

## Hartmut Krefß

### **Gesundheit und Krankheit zwischen Geschick, Fremd- und Eigenverantwortung. Patientenautonomie und Gesundheitsschutz als Normen der Ethik heute •**

#### ***Vorbemerkung: Gesundheitsbezogene Grundrechte – in Ethik und Rechtsordnung neu zu bedenken***

Zur Zeit befindet sich der alltägliche Umgang mit gesundheitsbezogenen Fragen im Umbruch. Sogleich soll skizziert werden, dass sich derzeit sogar die Begriffsbildung und der Sinn der Termini „Gesundheit“ und „Krankheit“ verschieben. Vorab sei gesagt, dass meine Überlegungen auf die Profilierung zweier Grundrechte abzielen:

- das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung bzw. die allgemeine Handlungsfreiheit. Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland genießt dieses Recht (Artikel 2 Absatz 1) einen besonders hohen Rang. Angesichts gesundheitsbezogener Themen kommt ihm heutzutage aber eine nochmals höhere Wertigkeit zu.
- das Grundrecht auf Schutz der Gesundheit. Dieses Grundrecht wird im Grundgesetz nicht explizit erwähnt. Dennoch ist die Pflicht des Staates zu betonen, den Schutz der Gesundheit und die gesellschaftliche sowie ökologische Gesundheitsgerechtigkeit strukturell abzustützen. Dies ergibt sich auch daraus, dass die Wahrung von Gesundheit heutzutage einen anderen, und zwar einen gewichtigeren Stellenwert besitzt, als es kulturgeschichtlich der Fall war.

#### ***1. Die Aufwertung des Gutes „Gesundheit“ in der Moderne***

Einige Hintergründe für die gesteigerte Wertschätzung von „Gesundheit“, die in der Moderne zustande kam, seien nun typisierend hervorgehoben.

a) Es ist wohl wesentlich auf die neuzeitlich-moderne Säkularisierung zurückzuführen, dass das irdische Leben und das irdische Wohl der Menschen eine Wertsteigerung er-

---

• Referat auf der Tagung „Was macht krank – was macht gesund? Umwelt und Gesundheit“ am 17. Februar 2009, die vom Helmholtz Zentrum München in Verbindung mit der Evang. Akademie Tutzing veranstaltet wurde.

fahren haben. In der religiösen und kulturellen Vergangenheit dominierte oft die Vorstellung, das „eigentliche“ Leben ereigne sich erst im Jenseits, in der Ewigkeit; das irdische Leben sei lediglich ein Übergang ins Jenseits. Als Beispiel sei nur an die bekannte Kantate von Johann Sebastian Bach aus dem Jahr 1723 erinnert: „Christus der ist mein Leben“ (BWV 95); die Zeilen des Eingangschores lauten: „Sterben ist mein Gewinn; dem tu ich mich ergeben; Mit Freud fahr ich dahin“. Diese Auffassung eines Vorranges des Jenseits vor dem Diesseits, die bei Bach exemplarisch zum Ausdruck gelangt, ist spätestens seit dem 19. Jahrhundert verblasst. Stattdessen sind das irdische Leben und daher auch die Gesundheit im Diesseits, in der jeweils aktuell erlebten Gegenwart als solche viel bedeutsamer geworden. Um den geistigen Wandel nochmals kulturgeschichtlich zu veranschaulichen: Schon im Mittelalter hat sogar die katholische Kirche den Kaiserschnitt als Geburtsverfahren akzeptiert – wesentlich deswegen, weil er die Chance eröffne, todgeweihtes menschliches Leben zu taufen, damit es das ewige Heil erlange. Der Kaiserschnitt wurde oftmals als eine sog. Sarggeburt durchgeführt: Selbst wenn die Mutter schon tot war und das Kind voraussichtlich sterben würde, sollte das Kind für die Ewigkeit getauft werden. Hiervon sticht ab, dass es im 19. Jahrhundert zu einem Anliegen der neuen modernen Geburtskliniken wurde, bei Schwangerschaftsproblemen nicht nur das Leben der Frau, sondern auch das des Kindes zu retten – und zwar für das Diesseits.

