

Gesollte Unverantwortlichkeit

Einige Erkundungen zum allgemeinen Gut Gesundheit

MATTHIAS MÖHRING-HESSE

Wo schon Gesundheit draufsteht, kann Gesundheit nicht drin sein.

Klaus Dörner, Das Gesundheitsdilemma, Berlin 2004, 13.

„Hauptsache gesund!“ Dass Gesundheit ein hohes Gut ist, ist nicht nur eine weit verbreitete Überzeugung, sondern – bei allen Differenzen zwischen Parteien und Denkschulen – eine gemeinsame gesundheitspolitische Annahme. Sagen die einen, Gesundheit ist ein hohes Gut und gerade deshalb der Ernstfall für die Eigenverantwortung, widersprechen die anderen, Gesundheit sei ein derart hohes Gut, dass man es letztlich nicht in die Eigenverantwortung der Einzelnen legen darf. Bei allen Widersprüchen stimmen beide Positionen darin überein, dass Gesundheit ein *hohes Gut* und zudem *für alle* ein hohes Gut ist, dass es also für jedermann und jedefrau gut und wichtig ist, gesund zu sein. Differenzen bestehen ‚lediglich‘ über die normative Relevanz der gemeinsamen Überzeugung: Sind die Einzelnen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit dem Gut Gesundheit verpflichtet; muss man sie gegebenenfalls auch gegen ihren Willen und gegen ihre Neigungen zu dieser Eigenverantwortung ‚anhalten‘? Oder ist das Gut Gesundheit den privaten Vermögen der Einzelnen prinzipiell entzogen und muss es deswegen durch gemeinsame Anstrengungen aller sichergestellt werden?

Wenn man sich diese Kontroverse vor Augen hält, scheinen auf dem gesundheitspolitischen Feld güterethische Anstrengungen nicht vonnöten, im Gegenteil: sie scheinen sogar zu stören. Die opponierenden Positionen werden jedenfalls in ihren (eigentlich gleichen) güterethischen Prämissen aufeinander gehetzt, dabei der behauptete Wert des Guts Gesundheit von Mal zu Mal hochgetrieben und damit zugleich der Preis möglicher Verständigung. Gesundheit wird zum ‚Fetisch‘, der sich vom Gesundheitszustand der einzelnen ablöst und sich als ihr höchstes Gut sogar gegen sie wendet.¹ Ist es da nicht angebracht, beim Gut Gesundheit abzurüsten und die Güterethik auf diesem Felde zu meiden? Sind die Probleme mit dem Gut Gesundheit vielleicht ein Beleg dafür, dass jede Güterethik an der Pluralität moderner Gesellschaften, an der Vielfalt evaluativer Überzeugungen, was für was und in welchem Maße gut für wen auch immer ist, scheitern muss?

¹ Vgl. Herbert Will, Fetisch Gesundheit, in: Kursbuch (1987), Nr. 88, 7-22.

Die skizzierte Kontroverse lässt sich allerdings auch als Beleg für die gegenteilige Annahme nehmen: Die gesellschaftliche Ordnung des Gesundheitswesens kann offenbar ohne Verständigung über den allgemeinen Wert von Gesundheit nicht ausgehandelt werden. Die *normative* Verständigung darüber, wie der weite Bereich der Gesundheitsvorsorge und der heilenden sowie pflegenden Versorgung geordnet werden soll, setzt eine *evaluative* Verständigung darüber voraus, ob und in welchem Maße was und warum für alle gut und daher ihnen zusammen wichtig ist. Wenn diese Annahme überzeugen kann, dann liegt das Problem der hochgeschaukelten Opposition zwischen zwei an sich gleichen güterethischen Überzeugungen an ebendiesen Überzeugungen, dass Gesundheit ein hohes Gut ist. Lässt sich möglicherweise auf Grundlage dieser Überzeugungen keine Verständigung über die Ordnung des Gesundheitswesens erzielen? Mit diesem Ausgangsverdacht soll in diesem Beitrag gefragt werden: Was für ein Gut ist eigentlich Gesundheit? Eine Antwort auf diese Frage soll auf phänomenologischem Wege, also durch eine genaue, allgemein verständliche und ebenso allgemein zustimmungsfähige Beschreibung dessen gegeben werden, was mit dem Begriff ‚Gesundheit‘ von den meisten, wenn nicht allen Menschen im kulturellen Kontext der Bundesrepublik und vergleichbarer Gesellschaften als hohes Gut intendiert wird.

Zunächst wird Gesundheit in der unmittelbaren Nachbarschaft eines häufig unterschätzten Guts, nämlich des Krankseins erkundet (1.). Daran anschließend wird sie als ein zwar allgemein intendiertes, darin aber allgemein unbegriffenes Gut (2.), als ein persönliches *und* zugleich gemeinschaftliches Gut (3.) sowie als ein nicht-herstellbares (4.) und als ein prinzipiell verborgenes Gut (5.) beschrieben. Diese umfassende Beschreibung des Guts Gesundheit gibt einige gute Gründe für ein öffentliches Gesundheitssystem, sofern damit dem Gut Gesundheit besser entsprochen werden kann als auf dem privatwirtschaftlichen Weg. Ausdrücklich wird mit dieser Beschreibung der gesundheitspolitischen Auffassung widersprochen, die Einzelnen müssten stärker für ihre je eigene Gesundheit in die Verantwortung gerufen werden (6.). Indem über die Beschreibung des Guts Gesundheit hinaus auch deren sozialetische Konsequenzen für die politische Ordnung des Gesundheitswesens angedacht werden, wird im Folgenden wohl so etwas wie Güterethik betrieben.²

² Betreibt man Güterethik etwa nach dem Vorbild von Martha C. Nussbaum (Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Frankfurt/M. 1999), dann erkundet man auf der Grundlage einer allgemeinen Vorstellung von ‚Gut‘ oder ‚gut‘ konkrete Güter und beurteilt deren normative Relevanz für mehr oder weniger alle Menschen. Ohne diese Vorgehensweise kritisieren zu wollen, wird in diesem Beitrag ein anderer Weg beschritten: Ausgehend von

Zuvor ist es allerdings notwendig, zumindest hilfreich, den dabei benutzen Begriff ‚Gut‘ auszuweisen: Alltagssprachlich verweist dieses Substantiv auf das evaluative Adjektiv ‚gut‘ und bezeichnet „Dinge, auf die das Adjektiv ‚gut‘ Anwendung findet“. ³ Mit ‚gut‘ wiederum werden Gegenstände oder Sachverhalte auf Grund ihrer Eigenschaften ausgezeichnet, die sie in einem hohen oder zumindest zufriedenstellenden Maße aufweisen. So werden zum Beispiel in den Wirtschaftswissenschaften diejenigen materiellen oder immateriellen Mittel als Güter bezeichnet, die zur Befriedigung menschlicher Bedürfnisse geeignet sind. ⁴ Während dem Substantiv ‚Gut‘ nur ein polares

der Annahme, dass man sich alltagspraktisch darauf wird einigen können, dass Gesundheit ein Gut ist, soll auf phänomenologischem Weg eine genaue, allgemein verständliche und zustimmungsfähige Beschreibung dessen versucht werden, was man allgemein als Gesundheit mit ‚gut‘ bewertet und in Folge dieser Bewertung intendiert. Die dabei angezielte Allgemeinheit ist begrenzt auf den Kontext der Bundesrepublik und vergleichbarer Gesellschaften, in denen erstens eine Vielzahl von Gesundheitsgütern angeboten wird und zweitens dieses Angebot maßgeblich über ein öffentliches Gesundheitssystem gesichert wird. In Abgrenzung von Husserls Phänomenologie (mit ihrer Wirkungsgeschichte über Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty bis hin zu Lévinas) wird mit ‚phänomenologischer Methode‘ der beschreibende Zugang von Gegenständen in Abgrenzung zu ihrer theoretischen Erklärung gemeint. Vgl. Ernst Tugendhat, *Description as the Method of Philosophy. A Reply to Mr. Pettit*, in: Mays, Wolfe/Brown, Stuart (Ed.): *Linguistic Analysis and Phenomenology*, London: Palgrave Macmillan 1972, 256-266., 277f.; Bernhard Waldenfels, *Einführung in die Phänomenologie*. München 1992, 5, 13. Die auf diesem Weg mögliche Beschreibung kann einer (Sozial-)Ethik nur als Propädeutik dienen und relevante Sachverhalte aufklären, die bei der Beurteilung gesollten Handelns berücksichtigt werden müssen. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die Beschreibung des Guts Gesundheit und leistet darüber hinaus nur einige wenige normative Urteile darüber, wie das mit der ‚Herstellung‘ dieses Guts beauftragte Gesundheitswesen geordnet werden soll. Da der Beitrag im Kontext theologischer Sozialethik erscheint und zudem von einem ausgebildeten Theologen erstellt wurde, muss sein offenkundiger Mangel an Theologie gerechtfertigt werden: Zu einer allgemein zustimmungsfähigen Beschreibung des Guts Gesundheit können explizit theologische Ausführungen nichts beitragen, könnten diese allenfalls um eine theologische Beschreibung ergänzen, warum Christen Gesundheit als gut und wichtig intendieren. Wie gezeigt werden soll, ist Gesundheit jedoch als ein konditionales Gut so sehr Bedingungsmöglichkeit, dass selbst dieser besonderen und theologisch aufzuklärenden Intentionalität die phänomenologisch beschreibbare Intentionalität zugrunde und damit zumindest theoretisch vorausliegt. So ist auch eine theologische Reflexion von Gesundheit gut beraten, sich erst einmal phänomenologisch des allgemein intendierten Guts Gesundheit zu vergewissern.

³ William K. Frankena, *Analytische Ethik. Eine Einführung*, München ³1981.

⁴ Um mit dem Substantiv ‚Gut‘ bezeichnet zu werden, müssen Gegenstände oder Sachverhalte über Eigenschaften verfügen, aufgrund derer sie als gut bewertet werden können, und zudem die Eigenschaft, als gut bewertet worden zu sein. Wird ein Gegenstand oder Sachverhalt als ‚an und für sich‘ gut bewertet und in der Folge ‚um seiner selbst willen‘ intendiert, fallen beide Momente dieser Realdefinition zusammen: Er ist gut und wird deshalb als gut bewertet und ist zugleich gut, weil er als gut bewertet wird. Güter im Sinne

Gegenüber, das ‚Übel‘, entgegen gesetzt werden kann, eröffnen die beiden Adjektive ‚gut‘ auf der einen und ‚schlecht‘ auf der anderen Seite ein Feld der komparativen Bewertungen von ‚besser‘ und ‚schlechter‘. Dasselbe Gut (bzw. Übel) kann im zeitlichen Vergleich als besser oder schlechter beurteilt, sowie ein Gut (bzw. ein Übel) mit einem anderen verglichen und dabei als besser oder schlechter bewertet werden. Über die derselben Wortklasse angehörenden Adjektive ‚gut‘, ‚besser‘, ‚schlechter‘ und ‚schlecht‘ werden Güter somit der bi-polaren Welt entrissen, in die hinein sie ‚ihr‘ Substantiv zu bannen scheint.

