

## Gesundheit als Kraft zum Menschsein

Karl Barths Ausführungen zur Gesundheit als Anstoß für gesundheitstheoretische und medizinethische Überlegungen<sup>1</sup>

Von Hans-Martin Rieger

Was unter Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist, entzieht sich objektiven Begriffsbestimmungen, die universal gültige Zuschreibungskriterien mitzuführen in der Lage wären. Dies hat damit zu tun, dass zu ihren Konstitutionsbedingungen mehr gehört als naturwissenschaftlich-medizinische Deskription: Gesundheit und Krankheit sind normativ-praktische Begriffe, welche von einem kulturell imprägnierten Horizont von Wertvorstellungen abhängig sind.<sup>2</sup> Angesichts des Problemdrucks in der Steuerung des Gesundheitswesens, angesichts des Booms, der sich mit den Begriffen Gesundheit, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung etc. verbindet, vor allem aber angesichts der Ideologieanfälligkeit des Gesundheitsbegriffs selbst kann es nicht damit getan sein, die Deutungshoheit den jeweiligen gesellschaftlichen Konstruktionsagenten zu überlassen.<sup>3</sup> »Es gibt eine Vielzahl von Ansätzen zur Definition von Gesundheit und Krankheit. Sie orientieren sich an unterschiedlichen Gesundheitsnormen. Die jeweiligen Definitionen von Gesundheit und Krankheit haben einen bedeutenden Einfluss darauf, welche Mittel als angemessen und notwendig für die Wiederherstellung, für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit angesehen werden. Zudem entscheiden sie darüber, welche Einflussmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten für die Krankheitsentstehung und Heilung von Patienten (Ausmaß an Selbstverantwortung) zugeschrieben werden können oder sollen.«<sup>4</sup>

Für die theologische Ethik bedeutet dies: Weil über Gesundheit und Krankheit nicht von der naturwissenschaftlichen Medizin allein entschieden werden kann, diese Begriffe aber gleichwohl für ärztliches und für gesundheitsbezogenes Denken und Handeln fundamental sind, tat und tut theologische Ethik gut daran, inhaltliche Grundsätze christlicher Wertvorstellungen in den medizinethischen Diskurs mit einzubringen.<sup>5</sup> Die Diskussion um die bekannte Definition der WHO, Gesundheit sei als Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens ins Auge zu fassen, belehrt letztlich darüber, dass sich das Ringen um normativ-praktische Bestimmtheit nicht dadurch umgehen lässt, dass man eine subjektive Gesundheitsvorstellung zu einem weiten Begriff verallgemeinert. Ein solcher befördert, ohne es zu wollen,<sup>6</sup> utopische Vorstellungen, welche in normativer Hinsicht mehr Fragen aufwerfen als lösen. Zu fragen wäre etwa, ob ein solcher Zustand überhaupt erstrebenswert sein könne. Zu fragen wäre, ob Gesundheit nicht mit größerem Recht als Fähigkeit verstanden werden muss, mit Behinderungen und Verletzungen leben zu können. Und zu fragen wäre, ob der WHO-Definition folgend nicht jeder Mensch als krank zu bezeichnen wäre. – Angesichts solcher und anderer Schwierigkeiten mit der begrifflichen Fassung von Gesundheit und Krankheit lohnt es sich festzuhalten: Sowohl verallgemeinernden Aufhebungsversuchen wie beliebigen Konstruktionen sind Grenzen gesetzt, wenn als Mindestbedingung gelten können soll, dass sich die Begriffsbestimmungen in der Arzt-Kranken-Beziehung zu bewähren haben. In ihr findet sich die Ursituation, in welcher ein Notleidender sagt: »Ich möchte gesund

werden.«.<sup>7</sup> Was will der Mensch da? Was darf und kann er da wollen? Im Blick auf den Gesundheitsbegriff scheint es mir außerdem notwendig, dass er sich auch im Umgang mit Altersprozessen bewähren können muss. Eine undifferenzierte Ausrichtung am Leitindex Produktivität bzw. Leistungsfähigkeit ist hier als problematisch anzusehen.

Im Folgenden soll Karl Barths Gesundheitsbegriff so aufzuschließen versucht werden, dass er in den Fragehorizont des gegenwärtigen medizinethischen und gesundheitspsychologischen Diskurses eingebracht und nach seinem orientierenden Potential befragt werden kann. Dass und wie dies zu Barths Lebzeiten, vermittelt durch den Heidelberger Mediziner Richard Siebeck, bereits geschehen ist, wäre ein eigenes Thema.<sup>8</sup> Barths Gesundheitsbegriff und seine konzeptionellen Konsequenzen lassen sich in vier Themenbereiche bündeln:

## 1. Der dynamisch-prozessuale Begriff ›Gesundheit‹ und seine Zuordnung zum Begriff des Lebenswillens

In prägnanter Kurzform wird Gesundheit *positiv definiert* als »Kraft zum Menschsein.«.<sup>9</sup> Damit ist schon deutlich: Es handelt sich nicht um eine Negativbestimmung, der gemäß Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit gefasst wird; auch nicht um eine subjektive oder objektive Zustandsbeschreibung, welche in irgendeiner Weise die anzustrebende Normalität festschreiben könnte.

Mit dem Lexem ›Kraft‹ wird vielmehr zunächst ein für Gesundheit und Krankheit wesentlicher *Partialaspekt* zum Ausdruck gebracht: Es geht bei Gesundheit und Krankheit nicht um zwei getrennte Bereiche, sondern um des Menschen »größere oder kleinere Kraft und um seine sie mehr oder weniger schwer bedrohende oder bereits mindernde Unkraft. Er war jetzt vorherrschend krank und darf jetzt vorherrschend gesund werden.«<sup>10</sup> Vergleichbar einem Kraftvektor markieren Gesundheit und Krankheit dabei in *dynamisch-prozessualer* Hinsicht zwei verschiedene Richtungen, welche menschliches Leben prägen – in ihrem Gegensatz, in ihrem Konflikt, aber auch in ihrem Ausgleich.<sup>11</sup>

Barths Verständnis ist nach dieser Seite hin zweifellos zu den sogenannten *Kontinuumsmodellen* zu rechnen, die alle – zu Recht – davon ausgehen, dass Menschen nicht entweder gesund oder krank sind, sondern mehr oder weniger gesund oder krank.<sup>12</sup> In dieser Weise kann Gesundheit als dynamischer Prozess in den Blick kommen, der von einer Kräftigkeit (im Sinne einer ›Ressource‹) immer schon ausgeht und dabei den willentlichen und verantwortungsvollen Einsatz (bis hin zum ›Kampf‹) in sich schließt. Bei Barth wird beides zum einen dadurch zur Geltung gebracht, dass er auch dem Kranken – jedenfalls in grundsätzlicher Weise – bei allen äußeren Beeinträchtigungen die »Kraft zum Menschsein« und damit eine gewisse Gesundheit nicht abspricht, und zum anderen dadurch, dass er diese Kraft zugleich willentlich näher bestimmt, als Teil eines handlungswirksamen Lebenswillens des Menschen. Das Ergebnis ist ein in sich differenziertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das dann über eine linear-eindimensionale Kontinuumsvorstellung hinausgeht und subjektive wie objektive Momente der Begriffe so aufeinander bezieht, dass sich eine begriffliche Vierteilung von gesunden Kranken, kranken Gesunden, gesunden Gesunden und kranken Gesunden denken lässt.

Bevor dieser Gedankenstrang weiter verfolgt wird, lohnt es sich, die Zuordnung des Kraftbegriffs zum Willensbegriff nicht zu übergehen, bearbeitet Barth doch an dieser Stelle eine für jede Konzeption von Gesundheit bedeutsame Problemschwelle.

Er schließt zunächst aus der Grundüberzeugung, dass der Mensch leben wollen darf und soll, dass er auch gesund sein *wollen* darf und soll – und das heißt: »im Besitz jener Kraft sein *wollen*.«<sup>13</sup> Diese Grundüberzeugung führt in den weiteren Horizont des § 55 der Kirchlichen Dogmatik, unter dessen Untertitel »Ehrfurcht vor dem Leben« sowohl der Begriff des Lebens als auch der Begriff des Lebenswillens entfaltet wird.

»Leben« zu erfassen ist abhängig von einem Sinnhorizont, welcher die Frage nach dem Woher und dem Wohin des Menschen in sich aufgenommen hat. Bei Barth verbindet sich damit der Gedanke einer doppelten Bestimmung, einer vertikalen und einer horizontalen. Die vertikale führt ins Gottesverhältnis: Der Mensch lebt für den, von dem er das Leben als Leihgabe empfing. Die horizontale führt ins Selbst- und Weltverhältnis des Menschen: Er lebt in der Bestimmung zur Gemeinschaft und in der Bestimmung einer individuell geschöpflichen Selbständigkeit.<sup>14</sup> Schon damit ist deutlich, dass der »Lebenswille«, mithin der Imperativ: Du sollst leben wollen! nicht naturalistisch verstanden darf; er lässt sich von seiner spezifisch christlichen Füllung nicht ablösen. Barth markiert denn auch selbst in der christlichen Inhaltlichkeit den Unterschied zu A. Schweitzers Programm »Ehrfurcht vor dem Leben«. <sup>15</sup> Entscheidend ist außerdem, dass Barth diese Ehrfurcht in praktischer Hinsicht als den »uns gebotenen Lebenswillen« verstanden wissen möchte. Das soll heißen: Sein menschliches Leben will vom Menschen bejaht und gewollt sein, es will vor dem, dem es sich verdankt, verantwortet sein.<sup>16</sup>

Im Blick auf Barths Gesundheitsbegriff ist daher festzuhalten, dass in ihm das »Menschsein« – als das, worauf sich der »Lebenswille« richtet – in der Gestalt des beschriebenen Bestimmungsgefüges von einem christlichen Sinnhorizont abhängig ist, und zwar ohne sich von der psychophysisch konstituierten Körperlichkeit zu lösen.

