignisse zu betrachten. „Nur symbolisch“ heißt: Geschehen ist nichts, die Erzählung soll aber sagen, wie wichtig Jesus war.*“⁶

4 Busch, Peter: Wunder, Wundertäter und Magie, in: Erlemann, Kurt/Noethlichs, Karl Leo/Scherberich, Klaus/Zangenberg, Jürgen (Hrsg.): Neues Testament und Antike Kultur. Bd. 3, Neukirchen-Vluyn 2005, 136.

5 Vgl. Kollmann, Bernd: Neutestamentliche Wundergeschichten, Stuttgart/Berlin/Köln 2002, 12.

6 Berger, Klaus: Jesus, München 2004, 419f.

Der „stramme“ Naturalist kann wunderbare Heilungsgeschichten nicht gelten lassen, er verharmlost sie und deutet sie bis zur Unanständigkeit um. Der Taube war nicht wirklich taub, er hörte nur nicht auf die Stimme seines Gewissens und nicht auf die Stimme Gottes oder die seiner Frau. Seine Heilung ist dann kein akustisch-auditorisches Sonderereignis, sondern ein psychologisch-pädagogisches Allerweltsereignis.

Der Blinde war nicht wirklich blind, sondern neigte dazu, nur sich selbst zu sehen und dazu, den Anderen zu übersehen. Seine Heilung besteht nur darin, ihm die Augen für andere zu öffnen. Sie ist also kein optisch-ophthalmologisches Sonderereignis, sondern wiederum nur ein psychologisch-pädagogisches Allerweltsereignis. Über solche Wundergeschichten muss sich niemand mehr wundern. Wie Simson durch das Schneiden der Haare seiner Stärke beraubt wird, so werden die wunderbaren Heilungsgeschichten durch das Abscheren ihres Realitätsgehaltes der Kraft ihrer Anständigkeit und Widerständigkeit beraubt.

Der Hypernaturalist hält wunderbare Heilungsgeschichten prinzipiell für möglich, wenn auch für überprüfungsbedürftig. Die Naturgesetze dieser Welt und ihre Interaktionsmöglichkeiten erscheinen ihm keineswegs so hinreichend verstanden und analysiert, dass es keine unerklärlichen Ereignisse mehr gibt. Das Unerklärliche eines Ereignisses oder das zumindest höchst Unwahrscheinliche des Eintretens eines Ereignisses muss nicht prinzipiell im Widerspruch zu Naturkausalitäten stehen, hat allerdings hohen Aufmerksamkeitswert und trägt für den Hypernaturalisten das Signum göttlicher Willensbekundung. Der ehemals wirklich Blinde ist nun wirklich sehend, der ehemals wirklich Taube ist nun wirklich hörend. Aber jenseits dieser Realitätsveränderung ist nun nach einem Sinn zu fragen, auf den die Realitätsveränderung nur wortlos hinweist. Ein Wunder, wenn es denn auftritt oder vorkommt, kann nicht bei der platten oder verdutzten oder sprachlosen Verwunderlichkeit stehen bleiben, es ist erklärungsanfällig und deutungsbe-

dürftig. Im Neuen Testament, und da insbesondere im Johannes-evangelium, sind die Wunder, die in einer oft heillosen Zeit geschehen, Zeichen einer schon in der Gegenwart anbrechenden endgültigen Heilszeit.

Wunderbare Rettungen aus Katastrophen, wunderbare Heilungen von für unheilbar gehaltenen Krankheiten, wunderbare Ereignisse in schrecklichen Zeiten, all das garantiert und füllt bis heute die Schlagzeilen in den Medien, von den Kriegs- und Terrorberichten bis zu den Flut- und sonstigen Naturkatastrophen und den medizinisch-technischen Großtaten.

Die Geschichten und Berichte von Krankheit und Heilung sind auch im Neuen Testament keine Nebensächlichkeiten, die es nur der Vollständigkeit halber eben auch noch zu berichten gäbe. Sie markieren die Hauptsache. Heil und Heilung sind nicht nur etymologisch eng miteinander verwandt, sie sind es nach dem neutestamentlichen Befund auch sachlogisch und theologisch. Die Überwindung von Krankheiten und Tod wird im Neuen Testament zum sicheren Indiz, zum erstrangigen Belegstück für den Anbruch der messianischen Heilszeit.

Dem Heilswort der Bergpredigt in Kapitel 5 bis 7 folgt konsequent die Heilstat des Wunders. Damit bestätigen das 8. und 9. Kapitel bei Matthäus, womit das 7. geschlossen hat: *„Er lehrte sie wie einer, der (göttliche) Vollmacht hat, und nicht wie ihre Schriftgelehrten.“* (Mt 7,29)

Im Lukasevangelium wie auch andernorts wird die siegreiche Macht über die Dämonen, sprich über die krankmachenden Unheilsbringer, als sicheres Signum des schon verheißungsvoll angebrochenen, wenngleich auch noch nicht vollendeten Gottesreiches interpretiert: *„Wenn ich mit dem Finger Gottes die Dämonen austreibe, dann ist das Reich Gottes schon zu euch gekommen.“* (Lk 11,20)

2.2 Interdependenz von Heil und Heilung

„Meister, was muss ich tun, um das ewige Leben zu gewinnen?“ das fragt (nach Lk 10,25) ein Gesetzeslehrer Jesus. In seiner Frage geht es eindeutig und umfassend um Heil. In seiner Antwort verweist Jesus aber auf das Partielle und Spezielle, nämlich Heilung.

Das Zentral- und Hauptgebot der Gottes- und Nächstenliebe „Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben mit ganzem Herzen und ganzer Seele, mit all deiner Kraft und all deinen Gedanken und: Deinen Nächsten sollst du lieben wie dich selbst.“ (Lk 10,27) bildet den hochrangigen Kontext für eine Lehrerzählung zum heilenden Umgang mit Krankheit. Und das Vorbild für diesen heilenden Umgang mit Krankheit ist der barmherzige Samariter in seinem Umgang mit dem unter die Räuber gefallenen Mann aus Jerusalem.

„Dann kam ein Mann aus Samarien, der auf der Reise war. Als er ihn sah, hatte er Mitleid, ging zu ihm hin, goss Öl und Wein auf seine Wunden und verband sie. Dann hob er ihn auf sein Reittier, brachte ihn zu einer Herberge und sorgte für ihn. Am anderen Morgen holte er zwei Denare hervor, gab sie dem Wirt und sagte: Sorge für ihn, und wenn du mehr für ihn brauchst, werde ich es dir bezahlen, wenn ich wiederkomme.“ (Lk 10, 33-35)

Die Elemente dieser Erzählung zeigen, dass und wie Heilung neutestamentlich geradezu umfassend, d.h. die konkreten Sozialgrenzen überschreitend aufgefasst und paradigmatisch eingefordert werden: 1. Hinsehen und wahrnehmen, was der Fall ist, da ist einer unter die Räuber gefallen, 2. Sich menschlich anrühren lassen, gegen alle Selbstimmunisierung und Coolness Mitleid (Sympathie) empfinden, 3. Sachgerechte Soforthilfe initiieren, hingehen und medizinisch adäquat handeln mit Alkohol zur Desinfektion und Öl zur weiteren Wundbehandlung, 4. Nachsorge treiben im Sinne der Wiederherstellung des schützenden Sozialkontextes, d.h. die Überführung zur Herberge; denn der unter die Räuber gefallene Mann ist nicht nur medizinisch, sondern auch sozial und wirt-

schaftlich hilflos, 5. Einbindung von weiteren Helfern (Wirt) und Finanzhilfe bis zur Selbsthilfe des Misshandelten, 6. Umkehrung der Perspektive, indem nicht gefragt wird, wer mir der Nächste ist, sondern wem ich der Nächste zu sein, wem ich mich als Nächster zu erweisen habe. (Lk 10,36f.) Es wird von der Not des Anderen her definiert, wem ich Nächster zu sein habe. Immer ist der Bedürftige mein Nächster, ganz gleich ob er mir als sozial nahe- oder fernstehend anzusehen ist. Der Misshandelte war in Jesu Erzählung vermutlich ein Jerusalemer Jude. Demnach wären erst der Priester und der Levit an der Reihe gewesen zu helfen, da sie diesem sozial und religiös näher standen. Wenn überhaupt wäre der Samariter mit einer Hilfsverpflichtung als Letzter von den Dreien an der Reihe gewesen, und er hätte allen Grund gehabt, auf einer Einhaltung der sozial vorgegebenen Zuständigkeitsreihenfolge zu bestehen.

Schon die frühe Kirche hat Jesus selbst als den barmherzigen Samariter angesehen, der die unter die Räuber von Gewalt und Ausbeutung gefallene Menschheit in umfassendem Sinne rettet und heilt.

Wenn man versucht, mit dem Blick des Mediziners die Krankheiten anzusehen, über die und über deren Heilung durch Jesus im Neuen Testament berichtet wird, dann lassen sich einige relativ sicher diagnostizieren. Häufig wird die Krankheit mit dem Wirken eines Dämons, eines unreinen Geistes oder eines Geistes, der stumm, taub, blind etc. machen kann, in Verbindung gebracht. Und dann wird die Heilung im Modus einer Austreibung dieses Dämons oder Schadensgeistes erzählt und so der Weg zum Heil eröffnet.

Keineswegs steht nach neutestamentlicher Botschaft der kranke oder schwache Mensch als ein von Gott stigmatisierter Sonderling da, als besonderer intensivseelsorglicher Behandlungsfall in der religiös geprägten Öffentlichkeit oder gar als besonderer Bestrafungsfall im heilsgeschichtlichen Abseits. Paulus selbst, der sich

mit großem Selbst- und Sendungsbewusstsein in die Schar der Apostel einreicht, der er doch zu Jesu Lebzeiten nicht angehört hatte, deutet seine Defizienz, über die wir nichts Näheres erfahren, wie folgt:

„Damit ich mich wegen der einzigartigen Offenbarung nicht überbebe, wurde mir ein Stachel ins Fleisch gestoßen: ein Bote Satans, der mich mit Fäusten schlagen soll, damit ich mich nicht überbebe. Dreimal habe ich den Herrn angefleht, dass dieser Bote Satans von mir ablasse. Er aber antwortete mir: Meine Gnade genügt dir; denn sie erweist ihre Kraft in der Schwachheit. (...) Deswegen bejahe ich meine Ohnmacht, alle Misshandlungen und Nöte, Verfolgungen und Ängste, die ich für Christus ertrage; denn wenn ich schwach bin, bin ich stark.“ (2 Kor 12,7-10)

Physische wie psychische Schwäche kann demnach sogar der Anwendungsfall besonderer göttlicher Begnadung und Ausdruck einer besonderen göttlichen Beauftragung sein. Sie dämpft die Allmachtsphantasien und verhindert die hybride Selbstzuschreibung von (in diesem Fall missionarischen) Erfolgen.

2.3 Die Kritik des Tun-Ergehens-Zusammenhangs

Immer wieder taucht die Frage auf, ob der Mensch an seiner Krankheit, an seinem Leid nicht selbst Schuld sei. Diese Frage ist in den der Schrift fähigen Jahrtausenden immer wieder und bis heute unzählige Male gestellt worden.

Schon die alte und auch die neuere Medizin wissen von einem Tun-Ergehens-Zusammenhang und bringen ihn in durchaus moralisierender Weise zu Ausdruck. Dass der bewegungsfaule, übergewichtige Pykniker zum Schlaganfall oder zum Herzinfarkt neigt, rechnet man in diesen Tun-Ergehens-Zusammenhang. Dass der schwere Trinker zielsicher auf die Leberzirrhose und der starke Raucher auf den Lungenkrebs zusteuern, sind weitere Beispiele des Tun-Ergehens-Zusammenhangs. Zwar gibt es vermutlich den hundertjährigen Kettenraucher und den hundertjährigen Sturz-

trinker, aber sie sind wohl doch eher die Ausnahme. Und wenn man also auch keine absoluten Gewissheiten für diesen Zusammenhang geltend machen kann, so untermauern doch immerhin relativ hohe statistische Wahrscheinlichkeiten diesen Tun-Ergehens-Zusammenhang. Und auch die positive Gegenprobe ließe sich statistisch erhärten. Der sich ausgewogen ernährende, auf Bewegung bedachte, der den Zigaretten-, den Drogen- und Alkoholabusus meidende, normalgewichtige Mensch hat statistisch gesehen eine höhere Lebenserwartung als sein gegenteilig lebender Zeitgenosse.

Gleichwohl kann auch der vorbildlich gesundheitsbewusst lebende vom Schlag, vom Infarkt, vom Krebs dahingerafft werden. Und diese „Ausrutscher“ aus dem Tun-Ergehens-Zusammenhang sind die Totengräber für seine Allgemeingültigkeit. Eine derartige umfassende Tun-Ergehens-Gerechtigkeit ist nicht erkennbar, und ihr allenfalls statistischer Beleg für eine Mehrheit ist zugleich der statistische Beleg für eine Tun-Ergehens-Ungerechtigkeit für eine keineswegs kleine Minderheit. Es gibt Menschen, die verdienen nicht, was ihnen geschieht, und es gibt Menschen, denen geschieht nicht, was sie verdienen.