1. DAS GUT KRANKSEIN

Wer sich krank fühlt, hält sich nicht für gesund; und auch umgekehrt gilt: Wer sich gesund fühlt, wird die Frage, ob er krank ist, verneinen. Offenbar

der Realdefinition des Sprachgebrauchs können sowohl (a) die Eigenschaft haben, dass sie hergestellt worden bzw. herstellbar sind, als auch (b) die Eigenschaft, dass sie handelbar sind, also gegen andere Güter oder gegen Geld getauscht werden können; aber sie müssen diese beiden Eigenschaften nicht haben. Zu (a): F. D. E. Schleiermacher definierte Güter als ‚Erzeugnisse menschlicher Tätigkeit, die für weitere Tätigkeit anschlussfähig sind‘ (Über den Begriff des höchsten Gutes [1830], Kritische Gesamtausgabe [KGA] I. Abt. Bd. 11, hg. von Martin Rössler, Berlin/New York 2002, 544f.), also als herstellbare Güter – und konzipierte seine Güterethik folglich als Theorie darüber, was durch Einwirkung der menschlichen Vernunft auf die Natur hervorgebracht werden soll. Schleiermachers Definition hat auf die evangelische Ethik nachhaltigen Eindruck machen (vgl. Martin Honecker, Grundriß der Sozialethik, Berlin 1995, 1-3), nicht jedoch die alltagssprachliche Verwendung des Begriffs prägen können. Im alltäglichen Sprachgebrauch werden durchaus auch Gegenstände und Sachverhalte, die nicht hergestellt worden sind oder gar prinzipiell nicht hergestellt werden können, als Güter bezeichnet. Während also nicht alle alltagssprachlich als Güter bezeichneten Gegenstände und Sachverhalte der Definition von Schleiermacher genügen und gemäß seiner Definition keine Güter sind, sind alle Güter im Sinne seiner Definition, weil ‚für weitere Tätigkeiten anschlussfähig‘ und daher in irgendeiner Hinsicht als gut bewertet, auch in alltagssprachlichen Zusammenhängen Güter. Der im Folgenden benutzte Begriff ‚Gut‘ ist mithin weiter als der seit Schleiermacher in der evangelischen Ethik übliche Begriff. Zu (b): Wenn, wie oben im Text, auf die wirtschaftswissenschaftliche Verwendung von ‚Gut‘ verwiesen wird, sollte dieser Begriff auch vom Begriff der Ware, mithin der handelbaren Güter unterschieden werden. Zwar ist jede Ware ein Gut, sofern sie intendiert werden können muss, um als Gegenstand eines Tausches in Frage zu kommen. Jedoch sind nicht alle Güter im Sinne des Sprachgebrauchs Waren, – etwa, weil an bestimmten Gütern niemand veräußerbare Eigentumsrechte besitzen kann, oder weil sie in unveräußerlicher Weise an Menschen gebunden sind und deshalb nicht von ihnen getrennt werden können. Somit ist der im Folgenden benutzte Begriff des Gutes weiter als der der Ware. Weder Herstellbar- noch Handelbarkeit gehören also zu den begrifflich unterstellten Eigenschaften von Gütern. Sofern dem Substantiv ‚Gut‘ zugeordnet, ergänzen die Adjektive ‚herstellbar‘ und ‚handelbar‘, dessen Bedeutung.

bezeichnen wir alltagssprachlich mit ‚gesund‘ und ‚krank‘ zwei Extreme unseres Befindens. Wie allgemein einem ‚Gut‘ ein ‚Übel‘ gegenübergestellt werden kann, so wird Gesundheit mit Krankheit kontrastiert. Krankheit erscheint dann als der Gegensatz des Guts Gesundheit – und damit als Übel. Zwischen den beiden Extremen (‚Idealen‘) spielt sich, so wohl die weit verbreitete Überzeugung, das *reale* Leben von mehr oder weniger Krank- und mehr oder weniger Gesundsein ab.

Gegen diese allzu einfache Sicht der Dinge spricht bereits der schlichte Sachverhalt, dass beide Extreme nicht gleichermaßen erfahren werden: Dass man gesund ist, wird – wenn überhaupt – nicht unmittelbar als Gesundsein, sondern mittelbar als die Abwesenheit von Krankheiten erfahren,⁵ wobei diese Erfahrung die Erfahrung des Krankseins voraussetzt. Wer noch nie an sich oder anderen erfahren hat, was es bedeutet, krank zu sein, kann auch nicht erfahren, dass er oder andere gesund sind. Auch der Wert der Gesundheit ist in ähnlicher Weise von ihrem Gegenteil abhängig: Erst über die Krankheitserfahrung wird Gesundheit zu einem intendierten Gut. Wer an sich oder anderen noch nie die mit Kranksein verbundenen somatischen oder psychischen Beeinträchtigungen erfahren hat, wird auch nicht Gesundheit und die damit verbundene Abwesenheit solcherart Beeinträchtigungen als gut bewerten und für sich oder andere wünschen. Gesundsein ist folglich ein vom Kranksein abgeleitetes Befinden, und Gesundheit ein ebenso von Krankheit abgeleitetes Gut. Weil für die allgemein als gut bewertete und deshalb als Gut intendierte Gesundheit konstitutiv, soll deren phänomenologische Beschreibung mit der des Krankseins einsetzen, um dabei zu entdecken, dass Kranksein nicht einfach als Gegenteil von Gesundsein und nicht nur als Übel beschrieben werden kann.

‚Ich bin krank‘, sagt man – und bezeichnet so ganz unterschiedliche innere Zustände und Erfahrungen, dass man Schmerzen erleidet, dass man in vertrauten Fähigkeiten beeinträchtigt ist, dass man die Kontrolle über seinen Körper, Teile seines Körpers oder seine Psyche verloren hat, dass

⁵ In dem von Norman Daniels (Health Care Needs and Distributive Justice, in: *Philosophy and Public Affairs* 10 [1981], Nr. 2, 146-179) vorgeschlagenen Gesundheitsbegriff, ‚Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit‘ (ebd. 155), geht es dagegen – wie auch im zweiten Teil seiner Definition, ‚Krankheiten [sind] [...] Abweichungen von der natürlichen Funktion einer bestimmten Art‘ (‚deviations from the natural functional organization of a typical member of a species‘), – um *Beobachtungen* und damit unabhängig von der Erfahrung dieser Abwesenheit. Als Gesundheitsbegriff ist dieser Vorschlag tendenziell zirkulär, als Krankheitsbegriff gerade wegen seiner Wertneutralität unzureichend (vgl. Monika Bobbert, Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth, in: *Ethica* 8 [2000], Nr. 4, 405-440, 411-413).

man sich in seinen Lebensaussichten bedroht sieht. Jedoch ist die Erfahrung, krank zu sein, keineswegs *nur* eine negative Erfahrung, weswegen man Kranksein nicht *ausschließlich* als schlecht bewerten kann. Denn Krankheit ist nicht nur ein Zustand, dass mit mir oder anderen irgendetwas nicht in Ordnung ist, weil ich oder andere an ‚Leib‘ oder ‚Seele‘ beeinträchtigt sind. Diesem Zustand liegt viel mehr ein soziales Anerkennungsverhältnis zugrunde,⁶ das ihn überaus wertvoll macht: Wer von anderen als krank angesprochen wird, dem wird von diesen zugestanden, dass er in ‚Leib‘ oder ‚Seele‘ beeinträchtigt ist und deshalb – für die Dauer dieser Beeinträchtigung – nicht allen Erwartungen entsprechen muss, auf die er ansonsten verpflichtet wird. Zugleich wird ihm – wiederum für die Zeit der Beeinträchtigung – das Recht auf Fürsorge durch andere zugesprochen, denen im Gegenzug die Pflicht zur Fürsorge auferlegt wird.⁷ Dabei ist dieses Anerkennungsverhältnis für den mit ‚Krankheit‘ bezeichneten Zustand konstitutiv. Nicht bereits die Erfahrung, dass man an ‚Leib‘ oder ‚Seele‘ beeinträchtigt ist, macht also jemanden zu einem Kranken, sondern erst die Anerkennung ihrer Beeinträchtigung. Wer sagt: ‚Ich bin krank‘, der weiß sich entweder in seinen Beeinträchtigungen von den für ihn relevanten anderen anerkannt, oder aber antizipiert deren Anerkennung.⁸

⁶ Talcott Parsons, Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas, in: Alexander Mitscherlich u.a. (Hg.), *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Frankfurt/M. 1984, 57-87.

⁷ Neben der Entpflichtung und der Berechtigung als Folge der mit ‚Krankheit‘ angesprochenen Anerkennung treten in einigen spezifischen Krankheitsfällen auch besondere Verpflichtungen, Verbote und Einschränkungen, die z.T. rechtlich – etwa im Transsexuellengesetz, dem Bundesseuchengesetz, dem Arbeits oder Sozialrecht – kodifiziert sind. Vgl. etwa Philipp Hessel/Rolf Marienhagen, *Krankheit im Arbeitsrecht*, Heidelberg 1980; Wolfgang Mazal, *Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung. Eine Untersuchung zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung* (Wiener Beiträge zum Arbeits und Sozialrecht Bd. 28), Wien 1992; Otfried Seewald, *Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit*, Köln 1981. Mit ihrer Rollenzuschreibung werden Kranke schließlich auch stigmatisiert und diskriminiert – und zwar insbesondere dann, wenn ihr abweichendes Erleben und Verhalten als eine Geisteskrankheit ‚anerkannt‘ wird. Vgl. dazu Erving Goffmann, *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Frankfurt/M. 1967, 156-180.

⁸ Insofern Krankheit als ein Anerkennungsverhältnis besteht, lässt sie sich nicht als eine subjektive ‚Lebensform‘ begreifen, die einzig und allein durch die sie lebenden Subjekte, durch ihre Werte und Ziele, bestimmt wird. Vgl. dagegen Horst Baier, *Gesundheit als organisiertes Staatsziel oder persönliches Lebenskonzept. Zur Sozialgeschichte und Soziologie des Wohlfahrtsstaates*, in: Heinz Häfner (Hg.), *Gesundheit – unser höchstes Gut?*, Berlin 1999, 31–55; Lennart Nordenfelt, *On the nature and ethics of health promotion. An attempt at a systematic analysis*, in: *Health Care Anal* 1 (1993), Nr. 2, 121–130; Tristram H. Engelhardt/Kevin W. Wildes: *Health and Disease. Philosophical Perspectives*, in: Warren T. Reich (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics*. New York 1995, 1101–1106.

Eine besondere Art der Anerkennung erfahren Kranke durch die auf Krankheiten und deren Behandlung spezialisierten Experten. Durch deren Krankschreibung wird ihr subjektives Befinden zu einem objektiven Tatbestand gemacht,⁹ auf den sie sich dann auch gegenüber anderen berufen können, um ihre Anerkennung als Kranke durchzusetzen.¹⁰ Die bekannteste Verkörperung dieser Zuschreibung ist das ärztliche *Attest*, das Dritten als Beweis eigenen Krankseins vorgelegt werden kann. (In der Regel) erst durch die professionelle Zuschreibung erwerben Kranke das Recht auf Fürsorge durch diese oder andere Experten. Eine Verkörperung dieses Rechts ist das ärztliche *Rezept*, mit dem man ärztlich verschriebene Leistungen in Anspruch nehmen kann.

Für die Kranken, aber auch für all die, die ihr künftiges Kranksein antizipieren, ist die mit dem Kranksein verbundene Anerkennung sowie die Entpflichtung und Berechtigung in deren Folge ein hohes Gut. Einfach mal im Bett bleiben zu können, wenn es einem schlecht geht, im Krankheitsfall umsorgt zu werden und zum Arzt gehen zu können, dieses und ähnliches wird wohl von den meisten, wenn nicht von allen Menschen intendiert – und zwar auch dann, wenn sie akut nicht krank sind. Dass Kranksein in diesem Sinne ein Gut ist, wird spätestens dann erfahren, wenn die Anerkennung der Krankheit ausbleibt, wenn also Menschen, die sich an ‚Leib‘ oder ‚Seele‘ beeinträchtigt fühlen, von ihrem sozialen Umfeld nicht als Kranke anerkannt werden, in der Folge nicht von ihren normalen Verpflichtungen entbunden

⁹ Vgl. zum hermeneutischen Hintergrund der ärztlichen Diagnose Dirk Lanzerath, Krankheit und Gesundheit. Eine philosophische Annäherung an zwei Grundkategorien menschlichen Daseins, in: Karl Gabriel (Hg.), Gesundheit – Ethik – Politik. Sozialethik der Gesundheitsversorgung (Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften, 47), Münster 2006, 19-59, 49.