Damit lässt sich nun auch die erwähnte Problemschwelle in Augenschein nehmen, die I. Kant in seiner Schrift »Der Streit der Fakultäten« (1798) zu bedenken aufgibt: Der Gesunde ist sich seiner Gesundheit gar nicht bewusst, mehr noch: Er kann sich gesund fühlen und dennoch bereits krank sein.<sup>17</sup> Diese fehlende Zugänglichkeit stellt beispielsweise für Konzepte der Gesundheitsförderung eine vielfach erörterte Schwierigkeit dar, und zwar schon für die Motivierungsphase. In struktureller Nähe zu solchen Konzeptionen teilt auch Barths Konzeption diese Schwierigkeit, wenn er in ausdrücklicher Weise Gesundheit zum Gegenstand des Wollens macht. Fehlt aber dem Willen zur Gesundheit nicht gewissermaßen das »Objekt«, auf das sich das Wünschen und dann auch ein handlungswirksames Wollen richten könnten?

In diesem Zusammenhang nun erschließt sich die Bedeutung dessen, dass der Wille zur Gesundheit unter den Themenkomplex des Willens zum Leben subsumiert wird. Es handelt sich nämlich nicht um eine äußere Subsumption, sondern um ein kaum zu unterschätzendes *Implikationsverhältnis*: Erst als Implikat des Willens zum Leben erhält der Wille zur Gesundheit sein »Objekt« auf das er sich richten kann, eben die beschriebene Bestimmung des Menschseins. Und erst als Implikat des mit dem Lebenswillen benannten weiteren Bestimmungshorizonts ist gewährleistet, *dass der Wille zur Gesundheit nicht dem Irrtum verfällt, der Gesundheit selbst käme die Stelle des letzten Zwecks zu*. An dieser Stelle sind sich der Theologe Barth und der Mediziner Siebeck einig: »Gesundheit ist nicht erfüllt ohne die Frage: Gesundheit wozu? Wir leben ja nicht, um gesund zu sein, sondern wir sind gesund, wollen gesund sein, um zu leben und zu wirken. [...] Gesundheit ist nicht letzter Selbstzweck, sondern bestimmt und begrenzt durch den Sinn des Lebens.«<sup>18</sup>

In den gegenwärtigen Diskussionen über den Gesundheitsbegriff verdienen solche Einsichten festgehalten zu werden. Zum Anforderungsprofil seiner begrifflichen Fassung gehört es, dass er einen Willen zur und ein Streben nach Gesundheit ebenso konzeptionell einzuholen erlaubt wie deren bleibende Unverfügbarkeit. Dazu ist es unerlässlich, das Verwobensein dieses Gesundheits-

strebens in einen Sinnhorizont zu artikulieren und in die Diskussion mit einzubeziehen. Denn von einem solchen Horizont ist nicht nur das Gesundheitsstreben selbst abhängig, sondern auch der Umgang mit Gesundheit, insbesondere der Umgang mit der Erfahrung des Ausbleibens einer erstrebten Gesundheit. Das Verwobensein mit einem Sinnhorizont liegt auch dann vor, wenn Gesundheit selbst zur letzten Bestimmung aufrückt oder / und mit Leistungsfähigkeit gleichgesetzt wird. Solche Horizonte sind daher auch nicht um eines wie immer gearteten pragmatischen Interesses willen aus der Diskussion auszuklammern bzw. offen zu lassen. Zum einen kann diese Unbestimmtheit zum Einfallstor problematischer Bestimmungsdeterminanten werden.<sup>19</sup> Zum anderen ist die Reflexion auf solche Horizonte auch positiv zu begründen, sollte man sich dazu entschließen, mit dem Salutogenesemodell von A. Antonovsky dem Kohärenzgefühl – und damit auch jenem Sinnhorizont – eine zentrale Einflussgröße auf das Gesundsein und das Streben nach Gesundheit zuzuschreiben.<sup>20</sup>

## 2. Das Differenzierungspotential des Begriffs ›Gesundheit‹ und ein Relationsmodell von Gesundheit und Krankheit

Das dynamisch-prozessuale Verständnis von Gesundheit und Krankheit impliziert die Verschiebbarkeit von »vorherrschend gesund« zu »vorherrschend krank« – und umgekehrt. Barth gebraucht die Metapher des Weges: Der Mensch »ist in der einen oder in der anderen Richtung unterwegs.«<sup>21</sup> Gängigen Kontinuumsmodellen entsprechend lässt sich so die Relativität von Gesundheit und Krankheit aussagen, ohne deren Gegensätzlichkeit, im erwähnten Sinne als gegensätzliche Richtungen, zu leugnen.

Ihren eigenen Modellcharakter gewinnt die Begriffsbildung Barths dann aber vor allem dadurch, dass Barth die Vorstellung des Kraftvektors sowohl für ein subjektives als auch für ein objektives Moment von Gesundheit bzw. Krankheit geltend macht und zur Beschreibung der Relation beider eine gewisse Unabhängigkeit in Anschlag bringt. Er unterscheidet nämlich zwischen ›Kraft bzw. Unkraft zum Menschsein‹ und ›Kraft bzw. Unkraft zu den *Funktionen* des Menschseins‹.<sup>22</sup> Der dynamisch-prozessualen Auffassung zufolge ist dann Krankheit in seelischer und leiblicher Hinsicht eine »teilweise Unkraft zu jenen Funktionen.«<sup>23</sup> Als solche ist sie die zu einem gewissen Grad objektivierbare Störung, die den Menschen in der Ausübung seiner psychischen oder körperlichen Funktionen behindert. Damit ist der Mensch aber nicht notwendig in der Weise krank, dass ihm die Kraft zum Menschsein fehlt. Im Gegenteil: »Die Kraft dazu kann vielmehr, solange er noch lebt, auch die Kraft und also die Gesundheit des Kranken sein. Und es kann, wenn die Gesundheit die Kraft zum Menschsein ist, auch der Kranke, auch der Schwerkranke ohne allen Optimismus, ohne alle Illusion über seinen Zustand gesund sein wollen.«<sup>24</sup> Der in der Unkraft seiner Funktionen vorherrschend Kranke kann also in verschiedenem Maße, was das Wollen der Kraft zum Menschsein betrifft, gesund sein; er ist sozusagen ein gesunder Kranker.

Konsequenterweise wird der damit gegebene Grundgedanke einer gewissen Unabhängigkeit beider Momente nun auch auf den Gesunden angewandt: »Auch die Gesunden bedürfen – vielleicht nicht des Arztes, wohl aber des Willens zur Gesundheit gar sehr.«<sup>25</sup> Denn der in seinen psychi-

schen und körperlichen Funktionen weitgehend Ungestörte und in dieser Hinsicht Gesunde kann, was seinen Willen zur Kraft des Menschseins betrifft, zugleich krank sein; er ist sozusagen ein kranker Gesunder. Für Barth hat letztlich jeder Gesunde den Aufruf, gesund sein zu wollen, nötig. Auch der gesunde Gesunde ist nicht im Besitz einer Gesundheit, welche die verantwortliche Erhaltung und Pflege der psychischen und körperlichen Lebensfunktionen (etwa durch Sport, Prävention etc.) überflüssig machte.

Barths Modell der beschriebenen Kreuzung beider Momente ließe sich graphisch so darstellen:

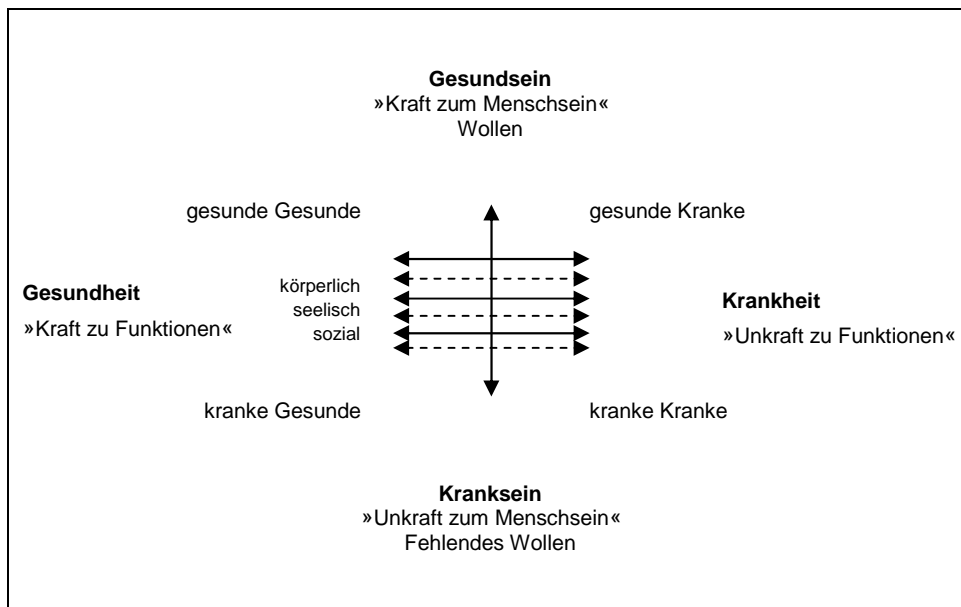


Abb.1: Relationsmodell von Gesundheit und Krankheit im Anschluss an K. Barth

Zur weiteren Erläuterung: Barth denkt die dynamisch-partiale Funktionsfähigkeit und deren Verschiebbarkeit zunächst hinsichtlich der körperlichen und der seelischen Dimension, erweitert dies später aber durch eine soziale Dimension.<sup>26</sup> Von daher wurde diese Dimension in die Skizze mitaufgenommen. Es handelt sich (in der Horizontalen) der Struktur nach um ein mehrdimensionales Kontinuum, wie es der gegenwärtigen gesundheitspsychologischen und gesundheitssoziologischen Diskussion nicht fremd ist: Gesundheit und Krankheit sind zunächst durch die Verschiebbarkeit auf einem prozesshaft gedachten Kontinuum gekennzeichnet, wobei verschiedene Zustände sich überlagern bzw. in Wechselwirkung stehen können. Jemand kann etwa weitgehend körperlich beeinträchtigt sein, sich aber in der Ausübung psychischer Funktionen größter Kraft erfreuen. Dadurch wird wiederum die Art, wie er körperlich krank ist, und mitunter auch die körperliche Krankheit selbst beeinflusst. Die gestrichelten Linien deuten über Barth hinausgehend an, dass das Nebeneinander von Krankheits- und Gesundheitsmomenten schon in jeder Dimension an sich zu berücksichtigen aufgegeben ist. Man denke nur an die Ausbildung kompensatorischer Fähigkeiten allein im körperlichen Bereich, wenn die Beeinträchtigung eines Organs durch ein anderes Organ kompensiert wird. Im Grundsatz geht es also darum, dass die Verschiebbarkeit von ›vorherrschend krank‹ zu ›vorherrschend gesund‹ (und umgekehrt) nicht linear-eindimensional aufgefasst wird, als ob eine Abnahme von gesunden Anteilen automatisch eine Zunahme von kranken Anteilen mit sich führe.<sup>27</sup>

