

Gesundheit und Krankheit in der philosophischen Diskussion

Thomas Schramme

Das Thema meines Beitrags erscheint möglicherweise ungewöhnlich, insofern sich die philosophischen Dimensionen der Diskussion über Gesundheit und Krankheit nicht unbedingt aufdrängen. In erster Linie geht es dabei um Definitionen der grundlegenden medizinischen Begriffe, so wie es meist in der Philosophie um die Analyse von Begriffen geht. ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ gehören zu den Begriffen, mit denen sich Philosophen durchaus schon eine Weile auseinandergesetzt haben. Nicht so sehr in Deutschland, aber das ändert sich jetzt gerade ein wenig¹ Meine eigenen Arbeiten haben sich in erster Linie mit dem Begriff der psychischen Krankheit befasst². Darüber werde ich nur am Rande, eher im Vorbeigehen, etwas sagen. Ich konzentriere mich in erster Linie auf den allgemeinen Krankheitsbegriff, so wie er in vorrangig in der somatischen Medizin verwendet wird. Grundsätzlich bin ich aber überzeugt, dass der Krankheitsbegriff der Psychiatrie derselben Logik folgt.

Zunächst werde ich untersuchen, warum die Begriffe der Krankheit und der Gesundheit wichtig sind. So mancher mag die Fragestellung einer entsprechenden Begriffsdefinition als ein typisches Glasperlenspiel der Philosophie ansehen. Doch ich will einige Argumente diskutieren wonach es enorm wichtige normative

Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine redigierte Abschrift eines Vortrags. Es war beabsichtigt, die sprachliche Form eines Redebeitrags zu erhalten.

¹Zurhorst/Gottschalk-Mazouz: Gesundheit und Krankheit: Philosophie und Psychologie im Dialog; Hucklenbroich/Buyx (Hrsg.): Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs.; Rothhaar/Frewer (Hrsg.): Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik: Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs.

²Schramme: Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit.

T. Schramme (✉)

Philosophisches Seminar Praktische Philosophie, Universität Hamburg, Von-Melle-Park 6,
20146 Hamburg, Deutschland

E-Mail: thomas.schramme@uni-hamburg.de

Auswirkungen hat – bis in die politischen Entscheidungen hinein –, was wir unter Gesundheit und Krankheit verstehen. Im Anschluss sollen einige Beispiele strittiger Krankheiten vorgestellt werden, woran man gut sehen kann, wie viele Zustände des menschlichen Körpers und des Geistes bereits als Krankheiten diskutiert worden sind, selbst solche, die wohl kaum ein Laie als solche ansehen würde. Dabei kann man feststellen, wie schwierig es mitunter zu entscheiden ist, welche Phänomene tatsächlich als Krankheit zu gelten haben und welche Zustände andere Lebensprobleme darstellen. Dann kommen wir zum eigentlichen Herzstück des Beitrags, nämlich der philosophischen Diskussion. Sie wird geführt mithilfe der Unterscheidung von zwei „-Ismen“. Also, wie das häufig so ist, hat man quasi zwei Schubladen gebildet, hier den „Naturalismus“ und den „Normativismus“; zwei Diskussionsstränge, könnte man vielleicht sagen, oder Theorien bzw. Theoriearten, die in der Debatte zu identifizieren sind. Ich führe im Anschluss eine eigene, anders gelagerte Begrifflichkeit ein, um so Unterschiede dieser beiden philosophischen Herangehensweisen aufzuzeigen und damit auch die Vereinbarkeit von Naturalismus und Normativismus zu betonen. Ich möchte eine *wissenschaftliche* und eine *lebensweltliche* Perspektive unterscheiden. Diese Ausdrücke gibt es natürlich auch in anderen Kontexten, aber hier ist nur Folgendes gemeint: Es gibt unterschiedliche Perspektiven auf ein und dasselbe Phänomen, nämlich das Phänomen Krankheit, und diese Perspektiven unterscheiden sich in bestimmten Hinsichten; insbesondere in der grundlegenden Sichtweise auf das Phänomen Krankheit. Dies ist relevant, weil wir dann den Krankheitsbegriff auf sehr unterschiedliche Weise definieren können, ohne dass wir uns dabei im Widerstreit befinden müssen.