¹⁰ Die auf Krankheiten spezialisierten Experten, allen voran die Ärzte, verfügen gemeinsam über differenzierte Diagnoseschlüssel, die ihnen eine eindeutige Zuordnung bestimmter Symptome zu spezifischen Krankheiten ermöglichen (sollen). Mit der Zuordnung eines konkreten Falls zu einer Krankheitsdiagnose können sie – per definitionem – klären, dass der konkrete Fall als Krankheit interpretiert werden muss. Jedoch verfügen die Experten über keine gemeinsame Vorstellung von dem, was das Gemeinsame der verschiedenen Krankheiten und Krankheitsbilder ausmacht, mithin über keinen gemeinsamen allgemeinen Begriff von Krankheit. In der medizintheoretischen Diskussion zum Krankheitsbegriff wird jedenfalls nach wie vor eine Vielfalt verschiedener und zum Teil unvereinbarer Auffassungen vertreten. Dabei reicht die Spannbreite von naturalistischen Krankheitsbegriffen, denen zufolge ausschließlich naturwissenschaftliche Beobachter über die Krankheit eines Organismus entscheiden, bis hin zu radikal subjektivistischen Begriffen, die die Krankheitszuschreibung in die Hände der jeweils Kranken legen. Vgl. dazu den Überblick von Micha H. Wener, Ethische Implikationen der Grenzziehung zwischen Gesundheit und Krankheit, in: Ethik und Unterricht (2001) Nr. 4, 11–15.

werden und Fürsorgeleistungen nicht beanspruchen können. Sie leiden dann dreifach, nämlich *erstens* unter ihren Beeinträchtigungen, die sie selbst – in Vorgriff auf die (ausbleibende) Anerkennung – als Krankheit deuten, *zweitens* unter der Ignoranz ihres sozialen Umfelds, das ihre Beeinträchtigungen nicht als Krankheit akzeptiert und sie nicht krank sein lässt, und *drittens* darunter, dass die Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Umfeld folgenlos bleiben, sie also weiterhin unter den normalen Verpflichtungen stehen und nicht in das Recht auf Fürsorge gesetzt werden. Um genau diese Leiden zu vermeiden, geht es denen, die sich krank fühlen, zunächst einmal darum, krank zu sein. Bevor sie ihre Gesundheit intendieren, wollen sie, dass ihre Beeinträchtigungen an ‚Leib‘ oder ‚Seele‘ von ihrem sozialen Umfeld als Krankheit anerkannt werden. Kranksein ist also für die, die sich krank fühlen, aber auch für die, die um die Möglichkeit auch ihres Krankseins in der Zukunft wissen, auch ein Gut und keineswegs nur ein Übel.¹¹

Nach dieser Beschreibung des Krankseins lassen sich einige Auskünfte über die ‚Entstehung‘ dieses Guts einholen: In großem Umfang wird es in privaten Zusammenhängen, vor allem in den Familien ‚hergestellt‘, indem man dort Angehörige ‚krank sein lässt‘ und umsorgt. Zumal in modernen Gesellschaften wird jedoch die dem Kranksein zugrundeliegende Anerkennung sowie die Entpflichtung und Berechtigung in deren Folge auch außerhalb privater Zusammenhänge betrieben und gesellschaftlich institutionalisiert. Viele der mit dem Begriff ‚Gesundheit‘ assoziierten Leistungen werden von gesellschaftlichen Einrichtungen erbracht und ‚stellen‘ nicht eigentlich Gesundheit, sondern das Gut Kranksein her. Dabei geht es um die befristete Entpflichtung von staatlich auferlegten oder vertraglich übernommenen Verpflichtungen (z.B. der Schule, der Agentur für Arbeit oder der Erwerbsarbeit), um die Gewährleistung von unterstützenden Leistungen, etwa durch die Verpflichtung von professionellen Dienstleistern, oder um den Schutz vor Folgen des Krankseins etwa vor Benachteiligungen oder Ausbeutung.

Indem das Gut Krankheit ‚hergestellt‘ wird, wird es zugleich restringiert und dadurch zu einem prinzipiell ‚knappen Gut‘. Dies gilt für die privaten, erst recht aber für gesellschaftliche Zusammenhänge. So wird die Anerkennung von Beeinträchtigungen als Krankheiten konditioniert, etwa an Dia-

¹¹ Darüber lassen sich Krankheiten auch insoweit als gut bewerten und intendieren, als zumindest einige Krankheiten für die Entwicklung eines Organismus notwendig sind oder aber die psychische, sittliche oder kulturelle Entwicklung der von ihr betroffenen Menschen anstoßen können (vgl. etwa D. Lanzerath, Krankheit und Gesundheit, 26-30). Doch gilt das weder für alle Krankheiten noch für alle Kranken, weswegen diese Bewertungen nicht in die allgemeine Beschreibung des Guts Gesundheit aufgenommen werden können.

gnosen professioneller Experten gebunden. Durch derartige Restriktionen werden Vorkehrungen dagegen getroffen, dass die jeweils anderen bzw. die gesellschaftlichen Einrichtungen durch die Anerkennung von Krankheiten überfordert werden. Zudem wird durch Verknappung des Guts Kranksein dessen Voraussetzung gesichert: Das dem Kranksein zugrundeliegende Anerkennungsverhältnis mitsamt der Entpflichtung und der Berechtigung ist für eine Ausnahme vom Normalfall, dass man nicht krank ist, vorgesehen. Durchgesetzt wird der Ausnahmefall dadurch, dass das entsprechende Anerkennungsverhältnis befristet wird und nach Verstreichen der Frist die normalen Verpflichtungen wieder in Kraft gesetzt sowie die Fürsorgeleistungen eingestellt werden.

Der Grad der notwendigen Restriktion ist in privaten wie gesellschaftlichen Zusammenhängen variabel und muss ausgehandelt werden. Was die gesellschaftlichen Verhältnisse in der Bundesrepublik angeht, wird gegenwärtig eine Verschärfung der Restriktionen, damit aber eine Verknappung des Guts Kranksein betrieben. Um bei der krankheitsbedingten Entpflichtung, insbesondere im Bereich der Erwerbsarbeit, zu ‚sparen‘, werden die Kranken zunehmend unter den Verdacht gestellt, ihr Kranksein vorzutäuschen oder zumindest zu übertreiben, und die Beweislast ‚echter‘ Krankheiten deutlich erschwert. Die dem Kranksein zugrundeliegende Anerkennung soll so den ‚wirklich‘ Kranken vorbehalten werden. Durch diese Politik wird das allgemein intendierte, dabei aber grundsätzlich knappe Gut Krankheit weiter verknappt und im Zuge dieser Verknappung wertvoller gemacht. Parallel zu dieser Entwicklung sucht man bei der Berechtigung von Fürsorgeleistungen zu ‚sparen‘, indem die Kranken beschuldigt werden, ihre Krankheiten durch ihren unverantwortlichen Lebensstil und durch ungesunde Neigungen verursacht zu haben. Weil am eigenen Kranksein selbst schuld, haben Raucher, Sportler oder Übergewichtige die Unterstützung anderer nicht verdient, das Recht auf Fürsorge mithin verwirkt. Die Fürsorge soll allein unschuldigen Kranken gelten, wenngleich die ‚schuldigen‘ Kranken immerhin noch als Kranke anerkannt werden.

Gegenläufig zu dieser Verknappung der dem Kranksein zugrundeliegenden Anerkennung existiert ein zweiter Trend, die Ausdehnung des Krankseins. Die Krankheiten der einen sind, gerade weil für die Betroffenen auch von Übel, für andere ein wirtschaftliches Gut, da sich aus diesen Krankheiten die Nachfrage nach ihren Waren und Dienstleistungen ergibt. Um deren Absatz zu steigern, um vor allem den Absatz von neuen Gesundheitsgütern zu sichern, werden entsprechende Krankheiten geschaffen oder wird die Betroffenheit von etablierten Krankheiten vermehrt und damit die Menge der

von neuen und alten Krankheiten Betroffenen vergrößert.¹² Parallel dazu führt auch der medizinisch-technische Fortschritt, vor allem neue Diagnostiken (Gentests, Präimplantationsdiagnostik u.ä.) zu einer Ausweitung von Krankheiten und zwar auch unter Menschen, die sich vor ihrer Krankschreibung noch gar nicht krank fühlten und von ihren Beeinträchtigungen keinerlei Ahnung hatten. Schließlich sorgt die im Namen größerer Eigenverantwortung geförderte Vorsorge sowie das wachsende Gesundheitsbewusstsein dafür, dass Krankheitsvermeider Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und zunehmend mit ihren potentiellen Krankheiten beschäftigt werden, bevor sie von ihnen betroffen werden. Durch diese so oder so verursachte Ausweitung von Krankheiten wird der Ausnahmefall Kranksein zunehmend zum Normalfall und in dem Maße, wie krank zu sein normal wird, das mit Kranksein verbundene Anerkennungsverhältnis aufgebrochen. Auch als Gegenreaktion darauf wird der zuvor vorgestellte Trend verstärkt, also die Ausweitung von Krankheiten mit einer Verknappung der dem Kranksein zugrundeliegenden Anerkennung beantwortet. Immer mehr Menschen geraten so in eine paradoxe Situation: Sie werden ‚krank geschrieben‘, zugleich wird ihnen aber abgesprochen, krank zu sein.

Normal wird Kranksein auch aus einem anderen Grund: Mit der dramatischen Zunahme chronischer Krankheiten, nicht zuletzt ein ‚Erfolg‘ der heilenden Medizin, entsteht eine neue Lebensform dauerhaften Krankseins ohne Aussicht auf Heilung. Gelten die eingespielten und allgemein intendierten Anerkennungsverhältnisse befristetem Kranksein, ist für diese Lebensform kennzeichnend, dass die Krankheit ohne Ende besteht und deshalb zur Lebensform wird. Können die ‚normalen‘ Kranken Gesundheit als Überwindung ihrer Krankheit intendieren, ist jedenfalls diese Art von Gesundheit für chronisch Kranke nicht erreichbar. Dennoch ist ihnen ihr Befinden deswegen nicht gleichgültig, sie werden bestimmte Zustände anderen vorziehen, diese deshalb als gut und die anderen als schlecht oder schlechter beurteilen. Ihr Kranksein besteht jedoch nicht in einem Gegenüber zum Gesundsein, weshalb auch ihr Befinden nicht ‚zwischen‘ den Extremen Krankheit und Gesundheit erfahren, erst recht nicht begriffen werden kann.

Durch diese Abweichungen irritiert die Lebensform chronisch Kranker

¹² Dass das Übel der Kranken für die Anbieter von Gesundheitsgütern ein Gut ist, ist in normativer Hinsicht nicht weiter problematisch. Immerhin profitieren die Ersten von den auf ihr Übel abzielenden Aktivitäten der Zweiten, weswegen die ‚Wertverschiebung‘ ihres Übels zu einem Gut auch in ihrem eigenen Interesse liegt. Anders sieht es jedoch aus, wenn zur Vermehrung des wirtschaftlichen Guts das Übel Krankheit vermehrt wird – und dabei die wirtschaftlichen Interessen der Zweiten zu Lasten der Interessen von Kranken durchgesetzt werden, also ihnen gegenüber nicht gerechtfertigt werden können.

das dem Kranksein zugrundeliegende Anerkennungsverhältnis und zwar in dem Maße, wie die Anzahl der chronisch Kranken zunimmt, deren chronischen Krankheiten deshalb nicht mehr als heilbare Krankheiten missverstanden und über dieses Missverständnis anerkannt werden können. Welches Anerkennungsverhältnis aber an dessen Stelle treten kann, ist gänzlich offen, zumindest wird ein solches bislang weder allgemein intendiert, noch gesellschaftlich ‚angeboten‘.¹³ Solange aber für chronisch Kranke kein passendes Gut ausgehandelt wird, unterstehen die davon Betroffenen einer kaum zu kontrollierenden Willkür, in einigen Situationen als Kranke anerkannt zu werden, entsprechend von Verpflichtungen befreit zu werden und Fürsorgeleistungen erhalten, und in anderen Situationen als Nicht-Kranke oder gar als Hypochonder behandelt und entsprechend diskriminiert zu werden.

Wer über das Gut Gesundheit sprechen will, der darf, so haben zumindest die bisherigen Beschreibungen ergeben, über das ‚benachbarte‘ Gut Kranksein nicht schweigen. Gesundsein und Kranksein sind als allgemein intendierte Güter keine Gegensätze, sondern stehen – zumindest bei den etablierten Anerkennungsverhältnissen – in einem Verhältnis von Normalfall und Ausnahme. Bei der eingangs angesprochenen Qualifizierung der Gesundheit als hohes Gut kommt aber das ‚benachbarte‘ und zumal von Kranken intendierte Gut Kranksein nicht in den Blick.¹⁴ Mehr noch: Je stärker das Gut Gesundheit herausgehoben und deshalb in die Eigenverantwortung der Menschen gelegt wird, desto stärker wird das Gut Kranksein verknappt. Diese Verknappung benachteiligt aber nicht nur die Kranken und potentiellen Kranken, die in ihrem Kranksein immer weniger oder zumindest nur mit wachsenden Schwierigkeiten auf Anerkennung stoßen, sondern bedroht auch das allgemein intendierte Gut Gesundheit. In Situationen des Krankseins ist nämlich das dem Kranksein zugrundeliegende Anerkennungsverhältnis

¹³ Möglicherweise muss dazu chronisches Kranksein nach dem Vorbild von Behinderungen gedeutet und chronische Krankheiten ähnlich wie Behinderungen anerkannt werden, zumindest sofern diese von Krankheiten nicht so sehr durch die Art der damit verbundenen Beeinträchtigungen, als vielmehr durch die Art der mit der Anerkennung zugesprochenen Fürsorgeleistungen unterschieden werden. Vgl. dazu Monika Bobbert, Die Bedeutung von Krankheit- und Behinderungsbegriffen für die Formulierung von Rechten auf Sozialleistungen, in: Sigrid Graumann/ Katrin Grüber (Hg.), Anerkennung, Ethik und Behinderung. Beiträge aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (Mensch - Ethik - Wissenschaft, 2), Münster 2005, 151–173.