Entscheidend ist die Zuordnung der mehrdimensional gefassten und doch einen Gesamtzustand darstellenden Funktionsfähigkeit zu der in der Vertikalen dargestellten Gesundheit als der Kraft zum Menschsein.<sup>28</sup> Barth betont, wie erwähnt, zunächst die *Unabhängigkeit* der beiden Momente. Trotz eines schlechten Gesundheitszustands hinsichtlich seiner körperlich-seelisch-sozialen Funktionsfähigkeit kann jemand hinsichtlich seiner Kraft zum Menschsein gesund sein wollen. Diese Unabhängigkeit ist freilich auch in umgekehrter Richtung höchst bedeutsam, insofern dem handlungswirksamen Wunsch, gesund sein zu wollen, die Einflussnahme auf die Kräftigkeit bzw. Unkräftigkeit der körperlich-seelisch-sozialen Funktionsfähigkeit auch verwehrt ist. Damit ist dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass Gesundheit als unverfügbar zu betrachten ist.

Zugleich erlaubt es Barths Modell, eine Ethik der Gesundheit zu begründen, für welche Gesundheit dem Handeln des Menschen als Ziel des Erhaltens, Schützens und Pflegens aufgegeben ist. An dieser Stelle ist daher auch die *Interdependenz* von jeweils gegebenen psychosozialen Zuständen und der Art des willentlichen Sich-darauf-Beziehens zu bedenken. Diese Interdependenz äußert sich nicht nur darin, dass der Wille zur Gesundheit immer schon in der Relation steht zu einer bestimmten körperlich-seelisch-sozialen Funktionsfähigkeit und von ihr begrenzt wird (also im Schaubild mehr links oder rechts zu verorten ist). Denn jener Wille ist ja selbst auf die Verschiebbarkeit in Richtung Gesundheit ausgerichtet, er ist Bejahung der Kraft, Verneinung der Unkraft (im Schaubild: nach oben *und* auch nach links). Ausgehend von Joh 5,6: »Willst du gesund werden?« ordnet Barth die Relation so, dass er der Ausrichtung auf die Kraft zum Menschsein (nach oben) gegen die Schwerkraft des Sich-Fallenlassens prioritär ansieht: »Sich selbst aufrecht zu erhalten und nicht fallen zu lassen, ist das Gebot, dem auf der ganzen Linie zu gehorchen ist.«<sup>29</sup> Weil die körperlich-seelisch-soziale Funktionsfähigkeit aber von der Kraft zum Menschsein nicht getrennt werden kann, kann es auf der Ebene dieser Funktionsfähigkeit keine Gleichgültigkeit geben. Der Wille zur Kraft des Menschseins und also der Wille zur Gesundheit findet seine notwendige »Fortsetzung« – anders gesagt: seinen handlungswirksamen Bereich – im Einsatz für jene Funktionsfähigkeit bzw. im Entgegentreten der entsprechenden Funktionsminderungen.<sup>30</sup> Barth sieht ein Bedingungsgefüge: Wenn der Mensch den Willen zur Gewinnung und Erhaltung der Kraft zum Menschsein hat (sich nicht in Unkraft fallen lässt), dann wird er alles in seiner Verantwortung Stehende tun, um den Hemmnissen und Störungen seiner psychophysischen Konstitution entgegenzutreten bzw. die Kräftigkeit seiner Funktionsfähigkeit zu fördern. Die Bewegung zur Gesundheit der Funktionen (nach links) setzt sich dabei genau genommen aus zwei Teilbewegungen zusammen, erstens der Verstärkung des positiven Kraftvektors zur Gesundheit – mit der heutigen Begrifflichkeit gesagt: der Gesundheitsförderung – und zweitens dem Entgegentreten des zur Unkräftigkeit der Funktionen hinneigenden Kraftvektors. Hier wäre nicht nur an Therapie und Prävention zu denken, sondern an die Vermeidung von Risikofaktoren. Barth selbst sind solche Vorstellungen, wie etwa seinen Beispielen zur Hygiene zu entnehmen ist, nicht fremd.

Die Leitsätze und Folgerungen, die man diesem Modell abgewinnen kann, sind weitreichend. Sie bringen allerdings auch Probleme mit sich. So besteht beispielsweise das Gesundsein nicht lediglich in einer weitgehend beliebigen Umgangsweise mit bzw. in einer weitgehend beliebigen Bewältigungsform von psychischen oder physischen Funktionsstörungen, sondern – der willentlichen Richtungsangabe der Definition entsprechend – in einer ganz bestimmten: nämlich dem *Kampf für die Gesundheit* und dem *Kampf gegen Krankheit*. Damit ist aber in der Theoretisierung eines Modells die Präferenz von bestimmten Verhaltens- und Bewusstseinskonfigurationen festgeschrieben, welche sich insbesondere für Strategien zur Bewältigung von Krankheit und für Konzeptionen der

Gesundheitsförderung empfehlen mögen. Solche Konfigurationen erhalten nicht umsonst auch in der Gesundheitspsychologie der Gegenwart einen hohen Stellenwert; sie lassen sich dort der Stärkung von Selbstwirksamkeitserwartungen oder von internalen Kontrollüberzeugungen zuordnen und dann ihrerseits theoretisch bearbeiten. In einem theologischen Horizont wirft diese Bevorzugung eines bestimmten Umgangs allerdings die nicht unerhebliche Frage auf, ob Barths Modell zumindest tendenziell eine bestimmte Umgangsweise (des »Nicht-Aufgebens«) auf Kosten ihres ebenfalls legitimen Gegenstücks des »Sich-Abfindens« bzw. des »Sich-Ergebens« präferiert und damit dem Widerfahrnischarakter von Gesundheit bzw. Krankheit zu wenig Rechnung tragen würde. Im übernächsten Abschnitt wird auf diese Problematik zurückzukommen sein.

Positiv wird sicherlich zu Buche schlagen, welche Leitlinien Barth nun auf dem Hintergrund seines Modells für das Berufsethos des Arztes gewinnen kann: Der Arzt muss sich damit bescheiden, dass er zur eigentlichen Gesundheit, der Kraft zum Menschsein, nicht direkt verhelfen kann. Diese Bescheidung<sup>31</sup> führt zugleich auf den umgrenzten Bereich, in dem er helfen »kann und soll: in dem Bereich, wo der Wille zur eigentlichen Gesundheit sich auswirken und betätigen muß. Und das ist eben der Bereich der seelisch-leiblichen Lebensfunktionen.«<sup>32</sup> Wenn aber – der Interdependenzrelation folgend – Krankheit in diesem Bereich zugleich als äußere Beeinträchtigung bzw. Störung des Willens zur eigentlichen Gesundheit aufzufassen ist, ergibt sich ein Zusammenhang dergestalt, dass gesagt werden kann: Indem der Arzt seiner Aufgabe nachkommt, diese Hindernisse aus dem Weg zu räumen (bzw. sie auch nur erträglich zu machen), verschafft er dem Willen zum Menschsein einen »freien Raum« und ist Beistand auch in diesem, seinem direkten Wirken entzogenen Bereich.<sup>33</sup> Dies müsste auch dann gelten, wenn, wie die Ursituation der Arzt-Patienten-Beziehung häufig zeigt, es in der Patientenperspektive zunächst nur in einem äußeren Sinn um ein Gesundwerden-Wollen geht. Denn der Vollzug des Hilfesuchens erhellt darüber hinaus, dass der Patient seinen Kontrollverlust zurückgewinnen möchte und darin einen Beistand sucht.

Damit ist die erwähnte Interdependenzrelation auch nach ihrer anderen Seite hin dargestellt. Er-sichtlich ist dabei, dass beide Willens- und Handlungszusammenhänge nicht symmetrisch sind. Während der Wille zur Gesundheit sich als Arbeit auf der Ebene der körperlich-seelisch-sozialen Funktionsfähigkeit direkt auszuwirken bzw. fortzusetzen hat (besser: zum Gebot wird, dem zu gehorchen ist), hat umgekehrt die (ärztliche) Arbeit auf der Ebene der Funktionsfähigkeit nur indirekte Auswirkungen auf den Willen zur Gesundheit. Als Ausschnitt des Modells seien beide Zusammenhänge graphisch dargestellt:<sup>34</sup>

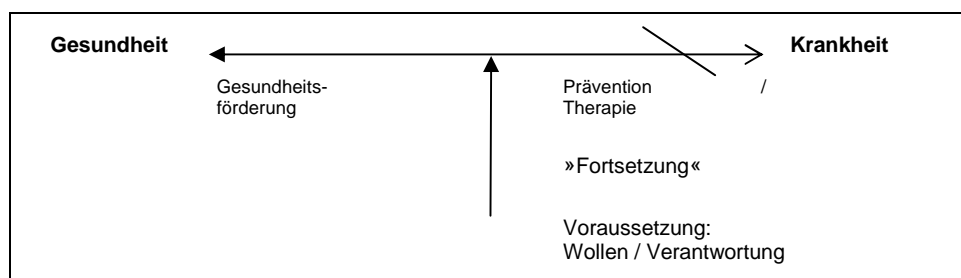


Abb. 2: Handlungs-zusammenhang ausgehend vom Willen zur Gesundheit (vertikal)

