

Katharina Westerhorstmann

# Krankheit als Weg zur Gesundung: anthropolo- gische Überlegungen

Disease as a Path to Recovery: Anthropological Reflections

## Zusammenfassung

Krankheit sowie grundsätzlich schweres körperliches Leiden gehören wohl zu den größten und schwierigsten Herausforderungen des menschlichen Lebens überhaupt. Dennoch wird die Frage, ob Krankheit eine positive Bedeutung für das Leben gewinnen kann, in medizinethischem Kontext recht häufig aufgeworfen. Anhand von Beispielen aus dem Leben von Kranken, jedoch vor allem mithilfe anthropologisch-ethischer Überlegungen wird in diesem Beitrag der Frage nachgegangen, ob – bei einem weiter gefassten Begriff vom „Gesund-Sein“ – Krankheit ein Weg sein kann, das Wesentliche im Leben besser zu erkennen und dadurch paradoxerweise als Mensch in der Krankheit zu „gesund“? Der Begriff der „Kontingenz“ soll dazu ebenso ein Ansatzpunkt sein wie das Verstehen des Lebens als „Gabe“. Auch die sozialen Implikationen des Krank-Seins werden vor dem Hintergrund sinnsuchender Annahme reflektiert.

**Schlüsselwörter: Gesundheit, Krankheit, Kontingenz, Leben als Gabe, Coping**

## Abstract

Sickness and severe physical suffering are probably the biggest and most difficult challenges in life. The question of whether sickness and disease can have any positive aspects has been discussed in the context of medical ethics. Using examples from the lives of the sick, this article investigates the broader concept of “well-being” with anthropological and ethical considerations in mind, and considers the question whether disease can be a way to recognize what is important in life – and thereby lead to the paradox of “healing through sickness”? This emerges from the concept of “contingency” and from accepting life as a “gift”. The social implications of sickness can also influence the search for meaning in disease and suffering.

**Keywords: Health, Sickness, Contingency, Life as a Gift, Coping**

PD Dr. Katharina Westerhorstmann  
Moraltheologisches Seminar  
Katholisch-Theologische Fakultät  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
Regina Pacis-Weg 1, D-53113 Bonn  
westerhorstmann@uni-bonn.de

Schaut man nun in bioethische oder allgemein geisteswissenschaftliche Werke der vergangenen Jahre zum Thema „Krankheit“, so stellt man fest, dass zugleich Ausgangs- und Zielpunkt der Überlegungen häufig darin liegt, der Krankheit oder dem Kranksein etwas Positives abzugewinnen.<sup>1</sup> Meist geht es darum, einen Sinn in der Krankheit auszumachen oder auch die anthropologische Grundgegebenheit der Anfälligkeit für Krankheiten herauszuarbeiten, um aufzuzeigen, dass die Möglichkeit, krank zu werden, einfach zum Menschsein dazugehört. Dies scheint auch sinnvoll zu sein, liegt es doch zunächst nicht auf der Hand, im Kranksein einen positiven Wert zu entdecken. Menschen erfahren das Betroffensein von Krankheit normalerweise als eine negative Erfahrung.<sup>2</sup> Als Leiden und Beeinträchtigung des Wohlbefindens, als Einschränkung in der Bewältigung der täglichen Aufgaben oder sogar als regelrechten Angriff auf die eigene physische Integrität.

So bedarf es jeweils zuvor einer intensiven Beschäftigung mit dem Thema und zugleich der persönlichen Auseinandersetzung mit der Krankheitssituation wie auch mit sich selbst, um eine existenzielle Bedeutung bzw. einen Sinn in der Krankheit zu entdecken. Dies kann der Mensch letztlich nur persönlich leisten, wenngleich die Hilfestellung von Angehörigen, Pflegepersonal oder Ärzten durchaus wünschenswert ist bei der Einordnung der Krankheit in das Ganze eines menschlichen Lebens.<sup>3</sup>

In ähnlicher Richtung möchte auch dieser Beitrag der Frage nachgehen, ob Krankheit und Heilsein lediglich als Gegensatzpaar aufeinander bezogen sind, oder ob sich Perspektiven aufzeigen lassen für eine kreative Verbindung zwischen beiden. Die hier vorgelegten Gedanken zielen demnach auf die Beantwortung der Frage, *ob Krankheit unter gewissen Umständen als eine zutiefst menschliche Grenze im Leben angenommen werden und dadurch möglicherweise zu einer „Gesundung“ des Menschen in seiner Ganzheit, als leib-seelisches Wesen, beitragen kann.*

## Die Ambivalenz der persönlich-individuellen Auseinandersetzung

Wenn ein Mensch ernsthaft erkrankt oder auch unter einer chronischen Erkrankung leidet, steht er unmittelbar in der Herausforderung des „Umgangs“ mit dieser Situation. Fraglos kann man versuchen, das Leid, in das man sich hineingestellt sieht, weitgehend zu ignorieren, zumindest so lange, bis die Auseinandersetzung unausweichlich wird. Immer jedoch bedarf es wohl personaler Stärke und Wahrhaftigkeit, sich dem Widerfahren zu stellen, vor allem wenn die Erkrankung kaum noch Hoffnung auf Besserung oder das Überleben zuzulassen scheint. Bei langfristigen oder dauerhaften Erkrankungen, die nicht lebensbedrohlich sind, hat sich der inzwischen weit verbreitete Ansatz des „Coping“ als Bewältigungsstrategie bewährt. Bei chronischen Krankheiten, mit denen ein Patient häufig sein Leben lang konfrontiert sein wird, soll diese Herangehensweise an die eigene Krankheit „eine glückende, positive und nicht nur neutrale Reaktion auf Probleme und Krisen“<sup>4</sup> ermöglichen. Für von Engelhardt eröffnet gerade die Perspektive auf das Ganze des Lebens, unabhängig von Gesundheit und Krankheit als absolut gesetzten Kriterien, eine Chance, trotz und in der Krankheit das eigene Leben als gelungen zu empfinden.

Die Suche nach einem Sinn in der Krankheit ist jedoch dem Patienten selbst aufgegeben und bleibt meist ambivalent. Sie kann nicht als verordnete Krankheitsbewältigung, sei es vom Arzt oder von Angehörigen, verlangt werden oder so weit ausarten, dass sich die erkrankte Person zusätzlich unter Druck gesetzt fühlt, nun dem (zumeist ja verborgenen) positiven Wert der Erkrankung auf den Grund zu gehen. Entsprechend ähnelt die Coping-Strategie zuweilen tatsächlich einer „Tyrannei des gelingenden Lebens“<sup>5</sup> indem sie die Belastung durch die Krankheit noch zu verschärfen droht. „Mit der Forderung nach Sinngebung steht der Umgang mit Krankheit unter einem Erfolgsdruck und Kranken wird aufgebürdet, was kein Gesunder von Krankheit eingestehen würde, nämlich

dass ihr ein Sinn abzugewinnen sei.<sup>6</sup> Aus diesem Grund hob bereits Viktor von Weizsäcker hervor, der „Sinn der Krankheit“ sei „nur vom Kranken aus realisierbar, vom Arzt aus darf er nicht gefordert werden.“<sup>7</sup> Tatsächlich darf einer Banalisierung fremden Leids durch zu schnelle Lösungen des Krankheits-Problems von außen nicht Vorschub geleistet werden.<sup>8</sup> Gleichwohl kann ein Scheitern an der Überforderung durch das Kranksein kein angemessenes Ziel darstellen, das Patienten ernsthaft zu wünschen ist, sodass sensible Hilfestellungen in dieser Hinsicht durchaus angezeigt sein können.