¹⁴ Jürgen Hardt, Das Unwort ‚Krankheit‘ in der Gesundheitswirtschaft: Warum die Krankenbehandlung auf dem Gesundheitsmarkt als Kostenfaktor erscheint. Die verwirrende, aber präzise Sprache im so genannten Gesundheits-System, in: Frankfurter Rundschau Nr. 1 vom 02.01.2007, 15.

eine wichtige ‚Produktionsbedingung‘ für Gesundheit. Man muss in vielen Fällen krank sein können und deswegen von normalen Verpflichtungen entbunden sowie Fürsorgeleistungen in Anspruch nehmen können, um gesund werden zu können. Wird das Gut Kranksein übermäßig restringiert, wird diese ‚Produktionsbedingung‘ von Gesundheit verknappt und mithin auch das mit ‚Gesundheit‘ intendierte Gut.

2. UNBEGRIFFEN UND DOCH GUT

Weil Gesundheit für die meisten, wenn nicht für alle Menschen ein Gut ist, sind diese, so mag man denken, mit diesem Gut gut beschäftigt und entsprechend wohl vertraut. Von dem, das sie als gut bewerten, haben sie einen Begriff; und weil sie es mit anderen gemeinsam als gut bewerten, haben sie auch einen gemeinsamen Begriff von diesem Gut. Sie können sich deswegen mit anderen über ihr gemeinsames Gut leicht verständigen. Ein gemeinsamer Begriff von Gesundheit, zumindest die Möglichkeit eines solchen, wird häufig unterstellt, zumal dann, wenn man gesundheitspolitisch oder ethisch die Verantwortung für das Gut Gesundheit stärker in die Eigenverantwortung der Einzelnen geben möchte, ihnen dazu aber auch einen Begriff von dem unterstellen muss, wofür sie stärker verantwortlich gemacht werden sollen. Hält man Gesundheit für ein transzendentes bzw. konditionales Gut,¹⁵ muss (und kann) man diese Annahme modifizieren – und bestätigen: Solange die Einzelnen gesund sind, ist ihre Gesundheit unauffällig; als Gesunde sind sie deshalb mit diesem Gut nicht beschäftigt und haben unter diesen Bedingungen auch keinen Begriff davon. Auf die Frage, was ihnen ihre Gesundheit wert ist, werden sie diese zwar goutieren, aber nicht angeben können, was sie da eigentlich goutieren. Sind sie dagegen nicht gesund, dann bildet sie „den einzigen Inhalt unserer Sorge“¹⁶ und „wird zum ausschließlichen Ziel unseres Handelns“.¹⁷ In diesen Situationen mehr oder weniger ausschließlich mit ihrer Gesundheit beschäftigt, begreifen sie das Gut, das sie so stark begehren. In einem entsprechenden Begriff wird dieses Begreifen gespeichert und intersubjektiv verallgemeinert und steht damit auch in den Situationen zur Verfügung, in denen Gesundheit wieder zur Normalität und damit unauffällig geworden ist. Im Begriff der Gesundheit wird also die

¹⁵ Vgl. Wolfgang Kersting, *Gerechtigkeit und Medizin*, in: Ders., *Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend. Abhandlungen zur praktischen Philosophie der Gegenwart*, Frankfurt/M. 1997, 170–212, 185f.

¹⁶ Ebd., 185.

¹⁷ Ebd.

gemeinsame Erfahrung gespeichert, dass und warum Gesundheit wie stark begehrt wurde, als man nicht gesund war.

Die Annahme, mit dem Gut Gesundheit verfüge man auch über einen entsprechenden Begriff, bestätigt sich, selbst in ihrer Modifikation, in der einschlägigen Literatur zur Medizintheorie und Gesundheitsethik nicht. Dort teilt man zwar zumeist die Überzeugung, dass Gesundheit ein Gut ist, ist sich aber keineswegs darüber einig, um was für ein Gut es sich dabei handelt. Mehr noch: Es herrscht Mangel an allgemeiner Vertrautheit und Bekanntheit mit der als gut bewerteten Gesundheit; man hat zumeist keinen genauen Begriff von diesem Gut und verfügt vor allem über keinen gemeinsamen und in diesem Sinn allgemeinen Gesundheitsbegriff. So wird die von der Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1946 gewagte Definition, Gesundheit sei ein ‚Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen, sozialen und seelischen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen‘, zwar häufig aufgegriffen, taugt dabei jedoch nur als Referenz allgemeiner Ablehnung.¹⁸

Nimmt man diese Beobachtung zum Anlass für die Beschreibung des mit ‚Gesundheit‘ bezeichneten Guts, dann lassen sich Gründe dafür finden, dass die beobachtete Begriffslosigkeit in dem begründet liegt, weswegen Gesundheit für die weitaus meisten, wenn nicht für alle Menschen ein Gut ist. Als ein konditionales Gut ist Gesundheit vermutlich zutreffend beschrieben, wobei die im Adjektiv ‚konditional‘ ausgezeichnete Eigenschaft nicht zusätzlich zur Wertschätzung der Gesundheit als Gut hinzukommt, sondern deren evaluative Auszeichnung begründet. Gesundheit wird nicht, zumindest nie nur ‚um ihrer selbst willen‘ als gut bewertet, sondern als Bedingung dafür, dass unmittelbar intendierte Ziele mit Aussicht auf Erfolg intendiert und intendierte (und darunter auch ‚um ihrer selbst willen‘ intendierte) Güter angestrebt werden können.¹⁹ Nicht dass man an ‚Leib‘ und ‚Seele‘ ohne Beeinträchtigung ist, ist das Gut, sondern dass man anderes erstreben und verfolgen kann, ist gut und die Gesundheit für das als gut Bewertete die Voraussetzung – und deshalb selbst ein Gut. Gesundheit ist dabei so sehr Bedingung der Möglichkeit, dass man sich von ihr keinen genauen Begriff machen kann, zumindest keinen genauen Begriff machen muss, um sie zu

¹⁸ Vgl. etwa Georg Hörmann, Gesundheit und Körper: Kultur oder Kult?, in: Widersprüche (1989), Heft 30, 7–14; Wolfgang Kersting, Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung, in: Ders., Kritik der Gleichheit. Über die Grenzen der Gerechtigkeit und der Moral, Weilerswist 2002, 143–189, 148; D. Lanzerath, Krankheit und Gesundheit, 30ff.

¹⁹ Vgl. dazu auch M. Bobbert, Die Problematik des Krankheitsbegriffs.

intendieren. Dass man in der Lage ist, etwas tun und erstreben zu können, wird von denen, die etwas tun und erstreben wollen, intendiert und zwar vollkommen unabhängig davon, ob sie einen Begriff von dieser besonderen Lage haben. Vermutlich ist diese Lage auch derart komplex und derart ‚hintergründig‘, dass man überfordert wäre, diese Lage zu begreifen. Man könnte sie gar nicht intendieren, wenn das Begreifen Voraussetzung ihres Intendierens wäre.²⁰ Selbst wenn die mit ‚Gesundheit‘ bezeichnete Bedingung der Möglichkeit, etwas zu tun und zu erstreben, bedroht oder sogar verloren ist, und deren Erlangung bzw. Wiedererlangung mit Unterstützung anderer betrieben wird, antizipieren die Beteiligten, die Kranken und ihre Unterstützer, nicht eigentlich Gesundheit, sondern Gesundung und damit allenfalls ein Teil von dem, was mit Gesundheit intendiert wird. Auch Kranke brauchen keinen, erst recht keinen gemeinsamen Begriff von Gesundheit, um das damit bezeichnete Gut zu intendieren – auch wenn sie dieses in der Situation des ‚Mangels‘ besonders stark intendieren.²¹

Wenn man keinen positiven Gesundheitsbegriff benötigt, um Gesundheit als gut zu bewerten und es als Gut anzustreben, dann ist es unwahrscheinlich, dass man einen solchen Begriff hat. Vor allem darf man aus dem Sachverhalt, dass die meisten, wenn nicht alle Menschen dieses Gut gemeinsam intendieren, dann nicht schlussfolgern, dass sie über einen gemeinsamen Begriff von ihrem gemeinsamen Gut verfügen. Einzelne, zumal die Philosophen unter ihnen, werden eine allgemeine Auffassung von Gesundheit und daher auch einen positiven Gesundheitsbegriff haben, diesen möglicherweise auch mit anderen teilen. Dafür aber, dass sie Gesundheit als ein Gut anstre-

²⁰ Dass Gesundheit nicht in einem allgemeinen Begriff begriffen wird, wird in der vorgelegten Phänomenologie über ihre quasi-transzendente und komplexe Verfassung begründet – und mithin nicht über die in güterethischen Zusammenhängen häufig herangezogene Pluralität von Wertüberzeugungen in westlichen, hoch pluralisierten und stark individualisierten Gesellschaften. Die Pluralität unterschiedlicher Bewertungen von Gesundheit kann die Begriffslosigkeit allerdings mindern, wenn nämlich das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Überzeugungen – etwa in politischen Aushandlungsprozessen zur Ordnung eines gemeinsamen Gesundheitswesens – zumindest das Begreifen der je eigenen Überzeugungen herausfordert.

²¹ Dass Kranke ihre Gesundheit stärker intendieren als Gesunde, wird u.a. von Wolfgang Kersting philosophisch stark überhöht: Von Gesundheit als einem transzendentalen oder konditionalen Gut gilt, „dass sie nicht alles sind, alles aber ohne sie nichts ist“ (W. Kersting, *Gerechtigkeit und Medizin* 1997, 185), weswegen sie im Krankheitsfall ‚den einzigen Inhalt unserer Sorge‘ (ebd.) bildet. „Alle anderen Interessen verblassen dann, der Erwerb und Wiedererwerb der konditionalen Güter wird zum ausschließlichen Ziel unseres Handelns“ (ebd.). Weder ist dies eine zutreffende allgemeine Beschreibung der Intentionalität kranker Menschen, noch ein guter, weil hilfreicher Rat für Kranke, noch eine zustimmungsfähige Orientierung für richtiges Handeln im Krankheitsfall.

ben, ist dieser Begriff unerheblich; und dafür, dass sie dieses Gut genauso wie andere anstreben und dass sie wissen (können), dass andere dieses Gut genauso wie sie selbst anstreben, trägt ihr Begriff von Gesundheit nichts bei.

Als Bedingung der Möglichkeit, etwas zu tun und zu erstreben, wird Gesundheit also von mehr oder weniger allen intendiert, dabei aber von mehr oder weniger vielen nicht, geschweige denn: im gemeinsamen Begriff begriffen. Bei der Ordnung des Gesundheitswesens verfügen politische Akteure deshalb nicht über einen und gemeinsamen Gesundheitsbegriff und können mithin nicht auf einer solchen Grundlage entscheiden, was in dem zu ordnenden Gesundheitswesen ‚hergestellt‘ werden soll und was nicht. Sie können (und sollen) aber davon ausgehen, dass die unbegriffene Gesundheit für alle Bedingung der Möglichkeit für unterschiedlichste Zwecke und deswegen gleichermaßen wertvoll ist, dass deswegen alle ihre Gesundheit anstreben. Weil als konditionales Mittel für vielfältige Zwecke *allgemein* intendiert, ist Gesundheit ein allgemeines Gut.

3. EIN GEMEINSCHAFTLICHES GUT

Gerade wenn man sie zum Ernstfall für die Eigenverantwortung erklärt, unterstellt man Gesundheit als ein zwar allgemeines, gleichwohl jeweils persönliches Gut. Dass Gesundheit für die wertvoll ist, um deren Gesundheit es jeweils geht, ist sicherlich nicht falsch, sollte Gesundheit als Bedingung der Möglichkeit, etwas zu tun und anzustreben, zutreffend beschrieben worden sein. Falsch liegt man mit dieser Auffassung aber immer dann, wenn man unterschlägt, dass Gesundheit *zugleich* als ein gemeinschaftliches Gut beschrieben werden muss.

