Ethik Med (2021) 33:71–88
https://doi.org/10.1007/s00481-021-00608-3

ORIGINALARBEIT

Wohlergehen – mehr als nur Gesundheit?

Anna Hirsch

Eingegangen: 26. Oktober 2020 / Angenommen: 3. Dezember 2020 / Online publiziert: 9. Februar 2021
© Der/die Autor(en) 2021

Zusammenfassung Das medizinethische Prinzip der Fürsorge richtet sich auf das Wohlergehen von Patientinnen. Im klinischen Kontext liegt der Fokus häufig auf der Linderung von Schmerzen, der Beseitigung von Symptomen sowie der Wiederherstellung körperlicher Funktionen. Welche Bedeutung diese gesundheitsbezogenen Aspekte für das allgemeine Wohlergehen von Patientinnen haben, hängt jedoch auch von persönlichen Wertvorstellungen, Wünschen und Lebensplänen ab. Eine Überbetonung der subjektiven Sicht von Patientinnen auf ihr Wohlergehen würde allerdings zu einer starken inhaltlichen Annäherung der beiden medizinethischen Prinzipien der Fürsorge und des Respekts der Autonomie führen und wäre darüber hinaus nicht mit den Leitlinien ärztlichen Handelns vereinbar. Eine rein objektive Sicht auf das Patientenwohl birgt umgekehrt die Gefahr, einzelnen Patientinnen Wertvorstellungen aufzudrängen, die sie nicht teilen, und ihnen durch vermeintlich fürsorgliches Handeln mehr zu schaden als zu nutzen. Durch eine genauere Analyse des Verhältnisses zwischen gesundheitsbezogenem und allgemeinem Wohlergehen zeigt der vorliegende Beitrag auf, dass Gesundheit nur einen relativen Wert für unser allgemeines Wohlergehen besitzt. Eine besondere Bedeutung kommt dabei elementaren Gesundheitsgütern wie einem intakten Herz-Kreislauf-System oder funktionsfähigen Lungen zu, da sie unabhängig von individuellen Präferenzen und Lebensplänen geschätzt werden und somit als objektiv wertvoll gelten können.

Schlüsselwörter Wohlergehen · Gesundheit · Fürsorge · Autonomie · Individualität

A. Hirsch, M.A. (✉)
Münchner Kolleg für Ethik in der Praxis, Ludwig-Maximilians-Universität München, Schellingstr. 10, 80799 München, Deutschland
E-Mail: Anna.Hirsch@lrz.uni-muenchen.de

Well-being—more than health?

Abstract
Definition of the problem The medical-ethical principle of beneficence is directed towards the well-being of patients. In clinical practice, the focus is often on the relief of pain, the elimination of symptoms and the restoration of bodily functioning. However, the significance of these health-related aspects for the overall well-being of patients also depends on individual values, desires, and life plans.
Argumentation An overemphasis on the subjective perspective of patients on their well-being would admittedly lead to a strong substantial convergence of the two medical-ethical principles of beneficence and respect for autonomy. In addition, it would not be compatible with some of the guiding principles of the medical profession. A mere objective perspective on patient well-being conversely carries the danger of imposing values on individual patients that they do not share. Consequently, actions that are intended to benefit patients instead harm them.
Conclusion Through a more detailed analysis of the relationship between health-related and overall well-being, this paper shows that health is only a relative value in our overall well-being. Basic health-related goods like a sound cardiovascular system or fully functioning lungs have special standing because they are seen as valuable independently of individual preferences and life plans, which means they are of objective value.

Keywords Well-being · Health · Beneficence · Autonomy · Individuality

Einleitung: Begriffliche und konzeptuelle Unklarheiten

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts."

Unabhängig davon, ob dieser Aphorismus tatsächlich von Arthur Schopenhauer stammt oder nicht, bringt er ein Alltagsphänomen zum Ausdruck, das sich nur allzu häufig beobachten lässt. Die wenigsten Menschen streben im Leben nach der Maximierung ihrer eigenen Gesundheit, so wie sie im medizinischen Sinne verstanden wird – darin ist Robert Veatch (2009) fraglos zuzustimmen. Viele Menschen rauchen und trinken regelmäßig Alkohol, aber gehen weniger regelmäßig zu ärztlichen Kontrolluntersuchungen. Während sich die einen zu wenig bewegen und ungesund ernähren, betreiben die anderen Extremsportarten und machen fragwürdige Diäten. Den meisten geht es dabei um die Maximierung ihres allgemeinen Wohlergehens; darum, ein erfülltes Leben zu führen oder eigene Lebenspläne zu realisieren. Eine gewisse Paradoxie liegt darin, dass für die Erfüllung des ein oder anderen Wunsches, Genusses oder Lebensplans Gesundheitsrisiken eingegangen werden, eine Art „Grundgesundheit" jedoch Voraussetzung für jeglichen Lebensentwurf, ja für Handlungsfähigkeit allgemein zu sein scheint.

So mag es nicht verwundern, dass Ärztinnen[1] und Pflegende oftmals mit Patientenwünschen konfrontiert sind, die ihnen vor dem Hintergrund ihrer medizinischen Ausbildung als irrational erscheinen, und die ausschließlich im größeren Kontext des Lebens ihrer Patientinnen Sinn ergeben. Da es sich bei der Medizin um einen Heilberuf handelt, der sich den Werten der Gesundheit, der Lebenserhaltung und des Patientenwohls verschrieben hat, wird Ärztinnen in Studium und Ausbildung ein Verständnis von Wohlergehen vermittelt, das sich auf Gesundheit im Sinne körperlicher Funktionalität und der Beseitigung von Symptomen konzentriert (Veatch 2009, S. 38; Shelp 1982, S. 218f.; Klemperer 2006, S. 63, 73f.; Birnbacher 1999, S. 26f.).[2] Dieser Fokus ist fraglos verständlich, da sich die Medizin ja gerade über die Heilung kranker Menschen definiert. Allerdings führt er notwendigerweise zu Uneinigkeiten zwischen Ärztinnen und Patientinnen, die nicht nur den geeigneten Behandlungsweg, sondern auch das Behandlungsziel betreffen können. Konflikte, die sich auf Letzteres beziehen, sind nur schwer auflösbar, da sie oftmals auf unterschiedlichen Werthaltungen beruhen. Während Ärztinnen aufgrund ihrer berufsspezifischen Rolle stets den Wert der Gesundheit stark machen müssen, messen Patientinnen, wie eingangs aufgezeigt, anderen Gütern teilweise eine höhere Bedeutung für ihr Wohlergehen bei als ihrer Gesundheit (Groll 2011, S. 31).

Wie aber verhalten sich gesundheitsbezogenes und allgemeines Wohlergehen zueinander? Diese Frage zu klären, die für medizinethische Debatten um Patientenwohl höchst relevant ist, ist Ziel dieser Arbeit. Eine genauere Betrachtung des Verhältnisses zwischen gesundheitsbezogenem und allgemeinem Wohlergehen wird zeigen, dass Gesundheit nur einen relativen Wert für unser Wohlergehen besitzt. Als besonders relevant für die Analyse werden sich elementare Gesundheitsgüter erweisen, die unabhängig von individuellen Präferenzen oder Lebensplänen bedeutsam sind.

Veatch (2009) macht sich stark für eine „neue Medizin", in der Patientinnen als Expertinnen für ihr eigenes Wohl angesehen werden und die Rolle von Ärztinnen auf die Vermittlung wichtiger Informationen, die Diagnose und Prognose sowie die Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten beschränkt wird. „Vernünftige Personen", so Veatch, streben nicht nach der Maximierung ihrer Gesundheit – besonders dann, wenn sie dafür Abstriche in anderen ihnen wichtigen Lebensbereichen machen müssen. Dieser Tatsache wird die Medizin, die sich lange einer „death-fighting perspective" verschrieben habe, jedoch nicht gerecht (Veatch 2009, S. 38). Das „medical well-being", wie Veatch es nennt, macht ihm zufolge allerdings nur einen Teilbereich unseres gesamten Wohlergehens aus. In welchem Verhältnis es zu anderen Aspekten des umfassenden Wohlergehens steht, hängt von individuellen Präferenzen ab, und kann demnach laut Veatch nicht von Ärztinnen allein entschieden werden (Veatch 2009, S. 36, 57, 99f.).