A. Die normative Signifikanz der medizinischen Begrifflichkeit

Nach der Vorstellung der Gliederung soll nun zunächst die normative Signifikanz der medizinischen Begriffe herausgearbeitet werden. Dazu beginne ich mit einem Zitat eines amerikanischen Medizinphilosophen, Lawrie Reznek, der Folgendes sagt: „Judging that some condition is a disease commits one to stamping it out. And judging that the condition is not a disease commits one to preventing its medical treatment.“³ Hier stecken genau genommen zweierlei Aussagen drin: Nämlich einmal, dass die Feststellung einer Krankheit einen (*prima facie*) Anspruch auf medizinische Behandlung generiert. „Prima facie“ steht hier, wenn auch in Klammern, weil wir üblicherweise wissen und annehmen, dass der Anspruch nur sozusagen auf den ersten Blick gilt – ohne weitere Bedingungen zu berücksichtigen. Denn wir wissen natürlich, gerade unter den heutigen, gesellschaftlichen Umständen, dass wir in der medizinischen Praxis nicht mehr all das

³Reznek: The Nature of Disease, 171.

tun können, was wir vielleicht wollen. Das heißt, nicht alle Krankheiten generieren den genannten Anspruch im Sinne einer solidarisch finanzierten Behandlung. Dieser Aspekt braucht uns zwar nicht näher zu bekümmern, denn dabei geht es um die Gerechtigkeit der Medizin, was hier nicht unser Thema ist⁴. Doch festzuhalten bleibt, dass Krankheit als solche quasi die Eintrittskarte für das medizinische System ist – das ist die eine Aussage Rezneks. Umgekehrt sagt er aber, zweitens, dass wenn wir diese „Eintrittskarte“ nicht lösen, d. h. wenn wir nicht krank sind, wir im medizinischen System auch nichts verloren hätten. Man mag durchaus annehmen, dass bestimmte Serviceleistungen zur Verfügung gestellt werden, um solche Zustände, die keinen Krankheitswert besitzen, zu verändern. Aber damit wären dann, wenn man Rezneks Aussagen folgt, eigentlich keine medizinischen Leistungen im engeren Sinne mehr verbunden. Das ist eine sehr verbreitete Auffassung, zumindest wenn man die Verbindung zu solidarisch finanzierten Leistungen zieht: Krankheit sollte bei jedem unabhängig von seiner Zahlungsfähigkeit behandelt werden, aber gesunde Zustände zu verändern, ist nicht die Aufgabe der Medizin, bzw. zumindest keine gesellschaftliche Aufgabe, die jedem Bürger zugänglich gemacht werden müsste. Insofern hängt viel daran, was wir als Gesundheit und was wir als Krankheit ansehen, denn darin besteht die Voraussetzung, überhaupt einen Anspruch auf medizinische Ressourcen zu haben.