An diesem Umbruch wird erkennbar, dass durch die moderne Säkularisierung Jenseitsvorstellungen verblasst sind und der Wert von Gesundheit im Diesseits höher geschätzt wird als zuvor.

b) Darüber hinaus sind Gesundheit und Krankheit in der Moderne zum Gegenstand gezielter methodischer Forschung geworden – bis hin zu den Forschungsansätzen, um die es auf dieser Tagung geht, nämlich der Erforschung von Anlage-Gesundheit-Umwelt-Lebensstil-Verschränkungen. Die Forschung ermöglicht die Bekämpfung von Krankheiten durch zielgerichtete medizinische Interventionen oder durch gezielte Prävention. Zwar hatte auch zuvor, vor dem Siegeszug der naturwissenschaftlich-empirisch fundierten Medizin, die ärztliche Heilkunst den Lebensalltag beeinflusst; dennoch galten Leben und Sterben, Gesundheit und Krankheit in hohem Maß als schicksalhaft oder als von Gott vorgegeben.

In Ausläufern strahlen solche traditionellen religiösen Anschauungen bis heute aus. Noch heute ist im Islam, auch bei westlich enkulturierten Angehörigen des Islam, der Gedanke wirksam, Gott sei allmächtig; zudem sei er der Eigentümer des menschlichen Leibes, so dass Gott selbst das Lebens- und Gesundheitsschicksal bestimme und der Mensch sich dem Willen Gottes zu beugen habe. Eine konkrete Konsequenz: Angehörige des Islam machen bislang kaum davon Gebrauch, eine Patientenverfügung zu verfassen; denn dies wäre eine Selbstbestimmung über Krankheit und Sterben, die in Spannung stünde zum souveränen Willen bzw. zur Allmacht Gottes. Kulturgeschichtlich gesehen besaßen Religionen – nicht nur der Islam – im Blick auf Leben, Gesundheit und Krankheit deterministische Züge. Diese religiöse Bewusstseinshaltung (Vorherbestimmung durch Gott oder durch himmlische Mächte) wirkt heute noch nach, ist gesamt-kulturell aber nicht mehr prägend, sondern vom Gedanken der gesundheitlichen Selbstbestimmung bzw. der Patientenautonomie überlagert worden.

Ein ganz anders gelagerter Sachverhalt, der das Interesse an Gesundheit und Krankheit in der Gegenwart verstärkt, ist der folgende:

c) Die Interventionen in die menschliche Existenz, die der moderne medizinisch-naturwissenschaftliche Fortschritt ermöglicht hat, waren in ihrer Reichweite und Eingriffstiefe noch vor wenigen Jahrzehnten allenfalls eine Utopie und ein visionäres Gedankenspiel gewesen. Als in der Mitte des 20. Jahrhunderts der Philosoph Ernst Bloch in seinem „Prinzip Hoffnung“ über einen „Umbau des Leibes“ spekulierte, war dies bloße Vision. Heute lassen Gentherapie oder Neurochirurgie manches real erscheinen. D.h., die Reichweite und die Eingriffstiefe medizinischer Handlungsoptionen besitzen eine neuartige Dimension.

d) Überhaupt verändert sich der Gesundheitsbegriff als solcher. Dies lässt sich an der Gendiagnostik verdeutlichen, insofern sie die Paradoxie eines „gesunden Kranken“ erzeugt. Gendiagnostisch lassen sich bei einem Menschen Krankheiten voraussagen, die erst in näherer oder in ferner Zukunft manifest werden. Im besten Fall ermöglicht diese Prädiktion, d.h. die gendiagnostisch gestützte Vorhersage einer eventuellen künftigen Krankheit, durch Prävention und durch vorbeugendes Verhalten die Krankheit zu verhindern oder abzumildern. Ohne dies hier näher zu beleuchten – im Kern ist relevant: Bislang dominierte in der Medizin der Handlungstypus der symptombezogenen Diagno-

se und nachsorgenden Therapie, also ein kuratives Verständnis von Krankheit; gegenwärtig wird der kurative von einem prädiktiven und futurischen Krankheitsbegriff überlagert. Dies stellt für das Verständnis von Krankheit und Gesundheit geradezu einen Paradigmenwechsel dar.

