

Theologie und Glaube

3/2020
110. Jahrgang
3. Vierteljahr

Corona-Pandemie

Mit Beiträgen von

Michael Konkel
Frank Sobiech
Klaus von Stosch
Bernd Irlenborn
Peter Schallenberg
Günter Wilhelms
Rüdiger Althaus
Stefan Kopp
Christoph Jacobs
Kathrin Oel
Herbert Haslinger



Aschendorff

Inhaltsverzeichnis

Konkel, Michael: Zu diesem Heft	217
Konkel, Michael: Abstand als Form der Nächstenliebe? Die COVID-19-Pandemie in der Sicht eines Alttestamentlers	219
Sobiech, Frank: „Trauernde“ Papageien. Überseepost von Kaspar Rueß SJ über die Epidemie 1619/20 in der Ordensprovinz Peru	229
Stosch, Klaus von: Die Corona-Krise als Lernfeld für Kirche und Systematische Theologie . .	239
Irlenborn, Bernd: Irrelevanz der Gottesrede? Christlicher Glaube in der Corona-Krise . . .	248
Schallenberg, Peter: Ethik und Gesundheitsversorgung in der Corona-Krise	258
Wilhelms, Günter: Umgang mit Unsicherheit. Sozialethische Anmerkungen zur Corona-Krise.	271
Althaus, Rüdiger: Die Corona-Krise 2020. Kirchenrechtliche Schlaglichter	283
Kopp, Stefan: „Gott im Lockdown“. Kirchliche Festkultur in herausfordernden Zeiten	299
Jacobs, Christoph/Oel, Kathrin: Der Mensch in der Krise ist Gottes Anliegen. Pastoralpsychologische Perspektiven in der Corona-Krise	308
Haslinger, Herbert: „Nachgehen in die äußersten Verlorenheiten“. Pastoral in Zeiten von Corona	321
Aus der Theologie der Gegenwart	
Philosophie – Biblische Theologie	332

Anschriften der Mitarbeiter

Prof. Dr. Rüdiger Althaus, Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

Prof. Dr. Herbert Haslinger, Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

Prof. Dr. Dr. Bernd Irlenborn, Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

Prof. Dr. Christoph Jacobs, Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

Prof. Dr. Michael Konkel, Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

Prof. Dr. Stefan Kopp, Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

Kathrin Oel, M. Sc. Psych., Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

Prof. Dr. Peter Schallenberg, Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

PD Dr. Frank Sobiech, Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

Prof. Dr. Klaus von Stosch, Universität Paderborn, Institut für Katholische Theologie,
Warburger Straße 100, 33098 Paderborn

Prof. Dr. Günter Wilhelms, Theologische Fakultät Paderborn, Kamp 6, 33098 Paderborn

ISSN 0049-366X

DOI <https://doi.org/10.17438/978-3-402-21823-5>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-No-Derivatives 4.0 (CC BY-NC-ND) which means that the text may be used for non-commercial purposes, provided credit is given to the author. For details go to <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>. To create an adaptation, translation, or derivative of the original work and for commercial use, further permission is required.

Creative Commons license terms for re-use do not apply to any content (such as graphs, figures, photos, excerpts, etc.) not original to the Open Access publication and further permission may be required from the rights holder.

© 2020/21 Theologische Fakultät Paderborn/the contributors.

A publication by Aschendorff Verlag GmbH & Co. KG, Münster

This book is part of the Aschendorff Verlag Open Access program.

www.aschendorff-buchverlag.de

Zu diesem Heft

Liebe Leserin, lieber Leser!

Das weltweit herausragende mediale Thema des Jahres 2020 war die COVID-19-Pandemie. Für Deutschland bedeutete diese die vermutlich größte gesellschaftliche Herausforderung seit dem Zweiten Weltkrieg. Die von der Bundesregierung beschlossenen Kontaktbeschränkungen ab Ende März hatten auch für die Kirchen und Religionsgemeinschaften massive Folgen. Das Verbot öffentlicher Gottesdienste und die aus den Kontaktbeschränkungen resultierende Einschränkung der Möglichkeiten von Seelsorge verlangte sowohl Hauptamtlichen wie auch Gläubigen eine Menge an Flexibilität ab, setzte aber auch eine Vielzahl kreativer Prozesse frei, um die neuen Herausforderungen an die Pastoral zu bewältigen.

Den Kirchen wie auch der akademischen Theologie wurde von verschiedenen Seiten eine Sprachlosigkeit in der Krise attestiert. Zumindest spielten in den abendlichen Talkshows Vertreter von Kirche und Theologie eine bestenfalls untergeordnete Rolle. Die Herausgeber von „Theologie und Glaube“ haben sich daher entschlossen, ein Themenheft zu veröffentlichen, das auf breiter Ebene den durch die Pandemie aufgeworfenen theologischen Fragen Rechnung tragen möchte.

Michael Konkel fragt nach den biblischen Grundlagen einer Pflicht zur Wahrung von Abstand zum Schutz der Gemeinschaft einerseits und stellt andererseits heraus, dass in der Sicht der Bibel der Schutz des Lebens mehr umfasst als nur die Sorge um das Überleben.

Frank Sobiech ediert einen Brief des Jesuiten Kaspar Rueß (1585–1624) und verschafft so Einblick in die Pestepidemie des Jahres 1620 im heutigen Bolivien.

Bernd Irlenborn untersucht die beiden in den Medien verbreiteten und einander widersprechenden theologischen Argumentationsmuster, denen zufolge Gott bei der Pandemie mitwirke oder nicht.

Klaus von Stosch erläutert vier Dimensionen (Individualität, Kontingenz, Schuld, Hoffnung), in denen die christliche Botschaft entgegen einer diagnostizierten Sprachlosigkeit in der modernen Gesellschaft gerade in Zeiten der Pandemie und danach ihre Kraft entfalten kann.

Peter Schallenberg zeichnet medizinhistorisch die Entstehung eines Primats optimierter Überlebensversicherung nach und stellt dem das Konzept einer katholischen Bioethik entgegen, welche die Würde des Menschen und nicht das Leben um jeden Preis zur Grundlage medizinethischer Entscheidungen macht.

Günter Wilhelms analysiert auf systemtheoretischer Basis die Ursachen für Verschwörungstheorien in Krisenzeiten. Er plädiert für einen offenen diskursiven Umgang mit Unsicherheit anstelle einer von Sachzwanglogik gesteuerten staatlichen Exekutive.

Rüdiger Althaus evaluiert aus kirchenrechtlicher Perspektive die Einschränkungen der Religionsfreiheit durch den Staat einerseits und die daraus resultierenden kirchlichen Regelungen andererseits.