Ogleich erkrankte Menschen in ihren körperlichen und manchmal auch in den seelischen Kräften eingeschränkt sind, können sie darin sogar zu Vorbildern werden. Ein „gelungener“ Umgang mit Krankheit nötigt den Außenstehenden zumeist tiefe Bewunderung ab. Der Schriftsteller Reinhold Schneider beispielsweise galt zum einen als „schwieriger Patient“ und beeindruckte gleichzeitig durch die „geduldige Art, wie er sein Leiden trug“.<sup>9</sup>

Der deutsch-jüdische Philosoph Franz Rosenzweig (1886 – 1929) kann ebenfalls impulsgebend durch seine Art der Auseinandersetzung mit Krankheit sein, da an ihm ablesbar ist, inwiefern der Kranke nicht ausschließlich passiv bleibt im Krankheitsprozess und zum bloßen Objekt wird von Therapie und Behandlung, sondern sich aktiv zu seinem Kranksein verhalten kann. Rosenzweig erkrankt 1921 sechszwanzigjährig an Amyotropher Lateralsklerose (ALS). Fortschreitende Lähmungen aller Muskeln sind die Folge sowie der damit verbundene Verlust der Sprachfähigkeit. Trotz aller Einschränkungen arbeitet Rosenzweig weiter, zunächst noch aus eigener Kraft, später dann mit Hilfe von Schreibkräften und vor allem mit Unterstützung seiner Frau, die es ihm ermöglicht, noch bis kurz vor seinem Tod mit der Außenwelt zu kommunizieren. Dennoch beschreibt Rosenzweig seine Krankheit nicht als ein Leiden, sondern neutral als einen „Zustand“ und in diesem Zustand sei es möglich, nicht nur Leiden zu erfahren, sondern

auch Freuden. „Ein Zustand, in den man allmählich hineingerutscht ist und an den man sich infolgedessen gewöhnt hat, ist kein Leiden, sondern eben ein – Zustand. In dem also Platz für Leiden und Freuden ist, wie in jedem andern“.<sup>10</sup>

Diese Perspektive auf seine Krankheit erlaubte es ihm, trotz der Ausweglosigkeit seiner Lage nicht zu verzweifeln, sondern weiter intensiv zu arbeiten und die Krankheit mit größtmöglicher Gelassenheit zu nehmen.<sup>11</sup> Vor allem erschloss sich ihm etwas Positives an seinem Kranksein: Während einige Menschen sich überfordert abwendeten, fühlten sich andere, mit denen sich zuvor kein Kontakt ergeben hatte, nun zu ihm hingezogen und wollten mit ihm sein, sodass Rosenzweig, inzwischen vollständig gelähmt, bemerkt: „So wird das Leben nicht ärmer. Das ist meine merkwürdigste Erfahrung. Soviel einem genommen wird, soviel wird einem gegeben. Das ist kein Gesetz, man kann nicht vorher damit rechnen, es löst das Herz nicht aus Angst und Hoffnung, aber man hat es erfahren, hinterher ist es ein unendlicher Trost und ein uner-schöpflicher Grund zum Danken.“<sup>12</sup>

### Kontingenz als Teil der „*conditio humana*“

Wenn man grundsätzlicher an die Frage herangeht, wie sich der Mensch Krankheit und Leid stellen kann, so kann die Perspektive auf die „Kontingenz“ einen ersten sinngebenden Horizont eröffnen. Darin, dass der Mensch krank werden, leiden und sogar sterben kann, erkennen von jeher Philosophie und Theologie nicht nur die Folgen eines „Zufalls“, sondern der „Kontingenz“ des menschlichen Lebens. Nach klassischer Definition betrifft die „Kontingenz“ den Bereich des Nicht-Notwendigen (*nec necessarium*) bzw. dessen, was je anders sein könnte (*quod potest aliud esse*), und wird so zur „Variablen“ der Möglichkeit.<sup>13</sup> Kontingenz im menschlichen Leben kennzeichnet demnach alle unvorhergesehenen, nicht-notwendigen Ereignisse wie auch Bedingungen, die vor allem zu Beginn, ebenso existenziell jedoch auch am Ende des Lebens zu finden sind. Dabei handelt es sich um die Unver-

füßbarkeit der Bedingungen und der Ausgestaltung von Situationen, die dem Menschen durch seine Fähigkeit zur Reflexion zum einen aufgeht und zum anderen zugleich aufgegeben ist.<sup>14</sup> Dem Menschen ist bereits durch sein Dasein die Aufgabe gestellt, das, was ihm in seinem Leibsein widerfährt, geistig zu reflektieren und irgendwie für sich fruchtbar zu machen. Dies gelingt jedoch nicht in jedem Fall und wird vor allem dann zur Herausforderung, wenn sich die Grenzen der leiblichen Existenz im Tod unabweichlich aufdrängen.<sup>15</sup>

In seinem Gegebensein als leibseelisches Wesen erlebt der Mensch mithin nicht nur das Leben wie auch alles Ihm-Widerfahrende als kontingent, vielmehr wird ihm seine gesamte Existenz darin zugleich als nicht nur faktisch, sondern eben zugleich als kontingent bewusst. Diese Kontingenzsituation des Daseins selbst wird für den Menschen, wenn er dies zulässt, zur Herausforderung, die sein Selbstverhältnis um die Verantwortung für das eigene Leben als Aufgabe erweitert („Leibsein als Aufgabe“).<sup>16</sup> „Die Kontingenz menschlichen Lebens und deren Erfahrung sowie die Aufgabe ihrer Bewältigung stellen ... eine *anthropologische Konstante* ... dar.“<sup>17</sup>

Dabei ist nicht nur das „Wie“ des Körpers jener zufallsartigen Zuschickung verdankt, sondern zugleich seine unmittelbaren Entstehungsbedingungen hinsichtlich Ort und Zeit und den Umständen der Zeugung. Hannah Arendt beschreibt dieses Faktum treffend als Grunddatum der „Natalität“, das einerseits allgemein zur *conditio humana* gehört und in das andererseits bereits die weiteren Lebensumstände des Handelns und Herstellens bzw. der Arbeit vorgezeichnet sind.<sup>18</sup> Darüber hinaus „umfasst aber die Condition humaine, die menschliche Bedingtheit im Ganzen, mehr als nur die Bedingungen, unter denen den Menschen das Leben auf der Erde gegeben ist. Menschen sind bedingte Wesen“,<sup>19</sup> also wesenhaft kontingent.

Auch die Lebensumstände, Unvorhergesehenes, Katastrophen und Unfälle gehören in den Bereich der Kontingenz und werden vor allem dann

als solche wahrgenommen, wenn sie kein „Happy End“ aufweisen können, also nicht „noch einmal gutgegangen sind“, sondern im Gegenteil Ursache von Schmerz und Leiden wurden.<sup>20</sup>

### **Die moderne Medizin weckt Erwartungen, die eigene Kontingenz überwinden zu können**

Auch die neuen Techniken der modernen Medizin sind nicht geeignet, die menschliche Kontingenz abzuschaffen, sondern entlassen gerade in dem Bemühen, alles Kontingente disponibel und autonom gestaltbar zu machen, aus sich heraus wiederum zugleich neue Kontingenzen, sodass hinsichtlich des „natalitäts- und mortalitätsbezogenen Bereichs“ von einer Dialektik gesprochen werden kann.<sup>21</sup> Es muss als Errungenschaft der modernen Medizin gelten, dass inzwischen viele Krankheiten tatsächlich „heilbar“ bzw. (z. B. durch Impfung oder Prävention) vermeidbar sind und so auch ihre Lebensbedrohlichkeit verloren haben. Gleichzeitig kann die Motivation, die hinter dem enormen Forschungserfolg der Wissenschaft steht, Bedenken wecken. So wird doch häufig versucht, den Eindruck zu erwecken, die gänzliche Befreiung des Menschen von Leid sei nur eine Frage der Zeit (oder auch der Gelder, die für Forschung zur Verfügung gestellt werden). Es muss hinsichtlich der modernen Medizin daher konstatiert werden, dass hier zuweilen unterschwellig der maßlose Anspruch erhoben wird, die menschliche Kontingenz, die Endlichkeit, lediglich als ein physisches Übel behandeln und so eines Tages womöglich sogar aus der Welt schaffen zu können.<sup>22</sup>