Da der Krankheitsbegriff die genannte normative Signifikanz besitzt, darf es nicht verwundern, dass er ein gesellschaftlich und politisch umkämpfter Begriff ist. In der Tat scheint mir, dass sich ein nicht unerheblicher Anteil der prekären ökonomischen Situation der Medizin aus einer fatalen Interessenharmonie zwischen den verschiedenen Bereichen ergibt, die hier im Spiel sind, nämlich den Patienten, den Ärzten und auch der pharmazeutischen Industrie. Deren Interesse zielt jeweils auf eine möglichst expansive Krankheitsdefinition, weil, wenn man sich schlecht fühlt, also potenzieller Patient ist, man sich nicht um die Frage bekümmert, ob der Leid verursachende Zustand wirklich eine Krankheit ist oder nicht; man will einfach medizinisch behandelt werden. Und nach Möglichkeit will man natürlich auch nicht horrenden Summen dafür ausgeben. Schließlich scheint es dafür die solidarisch finanzierten Krankenkassen zu geben, die entsprechend für die Behandlung aufkommen sollen. Das heißt, es gibt dadurch, dass diese „Eintrittskarte“ existiert, ein Interesse daran, dass möglichst viele Zustände – jetzt aus der Patientenperspektive gesprochen – auch tatsächlich diese Eintrittskarte lösen. Dabei vergisst man natürlich, dass man gleichzeitig auch – in den meisten Fällen zumindest – ein Bürger ist, der für diese solidarisch finanzierten Leistungen aufkommen muss. Das heißt, man zahlt gewöhnlich auch in die Krankenkasse ein. In der ökonomischen Theorie sind diese letztlich als Irrationalitäten zu bezeichnenden Verhaltensweisen recht gut bekannt. Man betrachtet sich zunächst einmal als Notleidender, der etwas will, und man ist darauf aus, dann auch entsprechende Leistungen zu erhalten. Dabei sieht man dann vielleicht nicht unbedingt, dass man im Endeffekt, langfristig gesehen, selber auch wieder, nämlich als Beitragszahler

⁴Schramme, in: Mazouz et al (Hrsg): Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, 71–84.

in einem Gesundheitssystem, von einer möglichen Ausweitung des Krankheitsbegriffs betroffen ist. Soviel zur Patientenperspektive. Die Ärzte haben natürlich ebenfalls ein Interesse daran, möglichst viele Krankheiten behandeln zu können. Insofern haben auch sie ein Interesse daran, möglichst viele Phänomene als Krankheit anzusehen. Und die pharmazeutische Industrie, das liegt auch nahe, möchte natürlich ebenfalls den Krankheitsbegriff expansiv begreifen. Gerade dort kann man sehr gut sehen – das wird dann wiederum von Wissenschaftlern, die sich auf Werbung spezialisieren, sehr gut untersucht, speziell in Ländern wie den USA – wie Krankheiten erschaffen werden, indem bestimmte Lebensprobleme so dargestellt werden, dass sie medizinische Kriterien zu erfüllen scheinen, und damit eben in einen Zustand mit Krankheitswert überführt werden. Dazu gibt es eine Menge an Literatur und ich bin durchaus der Meinung, dass da ein sehr großes Problem liegt. Es wird häufig als „Medikalisierung“ bezeichnet – der Begriff taucht später noch einmal auf⁵. „Medikalisierung“ meint demnach, die medizinische Perspektive auf Lebensprobleme zu übertragen. Die für uns resultierende Frage muss entsprechend lauten: Können wir den Krankheitsbegriff so definieren, dass er dieser Entwicklung Einhalt gebietet oder die Medikalisierung sogar verhindern kann?

Bisher hatten wir nur über die eine Seite der eingangs zitierten Überlegung gesprochen, also die sogenannte Eintrittskarte. Ein weiterer Aspekt bei dieser Diskussion ist, wie erwähnt, dass Verbesserungen von Eigenschaften, seien sie noch so erwünscht, keine Dinge sind, die unter den Krankheitsbegriff fallen, damit in den Bereich der möglicherweise privat finanzierten Serviceleistungen fallen, und eben *nicht* in den Bereich, der solidarisch finanziert werden sollte. Dies kann man auch in anderen Bereichen der medizinischen Praxis recht gut sehen. Etwa anhand einer so strittigen Praxis wie der Präimplantationsdiagnostik, also der genetischen Bewertung von bestimmten vorliegenden Embryonen. Hier wird häufig gesagt, dass sozusagen krankhafte Embryonen oder mit krankheitsverursachenden Genen versehene Embryonen aussortiert werden dürfen, die dann nicht eingepflanzt werden, aber die Auswahl gesunder Kinder, die nach bestimmten Wahlkriterien wie dem Geschlecht oder anderen erwünschten Eigenschaften, erfolgt, nicht erlaubt sein sollte (nicht einmal, wenn dies selbst finanziert würde). So reden wir entsprechend von negativer und positiver Eugenik – wobei diese Ausdrücke nicht als Wertungen gemeint sind, sondern als Bezug auf den Krankheitsbegriff: Die Beseitigung von Krankheit mit genetischen und gen-diagnostischen Maßnahmen, also die negative Eugenik, gilt als gerechtfertigt, so wie die Krankheitsbehandlung insgesamt; die Verbesserung, bzw. Auswahl bestimmter gesunder Eigenschaften – positive Eugenik – hingegen nicht. Auch hier wird deutlich, dass diese normative Grenze davon abhängig ist, wie wir den Krankheitsbegriff verstehen und ob er ein klares Abgrenzungskriterium bietet, also deutlich definiert ist.