Stefan Kopp dokumentiert die Feier des Libori-Festes in Paderborn und des Korbinianfestes in München und Freising unter Pandemiebedingungen.

Christoph Jacobs nimmt die psychosozialen Langzeitfolgen der Pandemie und die daraus resultierenden Herausforderungen für eine veränderte Pastoral als Folge der Pandemie in den Blick.

Herbert Haslinger sieht das Streben nach einer Aufrechterhaltung kirchlicher Aktivitäten während der Pandemie kritisch und fordert stattdessen eine wirkliche „Rückkehr der Kirche in die Diakonie“ (A. Delp).

Das vorliegende Heft kann nur eine Momentaufnahme sein. Die Artikel blicken primär auf die erste Welle der Pandemie im Frühjahr zurück, nehmen aber auch schon die Auswirkungen der zweiten Welle im Winter 2020/21 in den Blick, soweit dies derzeit möglich ist. Mehrere, offensichtlich hoch wirksame Impfstoffe sind mittlerweile zugelassen und lassen mittelfristig ein Ende der Pandemie erhoffen. Die Rückkehr in eine Normalität nach Corona wird freilich für die Kirchen nicht einfach ein Zurück zur bisherigen Praxis sein können. Die Kirche nach Corona muss eine andere sein. Von daher ist die Krise als Chance zu begreifen, die Kirche der Zukunft so zu gestalten, dass sie Gesellschaft weiterhin prägen kann.

Michael Konkel

Peter Schallenberg

Ethik und Gesundheitsversorgung in der Corona-Krise

Kurzinhalt – Summary:

Die Corona-Pandemie ist der größte Einschnitt in unserer Gesellschaft seit dem Zweiten Weltkrieg. Durch das Phänomen der Medikalisierung werden brennglasartig soziale, politische und ethische Probleme gebündelt. Gesundheit wird als öffentliches Gut wahrgenommen und Krankheit als ein zu überwindendes *malum physicum*. Aus Sicht der katholischen Moralthologie muss die absolut geltende Personenwürde jeder Güterabwägung vorausgehen. Im Sinne einer solidarischen Nächstenliebe muss die Frage nach dem „Sollen“ entscheidend sein, nicht die Frage nach dem menschlichen „Können“.

The coronavirus pandemic is the biggest cut in our society since the Second World War. The phenomenon of medicalization has brought together social, political and ethical problems in a focal point. Health is perceived as a public good and disease as a "malum physicum" that must be overcome. From the point of view of Catholic moral theology, the absolute dignity of the person must precede any weighing of goods. In the sense of a solidarity charity the question of what *shall* be done must be decisive, not the question of what *can* be done.

1 Medikalisierung als System

Die Corona-Krise bündelt brennglasartig in kaum gehannter Weise eine Reihe von zunächst nur lose zusammenhängenden Perspektiven unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen. Dies gilt zumal im Hinblick auf eine zukünftige tiefgreifende Veränderung des menschlichen Zusammenlebens unter dem Primat bestmöglicher Gesundheitsversorgung und optimierter Überlebensversicherung.

Ohne Zweifel bedeuten die Corona-Krise und das Auftreten einer Pandemie den gewaltigsten Einschnitt der Menschheit seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs. Das liegt wesentlich an zwei Faktoren: Erstens an einer inzwischen weltumspannenden ökonomischen und touristischen Globalisierung, die eine Verbreitung von früher regional begrenzten Epidemien beschleunigt. Zum ersten Mal wurde dies bei der verheerenden Spanischen Grippe 1918–1920 beobachtet, die „spanisch“ nur heißt, weil zuerst spanische Zeitungen in jenem damals am Ende des Ersten Weltkriegs neutralen Land davon berichteten, die aber zuerst in den USA diagnostiziert auftrat, sich von dort ausbreitete und wohl bis zu 50 Millionen Todesopfer gefordert hat, mehr als der

gesamte Erste Weltkrieg.¹ So kommt es 2020, ausgehend von China, zu einer weltweiten Wucht der Coronavirus-Erkrankung und der dadurch ausgelösten Pandemie.

Zweitens aber und wichtiger noch läuft diese Pandemie zusammen mit einer für die Moderne typischen und in postmoderner Zeit von Michel Foucault ausführlich beschriebenen Medikalisierung oder auch „Medizinisierung“ zumindest der westlichen Gesellschaft und des seit Adam Smith entstehenden westlichen Kapitalismus.² „Für die kapitalistische Gesellschaft war vor allem die Biopolitik wichtig, das Biologische, das Somatische und das Körperliche. Der Körper ist eine bio-politische Wirklichkeit; die Medizin ist eine bio-politische Strategie.“³ Daraus folgt aber die Systematisierung der Medizin als zunächst einmal von der Ethik abgekoppelten Naturwissenschaft; symptomatisch dafür ist die schrittweise Ersetzung des Philosophicums als Zwischenprüfung im Medizinstudium durch das Physicum im mittleren und späten 19. Jahrhundert. Hippokrates befindet sich nicht nur am Scheideweg,⁴ sondern schlägt im industrialisierten Zeitalter entschlossen den Weg der naturwissenschaftlich und technisch bestimmten Arbeits- und Sozialmedizin ein: „Man könnte die Ausbildung der Sozialmedizin in drei Etappen nachzeichnen: zunächst die Staatsmedizin, dann die urbane Medizin und schließlich die Medizin der Arbeitskraft.“⁵ Hinzufügen könnte man – mit Blick auf den derzeitigen, von der Corona-Krise bewirkten neuen Schub der Medikalisierung – die Medizin der Risikogruppen. Medikalisierung meint also nicht nur (und nicht einmal primär) eine Ökonomisierung der Medizin und ihrer knappen Ressourcen, da in der westlichen Welt mit zunehmendem Alter der Bevölkerung – an der Spitze steht seit Jahren schon Italien mit einem Durchschnittsalter der Bevölkerung von 47 Jahren; sehr ähnlich ist es in Japan – die Morbidität mit steigendem Lebensalter stark zunimmt und der Anteil kranker Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sich stetig erhöht, wodurch die Ausgaben des Gesundheitswesens überproportional zunehmen. Dieser Prozess der Medikalisierung hat natürlich auch erhebliche Auswirkungen auf die gesamte Pflegemedizin und nachfolgend auf die Palliativmedizin und das weite Feld der bis vor

¹ Vgl. H. Salfellner, *Die Spanische Grippe. Eine Geschichte der Pandemie von 1918*, Prag 2020; L. Spinney, *1918 – Die Welt im Fieber. Wie die Spanische Grippe die Gesellschaft veränderte*, München 2018; M. Vasold, *Grippe, Pest und Cholera. Eine Geschichte der Seuchen in Europa*, Stuttgart 2008; ders., *Die Spanische Grippe. Die Seuche und der Erste Weltkrieg*, Darmstadt 2009; W. Witte, *Tollkirschen und Quarantäne. Die Geschichte der Spanischen Grippe*, Berlin 2008.