„Es liegt an der Wissenschaft, die Behebbarkeit eines Leidens in Aussicht zu stellen, und im Handumdrehen wird es zum Skandal, zum ‚sinnlosen Leiden‘, dessen Beseitigung um der Menschenwürde das ethisch Gebotene ist. Diese philanthropische Heuchelei leistet der Maßlosigkeit des Bemächtigungstrebens Vorschub.“<sup>23</sup>

Inzwischen ist es gelungen, einen Großteil der Unsicherheiten des Lebens, die als negativ, ja lebensbedrohlich erfahren wurden, durch entsprechende Vorsorge oder Therapie in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig ist es trotz großer An-

strebungen bislang nicht gelungen, die „insecuritas humana“<sup>24</sup> als Grundgegebenheit menschlicher Existenz zu überwinden. Entsprechend diagnostiziert Gethmann für unsere Zeit: „Hinter den Hoffnungen und Visionen, die die Anstrengungen zur Überwindung von Krankheiten leiten, steht oft mehr oder weniger explizit die Vorstellung von einem menschlichen Leben ohne die Not, Kontingenzerfahrungen überhaupt aushalten und verarbeiten zu müssen.“<sup>25</sup>

Unbewusst scheint es also vielen nicht nur darum zu gehen, Linderung in konkretem Leid zu erfahren, sondern das Betroffensein von dem Vorzeichen der Mortalität letztlich grundsätzlich aus der menschlichen Erfahrung zu eliminieren. So wird „die Überwindung des Todes oder zumindest sein möglichst langes Hinausschieben ... zum Ziel medizinisch-technischen Handelns.“<sup>26</sup> Auch das gesellschaftliche Klima scheint mehr und mehr durch die Perspektive der Machbarkeit geprägt zu sein, wodurch beispielsweise der Geschenkcharakter des menschlichen Lebens grundsätzlich aus dem Blick zu geraten droht.<sup>27</sup>

So zeigt sich gegenwärtig eine gewisse Kontingenzverdrängung.<sup>28</sup> Der Kontingenzgedanke macht unmissverständlich deutlich, dass es sich beim *malum physicum*, zu dem Krankheit, aber auch der Tod gehört, letztlich um das *malum metaphysicum* (Leibniz) handelt, die menschliche Grundgegebenheit der Unvollkommenheit und Begrenztheit.

Hier sei nun gefragt, ob die gegenwärtige Tendenz, Krankheit und Leid aus dem menschlichen Leben möglichst zu verbannen, um leidfrei und immer länger leben zu können, einen positiv-kreativen Umgang mit Krankheit, Leid und Tod möglicherweise verhindert und so das positive Potenzial von Kontingenzerfahrung übersehen lässt.

### Der Wunsch, ohne Leid zu leben

Die Vorstellung, eines Tages werde der Mensch vollständig Macht, nicht nur über die Natur, sondern auch über seinen Körper gewonnen haben, erscheint auf den ersten Blick übertrieben. Bei

genauerem Hinsehen jedoch zeigen aktuelle Entwicklungen auf dem medizinischen „Markt“, dass es letztlich offenbar doch um die Erreichung jenes bereits genannten Zieles geht, bei dem der Mensch sein Leben und seine Umwelt so weit im Griff hat, dass sein Leben nicht mehr von äußeren Einflüssen, sondern nur noch von seinem Willen und seinen Lebensentwürfen abhängt.

Besonders deutlich zeigt sich die Diskrepanz zwischen dem Wunsch, das eigene Leben im Griff zu haben, und der Erfahrung der tatsächlichen Gegebenheiten am Anfang und schließlich vor allem auch am Ende des Lebens. Auch hier wird sowohl bei der künstlichen Empfängnisverhütung und Befruchtung wie auch bei den zum Teil überzogenen Erwartungen an ein geregeltes Sterben mit Hilfe einer gut formulierten Patientenverfügung offenkundig versucht, die Umstände von Geburt und Tod möglichst weitgehend zu regeln und Unvorhergesehenes zu vermeiden. Neue technische Möglichkeiten werden häufig lediglich auf Chancen und Risiken hinsichtlich ihres Gebrauchs untersucht, nicht jedoch auf den Wandel des Menschenbildes und des menschlichen Selbstverständnisses, der mit der Entwicklung biomedizinischer Techniken gleichzeitig einhergeht.<sup>29</sup> Dies ist beispielsweise im Hinblick auf die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik und damit häufig verbundenen Selektion durch PID sowie vor allem durch den neuen Bluttest für Trisomie 21 zu beobachten. Wie ein Symptom verrät es den dahinterliegenden Wunsch, nicht nur Leid (das eigene oder das des Kindes) vermeiden, sondern das Leben in seiner mangelnden Eindeutigkeit „korrigieren“ zu wollen, dem Einzelnen mehr „Planungssicherheit“ für die unsicheren Momente des Lebens zu ermöglichen und so das Unerwartete, Zugemutete unter Umständen auch abweisen zu können.<sup>30</sup>

### Die Antwort auf die Kontingenz: Das Sein als Gabe verstehen

Trotz aller Bedrohtheit und Fragilität des menschlichen Lebens wird es dem Menschen als

Geschenk anvertraut, das von einem Anderen herkommt. Ob der je einzelne Mensch sich und sein Leben in den schicksalhaften Erfahrungen am Lebensanfang und -ende nun konkret als eine Gabe versteht, oder seine Lebensumstände als Zumutung empfindet, hängt dann fundamental vom Verständnis des Menschseins ab. Das Verständnis des Seins als „Gabe“ findet sich vor allem in der Philosophie und Theologie des 20. Jahrhunderts und ist inspiriert von der dialogischen Philosophie.<sup>31</sup> Der grundlegende Gedanke, dass dem Menschen sein Leben anvertraut wird als Gabe und Aufgabe, kann zugleich das Verstehen der Gabe als grundsätzliche anthropologische Konstante implizieren: dass nämlich zum einen erst im Empfangen der Gabe der Mensch zu sich selbst kommt und eigenes Sein „ausbildet“ (Gabe demnach ontologisch zu verstehen ist), dass zum anderen die Gabe einen personalen (dialogischen) Gehalt aufweist, die Geber und Beschenkten miteinander verbindet.<sup>32</sup> „Weil also der Mensch Zielgestalt des Ereignisses der Seinsschenkung ist, und weil es ihm zugleich selbst aufgegeben ist, zu subsistieren, d. h. personal die ontologische Differenz zu vollziehen, deshalb kommt nun alles darauf an, *wie* er das Sein interpretiert, d. h. *wie* er darin sich selbst erfährt und empfängt und so als Freiheit lebt.“<sup>33</sup>

Dies ermöglicht, auch Kontingentes im Leben phänomenologisch als Gabe zu verstehen und ein „Ja zum Leben“<sup>34</sup> zu sprechen. Zum Empfang der Gabe bedarf es beim Menschen der aktiven Zustimmung zum (passiven) Entgegennehmen, das das Vertrauen in die Gutheit des Gegebenen voraussetzt.<sup>35</sup> Die Frage nach dem Geber der Gabe bleibt zentral, da sich ansonsten alle kontingenten Einzelgaben nicht in einen Gesamtsinn fassen lassen. Ein solcher „Gesamtsinn“ für das gegebene Sein wird dem Menschen jedoch zumeist erst im Glauben oder durch einen vertrauensvollen „Sprung“ von der „Existenz zur Transzendenz“ (Ricoeur), d. h. auf den (ganz) Anderen hin, zugänglich.<sup>36</sup> Grundsätzlich geht es in der Erkenntnis des eigenen Lebens als einer Gabe vor allem um Selbstbe-

scheidung und Anerkenntnis des Größeren, dem man hinsichtlich eines Gesamtsinns vertraut. Der Schöpfer als unendliches und vollkommenes Sein setzt anderes Sein ins Dasein und gibt ihm darin einen begrenzten Anteil an seiner Seinsfülle. Das eigene Leben als unverdientes Geschenk anzuerkennen und damit die Verantwortung für ein den Möglichkeiten angemessenes gutes Leben zu übernehmen, entlastet das Individuum einerseits und stellt es andererseits in den größeren Rahmen der Wirklichkeit als Ganzer hinein.