e) Solche Verschiebungen schneiden in das menschliche Selbstverständnis, ja in das Menschenbild ein. Daraus mag sich erklären, dass gleichzeitig die Angst wach wird, die medizinische Macht, auf Gesundheit und Krankheit zuzugreifen, drohe den einzelnen Menschen und die Gesellschaft zu überfordern. Diese Sorge hat sich in der Bundesrepublik Deutschland so nachhaltig ausgeprägt, dass das deutsche Recht für die Biomedizin stark auf Verbote setzt. Hierzu ist nur an das faktische Verbot der Präimplantationsdiagnostik zu erinnern, das ich ethisch nicht für überzeugend halte.

So verschieden diese Faktoren sind: nämlich die Aufwertung des Diesseits gegenüber dem Jenseits in der Moderne / gesundheitliche Selbstbestimmung anstelle von Vorherbestimmung / neuartige Eingriffsmacht, Reichweite und Eingriffstiefe der Medizin / prädiktiver bzw. präventiver ergänzend zum kurativen Gesundheitsbegriff / Besorgnis vor kultureller Überforderung, – im Fazit führen sie zu der Einsicht: Für den Einzelnen und für die Gesellschaft ist die Wertigkeit von Gesundheit und Krankheit ganz nach vorne oder nach oben gerückt. In der Logik ethischer Begriffsbildung ist dies auch einleuchtend. Denn für die menschliche Existenz stellt die Gesundheit ein transzendentes oder fundamentales Gut dar. Das Maß an Gesundheit, das der einzelne Mensch erreichen kann, bildet für ihn individuell die Voraussetzung dafür, Werte oder Ziele verwirklichen und gemeinschaftsbezogen handeln zu können. Gesundheit ist ein individuelles oder privates Gut mit elementarer Bedeutung für die Einzelperson. Sekundär ist Gesundheit dann auch ein öffentliches und soziales Gut; denn die Gesundheit der Bevölkerung bietet eine wesentliche Voraussetzung für die gesellschaftliche Wohlfahrt und für die kulturelle oder wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Gemeinwesens.

Die Schlussfolgerung lautet: Wenn Gesundheit ein so gewichtiges individuelles sowie öffentliches Gut bildet, dann ist es geboten, die Verantwortung für sie zu steigern (Von einer sozialetischen Notwendigkeit zur „Steigerung“ von Verantwortung war – mit anderer Zuspitzung – bereits im Jahr 1923 in der Kulturphilosophie Albert Schweitzers

die Rede gewesen). Dieses Postulat richtet sich an die Gesellschaft und den Staat als ganzen, dann aber auch an die einzelnen Menschen.

## ***2. Steigerung öffentlicher Verantwortung für die Gesundheit („Verhältnisprävention“)***

Nun brauche ich hier nicht im einzelnen externe Faktoren zu nennen, die die individuelle Gesundheit beeinflussen, z.B. die Korrelation von Umwelt und Gesundheit. Was die Steigerung öffentlicher Verantwortung anbelangt, so ist meines Erachtens die Vorreiterrolle der Europäischen Union zu würdigen. Rechtspolitisch bildet die REACH-Verordnung einen Durchbruch („Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals“). In dieser Verordnung aus dem Jahr 2007 geht es um die Unbedenklichkeit chemischer Stoffe und Substanzen für Umwelt und Gesundheit. Die EU hat hiermit eine Umkehr der Beweislast vorgenommen, so dass nicht mehr Betroffene oder Geschädigte den Nachweis führen müssen, durch Chemikalien Schaden erlitten zu haben; vielmehr haben Hersteller und Importeure von Substanzen und Stoffen vorab deren Unbedenklichkeit zu belegen. Einzelheiten lasse ich beiseite, da es mir auf den springenden Punkt ankommt: die Umkehr der Beweislast und das Verursacherprinzip, an dem sich das Dokument „REACH“ orientiert. Auf diese Weise hat eine umweltrechtliche Rahmenordnung dem Umstand Rechnung getragen, dass für die Gesundheit der Menschen „Fremdverantwortung“, nämlich öffentliche, staatliche Verantwortung besteht.