² Vgl. P. Conrad, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore 2007.

³ M. Foucault, *Die Geburt der Sozialmedizin*, in: ders., *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits 3, 1976–1979* Frankfurt a. M., 272–298, hier 275. Weiterführend auch I. Illich, *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*, München 1995.

⁴ Vgl. M. Beck, *Hippokrates am Scheideweg. Medizin zwischen naturwissenschaftlichem Materialismus und ethischer Verantwortung*, Paderborn 2001.

⁵ Foucault, *Sozialmedizin* (s. Anm. 3), 276.

Kurzem noch rein privat organisierten Sterbebegleitung.⁶ Chronische Pflege, auch schon vor dem hochbetagten Lebensalter und weit vor dem Eintritt in eine finale Sterbephase, wird zunehmender und weit häufiger als vor der Erfindung des Penicillins zu einem Normalfall, in unterschiedlicher Intensität, und ist nicht mehr allein als Sonderform der naturwissenschaftlichen Medizin zu organisieren und quasi „abzuwickeln“. Der vergessen geglaubte Hippokrates mit dem dreifachen und im Eid verbürgten Hinweis auf Heil und Willen des Kranken und auf seine Nicht-Schädigung kehrt unvermutet wieder und zieht uns als ethische Entscheidungsträger vor den Scheideweg zurück. Was ist wirklich das Heil des Kranken (und nicht nur das technisch Machbare), was ist wirklich sein Wille (und nicht nur der Wille von Angehörigen oder gar der Gesellschaft), was ist wirklich seine Nicht-Schädigung (und nicht nur sein Überleben um fast jeden Preis)?

Dem voraus aber liegt ein Prozess der Veränderung im öffentlichen Leben und der Wahrnehmung von Gesundheit als öffentliches Gut und öffentliches Anrecht, und damit zusammenhängend der Wahrnehmung von Krankheit als Dysfunktionalität privaten und öffentlichen Lebens. Krankheit ist nicht länger ein passiv hinzunehmendes Schicksal oder gar, in archaischer religiöser Deutung, eine Strafe Gottes für Sünde und Laster, sondern ein aktiv zu bekämpfendes *malum physicum*, ein physisches oder biologisches Übel, das als zu bewältigende Herausforderung an das Individuum wie auch an die Gesellschaft und den Sozialstaat herantritt. Krankheit ist dann zunächst ein zu beseitigendes Hindernis auf dem Weg zum öffentlichen optimierten Gut der Gesundheit, das durch den entwickelten Sozialstaat und die ihm verbundene Sozialmedizin garantiert und auch nach möglichst gleichen und gerechten Kriterien im Gesundheitssystem (und in Form gesetzlicher Krankenversicherung oder eines gesetzlichen *National Health Service*, einer nationalen allgemeinen Gesundheitsversorgung also) zugeteilt wird. Britische und italienische Gesundheitsversorgung orientiert sich, im Unterschied etwa zum österreichischen und deutschen Gesundheitssystem, stark an einem solchen statistischen Modell der sozialen Staatsmedizin. Gesundheit und Krankheitsbekämpfung werden zum Bürgerrecht.

2 Gesundheit als Recht und Pflicht

Vor Gottfried Wilhelm Leibniz (1646–1716) und seiner klinisch reinen Unterscheidung von *malum physicum* und *malum metaphysicum* (auch *malum morale*), und vor dem im Zeichen des Protestantismus einsetzenden Siegeszug der modernen Naturwissenschaften und der Medizin mit ihrer pathologischen Anatomie – die in katholischen Ländern zumeist verboten war – hätte davon

⁶ Vgl. M. Stolberg, Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt a. M. 2011, bes. 258–261.

kaum die Rede sein können. Etwas verkürzt, aber prägnant zusammengefasst: An die Stelle des Hospizes tritt nun das Hospital, an die Stelle der Gebete die Medizin. „Das Krankenhaus als therapeutisches Instrument ist in der Tat eine relativ moderne Vorstellung, die erst zum Ende des 18. Jahrhunderts aufkam. Etwa um 1760 entstand der Gedanke, das Krankenhaus könne und müsse ein Instrument zur Heilung von Kranken sein.“⁷ Von nun an ist das Krankenhaus und seine Gesundheitstechnik systemrelevant:

„Dank der Technologie des Krankenhauses werden Individuum und Bevölkerung gleichzeitig zum Objekt medizinischen Wissens und ärztlicher Eingriffe. Die Neuverteilung dieser beiden Formen von Medizin wird erst im 19. Jahrhundert erfolgen. Die Medizin, die im Laufe des 18. Jahrhunderts entsteht, ist zugleich eine Medizin des Individuums und der Bevölkerung.“⁸

Die individuelle Gesundheit ist nicht nur ein öffentliches Recht, sondern wird zunehmend auch eine öffentliche Pflicht, die vom Staat, bis hin zu Seuchenschutzgesetzen, zur Infektionsschutzgesetzgebung und zur Impfpflicht überwacht und erhalten wird. In totalitären Systemen des Faschismus und des Kommunismus geht dies bis zum Zwang zur Gesundheit im Dienst an der Totalität des sogenannten und zynisch auch so benannten „Volkskörpers“. Dieser Pflicht und diesem Recht zur Gesundheit entspricht zugleich die Einschränkung individueller Freiheiten, wie der Handelsfreiheit, der Reisefreiheit oder auch der Religionsfreiheit. Und wo diese Pflicht zur Aufrechterhaltung der öffentlichen wie privaten Gesundheit in Konkurrenz gerät mit anderen öffentlichen Gütern und Zielen, wie etwa der Schulpflicht oder schlicht der Ermöglichung des wirtschaftlichen Lebens, da werden schmerzhaft Güterabwägungen nötig. Triage als selektierende und auswählende Bewertung geschieht nicht erst am Krankenbett oder auf der Intensivstation, sondern vorab bereits im Raum öffentlicher und parlamentarischer Debatten. Gesellschaftliche Rechte und individuelle Pflichten müssen in interdisziplinären Diskursen um das garantierte Gut der Gesundheit – zunehmend aber entkoppelt vom traditionellen Begriff des „Heiles“ im hippokratischen Eid – abgewogen werden, um nicht am Ende in technisch ermöglichter „heilloser Gesundheit“ anzukommen.⁹

⁷ M. Foucault, Die Einbindung des Krankenhauses in die moderne Technologie, in: ders., Schriften in vier Bänden (s. Anm. 3), 644–660, hier 645. Ähnlich auch (mit Blick auf die Psychiatrie) ders., Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt a. M. 1969, 308–345.