An zwei besonders prominenten Stellen kann man gut verdeutlichen, was Jesus von einem auch im damaligen Judentum weit verbreiteten Selbstverschuldungs- und Vergeltungsdenken hält, das aus diesem Tun-Ergehens-Zusammenhang abgeleitet wurde. Er kritisiert es auf schärfste:

Zwei Ereignisse, über die wir keine weiteren historischen Erkenntnisse haben, werden einigen Zeitgenossen Jesu zur Frage bezüglich eines Zusammenhangs von Leiden als Strafe für Sünden. Pilatus hatte einige galiläische Pilger wahllos herausgreifen und umbringen lassen, die ihre Opfertiere während des Paschafestes im Tempel darbrachten. Bei diesem Mord kam es, für jüdisch-kultische Vorstellungen besonders grässlich, auch noch zu einer Vermengung von Tier- und Menschenblut. Und das zweite Ereignis ist

der Einsturz des Turmes am Teich von Schiloach im Südosten Jerusalems, der achtzehn Menschen unter sich begrub. (Lk 13,2-5)

Jesus lässt als Interpretation dieser katastrophalen Ereignisse kein Vergeltungsdenken, sondern nur den existentiellen Warnhinweis gelten. Alle Menschen sind Sünder. Genauso plötzlich und unverhofft wie diese Menschen kann auch einen jeden anderen der Tod ereilen; also gilt es, aus der Bekehrung, sprich der Hinwendung zu Gott und seinem Reich, zu leben.

Die zweite prominente Stelle, aus der die Ablehnung des Tun-Ergehens-Zusammenhangs durch Jesus ersichtlich ist, ist die Heilung eines Blinden im Johannesevangelium (Jo 9,2). Der Umstand, dass dieser Mann von Geburt an blind war, veranlasst die Jünger zu der Annahme, dass die Blindheit nicht die Schuld dieses individuellen Menschen gewesen sein kann, er hätte dann ja vorgeburtlich, gewissermaßen intrauterin gesündigt haben müssen. Sie halten daher eine Art Sippenhaft, bei der die Kinder für die Schuld der Eltern mit Krankheit haften, für erwägenswert. Diese Perspektive ist auch uns heutigen Menschen nicht ganz fremd, wie z.B. die Fälle von Erblindungen Neugeborener zeigen, deren Mutter Alkoholikerin ist.

„Rabbi, wer hat gesündigt? Er selbst? Oder haben seine Eltern gesündigt, so dass er blind geboren wurde? Jesus antwortete: Weder er selbst noch seine Eltern haben gesündigt, sondern das Wirken Gottes soll an ihm offenbar werden. (...) Solange ich in der Welt bin, bin ich das Licht der Welt.“ (Jo 9,2-5)

Hier wird auch die Perspektivenverengung in der Deutung einer Krankheit aufgehoben. Es wird nicht mehr nur gefragt, auf welchen Unheilszusammenhang die Krankheit zurückverweist, sondern auf welchen Heilszusammenhang sie vorausverweist.

Über die wunderbare und zugleich verwunderliche Erzählung von der Heilung des Erblindeten hinaus ist die Perikope im Jo 9 auch eine Erzählung von der Erblindung der angeblich Sehenden. Weil nicht sein kann, was nicht sein darf, macht sich unter den

theologisch Weitsichtigen angesichts des offensichtlichen Heilshandelns eine Kurzsichtigkeit breit, die bis zur Heilsblindheit führt.

Wo Krankheit und Schuld in einen derartig zwingenden Kausalzusammenhang gestellt werden, dass wer krank ist, immer auch schuldig sein muss, da wird der Kranke von den Gesunden in die Einsamkeit und Verlassenheit entsorgt. Und zugleich wird der Gesunde implizit zum Schuldlosen und Gerechtfertigten geadelt, weil er ja den auf Schuld deutenden verräterischen Makel der Krankheit nicht an sich hat. Und obendrein kann sich der sich selbst für schuldlos haltende Gesunde noch vom für schuldig gehaltenen Kranken wegstehlen und die Hilfeleistung verweigern. Er entzieht sich damit der doppelten Ansteckungsgefahr, der in medizinischer und der in ethischer Hinsicht. Durch diesen argumentativ schrägen und miesen Trick wird aus unterlassener Hilfeleistung nicht nur eine kluge, ja gerechtfertigte medizinisch-ethische Prophylaxe, sondern ein Bollwerk gegen das krankmachende Böse. Hier sucht die schulterklopfende Selbstrechtfertigung nach ihrer abschließenden Selbstimmunisierung. Und gerade dabei werden die sich für sehend Haltenden in der Tat blind, und die für blind Gehaltenen sind die wirklich Sehenden.

Es sind also weder die Gesundheit und leibliche Integrität eines Menschen ein Indiz für seine Erlesenheit noch sind die Krankheit und der Tod eine Indiz für seine Verworfenheit vor Gott. Beides muss nach neutestamentlichem Zeugnis in einem umfassenden Sinn und Heil stiftenden Kontext interpretiert werden. Es ist mit dem Gott zu rechnen, der das Heil nicht nur an den vielen Zerschlagenen, sondern auch durch den einen Zerschlagenen wirkt. Es ist mit dem Gott zu rechnen, der den in das tiefste Unheil der Todesverlassenheit gestürzten, nämlich Christus, selbst noch zum Heiland der nach umfassendem Leben dürstenden Menschen macht.

2.4 Das Heilungswunder und seine Mehrdeutigkeit

„*Das Wunder ist des Glaubens liebstes Kind.*“ So lautet ein deutsches Sprichwort. Das scheint zu besagen: Der Glaube zeugt gewissermaßen als sein Lieblingskind das Wunder. Das geschieht entweder in dem Sinne, dass der Glaube wirklich Wunder geschehen lässt, ja Wunder tut, oder in dem Sinne, dass die Glaubenden sich Wunder einbilden und Wunder erzählen, Wunder, die bar jeden Realitätsgehaltes sind. Versetzt der Glaube – einem sprichwörtlich gewordenen Bibelwort zufolge – Berge, oder versetzt der Glaube den Glaubenden in ein Traumreich, so dass er glaubt, da seien Berge versetzt worden? Vermutlich gibt es auch hier beides: Den Glaubenden, der schier unglaublich Gutes schafft, und den, der nach und von der bloßen Einbildung des Guten hinreichend geschafft ist.

Nun gehören die Wunder Jesu zum Neuen Testament wie die Bergpredigt Jesu. Die Wunder schamhaft zu verschweigen, nachforsch zu übergehen, sie als archaische Relikte aus dem Neuen Testament zu tilgen, um dann die „eigentliche“ Aussageabsicht der Bibel herauszustellen, entspricht einem intellektuell redlichen und verantwortlichen Umgang mit dem Text nicht. Das Ergebnis solchen Umgangs mit dem Neuen Testament ist eine nur mehr moralisierende, symbolwabernde und rationalistisch kleinkarierte Schwundstufe dieses Menschheitsdokuments. Wunder sind wunderbar, sind zum Sich-(Ver-)Wundern, sind wunderbar.

Seit der Antike kennt man in der Bibelexegese die vier Schriftsinne: Der Literalsinn meint den wörtlichen an den Fakten orientierten Sinn, der allegorische Sinn ist wichtig z.B. für die dogmatische Interpretation, der moralische Sinn findet seine ethische Anwendung und der anagogische Sinn dient zur lebenspraktischen Bestärkung in Glaube und Hoffnung.⁷ Die landläufigen heutigen Ein-

⁷ Vgl. Walter, Peter: Art. Schriftsinne, in: LThK³ IX, 268f.

teilungsschemata sind wesentlich simpler, um nicht zu sagen naiver. Sie kennen nur die historische, den Literalsinn meinende Deutung, und die symbolische Deutung, die den allegorischen, den moralischen und den anagogischen Schriftsinn umfasst.

Heute scheint der weithin bevorzugte Schriftsinn bei Wundern und Wunderheilungen ein allgemein faktenarm symbolischer zu sein und sich speziell im moralischen Sinn zu äußern.

Mit dem Insistieren auf einer Erhebung des Literalsinnes ist eine symbolische Deutung nicht diskreditiert. Es wird weder der anagogische Sinn noch der analoge Sinn noch der ethische Sinn bestritten, aber sie werden wenigstens nicht als Nebelkerzen zur Unsichtbarmachung und Vernebelung des Literalsinns missbraucht. Nicht ganz zu Unrecht kritisiert Berger:

„Bei der ‚Vergeistigung‘ der Wundergeschichten (...) sind zwei Tendenzen bestimmend: eine traditionelle Geringschätzung des Leiblichen (ein neuplatonisches ‚nicht so wichtig‘) und die Feigheit, zum Ärgernis zu stehen (‚nicht zumutbar‘, ‚lehnen die Leute ab‘). Beide Linien finden sich genauso auch in zwei anderen Fällen, wo man dieselbe Umdeutung versucht: bei der Eucharistie und bei der Auferstehung der Toten. Auch hier wird der Gehalt der Aussagen rein symbolisch gefasst. Die Folge ist eine nicht wieder gutzumachende Entfernung Gottes von der Welt, eine Art Neo-Deismus.“⁸

Dieses Insistieren auf dem realitätsnahen Literalsinn, dieser Vorbehalt gegen eine vorschnelle „nur symbolische“ Deutung der Wunderheilungen Jesu findet sich bei nicht wenigen Exegeten. Ist der Gelähmte von Kafarnaum (Mk 2,1-12) wirklich wieder auf die Beine gekommen, hat er wirklich wieder auf eigenen Füßen stehen und gehen können? Oder hat er nur ein neues, ihn nicht mehr so stark behinderndes Verhältnis zu seinem unverändert gebliebenen Gelähmtsein gewonnen?

Die Ortsangabe, der lebendige Erzählstil gerade der markinischen Geschichte, die kreative Kühnheit, ein Dach abzudecken,

8 Berger, Klaus: Jesus, München 2004, 423.

um den Gelähmten in dem total überfüllten Haus punktgenau bei Jesus abzusetzen, veranlassen manche Exegeten, einen historischen Erzählkern anzunehmen. Jesu Worte: „*Mein Sohn, deine Sünden sind dir vergeben.*“ und „*Ich sage dir, nimm deine Tragbahre und geh nach Hause.*“ bestätigen ganz und gar nicht den oben kritisierten Kausalnexus von Krankheit und Sünde. Selbst wenn das Streitgespräch mit den Schriftgelehrten über Jesu Sündenvergebungswort auch aus einem anderen Erzählkontext stammen sollte, so fügt es sich doch bestens in den Gesamtsinn der Wunderheilung ein. Heil ist der Mensch erst dann, wenn Leib und Seele Heilung erfahren haben. Es geht dem markinischen Jesus auch hier klar ersichtlich um den ganzen Menschen. Der in der Sünde verbliebene Mensch ist nicht heil, der in körperlicher Behinderung gefangene Mensch ist nicht heil.

Jesus versucht, seine Berechtigung, Sünden zu vergeben, aus seiner Befähigung, Krankheiten zu heilen, plausibel ja glaubwürdig zu machen. Die ja leicht dahersagbare, empirisch aber unüberprüfbare, weil Gott involvierende Behauptung aufzustellen, jemandem seien seine Sünden vergeben, versucht der markinische Jesus hier zu plausibilisieren, indem er das schwer realisierbare, aber empirisch klar überprüfbare Heilungsgeschehen damit verbindet. Wenn nichts empirisch Wunderbares vorgefallen wäre, wäre die gesamte Perikope in empirischer wie theologischer Perspektive gegenstandslos. An der Heilung und in der Heilung, die auf das Wohl und das Heil des leidenden, behinderten und schuldigen Menschen zielt, wird der Heiland erkennbar, der dem Menschen umfassendes, Leib und Seele betreffendes Heil schenken kann.

Kollmann nimmt in Bezug auf die obige Frage einer die Krankheit selbst betreffenden realen Heilung oder einer nur das Verhältnis des Kranken zu seiner Krankheit betreffenden relationalen Heilung folgende Position ein: „*Wie in anderen Gelähmtenheilungen (Mk 3,5; Lk 13,12) bewirkt ein charismatisches Wort die Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit. Offenbar handelt es sich in allen Fällen um die*

Heilung psychogener Lähmungen, wie dies auch aus Epidauros breit bezeugt ist. (...) Die Wunderheilungen Jesu verdanken sich überwiegend dem Ausstrahlungsvermögen seiner Person und erscheinen im Licht der modernen psychosomatischen Medizin nachvollziehbar. Sie sind an sich nicht einzigartig, sondern gewinnen ihr unverwechselbares Gepräge durch die eschatologische Perspektive. Im Horizont alttestamentlicher Heilsprophetie (Jes 35,5f.) verbürgt die Heilung Blinden, Tauber, Lahmer oder Stummer den Anbruch der messianischen Heilszeit (Mt 11, 5). Wie die Dämonenaustreibungen stehen damit auch die Krankenheilungen Jesu im Licht einer neuen Zeit. In ihnen gewinnt mitten in der gegenwärtigen Welt die Gottesherrschafft Gestalt.“⁹

Das Heilungswunder ist hier zugleich Zeitansage, genauer Heilszeitansage.