Andere Aspekte wären zu ergänzen. So wären die gesundheitlichen Folgewirkungen des Klimawandels zu bedenken, darunter neue Infektionsgefahren oder Gesundheitsschäden durch Hitzesommer in bisher gemäßigten Klimazonen. Hier kann bzw. muss öffentliche Prävention einsetzen, etwa die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen bei hohen sommerlichen Temperaturen, um Gesundheitsschäden und Sterberaten abzuwenden, die für den Hitzesommer 2003 belegt sind. Weiter ausgreifend möchte ich die Korrelation hervorheben, die zwischen dem sozioökonomischen Status von Menschen, also ihrem Bildungsgrad und ihrer sozialen Stellung in der Gesellschaft einerseits und ihrer Gesundheit, ja sogar der Lebenserwartung andererseits besteht. Im Jahr 2007 hat das Robert Koch-Institut einen umfassenden Gesundheitsbericht zur Kinder- und Jugendgesundheit publiziert. Der Bericht belegt die Verschränkung zwischen

Sozialstatus, Bildung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Ein Teilaspekt ist der Gesundheitsstatus in Migrantenfamilien. Für Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien wurde aufgezeigt, dass mangelnde Integration sowie ein geringer Bildungsgrad sich gesundheitlich negativ auswirken, angefangen bei der schlechteren Mundgesundheit bis zur erhöhten physischen Gewaltbereitschaft und zur höheren psychischen Labilität.

Dies alles führt zu dem Schluss, dass einer gezielten Gesundheitspräventions- und Gesundheitsstrukturpolitik bzw. einer „public-health-policy“ künftig eine größere und vor allem eine profiliertere Rolle zufallen muss als bislang. Mit dem zuletzt erwähnten Beispiel – gesundheitliche Nachteile in Migrantenfamilien – wollte ich ins Licht rücken, wie sehr die Gesundheitsstrukturpolitik mit anderen Politikfeldern vernetzt ist. Daher erlangt sie den Status eines Querschnittsthemas. Die öffentliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz ist abgesehen von Umweltpolitik oder Arbeitsschutz z.B. mit Hilfe von Integrations- und von Bildungspolitik zu realisieren.

So sehr diese öffentliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz zu unterstreichen ist (als „Verhältnisprävention“), so ist im gleichen Atemzug zu sagen, dass ebenfalls die eigene Verantwortung der Menschen selbst gesteigert werden sollte (als persönliche „Verhaltensprävention“). Dies resultiert schon allein daraus, dass Gesundheit im Kern ein privates Gut ist, von dessen Pflege die subjektive Lebensqualität abhängt. Daher ist das Individuum für seine Gesundheit persönlich verantwortlich.

### ***3. Steigerung individueller Verantwortung für die Gesundheit***

#### ***(„Verhaltensprävention“)***

Heutzutage stellt die Gesundheit für den Einzelnen nicht mehr in dem Maß Schicksal und Vorgabe dar wie in der Vergangenheit. Kulturgeschichtlich dominierten, wie schon gesagt, metaphysische oder religiöse Anschauungen, die die Allmacht Gottes, das Eigentumsrecht Gottes über den menschlichen Körper oder die Vorherbestimmung Gottes über den Menschen betonten. Diese Vorstellungen sind durchgängig verblasst. Nun darf nicht verkannt werden, dass die subjektive menschliche Entscheidungshoheit über Gesundheit und Krankheit auch heute noch auf Grenzen stößt. Die schicksalhafte Komponente von Gesundheit und Krankheit zeigt sich z.B. an nichttherapierbaren Krankheiten,

Demenz oder Behinderung aufgrund von Unfall oder an solchen Umwelteinflüssen auf die Gesundheit, die sich nicht beherrschen lassen.