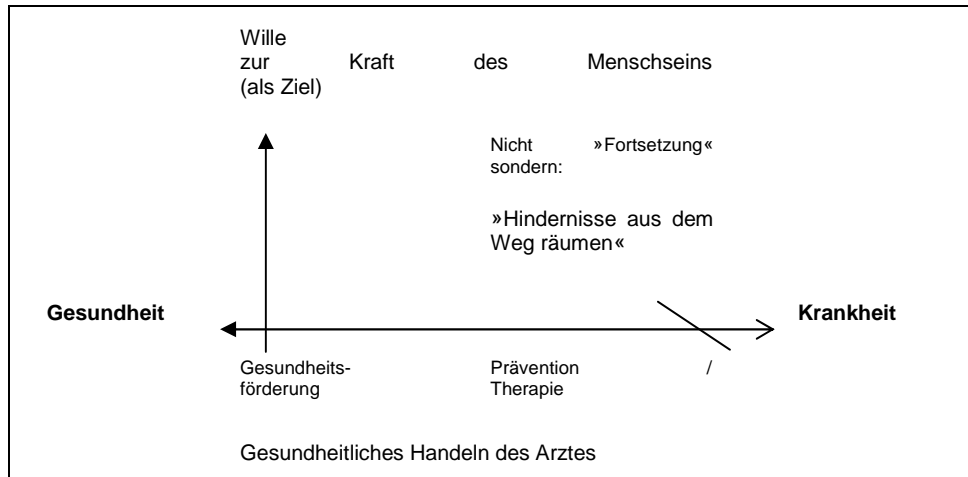


Abb. 3: Handlungszusammenhang ausgehend vom Handeln des Arztes (horizontal)

### 3. Gesundheit und Krankheit – Wirklichkeit oder Konstruktion?

Das skizzierte Modell erhellt ohne weiteres, dass Gesundheit und Krankheit nicht unabhängig davon bestimmt werden können, wie der jeweilige Mensch wertend und willentlich dazu Stellung nimmt. Auch der seiner psychophysischen Konstitution nach kranke Mensch vermag in seiner ihm verbleibenden Kraft gesund sein *wollen* und *ist* darin auch gesund (ein gesunder Kranker). Eine solche Behauptung wirft die Frage auf, ob Gesundheit und Krankheit letztlich nicht doch subjektive Konstruktionen sind. Man könnte noch weiter gehend fragen, ob eine solche Konstruktivität, sei sie nun stärker subjektiv, sei sie nun stärker gesellschaftlich-kulturell verstanden, schon in der normativ-praktischen Konfiguration des Begriffs selbst angelegt ist, insofern Gesundheit als Sein-Sollendes (»Bejahung der Kraft zum Menschsein«), Krankheit dementsprechend als Nicht-sein-Sollendes (»Verneinung der Unkraft«) aufgefasst wird.<sup>35</sup> Die wertende Stellungnahme ist hier zweifellos konstitutiv.

Im Blick auf das Barthsche Modell liegt die Versuchung nahe, das stärker subjektive Moment des wertenden und willentlichen Umgangs (im Schaubild die Vertikale) der Konstruktion zu überlassen, die harte Gegenständlichkeit hingegen im objektivierbaren körperlich-seelisch-sozialen Zustand (der Horizontalen) zu erblicken und festzuhalten. Ein solches Denken entspräche einer weitverbreiteten Trennung von Subjektivität und Objektivität, welche dann sagen lässt, dass ein objektiv gegebener psychophysischer Naturzustand sekundär mit einer subjektiven Deutung bzw. Stellungnahme versehen werde.<sup>36</sup> Doch so einfach liegen die Dinge nicht. Es ließe sich durchaus auch umgekehrt argumentieren: Die wertende Stellungnahme ist, da Gesundheit und Krankheit insgesamt jedenfalls keine objektiven Naturzustände an sich darstellen, so konstitutiv, dass sie sich auch auf die Ebene der Beschreibung des funktionellen Zustands durchschlägt und diese bestimmt



– es mithin nahe läge, auch das, was Barth als Kraft bzw. Unkraft der Funktionen beschreibt, der subjektiven Konstruktion zuzuweisen.

In der Hinsicht eines solchen erkenntnistheoretischen Grundproblems von Wirklichkeitserfassung reflektiert Barth seine Position an dieser Stelle zwar nicht,<sup>37</sup> seiner Vorgehensweise lässt sich aber entnehmen, wie er selbst votiert. So macht er deutlich, dass er – der Ausdruck sei nun nur mit äußerster Vorsicht gebraucht – das ›subjektiv-konstruktive‹ Moment des wertenden und willentlichen Umgangs für die Gesamtkonfiguration des Gesundheits- bzw. der Krankheitsbegriffs für prioritär hält, zugleich aber in ihm ebenso wie im Moment der psychophysischen Funktionsfähigkeit eine harte Gegenständlichkeit erblickt: »[...] so ist auch die dieser Kraft entgegengesetzte Unkraft als solche kein Schein, sondern als solche wirkend, wirklich, so daß sein Wille zur Gesundheit schon in diesem primären Sinn auf einen harten ›Gegenstand‹ stößt. Eben das ist aber auch von der in der Krankheit stattfindenden Beeinträchtigung seiner Seelen- und Leibeskräfte zu sagen. Sein Übergang von der Gesundheit zur Krankheit, der Widerstand, den seine Krankheit seiner Gesundheit entgegengesetzt, die Anstrengung und Mühsal, die es kosten, wenn er oder der Arzt seine Maßnahmen dagegen ergreift [...] – das Alles sind nicht Spiele der Einbildung, das Alles sind wirkliche Ereignisse in der wirklichen Geschichte des wirklichen Menschen.«<sup>38</sup>

Von größter Bedeutung ist es also, dass auch und gerade das Moment des wertenden und willentlichen Umgangs mit der Kraft zum Menschsein (im Schaubild die Vertikale) sich nicht einfach der subjektiven Konstruktion zuweisen lässt. Und es ist daher auch keinesfalls so, dass man es in der Krankheit nach dieser Seite hin nur mit einer »Illusion« zu tun bekäme. Auch der kranke Gesunde ist wirklich krank und kein nur illusionär kranker Mensch, den man auslachen könnte.<sup>39</sup> Erkenntnistheoretisch wird man daher sagen dürfen, dass im Blick auf den Willen zur Gesundheit gilt, was auch für die psychophysische Funktionsfähigkeit gilt, nämlich: Auch wenn es Gesundheit bzw. Krankheit nur »in Bezug auf« eine subjektive Umgangsweise gibt, so bedeutet das noch nicht, dass es jene nur »durch« sie gibt. Das entspricht dem erkenntnistheoretischen Grundsatz, dass von der Konstruktivität einer Thematisierung mitnichten auf die Konstruktivität des Thematisierten zu schließen ist. Unter diesem Gesichtspunkt wäre auch die Einsicht der Psychologie zu diskutieren, dass vielen Vorstellungen eines Menschen eine ›objektive‹ Realität nicht abgesprochen werden kann.

Der angegebene Grundsatz, der in der philosophischen,<sup>40</sup> aber auch in der theologischen<sup>41</sup> Erkenntnistheorie im Anschluss an die Problemlage seit Kant immer wieder erörtert worden ist, wird auch für eine begriffliche Fassung von Gesundheit und Krankheit grundlegend sein.<sup>42</sup> Das begrenzte Recht einer Kritik an einem naturwissenschaftlich-funktionalem Gesundheits- und Krankheitsverständnis, das auf die Beschreibung psychophysischer Tatbestände aus ist, gibt noch nicht das Recht, Gesundheit und Krankheit zur gesellschaftlichen Konstruktion oder zu kulturellen Artefakten zu erklären. Ebenso wenig lässt sich die normativ-praktische und kulturabhängige Ebene der Begriffsbildungen gegen die deskriptiv-naturwissenschaftliche Ebene ausspielen. Auch das, was man »biokulturell« nennen mag, ist letztlich nur ein Verweis auf das komplexe wechselseitige Verhältnis.<sup>43</sup> Von daher ist es letztlich auch problematisch, einen objektiven und einen subjektiven Krankheitsbegriff auseinander halten zu wollen, wenngleich eine solche Unterscheidung heuristisch, methodisch und auch praktisch unauflösbar ist.<sup>44</sup> Barth selbst votiert sichtlich dafür, die normativ-praktische bzw. die wertende und willentliche Stellungnahme zur sachlichen Voraussetzung eines Gesamtverständnisses von Gesundheit und Krankheit zu machen: Ich muss schon von der Gesundheit als Kraft zum Menschsein herkommen, damit sich mir die Kraft bzw. Unkraft der Funktionen des Menschseins erschließt. Viktor von Weizsäcker hat diesen Sachverhalt, dass die Realität von Gesundheit und Krankheit (sowie der Realität des Menschen

überhaupt) immer schon von einer bestimmten wertenden und willentlichen Stellungnahme abhängt, ohne mit ihr zusammenzufallen, unter dem Begriff des »Umgangs« zu artikulieren versucht.<sup>45</sup>

Wenn nun also die wertende und willentliche Stellungnahme zur Gesundheit als Kraft zum Menschsein sich nicht nur auf die Wirklichkeit der psychophysischen Funktionsfähigkeit bezieht, sondern selbst schon mit einer ihr entgegenstehenden Wirklichkeit, einer Unkraft, zu tun hat, welcher Art ist *diese* Wirklichkeit dann? Ist die der Gesundheit als Kraft zum Menschsein entgegengesetzte Kraft, wenn nicht Einbildung, dann also so etwas wie eine Schwerkraft, eine Chaoskraft zunehmender Entropie? Ist sie gar ein ›alter ego‹ in ihm, das ihn letztlich zum Tod hinzieht?

Nachdem Barth schon das Menschsein als das, worauf sich der Lebenswille bzw. der Gesundheitswille richtet, von einem christlich-theologischen Horizont aus entworfen hatte, erfasst er konsequenterweise auch die diesem Menschsein entgegenstehende Unkraft von einem solchen Horizont aus. Selbst wenn er dies nicht unternommen hätte, hätten sich früher oder später theologische Fragen aufgedrängt – etwa die Frage, ob und inwiefern Gott eine solche Kraft gewollt habe, oder die Frage, ob sie lediglich als eine zu seiner guten Schöpfung gehörende Gegenkraft zu betrachten sei.