Einen ähnlichen Realitätskern sehen nicht wenige Exegeten auch in der Erzählung von der Heilung des blinden Bartimäus (Mk 10,46-52). Die getreue Überlieferung des Ortes der Heilung und des Namens des Geheilten deuten daraufhin, dass auch hier ein konkreter realer Mensch und ein konkreter realer Vorgang zur Sprache gebracht wird. Auch hier nimmt Kollmann eine psychogen bedingte Blindheit also einen psychosomatischen Kontext an. Wird Christus auch von dem Blinden im Zwiegespräch mit den Worten „*Rabbuni, ich möchte wieder sehen können*“ empfangen, so hat doch das geradezu proklamatorische doppelte Rufen „*Sohn Davids, Jesus, hab Erbarmen mit mir.*“ „*Sohn Davids, hab Erbarmen mit mir.*“ einen primär christologischen Verkündigungscharakter.¹⁰

Auch hier geht es nicht nur um die wunderbare Heilung an dem Blinden Bartimäus, sondern auch um die Proklamation eines Heilers, die Proklamation des Heilands als Sohn Davids, des Messias Jesus.

9 Kollmann, Bernd: Neutestamentliche Wundergeschichten, Stuttgart/Berlin/Köln 2002, 81ff.

10 Vgl. u. a. ebd., 80f.

Etliche Erzählungen oder Berichte über Wunderheilungen Jesu sind näherhin als Heilungen am Sabbat klassifiziert.¹¹ Dazu gehört Mk 3,1-6, die Heilung des Mannes mit der verdorrten Hand. Der Vorfall soll sich am Sabbat und überdies in der Synagoge unter den argwöhnischen Augen der Jesus observierenden Pharisäer ereignet haben. Der heilende Wundertäter Jesus ist ein provozierender Wundertäter. „*Da sagte er zu dem Mann mit der verdorrten Hand: Steh auf und stell dich in die Mitte.*“ Hier wird nicht nach pragmatischen, unauffälligen und stillschweigenden Lösungen gesucht, hier wird der Mensch buchstäblich und im übertragenen Sinne in den Mittelpunkt gestellt und damit der Konflikt auf die Spitze getrieben.

Das Jesus-Wort in Mk 2,27 „*Der Sabbat ist für den Menschen da, nicht der Mensch für den Sabbat.*“ wird also an der Sabbatheilung des Mannes mit der verdorrten Hand exemplifiziert. Das vermutlich authentische Jesus-Wort (Mk 3,4): „*Was ist am Sabbat erlaubt: Gutes zu tun oder Böses, ein Leben zu retten oder es zu vernichten? Sie aber schwiegen.*“ trifft die Sachlage insofern nicht, als der Mann mit der verdorrten Hand kein Notfall ist, bei dem es um Leben Tod geht, sondern dieser Fall hätte gut und gern zu den normalen werktäglichen „Sprechstundenzeiten“ verarztet werden können. Hier geht es um die Demonstration und Proklamation des grundsätzlichen Vorrangs des Menschen und der Menschlichkeit vor der Exekution religiöser oder politischer Vorschriften.

Die eigentliche Heilungshandlung ist völlig unspektakulär und bedarf keiner besonderen Schilderung medizinischer Interventio-

11 Vgl. Mk 3,1-6; Lk 13,10-17 u. 14,1-6; Jo 5,1-47 ergänzt um 7,15-24. Bei Jo 9,1-41 (Die Heilung des Blindgeborenen) mag es sein, dass hier ursprünglich nur das Material einer Heilung vorlag, das im Nachhinein um das konfliktträchtige Material der Beachtung oder Missachtung des Sabbatgebotes ergänzt oder angereichert worden ist. Gleichwohl aber sagt uns die vorliegende Endfassung der Schrift etwas Authentisches über Jesu Prioritätensetzung, wenn es einerseits um das Heil oder Wohl eines Menschen oder andererseits um die Exekution eines Gesetzes oder Gebotes geht. Die Priorität liegt beim Menschen und bei der Menschlichkeit.

nen (Mk 3,5). „Und er sah sie der Reihe nach an, voll Zorn und Trauer über ihr verstocktes Herz, und sagte zu dem Mann: Streck deine Hand aus! Er streckte sie aus, und seine Hand war wieder gesund.“ Die Konsequenz dieser provokanten Heilung ist nach Markus allerdings gravierend (Mk 3,6): „Da gingen die Pharisäer hinaus und fassten zusammen mit den Anhängern des Herodes den Beschluss, Jesus umzubringen.“

Die Heilung der legalistisch-bornierten und in ihren Ansichten dogmatisch-verstockten Pharisäer gelingt Jesus mit dieser Krankenheilung an dem Mann mit der verdorrten Hand nicht. Die Pharisäer begreifen und ergreifen diese mit der ausgestreckten Hand des Kranken zugleich ausgestreckte Hand Gottes, diese auch ihnen gegebene Handreichung Gottes leider nicht. Sie werden durch dieses heilende Zeichen an einem Leidenden von ihrem eigenen Leiden, der ideologisch bornierten Selbstgerechtigkeit, selber leider nicht geheilt.

Die Frage nach dem Realitätsgehalt einer Heilungsgeschichte scheint immer auf das Historisch-Faktische zu zielen. Neben den oben erwähnten vier Schriftsinnen (dem literalen, den allegorischen, dem moralischen und dem anagogischen Sinn) lassen sich auch vier Wirklichkeitsverständnisse ausmachen und teils mit den Schriftsinnen verbinden. Wer einen Text gedanklich angeht, tritt gewissermaßen in den Flur eines Hauses. Je nachdem, von welcher Intention er geleitet ist, kann er immer unter dem einen Dach des Hauses dieses einen Textes verschiedene Räume betreten. Berger deutet das so:

„Eine erste Tür führt zur wissenschaftlich-technischen Wirklichkeit. Hier gelten Beweis und Experiment. Niemand möchte diese Wirklichkeit missen. Auch die historische Kritik der Bibel-exegese gehört dazu. (...) Eine zweite Tür führt in die Welt der Weisheit. Dazu gehören Sätze wie dieser, dass Lügen kurze Beine haben oder dass der selbst in die Grube fällt, die er für einen anderen gräbt. (...) Eine dritte Tür führt in die Wirklichkeit der Kunst. Hier geht es um Musik, Poesie, Malerei und Skulpturen (...) Eine

Sinfonie Beethovens ist nicht ‚erlogen‘ oder ‚unbeweisbar‘, sie ist Wirklichkeit besonderer Art im ‚Reich der Formen‘. Von dieser Wirklichkeit gibt es eine Verbindung zum vierten Bereich. Diese vierte Tür führt in die Wirklichkeit des Religiösen oder des Mythischen. (...) Die Grundregel des Mythischen heißt Konzentration; es geht um konzentrierte Wirklichkeit, Macht oder Zeit, ähnlich dem, was wir als ‚Geistesgegenwart‘ kennen.“¹²

Es ist also bei der Deutung von biblischen Erzählungen oder Berichten jeder Art, also auch von Heilungswundergeschichten, durchaus von Belang, welcher Deutungsraum betreten, welche Ebene der Wirklichkeit angezielt wird. Und dabei ist es durchaus möglich, nacheinander in die verschiedenen Räume einzutreten oder von einem in den anderen zu gehen. Das Betreten des Raumes historisch-faktischer Fragestellungen ist nur das Eintreten in einen von mehreren Räumen, in einen Raum, der zwar wichtig sein kann, nicht aber zwangsläufig der wichtigste sein muss.

3. Das Christentum als Heilungs- und Heiligungsreligion

Angesichts zweier Röntgenbilder ein und desselben Patienten, von denen das erste einen von verschiedenen Orthopäden befundeten Knochentumor mit erheblichem Umfang, das zwei Monate später aufgenommene zweite dagegen im selben Bereich keinerlei Auffälligkeiten mehr aufwies, sagt der behandelnde Ordinarius für Orthopädie: „Wie konnte es zu einer derartigen Fehldiagnose kommen.“ Mit anderen Worten: Was therapeutisch wie ein Wunder anmutet, kann nur ein diagnostischer Irrtum sein; denn Wunder gibt es prinzipiell nicht.

¹² Berger, Klaus: Darf man an Wunder glauben? Stuttgart 1996, 69f.

Ein mir bekannter Facharzt für Allgemeinmedizin beteuert: „Ein Arzt, der behauptet, noch nie ein Wunder gesehen zu haben, der hat entweder keine hinreichende Praxiserfahrung, oder er leidet an einer ideologiebedingten Blindheit, oder an beidem.“

3.1 Fragliche Kriterien für Wunder: Seltenheit und Über- (bzw. Wider-)Natürlichkeit

Wunder und Heilungswunder werden landläufig erstens als etwas außerordentlich Seltenes angesehen und zweitens als etwas, das die Naturgesetzlichkeit durchbricht. Das eine scheint das andere zu bedingen; denn wo käme man mit der „Laufkonstanz dieser Welt“ hin, wenn man es zuließe, dass die Durchbrechung der Naturgesetze gelegentlich oder gar häufig vorkäme? Beide Annahmen je für sich, die Seltenheit der Wunder wie die Durchbrechung der Naturgesetze, sind keineswegs zwingend oder gar als *conditio sine qua non* für Wunder anzusehen, schon gar nicht gilt das für die Koppelung beider Kriterien.

Man denke etwa an ein Ereignis, das sich zwar völlig naturgesetzkonform realisiert, aber eine extrem hohe Unwahrscheinlichkeit für sein tatsächliches Eintreten hat. Sollte das kein Wunder sein können?

Und kann man nicht das alljährliche Allerweltsereignis des Frühlings, oder die Geburt eines Menschen immer neu als ein Wunder erleben, ohne dass seine Seltenheit oder seine Resistenz gegen Naturgesetze mitbehauptet werden müsste?

Die Klassifizierung eines Ereignisses als Wunder oder als Heilungswunder liegt in der Deutungskompetenz des darüber Urteilenden. Und dessen Aufmerksamkeit ist eben gerade dann erhöht, wenn etwas höchst selten oder in scheinbarer bzw. tatsächlicher Widersprüchlichkeit zu den scheinbar oder tatsächlich sicher gewussten Naturgesetzen geschieht. Gerade das Seltene und scheinbar Außerordentliche wird vom Bewusstsein fokussiert und

verwundert zur Kenntnis genommen. Das Häufige, es mag so wunderbar sein, wie es will, wird als banal, als alltäglich, als wiederholbar, als gewöhnlich diskreditiert und kommt völlig zu Unrecht als Wunder nicht mehr in Betracht.

Wenn man aber das Wunder landläufig erstens als etwas außerordentlich Seltenes und zweitens als etwas die Naturgesetze Durchbrechendes definiert wird, dann entsteht einerseits das Bestreben der Entsorgung des Wunders oder andererseits beim Festhalten am Wunder das Plausibilisierungsproblem bei seiner Vermittlung. Diese doppelte Problemlage ist neutestamentlich nicht zwingend, sie ist hausgemacht und überflüssig.

Die heute übliche beschwichtigende Plausibilisierungsstrategie ist die zu sagen, das sei „natürlich alles nur symbolisch“ zu verstehen, um gar nicht erst einen Konflikt mit der naturwissenschaftlich angeblich so gut und umfassend verstandenen Realität aufkommen zu lassen. Mir scheint, man muss es gelegentlich auf einen doppelten Konflikt ankommen lassen: Er ist einerseits ein Stachel im Fleisch einer naturwissenschaftlichen Selbstzufriedenheit und Behäbigkeit, die die „ganze Welt im Döschen“ zu haben vermeint oder dies wenigstens vorgibt. Tatsächlich ist keine naturwissenschaftlich-empirische Kausalitätsrecherche im exakten Besitz aller für die Beurteilung relevanten Randbedingungen. Und er ist andererseits ein Stachel im Fleisch derer, die, noch bevor sie das „Natürliche“ angemessen bedacht haben, in einer Art Wundersüchtigkeit immer gleich auf „Übernatürliches“ abheben.

Wer die Heilungswundergeschichten des NT mit einem gouvernantenhaften Schutzreflex per se und vorab als „natürlich nicht real“ oder „realiter nicht natürlich“ deklariert, der nimmt ihnen die anstößige und Anstoß erregende Fruchtbarkeit für den Denk- und Deutungsprozess, der übersieht auch das durch das Natürliche und das Reale vermittelte Symbolische.