Dennoch ist die persönliche Eigenverantwortung ganz neu gefragt. Dies gilt schon deswegen, weil sich gegenwärtig der Umbruch von einem kurativen zu einem prädiktiven und präventiven Gesundheitsverständnis ereignet, den ich erwähnt hatte. Hierfür ist die Gendiagnostik geradezu „das“ Symbol. Inzwischen können Menschen in beträchtlichem Maß Kenntnis über ihre genetische Disposition erlangen, so dass Prädiktionen oder Prognosen über das eventuelle oder wahrscheinliche Ausbrechen künftiger Erkrankungen und sogar über die individuelle Lebenserwartung möglich werden. Man kann diese Vorhersagen als eine Art säkularisierter und medikalisierte Prophetie bezeichnen. Das Spektrum genetischer und sonstiger Prädiktion wird sich künftig noch verbreitern.

Dies fordert den einzelnen Menschen zur Reaktion heraus. Letztlich wird sich jeder künftig fragen müssen, ob er prädiktive / voraussagende Informationen über sich selbst wünscht und inwieweit er es verantworten kann, von seinem Recht auf Nichtwissen Gebrauch zu machen und der genetischen Kenntnis seiner selbst auszuweichen. Aus der Kenntnis des eigenen Genoms entstehen für das Individuum Anschlussfragen, die substantiell seine Lebensplanung betreffen, nämlich ggf. die Berufswahl, die Wahl des Lebenspartners oder die Entscheidung über Fortpflanzung oder darüber, an Nachkommen vorsorglich genetische Diagnostik durchführen zu lassen. Die Präimplantationsdiagnostik, die aus solcher Gesundheitsverantwortung heraus im Einzelfall nahe liegen kann, ist in Deutschland freilich nicht statthaft, so dass erblich belastete Kinderwunschpaare ins Ausland fahren.

Wie immer man die zuletzt angedeutete Spezialfrage der vorgeburtlichen Diagnostik beurteilt: Aus der Verschiebung von einem kurativen zu einem prädiktiven Gesundheitsverständnis wächst den Menschen grundsätzlich ein „Mehr“ an persönlicher Gesundheitsverantwortung zu, aus dem sie nicht entlassen werden können. Denn – in der Abwandlung eines bekannten Wortes von Dürrenmatt gesagt: Dasjenige, was neu erkannt und neu erforscht worden ist, kann nicht mehr zurückgenommen werden. Der medizinisch-naturwissenschaftliche Wissenszuwachs betrifft jeden Einzelnen. Dieser Zuwachs besitzt zwei Seiten. Einerseits erhält der Einzelne die große Chance, durch verantwortungsbasierte Vorsorge vermeiden zu können, dass Krankheiten bei ihm tat-

sächlich ausbrechen werden. Andererseits entstehen für ihn Entscheidungslasten, etwa darüber, ob oder inwieweit er sich einem genetischen Test stellt oder welche persönlichen Konsequenzen er für seinen Lebensstil, für sein Konsum- und Ernährungsverhalten oder für andere Alltagsfragen zieht.