#### 4. Theologische Bearbeitung der Wirklichkeit und deren gesundheitsethische Bedeutung

Barth bearbeitet die Frage der Wirklichkeit von Krankheit und Gesundheit dezidiert theologisch – und zwar so, dass diese sich von der körperlich-seelisch-sozialen Funktionsfähigkeit des Menschen nicht löst, sie vielmehr in ihrer theologischen Bedeutung erschließt. Daraus ergeben sich gesundheitsethische Folgerungen im Blick auf bestimmte Verhaltens- und Umgangsmuster, die im zweiten Abschnitt bei der Betrachtung der Interdependenzrelation bereits als möglicherweise einseitig auffielen (Präferenz des Kampfmotivs).

Im Folgenden wird zu sehen sein, dass Barth zwei Aspekte der theologischen Wirklichkeit von Krankheit unterscheidet und dann, fast wichtiger noch, aufeinander bezieht. *Einerseits* wird Krankheit mit einer von Gott nicht gewollten, seine Schöpfung zerstörenden Kraft in Verbindung gebracht – der gegenüber der Wille zum Menschsein sich in Widerstand und Kampf äußern muss. *Andererseits* wird aber auch auf die Schattenseite der von Gott gewollten, heilsam begrenzten und guten Schöpfung verwiesen – der gegenüber eine Auflehnung letztlich eine Auflehnung gegen Gottes Gnade und gegen die Angewiesenheitsstruktur des Geschöpflichen wäre.

Die Abbildbarkeit und auch das Orientierungspotential beider theologischer Aspekte auf entsprechende Kontrollstrategien menschlichen Verhaltens sind offensichtlich. Der erste Aspekt befördert internale Kontrollüberzeugungen und dementsprechend die Verhaltensmaxime des »Nicht-Aufgebens«; der zweite Aspekt stärkt in einer spezifischen Weise externale Kontrollüberzeugungen und dementsprechend die Verhaltensmaxime nicht lediglich des »Sich-Abfindens«, sondern diejenige eines aktiven Annehmens der Endlichkeit menschlichen Daseins. Barth berücksichtigt solche Zusammenhänge selbst, nicht zu übersehen sind jedoch die theorieimmanenten Zusammenhänge: der erste Aspekt ergibt sich aus seiner Lehre vom Nichtigen, der zweite aus seiner Lehre von der Schöpfung, insbesondere seiner Auffassung der befristeten Zeit.<sup>46</sup>

Beide Aspekte seien, zusammen mit ihrer gesundheitsethischen Bedeutung, kurz skizziert, bevor nach dem Verhältnis beider zueinander gefragt wird.

a) Als von Gott nicht gewollte, seine Schöpfung zerstörende Kraft gehört Krankheit zu den »Vorboten des Todes«, und zwar des Todes, der theologisch als Gottes Gericht und als Preisgabe an die Gewalt des Nichtigen aufgefasst werden muss.<sup>47</sup> Was zunächst als theologische Aufladung der Krankheit erscheinen mag, ist für Barth indes nichts anderes als eine theologische Einordnung der Krankheit, die er als *Korrektur* eines Protestantismus verstanden wissen will, welcher »allzu moralistisch und spiritualistisch« und darum für die leibliche Seite des Evangeliums »allzu farbenblind« gewesen sei.<sup>48</sup> Die mit dieser Einordnung einhergehende und von Barth selbst gesehene *Problematik* besteht darin, dass sie zunächst zur Begründung defätistischer Handlungsmuster herangezogen werden könnte: Was will man gegen die Macht des Todesreichs schon ausrichten? Die konkrete Lozierung der Krankheit innerhalb der Lehre des Nichtigen jedoch dient der *Begründung und Profilierung* der geradezu entgegengesetzten Handlungsmuster.

Genauer: Barth wirft zunächst dem Protestantismus vor, anders als die Ostkirchen die Heilungs- und Auferstehungswunder Jesu zu wenig ernst genommen und darum auch nicht den *ganzen* Heiland des Neuen Testaments zu Gesicht bekommen zu haben. Dieser wird nämlich als derjenige bekannt, der Sünden vergibt *und* sowohl Übel als auch Tod überwindet.<sup>49</sup> Für eine theologische Lehre vom Bösen bringt dies die Mindestbedingung mit sich, dass ihr auch das hinter der Schattenseite der Schöpfung verborgene *physische* malum, also auch Krankheit als Vorstoß des Todesreichs zu bearbeiten aufgegeben ist. Es handelt sich in ihm, so Barth in Übereinstimmung mit dem älteren Blumhardt, »um eine Gestalt des Feindes, um eine Beleidigung Gottes«.<sup>50</sup> Barths eigene Lehre vom Bösen verlangt daher die Integration aller drei Momente, die im Anschluss an Leibniz *malum morale*, *malum metaphysicum* und *malum physicum* zu nennen wären.<sup>51</sup> Sie kennt deshalb drei Gestalten des Nichtigen.

Wenn die Krankheit einer Gestalt des Nichtigen (*malum physicum*) zugeordnet wird, erhebt sich allerdings sofort das Problem, was die Kraft des Menschen angesichts der ihr entgegenstehenden Kraft des Nichtigen, des Einbruchs des Todesreichs, noch ausrichten, was der Wille zur Gesundheit hier noch sinnvollerweise wollen kann.

Defätistische Verhaltensweisen und einen Rückzug auf Glaube und Gebet kann Barth aber gerade dadurch zurückweisen, dass das Nichtigte in Gestalt der Krankheit schon von seiner Definition her nicht lediglich dem Menschen in seiner Kraft zum Menschsein, sondern dem guten Willen *des Schöpfers selbst* entgegensteht. Aus diesem Kern der theologischen Auffassung des Bösen gewinnt Barth die Handlungsmaxime: Dem physisch Bösen in der Gestalt der Krankheit »gegenüber zu kapitulieren, ihm seinen Lauf zu lassen, kann niemals Gehorsam, kann immer nur Ungehorsam gegen Gott sein. Was der Mensch [...] auch in der Krankheit gegenüber in Übereinstimmung mit dem Willen Gottes wollen soll, kann immer nur der Widerstand bis aufs Letzte sein.«<sup>52</sup> Kurz: Der Wille zur Gesundheit *in Übereinstimmung mit dem Willen Gottes* ist Gebot.

Diese Denkfigur der gebotenen Willenkonformität ist von großem Gewicht: Die Gesundheit als das Wollen der Kraft zum Menschsein lebt davon, dass sich der Mensch ganz auf die Willenkonformität mit Gott ausrichtet – und zwar auf den Gott, von dem nichts weniger gilt, als dass er Gott und in Jesus Christus endgültiger Sieger über das Böse in allen seinen Gestalten ist.<sup>53</sup> Gebet und Glaube ersetzen den Kampf gegen die Unkraft zum Menschsein darum nicht, sie sind vielmehr

Bedingung desselben, insofern ohne göttlichen Willen und ohne göttliche Macht auch jeder menschliche Wille und jede menschliche Kraft der Übermacht des Bösen gegenüber tatsächlich kapitulieren müsste.

Die gesundheitsethische Bedeutung einer solcher theologischen Wirklichkeitsauffassung für gegenwärtige Fragestellungen mag sich rein äußerlich schon darin zeigen, dass die Metaphern des Kampfes und des Widerstands in neueren Gesundheitstheorien, insbesondere in Resilienztheorien eine große Rolle spielen. Man könnte jedoch fragen, wie sie sich auf das auswirken, was in Modellen des Gesundheitsverhaltens als internale bzw. externale Kontrollüberzeugung konzeptualisiert wird.<sup>54</sup>

J.B. Rotter hatte 1966 einen Internal-External-Locus of Control Scale entworfen – und zwar als ein in eine Theorie sozialen Lernens eingebettetes heuristisches Konstrukt. Dabei wird von generalisierten Erwartungen ausgegangen, die menschliches Verhalten bestimmen. Internale Kontrollüberzeugungen beziehen sich auf die Erwartung, dass Ereignisfolgen des Lebens, der Gesundheit etc. vom eigenen Verhalten abhängen; externale Kontrollüberzeugungen beziehen sich darauf, dass Ereignisse nicht vom eigenen Verhalten als vielmehr von externen Größen wie Schicksal, Zufall oder einer höheren Macht abhängen. Auf den ersten Blick weist ein Gottesglaube große Affinität zu den zuletzt genannten, gesundheitsethisch problematischen Überzeugungen auf.

Barths Vorgehensweise, das menschliche Wollen der Kraft zum Menschsein mittels der Denkfiktion einer gebotenen Willenskonformität mit einem göttlichen, sich selbst der Unkraft des Übels und des Todes entgegenstellenden Wollen zu verbinden, ließe sich demnach so verstehen, dass die externale Kontrollüberzeugung nicht als Einschränkung der internalen zu stehen kommt, sondern als deren *Verstärkung* aufgeboten wird. Dieses Verständnis trifft allerdings nur bis zu einem gewissen Grad zu, insofern Gottes Wille und Kraft sich dem in der Krankheit sich äußernden Vorstoß des Todesreichs zwar prinzipiell entgegenstellt, daraus aber keine auf den Menschen übergehende Verfügbarkeit abgeleitet werden kann. Die Verstärkung bezieht sich also auf den handlungswirksamen Willen, der Gottes Willen quasi an und auf seiner Seite wissen darf, nicht aber auf den Zusammenhang zur tatsächlich sich einstellenden Handlungsfolge. Der Mensch »soll mit Gott Nein zu ihm sagen, ohne zu fragen, was daraus werden und wie viel oder wenig das ihm und Anderen helfen möchte [...] Ein Tröpflein Entschlossenheit, Wille und Tat im Widerstand gegen jenes Reich und so auch gegen die Krankheit ist besser als ein ganzer Ozean von angeblich christlicher Demut, die in Wahrheit nur die ganz falsche, verkehrte Demut vor dem Teufel und den Dämonen sein könnte.«<sup>55</sup>

b) Zugleich gehört Krankheit, ohne dass dieser Aspekt nun den ersten beeinträchtigte, zur Begrenztheit der Schöpfung. Die befristete Zeit menschlichen Lebens ist eine Gestalt der Schöpfergnade, gegen die ein Protest als höchst unangemessen zu stehen käme. Von einem unbefristeten Leben hingegen wäre zu sagen, dass es nicht Gnade, sondern des Menschen Verhängnis wäre.<sup>56</sup>