[1] Im vorliegenden Beitrag werden durchgehend feminine Nomen und Pronomen verwendet, die sich allerdings auf Personen jedweden Geschlechts beziehen. Die einzige Ausnahme bilden zusammengesetzte Begriffe, zum Beispiel Patientenautonomie, Patientenwohl oder Patientenwunsch, die sich in der maskulinen Form etabliert haben. Allerdings gilt auch hier wieder, dass sie alle Geschlechter umfassen.

[2] Im Folgenden liegt der Fokus auf der klinischen Medizin als der patientenbezogenen Ausübung der Heilkunde.

Aber stellt Gesundheit tatsächlich nur einen Teilaspekt unseres gesamten Wohlergehens dar, der als isoliert von anderen Lebensbereichen wie unseren sozialen Beziehungen oder unserem beruflichen Erfolg zu betrachten ist? Handelt es sich nicht vielmehr, wie der zweite Teilsatz des Sprichworts nahelegt („ohne Gesundheit ist alles nichts"), um eine Voraussetzung von Wohlergehen und Erfolg in sämtlichen Lebensbereichen? Messen wir der Gesundheit nicht auch einen intrinsischen Wert bei?

Die medizinethische Literatur liefert zu diesen Fragen kaum Antworten. Denn abgesehen von Veatch unterscheiden nur wenige andere Autorinnen zwischen dem allgemeinen und dem gesundheitsbezogenen Wohlergehen (u. a. Bester 2020; Kittay 2007; Pellegrino 2001; Pellegrino und Thomasma 1988). Insgesamt finden sich in der medizinethischen Literatur kaum Hinweise darauf, was unter „Wohlergehen" oder „Patientenwohl" genau zu verstehen ist. Der Fokus liegt vielmehr auf der Frage, welche (ärztlichen) Pflichten sich aus dem Fürsorgeprinzip ergeben und wie diese gegenüber Patientenwünschen zu gewichten sind – so auch im Standardwerk der Medizinethik, den *Principles of Biomedical Ethics* von Tom L. Beauchamp und James F. Childress. Demgegenüber widmet sich die mit der Wohlergehensdebatte verwandte Diskussion um Lebensqualität in der Medizin sehr wohl der Frage nach der Bedeutung von Lebensqualität im medizinischen Kontext (u. a. Bullinger 2014, 2016; Schmidhuber 2016; Linde 2018).

Erschwert wird die Suche nach einem differenzierteren Wohlergehensverständnis zusätzlich durch die unübersichtliche Begriffslandschaft – sowohl in der deutschsprachigen als auch in der englischsprachigen Literatur. Während sich im angloamerikanischen Raum für das medizinethische Prinzip der Terminus des „Principle of Beneficence" etabliert hat, wird dieses in der deutschsprachigen Literatur uneinheitlich als „Prinzip der Fürsorge", „Prinzip des Wohlergehens" oder „Prinzip des Wohltuns" bezeichnet. Das ist insofern problematisch, als sich „Wohlergehen" und „Wohltun" ebenfalls auf den Gegenstand des Fürsorgeprinzips, nämlich das „well-being" oder den „welfare" der Patientin beziehen können. In diesem Zusammenhang ist wiederum auch die Rede von der „Lebensqualität" („quality of life") oder dem „guten Leben" („good life") der Patientinnen. Sowohl die begriffliche Vielfalt als auch die definitorischen Ungenauigkeiten sorgen zweifellos für zusätzliche Unklarheiten in der Debatte um Fürsorgeprinzip und Patientenwohl. Für das „Principle of Beneficence" soll im Folgenden deshalb ausschließlich die Bezeichnung „Fürsorgeprinzip" verwendet werden. Es bezieht sich auf das Patientenwohl, das in den folgenden Ausführungen synonym mit „Wohlergehen" und „Lebensqualität" gebraucht wird.

Denn das ursprünglich aus den Sozialwissenschaften stammende Konzept der Lebensqualität, das seit den Siebzigerjahren auch in der Medizin etabliert ist, stellt ebenfalls ein multidimensionales Konstrukt dar, das neben der Gesundheit noch weitere Dimensionen des menschlichen Lebens, beispielsweise emotionale und soziale Aspekte, berücksichtigt (Bullinger 2014, S. 98f.). Eine weitere Gemeinsamkeit der beiden Konzepte ist, dass sie gleichermaßen allgemein, gesundheitsspezifisch und im Falle der Lebensqualität auch krankheitsspezifisch verstanden und konzipiert werden (Woopen 2014). Zudem spielt die Frage nach den subjektiven und objektiven Anteilen in der Lebensqualitätsdebatte ebenfalls eine Rolle. Allerdings überwiegt

das Verständnis von Lebensqualität als subjektiv wahrgenommener und bewerteter Zustand von Patientinnen, da die Stärkung der Patientensicht auf die eigene Gesundheit und das eigene Wohlergehen ein Grund für die Einführung des Konzepts in der Medizin war (Bullinger 2016, S. 175f.; Linde 2018, S. 66). Die Lebensqualitätsforschung unterscheidet sich jedoch insofern von den folgenden Überlegungen zu Wohlergehen, als sie auch die empirische Erfassung von Lebensqualität, beispielsweise mittels Fragebögen, die u. a. in der Epidemiologie, der Therapieevaluation und der Gesundheitsökonomie zum Einsatz kommen, zum Ziel hat (Bullinger 2016, S. 175).

Eine Gleichsetzung von „Wohlergehen“ mit dem „guten Leben“ wird dagegen abgelehnt, da es das Konzept des Wohlergehens aus Gründen, die an dieser Stelle nicht weiter erläutert werden können, übersteigt. Auf das Verhältnis zwischen allgemeinem und gesundheitsbezogenem Wohlergehen wird im Laufe des Papers noch näher eingegangen. Zum besseren Verständnis sei jedoch bereits gesagt, dass sich das allgemeine Wohlergehen auf sämtliche Lebensbereiche und Faktoren bezieht, die zum Wohlergehen einer Person beitragen, während das gesundheitsbezogene Wohlergehen ausschließlich medizinische Aspekte umfasst, die im Zusammenhang mit der Gesundheit[3] der betreffenden Person stehen, etwa die Funktionsfähigkeit ihrer Organe oder ihres Bewegungsapparates.

Es deutet sich bereits an, dass die Kategorien von Objektivität und Subjektivität für die Definition des Patientenwohls eine Rolle spielen. Da dieses Spannungsverhältnis im Rahmen der philosophischen Wohlergehensdebatte ausführlicher thematisiert wurde als in der Medizinethik, sollen relevante Aspekte im dritten Abschnitt dargestellt werden. Um den Bezug zum medizinethischen Interesse am Patientenwohl nicht zu verlieren, wird es zuvor jedoch um das Prinzip der Fürsorge gehen.

Das Fürsorgeprinzip in der Medizinethik

Wie das Nichtschadensprinzip wurzelt auch das Fürsorgeprinzip in der hippokratischen Tradition. Die Ärztin soll ihre Machtfülle ausschließlich zum Wohle der Patientin einsetzen. So heißt es im Eid des Hippokrates: „Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken *nach meinem Vermögen und Urteil*, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichem Schaden und Unrecht.“[4] Während ärztliche Kenntnisse und Urteilskraft betont werden, ist von der Partizipation der Patientinnen keine Rede. Diese Art des Paternalismus wird auch als „benevolenter Paternalismus“ bezeichnet, wodurch die Verbindung zum Fürsorgeprinzip hervorgehoben wird (Hoff 2014, S. 24; Steger 2008, S. 33).