3.2 Das Wunderbare als Merk-Posten, Denk-Mal, Hinweis und Verweis

Vielleicht kann man nicht nur die Heilungswunder, sondern die Wunder allgemein in ihrer leiblich-naturalen Dimension mit der Spitze eines Eisberges vergleichen. Sie ist nicht das Ganze, sie ist nur ein kleiner Teil des Ganzen. Aber eben dieser kleinere Teil ist ein Indikator für das weit größere Ganze, das unter der Oberfläche des Sichtbaren liegt. Die Spitze des Eisbergs ist ein Vorposten, ein Merkposten, ein Denk-Mal für das nicht oder nur noch nicht Sichtbare.

Diese kleine Spitze des Eisberges ist für sich schon, und zwar im wahren und im übertragenen Sinne, hinreichend anstößig. Aber die größere Anstößigkeit ist unter der Oberfläche. Mancher Exeget oder NT-Leser versucht, den sichtbaren Anteil am Wunder unsichtbar zu machen, indem er es unternimmt, ihn als Sinnestäuschung abzutun, als Realitätsvorspiegelung zu derealisieren, als fiktionales Etwas zu irrealisieren etc., weil er eben diesen sichtbaren Anteil selber nicht deuten kann und ihn anderen als zu anstößig nicht zumuten möchte.

Dahinter steckt eine Hybris, die den engen Horizont des eigenen Verstehens oder den Horizont dessen, was die derzeitige Naturwissenschaft als verstanden vorgibt, implizit zum hinreichenden Horizont des Weltverständnisses an sich zu machen versucht. Dahinter steckt eine Gouvernantenmentalität, die ihren Zöglingen alles abschmeckt, vorkostet, vorkaut und vorverdaut, bis diese jeden eigenen Biss und jeden eigenen Geschmack verloren haben. Man könnte auch von einer Sozial- oder Religionspädagogisierung der Wunder- und Heilungswundergeschichten sprechen.

Natürlich ist der anschauliche Teil am Wunder anstößig, für manche sogar abstoßend anstößig, sozusagen abstößig. Aber er ist zugleich die Bedingung der Möglichkeit, den unanschaulichen Teil überhaupt wahrzunehmen und etwas von der Anstößigkeit dieses

unanschaulichen Teils zu erahnen. Das Evangelium steht in vielerlei Hinsicht quer zu den innerweltlichen Plausibilitäten. Es ist in vielerlei Hinsicht anstößig und abstößig, es erzählt von den Tiefendimensionen einer Realität, die noch nicht da ist, aber schon andrängt, einer Realität, die zugleich im Kommen ist und schon hereinragt, die unmittelbar bevorsteht, die ins Haus der Realität steht.

Und indem Jesus auf die Wunderzeichen und auch auf die Zeichen der Zeit verweist, verweist er auf das diese Zeit überschreitende Verwunderliche und Wunderbare.

Diese andere tiefer liegende Realität des Reiches Gottes ragt wie ein Eisberg nur mit einem kleinen Zipfel in unsere alltägliche Erfahrungswelt hinein. Wer die real erkennbare Spitze des Eisbergs wegen dessen anstößiger Unzumutbarkeit nicht sehen will, der wird auch die tieferliegende Realität nicht mehr erahnen. Und der ist in höchster Gefahr an beidem, am Sichtbaren wie am Unsichtbaren dieses Eisberges zu scheitern. Wer in allen Wundern nur noch das von der beobachtbaren Realität völlig befreite unanstößige Symbolische sehen will, das unter und hinter aller Realität liegt, der sieht auch das nicht mehr, weil er dessen Denk-Mal, dessen Indikatoren in Raum und Zeit zu ignorieren eingeübt hat.

Das Verwunderliche, Verwundernde und Wunderbare in dieser flüchtigen Zeit ist der Statthalter für etwas jenseits der Zeit. Das verwunderlich Andere in Raum und Zeit ist der Kristallisationspunkt für die Sehnsucht nach dem ganz Anderen jenseits von Raum und Zeit. Die Wunder und Heilungswunder Jesu haben insofern eine primär deiktische Funktion.

3.3 Das Heilung umfassende Heil

Im erbarmungswürdigen Schrei des unheilen, unheilbaren, ja heillosen Menschen in neutestamentlicher wie in heutiger Zeit steckt der unartikulierte Ruf nach konkreter Heilung und nach umfassendem Heil. Zumindest wird, wo die Hoffnung auf Heilung auf-

gegeben ist, noch immer ein Adressat für die Anklage und Verzweiflung gesucht, vornehmlich in Gott.

In jeder das Daseinsfragment des Medizinischen tangierenden Wunderheilung geht es um das umfassendere, das aufs Daseinsganze zielende, umfassende und wirklich wunderbare Heil. Nicht umsonst ist Jesus Christus im 9. Jahrhundert unseren Vorfahren im germanischen Sprachumfeld als „Krist“ und als „Heliand“ (altniederdeutsch) nahegebracht worden. Im Althochdeutschen bis Neuhochdeutschen wurde es mit der Heiland wiedergegeben. Heiland ist das Partizip Präsens vom althochdeutschen „heilan“ heilen, retten und damit die treffende Lehn-Übersetzung für den Namen Jesus.¹³ Heiland meint zugleich den, der heil macht und der das Heil schenkt, ja der das Heil in Person ist. Die auf diesen umfassenden Heilstifter hingewendete Öffnung seiner selbst, diese umfassende Bedürftigkeit eingestehende Hinwendung zum Heiland könnte man als Heiligung bezeichnen. Die Mitwirkung am Heilswirken Gottes und damit die Heiligung des Menschen kann sich sehr konkret im Heilungswirken realisieren. Das nicht nur aber auch medizinisch zu verstehende Heilungswirken des Menschen ist eine der unter Raum-Zeit-Bedingungen gegebenen Partizipationsmöglichkeiten am Raum und Zeit überschreitenden Heilswirken Gottes und in diesem Sinne Heiligung des Heilenden selbst.

In der medizinisch-fragmentarischen Heilung geht es um das das Medizinische nicht ausschließende, sondern einschließende, umfassende Heil. Die Suche nach diesem umfassenden Heil kann neutestamentlich aber mit dem Rückverweis auf die sehr konkrete und partielle medizinische Heilung verbunden und an diese gebunden sein. „*Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan.*“ (Mt 25,40) Die den ganzen Menschen betreffende Ausrichtung auf diesen umfassenden Heilsbringer und Heiland ist Heiligung.

13 Vgl. Saller, Margot: Art. Heiland, II. Religionspädagogisch, in: LThK³ IV, 1264f.

Schon die Wundergeschichten des Neuen Testaments weisen das Christentum in der Morgenröte seiner Entstehung als eine Heilungs- und als Heiligungsreligion aus.

So hoch der Wert der Heilung als Übergang von Krankheit zu Gesundheit auch veranschlagt wird, ein Höchstwert ist sie nicht, weil sie eingebettet bleibt in den umfassenderen und entscheidenden Kontext des noch ausstehenden vollkommenen Heils, auf den die konkrete Heilung nur hinweist.¹⁴

Wer als Theologe zu Akzeptanzgewinnungszwecken bei Medizinern vorab verlautbart, Wunderheilungen seien „natürlich keinesfalls natürlich, sondern stets nur symbolisch“ zu verstehen, der macht sich der „Feigheit vor dem Freund“ schuldig. Denn Wunder, insofern damit seltene, höchst unwahrscheinliche und jedenfalls unprognostizierbare Ereignisse gemeint sind, hat offenbar jeder mit einer unideologischen Aufmerksamkeit ausgestattete Mediziner, der auch nur auf einige Praxisjahre zurückblicken kann, schon erlebt. Ob er sie dann im Sinne von „Zeichen für eine andere Dimension der Realität“ interpretiert, untersteht seiner eigenen Deutungshoheit.

Vielleicht ist diese Position plausibel: Wer die Diagnose und Therapie vernachlässigend stets Wunder erwartet, ist wohl kein Realist, wer nie Wunder erwartet, wohl auch nicht. Heilungswunder gibt es. Sie müssen nicht von außerordentlicher Seltenheit sein, wengleich das die Aufmerksamkeit der Beobachter steigert. Und sie müssen nicht zwangsläufig die Naturgesetzlichkeiten durchbrechen. Eines aber müssen sie haben: Hinweiskarakter auf die je umfassendere Realität und auf das umfassende Heil jenseits der konkreten Heilung.

¹⁴ Vgl. auch Schockenhoff, Eberhard: *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss*, Mainz 1993, 270.

3.4 Kontingenzbewältigung durch Sinnstiftung

Sehr allgemein und vielleicht etwas zu modern formuliert liegt die heilende Funktion von Religion auch im Bereich der Kontingenzbewältigung. Es gibt in jedem Leben eine unabänderliche menschliche, soziale, historische und materielle Vorfindlichkeit und Vorgegebenheit.

Religion ermöglicht das sinnstiftende Verhalten zu dem und das Deuten dessen, was zum unabänderlichen Bestand menschlicher Existenz gehört, was über den Menschen von woher auch immer verfügt erscheint. Geschlecht, Fortpflanzung, Gesundheit, Krankheit, Begabung, Endlichkeit, Sterblichkeit bedürfen der sinnstiftenden Deutung oder der Implementierung in einen umfassenden Gesamtsinn. Die diesbezüglich bei Nietzsche ähnlich zu findende Sentenz lautet in der Fanklschen Version *„Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie.“*

Hier liegt von den frühen auch vorschriftlichen Stadien menschlichen Selbstbewusstseins bis heute eine wesentliche Aufgabe der Religion. Sie leistet das Sich-ins-Verhältnis-Setzen des Einzelnen und der Gruppe zum vorher Verfügbaren und zum unverfügbar Vorgegebenen. Sie entwirft den umfassenden Deutungs- und Sinnhorizont, von dem her das, was über den einzelnen Menschen und seine soziale Gruppe verfügt zu sein scheint, sinnstiftend gedeutet und damit besser bewältigt werden kann.

Wie entscheidend die Sinnstiftung, die Einordnung von Kontingenzen in einen umfassenden Sinnhorizont für die physische und psychische Gesundheit sein kann, wie sehr der Mangel an Sinnerfahrung und Sinnstiftung eine Krankheitsursache sein und werden kann, das hat insbesondere Viktor Emil Frankl (1905-1997), der Wiener Psychiater und Psychotherapeut, der Begründer der Existenzanalyse und der auf ihr basierenden Logotherapie in seinem Werk deutlich gemacht. Aber auch in der Philosophie hat Hermann Lübbe schon vor mehr als zwei Jahrzehnten auf die auch

nach der Aufklärung ungebrochene Bedeutung der Religion als Kontingenzbewältigungspraxis aufmerksam gemacht, die von keiner noch so intensiven wissenschaftlichen Befassung mit einer naturwissenschaftlich-technischen Problemstellungen geleistet werden kann.¹⁵

Sinn ist die naturalistisch nicht einholbare, naturwissenschaftlich nicht rekonstruierbare Dimension, die gleichwohl zu ihrer Expression der biologisch-neurophysiologisch beschreibbaren Rezeptions- und Artikulationsstruktur bedarf. Aktions- und Ruhepotentiale, Dopamin und Acetylcholin haben eben keine semantischen Eigenschaften. Aber die manchmal nur religiös erschließbare Sinnerfahrung kann sehr wohl heilungs- und heilsrelevant sein.

Wo ein noch umfassenderer Sinnkontext konstituiert oder übernommen wird, ist Gesundheit nicht mehr der finale Höchstwert, ist Krankheit nicht mehr nur die dramatische Bedrohung und selbst der Tod nicht mehr nur der terminale Unwert. In diesem umfassenden Horizont sind sowohl Krankheit als auch Gesundheit deutbar und deutungsbedürftig. Aber die Deutungskompetenz und Deutungshoheit für sein Geschick, die Implementierung in einen Deutungskontext kann dem Kranken oder Gesunden nicht entzogen oder enteignet werden. Er mag Beratungsbedarf signalisieren für diese Deutung. Aber ob er seine Krankheit als Strafe für verfehltes Leben, als „Himmelpädagogik“, als Mahnung, als Warnung und ob er seine Gesundheit als wohlverdienten Lohn oder als keineswegs selbstverständliches dankenswertes Glücks- oder Himmels Geschenk interpretiert, ist seine existentiell bedeutsame ganz persönliche Sache.

Heilsrelevant ist nicht der Umstand des Krankseins oder Gesundheitseins an sich. Heilsrelevant ist allerdings wohl der Umgang mit Krankheiten und Kranken, der forschende, pflegende und therapierende. Damit wird der sich an Gott wendende Heilssucher

15 Vgl. Lübbe, Hermann: Religion nach der Aufklärung, Graz/Wien/Köln 1986.

Ulrich Lücke

auf seine menschlichen Möglichkeiten als Heilungsbringer zurückverwiesen. Und dann geschieht das Wunder der Menschlichkeit, das in sich Verweis auf das umfassendere Heil ist oder wenigstens sein kann. Aber davon erzählt auf beispielhafte Weise ja schon die Geschichte vom barmherzigen Samariter. Und die ist, historisch-faktisch betrachtet, nicht einmal „wahr“, oder besser von zeitübergreifender heilsrelevanter Wahrheit.