⁵Illich: Die Nemesis der Medizin; Conrad: The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders.

Schließlich ist als weiteres wichtiges Beispiel der normativen Signifikanz des Krankheitsbegriffs eine Fragestellung zu nennen, die mich persönlich sehr stark interessiert hat. Es wäre offenbar möglich, die verbreitete Kritik am Krankheitskonzept in der Psychiatrie zurückzuweisen, wonach die Psychiatrie quasi auf Sand gebaut ist und es gar kein klares Verständnis von psychiatrischer Erkrankung gibt, wenn man klare Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Krankheit nennen, also letztlich den Krankheitsbegriff der Psychiatrie definieren könnte. Gemeint ist hier beispielsweise der Slogan der sogenannten „Anti-Psychiatrie“ vom „Mythos der psychischen Krankheit“⁶. Demnach gibt es gar keine psychische Krankheit, weil keine klaren Kriterien derselben existieren, sondern einfach nur soziale Normen, die bestimmtes unerwünschtes Verhalten aussondern. Wenn wir nun ein oder mehrere eindeutige Krankheitskriterien vorlegen könnten, dann wären diese, zumindest voraussichtlich, auch auf den psychiatrischen Bereich anzuwenden und damit wäre dann die Zurückweisung der Auffassung möglich, wonach es überhaupt keinen sinnvollen Krankheitsbegriff der Psychiatrie gibt.

Abschließend soll noch darauf verwiesen werden, dass eine wichtige Bedingung für bestimmte soziale Rollen ebenfalls die Zuschreibung bzw. die Nicht-Zuschreibung von Krankheit darstellt. Vom Arbeitsplatz fernbleiben kann man beispielsweise, wenn man krankgeschrieben ist. Für Studierende gibt es die spezifische medizinische Feststellung der Studierunfähigkeit. Es muss also ein bestimmtes, sozusagen diagnostisches Label erreicht sein – und dieses hat mit Krankheit zu tun – welches dazu führt, dass man – jetzt soziologisch gesprochen – von bestimmten sozialen Rollen entbunden wird oder in bestimmte soziale Rollen eintreten kann, nämlich insbesondere die Rolle des Patienten. Und daran hängen natürlich bestimmte Verantwortlichkeiten, aber auch Entbindungen von Verantwortlichkeit. Insofern sind Gesundheit und Krankheit zwei Begriffe, die enorm dramatische normative Auswirkungen haben in Bezug auf verschiedenste Bereiche unseres täglichen Lebens. Daher ist die Frage nach dem Gesundheits- und Krankheitsbegriff kein bloßes Glasperlenspiel, sondern eine wichtige Frage mit einhergehenden normativen Auswirkungen.

B. Gesundheits- und Krankheitsbegriff: Ein erster Blick

Wenn man einen Anfang wagen will und sich informiert, welche Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen es in der Literatur gibt, dann stößt man relativ schnell auf diejenige der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1946. Dies schon vorneweg: Der Zeitpunkt der Veröffentlichung ist wohl wichtig, bekanntermaßen ein Jahr nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs. „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ Der im zweiten Halbsatz genannte

⁶Szasz: *The Myth of Mental Illness*, Revised Edition.