Barth geht es dabei sichtlich um mehr als um die manchmal zum Allgemeinplatz gewordene Annahme der Endlichkeit menschlichen Daseins. Eine solche würde zwar zumindest auch das Verhaltensmuster des »Sich-Abfindens« anthropologisch begründungsfähig machen, allerdings mit einer gewissen Gegenläufigkeit zum ersten Aspekt, der für ein »Nicht-Aufgeben« steht. Gelten soll nun jedoch folgende Unterscheidung: »Es ist offenbar zweierlei, ob wir unser Leben abstrakt als ein beschränktes oder ob wir es als ein durch *Gott* beschränktes Leben zu verstehen haben – und zweierlei, ob wir uns im Allgemeinen damit abfinden müssen, daß unsere Zeit befristet ist oder ob wir uns darein finden dürfen, daß sie eben in ihrer Befristung die uns durch *Gott* gegebene Zeit

ist.«<sup>57</sup> Denn, ist unsere Zeit als durch Gott begrenzt zu denken, dann hätten wir es an der Grenze mit ihm zu tun. Gott wäre gewissermaßen unser Nachbar. Die zeitliche Bewegung auf ihn zu müsste daher als ein Vollzugsmodus der Bestimmung des Menschseins aufzufassen sein.<sup>58</sup>

Was Barth hier vornimmt, hat nun schon für die *Zuordnung* der beiden Aspekte eine weitreichende Bedeutung: Die Befristung des Lebens wird *in die Bestimmung des Menschseins* – die wie erwähnt ein Ausgerichtetsein auf Gott als das Wohin menschlichen Daseins meint – *mit hineingenommen*. Das bedeutet aber nichts weniger, als dass sie dem Willen zur Gesundheit (als der Kraft zu *diesem* Menschsein) und dem Kampf gegen die Krankheit nicht widerspricht. Der zweite hier skizzierte Aspekt läuft nicht auf ein defätistisches »Sich-Abfinden« hinaus, welches im Widerspruch zum kämpferischen »Nicht-Aufgeben« stünde, mithin nun also doch zu einer nachträglichen Aufhebung internaler Kontrollüberzeugungen geriete. Allerdings wird deren Bereich begrenzt: Die Befristung ist Gottes Sache – eine Sache jedoch, mit der man sich nicht passiv abzufinden hat, sondern die dazu herausfordert, gemäß der Bestimmung des Menschseins aktiv-willentlich Gott zu dienen.<sup>59</sup> Das heißt wiederum: Das Widerfahrnis im Altersprozess und in der Krankheit ist erst dann in christlicher Weise angenommen, wenn es in den Willen zur Gesundheit einbezogen ist, wenn es also für den Menschen auch und gerade in der Wahrnehmung des Abnehmens von Ressourcen und der Grenze seiner Lebenskräfte darum geht, »nun wirklich ganz und gar durch Gott und für Gott gesund werden und gesund bleiben zu wollen«.<sup>60</sup>

Vom Gesamtrahmen einer theologischen Anthropologie her ist unschwer zu erkennen, dass die solchermaßen vorgenommene Zuordnung der beiden Aspekte kreuzestheologischen und rechtfertigungstheologischen Grundlinien folgt.<sup>61</sup> So wird für Barth gerade das Sich-Bewegen des Menschen auf die Grenze des Lebens, insbesondere also der Altersprozess und das Sterben, zum Testfall des Glaubens, der sich während des menschlichen Lebens immer wieder des Bekenntnisses befleißigt, allein auf Gott angewiesen zu sein.<sup>62</sup> Das Widerfahrnis von Beeinträchtigungen und Begrenzungen des Lebens müsste so als Hinweis auf die *heilsame Angewiesenheitsstruktur* geschöpflichen Daseins, auf »die echte Freiheit zum Leben« verstanden werden.<sup>63</sup> Man könnte von einem *Gottesdienst* nun auch *im Vollzug des menschlichen Lebensprozesses* sprechen, insofern diese Angewiesenheit zum aktiv-willentlichen Umgang herausfordern will, Gott das von ihm Empfangene zurückzugeben.

Das kreuzestheologische Motiv der Verborgenheit (die Herrlichkeit verborgen im Kreuz, die Kraft verborgen in der Schwachheit) gestattet es, die Zuordnung der beiden Aspekte noch etwas weiter zu treiben: Auf der Handlungs- und Verhaltensebene bleibt es dabei, dass der Krankheit und der Beeinträchtigung menschlicher Kräfte als Vorbote des Todes und des Gerichts ganz und gar zu widerstehen ist; ein »kühnes Hindurchgreifen« des Glaubens entdeckt jedoch hinter dieser Ebene etwas Befreiendes: dass nämlich die Unkraft der Krankheit als Beeinträchtigung menschlicher Kräfte, dass das Abnehmen von Ressourcen im Altersprozess in sich verborgen das Zeugnis der göttlichen Schöpfergnade enthält und als Vorbote ewigen Lebens aufzufassen ist.<sup>64</sup> Die beiden Aspekte sind also nicht als alternative Verhaltensmuster auf einer Ebene entworfen, so dass man fragen könnte, wann ein Widerstehen und wann ein Annehmen angesagt sei. Sie finden sich auf verschiedenen Ebenen, wobei die Ebene des Sollens und Müssens auf die dahinter verborgene Ebene des Dürfens durchsichtig zu machen ist: Der Mensch *darf* in der Krankheit geduldig aushar-

ren, er *darf* alt werden und dabei abnehmen – denn er geht darin Gott als dem seine Begrenzung umgebenden ›Nachbarn‹ entgegen.<sup>65</sup>

Die kreuzestheologisch motivierte Zuordnung verhindert so auch, dass der Mensch in seinem Kampf gegen die Krankheit, sich auf die Willenskonformität mit Gott und den Sieger Jesus berufend, die eschatologische Grenze, die ihn vom endgültigen Leben und vom erfüllten Heil trennt, überspringen könnte. Der Wille zur Gesundheit als Kraft zum Menschsein kann sich diesseits dieser Grenze daher nicht nur auf eine Leistungs- und Genussfähigkeit richten, er wird sich auch in einer »Leidensfähigkeit« erweisen müssen.<sup>66</sup>

Das in diesem letzten Abschnitt beschriebene theologische Verständnis gibt dem Modell seine spezifische Zuspitzung, es wird ganz in seinem anthropologischen und theologischen Horizont verortet. Das Relationsmodell an sich, wie es vor allem in den ersten beiden Abschnitten aufgearbeitet wurde, ist aber ohne weiteres den Theoriehorizonten anderer Disziplinen, etwa der Gesundheitspsychologie oder der Gesundheitssoziologie, zugänglich. Mehr noch: Es stellt als mehrdimensionales Relationsmodell ein Modell dar, das verschiedene Betrachtungsweisen (z.B. objektive und subjektive Zugänge) zu integrieren aufgibt und darum von einer erhöhten interdisziplinären Valenz ist. Dass es von Barth stammt, mag manche seiner Kritiker irritieren, sollte aber nicht davon abhalten, es in der interdisziplinären Arbeit am Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff zu testen.<sup>67</sup>

Wenn anzunehmen ist, dass die neuzeitlich-naturwissenschaftliche Medizin selbst keine umfassende Anthropologie und daher auch keine umfassende Lebens- und Weltorientierung bietet, wenn außerdem Grund zur Annahme bestehen mag, dass man in der Kulturgeschichte von Gesundheit und Krankheit bis auf Hildegard von Bingen oder Paracelsus zurückzugehen habe, um zu seiner solchen Orientierung zu kommen – dann scheint die Suche nach einem Gesundheitsmodell, welches interdisziplinäre Anschluss- und Konvergenzmöglichkeiten bietet, keinesfalls unbegründet zu sein.<sup>68</sup> Insbesondere im Interesse einer Verbindung von Ethik und Medizin dürfte es dabei dann sein, Gesundheit und Krankheit in dynamischen und zugleich in ethisch-anthropologischen Kategorien zu denken, sie also von Anbeginn an auf die grundsätzliche Frage nach der Bestimmung des Menschseins beziehbar zu machen.

*PD Dr. Hans-Martin Rieger  
Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Theologische Fakultät  
Fürstengraben 6  
07743 Jena  
hans-martin.rieger@uni-jena.de*

## Abstract

What is health? This question figures prominently in several ethical, medicinal and (health-)psychological issues. Against this background the paper investigates the definition and the understanding of health in Karl Barth's dogmatics in its theological framework. The reconstruction provides a model of health, which allows treating contemporary issues, because it presents a dynamic and relational model with several dimensions, including the dimension of will. The will to health, though depending

on somatic, psychic and social conditions, plays an important role in handling with diseases, in living with imperfections and in supporting healthy lifestyle and preventive measures. This will must be interpreted as the will and the power to be a human being with its gifts and limits.