Gesundheit und Krankheit: Konsequenzen für die Rede von Gott und vom Menschen

Gregor Maria Hoff

Gesundheit ist ein Problem. Ein ökonomisches Problem mit Blick auf die Finanzierungslücken, die sich in den modernen Gesellschaften angesichts der „zerbrochenen Grenzen der Lebenserwartung“¹ immer dramatischer abzeichnen. Aber Gesundheit ist auch ein Sinn-Problem. Es betrifft paradoxerweise gerade die Gesellschaften, die sich die beste medizinische Versorgung leisten können. Der *religious turn*, der sich im globalen Maßstab dramatisiert seit den 90-er Jahren abzeichnet, betrifft zwar auch die Zonen des westlichen Kapitalismus; aber zumal in (West-)Europa begegnet man am konturschärfsten jenem Bruch, den die Moderne in der öffentlichen wie privaten Auffassung und Praxis des Religiösen vollzogen hat. Wer davon überzeugt ist, *man lebe nur einmal*, muss dieses Leben *unbedingt* quantitativ so weit wie möglich unter den qualitativ besten Bedingungen ausdehnen. Gesundheit firmiert vor diesem Hintergrund nur konsequent als gesamtgesellschaftlich höchster Wert.² Er arrangiert ein eigenes kulturelles Plausibilitätssystem, das Züge jenes Unbedingten anzieht, das für religiöse Sinnsysteme charakteristisch ist.

1 Oeppen, James/Vaupel, James: Broken Limits to Life Expectancy, in: Science 296 (2002), 1029-1031.

2 Vgl. den Beitrag von Karl Gabriel in diesem Band.

1. *Der Problembereich: Gesundheit als ein Plausibilitätssystem*

Der entsprechende Zusammenhang hat über lange Zeit anders funktioniert.

„Gesundheit und Krankheit waren dem ewigen Ziel des Menschen untergeordnet, der ja mit Leib und Seele auferstehen sollte. Cura corporis durch Behandlung von Krankheiten wie durch gesunde Lebensführung konnte der Seelsorge den Weg bereiten, ging in jedem Fall Hand in Hand mit ihr. Denn Krankheit war Ausdruck der grundsätzlichen Gebrechlichkeit des sündigen Menschen. Von Gott gesandt, konnte sie Strafe für Sünde sein, Warnung und Prüfung, Gelegenheit zur Buße für die Betroffenen und zur Barmherzigkeit für ihre Mitmenschen. In diesem Rahmen konnte Gesundheit, oder zumindest gesunde Lebensführung, zur religiösen Pflicht werden.“³

Gesundheit war damit in ein besonderes Sinnsystem eingebunden. Sie stand in einem *religiös* untermauerten funktionalen Zusammenhang und emanzipierte sich erst unter radikal veränderten soziokulturellen Bedingungen aus einem Rahmen, in dem sie als ein Ort von Gotteserfahrungen begriffen werden konnte. Gesundheit ließ sich als Segen Gottes lesen. Krankheit und Tod verblieben im selbstverständlichen Raum einer gottgegebenen Ordnung. Als sie zerbrach, veränderte sich auch der Stellenwert des gesunden Menschen. Er wurde Gegenstand und Agent einer zunehmend medizinisierten Sorge um den Menschen, die allmählich die pastorale Sorge um ihn als einen Sonderbereich definierte.⁴ Entscheidende Voraussetzung für diesen Wandel war eine Krise, die gerade eine kaum vorstellbare *Gesundheitskatastrophe* auslöste. Mit der europäischen Pestepidemie 1347-1351 verlor Europa ein Drittel bis die Hälfte seiner Bevölkerung.⁵ Das bedeutete den

3 Reinhard, Wolfgang: *Lebensformen Europas. Eine historische Kulturanthropologie*, München 2004, 166.

4 Vgl. Foucault, Michel: *Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974-1975)*, Frankfurt a. M. 2003, besonders 329-343.

5 Vgl. Bergdolt, Klaus: *Der Schwarze Tod in Europa. Die Große Pest und das Ende des Mittelalters*, München ³1995, 10.

„Zusammenbruch bergender Traditionen“:⁶

„Der spätmittelalterliche Mensch begegnete hier in der Natur nicht mehr den ‚vestigia Dei‘, den bewundernswerten Fußspuren des Schöpfers dieser Welt, sondern dem nackten Grauen.“

Der Verlust des Vertrauens in die Wirklichkeit als *so* gewollte Schöpfung veränderte zwei Wissensformen: die religiöse und die medizinische. Letztere emanzipierte sich zunehmend als empirische Wissenschaft. Der Pestschock führte darüber hinaus zumindest in den besonders betroffenen italienischen Stadtrepubliken zu ersten gesundheitspolitischen Maßnahmen von der Quarantäne bis zu Bestattungsregelungen.⁷ Umgekehrt griff diese diskursive Umstellung auch auf die Theologie zurück. Der behauptete Zusammenhang von Gesundheit und Heil blieb zwar nicht nur in der Volksfrömmigkeit erhalten, etwa in religiösem Wunderglauben an besonderen Wallfahrtsstätten, sondern er wurde auch theologisch weiterhin reflektiert. Dennoch spielte bis zur Entdeckung der spezifischen psychischen Funktionen des Glaubens für die Gesundheit dieser Konnex eine immer geringere Rolle. Das aber hatte Folgen für die Erfahrung Gottes und die Rede von ihm. Bis an die Schwelle der – katholisch lange verweigerten – Moderne wird Gesundheit *soteriologisch* funktionalisiert. Ihre entscheidende Bezugsgröße ist der Tod, ihr Haftpunkt das ewige transzendente Heil. Gesundheit kann dann aus einer „übernatürlichen Symbolfunktion“⁸ heraus verstanden werden. Das reicht bis zu der Einsicht, dass

„Gesundheit und Krankheit eine personale Bedeutsamkeit besitzen, darum sollte auch das leiblich-seelische Wohlbefinden nicht gedankenlos wiederhergestellt werden,

6 Verweyen, Hansjürgen: Theologische Hermeneutik heute, in: Müller, Klaus (Hrsg.): Fundamentaltheologie. Fluchtlinien und gegenwärtige Herausforderungen, Regensburg 1998, 177-191; hier: 177. Das folgende Zitat ebd.

7 Vgl. Reinhard, Wolfgang: Lebensformen Europas, 168.

8 Egenter, Richard: Art. Gesundheit, in: LThK² IV, 844-846; hier: 845. Das folgende Zitat ebd. (Abkürzungen wurden aufgelöst).

ebe nach dem Sinn einer von Gott zugelassenen Störung für das persönliche Leben gefragt wurde.“

Aus der Zuordnung der medizinischen und der theologischen Wissensformen von Gesundheit muss sich auf *dieser* Basis eine Trennungs-, ja eine Konkurrenzgeschichte ergeben. Die Perspektiven auf den Menschen scheren auseinander: Für den Arzt kann die mögliche Sinnggebung einer Krankheit angesichts seiner Verpflichtung auf ihre Heilung bestenfalls eine untergeordnete Rolle spielen. Die theologische Interpretation verpflichtet sich demgegenüber in diesem Modell auf eine ontologische Grammatik. Sie übernimmt eine *funktionale* Sichtweise, droht aber immanente Gesundheit und transzendentes Heil in einen Konflikt zu verwickeln. Dass er nicht notwendig besteht, steht theologisch längst fest.⁹ Entscheidend ist an dieser Stelle etwas Anderes: die Herausbildung spezifischer Wissensformen vom gesunden Menschen, in denen sich unterschiedliche medizinisch-theologische Referenzsysteme entwickeln. An ihnen hängt nicht zuletzt die Plausibilität einer modern vermittelbaren Rede von Gott, der das Heil des Menschen sein soll.

Dieses Heil wird zunehmend unter anderen Voraussetzungen begriffen. So sehr *Heil* das existenzielle Spektrum von Gesundheit sprengt, so sehr bleibt es ihm doch verhaftet, wenn letztlich ganz ins Immanente verlegte Erfahrungen von *heil sein* durch *ganzheitliche* Körpersprachen aufgebraucht werden.¹⁰ Das moderne Plausibilitätssystem der unterschiedlichen Körperwelten und -kulte kennt

9 Vgl. Frick, Eckhard: Sich heilen lassen. Eine spirituelle und psychoanalytische Reflexion (Ignatianische Impulse Bd. 12), Würzburg 2005 sowie den Beitrag von U. Lüke in diesem Band. Vgl. Hoff, Gregor Maria: Art. Heil/Heilung, in: NHTHG⁴ II, 84-93.

10 *Ganz* und *heil* firmieren hier als das Gegenteil etwa von *kaputt* – ein Ausdruck, der wiederum im semantischen Umfeld von Krankheit auftaucht. Damit spielt auch der Bezug auf Gesundheit aus dem Hintergrund eine Rolle.

zwar „kleine und mittlere Transzendenzen“¹¹, verändert aber die Grammatik einer möglichen Gottrede gravierend, weil sich die Erwartungshorizonte verschoben haben. Was vom Leben zu erwarten ist, steht nicht länger unter eschatologischem Vorbehalt, sondern unter dem Druck der Gegenwart. Der Zuschnitt auf den gesunden Körper artikuliert die Notwendigkeit, sein Heil hier und heute zu realisieren. Dabei zieht er jene Prädikationen an sich, die das Sein – und letztlich dann Gott – verkörpern: das Wahre, das Gute und das Schöne.

Die Ästhetisierung des Körpers entwickelt eigene kultische Praktiken. Die Pflege seines Ideals konzentriert sich kaum zufällig in den Formaten von Pop-Ikonen und Film-Diven: Sie erscheinen als alltäglich nicht wirklich greifbare, als letztlich *transzendente* Körper einer idolisierten Existenz, die wahres und gutes Leben verheißt. Von daher wird der ideale, also gesunde und schöne Körper zum Ort, an dem Lebenshoffnungen hängen. Was jetzt nicht gelingt, weil die Physis nicht mitspielt, bleibt uneingelöst. Sportliche Extremlleistungen verheißten an diesem Punkt wenigstens noch alternative Grenzerfahrungen. Die Ausschüttung von körpereigenen Endorphinen stimuliert den Kick, der das Gefühl für sich selbst zu einer neuen Form der Realpräsenz hebt.

Nun ließe sich dies etwa mit einer transzendentaltheologischen Grammatik als anonyme Transzendenzerfahrung rekonstruieren. Freilich bleibt damit die Selbstdeutung der Akteure weitgehend außer Acht. Das Interesse am gesunden Körper kann ohne einen weitergehenden religiösen Bezug auskommen. Das aber hat eine theologische Konsequenz: Die Rede von Gott steht nicht länger für das *Allerwirklichste*.¹² Wirklicher ist allemal jene körperliche Prä-

11 Vgl. Luckmann, Thomas: Die unsichtbare Religion, Frankfurt a. M. 1991; vgl. den Beitrag von K. Gabriel in diesem Band, 35f.

12 Dieser Hinweis greift – allerdings in einem anderem Theorierahmen – zurück auf Ruster, Thomas: Der verwechselbare Gott. Theologie nach der Entflechtung von Christentum und Religion (QD 181), Freiburg u.a. 2000, 7-14.

senz des Selbst, in der sich Heilserwartungen formieren. In dem Maße, wie medizinische Gesundheit den alten theologischen Heilsbegriff absorbiert, nimmt der Realitätsgehalt der Gottesrede ab. Der gelebte Gottes*bezug* kann zum Aspekt eines Lebensprojekts werden, das in den jeweiligen Biographien arrangiert wird. Er ist dann jedoch nicht mehr der alles entscheidende Lebens*grund*.