Davon, dass man somatisch und psychisch in der Lage ist, etwas zu tun und zu erstreben, profitiert man zunächst einmal selbst. Dass Einzelne in dieser intendierten Lage sind, ist nicht ihr alleiniges Verdienst; genauso wenig wie es in ihrer alleinigen Schuld liegt, wenn sie sich nicht (mehr) in dieser Lage befinden. (a) Vermutlich ähnlich wie bei anderen konditionalen Gütern sind die Einzelnen mit ihren *Ressourcen*, ihre Gesundheit zu erhalten, von Vorleistungen anderer abhängig. Ihre Bereitschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten, ihre Gesundheit zu erhalten oder gegebenenfalls wiederherzustellen, haben sie erworben. Dies geschieht in komplexen Sozialisationsprozessen, so dass sich die darin erworbenen Ressourcen der Investitionen anderer, nämlich deren Unterstützung, Zuwendung und Aufklärung verdanken. (b) Um die eigene Gesundheit zu genießen, erhalten oder wiederherzustellen,

müssen die Einzelnen ihre Ressourcen gegenüber *Risiken und Gefährdungen* einsetzen. Diese werden zum Teil von den Einzelnen selbst verursacht, indem sie etwa Neigungen pflegen, die ihrer Gesundheit abträglich sind. Zum anderen Teil liegen deren Ursachen aber bei äußeren Umständen; so gehen Gefährdungen für die Gesundheit von den Bedingungen der Erwerbsarbeit oder von regionalen Umweltbedingungen aus. Allerdings ist, zumindest bei phänomenologischer Sicht, die Unterscheidung zwischen selbst verursachten und fremd verursachten Risiken und Gefährdungen wenig plausibel, da sich einerseits in selbst verursachten Risiken äußere Gefährdungen und Risiken ausdrücken (können), und sich andererseits in äußeren Risiken und Gefährdungen immer auch Momente der Selbstverursachung niederschlagen (können). (c) Schließlich ist die Gesundheit der Einzelnen auch noch von *Leistungen* anderer abhängig. Ihre je eigene Gesundheit erhalten bzw. erlangen sie immer nur mit Unterstützung von anderen, durch deren ‚Rat und Tat‘ und nicht zuletzt durch entsprechende Dienstleistungen professioneller Experten.

Konfrontiert man diese Beschreibung des persönlichen Guts Gesundheit mit der Empirie sozialer Ungleichheiten, sind hinsichtlich aller genannten Abhängigkeiten extreme Ungleichheiten auffällig: Die Ressourcen, gesund zu sein und zu bleiben, sind ungleich ‚verteilt‘. Was etwa Gesundheitsbewusstsein, Informationen oder Fähigkeiten, diese umzusetzen, angeht, werden die einen auf Grund von Geschlecht oder Alter, von Wohnort oder sozialer Position durch ihr soziales Umfeld bevorzugt, die anderen dagegen benachteiligt. Durch ihre besseren Ressourcen wachsen die Chancen der einen, gesund zu sein und zu bleiben, während die Chancen der anderen durch geringere Ressourcen sinken. Ungleich verteilt sind auch die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen und die mit ihnen verbundenen Risiken und Gefährdungen für die Gesundheit der Einzelnen. Die einen stehen deshalb stärker in der Gefahr, in ihrer Gesundheit beeinträchtigt zu werden oder sie zu verlieren; die anderen dagegen werden begünstigt. Ungleich ‚verteilt‘ sind schließlich auch die Gesundheitsleistungen, deren sich die Einzelnen bedienen können, um ihre Gesundheit zu erhalten oder im Krankheitsfall zu gesunden. Einmal mehr sind die einen im Vorteil gegenüber den anderen, ihre mit ‚Gesundheit‘ gemeinte persönliche Lage zu stabilisieren bzw. wiederherzustellen. Diese Ungleichverteilungen führen im Ergebnis zu extremen Ungleichheiten in Morbidität, Mortalität und Lebenserwartungen, mithin zu einer ungleichen ‚Verteilung‘ des persönlichen Guts Gesundheit.²²

²² Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Lebenslagen in Deutschland.

Diese Ungleichheit ist ungerecht und zwar in dem Sinne, dass sie ein Gut betrifft, das alle gleichermaßen intendieren, das aber ungleich zwischen den Einzelnen ‚aufgeteilt‘ wird, ohne dass das ihnen gegenüber mit hinreichend guten Gründen gerechtfertigt wird bzw. werden kann. Um ein naheliegendes Missverständnis gleich auszuräumen: Ungerecht ist nicht, dass nicht alle gleichermaßen gesund sind. Eine Gleichverteilung von Gesundheit liegt außerhalb dessen, was Menschen – auch gemeinsam – ‚herstellen‘ und deshalb intendieren können. Was aber von Menschen nicht intendiert werden kann, kann von ihnen auch nicht normativ beurteilt werden, deshalb aber nicht gerecht oder ungerecht sein. ‚Gleiche Gesundheit für alle‘ ist schlichtweg Unsinn, genauso wie die normative Disqualifizierung von Ungleichheiten bei der Gesundheit. Kein Unsinn ist es aber, Ungleichheiten bei den beschriebenen Abhängigkeiten der mit ‚Gesundheit‘ bezeichneten Lage von Einzelnen zu bewerten. Diese liegen nämlich in der – wenn auch zumeist gemeinsamen – Verantwortung von Menschen in ihren jeweiligen privaten und gesellschaftlichen Zusammenhängen. Deshalb aber ist es ungerecht, und zwar bereits in dem schlichten Sinn von: *nicht gerechtfertigt*, dass das gemeinsame Streben der Einzelnen nach ihrer Gesundheit ohne ausreichende Gründe unterschiedlich befördert bzw. behindert wird.²³

Nach diesen normativen Erkundigungen zurück zur Beschreibung des persönlichen Guts Gesundheit: Auch wenn sie von den Einzelnen als ihre eigene intendiert wird, kann Gesundheit wegen der beschriebenen Abhängigkeiten nicht nur als persönliches Gut intendiert werden, zumindest nicht von allen *gleichermaßen*. Sollen alle ihre Gesundheit gleichermaßen inten-

Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung: http://www.bmg.bund.de/cn_040/nn_603382/SharedDocs/Publikationen/Berichte/a-332-10245.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-332-10245.pdf, 137-145; Lampert T./Ziese T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung sundheit und Soziale Sicherung, Berlin, hrsg. Von Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, online: <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Publikationen/armut-soziale-ungleichheit-und-gesundheit,property=pdf,bereich=bmas,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 20.01.2007.

²³ Damit ist eine andere gesundheitsethische Frage noch nicht angesprochen, ob es gerechtfertigt werden kann, dass biologische Unterschiede zwischen den Einzelnen, also Ungleichheiten des Geschlechts und des Alters, der genetischen oder körperlichen Ausstattung und ähnliche Ungleichheiten, zu unterschiedlichen Gesundheitschancen führen. Wenn und in dem Maße, wie dies nicht gerechtfertigt werden und damit nicht als gerecht gelten kann, ist es eine Forderung der Gerechtigkeit, diese „unverdienten Ungleichheiten [...] irgendwie auszugleichen“ (John Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt/M. 1975, 121). Auch diese Forderung darf nicht mit der sinnlosen Forderung nach gleicher Gesundheit für alle verwechselt werden.

dieren können, müssen diese Abhängigkeiten mit in ihr Streben hineingenommen werden. Mit ihrer eigenen Gesundheit erstreben sie dann zugleich, dass sie die jeweils gleichen Chancen wie alle anderen haben, ihre eigene Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Das aber können sie nicht für sich alleine, sondern nur in Gemeinschaft mit allen anderen intendieren. In ihrem gemeinsamen Streben wird dann ihre Gesundheit nicht nur von ihnen selbst, sondern auch von anderen intendiert, ist folglich nicht mehr nur ihr persönliches, sondern auch ein gemeinschaftliches Gut. Und *nur* als ein solch gemeinschaftliches Gut können sie alle ihr je persönliches Gut erreichen: Nur wenn Gesundheit von allen *für alle* und dabei für alle gleichermaßen intendiert wird, kann es *von allen* intendiert werden. Um ihr gemeinschaftliches Gut in dieser doppelten Allgemeinheit ‚herzustellen‘, benötigen sie eine entsprechende Ordnung ihres Gesundheitswesens, was sie als politische Akteure sicherstellen müssen.

Ein gemeinschaftliches Gut ist Gesundheit auch in einer zweiten Hinsicht: Die Gesundheit der einen oder des anderen ist nicht nur für sie oder ihn wertvoll, sondern auch für andere, die mit ihr oder ihm zu tun haben und deren Möglichkeiten von seiner oder ihrer Gesundheit mitbestimmt werden. Das dem Kranksein zugrundeliegende Anerkennungsverhältnis impliziert, wie beschrieben, die Entpflichtung der Kranken von laufenden Verpflichtungen sowie deren Berechtigung zum Bezug von Fürsorgeleistungen. In einer Art Umkehrschluss auf dieses Anerkennungsverhältnis lässt sich der Wert der Gesundheit für andere erschließen: Dass jemand gesund und deshalb in der Lage ist, etwas zu tun und zu erstreben, ist auch für die von Wert, die von ihm etwas erwarten, auf seine Leistungen angewiesen sind und von seinen Verpflichtungen profitieren. Ist etwa die Erzieherin im Kindergarten nicht gesund und daher nicht in der Lage, ihren beruflichen Verpflichtungen nachzukommen, leiden darunter nicht nur ihre Kolleginnen, die zumindest einen Teil dieser Verpflichtungen übernehmen müssen, und die Kinder, die ohne ihre vertraute Erzieherin auskommen müssen, sondern auch die Eltern, deren Erwartungen an die Leistungen des Kindergartens enttäuscht werden, zudem mit der schlechten Laune ihrer Kinder konfrontiert sind. Und selbst dann, wenn keine persönlichen Beziehungen bestehen, ist es für andere von Wert, dass Einzelne die ihnen obliegenden Aufgaben erledigen, deswegen aber auch wertvoll, dass sie somatisch und psychisch dazu in der Lage sind.

Wenn jemand krank ist, dann wird ihm das Recht auf Fürsorgeleistungen zugesprochen, zugleich werden aber andere zu entsprechenden Leistungen verpflichtet. Dass Einzelne gesund sind, ist deshalb auch für alle anderen

von Wert, die andernfalls zur Fürsorge verpflichtet und die über ihre Fürsorge in deren Kranksein ‚hineingezogen‘ werden.²⁴ Dass die Gesundheit der einen deshalb für andere ein Gut ist, gilt jedoch nicht in gleicher Weise für professionelle Dienstleister. Deren wirtschaftliche Existenz baut darauf, dass Menschen in Sorge um Gesundheit oder Gesundung ihre Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Aus professionellen Gründen sind gleichwohl auch sie an der Gesundheit ihrer Patienten interessiert und für manche von ihnen ist deren Gesundheit, ausgegeben als Erfolg ihrer Dienstleistungen, Voraussetzung für weitere Nachfrage und daher ein Gut. Schließlich ist die Gesundheit Einzelner selbst für Dritte ohne jede persönliche oder professionelle Beziehung zu ihnen von Wert, insofern sie – etwa als Beitrags- und Steuerzahler – an den Kosten der Krankenfürsorge beteiligt werden. Als Finanziere dieser Fürsorge werden sie es als gut bewerten, dass andere gesund sind, keine Fürsorgeleistungen beanspruchen (können) und folglich keine Kosten verursachen.