## Anmerkungen

1. Die vorliegende Untersuchung verdankt sich einer interdisziplinären Kooperation »Gesundheitsförderung und christliches Menschenbild« zusammen mit dem Jenaer Lehrstuhlinhaber für Sportmedizin, Prof. Dr. H. Gabriel, in welcher sich gerade Barths Gesundheitsbegriff als weiterführend erwies. Außerdem wurden Anstöße und Probleme eines Workshops der Friedrich-Schiller-Universität Jena zum internationalen Netzwerk »Issues of Aging« vom 26.07.2006 auf dem Schloss Dornburg verarbeitet.
2. Vgl. A. Franke: Die Unschärfe des Begriffs »Gesundheit« und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen, in: dies. / M. Broda (Hg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept, Tübingen 1993, 15–34; D. Lanzerath: Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg / München 2000.
3. D. Rössler hat schon relativ früh zu Recht darauf hingewiesen, dass die Krise des Gesundheitswesens nicht zuerst eine ökonomisch induzierte Krise darstellt, sondern die Krise eines Begriffs, der überspannte Erwartungen und Rechtsansprüche heraufführt: D. Rössler: Ärztliche Ethik aus anthropologischer Sicht, in: R. Gross, H.H. Hilger u.a. (Hg.), Ärztliche Ethik. Symposium Köln 1.10.1977, Stuttgart / New York 1978, 17–24, 24.
4. J. Bengel, R. Strittmatter u.a. (Hg.): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, eine Expertise, im Auftr. der BZgA, (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6), Köln 2002, 15.
5. Vgl. D. von Engelhardt: Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung, München 1999, 82. 89f.; dazu auch den Überblick von U.H.J. Körtner: Mit Krankheit leben. Der Krankheitsbegriff in der medizinethischen Diskussion, ThLZ 130 (2005), 1273–1290. Es sei darauf hingewiesen, dass dieses Einbringen immer auch die Arbeit an einem bereits vorliegenden Gesundheitsbewusstsein und dessen subjektiven Formen einschließt, vgl. T. Faltermaier: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln, Weinheim 1994.
6. Die häufig pauschal vorgebrachte Kritik an der WHO-Definition von Gesundheit übersieht mindestens ebenso häufig deren politisch-orientierende Funktion und müsste die strategische Weiterführung etwa in der Ottawa-Charta von 1986 berücksichtigen. Dort findet sich unter den Themenkomplexen »Empowerment« und »Life skills« u.a. auch die Stärkung der Fähigkeit, chronisches Leiden und Verletzungen bewältigen zu können: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf).
7. Zu diesem Rückgang vgl. G. Pölmer: Grundkurs Medizin-Ethik, Wien 2002, 81f.; vor allem V. von Weizsäcker: Der Arzt und der Kranke, in: ders., Gesammelte Schriften 5, Frankfurt a. M. 1987, 9–26. Von Weizsäcker entwickelt aus dieser Ursituation seine medizinische Anthropologie.
8. Dazu H. Baier: Richard Siebeck und Karl Barth – Medizin und Theologie im Gespräch. Die Bedeutung der theologischen Anthropologie in der Medizin Richard Siebecks, FSÖTh 56, Göttingen 1988.
9. Karl Barth: Die Kirchliche Dogmatik. Die Lehre von der Schöpfung, Bd. III/4, Zollikon-Zürich 1951, 405f. (abgek. KD).
10. KD III/4, 407.
11. Ebd., 408.
12. Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Schwabenstein, 4., erw. und überarb. Aufl. 2003, 113f.; auch R. Lutz: Gesundheit und Krankheit. Antworten der Allgemeinen Psychologie, in: ders. / N. Mark (Hg.), Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker, Göttingen 1995, 77–91, hier: 79f.
13. KD III/4, 405 (Hervorheb. im Original).
14. Vgl. ebd., 373–376.
15. Ebd., 366f.
16. Ebd., 387. Zu Barths Auseinandersetzung mit Schweitzer vgl. M. Basse: »Ehrfurcht vor dem Leben«. Karl Barths Auseinandersetzung mit Albert Schweitzer in den 1920er Jahren, in: EvTh 65 (2005), 211–225.
17. I. Kant: Der Streit der Facultäten, AA VII, 100.
18. R. Siebeck: Medizin in Bewegung. Klinische Erkenntnisse und ärztliche Aufgabe, Stuttgart 2 1953, 459; Barth zitiert in KD III/4, 405, die erste Auflage von 1949.
19. Vgl. die Kritik von V. von Weizsäcker: Der Begriff der Allgemeinen Medizin, in: ders., Gesammelte Schriften 7, Frankfurt a.M. 1987, 135–196, 149: »Der Zweck der Therapie war ja längst die Gesundheit, der Zweck und Maßstab der Gesundheit aber als die Leistungsfähigkeit definiert. Welchen Gebrauch also der Patient von seiner Gesundheit machen würde, das blieb ungesagt, und eben diese Beliebigkeit öffnet das Tor, durch welches jede Art von

- Leistung eingeführt werden konnte [...] Dies ist der Weg, auf dem der Staat dann die Medizin in seinen Dienst nahm, um sich leistungsfähige Menschen herzustellen, auszuwählen und festzulegen, was er als lebenswichtig und wen er als lebenswert ansah.«
20. Pointiert *E. Schiffer*: *Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung*, Weinheim / Basel 2001, 146: »Wenn die Bedeutung von Sinn – als entscheidendes Moment des Kohärenzgefühls – mehr umfasst als den bloßen Zweck und auch noch mehr meint als den Verstehenszusammenhang einer Lebensgeschichte, nämlich die Antwort auf die Frage, warum und wozu ich lebe, dann wird es für die medizinische Wissenschaft an dieser Stelle schwierig. Sie kann gegenwärtig – peinlich genug – zu dem Thema Gesundheit in diesem entscheidenden Zusammenhang aufgrund ihrer naturwissenschaftlichen Eigendefinition nichts sagen.«
  21. KD III/4, 407f.
  22. Ebd., 406.
  23. Ebd.
  24. Ebd., 406f.
  25. Ebd., 407.
  26. Ebd., 413: Barth verweist für diese Dreidimensionalität auf das Prinzip »*mens sana in corpore sano in societate sana*«. Vgl. zur Vorstellung eines mehrdimensionalen Kontinuums *K. Hurrelmann*: *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, Weinheim / München<sup>2</sup>2003, 92f.
  27. Vgl. Bengel / Strittmatter u.a. (wie Anm. 4), 90.
  28. Um das stärker subjektive Moment deutlich zu machen, wurde der Ausdruck *Gesundsein* gewählt.
  29. KD III/4, 408. Vgl. *F. Hartmann*: »Wir grünen für und für und haben tausenderlei Gesundheit« – Modelle von Gesundsein und Kranksein, in: K.-D. Hüllemann (Hg.), *Wohin steuert die Medizin?*, Berlin / Heidelberg u.a. 1990, 118–141, 121: »Gesundsein ist eine stetige Leistung, wie die menschliche Haltung ein Sichaufrechthalten gegen die Schwerkraft, die Wärmebildung eine Selbstverteidigung gegen den Kälteod, die Nahrungszufuhr gegen den Stoffwechselstillstand ist. Leben ist Leistung gegen Entropie. Gesundsein ist eine äußerst vielfältige, anfällige Gleichgewichtslage, weit entfernt vom thermodynamischen Gleichgewicht. Es ist ständiges Gesundwerden gegen Absterben.«
  30. Barth redet in KD III/4, 409, auch von dem »Feld [...], wo die eigentlichen Entscheidungen des Willens zur Gesundheit sich auswirken müssen.«
  31. Die »Bescheidenheit« des Arztes ist für Barths Gesprächspartner R. Siebeck von zentraler Bedeutung, vgl. *R. Siebeck*: *Die Medizin in der Verantwortung*, in: ders. / V. v. Weizsäcker: *Die Medizin in der Verantwortung*, Tübingen 1947, 5–25. R. Siebeck könnte hier von M. Kähler beeinflusst sein, vgl. den Hinweis in: *R. Siebeck*: *Medizin in Bewegung. Klinische Erkenntnisse und ärztliche Aufgabe*, Stuttgart<sup>2</sup>1953, 465.
  32. KD III/4, 411.
  33. Die Anspielung auf Jes 40,3f. ist deutlich. Noch deutlicher ist der Bezug zur für Barths Zuordnung von menschlichem Handeln (menschlichem Reden) und göttlichem Handeln (Gottes Reden) bedeutsamen Metapher des »freien Raumes«: »Gilt die Voraussetzung: indem die Kirche redet, will Gott selbst reden, dann steht die Aufgabe in bezug auf dieses Tun in prinzipieller Klarheit vor uns: es muß eben alles getan werden, was durch menschliches Reden getan werden kann, um jenem Reden Gottes freien Raum zu schaffen, den Weg oder Boden zu bereiten, also das menschliche Reden so zu gestalten, daß es dieser Absicht gerecht wird.« (*K. Barth*: *Die christliche Dogmatik im Entwurf*, Bd. 1: *Die Lehre vom Wort Gottes. Prolegomena zur christlichen Dogmatik 1927*, hg. v. G. Sauter, Karl Barth Gesamtausgabe Abt. II, Zürich 1982, 540).
  34. In Anlehnung auch an *P. Becker*: *Prävention und Gesundheitsförderung*, in: R. Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen / Bern u.a. 1997, 517–534, 518f.
  35. Vgl. KD III/4, 408.
  36. So zumindest missverständlich *D. Lanzerath*: Art. »Krankheit«, in: W. Korff / L. Beck u.a. (Hg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloh 1998, 478–485, 483. Besser: ders. (wie Anm. 2), 223f.
  37. Wohl aber an für ihn zentraleren Stellen wie z.B. der Erkenntnis von Gottes Wirklichkeit, vgl. *K. Barth*: *Schicksal und Idee in der Theologie (1929)*, in: ders., *Vorträge und kleinere Arbeiten 1925–1930*, hg. v. H. Schmidt, Karl Barth Gesamtausgabe Abt. III, Zürich 1994, 335–392.
  38. KD III/4, 416.
  39. Vgl. ebd., 414.
  40. Vgl. *M. Seel*: *Der Konstruktivismus und sein Schatten*, in: ders., *Sich bestimmen lassen. Studien zur theoretischen und praktischen Philosophie*, Frankfurt a. M. 2002, 101–122.
  41. Für D. Bonhoeffer ist es eine Verkenning des echten Transzendentalismus Kants, die These, dass es Realität nur unter den Bedingungen ihrer Zugänglichkeit gibt, also als Realität »in bezug auf mich«, in die konstruktivistische These zu verkehren, die Realität sei »durch mich« – und so das Ich zum Schöpfer zu machen. Vgl. *D. Bonhoeffer*: *Akt und Sein. Transzendentalphilosophie und Ontologie in der systematischen Theologie*, hg. v. H.-R. Reuter, DBW 2, München 1988, 28f. 36f.
  42. Schön bei Pöltner (wie Anm. 7), 83: »Gewiß: Ein Gut gibt es für uns Menschen immer nur in unserer wertenden Stellungnahme. Etwas ist immer gut für jemanden. Aber daraus folgt nicht, daß es das ausschließlich durch ihn ist: Es ist nicht unsere wertende Stellungnahme, welche die Gesundheit zu einem Gut macht, und es ist nicht unsere