Mit der angesprochenen Ästhetisierung, die sich im Rhythmus einer zunehmend totalisierten Medialisierung unserer Lebenswelten vollzieht, zeichnet sich eine weitere Umstellung der Bedingungen gegenwärtiger Gottesrede ab: Nicht nur der gesunde, sondern zumal der *schöne* Körper erfährt eine dramatische Aufwertung. Sie ist daran gebunden, dass der *Body* möglichst makellos erscheint und reibungslos funktioniert. Immer weniger Arbeitsplätze stehen zur Verfügung – das verlangt von jedem Arbeitnehmer eine leistungsfähige Physis. Immer weniger Arbeitnehmer müssen das Gesundheitssystem finanzieren – und genau das lässt sich volkswirtschaftlich nicht aufleisten. Signifikante Paradoxien entstehen: Bei abnehmender Geburtenrate werden immer weniger Junge für immer mehr Alte arbeiten müssen – und trotzdem steigen die Arbeitslosenzahlen. Die forcierten Ansprüche im Kampf um Arbeitsplätze greifen auf die Gesundheit zu und schaffen neue Krankheitsbilder wie etwa das *Burn out-Syndrom*. In einer Eskalationsspirale wird der Konkurrenzkampf um die besten Anteile am Erwerbsmarkt, sprich: um ökonomischen Gewinn und die gesellschaftlich besten Lebensbedingungen immer schärfer. Wer hier durch Krankheit zurück- oder gar ausfällt, verspielt Lebensressourcen. Der ökonomische Wert sowie der Sinnwert der Lebensressource Gesundheit muss konsequent weiter an Bedeutung zunehmen. Ihr Richtwert ist der schöne, leistungsfähige Körper – ihr *verworfenen Teil* der Tod, der sich als die eigentliche Definitionsmarke des modernen Gesundheitsdiskurses erweist.¹³ Wenn das Pro-

13 Vgl. in diesem Zusammenhang Lüderssen, Klaus: Von der Pflicht zu töten. Und dem Recht zu sterben, in: FAZ 21.3.06 (Nr. 68), 36.

blem der Gesundheit unter diesen Plausibilitätsbedingungen gefasst wird, steht man vor einem folgenreichen Wechsel in den Wissensformen vom Menschen – und an ihnen hängt die Möglichkeit, an ein anderes Plausibilitätssystem zu erinnern: das theologische.

2. *Das theologische Problem:
Die Erschließungskraft des christlichen Gottesglaubens
angesichts der Erfahrungen von Krankheit*

Der benannte Problemzusammenhang verändert die Ausgangsbedingungen der Rede von Gott, insofern diese christlich einen Zugewinn an Leben beansprucht. Der Gott der Bibel *ist* ein Gott des Lebens. Dann aber stellt sich die Frage, an welchen Orten er zu finden sei. Die gesellschaftliche Plausibilität, die Gesundheit einnimmt, legt es nahe, die Rede von Gott in jenem Geschenk der Gesundheit und eines langen Lebens zu sehen, das auch die Bibel immer wieder mit Gott verbindet. Vor allem die Patriarchen sind solche Glücksfälle Gottes – allerdings markieren sie auch eine besondere Ambivalenz, die sich mit dieser Koppelung ergibt.

Die entscheidende Bezugsgröße der Schrift ist das umfassende Heil des Menschen, das an die Erfahrungen von Gesundheit gebunden ist: Man steht vor einem eigenen *Materialismus* der Gottesrede.¹⁴ Aber zugleich wird Krankheit immer wieder als ein Ort besonderer Gotteserfahrung ausgewiesen. Dadurch wird etwas Entscheidendes sichtbar: Der moderne Gesundheitsdiskurs arbeitet auf der Basis verschiedener Ausschlüsse: des unästhetischen Körpers, der schönheitschirurgisch behandelt werden will; des kranken Menschen, der zu viel kostet; letztlich auch des Todes, der

14 Vgl. Buchholz, René: *Körper – Natur – Geschichte: materialistische Impulse für eine nachidealistische Theologie*, Darmstadt 2001.

alles unter den Vorbehalt der Vorläufigkeit stellt. Demgegenüber weisen verschiedene biblische Traditionen genau diese ausgeschlossenen Orte als prekäre *Lebensräume* aus, die sich freilich erst von Gott selbst erschließen.

Dabei erscheint Krankheit als ein theologisches Problem erster Ordnung und gerade so als ein Ort ambivalenter *Gotteserfahrung*. Das gilt in besonderem Maße für die Psalmenliteratur. Sie stellt eigene Gebetsformulare zur Verfügung, in denen sich die Erfahrung von Krankheit einerseits – vor allem als Zorn und Strafe Gottes für Sünde und Torheit (Ps 38) – konzeptualisieren, andererseits Gott gegenüber überhaupt erst zur Sprache bringen lässt. Weil Gott eine Gebetsadresse bleibt, muss man angesichts der konkreten Not, in der ein kranker Mensch von Vereinsamung betroffen ist – antik aufgrund hygienischer Probleme, modern weil er die Lebensressource Zeit kostet –, nicht verstummen, sondern kann für die eigene Situation eine Sprache der Hoffnung finden. Die Psalmen artikulieren dabei immer wieder die Erfahrung, dass Gott sich entzieht und verbirgt (vgl. Ps 44,25; 89,47). Die besondere Nähe, in der sich Gott dem Kranken zumutet, besteht dann darin, dass er sich von ihm abwendet (Ps 88,15).¹⁵

Hier zeichnet sich ein systematischer Zusammenhang ab: Einerseits ist Gott nah, denn er straft – damit ist die *objektive* Seite der Krankheitserfahrung bezeichnet – andererseits verschließt er sich dem Kranken, der *subjektiv* Gott nicht erfahren kann. Das fasst er in der Rede von der Verborgenheit Gottes. In dieser Ambivalenz wird die Krankheit zu einem Ort, an dem sich der grundsätzliche Erfahrungsraum Gottes spezifisch verdichtet. Der kranke Beter hält an Gott fest, indem er ihn im Gebet stellt. Zugleich leidet er

15 Vgl. Groß, Walter: Ein schwerkranker betet. Psalm 88 als Paradigma, in: Fuchs, Gotthard (Hrsg.): Angesichts des Leids an Gott glauben? Zur Theologie der Klage, Frankfurt a.M. 1996, 101-118.

an einem Gottesentzug, der ihn in seiner Krankheit verzweifeln lässt. Der Topos vom *verborgenen Antlitz Gottes* (Ps 102,3) markiert die Möglichkeit eines einzigartigen Heils, einer besonderen Zuwendung Gottes: „*Gott sei uns gnädig und segne uns. Er lasse über uns sein Angesicht leuchten, damit auf Erden sein Weg erkannt wird und unter allen Völkern sein Heil.*“ (Ps 67,2f.) Zugleich muss dem Psalmenbeter klar sein, dass die Zuwendung Gottes im Entzug seiner Gnade bestehen kann; dass „die Rechte des Höchsten so anders handelt.“ (Ps 77,11) Damit entsteht ein Koordinatensystem, in dem sich das *theologische* Problem der Krankheit bestimmen lässt. Sie bedeutet mehr als nur den Verlust der Gesundheit – sie beinhaltet eine besondere Herausforderung des Gottesbezugs.

Dieser *Provokation Gottes* wird im Rahmen der atl. Gebetsliteratur *existenziell* begegnet. Zugleich kündigen sich aber bereits theoretische Debatten an. Das Buch Hiob verwickelt Gott ausdrücklich in einen theologischen Diskurs, der sich am erlittenen Leid entzündet. Die späteren religionskritischen Auseinandersetzungen präparieren auf dieser Linie zwei Probleme: Wie lässt sich das Handeln Gottes denken? Und kann es einen Gott angesichts des Leids seiner Schöpfung überhaupt geben? Vorab ist es von entscheidender Bedeutung, dass mit dem Buch Hiob die Theodizeefrage kanonisiert wird, also den Rang eines Offenbarungsdokuments hat. Mit anderen Worten: Nicht einfach im Leid, sondern darüber hinaus *in der Frage nach Gott* zeigt sich authentisch, mit wem man es zu tun hat. Die hartnäckige Rückfrage des Menschen nach Gott wird als Ort der Gottesbestimmung markiert. Im Prozess des Fragens eröffnet sich von daher ein Handlungsraum – mit Hans Urs von Balthasar gesprochen: das theo-logische Drama, in das der Mensch nicht als bloßer Zuschauer, sondern seinerseits als Akteur verwickelt ist.

Gregor Maria Hoff

3. *Die verlorene Gesundheit:
Die Theodizeefrage als Ort einer problematischen theologischen
Positionsbestimmung*

Damit wird aber bereits ein entscheidender Schritt getan. Biblisch gibt es keinen Raum über Gott hinaus, in dem die Frage nach der Bedeutung des Leids gestellt und beantwortet werden könnte. Implizit wird eine Gottesvorstellung eingesetzt, die Anselm von Canterbury später formalisieren wird: *Gott als der, über den hinaus Größeres nicht gedacht werden kann*. Nur von dieser Größe Gottes her lässt sich unter den Voraussetzungen, mit denen die biblischen Autoren antreten, die Auseinandersetzung angemessen führen. Der Diskurs über das Leid führt also nicht aus dem Glauben heraus, sondern setzt auf die Spur eines Gottes, der sich in seiner Allmacht oft so kläglich ohnmächtig erweist. Bereits diese Kennzeichnung der theoretischen Ausgangslage kann einen weiteren wichtigen Umstand der biblischen Rede von Gott angesichts des Leids in ein anderes Licht rücken: Es ist eben kein Zufall, dass Narrative für das Unfassbare aufkommen müssen.¹⁶ In den vielfältigen Erzählungen, in denen Leid thematisiert wird, werden die Spannungen ausgetragen, die der Glaube an einen guten Schöpfergott mit sich bringt. Er droht sich in den Fallstricken seiner immer wieder katastrophalen Schöpfung zu verfangen. Dennoch trauen die biblischen Traditionen diesem Gott, so unterschiedlich sie im Einzelnen bleiben, aber auch dann noch eine Wendung zum Guten zu, wenn er selbst für die entsprechenden Katastrophen verantwortlich zeichnet.¹⁷

16 Zur unaufgebbaren Bedeutung einer *narrativen Theodizee* vgl. Werbick, Jürgen: *Theologie als Biographie: Das „Leben Gottes“ als Geschichte seiner Selbstbehauptung?*, in: Beinert, Wolfgang (Hrsg.): *Gott – ratlos vor dem Bösen?* (QD 177), Freiburg u.a. 1999, 153-172, besonders 171f.

17 Vgl. Groß, Walter/Kuschel, Karl-Josef: *„Ich schaffe Finsternis und Unheil!“ Ist Gott verantwortlich für das Übel?*, Mainz 21995.

Genau damit wird eine unverzichtbare Perspektive ermöglicht, die auch den klassischen Theodizeediskurs umstellt. Zunächst stehen die logischen Anschlussfragen nach der Existenz Gottes angesichts des Leids und nach der Überzeugungskraft einer Vorstellungswelt, die mit dem Handeln Gottes jederzeit rechnet, auch mit den biblischen Gotteserzählungen auf dem Plan. Dabei muss eine wesentliche Einschränkung berücksichtigt werden:

„Das Alte Testament kennt zwar der Sache nach individuelle Freiheit und persönliche Verantwortung, aber noch keine begriffliche Reflexion über die menschliche Freiheit, insofern auch noch nicht das Problem der Zuordnung göttlichen und menschlichen Handelns; es stellt – wie auch noch das Neue Testament – beides unvermittelt nebeneinander.“¹⁸

Im Laufe des theologisch inspirierten und philosophisch moderierten Theodizeediskurses ist nun eine Reihe von theoretischen Entwürfen entstanden. Die klassische Fassung des Problems, konzentriert bereits von Epikur, fragt nach dem Verhältnis der Attribute *gut* und *allmächtig* und verbindet sie mit der Existenzfrage nach Gott im Horizont des Leids. Die verschiedenen Versuche einer Modifikation der Grundeigenschaften Gottes forcieren das Problem nur: Wenn Gott in einem letztlich nicht einmal mehr analogen Sinn *gut* und *allmächtig* sein soll, lässt er sich menschlich nicht mehr verstehen, also auch nicht ansprechen und anbeten. Er droht zu einer willkürlichen Größe reduziert zu werden oder in einer Form unverständlicher Transzendenz unterzugehen. Die klassischen freiheitstheologischen Auflösungen suchen nach einer Auflösung des Problems, indem sie das Gut der Freiheit so hoch veranschlagen, dass das Leid als Preis der Liebe¹⁹ eine postume Legitimation

18 Groß, Walter: „Trifft ein Unglück die Stadt, und der Herr war nicht am Werk?“ (Amos 3,6), in: Fuchs, Gotthard (Hrsg.): Angesichts des Leids an Gott glauben? Zur Theologie der Klage, Frankfurt a.M. 1996, 83-100; hier: 84.

19 Vgl. Greshake, Gisbert: Der Preis der Liebe. Besinnung über das Leid, Freiburg u.a. 1988.

erfährt. Der entsprechende Ansatz lässt sich noch radikalisieren: Als Hegel Schillers „Wallenstein“ liest, steht er verstört vor dem Scheitern jeder *geschichtstheologischen* Theodizee. Sein eigenes geist-philosophisches Projekt führt sie dann als Totalisierung der Geschichte im Zeichen des Absoluten durch. Die Opfer der Geschichte werden dabei letztlich verwunden. Genau dieser Weg ist spätestens seit Dostojewski versperrt.²⁰ Ein Gott, dessen Opfer sich nachträglich – auch durch ein rettendes Eingreifen – verrechnen lassen, kann schon deshalb nicht glaubwürdig sein, weil er vorab anders hätte schaffen können.