⁸ Foucault, Die Einbindung des Krankenhauses (s. Anm. 7), 660.

⁹ Vgl. D. Baltes, Heillos gesund? Gesundheit und Krankheit im Diskurs von Humanwissenschaften, Philosophie und Theologie, Fribourg 2013.

3 Medizinische Güterabwägung als Triage

Eine Krise bündelt immer brennglasartig verschiedene und bisher vielleicht verborgen schlummernde Probleme des individuellen wie des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Manchmal werden auch altgewohnte Theorien und Denkschemata wie zufällig an die Oberfläche der öffentlichen Debatte gespült und zeigen sich unvermutet in neuem Gewand. So auch in der Corona-Krise seit März 2020, besonders eindrücklich im Feld der Intensivmedizin angesichts einer wirklichen (wie etwa in Italien, Spanien und Frankreich) oder auch nur befürchteten (wie in Deutschland oder Österreich) Überbeanspruchung des öffentlichen Gesundheitssystems, der öffentlichen Krankenhäuser, der Intensivstationen und nicht zuletzt – insbesondere angesichts der Tatsache, dass etwa in Deutschland über 60% der mit und an Corona verstorbenen Menschen in Pflegeheimen lebten – der Pflegeeinrichtungen. Die Debatte verschärfend kommt innerhalb der Europäischen Union ein erhebliches Gefälle der öffentlichen Gesundheitsversorgung hinzu, mit zum Teil finanziell sträflich schlecht und mangelhaft ausgestatteten Krankenhäusern und Intensivstationen, wie auch erhebliche Unterschiede in der Versorgung mit Intensivbetten (in Deutschland, Stand März 2020, etwa 35 pro 100 000 Einwohner, in Großbritannien etwa 6 pro 100 000 Einwohner), und weiterhin erhebliche Unterschiede in der Organisation und Struktur der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens.

Aus einigen Epizentren der Corona-Pandemie im nicht-deutschsprachigen Ausland wurde im März und April 2020 berichtet, dass Ärzte mehrmals am Tag entscheiden mussten, wen sie in der intensivmedizinischen Betreuung an eine für das Überleben notwendige Beatmungsmaschine legen, und wer überhaupt Zugang zu intensivmedizinischer Behandlung haben darf. Diskussionen um utilitaristisch geprägte Kriterien in der Tradition von John Stuart Mill (1806–1873) im angelsächsischen Raum oder deontologisch verfasste Kriterien in der Tradition von Immanuel Kant (1724–1804) im kontinental-europäischen Kontext schließen sich an. Übrigens muss sich ein möglicher vorherrschender Utilitarismus nicht notwendig als Individualismus im Gewand eines Sozialdarwinismus nach der Devise des *survival of the fittest* ausgeben; er kann auch unvermutet im Gewand eines technokratischen und zunehmend totalitär werdenden Paternalismus auftauchen.¹⁰

4 Priorisierung einer katholischen Bioethik

In solchen Fällen der scheinbar notwendigen Güterabwägung von Patienten und ihren Ansprüchen auf umfassende intensivmedizinische Behandlung gibt

¹⁰ Vgl. G. Saint Paul, *The Tyranny of Utility. Behavioral Social Science and the Rise of Paternalism*, Princeton 2011.

es aus katholisch-ethischer Perspektive eine relativ klare und eindeutige moraltheologische Handlungsmaxime. Papst Johannes Paul II. hat das 1995 in seiner Enzyklika „*Evangelium Vitae*“, in der es um den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens geht, in prinzipieller Form sehr deutlich gemacht. Hier heißt es:

„Der Höhepunkt der Willkür und des Unrechts wird dann erreicht, wenn sich einige Ärzte oder Gesetzgeber die Macht anmaßen darüber zu entscheiden, wer leben und wer sterben darf. [...] So wird das Leben des Schwächsten in die Hände des Stärksten gelegt; in der Gesellschaft geht der Sinn für Gerechtigkeit verloren und das gegenseitige Vertrauen, Grundlage jeder echten Beziehung zwischen den Menschen, wird an der Wurzel untergraben.“¹¹

Das heißt: Grundlage der medizinischen Ethik und der Bioethik muss immer die stets gleiche Personengerechtigkeit sein,¹² alles andere verzwecklicht nämlich in unzulässiger utilitaristischer Weise die Person und ihr Lebensrecht.

Der Kontext der oben zitierten Aussage des päpstlichen Lehramtes ist freilich etwas anders als der Kontext einer Frage von Güterabwägung bei knappen stationären medizinischen Ressourcen. Das Zitat stammt nämlich aus einer längeren und ausführlich begründeten Ablehnung der Euthanasie und der daraus folgenden Ablehnung der Beihilfe zum Suizid, und sei es durch Angehörige oder Ärzte, auch wenn es scheinbar aus der guten Absicht des Mitleids geschieht. Dennoch können analoge Bewertungen auch für das hier vorliegende Problem der Abwägung von Zugangsrechten zu knappen medizinischen Ressourcen gegeben werden: Wenn Leben gegen Leben steht, ist aus Sicht eines ethischen deontologischen und anti-konsequentialistischen Personalismus, der das Individuum als in sich Sinn tragende Person versteht, prinzipiell eine Güterabwägung unmöglich. Ein solcher vitaler Konflikt ist nämlich unauflöslich. Allerdings gilt dies nur für das absolut gleichzeitige Auftreten des Konflikts. Ansonsten gilt nämlich der alte ethische Grundsatz *melior est status possidentis* („besser ist der Zustand des schon Erreichten“), das heißt in diesem Fall konkret: Nicht das Anschalten einer frei gewordenen Behandlungskapazität, sondern das Abschalten der noch belegten Maschine muss sich rechtfertigen. Und das ist im Angesicht von Person zu Person unmöglich; eine Abschaltung der lebensnotwendigen Intensivmaßnahme eines Patienten zugunsten eines anderen ist grundsätzlich nicht zu rechtfertigen, sonst würde man sich anmaßen, ein Urteil über den Lebenswert zu fällen. Dies gilt mit einer Ausnahme, auf die wir gleich zu sprechen kommen.

Zuvor nochmals ein Blick auf die infrage stehende Güterabwägung, die in der fachmedizinischen Literatur auch als Triage¹³ (französisch: *trier* für

¹¹ Johannes Paul II., Enzyklika „*Evangelium vitae*“ (25. März 1995) Nr. 66.

¹² Vgl. zum Hintergrund K. Gloy, *Die Frage nach der Gerechtigkeit*, Paderborn 2017.