#### ***4. Die Konsequenz: Eine neue Schnittmenge zwischen individueller und öffentlicher Gesundheitsverantwortung***

Diese Entscheidungslasten, die der medizinische Fortschritt den einzelnen Menschen aufbürdet, sollten so weit wie möglich abgefedert werden. Hier gelangt nun wiederum die öffentliche Gesundheitsverantwortung ins Spiel. Um Belastungen und potentielle Überforderungen einzelner Menschen durch die prädiktive Medizin abzumildern, ist eine strukturelle Konsequenz zu ziehen, der das hiesige Gesundheitssystem bislang aber nur eingeschränkt Genüge geleistet hat, nämlich der Ausbau medizinischer, darunter genetischer, sowie psychosozialer Beratung. Eine solche Beratung sollte in einer freiheitlichen Gesellschaft selbstverständlich ergebnisoffen erfolgen, so dass einzelne Menschen sich auf der Basis von Information, Aufklärung und Beratung im Horizont ihrer eigenen Überzeugungen und Wertvorstellungen entscheiden, ob sie z.B. prädiktive Tests in Anspruch nehmen. Grundsätzlich ist aber festzuhalten: Das öffentliche Gesundheitswesen vermag die persönliche Gesundheitsverantwortung der einzelnen Menschen durch Information, Beratung und Begleitung zu unterstützen; und es sollte sich dieser Aufgabe verstärkt annehmen.

Dabei darf allerdings nicht verkannt werden, dass an dieser Stelle – im Schnittfeld von individueller und öffentlicher Gesundheitsverantwortung – auch neues Konfliktpotential aufbricht.

#### ***5. Darf der Staat dem einzelnen Menschen eine „Pflicht zur Gesundheit“ zumuten?***

Zur Verdeutlichung nenne ich nur einen einzelnen Streitfall, der in der Bundesrepublik vor ca. zwei Jahren bereits eine Rolle gespielt hatte. Auch in der Bundesrepublik Deutschland wird inzwischen in bestimmtem Umfang prädiktive und präventive Brustkrebs- oder Darmkrebsdiagnostik angeboten. Diese Screeningangebote werden in der Bevölkerung in unterschiedlichem Maß genutzt. Sofern einzelne Menschen die Vorsor-



geangebote nun aber ausschlagen – dürfen für den Fall, dass sie erkranken, ökonomische Sanktionen greifen, weil sie die Prävention abgelehnt haben? Darf die Kasse z.B. die Erstattung der Behandlungskosten reduzieren, weil die Krankheit aufgrund des Unterlassens der Prävention partiell selbst verschuldet sei?

Diese komplexe Thematik kann ich hier nicht detailliert diskutieren. Im einzelnen entstehen schwierige Grenzziehungsprobleme; und es sind Zusatzargumente zu berücksichtigen, etwa der Sachverhalt, dass eine präventive Tumordiagnostik prognostische Unsicherheiten besitzt und auch nicht absolut risikolos ist. Im Kern ist meines Erachtens zu sagen, dass die persönliche Gesundheitsvorsorge in der Regel nicht zur *Rechtspflicht* erklärt werden darf; für den Fall der Krankheit sollten keine finanziellen Sanktionen drohen. Würde der Staat in zu hohem Umfang Maßnahmen der persönlichen Gesundheitsvorsorge rechtlich verbindlich machen („präventiver Zwang“), wäre ein Rückfall in ein staats- und medizinpaternalistisches Gesundheitsverständnis und in einen überdehnten Fürsorgestaat die Folge. Sehr weit geht es, wenn die Öffentlichkeit bzw. der Staat es Menschen abverlangt, vor einer Eheschließung aus Rücksicht auf die Nachkommen bestimmte Krankheitsbelastungen gendiagnostisch abzuklären. Dies ist in Zypern aufgrund von Vorgaben der orthodoxen Kirche der Fall. In Israel wird Ehemännern bereits seit zwei Jahrzehnten auf bestimmte erblich bedingte Krankheitsbilder ein genetischer Test nahegelegt. Jedoch sollte aus ethischen und in einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung auch aus verfassungsrechtlichen Gründen jeder Sozial-, Staats- oder Medizinpatriarchalismus konsequent vermieden werden. Statt dessen ist an das Recht des Individuums auf Freiheit und Selbstbestimmung anzuknüpfen. Demzufolge sollten staatliche Initiativen so ansetzen, dass sie die einzelnen Menschen dazu befähigen, mit ihrer Gesundheit eigenverantwortlich umzugehen. Daher ist zum Beispiel wünschenswert,