Entweder also weiß sich der Mensch bereits im Glauben in Relation zu seinem Schöpfer oder aber es bedarf des Sich-Einlassens auf ein personal-göttliches Gegenüber. Dieser Sprung in die „Geschöpflichkeit“ bringe Willentliches und Unwillentliches, Erstrebt und Gegebenes an der „Gabe“ des Seins zur Abhebung und lasse sie (dankbar) als „Aufgabe“ und Antwort auf einen Ruf erkennen.<sup>37</sup> Somit kann der phänomenologische Ansatz am „Sein als Gabe“ geeignet sein, die einseitige Subjektorientiertheit der Moderne ins Gleichgewicht zu bringen. Das Sein nicht nur grundsätzlich als Gabe zu verstehen, sondern letztlich auch den Tod wirklich anzunehmen, kann jedoch wohl nur mit dem Ausblick der Hoffnung auf ein kommendes, besseres Leben oder in der Hingabe für das Leben eines Anderen gelingen.<sup>38</sup>

### Sein als Gabe: Ein theologischer Zugang?

Das Sein als „Gabe“ zu verstehen setzt nicht nur voraus, dass der Mensch sich selbst das Leben nicht zu geben weiß, sondern dass es jeweils einen Anderen gibt, der Geber jener Gabe des Lebens ist.<sup>39</sup> Der Versuch, der Gabe habhaft zu werden, sie für sich auszuschöpfen und zu beherrschen, muss daher misslingen.<sup>40</sup> Der theologische Zugang erlaubt eine Bewältigung von Krankheit, die über den anthropologischen Ansatz hinausreicht. Erst in der Beziehung zu Gott als der Seinsfülle kann dem Menschen die Sinnhaftigkeit des Daseins als solche vollständig aufgehen. So ergibt sich schon im Alten Testament „durch die Bemühung des Glaubens Israels, mit den Lebensminderungen in Leid und

Tod ins Reine zu kommen, eine neue Möglichkeit vor dem Hintergrund dieser Beziehung zu Gott, *auch dem Leid und dem Tod einen Sinn zu geben*, dessen Horizont nicht einfach identisch ist mit den Grenzen des Lebens diesseits der Todesgrenze.<sup>41</sup>

Ebenfalls nach alttestamentlichem Zeugnis hat der Gott Israels Mit-Leid mit den Menschen,<sup>42</sup> sodass der verheißene Messias zugleich ein Leidender ist, der sich mit jedem einzelnen Menschen solidarisiert. „Er hat unsere Krankheit getragen und unsere Schmerzen auf sich geladen.“<sup>43</sup> Im Christentum begegnet dem Menschen dann im Messias der menschengewordene Gott, der „selbst dieses Leiden auf sich genommen hat.“<sup>44</sup> Dadurch, dass Gott in Christus die Kontingenz bis zur letzten Konsequenz auf sich nahm – bis in den Tod – verändert sich für den Gläubigen auch die eigene Erfahrung von Krankheit und Leid.<sup>45</sup> Da sich Gott als die Liebe selbst offenbart und die Menschen zur ewigen Gemeinschaft mit sich einlädt,<sup>46</sup> wird – in der Auferstehung des Sohnes – schließlich dem Tod der letzte Schrecken genommen. Der unheilbar erkrankte bzw. sterbende Mensch kann sich in seiner Fragilität und Begrenztheit dem unendlichen Gott anvertrauen und so, in Krankheit und bevorstehendem Tod, Trost finden durch das Leiden Christi, den Glauben an einen letzten Sinn des Daseins und die Hoffnung auf eine unzerstörbare Zukunft bei Gott.<sup>47</sup> Nach Fraling bedeutet dies konkret: „Wo menschliches Leben an seine Grenzen stößt, eröffnen sich für den Glaubenden nach und nach die *Chancen eines Überstiegs*: ... einer Hoffnung auf die Zukunft.“<sup>48</sup> Der Christ darf sich in seiner Leiderfahrung zugleich in Gemeinschaft mit dem gekreuzigten Christus wissen und erhält seinerseits Anteil am erlösenden Leiden seines Herrn.<sup>49</sup> In seiner zweiten Enzyklika „Spe salvi“ bringt Benedikt XVI. diesen Zusammenhang eindrücklich auf den Punkt: „Nicht die Vermeidung des Leidens, nicht die Flucht vor dem Leiden heilt den Menschen, sondern die Fähigkeit, das Leiden anzunehmen und in ihm zu reifen, in ihm Sinn zu finden durch die Vereinigung mit Christus, der

mit unendlicher Liebe gelitten hat.“<sup>50</sup> Für Reinhold Schneider wurde deshalb die Krankheit zur Erfahrung der konkreten Zuwendung und Fürsorge Gottes. „Am Kranken soll die Herrlichkeit Gottes offenbar werden: das Wunder, das er an ihm tut. Krankheit ist die Heimsuchung der Gnade.“<sup>51</sup>

Dieser Gedanke ist ohne den Glauben an einen personalen und liebenden Gott schwer nachvollziehbar. Jedoch lässt sich dem Nichtglaubenden auch dann die Möglichkeit eines dem Wesen des Menschen gemäßen Umgangs mit Krankheit und Leid vor dem Hintergrund des Seins als einer Gabe eröffnen, wenn die Frage nach dem Geber der Gabe letztlich unbeantwortet bleibt. Konstruktive Anstöße aus der Theologie bieten durchaus eine Bereicherung auch für ein modernes philosophisches Menschenbild: „Aus der Gottesebenbildlichkeit wird dabei die Idee eines göttlichen Wesenskerns eines jeden Menschen: seiner unsterblichen Seele. Aus der Gotteskindschaft wird die Idee, dass unser Leben eine Gabe sei, aus welcher wie bei jeder Gabe Verpflichtungen folgen, die unsere Verfügung über uns selbst einschränken. Dabei ist natürlich auch die Seele als Gabe gedacht; sie wird vom Menschen nicht erworben, sondern von Gott geschaffen und dem Menschen ‚eingehaucht‘.“<sup>52</sup> Dieser Ansatz ermöglicht somit eine „Neuartikulation dieser Idee [der Gabe] für alle, Gläubige wie Ungläubige.“<sup>53</sup>

### **Sich als leiblich verfasst verstehen**

Zuweilen wird die Leiblichkeit als solche erst dann zum Gegenstand der persönlichen Auseinandersetzung, wenn sie durch Beschwerden gewissermaßen auf sich aufmerksam macht. „Krankheit und Behinderung sind die Widerfahrnisse, die einen unausweichlich mit dem Faktum Leib zu sein konfrontieren. Sie sind es, die uns darauf stoßen, dass unsere Weise zu sein heißt leiblich zu existieren.“<sup>54</sup> Gadamer nennt dies die „Verborgenheit der Gesundheit“, die erst in dem Moment bewusst werde, wenn sie fehle.<sup>55</sup> Ansonsten findet sich der Mensch in seiner Natur, wenn auch unreflektiert, immer bereits in einem Leib vor.