¹³ Vgl. A. Brech, *Triage und Recht: Patientenauswahl beim Massenansturm Hilfsbedürftiger in der Katastrophenmedizin. Ein Beitrag zur Gerechtigkeitsdebatte im Gesundheitswesen*, Berlin 2008.

„sortieren“, „aussuchen“) bezeichnet wird, und zunächst ein legitimes Verfahren zur Priorisierung medizinischer Hilfe und Notfallmaßnahmen ist, um bei unerwarteter hoher Patientenzahl und begrenzten Ressourcen zu einer Strukturierung der notfallmedizinischen Maßnahmen zu kommen. Den Ursprung hat das Verfahren wohl im Krimkrieg 1854¹⁴ und der dort in der russischen Armee von dem russischen Chirurgen Nikolai Iwanowitsch Pirogow (1810–1881) eingeführten abgestuften chirurgischen Behandlung und der Einteilung der Verwundeten in fünf Stufen (Pirogowsche Sichtung). Die preußische und die französische Armee übernahmen das Prinzip, bis hin zum Motto des französischen Sanitätsdienstes im Ersten Weltkrieg *Triage – Transport – Traitement* („Sichtung, Transport, Behandlung“). Natürlich ist mit der ersten Sichtung immer auch eine unwillkürliche Selektion verbunden, um der Ordnung der darauf folgenden effektiven Behandlung willen,¹⁵ nicht um der Abwägung von Überlebenschancen willen, jedoch immer und explizit nur für plötzlich auftretende Notfälle und Katastrophen, ähnlich der modernen Notfall- und Intensivmedizin¹⁶, und streng begrenzt immer auf den absoluten Ausnahmefall.

Die oben verzeichnete Aussage aus der Enzyklika „*Evangelium vitae*“ ist freilich zunächst eine grundsätzliche Aussage über das gleiche Lebensrecht eines jeden Menschen, auch und gerade am intensivmedizinisch begleiteten und assistierten Lebensende bei expliziter Ablehnung eines assistierten Suizids.¹⁷ Die Aussage bezieht sich damit noch nicht direkt auf intensivmedizinische Maßnahmen am irreversiblen Lebensende. Dennoch kann von dieser Aussage der Enzyklika darauf geschlossen werden, dass ein jeder Mensch, unabhängig von Alter oder Gesundheitszustand, das unbedingte Recht auf eine gleiche und gerechte optimale Gesundheitsversorgung hat, ohne dass dies seine Autonomie der Entscheidung gegen inadäquat das pure Überleben verlängernde medizinische Maßnahmen beeinträchtigen würde. Daher kann es zu einer sogenannten Triage aus katholisch-ethischer Sicht nur in Ausnahmesituationen kommen, unabhängig natürlich von der Tatsache, dass ein Triage-Verfahren in den Notfallambulanzen und in der Intensivmedizin zu Recht dann Anwendung findet, wenn man herausfinden muss, mit welchem Grad von Dringlichkeit die Behandlung eines Patienten erforderlich ist, und mit welchem Behandlungsziel. Nicht immer (und in höherem Alter und im Pflegezustand ohnehin selten) ist eine vollständige Heilung und Gesundheit, oft

¹⁴ Vgl. zum Hintergrund O. Figes, *Krimkrieg*, Berlin 2014.

¹⁵ Vgl. N. Ellebrecht, *Triage. Charakteristika und Gegenwart eines ordnungsstiftenden Verfahrens*, in: *SI 47* (2009) 229–257.

¹⁶ Vgl. S. Frühwald, *Behandlungszwänge in der Intensivmedizin*, in: W. Schaupp/W. Kröll (Hg.), *Medizin – Macht – Zwang. Wie frei sind wir angesichts des medizinischen Fortschritts?*, Baden-Baden 2016, 49–58.

¹⁷ Vgl. auch P. Schaber, *Assistierter Suizid: Was man tun darf und was man tun soll*, in: J. Platzer/F. Großschärl (Hg.), *Entscheidungen am Lebensende. Medizinethische und empirische Forschung im Dialog*, Baden-Baden 2016, 31–41.

auch nur eine Milderung des Krankheitsverlaufes und eine pflegerische Begleitung der chronischen Krankheit oder der dauerhaften Einschränkung, oder eine palliative Begleitung und Schmerztherapie des einsetzenden finalen Sterbeprozesses möglich.

5 Intensivmedizinische und pflegemedizinische Kasuistik

Darüber hinaus und im weiteren Sinn könnte es zu einer Auswahl nur in zwei Situationen kommen, und zwar: Erstens – sogenannte *ex-ante*-Triage (lateinisch *ante* für „vor“) im Fall der Vor-Auswahl – dann, wenn beispielsweise zwei erkrankte Personen zeitgleich an einem intensivmedizinischen Behandlungsplatz ankommen und der Arzt unter den ankommenden Patienten auswählen muss. Hier liegt auch der eigentliche Ursprung der Triage, nämlich in der Kriegsmedizin und im Lazarettwesen: Schnell und unbürokratisch und oftmals intuitiv musste der Arzt entscheiden, wem die medizinische Behandlung und die knappen medizinischen Ressourcen zukommen sollten. Später wurde dieses Verfahren der Triage vom Kriegsfall auch ausgeweitet auf den Bereich der Notfallmedizin, weil hier manchmal ähnliche Situationen schneller notwendiger Auswahl angesichts knapper medizinischer Ressourcen gegeben sind. In solchen Fällen der Not, des Notfalls und der Ausnahme ist der Arzt prinzipiell frei in seiner Entscheidung, die schnell und präzise erfolgen muss.

Zweitens – sogenannte *ex-post*-Triage (lateinisch *post* für „nach“) im Fall der späteren (nach Bettenbelegung) erfolgten Auswahl – dann, wenn ein intensivmedizinisch behandelter Patient sich dem Anspruch eines nach ihm ankommenden Patienten gegenüber sieht, der nach ärztlicher Diagnose möglicherweise eine bessere Überlebensprognose hat und daher die intensivmedizinische Behandlung effektiver und effizienter und nachhaltiger genutzt würde, einschließlich möglicher Beatmungsgeräte. Hier muss möglicherweise der Moraltheologe und Ethiker dem Arzt und einer medizinischen Güterabwägung in den Arm fallen und laut und darauf hinweisen: Jede Person hat die gleiche Würde und daher, bei begonnener intensivmedizinischer Behandlung, das gleiche Recht auf optimale medizinische Versorgung, ungeachtet medizinischer Prognosen über den Krankheitsverlauf oder die mögliche Genesung, also ethisch gesprochen: ungeachtet konsequentialistischer Überlegungen zur Effektivität der Therapie, geschweige denn des ökonomischen Kosten-Nutzen-Kalküls. Dazu zählt auch das Recht auf die prinzipielle Fortsetzung einer einmal eingeleiteten medizinischen Überlebensmaßnahme, es sei denn, der Patient oder der Arzt in Beratung der Angehörigen kommt zu dem Entschluss, eine unnötige Verlängerung intensivmedizinischer Behandlung verzögere inadäquat ein relativ kurzfristig bevorstehendes definitives Lebensende. Dabei darf aber der konkurrierende Anspruch einer zweiten Person grundsätzlich

keine Rolle bei der Entscheidungsfindung spielen: Ein menschliches Leben zählt so viel wie ein anderes. Über welchen Zeitraum sollte und könnte sich auch diese medizinische Prognose erstrecken, und wäre demnach der sehr alte Patient nicht immer benachteiligt in der Güterabwägung, da er rein quantitativ weniger Zeit des Lebens vor sich hat? Dann aber wäre der altersbedingten Selektion Tür und Tor geöffnet.