Aspekt dieser Definition wird relativ häufig betont. Wir sollten nicht nur eine negative Definition von Gesundheit geben, sondern darüber hinaus etwas Positives aussagen, etwas die Gesundheit positiv Bestimmendes, und nicht nur einfach festhalten, dass Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit sei. Dass dies wichtig ist, wird dann deutlich, wenn man in einem Wörterbuch oder einer Enzyklopädie nachsieht und unter „Gesundheit“ liest: „Abwesenheit von Krankheit“, nur um dann unter „Krankheit“ den Eintrag „Abwesenheit von Gesundheit“ vorzufinden. Dann ist man einmal im Kreis gegangen. Leider ist aber auch dieses nicht informative Ergebnis bei der Literaturrecherche zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff nicht ausgeschlossen. In der zitierten Definition der Weltgesundheitsorganisation wiederum ist Gesundheit nicht verstanden als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern als ein Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Wenn man fragt, wer sich nach dieser Definition zu einem bestimmten Zeitpunkt als gesund bezeichnen würde, könnte man wohl nicht mit vielen bejahenden Stimmen rechnen. Die Zuhörer eines Vortrags etwa mögen ihren Sitz für allzu unbequem halten und sich dadurch in ihrem Wohl beeinträchtigt sehen. Andere mögen denken: „Eigentlich wäre ich lieber woanders, Zuhause im warmen Bett und hätte noch einen Kaffee vor mir“. Also könnten all diese Zuhörer wohl nicht sagen, dass Sie sich in einem Zustand *vollkommenen* körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens befinden. Das Problem mit der Definition scheint demnach darin begründet, dass es ein unerreichbares – beziehungsweise allenfalls phasenweise erreichbares – Ideal darstellt. Es wird anscheinend gar nicht über Gesundheit gesprochen, sondern über etwas anderes, nämlich über so etwas wie Glück oder absolutes Wohlergehen. Allerdings haben viele Menschen doch die Vorstellung, Gesundheit sei ein medizinischer Begriff und insofern verfehlt die genannte Definition der WHO einen wesentlichen Aspekt des Gesundheitsbegriffs. Zudem kommt das Problem der Medikalisierung hinzu – diesen Ausdruck hatte ich eingangs schon einmal erwähnt. Wo man der Gesundheitsdefinition der WHO folgt und sie gleichzeitig mit der Idee des LöSENS einer Eintrittskarte für die medizinische Behandlung verbindet, da scheint man behaupten zu können, dass man nicht gesund sei, wenn etwa der Nachbar ein größeres Auto als man selbst hat oder wenn man arbeitslos ist. Dadurch, dass es einem schlecht geht, gilt man nicht als gesund und hätte demnach einen Anspruch auf entsprechende medizinische Leistungen, etwa dass man irgendwelche „Happy Pills“ bekommt, sodass es einem wieder gut geht. Insofern scheinen wir mit der bisherigen Diskussion nicht besonders weit gekommen zu sein. Es gibt auch entsprechend viele Philosophen, welche die WHO stark kritisiert haben für diese Definition, aber ich hatte schon darauf hingewiesen, dass man auch den politischen Kontext beachten sollte. Es ging wohl auch darum, zu einer Zeit, in der es in vielen Ländern noch nicht einmal so etwas gab wie ein Gesundheitssystem, darauf hinzuweisen, wie stark die Bedeutung der Gesundheit für den Menschen in seinem Leben ist. Insofern sollte man den zitierten Satz nicht strikt philosophisch auffassen, im Sinne der Unterstellung einer Definition von Gesundheit, die notwendige und hinreichende Bedingungen bzw. Kriterien vorgibt. Liest man die Aussage in einer solchen Weise, ist sie sicherlich aus den genannten Gründen nicht plausibel. Doch man kann die WHO auch so verstehen, dass sie auf

ein Ideal hinweisen wollte, welches auch ein politisches Ideal darzustellen scheint. Abschließend festhalten können wir allerdings, dass die Aussage der WHO als philosophische Definition des Begriffs der Gesundheit sicherlich ungeeignet ist.