[3] Hinsichtlich der Bedeutung der Konzepte „Gesundheit“ und „Krankheit“ hat sich in der Philosophie eine weitreichende Debatte entwickelt (siehe Schramme 2012), auf die im vorliegenden Beitrag nicht eingegangen werden kann. Ist im Folgenden die Rede von Gesundheit oder gesundheitsbezogenem Wohlergehen, so ist damit im Wesentlichen ein biologisch-funktionales Verständnis von Gesundheit gemeint, das sich an der medizinischen Indikationsstellung, Symptomen, der physischen und psychischen Funktionsfähigkeit etc. orientiert. Auf diese Weise wird die Differenz zum allgemeinen Wohlergehen zusätzlich betont.

[4] Für den Hippokratischen Eid siehe Schott (2006).

Die Paternalismusproblematik wird in der Medizinethik häufig im Kontext des Fürsorgeprinzips thematisiert. So widmen auch Beauchamp und Childress (2019) in den *Principles* unter der Überschrift *Paternalism: Conflicts between Beneficence and Respect for Autonomy* einen Großteil ihres Kapitels zur *Beneficence* dieser Thematik.

Treten im klinischen Alltag Konflikte zwischen dem Prinzip des Respekts der Autonomie und dem der Fürsorge auf, so hängt der Umgang mit ihnen nicht nur vom zugrunde gelegten Autonomieverständnis ab, sondern ebenso vom Gegenstand des Fürsorgeprinzips. Die ärztliche Fürsorge richtet sich, wie bereits erwähnt, auf das Wohlergehen der Patientinnen. Folglich ist es für das ärztliche Handeln entscheidend, was unter Wohlergehen zu verstehen ist. Umso erstaunlicher scheint es, dass es keine medizinethischen Wohlergehenstheorien gibt. Selbst der für die Medizinethik so zentrale Begriff der Fürsorge wird häufig nur am Rande und sehr spärlich definiert. Beauchamp und Childress etwa verstehen „beneficence" in einem sehr allgemeinen Sinne als „all norms, dispositions, and actions with the goal of benefiting or promoting the well-being of other persons" (Beauchamp u. Childress 2019, S. 217f.). Sie gehen nicht weiter darauf ein, was es heißt, das Wohlergehen anderer Menschen zu fördern, sondern konzentrieren sich vielmehr darauf, welche Pflichten sich aus dem Fürsorgeprinzip ergeben und wie sich diese von Nichtschadensverpflichtungen unterscheiden. Eine ähnlich allgemeine Formulierung findet sich bei Veatch: „*Beneficence* is the philosopher's word that simply means doing the good" (Veatch 2009, S. 60).

Während Beauchamp und Childress das Fürsorgeprinzip als gleichberechtigtes Prinzip neben den drei anderen medizinethischen Prinzipien verstehen, wird ihm von anderen Medizinethikerinnen, etwa von Edmund D. Pellegrino und David C. Thomasma (1988), eine Vorrangstellung eingeräumt. Das Prinzip, dem Patientenwohl zu dienen, ist Pellegrino (2001) zufolge als das *erste* Prinzip der Medizin, unter das alle weiteren Prinzipien fallen, anzusehen. Die Hegemonie des Fürsorgeprinzips wird auch mit der spezifischen Helferrolle von Ärztinnen und anderen Pflegeberufen erklärt. Es handelt sich um eine Fürsorgepflicht qua Profession, die sich aus dem Status der Patientinnen als Hilfesuchenden ergibt (Pellegrino und Thomasma 1988, S. 76).

Fürsorgliches Handeln ist fraglos eines der moralischen Ideale, die die medizinische Praxis anleiten. Denn wie andere Professionen liegen der Medizin moralische Ideale zugrunde, die als Handlungsorientierung für die in der Profession Tätigen dienen, die aber durch gesellschaftliche Vorstellungen davon, was Medizin leisten soll und kann, definiert werden (Emanuel 1991, S. 6f.). Dazu zählen eben auch der Schutz, die Förderung und die Wiederherstellung des Patientenwohls. Allerdings ist, wie bereits angedeutet, nicht klar, ob die Medizin ausschließlich dem gesundheitsbezogenen oder auch dem allgemeinen Wohlergehen von Patientinnen dienen kann und soll – und damit verbunden, worauf sich das Fürsorgeprinzip konkret richtet.

Wohlergehen in der Philosophie

Die Philosophie beschäftigt sich seit ihren Anfängen mit der Frage nach dem Guten im Leben eines Menschen und damit verwandten Konzepten wie der Eudämonie

oder dem gedeihlichen Leben (engl. „flourishing“). Thematisiert wird nicht nur, was das Leben eines Menschen in einem moralischen Sinne gut macht, sondern auch, was das Leben *gut für* einen Menschen macht. Dinge im Leben eines Menschen, die sich durch diese „gut für“-Relation auszeichnen, werden im angloamerikanischen Raum auch als „prudential values“ bezeichnet. Auch Wohlergehen wird auf diese indexikalische Weise gebraucht, weshalb es in der Philosophie als „prudential good“ beziehungsweise sogar als der zentrale „prudential value“ angesehen wird: Es geht demnach nicht darum, was generell, also objektiv gesehen, gut ist, sondern darum, was *gut für* eine bestimmte Person ist (Arneson 1999, S. 113; Crisp 2017; Hawkins 2014, S. 507f.; Sumner 1995, S. 767; Tiberius 2015, S. 158).

Ausgehend von dieser Frage haben sich in der Philosophie drei Haupttypen von Wohlergehenstheorien entwickelt, die Derek Parfit (1986) in *Reasons and Persons* erstmals klar unterscheidet und benennt:

> There are three kinds of theory. On Hedonistic Theories, what would be best for someone is what would make his life happiest. On Desire-Fulfilment Theories, what would be best for someone is what, throughout his life, would best fulfil his desires. On Objective List Theories, certain things are good or bad for us, whether or not we want to have the good things, or to avoid the bad things (Parfit 1986, S. 493).

Im Laufe der Zeit haben sich nicht nur innerhalb dieser Kategorien zahlreiche Theorien herausgebildet, sondern es entstand darüber hinaus eine Vielzahl hybrider Theorien, die Elemente der drei Hauptrichtungen beinhalten und kombinieren. Für die Fragestellung des vorliegenden Beitrags ist das sich abzeichnende Spannungsverhältnis zwischen einem subjektiven und einem objektiven Wohlergehensverständnis besonders interessant.[5] Während Wunscherfüllungstheorien und verwandte Theorien Wohlergehen von individuellen Haltungen, Vorlieben und Abneigungen abhängig machen, verneinen Objektive-Listen-Theorien und ähnliche Theorien diese Abhängigkeit und benennen Aspekte, die unabhängig von persönlichen Präferenzen und Wertvorstellen zum Wohlergehen beitragen. Hedonistische Theorien lassen sich dagegen nicht eindeutig dem subjektiven oder dem objektiven Lager zuordnen. Hierzu gibt es verschiedene Meinungen. So wird der Hedonismus teils als monistische Objektive-Listen-Theorie angesehen, die lediglich ein Objekt, nämlich Freude, als wertvoll für Wohlergehen erachtet (Crisp 2017; Fletcher 2016, S. 148–150). Wird Freude jedoch als emotionale Reaktion auf die Erfüllung persönlicher Wünsche verstanden, so sind hedonistische Theorien als subjektiv einzustufen (Bester 2020, S. 53).

[5] Während in der Wohlergehensdebatte die meisten Autorinnen nicht erläutern, in welchem Sinne sie die beiden Kategorien der Subjektivität und der Objektivität verwenden, verweist Thomas Schramme (2017) darauf, dass diese sowohl ontologisch als auch evaluativ verstanden werden können. Das ontologische Verständnis betrifft die Frage nach der Zustandsart von Wohlergehen („what kind of condition or state well-being is: a mode of consciousness or existence“), wohingegen sich das evaluative Verständnis auf die Bewertungsperspektive von Wohlergehen bezieht (subjektive oder objektive Bewertungskriterien) (Schramme 2017, S. 162–164). Auch wenn Schrammes Unterscheidung im vorliegenden Beitrag nicht explizit aufgegriffen wird, liegt der Fokus der Überlegungen auf einem evaluativen Verständnis der beiden Kategorien.