Einen Ausnahmefall freilich gibt es: Wenn nach ärztlicher Diagnose der intensivmedizinisch behandelte Patient in den irreversiblen Sterbeprozess eingetreten ist oder dieser medizinisch absehbar kurz bevorsteht und ein ankommender Patient sich offenkundig medizinisch nicht in diesem Sterbeprozess befindet, dann darf der Arzt sich für den Abbruch der unnötig lebensverlängernden intensivmedizinischen Maßnahmen entscheiden, und sich damit, als Nebenfolge, nicht als primäre Abwägung von Leben gegen Leben, für diesen ankommenden Patienten und seine intensivmedizinische Behandlung entscheiden, insofern hier keine finale palliative intensivmedizinische Behandlung vorliegt. Dies gilt selbstverständlich nicht für den Fall chronischer Pflegebedürftigkeit eines Patienten, auch wenn er hochbetagt ist. Die auf den ersten Blick etwas rabulistisch anmutende Unterscheidung zwischen der Hauptfolge (des Abbruchs der Behandlung) und der Nebenfolge (der Aufnahme der Behandlung) dient der präzisen Unterscheidung der Motive und Intentionen, um ein Urteil des Arztes (oder der Gesellschaft) über Lebenswert und Lebensqualität auszuschließen.

6 Würde, nicht Leben, um jeden Preis

Jeder Mensch hat die gleiche Würde und das gleiche Recht, auch und gerade im Feld der Gesundheitsversorgung und der Pflegebedürftigkeit. Daher wird von alters her die Figur der Gerechtigkeit mit verbundenen Augen dargestellt: Ohne Ansehen des Erfolgs oder der Prognose erhält jede Person den gleichen und gerechten Zugang zu medizinischer Behandlung, auch wenn diese sehr teuer oder sehr knapp ist. Das gilt auch, und dies ist zu unterstreichen, im Fall einer medizinisch infamsten Prognose: hier geht medizinische Pflege und Linderung vor vollständiger Heilung und Wiederherstellung, auch wenn in diesen Fällen die Autonomie des Patienten deutlicher angefragt sein wird, als in einfachen Fällen der medizinischen Heilung. Es gibt keine Selektion, außer durch die Zeit, also den Zeitpunkt des Eintreffens des Patienten am medizinischen Standort. Und deshalb darf grundsätzlich nicht eine Person von intensivmedizinischer Behandlung abgeschaltet werden zugunsten einer anderen Person – es sei denn, die Ärzte halten den Sterbeprozess für unausweichlich begonnen und sehen keine Aussicht auf längeres Überleben. Es gibt nämlich keine Pflicht zur Lebensverlängerung um jeden Preis; dies gilt

besonders im Umfeld eines zunehmend technisierten Sterbeprozesses.¹⁸ Daher dürfte in einem solchen Fall die lebenserhaltende Maschine des Sterbenden abgeschaltet und zugunsten einer nicht sterbenden Person angeschaltet werden. Aber grundsätzlich, außer in solchen seltenen Fällen der intensivmedizinischen Aussichtslosigkeit der weiteren Behandlung, gilt: *first come, first served* („erste Ankunft, erste Hilfe“).

Noch einmal anders gewendet: Der auf den ersten Blick naheliegende Gedanke, dass beispielsweise einer jungen Mutter von vier Kindern eher geholfen werden müsste als einem 80-jährigen Menschen, ist bei näherem Hinschauen ein vom Nützlichkeitsdenken, dem sogenannten Utilitarismus, und vom Konsequentialismus und der Güterfolgenabschätzung bestimmtes Denken. Demgegenüber steht der moraltheologische deontologische Ansatz (griechisch *deon* für „Pflicht“), demgemäß es der unbedingten sittlichen Pflicht entspricht, jedem Menschen in gleicher Weise zum Leben und zur Gesundheit zu verhelfen, außer, was hier nicht das Thema ist, er verzichte von sich aus und in voller Autonomie auf sein Leben.¹⁹ Dieser unter anderem auch auf Immanuel Kant zurückgehende Ansatz der reinen Pflicht zur Hilfe, ohne abwägenden Blick auf die Lebensumstände einer Person, allein im Blick auf ihre Selbstzwecklichkeit,²⁰ gilt in der naturrechtlichen Tradition Europas als natürliches Recht jedes Menschen und für alle Menschen und ist durchaus kein christliches Sonderrecht. Dieses Recht begründet die Würde eines jeden Menschen als „Selbstzweck“, will heißen: als nicht in letzter Sicht benutzbare und verwertbare Person.

Dieser Begriff von absolut geltender Personenwürde liegt allem weiteren Handeln und aller nachfolgenden Güterabwägung und Güterfolgenabschätzung voraus.

„Niemand hat das klarer gesehen als Immanuel Kant. Aus dem Selbstzweckcharakter des Menschen folgert er nie, dieser ‚Zweck‘ müsse auf irgendeine Weise befördert oder ‚verwirklicht‘ werden. Er bezeichnet vielmehr die einschränkende Bedingung, unter der alle unsere Zwecktätigkeiten stehen müssen. Die Würde des Menschen kann so wenig wie die Gottes ‚verwirklicht‘, sie kann nur als immer

¹⁸ Vgl. U. Krähnke, Pathologisierung, Hospitalisierung und Technisierung der letzten Lebensphase. Zum biomedizinischen Umgang mit dem Sterben, in: S. Dickel/M. Franzen/C. Kehl (Hg.), Herausforderung Biomedizin. Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis, Bielefeld 2011, 333–360.

¹⁹ Vgl. E. Schockenhoff, Selbstbestimmtes Sterben? Zur Funktion des Autonomiearguments in der Debatte um die Sterbehilfe, in: Schaupp/Kröll (Hg.), Medizin – Macht – Zwang (s. Anm. 16), 71–89.