Da Gesundheit immer auch ein gemeinschaftliches Gut ist, übernehmen andere Verantwortung für die Gesundheit der einen und dies auch ‚im eigenen Interesse‘. Dabei stehen sie zumeist nicht allein, sondern übernehmen diese Verantwortung in Gemeinschaft mit (allen) anderen in ihrem sozialen Umfeld – und im Kontext der Bundesrepublik und vergleichbarer Gesellschaften über ein öffentliches Gesundheitswesen. Sie stehen dann in einer sozialen Verantwortung für das Gut Gesundheit, obgleich das sich immer nur als Gesundheit von Einzelnen einstellen kann. Diese soziale Verantwortung begründet sich, wenn die vorgelegte Beschreibung der mit ‚Gesundheit‘ bezeichneten Sachverhalte überzeugen kann, nicht erst dadurch, dass Einzelne mit der ‚Herstellung‘ ihrer je eigenen Gesundheit überfordert sind und deshalb im Maße ihrer Überforderung unterstützt werden müssen. Vielmehr reflektiert sich in dieser Verantwortung der grundlegende Sachverhalt, dass die Gesundheit der *Einzelnen* nicht nur deren persönliches, sondern zugleich ein Gut für die jeweils *anderen* ist, das jene *deshalb* – häufig zusammen mit *allen* anderen – intendieren. Wird dagegen von der Beschreibung der Gesundheit als einem persönlichen Gut auf die primär private Verantwortung der Einzelnen für ihre je eigene Gesundheit geschlossen, wird die gemeinschaftliche Dimension des mit ‚Gesundheit‘ gemeinten Guts übersehen.

²⁴ In der Regel werden andere bereits durch die der Fürsorge (logisch) vorausgehende Anerkennung von Krankheiten in das Geschehen des Krankseins ‚hineingezogen‘, etwa indem die Anerkennung mit einem als Mitleid bezeichneten inneren Erleben verbunden ist.

4. EIN NICHT-HERSTELLBARES GUT

Zu einem Gut wird Gesundheit, indem sie Gegenstand persönlichen oder gemeinschaftlichen Strebens ist. In diesem Sinne als Gut ausgezeichnet, liegt es nahe, sie darüber hinaus auch als Gegenstand menschlichen Handelns zu beschreiben. Zumal wenn sie gesundheitspolitisch stärker in die Eigenverantwortung der Einzelnen gelegt wird, wird eine derartige Produktivität unterstellt: Die Einzelnen, für ihre eigene Gesundheit vor allem selbst verantwortlich, können sich in die mit ‚Gesundheit‘ bezeichnete Lage versetzen, vor allem indem sie gesundheitsbewusst leben. Im dennoch eintretenden Krankheitsfall müssen sie sich der heilenden Produktivität professioneller Dienstleister bedienen, die ihre Gesundheit wiederherstellen. Einer genauen Beschreibung des Guts Gesundheit hält diese produktionsistische Auffassung jedoch nicht stand: Gesundheit kann weder von den Einzelnen, noch von professionellen Dienstleistern, noch von diesen beiden gemeinsam hergestellt werden.

Ohne Zweifel können Einzelne mehr oder weniger gesundheitsbewusst leben; sie können sich mehr oder weniger großen Risiken und Gefährdungen für ihre Gesundheit aussetzen; sie können – bei einem gegebenen Stand der Informationen – mehr oder weniger gut ihre Gesundheit unterstützen und vorsorgen. Weil aber die von ihnen erstrebte Gesundheit so sehr Bedingungsmöglichkeit all ihrer Aktivitäten und damit auch dieser Aktivitäten ist und weil zudem diese Bedingungsmöglichkeit derart komplex ist und als Ganzes kognitiv nicht bewältigt werden kann, können sie die intendierte Gesundheit durch all ihre Aktivitäten nicht herstellen. Man ‚hält‘ sich weder gesund, noch ‚macht‘ man sich gesund; sondern man ‚ist‘ gesund, und wenn man es nicht ‚ist‘, dann ‚wird‘ man bestenfalls gesund. Gesundheit hat also etwas von dem, was theologisch Gnade genannt wird und von Gott erwartet wird: Sie wird intendiert, stellt sich aber ohne jeden Anspruch und Verdienst ein, wenn sie sich einstellt. Und wie das, was theologisch ‚Gnade‘ genannt wird, kann sie sich sogar gegen jeden Verdienst einstellen, können nämlich gerade diejenigen mit Gesundheit verwöhnt werden, die sich weniger als andere oder gar nicht um ihre Gesundheit sorgen. ‚Schlimmer‘ noch: Weil alle vorsorgenden Aktivitäten immer partiell bleiben müssen, weil sie zudem von Moden und den damit verbundenen Übertreibungen und Verallgemeinerungen abhängig sind, werden entsprechende Bemühungen um die je eigene Gesundheit auch dadurch ‚belohnt‘, dass man durch Gesundheitsvorsorge krank wird.

Professionelle Dienstleister, allen voran die Mediziner, stehen in Distanz

zur Gesundheit derer, um die sie sich kümmern, mithin ist ihnen deren Gesundheit nicht eine uneinholbare Bedingungsmöglichkeit, wie sie es denen ist, um deren Gesundheit es ihnen geht. Zudem besitzen sie entsprechende Qualifikationen, so dass sie die mit Gesundheit verbundene Komplexität besser bewältigen können als ihre Patienten. Trotzdem können auch sie und die kurative Medizinwissenschaft die Gesundheit ihrer Patienten nicht herstellen. Sie leisten ‚nur‘ Beihilfe, dass sich Gesundheit bei ihren Patienten wieder einstellt; auch können sie ihre Patienten darin unterstützen, sich um ihre Gesundheit vorsorgend zu kümmern. In diesem Sinne sind sie als Dienstleister durchaus produktiv und erstellen materielle Güter oder Dienstleistungen, die zur Gesundung von Kranken, zu deren Pflege und Fürsorge oder aber zur Vorsorge von Gesunden eingesetzt werden können – und deshalb als Gesundheitsgüter bezeichnet werden.²⁵ Viele dieser Güter können sie nur in Zusammenarbeit mit den Kranken und Gesunden erstellen bzw. können sie nur in Einsatz bringen, wenn diese ihrerseits produktiv werden. Dass sich durch den Einsatz von (co-)produzierten Gesundheitsgütern das Gut Gesundheit einstellt, das aber liegt genauso wenig in ihrer Macht, wie in der ihrer Patienten oder ihrer Zusammenarbeit. Mit ihrem wissenschaftlich geschulten Wissen und ihren handwerklichen Fertigkeiten vermögen sie – in Zusammenarbeit mit ihren Patienten – Krankheits-symptome und deren Ursachen zu bearbeiten. Durch Verabreichung eines geeigneten Medikaments und durch dessen korrekte Einnahme lassen sich etwa häufig Schmerzen beheben. Doch die mit ‚Gesundheit‘ gemeinte Lage erwirkt diese (Zusammen-)Arbeit nicht; diese stellt sich bestenfalls in deren Folge wieder ein und wurde dann durch die Bemühungen von Experten und Patienten gefördert. Medizinische Dienstleistungen ‚dienen‘ mithin der Gesundheit, leisten also einen Dienst daran, dass sich bei Patienten Gesundheit wieder einstellt.²⁶ Jenseits der kurativen Medizin können professionelle Experten ihre Klienten beraten und begleiten, einen gesundheitsbewuss-

²⁵ So etwa Ruth Kamm, Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen. Eine Untersuchung möglicher Rechtfertigungsargumente (Bamberger Beiträge zur Politikwissenschaft. Forschungsschwerpunkt Theorie der Politik I-9), Bamberg 2006, 9ff.

²⁶ Der Analyse von Dirk Lanzerath zufolge verabschiedet sich die Medizin allerdings zunehmend aus dem Dienst an der Gesundung von Patienten, wird zunehmend zur „Anthropotechnik“ und zielen als solche auf die „Verbesserung“ der menschlichen Natur“ (vgl. D. Lanzerath, Krankheit und Gesundheit, 44-49). Mit Hilfe von konventionellen chirurgischen Eingriffen, genetischen Manipulationen oder Medikamenten sollen ‚medizinisch machbare‘ Zustände hergestellt werden, wie es offenbar in der Sportmedizin zur Leistungssteigerung von Sportlern bereits weit verbreitet ist. Wie dieses Beispiel zeigt, geht der Zugewinn ärztlicher Produktivität allerdings auf Kosten ihrer heilenden Kompetenz.

ten Lebensstil zu pflegen, Krankheiten zu vermeiden oder Gesundheitsrisiken und gefährdungen zu verringern. Weil aber die dabei unterstützten Lebensstile und Maßnahmen Gesundheit nicht bewirken, tut es auch diese Beratung und Begleitung nicht. So lange sich in Folge der medizinischen Behandlung Gesundheit einstellt, und solange in Begleitung professioneller Beratung Gesundheit besteht, so lange mögen sich alle Beteiligten der Illusion hingeben, die Experten würden – in Zusammenarbeit mit ihren Patienten – Gesundheit herstellen. Möglicherweise ist diese Illusion für Patienten sogar gesundheitsförderlich, wenn sie sich und ihre Krankheit in die Hände von Experten legen können, statt auf einen gnadenhaften und daher für sie und ihre Experten unberechenbaren Sachverhalt setzen zu müssen. Doch platzt diese Illusion spätestens dann, wenn sich nach der erfolgreichen Behandlung einer Krankheit eine andere, möglicherweise sogar eine chronische Krankheit einstellt oder die intendierte Gesundheit trotz aller kurativen Maßnahmen ausbleibt, oder wenn sich trotz aller Ratschläge und vorsorgenden Maßnahmen die zu vermeidenden Krankheiten oder in all der Vorsorge vernachlässigte Krankheiten einstellen.²⁷

Wenn entgegen dieser Phänomenologie des Guts Gesundheit Einzelne in

²⁷ Ein kurzer Ausflug in die Theologie sei an dieser Stelle erlaubt: Auch von dem im Christentum bekannten Gott wird Gesundheit nicht ‚hergestellt‘, zumindest sollten Christen das nicht glauben. Diesem Gott trauen sie das Heil aller Menschen zu und vertrauen ihm, dass er seine Heilzusage erfüllt – bereits ‚hier und jetzt‘ und endgültig ‚am Ende‘ ihrer aller Geschichte. Vgl. dazu Matthias Möhring-Hesse, *Der unser aller Heil ‚ist‘*. Theologisch-ethischer Versuch, von Gott als dem Ziel gesollten Handelns zu reden, in: Ottmar John/Matthias Möhring-Hesse (Hg.): *Heil – Gerechtigkeit – Wahrheit. Eine Trias der christlichen Gottesrede* (Theologie: Forschung und Wissenschaft Bd. 22), Münster 2006, 15–42. Gottes zugesagtes Heil ereignet sich dann und in dem Maße, wenn und wie das ‚Leben in Fülle‘ (Joh. 10,10) den Menschen möglich ist und dazu ihr beschädigtes Leben geheilt (= ‚ganz gemacht‘) wurde. Das zugesagt ‚Leben in Fülle‘ sollten Christen jedoch nicht mit dem von ihnen, wie von allen anderen intendierten Gut Gesundheit verwechseln – allein deswegen nicht, weil das von Gott den Menschen zukommende ‚Leben in Fülle‘ auch den Kranken zugesprochen ist und zwar nicht erst in einer alle Krankheit überwindenden Ewigkeit, sondern bereits im ‚Hier und Jetzt‘. Zudem sollten sie wissen, dass sie so gesund nicht sein bzw. werden können, dass sie nicht der heilsamen Zuwendung Gottes bedürfen. Der heilsame Gott ‚heilt‘, was aber nicht heißt, dass er ‚gesund macht‘. Der Analogieschluss vom heilsamen Gott auf den heilenden Arzt und umgekehrt vom heilenden Arzt auf den Deus medicus bzw. Christus medicus wird – zumindest unter den Bedingungen neuzeitlicher Medizin – weder Gott noch den Ärzten gerecht. Jedenfalls sollte man theologisch eine allzu enge Verbindung von Heil und Gesundheit bzw. von Heilung und Kuration vermeiden. Vgl. dagegen Eugen Biser, *Kann Glaube heilen? Zur Frage nach Sinn und Wesen einer therapeutischen Theologie*, in: Brigitte Fuchs/Nobert Kobler-Fumasoli (Hg.), *Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin*, Münster 2002, 35–56; Markus Zimmermann-Acklin, *Gesundheit – Gerechtigkeit – christliche Identität*, in: K. Gabriel (Hg.), *Gesundheit – Ethik – Politik* 2006, 103–128.

die Verantwortung gerufen werden, ihre eigene Gesundheit oder – als professionelle Dienstleister – die Gesundheit anderer herzustellen, werden sie prinzipiell *überfordert* und zwar selbst dann, wenn ihnen dies aktuell nicht bewusst wird. Dagegen werden Menschen *betrogen*, wenn Experten ihnen versprechen, ihre Gesundheit zu bewirken, und zwar auch dann, wenn Absender und Adressat in diesem produktivistischen Gesundheitsversprechen überein gekommen sind. Dass derartige Gesundheitsverpflichtungen und -versprechen dem Gut Gesundheit nicht gerecht werden, muss bei der politischen Ordnung des Gesundheitswesens hinreichend berücksichtigt werden. So dürfen weder den Einzelnen, um deren Gesundheit es geht, noch deren professionellen Dienstleistern derartige Verpflichtungen auferlegt werden, wodurch aber der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen enge Grenzen gesetzt werden. Ebenso müssen die Einzelnen vor Gesundheitsversprechen professioneller Dienstleister und der sie qualifizierenden Wissenschaft und diese wiederum vor entsprechenden Ansprüchen ihrer Patienten geschützt werden.