Da der Hedonismus im Folgenden nur am Rande von Bedeutung sein wird, kann diese Frage offengelassen werden. Dringlicher ist die Frage nach der Einordnung der Gesundheit bzw. des gesundheitsbezogenen Wohlergehens.

Zusammenführung von Medizinethik und Philosophie

Für eine erste Annäherung zwischen dem medizinethischen Fürsorgeprinzip und den philosophischen Wohlergehenstheorien soll die bereits getroffene Unterscheidung zwischen allgemeinem und gesundheitsbezogenem Wohlergehen zunächst ausgeblendet werden. Nehmen wir weiterhin an, dass sich das Fürsorgeprinzip auf das Wohlergehen von Patientinnen richtet, so ergeben sich im Wesentlichen zwei mögliche Perspektiven: Nach der ersten, der subjektiven Sichtweise hängt das Patientenwohl ausschließlich von den Wünschen, Zielen und Wertvorstellungen der jeweiligen Patientin ab. Was ihrem Wohlergehen zuträglich ist und was nicht, ob in gesundheitlicher oder in anderer Hinsicht, bestimmt sich somit allein anhand ihrer eigenen Vorstellungen und persönlichen Präferenzen. Eine Ärztin ist dementsprechend erst dann in der Lage, ihrer Fürsorgepflicht nachzukommen, wenn sie die Sichtweise der Patientin auf deren eigenes Wohl kennt. Auch der Nutzen einer Behandlung bemisst sich dann anhand der von der Patientin subjektiv wahrgenommenen Steigerung ihres Wohlergehens. Demgegenüber handelt es sich gemäß der zweiten, der objektiven Sichtweise beim Patientenwohl um eine objektive Größe: Was dem Wohlergehen einer Patientin zuträglich ist und was nicht, bestimmt sich ausschließlich anhand einer Reihe objektiver Kriterien. Sie bilden die Grundlage der ärztlichen Fürsorgepflicht und sind damit neben der medizinischen Indikation entscheidend für die Frage, ob eine Behandlung durchgeführt werden soll oder nicht. Ob diese mit dem Wohlergehensverständnis der Patientin, mit ihren persönlichen Wertvorstellungen, ihren Lebensplänen und Wünschen vereinbar ist, spielt hingegen keine Rolle.[6]

An welcher der beiden Sichtweisen sollten sich ärztliche Fürsorgepflichten orientieren? Und ist es überhaupt nötig, sich für eine der beiden zu entscheiden, oder ist es möglich, das Spannungsverhältnis durch eine einende Perspektive aufzulösen?

Becky C. White (1994) spricht sich dezidiert für ein rein subjektives Verständnis von Wohlergehen im medizinischen Kontext aus. Während Objektive-Listen-Theorien ihr zufolge immer unvollständig bleiben müssen, bieten Wunscherfüllungstheorien die beste Handlungsanleitung für das Gesundheitspersonal, nämlich die, Patientinnen nach ihren Wünschen zu befragen. Dass sich Wunscherfüllung positiv auf das eigene Wohlergehen auswirkt, ist, so White, nicht nur empirisch belegt, sondern entspricht darüber hinaus der Doktrin der Informierten Einwilligung, die das Recht von Patientinnen betont, selbstbestimmt Behandlungsentscheidungen zu treffen. Daraus folgt laut White, dass die Fürsorgepflicht Ärztinnen und Pflegende dazu anhält, selbstbestimmungsfähige Patientinnen bei der Realisierung ihrer Wünsche zu unterstützen – selbst dann, wenn sie ihnen unangemessen erscheinen. Nur wenn nichts über die Vorlieben und Wünsche einer Patientin bekannt ist, soll eine Art Objekti-

[6] Johan Bester (2020) trifft hinsichtlich der beiden Perspektiven eine ähnliche Unterscheidung.

ve-Listen-Theorie als Handlungsorientierung dienen, die sogenannten „Big Three“ (Leben, Gesundheit und Abwesenheit von Schmerz) (White 1994, S. 19, 23f., 27).

Auch wenn White das Fürsorgeprinzip nicht als unbedingte Pflicht zur Erfüllung jeglicher Patientenwünsche versteht, sondern Ausnahmen benennt, beispielsweise die Unvereinbarkeit mit dem Gewissen der behandelnden Ärztin, ist ihre Sichtweise mit Problemen verbunden, die gegen eine rein subjektive Perspektive auf das Patientenwohl sprechen.

Die Folge wäre eine deutliche Dominanz der Perspektive der Patientin gegenüber der ärztlichen Perspektive in Behandlungsentscheidungen. Während die Pflicht, die Einwilligung oder Ablehnung einer Patientin zu respektieren, bereits durch das medizinethische Prinzip des Respekts der Autonomie abgedeckt ist, käme nach Whites Definition des Fürsorgeprinzips die Pflicht hinzu, Patientenwünsche aktiv zu erfüllen. Ihnen könnten dann nur das Nichtschadens- und Gerechtigkeitspflichten entgegengesetzt werden. Die Arzt-Patienten-Beziehung würde in der Folge zu einem reinen Konsumentenmodell degradiert, und Wertvorstellungen, die der medizinischen Profession zugrunde liegen, könnten erodieren – wie das in manchen Bereichen der wunscherfüllenden Medizin bereits der Fall ist. Patientinnen äußern Behandlungswünsche, denen Ärztinnen dann ihrer Fürsorgepflicht folgend nachkommen. Der einzige Beitrag von ärztlicher Seite wäre folglich das Geben von Informationen, das Stellen einer Diagnose sowie die Aufklärung über Therapiemöglichkeiten. Absurde Konsequenzen hätte eine solche Sichtweise insbesondere in der Präventionsmedizin und im Public-Health-Sektor. Hier ist es üblich, auf Grundlage eines objektiven Wohlergehensverständnisses Patientinnen Ratschläge zu geben, sie von einem gesünderen Lebensstil zu überzeugen und wenn nötig, Sanktionen zu erlassen, beispielsweise eine Operation erst nach einer Gewichtsreduktion durchzuführen. Es würde sich vermutlich kaum eine Ärztin wohl dabei fühlen, einer Patientin das Weiterrauchen zu empfehlen, nur weil diese es sich sehnlichst wünscht und Rauchen als wichtigen Bestandteil eines guten Lebens erachtet (Bester 2020, S. 56).

Dass die Ausübung von Selbstbestimmungsfähigkeit, die Erfüllung persönlicher Wünsche und das Leben nach eigenen Wertvorstellungen und Überzeugungen zum persönlichen Wohlergehen beitragen, steht außer Frage. Auch wenn eine Verbindung zwischen Fürsorge- und Autonomieverpflichtungen demnach naheliegend erscheint, würden die beiden Prinzipien dadurch an Aussagekraft verlieren. Der Grund dafür ist einfach zu erkennen, ruft man sich ihre eigentlichen Funktionen in Erinnerung: Während das Fürsorgeprinzip zur Förderung, Wiederherstellung und Erhaltung des Wohlergehens von Patientinnen beitragen soll, soll das Prinzip des Respekts der Autonomie das Recht von Patientinnen schützen, selbstbestimmt Behandlungsentscheidungen zu treffen, und sie vor ärztlichem Paternalismus bewahren. Durch ein rein subjektives Verständnis von Wohlergehen kann das Fürsorgeprinzip seiner ursprünglichen Funktion nicht mehr gerecht werden. Denn wie in allen anderen Lebensbereichen auch können wir uns hinsichtlich der Dinge, die gut für uns sind und die zu unserem Wohlergehen beitragen, täuschen. Das gilt insbesondere für Entscheidungen, die unsere eigene Gesundheit betreffen, da uns hier oftmals das nötige medizinische Fachwissen fehlt. So können sich Patientinnen vieles wünschen, sie können unaufgeklärte, irrationale und unüberlegte Wünsche äußern (Pellegrino

2001, S. 571f.). Was fehlt, sind objektive Anhaltspunkte, an denen sich fürsorgliches Handeln orientieren kann.