²⁰ Vgl. I. Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Werkausgabe (W. Weischedel) VII, Frankfurt a. M. 2017, 66: „Denn vernünftige Wesen stehen alle unter dem Gesetz, daß jedes derselben sich selbst und alle anderen niemals bloß als Mittel, sondern jederzeit zugleich als Zweck an sich selbst behandeln solle.“ Und ebd. 68: „Im Reiche der Zwecke hat alles entweder einen Preis oder eine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als Äquivalent, gesetzt werden; was dagegen über jeden Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.“

schon wirklich geachtet werden. Als solche bleibt sie einschränkende Bedingung auch für diejenigen Handlungen, die dem Wohl der Menschen dienen wollen.“²¹

Daher wird es eben als „Naturrecht“²² bezeichnet: Jedem Menschen kommt von Natur aus, einfach aufgrund der Tatsache, dass er von Natur Mensch ist (und kein Gänseblümchen), zu, vor jeder noch so verborgenen Art der Selektion und der Aussortierung bewahrt zu werden – auch und gerade im Feld der Gesundheit und der medizinischen Leistungen. Darauf ruht auch unsere Gesetzgebung und unser Grundgesetz mit Art. 1: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“. Und das heißt: die Würde *jedes* Menschen, unabhängig von weiteren Bestimmungen des Alters oder der Nützlichkeit, ist unantastbar.²³

7 Corona und die Ethik der solidarischen Nächstenliebe

Eine Krise bündelt Perspektiven und Probleme. Die Corona-Krise schärft den Blick in einer vorher nie dagewesenen Weise auf verschiedene Arten von Güterabwägungen und Folgenabschätzungen. Dazu zählt die konkrete und beschriebene Abwägung von knappen Ressourcen im Gesundheitswesen und in der Krankenhausversorgung, auch in der Intensivmedizin mit Blick auf unterschiedliche Patientenbiografien und unterschiedliche Genesungsprognosen: Wer hat ein Recht auf unbedingte Förderung seiner Freiheit zum Leben und zum Überleben? Dazu zählt freilich auch die Abwägung der Gesundheitsinteressen und der Überlebenschancen insbesondere der über 60 Jahre alten Bürgerinnen und Bürger gegenüber den Interessen der weniger vom Risiko der Viruserkrankung betroffenen jüngeren Menschen wie auch der Interessen der Wirtschaft, zumal des Mittelstandes und des Handwerks. Dahinter stehen letztlich auch Fragen nach dem Sinn, der Reichweite und der Dauer von staatlichen Eingriffen in individuelle Freiheitsrechte der Bürgerinnen und Bürger, die im Namen der Aufrechterhaltung einer öffentlichen Gesundheit und der Krankenversorgung geschehen und durchgesetzt werden. Hier konkurrieren unmittelbar verschiedene Freiheitsrechte, etwa das Recht auf Gesundheit und das Recht auf Bewegungsfreiheit, aber auch, verbunden damit, das Recht auf Berufsausübung und den Erwerb von Lebensunterhalt. Staatliche Macht steht nach aufgeklärter moderner Auffassung im Dienst des

²¹ R. Spaemann, Über den Begriff der Menschenwürde, in: ders., *Das Natürliche und das Vernünftige. Essays zur Anthropologie*, München 1987, 77–106, hier 97.

²² Vgl. klassisch H. Rommen, *Die ewige Wiederkehr des Naturrechts*, Leipzig 1936; L. Strauss, *Naturrecht und Geschichte*, Stuttgart 1953. Aus neuerer katholischer Sicht vgl. H.-G. Nissing (Hg.), *Naturrecht und Kirche im säkularen Staat*, Wiesbaden 2016.

²³ Vgl. zum Hintergrund T. Stein, Ernst-Wolfgang Böckenförde und der Streit über die Interpretation der Menschenwürde. Zwischen geistesgeschichtlicher Herkunft und säkularer Verfassungsordnung, in: H.-J. Große Kracht/K. Große Kracht (Hg.), *Religion – Recht – Republik. Studien zu Ernst-Wolfgang Böckenförde*, Paderborn 2014, 137–154; daneben auch T. Stein, *Himmliche Quellen und irdisches Recht. Religiöse Voraussetzungen des freiheitlichen Verfassungsstaates*, Frankfurt a. M. 2007.

Individuums, der menschlichen Person und ihrem *pursuit of happiness*, wie es die amerikanische Unabhängigkeitserklärung formuliert. Solche staatliche Macht im Dienst an der Person ist nach moderner Lesart immer demokratisch reglementiert und kanalisiert, und das meint: Jeder darf jedem eine Frage stellen, außer der alles entscheidenden Frage „Wozu braucht es Dich eigentlich?“ Diese Frage ist buchstäblich tabu und der Befragte sakrosankt. Diese Frage darf im republikanischen Staatswesen nicht gestellt werden, weil sie die zweckfreie Menschenwürde antastet, und sie muss auch nicht gestellt werden, weil sie bereits durch die Verfassung – im deutschen Fall durch das Grundgesetz Artikel 1 mit der „nominatio Dei“, der Benennung Gottes²⁴ – beantwortet ist. Auf dieser Grundlage freilich darf und muss dann alles republikanisch und demokratisch befragt, hinterfragt und diskutiert werden.

Soziologisch und ökonomisch betrachtet wird nach der Corona-Pandemie in der Tat nichts mehr sein wie vorher. Anders und schärfer gesagt: Das endgültige Ende des vielleicht allzu oft auch zu Unrecht viel geschmähten Neoliberalismus ist unwiderruflich gekommen, jedenfalls sofern unter Neoliberalismus eine Spielart des angelsächsischen Kapitalismus ohne ordnungsethisches Adjektiv verstanden wird,²⁵ die in der Tradition eines Adam Smith von der Verfolgung individueller Interessen der Akteure im Markt und einer unsichtbaren Hand des Marktes ausgeht.²⁶ Individuelle Freiheiten fügen sich leider nicht durch eine solche unsichtbare Hand zum Gemeinwohl aller, insbesondere der schwächeren und benachteiligten Akteure in Wirtschaft und Gesellschaft, zusammen.²⁷ Der Soziologe Heinz Bude hat mehrfach auf ein neues Verständnis von Solidarität in diesem Zusammenhang hingewiesen,²⁸ auf eine gesellschaftliche Staatsbedürftigkeit zur Organisation dieser Solidarität zugunsten der verwundbaren Mitglieder der Gesellschaft, und dass Solidarität in der Zukunft sehr viel mehr Freiheit und Schutz miteinander vermitteln wird. Die Corona-Krise hat diese Zukunft und ein neues solidarisches Verständnis von Staat und Markt wünschenswert rasant beschleunigt. Der Staat wird neue Stärke gewinnen müssen zur Ordnung individueller Freiheiten und Freiheitsgewinne, zur Verpflichtung von Gewinnen und Vermögen zugunsten des Gemeinwohls, nicht zuletzt zugunsten eines effizienten und effektiven Klimaschutzes, zum Ausgleich durchaus disparater Interessen und zum Schutz ganz neuer gefährdeter Risikogruppen einer Gesellschaft von solidarisch lebenden Individuen, die sich als Personen, also als einander moralisch verpflichtet verstehen. Das gilt zunehmend mehr im Feld der Gesundheit und

²⁴ Vgl. zum Hintergrund H. Dreier, Staat ohne Gott. Religion in der säkularen Moderne, München 2018, 171–188.