Genau das führt noch einmal auf die Frage nach den Eigenschaften Gottes und seinen Handlungsmöglichkeiten zurück. In einer modernen spekulativen Variante der Leibniz'schen Theodizee greift Armin Kreiner auf eine Einsicht der Physik des 20. Jahrhunderts zurück. Das sogenannte *anthropische Prinzip* beschreibt die Entdeckung, dass eine minimale Veränderung der Ausgangsbedingungen nach dem Urknall alles zugelassen hätte, nur kein menschliches Leben wie wir es kennen. Daraus lässt sich nicht bereits das teleologische Argument gewinnen, dass der Kosmos genau auf den Menschen hin geschaffen worden sei. Aber es ermöglicht das Gedankenspiel, dass Gott keine bessere als die vorhandene Welt habe schaffen können – allerdings unter einer bestimmten Rücksicht:

„Die Pointe dieser Hypothese besagt nicht, dass Gott keine andere schlechthin bessere Welt hätte schaffen können. Sie besagt vielmehr, dass Gott keine Welt hätte erschaffen können, die in wertrelevanter Hinsicht grundsätzlich der unseren ähnlich ist, aber eben entschieden weniger natürliche Übel enthält... Zu den Welten, die Gott nicht erschaffen kann, gehören alle logisch unmöglichen Welten, also jede Welt, die logische Widersprüche enthält. Zu diesen unmöglichen Welten gehört selbstverständlich jede Welt, in der wahr wäre, dass Gott nicht existiert.“²¹

20 Vgl. Neuhaus, Gerd: Theodizee – Abbruch oder Anstoß des Glaubens, Freiburg u.a. 21994.

21 Kreiner, Armin: Gott im Leid. Zur Stichhaltigkeit der Theodizee-Argumente (QD 168), Freiburg u.a. 1997, 365f.

Konsequenzen für die Rede von Gott und vom Menschen

Die Rede von der Allmacht Gottes unterliegt damit einer Einschränkung. Sie ist als Selbstbindung Gottes an jene Gesetze zu verstehen, die als Naturgesetze überhaupt etwas wie Leben ermöglichen. In diesem Zusammenhang tritt nun das anthropische Prinzip mit seiner Feststellung in den Blickpunkt,

„dass Biogenese und Anthropogenese nur in einem Universum möglich waren, das exakt bestimmte physikalische Werte aufweist, wie spezifische Ausgangsbedingungen sowie bestimmte Naturgesetze und -konstanten. Minimalste Abweichungen dieser Werte hätten die Entstehung von Leben definitiv vereitelt.“²²

Nur in einer solchen Welt kann Freiheit entstehen, die wiederum besondere Werte aktiviert. Nur in einer solchen Welt kann der Mensch das – theologisch gesprochen: eschatologische – Ziel seiner sittlichen Vervollkommnung erreichen.²³ Der Preis der Freiheit bleibt freilich das entscheidende Problem.²⁴ In diesem Zusammenhang hat Gerd Neuhaus darauf aufmerksam gemacht, dass damit ein subtiler Opfermechanismus beansprucht wird:

„Warum sind die Güter der sittlichen Freiheit nur um den Preis unschuldiger Opfer zu gewinnen, die dabei regelrecht verbraucht werden?“²⁵

Darüber hinaus droht sich das Konzept der Allmacht in Kreiners Entwurf hinter dem eigenen Rücken aufzulösen. Gott ist an logische Operationen gebunden, die, einmal verselbständigt, immer neue unmögliche Welten kreieren lassen – wie das zitierte Beispiel jener Welt belegt, *in der wahr wäre, dass Gott nicht existiert*. Das gege-

22 Ebd., 373.

23 Vgl. ebd., 238 (im Anschluss an den theodizee-relevanten Soul-Making-Process nach Hick, John: *Evil and the God of Love*, London 1966).

24 Vgl. die Kritik von Hoerster, Norbert: Ohne den Bösewicht wäre das Gute nicht. Armin Kreiner rechtfertigt die Übel der Welt mit der Freiheit der Menschen, in: FAZ 11.4.98 (Nr. 85) 8.

25 Neuhaus, Gerd: Zwischen Protestatheismus und Erlösungsgewissheit. Auf dem Weg zu einer christologischen Theodizee, in: Müller, Klaus (Hrsg.): *Fundamentaltheologie. Fluchtlinien und gegenwärtige Herausforderungen*, Regensburg 1998, 101-118; hier: 109.

bene Problem hebt entweder das Konzept Allmacht auf, weil es Gott vorab an die Geltung einer noch einmal unabhängig von ihm existierenden Logik bindet (eine andere Logik wäre nämlich nicht denk- und schaffbar) oder es verweist kritisch auf das zugrunde gelegte Vernunftkonzept zurück und rührt damit an den Kern jeder Theodizee: an die theologisch zu justierenden Erwartungen einer an Problemlösungen orientierten Vernunft.²⁶

4. *Eine theologische Inversion im Zeichen der Theodizee:
Das Buch Hiob als Problemmkorrektur*

Erst jetzt betritt man den eigentlich heißen Boden des theologischen Theodizeeproblems und der Frage nach dem Handeln Gottes. Das Buch Hiob markiert hier einen theologisch bedeutsamen Einschnitt. Mit seinem Ende spricht Gott das letzte Mal *selbst* im Tanach. Die entsprechende Kanon-Redaktion wird man als bewusste theologische Regie zu begreifen haben. Ihre Leistung: Sie justiert den späteren *philosophischen* Theodizeediskurs vorab *theologisch* und formuliert die Ausgangsbedingungen seiner folgenden Durchführungen. Die letzte Selbstmitteilung Gottes bekräftigt nämlich, dass der Allmächtige ein letztes Geheimnis bleibt. Allerdings muss sich der Mensch diesem Geheimnis stellen. Hiob will nach seiner scharfen Gottesauseinandersetzung darauf verzichten:

„Siehe, ich bin zu gering. Was kann ich dir erwidern? Ich lege meine Hand auf meinen Mund. Einmal habe ich geredet, ich tu es nicht wieder; ein zweites Mal doch nun nicht mehr.“ (Ijob 40,4f.)

26 Vgl. zur kritischen Diskussion dieses Problems ein Themenheft zu Kreiners Ansatz: Ethik und Sozialwissenschaften. Streitforum für Erwägungskultur 12 (2001); darin: Hoff, Gregor Maria: Die Theodizeefrage als Basisproblem theologischer Rationalitätstheorie, 181-183. Vgl. darüber hinaus ders.: Ist die >reductio in mysterium< irrational? Zu A. Kreiners Quaestio Disputata, in: ZKTh 121 (1999) 159-176.

Konsequenzen für die Rede von Gott und vom Menschen

Aber diesen Rückzug ins Verschweigen lässt Gott nicht zu. Stattdessen verändert er noch einmal die Ausgangsverhältnisse:

„Ich will dich fragen, du belebre mich!“ (Ijob 40,7)

Zugleich fragt er scharf danach, ob sich Hiob als letzte Instanz setzen will, die – über alles Fragen hinaus – über Gott selbst noch einmal zu Gericht sitzt (Ijob 40,8). Hier wird szenisch das prekäre Verhältnis von Glaube und Vernunft im Horizont des Leids und angesichts der unfassbaren Majestät Gottes bestimmt. Der Mensch wird von Gott selbst aufgefordert, zu fragen – und man darf sich an einen Hinweis von Hermann Krings erinnern, wonach *keinen Grund zu wissen einen Entzug von Freiheit bedeu*t.²⁷ Der Gott des Buches Ijob nennt freilich Gründe, indem er auf die Natur verweist, die er geschaffen hat – ihre Majestät, gefasst im Bild des Nilpferds, steht analog für die Macht und Größe Gottes ein, die sich an seiner Schöpfung ablesen, aber nicht durchdringen lässt. (Und welche Probleme sich damit verbinden, zeigt gerade die angesprochene Pestepidemie des 14. Jahrhunderts). Hiob lenkt am Ende nicht ein – er begreift, wo seine Fragen an ein Ende möglicher Antworten kommen: bei Gott selbst. Am Ende steht ein Erkenntnisprozess, kein Frageabbruch:

*„Ich hab’ erkannt, dass du alles vermagst; kein Vorhaben ist dir verwehrt.“
(Ijob 42,2)*

Auf der Basis dieser veränderten Rede von Gott stellt Gott auch die Verhältnisse ein letztes Mal und entscheidend um: Hiob ist nicht zu Kreuze gekrochen, sondern im Widerstand seiner Fragen verändert sich seine Gottesauffassung. Indem er so fragt, durchbricht er einen problematischen Zusammenhang, der zugleich durch seine Fragen erst sichtbar wird. Er bestimmt bis heute

27 Krings, Hermann: Vom Sinn der Metaphysik oder über den Unterschied von Ursache und Begründung, in: PhJb 92 (1985) 98-109; hier: 99.

maßgeblich die Rede vom Menschen im Leid. Wer mit Aids in Afrika konfrontiert ist, sieht sich nicht nur einer medizinischen Marginalisierung ausgesetzt, sondern die damit verbundene soziale Ausgrenzung mit ihren ökonomischen und bevölkerungspolitischen Folgen wird immer wieder religiös begründet: als *Strafe Gottes*. Dieser unheilvolle Tun-Ergehen-Zusammenhang wird mit Hiob ansprechbar gemacht und zugleich durchbrochen. Die Perspektive des Hiob-Buches verlangt von daher eine veränderte Rede sowohl von Gott wie vom Menschen. Das wird auch dadurch markiert, dass die Haltung des Hiob umgestellt wird. Ausgangspunkt ist nicht mehr die Sorge um sich selbst (so berechtigt sie sein muss, zumal angesichts des Geschehenen), sondern der Blick auf seine Nächsten, für die er Fürbitte einlegt. Die entsprechende Bewegung transzendiert die gegebenen Selbstverhältnisse auf eine andere Ordnung der Dinge hin.

5. *Eine Wissensform des Menschen im Zeichen der Hoffnung:
Umstellungen der Gottesrede aus der Problemlogik der Theodizeefrage*

Das wiederum ist eine kritische Einsicht, die das Leben Hiobs verändert. Man steht hier vor einem wesentlichen Kriterium für die Belastbarkeit epistemischer Überzeugungen. Zugleich wird deutlich, dass sie von einer Haltung der Hoffnung motiviert werden, die sich wenigstens formal auch in der Theodizeefrage hält. Auf dieser Basis leistet sie einen eigenen Beitrag zur Verortung der Gottesrede im Raum einer radikalen Infragestellung Gottes *wie* des Menschen. Der Protest gegen das gegebene Leid lässt nämlich das Geschehene nicht unbearbeitet, weil das auf ein Einverständnis mit ereignetem Unrecht und dem eigenen Überleben hinausliefere. Es entsteht ein Raum der Gottesrede, der durch die Tür jener *Hoffnung um der Hoffnungslosen willen* betreten wird, die Walter Benjamin

wenigstens für einen Spalt offen halten wollte.²⁸ Eine Welt ohne sie wäre die ihrerseits sinnlose Affirmation des Absurden, die den eigenen Aufstand gegen das Leid nicht mehr rechtfertigen kann und somit letztlich auf fremde Kreide zecht.²⁹

Hoffnung ist das Schlüsselwort eines Glaubens, der auf Möglichkeiten Gottes noch über die menschlichen Möglichkeiten hinaus setzt.³⁰ Das wiederum korreliert mit dem konstitutiv zukunfts-offenen Charakter von Handlungen. Jede Handlung hat einen impliziten Hoffnungsindex, weil sie darauf setzt, dass sich ihr Ziel einlösen lasse. Wenn man von der Möglichkeit eines Handelns Gottes gerade angesichts seines scheinbaren Schweigens, seiner Abkehr, seiner Teilnahmslosigkeit spricht, muss man eine solche formale Zukunftsperspektive auch theo-logisch einsetzen. Das wiederum hat Folgen für die Bewertung jeder möglichen Theodizee. Die subjektive Hoffnung auf ein Handeln Gottes ist daran gebunden, dass jeder mögliche Eingriff Gottes in diese Welt zukunftsgerichtet bleibt. Die Theodizeefrage wird nun immer schon vom Maßstab einer Vollendung justiert, die sich gerade vom eschatologischen Heilshandeln Gottes her erst wirklich erschließt, weil legitimiert. Geschichtlich angeleitet von der Erfüllung einer enttäuschten Hoffnung gegen alle Hoffnung traut die Bibel Gott eben ein solches Handeln zu – der kranke Beter und der Sterbende am Kreuz sind die theologischen Bestimmungsorte dieser Hoffnung. Sie beziehen die Erfahrung Israels ein, dass die Macht Gottes am

28 Vgl. in diesem Zusammenhang seine Thesen „Über den Begriff der Geschichte“, in: Ders.: *Gesammelte Schriften*, hrsg. v. R. Tiedemann/H. Schweppenhäuser (Bd. I.2), Frankfurt a.M. 1974, 691-704; vor allem These II, III und VI.