Immerhin haben wir aber nun einen Fortschritt gemacht, insofern man sehen kann, dass Gesundheit ein graduierbares Phänomen darstellt. Menschen können gesünder sein, sie können kränker sein, und wir sprechen entsprechend von schweren Krankheiten im Unterschied zu weniger schweren Krankheiten. Wir können uns entsprechend verschiedene Punkte auf einer Skala vorstellen, auf der wir uns bewegen, wenn wir über Gesundheit und Krankheit sprechen (Abb. 1).

Auf der einen Seite wären Krankheitsphänomene in unterschiedlicher Ausprägung. Die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit wäre genau der Punkt, den die negative Gesundheitsdefinition festlegt. Ihr zufolge ist Gesundheit eben nicht mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Für den Zweck dieser Abgrenzung interessiert es nicht, wie schwer eine Krankheit tatsächlich ist, sondern es wird diese Stelle als Abgrenzung von Gesundheit markiert und dort ist der Punkt, an dem man auch die normative Signifikanz feststellt. Denn hier wird ein Minimum an Gesundheit bestimmt, also ein Punkt, ab dem auf der einen Seite die Krankheitszustände verortet sind und auf der anderen die Gesundheitsphänomene. Mit dieser Idee einer Skala, auf der individuelle Gesundheits- und Krankheitsphänomene eingetragen werden können, wird nun auch deutlich, dass der Vorschlag der WHO sich am anderen, sozusagen positiven Extrem der Skala bewegt. Sie stellt ein Ideal vor, also etwas, dass – wie auf anderen nicht begrenzten Skalen – „nach oben offen“ und für uns Menschen unerreichbar ist. Gleichwohl muss festgehalten werden, dass wir durchaus auf diese Weise über Gesundheit und Krankheit reden können; wir können uns also auch graduell auf Gesundheit und Krankheit beziehen und insbesondere sogar ein positives Gesundheitsideal aufstellen, so wie es die WHO macht. Nur wichtig ist dabei zu sehen: Wir reden dann anders über diese Phänomene, als es häufig, zumindest in der Medizin, üblich ist. Dort wird Gesundheit im Sinne einer absoluten Grenze zur Krankheit gedeutet; Gesundheit ist hier die Abwesenheit von Krankheit. Das heißt, der Fokus der Medizin liegt in erster Linie auf der Krankheit. Und dabei interessiert es eben, wie gesagt, auch nicht, wie glücklich jemand ist, sondern man ist dann gesund, wenn keine Krankheit vorliegt. Dieser Unterschied zwischen einem Minimum und einem Ideal der Gesundheit ist sehr wichtig. Ich will also keineswegs behaupten, es sei falsch, über positive Gesundheit zu reden – ganz

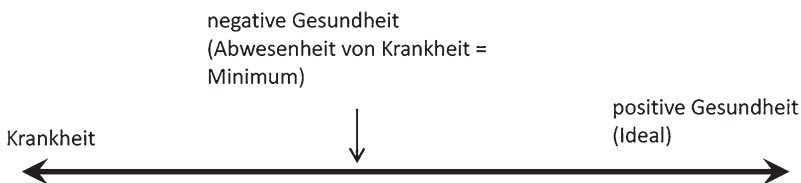


Abb. 1 Negative und positive Gesundheit

im Gegenteil, das ist sinnvoll möglich –, nur redet man dann anders darüber, als wenn man sich auf eine absolut gesetzte Grenze bezieht. Diesen Unterschied zu missachten führt zu viel Verwirrung in der Diskussion über Gesundheit und Krankheit, wie beispielsweise, wenn man einfach ganz salopp über die WHO-Definition hinweggeht und sie als unbrauchbar bezeichnet. Tatsächlich ist sie nur für bestimmte Zwecke untauglich. Meines Erachtens ist sie in erster Linie für die medizinischen Zwecke nicht brauchbar, denn mir scheint, dass die negative Gesundheitsdefinition – die Abwesenheit von Krankheit – dem vorherrschenden medizinischen Selbstverständnis zugrunde liegt.