So bedeutet das Krankwerden sowie das Leiden daran zum einen, sich bewusst zu werden, als leiblich verfasste Person der unausweichlichen Tatsache, dass es Krankheit gibt, ins Auge sehen zu müssen. Zum anderen bedeutet es, konfrontiert zu werden mit einem „wichtigen Anstoß, sich der eigenen Leiblichkeit, Schwäche, Bedürftigkeit, Endlichkeit bewusst zu werden.“<sup>56</sup> So kann Krankheit vom Menschen zum Anlass genommen werden, den tieferen Fragen des Menschseins auf den Grund zu gehen „und bildet damit vielleicht sogar einen der wesentlichen Ursprünge des philosophischen Denkens überhaupt.“<sup>57</sup>

### **Was es heißt, ein Mensch zu sein: Krankheit als Weg zur „Gesundung“ als Mensch**

Dass eine Krankheit jedoch selbst ein Weg zur „Heilung“ sein kann, liegt auf den ersten Blick nicht unbedingt nahe. Eine direkte Kausalität, in dem Sinne, dass die eine Krankheit die andere überlagert und somit faktisch zu deren „Heilung“ führt, kommt wohl nur in den seltensten Fällen vor. Wenn Krankheit tatsächlich eine Art der Heilung ermöglicht, so geschieht dies zumeist nicht direkt im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Verhältnisses, sodass „durch“ diese Krankheit Heilung direkt hervorgerufen wurde. Jedoch besteht manchmal durchaus eine kausale, mittelbare Beziehung zwischen Krankheit und Heilung, in der eine konkrete Erkrankung zur Bedingung der Möglichkeit einer Genesung oder sogar Heilung wird.<sup>58</sup>

Wenn es darum geht, aufzuzeigen, dass Kranksein manchmal eine Funktion innerhalb eines größeren, umfassenden Gesundungsprozesses des Menschen zukommt, soll vorab kurz erläutert werden, inwiefern Erkrankungen oder Verletzungen unter Umständen dazu beitragen können, weitere Erkrankungen zu vermeiden. Anschließend werden wir dem Sinnpotenzial des Krankseins und Krankwerdens intensiver nachgehen, wengleich hier nur erste Anstöße gegeben werden können.

### **Krankheit und deren Behandlung ermöglicht Zufallsfund und positive Nebenwirkungen**

- a) Wenn Patienten wegen auftretender Beschwerden einen Arzt aufsuchen, kommt es vor, dass im Rahmen der Diagnostik plötzlich eine weitere Erkrankung entdeckt wird, deren Existenz bislang sowohl dem behandelnden Arzt als auch dem Patienten selbst nicht bekannt war. Ein solcher „Zufallsfund“, oft zu einem verhältnismäßig frühen Zeitpunkt, an dem die Erkrankung bei dem Patienten noch keine gesonderten Beschwerden hervorgerufen hat, kann harmlos sein, eröffnet zuweilen jedoch auch Perspektiven für einen besonders günstigen Verlauf der Therapie und die damit zusammenhängenden Heilungschancen. Wenn zum Beispiel die ärztliche Untersuchung aus Anlass einer akuten Gastritis zugleich die Erkenntnis eines Tumors zu Tage fördert, bietet diese Erkenntnis die Möglichkeit, nicht nur die Magenschleimhautentzündung, sondern zugleich die Krebserkrankung möglicherweise rechtzeitig zu behandeln. Somit haben in einem solchen Fall die Beschwerden bzw. die Erkrankung selbst mittelbar im Sinne eines positiven Mitnahmeeffekts Einfluss auf die Heilungschancen.
- b) Ein ähnliches Phänomen liegt vor – und dies führt uns einen Schritt weiter in unserer Argumentation – wenn eine Verletzung bzw. deren Therapie eine bereits vorhandene oder sich anbahnende Erkrankung offenbart und den Ausbruch verhindern oder sogar wesentlich zur Heilung der zweiten Erkrankung beitragen kann. Wenn z. B. nach einer Außenbandruptur, einem Bänderabriss, den sich der Patient oder die Patientin beim Joggen zugezogen hat, einige Zeit der Ruhe und der eingeschränkten Mobilität verordnet wird, kann es sein, dass dadurch nicht nur die Bänderverletzung kuriert wird, sondern zugleich ein bislang nicht realisiertes, beginnendes Burnout-Syndrom noch rechtzeitig abgewendet werden kann. Die durch die Verletzung



notwendig gewordene Erholung kann geeignet sein, einen Erschöpfungszustand für eine Weile zu lindern und das Empfinden zu schärfen für das Bedürfnis nach angemessenen Ausgleichs- und Rekreationsphasen.

### **Die Krankheit nutzen, um Prioritäten und die eigene Zeitlichkeit zu überdenken**

Die eigentliche hier angestrebte Überlegung zielt jedoch auf einen weitergehenden Aspekt des individuellen Umgangs mit Krankheit und dessen Folgen. Wenn sich ein Mensch durch eine akute ernsthafte Erkrankung wie einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt plötzlich aus dem Berufsleben herausgerissen sieht und möglicherweise nicht nur einige Wochen, sondern viele Monate der Rehabilitation und Rekonvaleszenz bedarf, kann das Hineingestellt-Sein in eine derart herausfordernde neue Lebenssituation ganz neue Perspektiven für die Lebensgestaltung eröffnen. Beispielsweise wird zuweilen ein in Berufs- oder Privatleben verwirklichter Perfektionismus korrigiert und das Leben fortan nicht mehr nach Leistungs- oder Erfolgskriterien beurteilt. Dass solche Umorientierung während einer Krankheit gelingen kann, dazu bedarf es verschiedener Faktoren, wie der grundsätzlichen Bereitschaft, die Zeit der Krankheit nicht als „Totalausfall“ zu betrachten und eigene Grenzen zu akzeptieren. Jedoch benötigt nicht nur der Erkrankte eine Offenheit gegenüber dem, was das Leben auch an Einschränkungen physischer Art mit sich bringt. Die familiäre Umgebung, der Arbeitgeber, schlicht die Gesellschaft als Ganze kann dem Menschen und seinem Wohl nur gerecht werden, wenn die Grenzen des Einzelnen auch dort geachtet werden. Das System der ausgleichenden, auf Solidarität basierenden Krankenversicherung entspricht – zumindest konzeptuell – dem Anspruch an die Gesellschaft, dass die Starken und Unabhängigen die Schwachen und Benachteiligten unterstützen. Dass dennoch zukünftig eine vertiefte Reflexion über das Menschen- und Gesellschaftsbild notwendig sein wird, lässt sich kaum bestreiten.

Ähnlich wie das Alter dem Menschen eine Verlangsamung der Abläufe abnötigt und die Mobilität einschränkt, zwingt auch die Krankheit den Menschen häufig zu einem langsameren Lebenswandel. Aber auch die ständige Beschleunigung ist nicht automatisch ein Kennzeichen von Gesundheit, sondern trägt durchaus krankmachende Züge, so dass viele Menschen in den westlichen Gesellschaften unter diversen physischen Symptomen leiden, die der ständigen Zeitknappheit, dem Übermaß an Arbeit und dem Raubbau an den eigenen Kräften geschuldet sind. „Mehr Zeit für das Wesentliche“ im Sinne eines ausgeklügelten Zeitmanagements empfiehlt ein Ratgeber ganz lapidar sowie in allen Bereichen „Entschleunigung“.<sup>59</sup> Dies ist vor allem im Umgang mit älteren Menschen von großer Bedeutung, da diese zumeist Hilfe brauchen, ihre Situation sowie das ambivalente Zeitempfinden anzunehmen: Einerseits vergeht die Zeit im Alter gefühlt noch schneller als vorher. Gleichzeitig nehmen die eigene Bewegungsfähigkeit und die Lebenszeit faktisch ab; auch die Mobilität schwindet. Das Modewort von der „Entschleunigung“ trifft somit sowohl das Faktum (für Menschen mit Einschränkungen) wie auch die Notwendigkeit, in einer Gesellschaft, die primär auf Arbeit, Leistung und Erfolg ausgerichtet ist, „Räume“ personaler Entfaltung zu wahren, sich Zeit zu nehmen für Beziehungen, kulturelle Angebote und nicht verzweckte Naturerfahrung.