- wie bereits erwähnt: die gesundheitsbezogene medizinische und psychosoziale Beratung auszubauen;
- Es ist sehr viel mehr Wert auf Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung zu legen. So ist die Option zu bedenken, Gesundheitskunde als eigenes Schulfach oder als Querschnittsfach einzuführen. Die Umbrüche im Verständnis von Gesundheit und Krankheit sind gegenwärtig so weitreichend, dass sich Reformbedarf für die Struktur des Schulwesens, für den Kanon der Schulfächer und für die Inhalte des

Schulunterrichts ergibt. Anregungen können auch aus anderen europäischen Staaten, etwa aus dem schwedischen Modell der Schulgesundheitspflege mit Hilfe von school health nurses gewonnen werden.

### **6. Fazit: Selbstbestimmung und Gesundheitsschutz als Leitbilder**

Das Thema, dem ich auf dieser Tagung nachzugehen hatte, enthielt eine Trias: Gesundheit und Krankheit „zwischen Geschick, Fremdverantwortung und Eigenverantwortung“. Um eine Schneise durch das Dickicht zu schlagen, das mit dieser Trias gegeben ist, ist die ethische Logik der beiden Grundrechte hilfreich, die ich hervorhob.

a) Einschlägig ist das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung. Gesundheit und Krankheit betreffen den Kernbereich der menschlichen Selbstdeutung und Lebensführung. Daher gilt für gesundheitsbezogene Fragen das Selbstbestimmungsrecht. In Anbetracht des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit erhält das Selbstbestimmungsrecht heutzutage sogar zusätzliche Pointen und ist es ganz neu durchzudeklinieren. Aus ihm ergeben sich

- neuartige Abwehrrechte, z.B. das Recht auf Nichtwissen um das eigene Genom,
- aber auch Pflichten, nämlich die persönliche bzw. die moralische Pflicht (allerdings in der Regel nicht die Rechtspflicht!), sich gesundheitsgerecht zu verhalten, um freiwillig Präventionsangebote in Anspruch zu nehmen, die das Gesundheitswesen vorhält.

b) Neu bedeutsam wird gegenwärtig das Grundrecht auf Gesundheitsschutz und auf gesundheitliche Versorgung. Das Recht der Menschen auf Gesundheitsschutz nimmt den Staat in die Pflicht, Gesundheitsgefahren abzuwehren – bahnbrechend war hierin die REACH-Verordnung der EU – sowie präventive Gesundheitsstrukturpolitik zu realisieren. Der Gesundheitsschutz ist in verschiedenen Menschenrechtskonventionen oder in EU-Dokumenten verankert, z.B. in der Europäischen Sozialcharta von 1961 (Art. 11), in der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 (Art. 24) oder in der Grundrechtscharta der EU von 2000. Dies erfolgte aus gutem Grund. Denn Gesundheit zählt zu den fundamentalen Gütern des Menschseins. Im Bonner Grundgesetz, das vor 60 Jahren in Kraft trat, ist der Gesundheitsschutz freilich nur implizit enthalten; er lässt sich aus Artikel 2 Absatz 2 ableiten, der den Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrt-

heit garantiert. Explizit wird das Grundrecht auf Gesundheitsschutz im Grundgesetz noch nicht genannt. Der Sache nach ist es an der Zeit, dies durch eine Verfassungsergänzung zu korrigieren. Denn für heutige Güterabwägungen und im heutigen Bewusstseinshorizont kommt der „Gesundheit“ als Schutzgut sowie der gesundheitlichen Versorgung als Schutzzweck, auf den Staat und Gesellschaft verpflichtet sind, ein noch höherer Stellenwert zu als in der Vergangenheit.

*Verfasser:*

Prof. Dr. Hartmut Kreß  
Universität Bonn  
Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik  
Am Hof 1, 53113 Bonn  
Internet: <http://www.sozialethik.uni-bonn.de>  
mail: [hkress@uni-bonn.de](mailto:hkress@uni-bonn.de)