Aber welche Konsequenzen hätte eine prinzipiell objektive Sicht auf Wohlergehen im klinischen Alltag? Sie kann Patientinnen beispielsweise davor bewahren, Entscheidungen zu treffen, die sie später mit hoher Wahrscheinlichkeit bereuen. Denn während Ärztinnen in der Regel das längerfristige Wohlergehen ihrer Patientinnen im Blick haben, lassen sich Patientinnen teils von ihrem aktuellen Wohlbefinden leiten und begreifen nicht, welche Auswirkungen gesundheitsbezogene Entscheidungen auf ihr weiteres Leben haben können. So kann die Förderung des Wohlergehens gerade die Einschränkung des aktuellen Wohlbefindens einer Patientin erforderlich machen, etwa im Falle von Operationen und Therapien, die mit gravierenden Nebenwirkungen oder Schmerzen verbunden sind.[7]

Die objektive Sichtweise kann demgegenüber auch gegen die Durchführung einer Behandlung sprechen. Wünscht sich eine Patientin mit einer gewöhnlichen Erkältung eine Antibiotikabehandlung, ist ihrem Wunsch nicht nachzukommen – nicht nur, weil Antibiotika bei Virusinfektionen wirkungslos und damit nicht indiziert sind, sondern auch, weil sie den Körper zusätzlich belasten, (längerfristige) Nebenwirkungen haben und zu Resistenzen führen können. Aus objektiver Perspektive trägt die Antibiotikatherapie in diesem Fall nicht zum Wohlergehen der Patientin bei und sollte gemäß dem Fürsorgeprinzip unterlassen werden.

Demnach wirkt sich die ärztliche Sicht auf unser Wohlergehen, die sich in den Ratschlägen von Ärztinnen, der medizinischen Indikationsstellung[8] und im ärztlichen Umgang mit Patientinnen zeigt, in der Regel positiv auf unser (längerfristiges) Wohlergehen aus. Nicht ohne Grund fragen Patientinnen ihre Ärztinnen teils explizit danach, was sie an ihrer Stelle tun würden. Allerdings gibt es Situationen im klinischen Alltag, in denen es allein in der Einschätzung der Patientin liegt, was ihrem Wohlergehen zuträglich ist; Situationen, in denen es nicht mehr darum geht, Krankheitssymptome zu bekämpfen und körperliche Funktionen wiederherzustellen, sondern darum, das Leben mit einer terminalen Krankheit so angenehm wie möglich zu gestalten. Wohlergehen definiert sich dann ausschließlich über das subjektive Empfinden der Patientin, über ihre Schmerz- und Leiderfahrung und darüber, welche Belastungen durch Therapie und lebenserhaltende Maßnahmen sie noch als erträglich wahrnimmt (Brock 1993, S. 55f.).

Beide Perspektiven, so scheint es, haben in der klinischen Medizin ihre Berechtigung. Zugleich sind sie je nach Situation mit Problemen verbunden, die Zweifel an ihrer Eignung als Gegenstand des Fürsorgeprinzips entstehen lassen. Und trotzdem ist es möglich, an beiden gleichermaßen festzuhalten, sie sogar miteinander zu verbinden. Dazu muss jedoch nicht nur die Trennung zwischen allgemeinem und gesundheitsbezogenem Wohlergehen wieder aufgenommen, sondern es müssen

[7] Ich spreche hier bewusst von einer Einschränkung des Wohl*befindens* einer Patientin im Sinne ihres aktuellen Empfindungszustandes.

[8] Die Bundesärztekammer (2015) definiert die medizinische Indikation als „das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses, durch den die ausschließliche Orientierung am Wohl des Patienten gesichert wird". Bei der medizinischen Indikation handelt es sich aber nicht um ein rein fachliches Urteil über die Angemessenheit und Wirksamkeit einer Therapie, sondern immer auch um ein Werturteil (Bundesärztekammer 2015; Jox 2011, S. 132).

darüber hinaus weiterführende Abstufungen vorgenommen werden. Zu den unterschiedlichen Komponenten, die zu unserem Wohlergehen beitragen, wurden in der Literatur verschiedene Vorschläge gemacht.

Aspekte unseres Wohlergehens

Der Bestimmung des Patientenwohls scheint ein Dilemma zugrunde zu liegen: Einerseits wissen wir in der Regel selbst am besten, was gut für uns ist. Andererseits sind wir keine medizinischen Expertinnen, sondern auf den Rat von Ärztinnen und Pflegenden angewiesen, die an die Werte ihrer Profession gebunden sind. Eine Möglichkeit, mit diesem Dilemma umzugehen, besteht darin, zwischen allgemeinem und gesundheitsbezogenem Wohlergehen zu differenzieren und Ärztinnen sowie Pflegenden ausschließlich für das gesundheitsspezifische Wohl ihrer Patientinnen Expertise zuzusprechen.

Für diese Sichtweise tritt unter anderem Veatch ein: „It is clear, however, that there is a great difference between being medically well-off and being well-off in all other spheres in life“ (Veatch 2009, S. 36). Wohlergehen, so Veatch, setzt sich aus verschiedenen Bereichen unseres Lebens zusammen. Das gesundheitsbezogene Wohlergehen ist nur einer von ihnen und lässt sich wiederum in weitere Unterkategorien gliedern, etwa in Lebenserhaltung, die Förderung von Gesundheit oder die Befreiung von Leid. Ärztinnen können lediglich in ihrem eigenen Fachbereich als gute Ratgeberinnen hinsichtlich des Patientenwohls gelten, in anderen Bereichen besitzen sie hingegen keine besondere Qualifikation. Im Gegenteil sind sie laut Veatch durch ihre Fokussierung auf Heilung und Lebenserhaltung voreingenommen und neigen dazu, den Nutzen ihres Fachbereichs für das Patientenwohl zu überschätzen (Veatch 2009, S. 36–38, 100, 104f.).

Auch Pellegrino (2001) differenziert zwischen dem „medical good“ und drei weiteren Kategorien, die zum „total good“ beitragen: „the patient's perception of the good“, „the good for humans“ und „the spiritual good“.[9] Die medizinische Praxis zielt auf die Förderung des medizinisch Guten. Dabei geht es ihr um die Wiederherstellung physischer sowie psychischer Funktionsfähigkeiten sowie um die Beseitigung von Schmerz und Leid mit den Mitteln der Medizin. Allerdings wirkt sich das medizinisch Gute nur dann positiv auf das „total good“ aus, wenn es im richtigen Verhältnis zu den anderen Kategorien des Guten steht. Es muss zum einen im Zusammenhang mit dem spezifischen Lebensplan und der individuellen Lebenssituation jeder einzelnen Patientin gesehen werden („patient's perception of the good“), mit der menschlichen Würde vereinbar sein („good for humans“) und dem Wohl der Patientin als einem geistigen Wesen gerecht werden („spiritual good“). Das „spiritual good“ ist Pellegrino zufolge als das höchste menschliche Gut anzusehen, weshalb die anderen drei Kategorien in seinem Dienste stehen (Pellegrino 2001, S. 569–571).

[9] Wird „good“ im medizinethischen Kontext so wie hier von Pellegrino verwendet, ist damit in der Regel nichts anderes gemeint als das Patientenwohl bzw. Güter, die zum Wohlergehen einer Patientin beitragen. Es geht also um das „prudential good“, d. h. den relationalen Gebrauch von „gut“ im Sinne der „gut für“-Relation und nicht um das moralisch Gute.

Eva Kittay (2007) wiederum unterscheidet lediglich zwischen „agent specific goods“ und „agent neutral goods“. Da Gesundheit zumindest als instrumentelles Gut allgemein geschätzt wird, so Kittay, ist es als „agent neutral good“ anzusehen: „Being free of cancer is not simply something that is good for any particular patient's point of view or any particular physician's point of view, it is a good as medicine as a body of knowledge and a practice goes“ (Kittay 2007, S. 60f.). Doch auch wenn die Heilung von Krebs ein „agent neutral good“ der Medizin darstellt, kann es von Patientinnen unterschiedlich stark wertgeschätzt werden. Das hängt mit dem instrumentellen Wert der Gesundheit zusammen, so Kittay, und damit, dass Patientinnen anderen „agent neutral“ oder „agent specific goods“ mehr Gewicht beimessen können (Kittay 2007, S. 59–61).