Ein entschleunigtes Leben, wenngleich es für die Person oder ihr Umfeld eine Herausforderung darstellen mag, ermöglicht daher in signifikanter Weise, sich tatsächlich dem Wesentlichen und den großen Fragen des Lebens neu zuzuwenden. Vertiefte Begegnung zwischen Kranken und gegenwärtig Nichtkranken, zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen (Inklusion) werden zudem vereinfacht möglich auf der Grundlage eines gemeinsamen sozialen Fundamentes, sodass nicht mehr die ausgeschlossen sind, die mit der Geschwindigkeit in Arbeits- und Erwerbsleben nicht mithalten können.

## Krankheit als „Motor“ für Solidarität und Vermenschlichung der Gesellschaft

Die wachsende Individualisierung der Menschen, die in politischen Debatten zumeist als „Autonomie“ thematisiert und positiv gewertet wird, geht häufig zugleich mit Isolation und Vereinsamung einher. Dass der Mensch als Subjekt seiner Entscheidungen und Wünsche sich nicht selbst genügt, erfährt er zuweilen erst in Erfahrungen von Einschränkung, Behinderung oder Krankheit. Darin erschließt sich die Relevanz persönlicher Beziehungen, sodass Kranksein im besten Fall auch eine soziale Herausforderung bedeutet.

Sich in Zeiten der Krankheit in eingeschränkter Mobilität oder verminderter geistiger Aufnahmefähigkeit wiederzufinden, kann daher nicht nur schmerzhaft für die Person selbst sein, es kann ihr gleichzeitig die Sinne schärfen für die Situation und Verfassung anderer Kranker wie auch Behinderter.<sup>60</sup> Die normale Erfahrung fremden Leids bleibt doch eher äußerlich und führt selbst bei echtem Engagement nur sehr eingeschränkt zu einem Nachempfinden dessen, was dem kranken, behinderten oder schlicht dem alten Menschen widerfährt.<sup>61</sup> Die Bedürfnisse von Menschen in einem durch Krankheit, Behinderung oder Alter beeinträchtigten Allgemeinzustand werden für den selbst erkrankten Einzelnen plötzlich plausibel, wenngleich die Unterschiedlichkeit der individuellen Wahrnehmung immer noch eine Grenze des Nachempfindens darstellt.

Auf diese Weise kann eine als Teil des menschlichen Lebens akzeptierte Krankheit den Blick für die Bedürfnisse und die Gegebenheiten des Lebens derer eröffnen, die nicht in derselben Weise an gesellschaftlichen Angeboten partizipieren können wie gesunde Menschen. Es bedarf daher der Anstrengung, das Verstehen zu fördern und die Gesellschaft durch wachsende Sensibilität für die Benachteiligten zu vermenschlichen. Nicht nur die Kranken brauchen Gesunde an ihrer Seite, die sie unterstützen, auch die Gesunden bedürfen der Kranken, sodass es sich tatsächlich um Gegen-

seitigkeit und ein Miteinander handelt und nicht ausschließlich um ein Füreinander des (gesunden) Einen für den (kranken) Anderen. Auch die Gesellschaft als Ganze kann auf die Kranken, Alten und mit einer Behinderung Lebenden und ihren Beitrag nicht verzichten, um das Menschliche nicht aufs Spiel zu setzen, sondern zu wahren und gleichzeitig die Erinnerung an spezifische Bedürfnisse und Unterstützungsnotwendigkeiten wachzuhalten.

*„Welches Maß an Solidarität eine Gesellschaft den Schwächsten ihrer Mitglieder entgegenbringt, ist das entscheidende Maß für ihre Menschlichkeit. Nicht von Gendefekten, sondern von moralischen Defekten, zu denen die Entleerung des Solidaritätsbegriffes gehört, gehen die wirklichen Gefahren aus. Was wir brauchen, ist nicht eine ‚Anthropotechnologie‘, sondern die Erneuerung einer Kultur der Solidarität.“<sup>62</sup>*

Ein in diesem Sinne positiv-kreativer Umgang mit der widerfahrenen, zeitlich begrenzten Krankheit oder Behinderung kann somit – verstanden als menschliche Grundeinstellung – zu einem Mehr an Solidarität beitragen. Gelänge es, das Verständnis für die Verletzlichkeit und Anfälligkeit des Menschen zu fördern, könnte dies zu einem geistigen „Klimawandel“ beitragen, in dem Krankheit nicht nur als „Fluch“, sondern zugleich als Hilfestellung für ein unverzichtbares Solidaritätsempfinden gedeutet wird.

## Resümee

Krankheit kann niemanden heilen und es ist bislang wohl niemandem gelungen, „Leiden im Ganzen zu verstehen.“<sup>63</sup> Und dennoch ließ sich ein eigentümlicher Zusammenhang aufzeigen zwischen Krankheitserfahrung und dem, was dem Menschen darin und dadurch zuteil werden kann. Sich dem Wesentlichen des Lebens zuzuwenden, über das Menschsein als solches nachzudenken, den Wert von Solidarität und zwischenmenschlichen Beziehungen zu erkennen und auch den metaphysischen Gegebenheiten des Lebens nachzuspüren, dazu fordert das Hineingeworfen-Sein in Krankheit und Leid heraus. Das Leben selbst zeigt sich

in dieser Dialektik von Sehnsucht nach gesicherter Existenz einerseits und der Notwendigkeit des Auf-dem-Weg-Bleibens andererseits, sodass Krankheit zuweilen zum Katalysator echter Selbstfindung als Mensch werden kann. „So darf man doch vielleicht mit ... Recht sagen, dass derselbe sein Glück suchende Mensch unter Umständen auch wieder den schützenden Kreis der alltäglichen Geborgenheit durchbrechen muss, um sich dem Wagnis der äußeren Ungeborgenheit auszusetzen.“<sup>64</sup> Für die Gesunden bedeutet dies zugleich die Notwendigkeit, eine Sensibilität für die Bedürfnisse von Menschen in Krankheit zu entwickeln, Solidarität und Mitmenschlichkeit auszubilden und den Wert eines menschlichen Lebens nicht vorschnell von seinem Mangel an Gesundsein her zu bestimmen.

Selbst wenn dem Kranken die Kraft zur geistigen Reflexion seiner Situation fehlen mag, bleibt dem Menschen das ursprüngliche Empfinden einer Sehnsucht nach Sinn und Antwort. Eine einfache Lösung für die große Frage nach dem Leid, nach dem Sinn von Krankheit und Schmerz zu geben, konnte fraglos nicht das Ziel der Überlegungen sein. Gleichwohl wurde vielleicht deutlich, dass sich Perspektiven aufzeigen lassen, für einen „gelingenen“, Sinn-vollen Umgang mit Krankheit, der zu einer Gesundung des Menschen als Mensch beizutragen und der Gesellschaft ein menschlicheres „Gesicht“ zu geben vermag.