29 Vgl. Neuhaus, Gerd: *Menschliche Identität angesichts des Leidens. Wonach fragt die Theodizeefrage?*, in: Fuchs, Gotthard (Hrsg.): *Angesichts des Leids an Gott glauben? Zur Theologie der Klage*, Frankfurt a.M. 1996, 17-52; hier: 43f.

30 Wichtige Anregungen habe ich von der noch unveröffentlichten Studie meines Mitarbeiters M. Dürnberger erhalten: *Politik der Hoffnung. Skizzen zu einer praktischen Hoffnungstheologie* (Diplomarbeit Salzburg 2005).

Scheitelpunkt der Katastrophen eine Inversion der gegebenen Unheilsverhältnisse erlaubt. Die Theodizeefrage arbeitet sich vor diesem Hintergrund am Ausschluss des Lebens aus dem Leben ab und nimmt das Maß ihrer Frage an dem Gott, der den Einschluss des Lebens in seine Handlungspläne konstitutiv vorsieht – aber freilich immer wieder auf eine befremdende, unvorhergesehene Weise. So tritt er im Bewusstsein Israels gerade im Exil als Gott hervor, der das Heil *für alle Völker* will. Auf der Basis dieser theologischen Grammatik ist Gott auch die letzte (eschatologische) Überraschung eines Heils für alle Menschen zuzutrauen.³¹

Was ergibt sich damit systematisch für die Rede von Gott? Die Theodizeefrage ist der Ort einer präzisen Bestimmung der Gottesrede im Zeichen einer Haltung unabgefundener Hoffnung – mit der Bereitschaft, sich auf jene Umstellungen der Gottrede einzulassen, die Gott selbst vornimmt. Im Horizont von Gesundheit und Krankheit stellen sich die Fragen nach den Handlungsmöglichkeiten Gottes, gerade weil er in die unendlichen Leidgeschichten der Welt nicht eingreift. Damit verbindet sich auch die Frage nach dem Sinn einer Gebetsadresse an einen Gott, der sich apathisch zurückgezogen zu haben scheint – wenn es ihn denn geben sollte.

An diesem Punkt zeigen die Gebetstraditionen der Psalmen und der biblischen Klagelieder, dass diesem Gott ein Heil zugetraut wird, das man als Mensch nur erhoffen kann, ohne seine Wirklichkeit anders als in vorläufigen, tastenden Bildern vorstellen zu können. Die Möglichkeit, das Heil Gottes noch im Unheil zu erfahren oder wenigstens erhoffen zu können, schließt bereits formal als Bedingung der Möglichkeit der eigenen Gottrede ein, dass dieser

31 Vgl. dazu die anregende Reformulierung des Apokatastasis-Gedankens bei Striet, Magnus: Versuch über die Aufhebung. Philosophisch-theologische Überlegungen zur Theodizeefrage, in: Wagner, Harald (Hrsg.): Mit Gott streiten. Neue Zugänge zum Theodizee-Problem (QD 169), Freiburg u.a. 21998, 48-89; hier: 73-79.

Gott ein Heil über die Möglichkeiten des Menschen hinaus schaffen kann. In der Deutungstradition der Glaubensgeschichte Israels werden dafür Erinnerungspunkte bezeichnet: vom Exodus bis zum Exil, also gerade von katastrophalen historischen Zusammenhängen konnotiert. Christlich ist der entscheidende Einschnitt in dieser Hinsicht die prekäre Hoffnungsgeschichte, die sich mit dem Tod Jesu am Kreuz verbindet. Dabei wird etwas Überraschendes sichtbar: Gott tritt in einem Gefüge von Bedingungen auf, unter denen eigentlich nicht mehr mit ihm zu rechnen war. Und er kann *anonym* begegnen. In den Narrativen, die von den Begegnungen mit dem Auferstandenen handeln, tritt Jesus oft zunächst unerkannt auf. Paradigmatisch bleibt Jesus für die Emmausjünger ein Unbekannter, und als er sich zu erkennen gibt, entzieht er sich ihnen sofort wieder. Die Begleitung Gottes wird als Moment eines Lebenswegs gekennzeichnet, der auch unter den Vorzeichen des Nicht-Offensichtlichen und einer bleibenden Anonymität Gottes (hier in Jesus Christus) nicht ausschließen kann noch darf, dass Gott im Spiel ist.

Das wiederum ist nicht Aspekt theoretischer Ableitungen. Wer von Gott spricht, kann nicht anders, als ihm die Lebensmacht zuzutrauen, die er für uns oft nicht *ist* – sondern sich als solche erst erweisen muss. Die Offenbarungstheologie Martin Luthers sieht von daher nur konsequent im Kreuz die Gegenwart Gottes *sub contrario*. Dennoch muss die Rede von Gott heute plausibilisierbar sein. Sie muss Anhaltspunkte für das Verstehen liefern. Sie sind freilich – theologisch zwingend – nicht vorab zu ermitteln, sondern nur auf der Basis einer Heilsgeschichte zu erfassen. Das verlangt nicht den blinden Glaubenssprung; das fordert keinen fideistischen Dezisionismus. Vielmehr ist ernst zu nehmen, was das NT von Jesus Christus beansprucht: dass man in ihm auf einzigartige Weise Gott selbst begegnen kann. Dieses *formale* Kriterium der soteriologischen Singularität ist zugleich ein *materiales* für den Versuch, den Glauben an ihn rational zu rechtfertigen. Man wird näm-

lich folgerichtig einsetzen müssen, dass es sich um ein singuläres Ereignis gehandelt hat, das im Heiligen Geist – also in einem Vermittlungs- und Interpretationsprozess – gegenwärtig bleibt. Das singuläre Geschehen kann nicht anders als in einer eigenen Gedächtniskultur bewahrt werden. Dass es nichts Irrationales beansprucht, findet sein Maß an den Hoffnungen des Menschen. Sie sind durch die Erfahrungen von Interpreten angeleitet, deren Zeugnis er als glaubwürdige, authentische Vermittlung vertraut.

Zu einem solchen Vertrauen muss man sich entscheiden. Es behält etwas Unverrechenbares wie jede Evidenz, die sich auch nur bis zu einem gewissen Punkt analytisch auflösen lässt. (Anders könnte man die Interpretationskonflikte der Philosophiegeschichte nur mit der Ignoranz oder dem Unwillen der jeweiligen Gesprächspartner, erneut standpunktgebunden, erklären.) Theologisch gibt es für diesen Vorgang ein so präzises wie problematisches Konzept: Gnade. Dass aber Gott letztlich immer mit einer Gnade auf den Menschen antwortet, die ihm in seiner Suche nach alles umfassender und einholender Liebe gerecht wird, das ist eine Hoffnungsfigur, die am Leben und Tod und an der – nur im Glauben erschlossenen – Auferweckung des Jesus von Nazareth hängt, also nicht blind, nicht begründungslos auftritt. Die Hoffnung auf die Gnade Gottes sprengt nun freilich den Vorstellungsraum dessen, was man sich verdienen kann; was einem zurecht geschieht. Theologisch ist Gott dennoch alles Andere als eine Instanz souveräner Willkür, sondern Ort einer Liebe, die sich am Ende der Zeiten durchsetzen wird – gegen allen geschichtlichen Anschein, für den die Menschheitskatastrophen hinlängliches Material liefern.

Man erwäge die Alternativen: den konsequenten Verzicht auf Hoffnung; die menscheitpädagogisch reduzierte Bedeutung jeder Erinnerung an die Toten; die resignative Teilnahme an allen irreparablen Krankheitsgeschichten; den apathischen Blick auf die Siegerseite, deren Glück eine Gesundheit bleibt, die im Zeichen totalisierten Unheils strahlt. Kein normativer Appell kommt ratio-

nal gegen diese Option auf – aber der auf der Basis einer Hoffnungsanalytik und des Gottesgedankens ins Eschatologische verlängerte Handlungsraum Gottes lässt sich auch an dem bemessen, was fehlt, wenn Er fehlt. Im Unabgeholtenen ist dann der Ort zu suchen, an dem von Gott neu und je anders im Horizont von Gesundheit und Krankheit als den Ernstfällen unseres Lebens zu sprechen ist.

*6. Nach der Theodizee:
Gesundheit als Problemfokus einer veränderten Rede vom Gott
und vom Menschen*

Von daher muss das Problemfeld noch einmal vermessen werden. Gesundheit und Krankheit sind nicht nur persönliche Erfahrungen, sondern Diskurse, an die sich wiederum ein traditionsstarker philosophisch-theologischer Diskurs koppelt: die Theodizeefrage. Mit ihr entsteht eine entscheidende *theologische* Erkenntnis: Sie ist rational nicht *lösbar* – nicht weil sie unberechtigte Fragen adressiert, sondern weil sie diese auf einer Basis stellt, die vorab keine „befriedigende“ theoretische Antwort erlaubt. Sie greift auf ein Gottesbild zurück, das sie im Prozess seiner theoretischen Erpressung konterkariert. Wenn Gott die entscheidende Lebensgröße ist, über die hinaus Größeres nicht zu denken ist, heißt das nicht, dass man dieser Größe irrational ausgeliefert wäre; allerdings scheitert die klassisch moderne Zuordnung von der autonomen Bestimmung der Vernunft und ihrer heteronomen Überforderung im Namen Gottes an der Benennung dieser Größe. Das Spezifische *Mehr*, der Anselmsche Komparativ seines Gottes**begriffs**, kann so nicht zur Sprache kommen. Er erinnert daran, dass jeder theologische Sprechversuch konstitutiv daran gebunden ist, zu sagen, was unsagbar bleiben muss: Mehr als die formale Festlegung auf das

Maior Gottes erlaubt Anselm nicht. Aus guten Gründen: Es ist die theoretische Aporie der Gotteserfahrung, die in der Unbegreiflichkeit den Ort bestimmt, an dem man Gott ausgesetzt ist.

Was bedeutet das für den gegebenen Problemzusammenhang? Gesundheit und Krankheit bezeichnen wesentliche Orte, an denen sich die Auffassung vom Menschen und von Gott heute entscheidet. Der *belagerte Körper*³² ist seinerseits ein Raum, der den Menschen im Zugriff verschiedener Mächte zeigt. Kümmerte man sich vormodern im Zeichen einer caritativen Fürsorge um den kranken Menschen, so veränderte das Hospital der anbrechenden Moderne diese Perspektive entscheidend.³³ Der Kranke musste verbessert werden, weil er gebraucht wurde. Michel Foucaults Analysen der Gouvernamentalität³⁴ haben darauf aufmerksam gemacht, dass das Interesse des Staates am gesunden, einsatzfähigen Körper die Arbeitskraft meinte, den Menschen also in einem politischen, militärischen und ökonomischen Wissen bestimmte. Am Beginn des 21. Jahrhunderts zeigen sich die Grenzen dieser ins Säkulare ausgewanderten Theodizee deutlich. Es sind zum einen die Grenzen erschöpfter Finanzen und neuer Ungleichgewichte in der Verteilung von Lebensressourcen. Zum anderen führen aber auch die Techniken der medizinischen Reparaturleistungen und des sportiven Sich-selber-Verbesserns vor Augen, was unmöglich bleibt. Der Zielpunkt dieser Bewegungen auf einen neuen Menschen zu – wie sie Michel Houellebecq in seinen Romanen schonungslos freigelegt hat – ist nicht einfachhin der schöne Körper, sondern der *perfekte Mensch*.³⁵ Die Ästhetisierung ist der Schleier des Wissens vom

32 Vgl. Baumann, Zygmunt: *Flaneure, Spieler und Touristen. Essays zu postmodernen Lebensformen*, Hamburg 1997, 195-198.

33 Vgl. Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, München 1973.

34 Vgl. ders.: *Dits et Ecrits 4*, Frankfurt a. M. 2005, 729.

35 Vgl. Houellebecq, Michel: *Elementarteilchen. Roman*, München 2001; ders.: *Die Möglichkeit einer Insel. Roman*, Köln 2005.

Konsequenzen für die Rede von Gott und vom Menschen

Menschen, der einer radikalen Anthropodizee bedarf. Sie ist nur bedingt finanzierbar – für die wenigen, an denen sich das Bild vom Menschen auf Zukunft hin wird messen lassen. Krankheit droht einmal zum Verbrechen der versäumten Vorsorge zu werden.

Gesundheit ist von daher das Problem der Rede vom Menschen, der im Kranken wieder den sozialen Ballast entdeckt, diesmal der Finanzierungslücken unserer Gesundheitssysteme und ebenso auch der privaten Lebenspläne jener Betroffenen, die für die Ausfälle der Kranken aufkommen müssen. Diese Umstellung im Wissen vom Menschen macht ein letztes Mal deutlich, worin die unverzichtbare Bedeutung einer Sprache von dem Gott liegt, der *im Menschen* das *Unsägliche* der Krankheit und von daher das *Unsagbare* seiner Marginalisierung zum Thema zu machen erlaubt – und *über ihn hinaus*.