Alle drei Vorschläge benennen fraglos wichtige Aspekte, die eine differenziertere Sicht auf das Patientenwohl ermöglichen. Bei Veatch ist jedoch nicht klar, in welchem Verhältnis gesundheitsbezogenes und allgemeines Wohlergehen stehen. So erscheint es unplausibel, dass Gesundheit lediglich einen Teilbereich neben anderen, etwa dem sozialen oder dem beruflichen Wohlergehen, abbilden soll. Gesundheit scheint mehr zu sein als das, da wir ohne sie in anderen Lebensbereichen kaum Erfolg haben werden. Hier bedarf es also einer genaueren Verhältnisbestimmung. Im Hinblick auf Pellegrinos Unterscheidung stellt sich hingegen die Frage, ob das „spiritual good“ den drei anderen Kategorien tatsächlich prinzipiell übergeordnet werden kann oder ob sich die Hierarchie der einzelnen Güter nicht auch von Patientin zu Patientin unterscheidet.

Um den Zusammenhang zwischen der subjektiven und der objektiven Sichtweise auf Wohlergehen besser verstehen und eine Verhältnisbestimmung zwischen allgemeinem und gesundheitsbezogenem Wohlergehen vornehmen zu können, bedarf es demnach weiterer Überlegungen. Relevante Gedanken hierzu finden sich bei Christoph Horn sowie bei Dan Brock.

Dass es sich bei Gesundheit um ein besonders grundlegendes Gut unter allen Gütern handelt, die sich Menschen gewöhnlich wünschen, steht für Horn (2003) außer Frage. Jedoch ist nicht klar, in welchem Sinn genau uns Gesundheit als wertvoll erscheint, ob es sich dabei um einen subjektiven oder einen objektiven Wert handelt. Jedes Individuum, so Horn, wünscht sich beispielsweise ein intaktes Herz-Kreislauf-System sowie funktionsfähige Lungen – beziehungsweise sollte diese Wünsche zumindest klugerweise und gemäß einem aufgeklärten Eigeninteresse besitzen, weshalb sie Horn zufolge als „generelle objektive Wünsche“ gelten können. Da Gesundheit den Aspekt des Wohlbefindens einschließt, kommt ihr ein gewisser Eigenwert, ein intrinsischer Wert zu. Jedoch scheint ihr instrumenteller Wert für unser Wohlergehen noch viel wichtiger zu sein, weil nahezu alles, was wir planen, wünschen und anstreben, ein gewisses Maß an Gesundheit voraussetzt. Aus diesem Grund lassen sich Krankheiten und Behinderungen sehr weitreichend als „objektive Bedürfnislagen“ verstehen (Horn 2003, S. 137f.).

Brock (1993) spricht in diesem Zusammenhang von „primary functions“: „The idea is to pick out human functions that are necessary for, or at least valuable in, the pursuit of nearly all relatively full and complete human life plans“ (Brock 1993, S. 122). Zu diesen Fähigkeiten oder Funktionen zählen ihm zufolge jedoch nicht nur elementare Gesundheitsgüter, sondern auch minimale Voraussetzungen in anderen

Lebensbereichen. Brock unterteilt die „primary functions“ daher in vier Kategorien: „biological, including, for example, well-functioning organs; physical, including, for example, ambulation; social, including, for example, capacities to communicate; mental, including, for example, a variety of reasoning and emotional capabilities“ (Brock 1993, S. 127).

Unabhängig davon, ob man wie Horn von „generellen objektiven Wünschen“ oder wie Brock von „primary functions“ spricht, erscheint die Vorstellung, ein Mensch müsse über wesentliche Eigenschaften und Fähigkeiten verfügen, um ein erfülltes Leben führen und Wohlergehen erreichen zu können, plausibel. Diese Idee liegt beispielsweise auch Martha Nussbaums (1999, 2011) Fähigkeitenansatz zugrunde. Nussbaum zufolge kann ausgehend von empirischen und historischen Erfahrungen eine Liste menschlicher Grundbedürfnisse erstellt werden, die weder auf eine bestimmte Zeit noch eine Nation beschränkt sind.[10]

Allerdings besitzen nicht alle Komponenten, die als objektiv wertvoll für ein menschliches Lebens gelten können, für alle Menschen dieselbe Bedeutung. Das kann zum einen mit ihrem beruflichen oder kulturellen Hintergrund zusammenhängen: Während eine Tänzerin eine Sprunggelenksverletzung weit mehr fürchtet als eine Fluglotsin, ist diese stärker auf ihre Sehleistung angewiesen als eine Lehrerin. Horn (2003) spricht in diesem Kontext auch von „spezifischen oder individuellen objektiven Wünschen“ bestimmter Berufsgruppen. Da sie unabhängig von der eigenen Perspektive die Handlungsfähigkeit im Beruf einschränken, sind sie seiner Ansicht nach zu den „objektiven Handicaps“ zu zählen (Horn 2003, S. 137f.).[11]

Zum anderen schätzen wir einzelne Gesundheitsgüter jedoch auch unabhängig von ihrer elementaren, berufs- oder kulturspezifischen Funktionalität, weil sie es uns beispielsweise ermöglichen, eigene Handlungsvorhaben umzusetzen oder persönlichen Lebenszielen näher zu kommen. Wer etwa in seiner Freizeit an Marathonläufen teilnimmt, gibt sich nicht mit einer mittelmäßigen Fitness zufrieden, sondern ist in besonderem Maße auf ein ausdauerstarkes Herz angewiesen. Unabhängig von konkreten Vorhaben setzt ein aktiver Lebensstil eine gute körperliche Konstitution voraus. Gesundheitsgüter sind demnach nicht nur auf der Ebene der „generellen objektiven Wünsche“ oder der „primary functions“ anzusiedeln, sondern können zudem auf individueller Ebene eine besondere Bedeutung erlangen (Brock 1993, S. 127). In diesem Fall sind sie Brock zufolge zu den „agent-specific functions“ zu zählen, „which are necessary for a person to pursue successfully the particular purposes and life plan he or she has chosen: examples are functional capacities to do highly abstract reasoning of the sort required in mathematics or philosophy and the physical dexterity needed for success as a musician, surgeon, or athlete“ (Brock 1993, S. 127).

[10] Auch wenn es sich beim Fähigkeitenansatz in erster Linie um eine Theorie sozialer und internationaler Gerechtigkeit handelt, leistet er einen wichtigen Beitrag zum Verständnis menschlichen Wohlergehens. Dies zeigen u. a. Gwen Bradford (2016), Valerie Tiberius (2015) und Martin Binder (2014) auf.

[11] Als Beispiel eines individuellen objektiven Wunsches mit kulturspezifischem Hintergrund kann der Kinderwunsch und damit verbunden der Wunsch nach Fruchtbarkeit gelten. In manchen Kulturen und Religionen ist es insbesondere für Frauen nach wie vor wichtig, Kinder zu gebären, auch um nicht verstoßen zu werden. Im ultraorthodoxen Judentum etwa kommt der Fruchtbarkeit existenzielle Bedeutung zu.

Während die „agent-specific functions“ teils auch davon abhängig sind, welche Fähigkeiten faktisch für das Verfolgen eines bestimmten Lebensziels erforderlich sind, befinden sich individuelle Wünsche auf einer noch „akteurspezifischeren“ Ebene. Alle drei Ebenen, „primary functions“, „agent-specific functions“ und individuelle Wünsche, tragen Brock zufolge zur Lebensqualität einer Person bei. Hinzu kommt außerdem noch die „hedonic or happiness component of a good life, that aspect which represents a person's subjective, conscious response in terms of enjoyments and satisfactions to the life he or she has chosen and the activities and achievements it contains“ (Brock 1993, S. 128). Indem Brocks Ansatz Elemente aus allen drei philosophischen Standardtheorien des Wohlergehens zusammenführt, erkennt er sowohl die Bedeutung der subjektiven als auch die der objektiven Wohlergehensperspektive an.