Wechseln wir also den Fokus auf die Krankheit statt Gesundheit und sehen uns einige Beispiele von umstrittenen Krankheiten an, also Beispiele von Phänomenen, deren Krankheitsstatus umstritten ist. Eine entsprechende Liste von Nicht-Krankheiten wurde im *British Medical Journal* veröffentlicht⁷ (Abb. 2).

Um diese Liste zu erzeugen, wurden zunächst vermeintliche Krankheiten gesammelt – also solche Zustände, die zumindest einmal in medizinischen Zusammenhängen als Krankheit aufgefasst worden waren. Dann wurden Ärzte per Online-Voting befragt, welche vermeintlichen Krankheiten aus der Sicht dieser Ärzte auf jeden Fall nicht als Krankheiten angesehen werden sollten. Die nun entstandene Liste (s. Abb. 2) ordnet die Phänomene nach dem Kriterium der Nicht-Krankhaftigkeit. Beim ersten Platz sind sich die Mediziner also am einigsten, dass es sich um keine Krankheit handelt. (Genau genommen war die Frage ein wenig komplizierter, da entschieden werden sollte, bei welchen Phänomenen die Ärzte am ehesten keine Vorteile für die Betroffenen sähen, sie als Krankheiten zu bezeichnen; aber, das sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt.) An erster Stelle der resultierenden Liste steht das Alter, was schon einmal ganz interessant ist, da es einige Menschen gibt, die das Alter durchaus für eine Krankheit halten. Ich will

Top 20 non-diseases (voted on bmj.com by readers), in descending order of “non-diseaseness”

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1 Ageing | 12 Allergy to the |
| 2 Work | 21st century |
| 3 Boredom | 13 Jet lag |
| 4 Bags under eyes | 14 Unhappiness |
| 5 Ignorance | 15 Cellulite |
| 6 Baldness | 16 Hangover |
| 7 Freckles | 17 Anxiety about penis size/ |
| 8 Big ears | penis envy |
| 9 Grey or white hair | 18 Pregnancy |
| 10 Ugliness | 19 Road rage |
| 11 Childbirth | 20 Loneliness |

Abb. 2 Nicht-Krankheiten nach Smith, *BMJ* 2002, 883–885

⁷Smith, *BMJ* 2002, 883–885.

jetzt hier auf die Beispiele nicht im Einzelnen eingehen, sondern auf eine damit zusammenhängende Schwierigkeit der Medizin als solcher. Denn die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit scheint insofern unscharf, als es nicht völlig aus der Luft gegriffen scheint, über die Aufnahme von möglichen Krankheiten in diagnostische Systeme, wie etwa dem *International Classification of Diseases* (ICD), unter den Experten abstimmen zu lassen. Doch es schiene gleichwohl einigermaßen unwissenschaftlich, wenn man tatsächlich darüber abstimmen ließe, ob etwa besonders große Ohren Krankheiten sind.

Nebenbei gesagt, genau so scheint es zumindest in der Psychiatrie tatsächlich abzulaufen. Hier gibt es „Task-Forces“, die darüber entscheiden, welche psychiatrischen Störungen in das diagnostische System aufgenommen werden können. Die endgültige Aufnahme erfolgt letztlich dann tatsächlich per Abstimmung. Daran entzündet sich natürlich eine Menge Kritik, wie man zuletzt bei der Planung des neuen *Diagnostischen und Statistischen Manuals der psychischen Störungen* (DSM-5) erleben konnte. Doch um die genannte Unwissenschaftlichkeit verhindern zu können, bräuchte man einen klar definierten Krankheitsbegriff, der es ermöglichen würde, ihm Phänomene wie Alter oder große Ohren unterzuordnen oder eben nicht – so ähnlich, wie wenn ein Biologe behauptet, er habe eine neue Art Säugetier entdeckt und geprüft wird, ob das entdeckte Tier unter den Begriff ‚Säugetier‘ fällt. Doch die genannte Liste von putativen Krankheiten legt schon nahe, dass es in der Medizin nicht so einfach bestellt ist. Es scheint kaum Grenzen zu geben, welche Phänomene letztlich als Krankheiten aufgenommen werden könnten.