## Referenzen

- 1 vgl. Körtner U. H. J., *Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen*, Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen (2010), S. 132  
Engelhardt D. v., *Mit der Krankheit leben: Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur des Patienten*, Fischer, Heidelberg (1986)  
Akashe-Böhme F., Böhme G., *Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen*, Beck, München (2005)  
Thomas G., Karle I. (Hrsg.), *Krankheitsdeutung in post-säkularer Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Kohlhammer, Stuttgart (2009)
- 2 vgl. Böhme G., *Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht*, Die Graue Edition, Zug (2003),

S. 235

- 3 vgl. Weizsäcker V. v., *Stücke einer medizinischen Anthropologie*, in: Ders., *Gesammelte Schriften* 5, Suhrkamp, Frankfurt (1987), S. 7-66, hier S. 66. Für List bedeutet dies zugleich „ein Stück Arbeit am eigenen Selbst“. List E., *Behinderung als Kontingenzerfahrung*, in: Fürst G., Mieth D. (Hrsg.), *Entgrenzung des Menschseins? Die christliche Antwort auf die Perfektionierung des Menschen*, Schöningh, Paderborn (2012), S. 105-113, hier S. 112
- 4 Engelhardt D. v., siehe Ref. 1, S. 9
- 5 Schneider-Flume G., *Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens*, 3. Auflage, Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen (2008)
- 6 ebd., S. 97
- 7 Weizsäcker V. v., siehe Ref. 3, S. 66. Viktor von Weizsäcker (1886 - 1957) war Mediziner und Begründer der „medizinischen Anthropologie“.
- 8 vgl. Gronemeyer M., *Das Leben als letzte Gelegenheit. Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit*, WBG, Darmstadt (2008), S. 69. Dies gilt nach Schockenhoff besonders für die religiöse Reflexion von Krankheit, die nur vom Kranken selbst geleistet werden könne. Vgl. Schockenhoff E., *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Herder, Freiburg u. a. (2009), S. 339
- 9 Ryssel F. H., *Große Kranke*, Kreuz-Verlag, Stuttgart/Berlin (1974), S. 84-85
- 10 Rosenzweig F., *Der Mensch und sein Werk. Briefe und Tagebücher*, *Gesammelte Schriften* I,2, Bd. 2, 1918-1929, hrsg. Rosenzweig R., Rosenzweig-Scheinmann E. u. Mitw. v. Casper B., Martijnus, Haag (1979), S. 1187 f.
- 11 „Wenn ich nichts arbeiten würde, würde ich mich einfach grässlich mopsen.“ Ebd., S. 1128. Vgl. dazu ebd., S. 1187
- 12 ebd., S. 1129; vgl. zum Umgang Rosenzweigs mit seiner lebensbedrohlichen Erkrankung ebenfalls: Benzenhöfer U., *Ärztliche Wahrheit, patientliche Wahrheit. Franz Rosenzweig, seine Krankheit und seine Ärzte (unter besonderer Berücksichtigung von Richard Koch und Viktor von Weizsäcker)*, Klemm & Oelschläger, Münster (2006) sowie Töpfer F., Wiesing U., *Richard Koch und Franz Rosenzweig. Schriften und Briefe zu Krankheit, Sterben und Tod*, Agenda, Münster (2000)
- 13 vgl. Anzenbacher A., *Aufhebung der Kontingenz? Implizite religiöse und anthropologische Leitideen der bioethischen Diskussion*, in: Hoppe Th. (Hrsg.), *Körperlichkeit - Identität. Begegnungen in Leiblichkeit*, Herder, Freiburg (2008), S. 17-31, hier S. 17. Inzwischen jedoch meint „Kontingenz“ im ethischen Diskurs ebenfalls den Gesamtkomplex gesteigerter Wahlmöglichkeiten im menschlichen Leben, der häufig nicht nur als Berei-

- cherung, sondern auch sogar als „überfordernder Zwang, frei zu sein, erlebt wird“. Joas H., *Glaube und Moral im Zeitalter der Kontingenz*, in: Lob-Hüdepohl A. (Hrsg.), *Ethik im Konflikt der Überzeugungen*, Universitätsverlag, Fribourg / Herder, Freiburg (2004), S. 11-24 (Studien zur theologischen Ethik), hier S. 11. Vgl. dazu auch den aktuellen Beitrag von Hans Joas zum „Zeitalter der Kontingenz“, in: Joas H., *Das Zeitalter der Kontingenz*, in: Ders., *Glaube als Option. Zukunftsmöglichkeiten des Christentums*, Freiburg u. a., Herder (2012), S. 106 – 128
- 14 vgl. Lübke H., *Religion nach der Aufklärung*, 3. Auflage, Fink, München, (2004), S. 127-218; Rapp F., *Destruktive Freiheit. Ein Plädoyer gegen die Maßlosigkeit der modernen Welt*, LIT, Münster (2003), S. 177-186
- 15 vgl. Brantl J., *Entscheidung durch Unterscheidung. Existenzialethik als inneres Moment einer medizinischen Ethik in christlicher Perspektive*, LIT, Münster 2007 (Studien der Moraltheologie), S. 237
- 16 vgl. Böhme G., siehe Ref. 2, S. 211
- 17 Gethmann C. F. et al. (Hrsg.), *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Akademie Verlag, Berlin (2005), S. 14
- 18 vgl. Arendt H., *Vita Activa oder Vom tätigen Leben*, Piper, München/Zürich (2003), S. 18. Gleichzeitig betont Arendt, eine Verabsolutierung dieses Theorems führe ebenfalls in eine Sackgasse. „Andererseits können die Bedingungen menschlicher Existenz – das Leben selbst und die Erde, Natalität und Mortalität ... – niemals »den Menschen« erklären oder Antwort auf die Frage geben, was und wer wir sind, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil keine von ihnen absolut bedingt.“, ebd., S. 21
- 19 ebd., S. 18
- 20 Interessanterweise führt die Erfahrung positiver Kontingenz z. B. der *fortuna*, im Lotto zu gewinnen oder mit Hilfe eines glücklichen Zufalls zu einer verbesserten Lebenssituation zu gelangen, weit weniger häufig zu einer Reflexion der Grundgegebenheiten des menschlichen Lebens als es in Zeiten von Not, Krankheit und Leid der Fall ist.
- 21 Anzenbacher A., S. 26; vgl. auch ebd., S. 29. „Wegen der Unverfügbarkeit der Folgen des eigenen Planens und Handelns müssen die Menschen versuchen, mit dem Fortschritt des Machens ... Schritt zu halten und Techniken entwickeln, mit neu produzierten Kontingenzerfahrungen zu leben.“; Körtner U. H. J., *Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik*, Neukirchener, Neukirchen-Vluyn (2001), S. 31.; vgl. auch Brantl J., siehe Ref. 15, S. 220
- 22 Andererseits lässt sich auch auf der Seite der Patienten eine Unverhältnismäßigkeit der Ansprüche beobachten: „Mit der Ausweitung der medizinischen Interventionsmöglichkeiten und Zuständigkeitsansprüche wachsen also zugleich die Ansprüche des Einzelnen und der Gesellschaft an die Medizin. Gesundheit ... gilt heute als des Lebens höchstes Gut.“ Körtner U. H. J., ebd., S. 41. Die Überbewertung der Gesundheit geht nach Körtner sogar noch weiter: „In der modernen Gesellschaft ist Gesundheit ein geradezu religiöser Wert.“, ebd., S. 41 f.
- 23 Gronemeyer M., siehe Ref. 8, S. 70
- 24 Wust P., *Ungewißheit und Wagnis*, 2. Auflage, Lit, Münster (2007), S. 37
- 25 Gethmann C. F. et al., siehe Ref. 17, S. 10
- 26 Körtner U. H. J., siehe Ref. 21, S. 43; vgl. Kass L., *L'chaim and its Limits. Why not immortality?*, in: *First Things* (May 2001), S. 17-24, hier S. 17
- 27 vgl. Rapp F., siehe Ref. 14, S. 83-89; Körtner U. H. J., siehe Ref. 21, S. 31 f. „Im Extremfall nähern wir uns dem Modell einer totalen Beherrschbarkeit vitaler Funktionen, die wie bei einer Maschine kontrolliert und repariert werden können. Die Wartung dieser Maschine hängt von der Verfügbarkeit von Geld, Kompetenz und Technologie ab und ist somit eine Frage der Entscheidungsmacht.“, Lesch W., *Mit Grenzen leben. Anthropologische Hintergrundtheorien bioethischer Konzepte*, in: Holderegger A. u. a. (Hrsg.): *Theologie und biomedizinische Ethik: Grundlagen und Konkretionen*, Universitätsverlag, Fribourg / Herder, Freiburg (2002), S. 192-207, hier S. 197
- 28 List nennt es eine „typisch neuzeitliche Strategie der Bewältigung von Kontingenz“, diese letztlich beseitigen zu wollen und spricht daher von „Kontingenzverleugnung“, List E., siehe Ref. 3, S. 110
- 29 vgl. Westerhorstmann K., *Wie weit reicht die Verantwortung? Zur Ambivalenz eines ethischen Begriffs*, in: *Ethica* (2012); 20(4): 317-343, hier S. 335
- 30 vgl. Sandel M. J., *Plädoyer gegen die Perfektion. Ethik im Zeitalter der genetischen Technik*, University Press, Berlin (2008), S. 110 f.
- 31 vgl. u. a. Ulrich F., *Homo abyssus. Das Wagnis der Seinsfrage*, Schriften I, Johannes-Verlag, Einsiedeln (1998); Oster S., *Mit-Mensch-Sein. Phänomenologie und Ontologie der Gabe bei Ferdinand Ulrich*, Alber, Freiburg/München (2004); Wolf K., *Philosophie der Gabe. Meditationen über die Liebe in der französischen Gegenwartsphilosophie*, Kohlhammer, Stuttgart (2006). Später findet sich dies in Ansätzen auch bei Sandel M. J., siehe Ref. 30, S. 123
- 32 vgl. Ulrich F., ebd., S. 28 f.; vgl. Oster S. ebd., S. 210 f.
- 33 Oster S., ebd., S. 223