Gegenwärtig wird dem bundesdeutschen Sozialstaat häufig zum Vorwurf gemacht, dass er mit der Übernahme gesundheitspolitischer Aufgaben überzogene Gesundheitsversprechen abgibt und dabei sogar „die auf das Jenseits gerichteten Anschauungen der Religionen“²⁸ abgelöst hat: „Das Paradies auf Krankenschein“.²⁹ Die mit dieser Kritik projektierte Privatisierung von Gesundheitsleistungen macht das Gesundheitswesen für derartige Versprechen allerdings noch anfälliger: Für privatwirtschaftliche Anbieter sind diese Versprechen profitabel, da sie darüber – zumindest kurzfristig – Nachfrage generieren können; private Nutzer wiederum nehmen deren Versprechen gerne in Anspruch, da sie – durch den Kompetenzvorsprung der versprechenden Anbieter und ihrer Wissenschaft – glaubwürdig und in ihrem Inhalt hoch attraktiv sind. Nach einer Privatisierung der Gesundheitsleistungen sind beide Seiten auf sich gestellt, wodurch es aber wahrscheinlich wird, dass solche Versprechen gegeben und angenommen, möglicherweise auch andersherum, dass solche Versprechen verlangt und gegeben werden. Damit sich im Gesundheitswesen solch unhaltbare Gesundheitsversprechen nicht einnisten können, sind politische Akteure bei dessen Ordnung gut beraten, zwischen der Nachfrage nach und dem Angebot von Gesundheits-

²⁸ Alois Prinz, ‚Hauptsache gesund‘. Ist unser Gesundheitswesen wert, was es kostet?, in: Evangelischer Kirchenkreis Wittgenstein (Hg.): Das Gesundheitswesen in der Kostenfalle, Iserlohn 2004, 13–40, 16.

²⁹ Manfred Lütz, *Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult*, München 2002, 16.

leistungen kontrollierende Vermittlungen einzubauen – und dazu Angebot und Nachfrage in irgendeiner Form zu kollektivieren.

Spricht die Beschreibung des Guts Gesundheit so für ein öffentliches Gesundheitswesen, gilt der phänomenologisch begründete Vorbehalt gegenüber produktivistischen Gesundheitsversprechen auch diesem gegenüber. Ein solches Gesundheitswesen würde sich übernehmen, wenn es auf ein ‚Recht auf Gesundheit‘ verpflichtet würde.³⁰ Rechte können nur in dem Maße gewährt werden, wie der jeweilige Rechtsgegenstand auch hergestellt werden kann. Weil die Gesundheit aller Einzelnen zwar intendiert, nicht aber hergestellt werden kann, kann sie prinzipiell nicht mit Rechtsansprüchen versehen werden. Ein Recht auf Gesundheit kann es nicht geben und würde ein öffentliches Gesundheitswesen desorientieren, dessen Vorteil vor seiner privatwirtschaftlichen Alternative gerade ist, unhaltbare Gesundheitsversprechen besser abwehren zu können.

5. EIN VERBORGENES GUT

Die vielleicht größte Gefahr für die Gesundheit sei, so wird in den aktuellen gesundheitspolitischen Debatten kolportiert, die Irrationalität von Gesun-

³⁰ Tatsächlich wird mit dem ‚Recht auf Gesundheit‘ zumeist ‚nur‘ ein Recht auf Gesundheitsversorgung behauptet; vgl. etwa Hartmut Kreß, *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003; Ders., *Das Recht auf Gesundheit. Impulse aus der EU-Verfassung*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 49 (2005), 3–8. Dagegen sucht Katja Winkler tatsächlich ein ‚Recht auf Gesundheit‘ zu begründen. Auf der Grundlage von Martha C. Nussbaums ‚Sozialethik des Capabilities approach‘ (Katja Winkler, *Körperlichkeit – Gesundheit – gutes Leben. Zur Begründung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des Capabilities approach*, in: K. Gabriel [Hg.], *Gesundheit – Ethik – Politik* 2006, 129–149.; siehe dazu auch Peter Dabrock, *Capability-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 45 [2001], 202–215) verpflichtet sie jede politische Gemeinschaft dazu, ein (staatliches) Unterstützungssystem bereit zu halten, „das allen Bürgerinnen und Bürgern ein gutes Leben lang eine gute Lebensführung erlaubt“ (K. Winkler, *Körperlichkeit – Gesundheit – gutes Leben*, 39). „Sich einer guten Gesundheit zu erfreuen“, rechnet sie – als Konsequenz „der anthropologischen Grundkonstante der Körperlichkeit“ (ebd.) – der guten Lebensführung hinzu, weswegen jede und jeder gegenüber ihrer und seiner politischen Gemeinschaft ein Recht auf Gesundheit besitzt. Um dieses Recht an einen „aristotelischen Staat“ (Nussbaum) adressieren zu können, übersetzt auch Winkler das Recht auf Gesundheit in das Recht, im Bedarfsfall Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Dass dann, wenn dieses Recht für alle gewährleistet wird, nicht allen eine gleichermaßen „gute Lebensführung“ möglich ist und so das Grundrecht ihres Capabilities-Ansatzes zumindest mit Hinsicht auf die allen Menschen gemeinsame „Körperlichkeit“ nicht verwirklicht wird, reflektiert sie nicht.

den. Solange sie gesund sind, unterschätzen sie ihre Krankheitsrisiken und kümmern sich erst dann ernsthaft um ihre Gesundheit, wenn sie krank sind. Diese Irrationalität wird politisch in zwei Extremen beantwortet: Die einen wollen die Gesunden zu einer aktiven Pflege ihrer Gesundheit, zu größerem Gesundheitsbewusstsein und zur Meidung bzw. Minimierung von Gesundheitsrisiken und -gefährdungen anregen und damit zu einer höheren Rationalität verhelfen. Die dazu notwendigen Anreize sucht man dadurch zu schaffen, dass diese die Folgen ihres irrationalen Verhaltens, also zumeist Krankheiten (stärker) selbst tragen müssen, wozu die Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems zurückgefahren und Krankheitsrisiken stärker privatisiert werden sollen. Die anderen dagegen halten die Irrationalität gesunder Menschen für unvermeidbar und suchen sie deshalb durch die Rationalität eines öffentlichen Gesundheitssystems zu kompensieren.³¹ Doch bei einer phänomenologischen Untersuchung des allgemein und damit auch von Gesunden intendierten Guts Gesundheit verschwindet die behauptete Irrationalität gesunder Menschen. Deren Unbedenklichkeit erscheint geradezu als Bedingung ihrer Gesundheit und ist daher für Menschen, die ihre Gesundheit intendieren, rational.

Ist Gesundheit zutreffend als ein somatischer und psychischer Zustand beschrieben, der es den Gesunden ermöglicht, etwas zu tun und zu erstreben, und trifft es weiterhin zu, dass Gesundheit als diese Bedingungsmöglichkeit allgemein intendiert wird, dann gehört zu diesem Gut ein Minimum an Vergessenheit hinzu: Als ein Mittel, andere Güter erstreben und verwirklichen zu können, ist Gesundheit nicht Zweck eigenen Tuns, zumindest solange man gesund ist und deswegen andere Güter erstreben und verwirklichen kann. Ein Mittel ist Gesundheit nur dann und in dem Maße, wenn bzw. wie sie für die Einzelnen verfügbar *und* verborgen ist, oder genauer: wegen ihrer Verborgenheit zur Verfügung steht.³² Gesundheit „gibt es [...] nur [...] als den Zustand, in dem der Mensch vergisst, dass er gesund ist, als ‚selbstvergessenes Weggegebenheitsein‘ an den Anderen oder an das Andere seiner privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Lebensvollzüge“.³³ Gesund ist

³¹ Friedhelm Hengsbach, Gesundheit – keine Ware wie jede andere. Solidarität als Herausforderung des Gesundheitswesens, in: Evangelischer Kirchenkreis Wittgenstein (Hg.), 47–54.

³² Hans-Georg Gadamer, Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge, Frankfurt/M. 1993, 133.

³³ Klaus Dörner, Das Gesundheitsdilemma. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung, Berlin 2004, 13; vgl. auch D. Lanzerath, Krankheit und Gesundheit, 28f.; Drew Leder, Health and Disease. The Experience of Health and Illness, in: Warren T. Reich (Ed.), Encyclopedia of Bioethics, New York 1995, 1106–1113.

man also in dem Maße, wie man nicht weiß, dass man gesund ist. Selbstverständlich wird man auch in diesem Zustand die Frage ‚Bist Du gesund?‘ bejahen können und im Augenblick des Antwortens wohl auch wissen, dass man gesund ist. Offenkundig ist es aber nicht der Normalfall, zumindest nicht der als Gesundheit intendierte Zustand, dass man um seine Gesundheit weiß, entsprechende Anfragen mit ‚Ja‘ beantworten kann und die eigene Gesundheit als Thema hat. Intendiert wird viel mehr der Zustand, dass man sich mit anderem als seiner Gesundheit beschäftigen kann und sich dazu nicht mit ihr beschäftigen muss. Zumindest für Gesunde ist demnach ihre als gut bewertete Gesundheit kein besonders stark intendiertes Gut, sondern nur die vage geahnte Voraussetzung dafür, überhaupt etwas intendieren zu können, und wird im Modus dieser vagen Ahnung intendiert.

Hat sich jedoch die Gesundheit verflüchtigt und ist man krank, dann wissen die Betroffenen, dass sie nicht gesund sind, und mit diesem Wissen und dem Leiden daran, dass man nun nicht mehr, zumindest nicht in dem Ausmaß und der Unbedenklichkeit wie zuvor, anderes tun und erstreben kann, werden sie sich um ihre Gesundung bemühen. Dabei setzen sie sich ihre Gesundheit zum Zweck, allerdings wiederum nicht eigentlich ‚um ihrer selbst willen‘, sondern als Mittel für andere Zwecke. Erreicht wird nämlich das intendierte Gut Gesundheit, wenn es sich wieder in die Verborgenheit verliert und man nicht mehr weiß, zumindest nicht wissen muss, dass man gesund ist. Zumindest der Tendenz nach besteht also bei dem allgemein intendierten Gut Gesundheit ein kognitives Paradox: In dem Maße, wie man von seiner Gesundheit nichts weiß, verfügt man über dieses Gut; in dem Maße hingegen, wie man davon etwas weiß, hat man dieses Gut verloren und weiß nur von einer vergangenen und einer für die Zukunft bestenfalls antizipierten Gesundheit.

Im Fall der Krankheit ist das Wissen um die eigene Gesundheit unvermeidbar. Mit dem Ziel der Gesundung wird es zum Zweck eigener Aktivität gemacht und dazu bewusst antizipiert. Allerdings kann die Gesundheit auch im Zustand des Gesundseins bewusst, also aus ihrer Vergessenheit gerissen und in dieser Bewusstheit zum Zweck eigener Aktivität gemacht werden. Das Ergebnis dieser Bewusstmachung ist aber, dass sich die intendierte Gesundheit dadurch nicht ‚mehrt‘, sondern im Gegenteil ‚mindert‘, dass im Extremfall die Gesundheit sogar ‚verschwindet‘. Beim Genuss ihrer Gesundheit besteht für Gesunde mithin eine „Gesundheitsfalle“ (Klaus Dörner): „Je mehr ich für meine Gesundheit tue, je gesundheitsbewusster ich lebe, desto weniger gesund fühle ich mich, desto weniger gesund bin ich“.³⁴ Das,

³⁴ K. Dörner, Das Gesundheitsdilemma, 12.

was zweifelsohne für jedermann und jedefrau wertvoll ist, entschwindet ihnen in dem Maße, wie sie es durch bewusstes Erstreben zu ihrem hohen Gut gemacht haben – und wird im Maße seines Entschwindens umso wertvoller. Über eine nur besonders krasse Form von Gesundheit zerstörendem Gesundheitsbewusstsein verfügen Hypochonder, deren Streben nach Gesundheit inzwischen als Krankheit anerkannt und nur von denen belächelt wird, die mit ihnen nichts zu tun und deswegen unter ihrem Streben nicht zu leiden haben. Dass Gesunde sich nicht wie Hypochonder mit ihrer Gesundheit und deshalb auch nicht mit deren allgegenwärtigen Gefährdungen beschäftigen, dass sie stattdessen ihre Gesundheit für andere Zwecke nutzen und dazu ihre Gesundheit ‚vergessen‘, ist ihnen der einzig mögliche Weg an der ‚Gesundheitsfalle‘ vorbei. Gesundheit im Modus ihres Vergessens zu genießen und das intendierte Gut nicht stark zu erstreben, diese vermeintliche Irrationalität von Gesunden ist mithin eine notwendige Bedingung ihrer Gesundheit – und folglich hoch rational.