Die objektive Wohlergehensperspektive richtet sich auf die „primary functions“. Im klinischen Kontext zählen hierzu vor allem elementare Gesundheitsgüter, die unabhängig von persönlichen Präferenzen und individuellen Wertvorstellungen geschätzt werden. Sie bilden den Kern des gesundheitsbezogenen Wohlergehens, dessen Förderung sich Ärztinnen verschrieben haben. Im Prinzip folgen sie einer Art Objektive-Listen-Theorie des gesundheitsbezogenen Wohlergehens. Die subjektive Sichtweise umfasst dagegen all das, was darüber hinaus zum Wohlergehen einer Patientin beitragen kann. Das können natürlich auch Gesundheitsgüter sein, deren instrumenteller Wert sich im Kontext eines bestimmten Lebensentwurfs zeigt. Es ist jedoch weiterhin unklar, in welchem Verhältnis gesundheitsbezogenes und allgemeines Wohlergehen zueinander stehen.

Der relative Wert von Gesundheit

Auf den ersten Blick erscheint es plausibel, Gesundheit als notwendige Voraussetzung von Wohlergehen anzusehen, ähnlich wie es sich beim Lebendigsein Ralf Jox (2011) zufolge um einen „Bedingungswert“ handelt, „der es den Menschen ermöglicht, ihre Lebenspläne zu verfolgen oder ihren Lebenssinn zu verwirklichen“ (Jox 2011, S. 130). Allerdings gibt es Umstände, wenn auch nur wenige, unter denen Gesundheit nicht zur Erhöhung des allgemeinen Wohlergehens beiträgt oder ihm sogar entgegensteht. So gibt es Menschen mit Behinderungen, wie Taubheit oder Stummheit, die sich selbst nicht als krank ansehen. Sie leiden nicht unter ihrer Behinderung als solcher, sondern unter gesellschaftlichen Vorurteilen und Strukturen, die ihr Leben einschränken. Einige von ihnen wünschen sich Kinder, die dieselbe Behinderung wie sie besitzen, obwohl sie „gesunde“ Kinder haben könnten. Mit einer Behinderung, einer chronischen Erkrankung oder einer Entwicklungsstörung zu leben heißt demnach nicht notwendigerweise auf ein hohes Maß an Wohlergehen verzichten zu müssen. Besondere Lebensumstände können den Wert der Gesundheit für das eigene Wohlergehen ebenfalls vorübergehend relativieren. Dazu zählen etwa Kriege, in denen eine Krankheit einen davor bewahrt, zum Militär eingezogen zu werden, oder eine Haftstrafe, die eine Patientin aufgrund ihrer Dialysepflicht zu Hause absitzen darf (Hausman 2015; Birnbacher 1999, S. 32f.; Schott 2006, S. 35f.). Ebenso ist denkbar, dass Eltern mit Blick auf das Wohl ihrer Kinder Abstri-

che bezüglich ihrer eigenen Gesundheit in Kauf nehmen, etwa für die Finanzierung des Studiums auf eine teure Behandlung verzichten, und sie dadurch nicht nur das Wohlergehen ihrer Kinder, sondern auch ihr eigenes erhöhen (Brock 1993, S. 110).

Gesundheit kann demnach nicht als notwendige Voraussetzung allgemeinen Wohlergehens gelten. Dennoch ist nicht zu leugnen, dass ein gewisses Maß an Gesundheit für unser gesamtes Wohlergehen entscheidend ist. Schränkt eine Krankheit unsere Handlungsfähigkeit gravierend oder sogar vollständig ein, so hat dies auch Auswirkungen auf unsere allgemeine Lebensqualität, da wir den Dingen im Leben, die uns wichtig sind, nicht mehr oder nur noch eingeschränkt nachgehen können. Gesundheit ist demnach kein Teilaspekt unseres umfassenden Wohlergehens, der isoliert neben anderen Teilaspekten wie der Selbstverwirklichung oder den sozialen Beziehungen steht. Vielmehr scheint sie deren Realisierung gewissermaßen wahrscheinlicher zu machen. Wer gesund ist, besitzt eine größere Chance, eigene Wertvorstellungen und Lebenspläne zu verwirklichen.

Aufgrund dieser Eigenschaft wird Gesundheit auch als „Grundgut“ (Honnefelder 2013, S. 16), „transzendentales oder konditionales Gut“ (Kersting 1997, S. 197; Höffe 2002, S. 230f.) oder instrumentelles Gut, an dem wir ein „transzendentales Interesse“ (Horn 2003, S. 137) besitzen, bezeichnet. Da Gesundheit jedoch, wie bereits gezeigt, nicht als Bedingung der Möglichkeit eines gelingenden Lebens gelten kann, ist sie nur in einem abgeschwächten Sinne als transzendentales Gut anzusehen (Höffe 2002, S. 230f.; Woopen 2014, S. 143).

Vielleicht besteht zwischen Gesundheit und Wohlergehen ein ähnliches Verhältnis wie zwischen materiellen Gütern und Glück. Denn laut Otfried Höffe (2002) stellen materielle Güter lediglich „Glückschancen“ dar; „[s]ie schaffen zwar Möglichkeiten und Voraussetzungen für Glück, aber keineswegs schon dessen Wirklichkeit. Diese Güter sind erst als Glückschancen zu betrachten, sie müssen als solche ergriffen und in persönliche Befriedigung umgesetzt werden“ (Höffe 2002, S. 171f.). In analoger Weise kann Gesundheit als „Wohlergehenschance“ gelten. Denn sie schafft Möglichkeiten und Voraussetzungen für Wohlergehen, aber noch nicht dessen Wirklichkeit. Auch sie muss in persönliche Befriedigung, etwa in die Verwirklichung eigener Lebensziele, umgesetzt werden. Weil Gesundheit den Rahmen unserer Handlungsmöglichkeiten und Lebensplanung vorgibt, spricht Christiane Woopen auch von einem „wesentliche[n] Mittel“ oder „Zwischenziel“ (Woopen 2014, S. 143) unseres Handelns. Demnach erhöhen Gesundheitsgüter den eigenen Handlungsspielraum. Sie zeichnen sich Horn zufolge durch das Kriterium der Freiheitsfunktionalität aus und stehen in einem konstitutiven Bedingungsverhältnis zur menschlichen Autonomie (Horn 2003, S. 136f.).

Da Gesundheitsgüter, die im Dienste der „agent-specific functions“ stehen, ihre Bedeutung demnach ausschließlich durch individuelle Präferenzen und Handlungspläne erhalten, wird an ihnen der relative Wert von Gesundheit besonders deutlich (Brock 1993, S. 102f., 127; Hausman 2015). Im Gegenteil dazu besitzen elementare Gesundheitsgüter auch einen objektiven Wert, selbst wenn ihre individuelle Bedeutung je nach Lebensentwurf variieren kann.

Spricht man der Gesundheit, die über menschliche Grundfähigkeiten hinausgeht, nur einen relativen Wert zu, überträgt sich diese Relativität Birnbacher (1999) zufolge auch auf das medizinische Urteil darüber, was für das Wohlergehen von Patientin-

nen am besten ist. Welchen Wert Therapien und Medikamente, die aus medizinischer Perspektive das gesundheitsbezogene Wohlergehen von Patientinnen fördern, für die einzelne Patientin haben, kann demnach stark variieren, auch in Abhängigkeit individueller Interessen, Lebenspläne und Wertvorstellungen.

Fraglos stellt die Förderung des gesundheitsbezogenen Wohlergehens nach wie vor eine zentrale Leitlinie ärztlichen Handelns dar und sollte dies auch weiterhin tun. Jedoch wird man einzelnen Entscheidungen, Wünschen, Sorgen und Ängsten von Patientinnen nur unter Einbeziehung einer umfassenderen Wohlergehensperspektive gerecht werden können. Das heißt, dass auch wenn sich die ärztliche Fürsorge in erster Linie auf den Schutz, die Förderung und Wiederherstellung von objektiv wertvollen Gesundheitsgütern richtet, sie deren Bedeutung für das allgemeine Wohlergehen der einzelnen Patientin berücksichtigen muss, um von dieser auch als fürsorgliche Handlung wahrgenommen zu werden.