²⁵ Vgl. T. Sedlacek/D. Gräber, Revolution oder Evolution. Das Ende des Kapitalismus?, München 2015.

²⁶ Vgl. G. von Wallwitz, Mr. Smith und das Paradies. Die Erfindung des Wohlstands, Berlin 2013.

²⁷ Vgl. B. van Bavel, The Invisible Hand? How Market Economies Have Emerged and Declined since AD 500, Oxford 2016.

²⁸ Vgl. H. Bude, Solidarität: Die Zukunft einer großen Idee, München 2019.

der Pflege, nicht zuletzt im Hinblick auf eine adäquate Bezahlung der in der Pflege tätigen Menschen und der Absicherung ihrer erhöhten gesundheitlichen Risiken, aber auch im Feld der Investitionen und der Erwerbstätigkeit und deren finanzielle Risikoabsicherung, die in Zeiten einer Pandemie ohne staatliche Absicherung überhaupt nicht möglich wäre. Und dies entfaltet eine neue Facette der sozialen Marktwirtschaft in Richtung einer präventiv tätigen und vorausschauenden Solidarität gesellschaftlicher Akteure, die um die eigene Verwundbarkeit und damit um die notwendige Solidarität aller deutlich wissen.

Staatliche Macht und die individuelle Freiheit zu Grundrechten kommen dann in eine Balance, wenn nach den wesentlichen Inhalten des staatlich organisierten Zusammenlebens gefragt wird, auch und gerade in Zeiten von Corona und Pandemie. Die Versuchung zur Praxeologie, also zum bloß effektiven und effizienten Verfolgen von technisch machbaren Zielen ist groß. Wir können viel, ob wir es auch sollen, ist damit noch nicht beantwortet. Und auch die Frage nach der Reihenfolge der Güter und deren Verwirklichung, also die Frage nach Kriterien für eine ethische Triage ist noch längst nicht beantwortet. Daher gilt es, die Frage nach dem wirklich Guten jenseits des bloß Machbaren wachzuhalten. Christlich gesprochen:

„Wo die Inhalte nicht mehr zählen, wo die reine Praxeologie die Herrschaft übernimmt, wird das Können zum obersten Kriterium. Das aber bedeutet: Die Macht wird zur alles beherrschenden Kategorie – revolutionär oder reaktionär. Dies ist genau die perverse Form von Gottähnlichkeit, von der die Sündenfallgeschichte spricht: Der Weg des bloßen Könnens, der Weg der reinen Macht ist Nachahmung eines Götzen und nicht Vollzug der Gottebenbildlichkeit. Das Kennzeichen des Menschen als Menschen ist es, daß er nicht nach dem Können, sondern nach dem Sollen fragt, und daß er sich der Stimme der Wahrheit und ihres Anspruchs öffnet.“²⁹

Dr. Peter Schallenberg ist Professor für Moraltheologie an der Theologischen Fakultät Paderborn und Direktor der Katholischen Sozialwissenschaftlichen Zentralstelle in Mönchengladbach.

²⁹ J. Ratzinger, *Wahrheit, Werte, Macht. Prüfsteine der pluralistischen Gesellschaft*, Freiburg i. Br. 1993, 48.

Theologie und Glaube

110. Jahrgang – Heft 3 – Juli 2020

Begründet 1909 von der „Bischöflichen philosophisch-theologischen Fakultät“ Paderborn.
Herausgegeben von den Professoren der Theologischen Fakultät Paderborn

Schriftleitung:

Prof. Dr. Dr. Bernd Irlenborn

Prof. Dr. Christoph Jacobs

Prof. Dr. Michael Konkel

Redaktion und Satz:

Svenja Wesemann M. A.

Anschrift:

Schriftleitung „Theologie und Glaube“, Kamp 6, 33098 Paderborn

Tel.: 05251/121-740, Fax: 05251/121-700

E-Mail: thgl@thf-paderborn.de

Internet: <http://www.theologie-und-glaube.de>

Manuskripte:

Beiträge und Rezensionen sind an die Schriftleitung zu senden, ebenso zur Rezension angebotene Bücher. Die Schriftleitung behält sich die Entscheidung über eine Veröffentlichung bzw. Besprechung vor. Bei unverlangt eingesandten Beiträgen und Rezensionsexemplaren erfolgt keine Rücksendung. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung bzw. der Herausgeber wieder.

Erscheinungsweise:

„Theologie und Glaube“ erscheint viermal im Jahr.

Der Bezugspreis beträgt für ein Heft EUR 14,80, für das Jahresabonnement EUR 48,-, jeweils zuzüglich Versandkosten (gültig für den laufenden Jahrgang). Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn bis zum 1. Dezember des laufenden Jahres keine Kündigung beim Verlag erfolgt.

Verlag:

Aschendorff Verlag GmbH & Co. KG, Soester Straße 13, 48155 Münster

(Bestellungen, Kündigungen und sonstige geschäftliche Mitteilungen sind direkt an den Verlag zu richten.)

ISSN 0049-366X

Vorschau auf Heft 4/2020

Priesterausbildung

Christoph Jacobs	Zu diesem Heft
Wunibald Müller	„Ein Mensch ist der Priester. Er ist also aus keinem anderen Holze gemacht wie wir alle“. Anregungen und Anforderungen für eine heutige zeitgemäße Ausbildung von Priestern
Christiane Bundschuh-Schramm	Was erwarten Frauen in der Pastoral von der heutigen Priesterausbildung?
Michael Menke-Peitzmeyer	Am Ende vieler Sicherheiten – „Priester werden“ an der Zeitenwende. Zur gegenwärtigen Befindlichkeit der Priesteramtskandidaten, ihren Anliegen und Perspektiven
Johannes Först	Abstraktes Denken, Selbstrelativierung und Forschergeist. Zur aktuellen Bedeutung theologischer Wissenschaft in der Priesterausbildung
Michael N. Ebertz	Von der „Vollmacht“ zur Ohnmacht? Herausgeforderter Klerikalismus im Feld der Glaubenskämpfe