Nach dieser phänomenologischen Erkundung des verborgenen Guts Gesundheit vermag man dessen Empirie in der Bundesrepublik unserer Tage besser verstehen: Um den Gesundheitsstand zu verbessern, vor allem aber um den Kostenanstieg des öffentlichen Gesundheitswesens³⁵ zu bremsen, werden neue Anreize oder Pflichten im öffentlichen Gesundheitssystem verankert und die Einzelnen dadurch zu einer stärkeren Eigenverantwortung für ihre Gesundheit, zu Vorsorge und gesundheitsbewusstem Verhalten angehalten. Bleiben die bislang durchgesetzten Maßnahmen (Eigenbeteiligungen, Leistungskürzungen und Vorsorgeverpflichtungen) noch marginal, werden die weiter reichenden Instrumente gegenwärtig diskutiert – und zumindest in diesem Sinne politisch vorbereitet. Gleichzeitig suchen die Anbieter von Gesundheitsleistungen zusätzliche Nachfrage, bewerben dazu ihre alten und neuen Leistungen und schaffen so Bedarfe (auch) unter zuvor mehr oder weniger gesunden Menschen. Dabei werden sie durch die medizinische Wissenschaft und deren Fortschritte vor allem bei der Diagnostik mächtig unterstützt. Durch die Gesundheitspolitik, die Angebotspolitik der privatwirtschaftlichen Anbieter sowie den, wie man sagt, medizinischen Fortschritt werden die einzelnen kollektiv in die ‚Gesundheitsfalle‘ getrieben, ihre Gesundheit aus der Verborgenheit gerissen und gerade so beschädigt, obgleich die gesundheitspolitischen Anstrengungen, die beworbenen Dienstleistungen und der medizinischer Fortschritt dieser Gesundheit doch dienen

³⁵ Vgl. dazu Rainer Müller, Kostenexplosion und demographischer Kollaps. Empirische und systematische sozialwissenschaftliche Präzisierungen zu einigen verbreiteten Annahmen, in: K. Gabriel (Hg.), Gesundheit – Ethik – Politik, 77–102.

sollen. Die Bundesrepublik wird zunehmend zu einer „Gesundheitsgesellschaft“,³⁶ die ihre Einwohner mit Gesundheit beschäftigt und selbst mit der ‚Herstellung‘ von Gesundheit beschäftigt ist – und sich gerade so „mit Hilfe ihres Gesundheitssystems [...] die Gesundheit austreibt“.³⁷

Gegenüber einer solchen „Gesundheitsgesellschaft“ lässt sich das Gegenbild eines Gesundheitswesens entwerfen, das zur Phänomenologie des verborgenen Guts Gesundheit besser passt: Statt die Gesunden mit ihrer Gesundheit zu beschäftigen, wird es deren Verborgenheit unterstützen, wird also durch geeignete Leistungen ermöglichen, dass sich gesunde Menschen um ihre Gesundheit nicht sorgen müssen und sie deshalb vergessen können. Bereitgestellt werden müssen dazu all’ die Leistungen, derer Kranke zur Heilung und Pflege und Gesunde zur Vorsorge – entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsstand einer (auf den Dienst an der notwendig verborgenen Gesundheit orientierten) medizinischen Wissenschaft – bedürfen. Dadurch werden die Gesunden in die Sicherheit gebracht, dass sie immer dann, wenn sie ihre Gesundheit verlieren, die zur Gesundung bzw. zur Fürsorge notwendigen Leistungen in Anspruch nehmen können. Auf dieser Grundlage müssen sie sich ‚keine Sorgen‘ um ihre Gesundheit machen und können sie gerade deswegen ‚nutzen‘. Vermutlich lässt sich dieser Anspruch am besten, zumindest lässt er sich am besten für alle erfüllen, wenn die zur Bereitstellung dieser Leistungen notwendige Infrastruktur öffentlich und damit in letzter Instanz durch den Staat verantwortet wird und wenn die Wahrnehmung und die Finanzierung dieser Leistungen in Absehung von Krankheitsrisiken und vom Gesundheitszustand, mithin in Solidarität zwischen Kranken und Gesunden sowie zwischen den Gesunden erfolgen. Zwar entspricht ein öffentliches Gesundheitssystem nicht ‚a priori‘ und in jedem Fall der Verborgenheit der Gesundheit, sichert jedenfalls das in der Bundesrepublik bestehende System diese Verborgenheit zunehmend weniger. Dadurch aber, dass in einem öffentlichen Gesundheitssystem die Verantwortung der Einzelnen für das gemeinsame Gesundheitswesen von ihrer Verantwortung für ihre je eigene Gesundheit abgekoppelt werden *kann*, ist es jedoch ‚a priori‘ besser geeignet, Gesundheit als ein allgemeines Gut zu organisieren, ohne alle Einzelnen mit ihrer je eigenen Gesundheit zu beschäftigen.

Die vorgelegte Rechtfertigung einer öffentlichen Bereitstellung von Gesundheitsleistungen weicht von der eingangs angesprochenen Begründung

³⁶ K. Dörner, Das Gesundheitsdilemma, 14; vgl. auch Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg 2006.

³⁷ K. Dörner, Das Gesundheitsdilemma, 14.

für ein öffentliches Gesundheitswesen ab. Dass Gesundheit für alle wichtig ist und dass über dessen öffentliche Bereitstellung die ‚Verantwortungslosigkeit‘ der Gesunden kompensiert werden kann, ist für diese Rechtfertigung nicht ausschlaggebend. Das zentrale Argument liegt im Gegenteil darin, dass über die öffentliche Bereitstellung von Gesundheitsleistungen Gesundheit für alle unwichtig gemacht und die Vergesslichkeit aller hinsichtlich ihrer eigenen Gesundheit gefördert werden kann, so dass sich Gesundheit bei allen einstellen und einnisten *kann*.

Die Verborgenheit der Gesundheit durch die öffentliche Bereitstellung von Gesundheitsleistungen zu fördern, heißt nicht, die Einzelnen zu einem unverantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit anzuhalten. Wenn auch gegenwärtig die Möglichkeiten der Vorsorge eher überschätzt werden, lassen sich die mit ‚Gesundheit‘ bezeichneten Bedingungsmöglichkeiten, etwas zu tun und zu erstreben, durch geeignete Maßnahmen entwickeln und stabilisieren; bestimmte Risiken und Gefährdungen für die je eigene Gesundheit lassen sich auch durch Einzelne minimieren und bestimmte Krankheiten durch geeignete Aktivitäten vermeiden. Weil es, wenn auch begrenzte, Möglichkeiten eigener Vorsorge gibt, gehört es zum ‚Dienst‘ eines öffentlichen Gesundheitswesens an der Verborgenheit von Gesundheit dazu, die Einzelnen mit entsprechenden Informationen auszustatten und deren Umsetzung zu unterstützen. Um ihre Gesundheit in aller Vergessenheit genießen zu können, müssen sich die Einzelnen auch darauf verlassen können, ‚zur rechten Zeit‘ die notwendigen Hinweise darauf zu erhalten, wie sie ihre Gesundheit entwickeln und stabilisieren können. Wie die Unterstützung im Krankheitsfall sind solche Hinweise nur ‚ad personam‘ sinnvoll, müssen also Einzelnen angesichts ihrer besonderen Gesundheitslage, Risiken und Gefährdungen sowie Ressourcen gegeben werden.

Um der notwendigen Verborgenheit der Gesundheit auch in der Vorsorge Rechnung zu tragen, muss Prävention allerdings stärker auf einer strukturellen Ebene, nämlich bei den Arbeits und Lebensbedingungen betrieben und dadurch die Chancen der unter diesen Bedingungen lebenden und arbeiten Menschen auf Gesundheit verbessert werden. Auf dieser Ebene kann das Gut Gesundheit von allen und für alle bewusst betrieben und entsprechende Investitionen getätigt werden, ohne dabei die Einzelnen mit ihrer Gesundheit zu beschäftigen. Zudem werden auf dieser Ebene Investitionen in die Vorsorge, in die Verbesserung der Ressourcen der Einzelnen und in die Minderung von Gesundheitsgefährdungen und -risiken stärkere Wirkung als bei der privaten Vorsorge haben.

6. GÜTERETHIK DER GESUNDHEIT

Die vorgestellte Phänomenologie des Guts Gesundheit bestätigt die Annahme, dass Gesundheit für die meisten, wenn nicht gar alle Menschen ein Gut darstellt. Allerdings bereichert sie diese Annahme durch eine genauere Beschreibung dieses Guts, dass es sich bei Gesundheit um ein zum Kranksein benachbartes, ein unbegriffenes, ein gemeinschaftliches, ein nicht-herstellbares und schließlich ein verborgenes Gut handelt. Dieser Beschreibung zufolge kann das Gut Gesundheit nicht stark intendiert werden, ohne dass es sich dadurch verflüchtigt. Deswegen ist es als Gut nur für die erreichbar, die es *nicht* als ihr hohes, geschweige: höchstes Gut erstreben. Diese Phänomenologie des Guts Gesundheit entscheidet keineswegs die gerechte Ordnung des Gesundheitswesens, ermöglicht jedoch einige belastbare, wenngleich vage normative Orientierungen für diese Ordnung: Dem Gut Gesundheit kann durch ein öffentliches Gesundheitswesen besser entsprochen werden, das die Möglichkeiten, krank zu sein, nicht übermäßig restringiert, die Beteiligten vor uneinlösbaren Verpflichtungen und unhaltbaren Versprechen schützt und die Verborgenheit von Gesundheit fördert.³⁸ Da diese phänomenologisch vorbereiteten Orientierungen keineswegs banal sind, scheint zumindest die Eingangsvermutung bestätigt worden zu sein, dass die politische Aushandlung eines gerechten Gesundheitswesens eine Verständigung über das Gut Gesundheit voraussetzt. Ohne eine Güterethik der Gesundheit kommt man gesundheitspolitisch wohl nicht aus.

Wenn auch die phänomenologisch vorbereiteten Orientierungen vage bleiben, führen sie doch in Opposition zu gesundheitspolitisch hegemonialen Auffassungen: Obgleich ein allgemein intendiertes Gut, ist Gesundheit kein Ernstfall für die Eigenverantwortung. Es ist allerdings auch kein gesellschaftlich zu gewährleistendes Recht für jedermann und jedefrau. Damit alle ihre Gesundheit, die Bedingungsmöglichkeiten, etwas tun und erstreben zu können, gleichermaßen intendieren und verwirklichen können, muss viel mehr das Recht für alle sichergestellt werden, im angestrebten Gesundheitsfall die eigene Gesundheit in aller Vergessenheit ‚nutzen‘ zu können, im Krankheitsfall dagegen krank sein zu können und bestmöglich medizinisch und pflegerisch versorgt zu werden. So wird die Voraussetzung dafür

³⁸ Diese Rechtfertigung eines öffentlichen Gesundheitswesens ist – zugegeben – nicht sonderlich stark, da es auf einer Beschreibung des Guts Gesundheit aus einem Kontext beruht, der bereits durch ein öffentliches Gesundheitssystem geprägt wird. Auch wenn sie dessen Kritiker deshalb nicht überzeugen kann, so mag sie den Befürwortern als Warnung dienen, dem von ihnen gerechtfertigten Gesundheitssystem das Gut Gesundheit nicht ‚auszutreiben‘.

geschaffen, dass das allgemeine Gut Gesundheit im Verborgenen ‚wachsen und gedeihen‘ kann.