Fazit

Der eingangs erwähnte Aphorismus gilt auch im Hinblick auf das medizinethische Wohlergehensverständnis und das ärztliche Prinzip der Fürsorge. Im medizinischen Kontext muss deshalb zwischen dem allgemeinen Wohlergehen, das sich auf sämtliche Lebensbereiche und Faktoren bezieht, und dem gesundheitsbezogenen Wohlergehen, das aus medizinischer Sicht objektiv wertvolle Gesundheitsgüter umfasst, differenziert werden. Beide Sichtweisen sind gleichermaßen relevant für die Frage, welche Therapien und Behandlungen zum Patientenwohl beitragen. Es ist nicht notwendig, sich für die subjektive oder die objektive Perspektive auf Patientenwohl zu entscheiden. Vielmehr ist beiden Gewicht beizumessen. Wie dies gelingen kann, habe ich anhand des relativen Werts von Gesundheit für unser Wohlergehen aufgezeigt.

Die konkrete Bedeutung einzelner Gesundheitsgüter für das Wohlergehen einer Patientin bemisst sich in Abhängigkeit ihrer Wertvorstellungen, ihrer Lebenspläne und Präferenzen. Elementaren Gesundheitsgütern im Sinne der „primary functions“ kommt hingegen in jedem Lebensentwurf ein Wert zu. Als Expertinnen für das gesundheitsbezogene Wohlergehen ihrer Patientinnen können Ärztinnen demnach davon ausgehen, dass so gut wie alle Patientinnen elementare Gesundheitsgüter zu schätzen wissen. Welche Einschränkungen in anderen Lebensbereichen Patientinnen für die Förderung ihres gesundheitsbezogenen Wohlergehens in Kauf zu nehmen bereit sind und welche Gesundheitsgüter sie darüber hinaus wertschätzen, können Ärztinnen dagegen nicht wissen. Dafür müssen sie mit den Patientinnen in Kontakt treten und den Dialog mit ihnen suchen. Denn nur so können sie verstehen, welche Bedeutung Gesundheitsgüter im Leben einer Patientin einnehmen.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ord-

nungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt A. Hirsch gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Für diesen Beitrag wurden von der Autorin keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

Arneson R (1999) Human flourishing versus desire satisfaction. Soc Philos Policy 16(1):113–142
Beauchamp T, Childress J (2019) Principles of biomedical ethics, 8. Aufl. Oxford University Press, Oxford, New York
Bester J (2020) Beneficence, interests, and wellbeing in medicine: what it means to provide benefit to patients. Am J Bioeth 20(3):53–62
Binder M (2014) Subjective well-being capabilities: bridging the gap between the capability approach and subjective well-being research. J Happiness Stud 15(5):1197–1217
Birnbacher D (1999) Quality of life: evaluation or description? Ethical Theory Moral Pract 2(1):2–536
Bradford G (2016) Perfectionism. In: Fletcher G (Hrsg) The Routledge handbook of philosophy of well-being. Routledge, London, S 124–134
Brock D (1993) Quality of life measures in health care and medical ethics. In: Nussbaum M, Amartya S (Hrsg) The quality of life. Oxford University Press, Oxford, New York, S 95–132
Bullinger M (2014) Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 108(2–3):97–103
Bullinger M (2016) Zur Messbarkeit von Lebensqualität. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R (Hrsg) Lebensqualität in der Medizin. Springer, Wiesbaden, S 175–188
Bundesärztekammer (2015) Stellungnahme zur medizinischen Indikationsstellung und Ökonomisierung. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn_Medizinische_Indikationsstellung_und_OEkonomisierung.pdf. Zugegriffen: 30. Juli 2020
Crisp R (2017) Well-being. https://plato.stanford.edu/entries/well-being/. Zugegriffen: 30. Juli 2020 (The Stanford encyclopedia of philosophy)
Emanuel E (1991) The ends of human life. Medical ethics in a liberal polity. Harvard University Press, Cambridge
Fletcher G (2016) Objective list theories. In: Fletcher G (Hrsg) The Routledge handbook of philosophy of well-being. Routledge, London, S 148–160
Groll D (2011) What health care providers know: a taxonomy of clinical disagreements. Hastings Cent Rep 41(5):27–36
Hausman D (2015) The value of health. In: Iwao H, Jonas O (Hrsg) The Oxford handbook of value theory. Oxford University Press, Oxford, New York, S 338–355
Hawkins J (2014) Well-being, time, and dementia. Ethics 124(3):507–542
Hoff P (2014) Was darf die Psychiatrie? Zytglogge, Ulm
Höffe O (2002) Medizin ohne Ethik? Suhrkamp, Frankfurt a. M.
Honnefelder L (2013) Hauptsache gesund! Hauptsache gesund? In: Bieneck A, Hagedorn H, Koll W (Hrsg) An den Grenzen des Lebens. Theologische, medizinethische und spirituelle Zugänge. Neukirchener Verlagsgesellschaft, Neukirchen-Vluyn, S 11–22
Horn C (2003) Gerechtigkeit bei der Verteilung medizinischer Güter: Überlegungen zum Prinzip der Freiheitsfunktionalität. Jahr Wiss Ethik 8:127–147

Jox R (2011) Autonomie und Stellvertretung bei Wachkomapatienten. In: Beitsameter C (Hrsg) Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten. Kohlhammer, Stuttgart, S 112–139
Kersting W (1997) Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend. Abhandlungen zur praktischen Philosophie der Gegenwart. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
Kittay E (2007) Beyond autonomy and paternalism: the transparent caring self. In: Nys T, Denier Y, Vandevelde T (Hrsg) Autonomy and paternalism. Reflections on the theory and practice of health care. Peeters, Leuven, S 23–70
Klemperer D (2006) Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel. In: Pundt J (Hrsg) Professionalisierung im Gesundheitswesen. Huber, Bern, S 61–75
Linde A-C (2018) Lebensqualität. In: Riedel A, Linde A-C (Hrsg) Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene. Springer, Berlin, Heidelberg, S 65–74
Nussbaum M (1999) Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
Nussbaum M (2011) Creating capabilities: the human development approach. Harvard University Press, Cambridge
Parfit D (1986) Reasons and persons. Oxford University Press, Oxford, New York
Pellegrino E (2001) The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. J Med Philos 26(6):559–579
Pellegrino E, Thomasma D (1988) For the patient's good. The restoration of beneficence in health care. Oxford University Press, Oxford, New York
Schmidhuber M (2016) Alzheimer-Demenz und Lebensqualität – ein Widerspruch? Ein narrativer Zugang zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R (Hrsg) Lebensqualität in der Medizin. Springer, Wiesbaden, S 273–286
Schott H (2006) Medizingeschichte(n): Medizinische Ethik – Der Eid des Hippokrates. Dtsch Arztebl 103(33):A-2178
Schramme T (2012) Einleitung: Die Begriffe „Gesundheit" und „Krankheit" in der philosophischen Diskussion. In: Schramme T (Hrsg) Krankheitstheorien. Suhrkamp, Berlin, S 9–37
Schramme T (2017) Subjective and objective accounts of well-being and quality of life. In: Schramme T, Edwards S (Hrsg) Handbook of the philosophy of medicine. Springer, Dordrecht, S 159–168
Shelp E (1982) To benefit and respect persons: a challenge for beneficence in health care. In: Shelp E (Hrsg) Beneficence and health care. Reidel, Dordrecht, S 199–222
Steger F (2008) Das Erbe des Hippokrates. Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Sumner L (1995) The subjectivity of welfare. Ethics 105(4):764–790
Tiberius V (2015) Prudential value. In: Hirose I, Olson J (Hrsg) The Oxford handbook of value theory. Oxford University Press, Oxford, New York, S 158–174
Veatch R (2009) Patient, heal thyself. How the new medicine puts the patient in charge. Oxford University Press, Oxford, New York
White B (1994) Competence to consent. Georgetown University Press, Washington DC
Woopen C (2014) Die Bedeutung von Lebensqualität – aus ethischer Perspektive. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 108(2):140–145