- 34 List E., siehe Ref. 3, S. 112
- 35 Wolf K., siehe Ref. 31, S. 103 f.
- 36 ebd., S. 104
- 37 vgl. ebd., S. 105
- 38 vgl. ebd., S. 109
- 39 Für Körtner besteht ein notwendiger „Beitrag des Christentums“ entsprechend darin, „auf eine andere Möglichkeit der Kontingenzbewältigung hinzuweisen ... Es ist dies das Ethos des Sein-Lassens, das sich darauf gründet, dass sich der Mensch nicht sich selbst verdankt und in die Welt bringt.“ Körtner U. H. J., siehe Ref. 21, S. 31
- 40 „Heute gilt das hemmungslose Ausleben als höchstes Ziel, während doch in Wirklichkeit nur die sinnvolle Selbstbeschränkung und das Akzeptieren von Grenzen zu einer echten Erfüllung führen kann.“ Rapp F., siehe Ref. 14, S. 187
- 41 Fralng B., *Leben und Freiheit vor dem Horizont der Endlichkeit*, in: Hilpert K., Mieth D., *Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs*, Herder, Freiburg (2006) (QD 217), S. 112-132, hier S. 116
- 42 vgl. Makk 6,34
- 43 Jes 53,4
- 44 Brantl J., siehe Ref. 15, S. 238
- 45 vgl. ebd., S. 237 f.
- 46 vgl. 1 Joh 4,16
- 47 „In Jesus ist das »Ja verwirklicht«, ... die Lebensfülle für die Zukunft verheißen.“, Fralng B., siehe Ref. 41, S. 117
- 48 ebd., S. 119
- 49 „Jeder Mensch ... ist auch zur Teilhabe an jenem Leiden aufgerufen, durch das die Erlösung vollzogen wurde. ... Darum kann auch jeder Mensch durch sein Leiden am erlösenden Leiden Christi teilhaben.“, Johannes Paul II., *Apostolisches Schreiben Salvifici Doloris über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens*, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.): *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 53*, Bonn (1984), Nr. 19. So kann sich im Leiden christliche Proexistenz und Stellvertretung ausdrücken. Vgl. dazu: Nossol A., *Christsein als radikale Proexistenz*, in: Piegsa J., Zeimentz H., *Person im Kontext des Sittlichen. Beiträge zur Moraltheologie* (FS J. G. Ziegler), Patmos, Düsseldorf (1979), S. 22-29, hier S. 29. Mystikern erschließt sich Leiden daher auch als „Schule wahrer Liebe. Es ist die lebendige Sprache der Liebe und die große Erzieherin des Menschengeschlechts.“ So Marthe Robin, in: Westerhorstmann Th., *Passion für die Priester. Die besondere Sendung der Marthe Robin*, Heiligenkreuz, Be&Be (2012), S. 47
- 50 Benedikt XVI., *Enzyklika SPE SALVI an die Bischöfe, an die Priester und Diakone an die gottgeweihten Personen und an alle Christgläubigen über die christliche Hoffnung*, in: *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 179*, 3. korr. Aufl., Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn (2008), Nr. 37, S. 46
- 51 Schneider R., *Verhüllter Tag. Bekenntnis eines Lebens*, Herder, Freiburg u. a. (1959), S. 122; vgl. dazu die alttestamentlichen Stellen, die Gott als den Heilenden und „Arzt“ bezeugen, Wsh 16,12 sowie Ex 15,26
- 52 Joas H., *Die Sakralität der Person. Eine neue Genealogie der Menschenrechte*, Frankfurt, Suhrkamp (2011), S. 210
- 53 ebd.
- 54 Böhme G., siehe Ref. 2, S. 235
- 55 „Ich weiß nur zu gut, wie die Krankheit, dieser Störungsfaktor in etwas, das sich in seiner Ungestörtheit uns fast ganz entzieht, uns unsere Leiblichkeit bis zur Aufdringlichkeit präsent macht. Wir haben es hier mit einem methodischen Primat der Krankheit gegenüber der Gesundheit zu tun. Ihm steht ohne Zweifel der ontologische Primat des Heil-Seins, die Selbstverständlichkeit des Lebendigseins gegenüber“, Gadamer H.-G., *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*, Suhrkamp, Frankfurt (1993), S 98 f.
- 56 Stoecker R., *Krankheit – ein gebrechlicher Begriff*, in: Thomas G., Karle I., *Krankheitsdeutung in postsäkularer Gesellschaft* (2009), S. 36-46, S. 38
- 57 ebd.
- 58 G. Fuchs schreibt deshalb ebenfalls davon, dass Krankheit eine „heilsame“ Wirkung entfalten könne, Fuchs G., „Diese Krankheit ist nicht zum Tode“ (Joh 11,4). *Theologische Überlegungen in praktischer Absicht*, in: „Ohne die Kranken ist die Kirche nicht heil“, *Impulse für die Pastoral*, Erzdiözese Freiburg, Sonderausgabe 2012, S. 6-15, hier S. 13
- 59 Reheis F., *Entschleunigung. Abschied vom Turbokapitalismus*, Goldmann, München (2006), S. 75
- 60 vgl. List E., siehe Ref. 3, S. 112
- 61 Zur Möglichkeit sowie zu den Grenzen der „Einführung“ in fremde Gemütszustände, vgl. Stein E., *Zum Problem der Einföhlung*, ESGA 5, 2. Auflage, Herder, Freiburg u. a. (2010), bes. S. 79-105
- 62 Körtner U. H. J., siehe Ref. 21, S. 33; vgl. dazu auch Sandel M. J., siehe Ref. 30, S. 111
- 63 Mieth D., *Die Sehnsucht nach einem Leben ohne Leiden. Ein Recht auf Nicht-Leiden?*, in: Hilpert K., Mieth D., *Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs*, Herder, Freiburg (2006) (QD 217), S. 133-156, S. 144
- 64 Wust P., siehe Ref. 24, S. 31