- Missbilligung, welche die Krankheit zu einem Mangel erhebt.« Ähnlich die kritischen Bemerkungen J. Fischers zur Perspektivität des Menschenbilds: *J. Fischer*: Theologische Ethik und Menschenbild, in: M. Graf / F. Mathwig u.a. (Hg.), »Was ist der Mensch?« Theologische Anthropologie im interdisziplinären Kontext, FS W. Lienemann, Forum Systematik 22, Stuttgart 2004, 337–349.
43. Vgl. dazu *D.B. Morris*: Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis, München 2000, 82f.; *J. Bauch*: Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979–2003, Konstanz 2004.
  44. Vgl. *J. Bengel / M. Belz-Merk*: Subjektive Gesundheitsvorstellungen, in: R. Schwarzer (Hg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, Göttingen / Bern u.a. 1997, 23–41; *J.P. Ziegelmann*: Gesundheits- und Krankheitsbegriffe, in: R. Schwarzer / M. Jerusalem u.a. (Hg.), Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen / Bern u.a. 2002, 149–152; auch *U. Eibach*: Art. »Krankheit VIII. Ethisch«, in: TRE 19 (1990), 701–703, 702.
  45. Vgl. *V. von Weizsäcker*: Medizin und Logik, in: ders., Gesammelte Schriften Bd. 7, Frankfurt a. M. 1987, 334–365, 362f.
  46. *Karl Barth*: Die Lehre von der Schöpfung, Bd. III/2, Zollikon-Zürich 1948, 671–695; ders., Die Lehre von der Schöpfung, Bd. III/3, Zollikon-Zürich 1950, 342–425.
  47. KD III/4, 416f.
  48. KD III/3, 354.
  49. KD III/3, 354f.
  50. KD III/3, 359; nicht umsonst wird auch in der Thematisierung von Krankheit in KD III/4, 421f. auf Blumhardt Bezug genommen (Krankheit als »Exponent gottwirdiger und menschenwirdiger Wirklichkeit«).
  51. Vgl. ebd., 353f. 360–365. Barth sieht schon in der Beachtung aller drei Momente ein heuristisches Mittel, um theologische Positionen zu beurteilen. Er tut dies dabei nicht, ohne selbst Zuordnungen vorzunehmen: »Man kann Übel und Tod darin von der Sünde unterscheiden, daß jene sich zunächst und direkt gegen das Geschöpf, indirekt und eigentlich aber gegen Gott als dessen Schöpfer richten, daß sie umgekehrt zunächst und direkt gegen Gott, eben damit dann aber indirekt auch gegen das Geschöpf selbst richtet.« (ebd., 353)
  52. KD III/4, 418.
  53. Ebd., 419f.
  54. Vgl. *M. Bürklein*: Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmodelle, in: L. Vogt / A. Neumann (Hg.), Sport in der Prävention. Handbuch für Übungsleiter, Sportlehrer, Physiotherapeuten und Trainer, Köln 2005, 5–31. Zum Folgenden dann *J.B. Rotter*: Internal versus external control of reinforcement. A case history of a variable, in: American Psychologist 45 (1990), 489–493; *B.R. Strickland*: Internal-external controll expectancies. From contingency to creativity, in: American Psychologist 44 (1989), 1–12; *J.B. Ruiz-Bueno*: Stress und Kontrollüberzeugung, in: V. Hill Rice (Hg.), Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft, aus dem Amerik. v. A. Hildebrand, Bern 2005, 516–537.
  55. KD III/4, 418f.
  56. KD III/2, 683.
  57. Ebd., 684 (Hervorheb. im Orig.).
  58. Vgl. ebd., 685.
  59. Vgl. ebd., 689.
  60. KD III/4, 426.
  61. Schon von Christus gilt, dass das Bedeutsame seines Leidens darin besteht, *gehorsames* und insofern *gewolltes* Leiden zu sein. Hinsichtlich der Kreuzestat geht Barth deshalb davon aus, dass Christus gerade Subjekt ist, indem er Objekt wird, dass seine Passion letztlich Aktion ist, dass also – in theologischen Begrifflichkeiten gesprochen – die oboedientia passiva in die oboedientia activa eingeschlossen und von ihr her qualifiziert wird: *K. Barth*: Kirchliche Dogmatik. Die Lehre von der Versöhnung, Bd. IV/1, Zollikon-Zürich 1953, 258. 262. 269. 280.
  62. Vgl. KD III/2, 690f.
  63. KD III/4, 424f.
  64. Ebd., 425.
  65. Vgl. 425f.: »Gemeint sein kann nur dies: daß eben die harte, bittere Schale jenes ersten Aspektes, wenn sie aufbricht, wenn also jener Kampf des Glaubens und des Gebetes und der Tat gegen die Krankheit redlich und mit Gottes Hilfe geführt wird, endlich und zuletzt doch diesen Kern enthält und sichtbar macht: daß es dem Menschen gut ist, ein befristetes, ein beeinträchtigt Leben zu leben und dessen dann auch gewahr zu werden, seine Kraft und seine Kräfte, nachdem er sie im Gehorsam geübt und gebraucht, dem wieder zur Verfügung stellen zu müssen, der sie ihm geliehen hat.«
  66. Vgl. ebd., 437 (vgl. oben, Fußnote 61!).
  67. Eine weitaus kritischere Sicht hinsichtlich der Bedeutung Barths für medizinische Ethik mag sich ergeben, wenn man seine Konzeption unter den Leitbegriffen von Autonomie und Freiheit evaluiert, vgl. *R. Baumann-Hölzle*: Autonomie und Freiheit in der Medizin-Ethik. Immanuel Kant und Karl Barth, Freiburg i. Br. / München 1999. Ihre These, dass Barth das menschliche Subjekt auf seine Funktionalität reduziere und Autonomie einseitig in Theonomie auflöse, wird auf dem Hintergrund des Problems zu diskutieren sein, wie sich das, was Theologie als Wirklichkeit reflektiert, zu anderen Wirklichkeitskonzeptualisierungen verhält. Sie selbst folgt der modernitätstheoretisch-kritischen Sicht seit T. Rendtorff, wobei auch differenziertere Positionen wie diejenige M. Moxters aufgenommen

sind. Hier ließe sich auch anders votieren. – Eine sachlich begründete Kritik kann sich, wie bereits Barths Freund R. Siebeck feststellte, an Barths Leib-Seele-Verständnis festmachen: *J. Moltmann*: In der Geschichte des dreieinigen Gottes. Beiträge zur trinitarischen Theologie, München 1991, 185f.

68. Vgl. die Einschätzung des Umbruchs bei *E. Schockenhoff*: Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß, Mainz 1993, 224: »Paracelsus hat damit Gesundheit und Krankheit zum letzten Mal für lange Zeit als Teil einer umfassenden Lebensorientierung des Menschen verstanden. Diese Integration in das letzte Lebensziel des Menschen ging in der Folgezeit in dem Maß verloren, in dem die Gesundheit in der Rangskala möglicher Werte immer höher rückte. Im Lebensgefühl des neuzeitlichen Menschen tritt an die Stelle der religiösen Jenseitsorientierung immer mehr die Hochschätzung der Gesundheit als des obersten natürlichen Gutes, die bis in unser modernes Gesundheitsverständnis hinein wirksam ist.« Zu Hildegard von Bingen und Paracelsus aus medizinhistorischer Sicht vgl. *H. Schipperges*: Homo patiens. Zur Geschichte des kranken Menschen, München / Zürich 1985, 124–157; ders.: Hildegard von Bingen, München 1995. Gerade vom dynamischen Gesundheitsbegriff Barths her dürfte ein Blick auf diese beiden Positionen der Heil- und Naturkunde aufschlussreich sein: Krankheit ist insbesondere nach Hildegard von Bingen als eine der den Menschen lebendig haltenden Kraft, der Grünkraft (*viriditas*) entgegengesetzte Kraft zu denken. Die Lebenskraft hat ihren Ort aber zugleich in einer Ordnung der Tugenden (*virtutes*). Der Gesundheits- bzw. der Krankheitsbegriff hat so von sich aus immer schon ethische und lebensorientierende Implikationen. Zur Abhängigkeitsstruktur menschlichen Daseins bei Paracelsus vgl. *U. Gause*: Aspekte der theologischen Anthropologie des Paracelsus, in: P. Dilg / H. Rudolph (Hg.), Neue Beiträge zur Paracelsus-Forschung, Stuttgart 1995, 59–70.

---

## Autoren

---

*Marianne Grohmann*, Prof. Dr. theol., geb. 1969, ist ao. Professorin für Altes Testament an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien.

*Dieter Heidtmann*, Pfr. Dr. theol., geb. 1963, ist Vertreter der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE) in der Kommission Kirche und Gesellschaft der Konferenz Europäischer Kirchen (KEK) in Brüssel.

*Wolf-Dieter Just*, Prof. Dr. theol., geb. 1941, ist Professor i. R. für Ethik und Sozialphilosophie an der Ev. Fachhochschule RWL Bochum und Lehrbeauftragter an der Fachhochschule Düsseldorf (Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften).

*Hans-Richard Reuter*, Prof. Dr. theol., geb. 1947, ist Professor für Theologische Ethik an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Münster und dort Direktor des Instituts für Ethik und angrenzende Sozialwissenschaften.

*Hans-Martin Rieger*, Dr. theol., geb. 1966, ist Privatdozent an der Theologischen Fakultät der Universität Jena.

*Sibylle Rolf*, Dr. theol., geb. 1972, ist Privatdozentin an der Theologischen Fakultät der Universität Heidelberg; seit 2007 DFG-Stipendiatin an der Universität Durham (England) in einem bioethischen Forschungsprojekt zur Frage nach der Menschenwürde in England und Deutschland mit besonderer Berücksichtigung der Probleme am menschlichen Lebensbeginn.