C. Kontexte der Begriffsverwendung

Es liegt mir am Herzen, dass wir notwendige Unterscheidungen treffen, um nicht in der Begriffsverwendung Konfusionen zu generieren. In diesem Abschnitt möchte ich über verschiedene Kontexte sprechen, in denen wir auf Gesundheit und Krankheit Bezug nehmen können. Darüber hinaus existieren auch Bezugsweisen, die im engen Sinne gar nicht auf begriffliche Aspekte gemünzt sind, etwa wenn man nach dem Sinn der Krankheit fragt, wie letztlich auch der Titel dieser Ringvorlesung „Gesundheit als Utopie? Krankheit als Sinn?“ Doch auch schon in Bezug auf die Frage „Wie kann man Krankheit definieren?“ gibt es unterschiedliche Kontexte, die man sich vor Augen führen muss, damit man nicht Äpfel mit Birnen vergleicht. In der Folge will ich drei Kontexte differenzieren, wobei man sich vielleicht noch weitere überlegen könnte. Erstens ein medizinisch-theoretischer Kontext; diesen bezeichne ich später auch als wissenschaftlichen Kontext. Im Gegensatz zur englischen Sprache haben wir im Wesentlichen nur den Ausdruck „Krankheit“ zur Verfügung – abgesehen von so altertümlichen Begriffen wie sich „malad fühlen“. Dies macht es umso schwieriger, die verschiedenen Kontexte der Begriffsverwendung zu unterscheiden. Im Englischen gibt es hingegen stärker schon auf diese Kontexte hin konnotierte Begrifflichkeiten. Für den

medizinisch-theoretischen Kontext wäre dies der Ausdruck „disease“. Der zweite Kontext, der medizinisch-praktische Kontext, unterteilt sich noch mal in zwei Unterformen, zunächst einen auf das Individuum bezogenen – hier reden wir im Englischen von „illness“. Man sagt normalerweise „I am ill“ und nicht „I am diseased“ – oder man sagt vielleicht noch „I have a disease“, wenn man auf eine bestimmte, sozusagen diagnostische Einheit schaut. Dann aber wechselt man erneut zum medizinisch-theoretischen Kontext. Als zweite Unterform des praktischen Kontexts finden wir den juristischen Kontext, wo wir im Englischen von „sickness“ oder „sick role“ sprechen. Dabei handelt es sich um den soziologischen Begriff, den insbesondere Talcott Parsons untersucht hat⁸. Und schließlich haben wir natürlich eine ganze Menge Formen der metaphorischen Verwendungsweisen, die uns an dieser Stelle aber nicht interessieren. Im Folgenden gehe ich nun näher auf diese drei Bereiche ein: Also erst auf den medizinisch-theoretischen Kontext, dann auf die erste Unterform des medizinisch-praktischen Kontexts, also den individuellen Kontext und zuletzt auf die zweite Unterform, den juristischen Kontext. Wie wir sehen werden, gibt es zwischen diesen Bereichen keinen geteilten, einheitlichen Sprachgebrauch. Das liegt auch nahe, denn es handelt sich ja um sehr unterschiedliche Interessen und sehr verschiedene Zwecksetzungen, die jeweils mit der Begrifflichkeit verbunden sind.

Sehen wir uns diese Kontexte genauer an und beginnen mit dem medizinisch-theoretischen Kontext. Hier geht es in erster Linie um das, was man „Pathologie“ nennt, also die Lehre von den krankhaften Zuständen. Dazu gehört auch die Nosologie, die Lehre von den Krankheitseinheiten, also das, was man in einem Klassifikationssystem wie dem bereits genannten ICD findet. Es geht in diesem Kontext darum, bestimmte spezielle Krankheiten, wie etwa Tuberkulose, zu bestimmen oder auch verschiedene Formen einer Krankheit zu differenzieren. Hier wird entsprechend nicht über die Bedeutung der Krankheit für eine bestimmte Person verhandelt, sondern man will am Organismus feststellen, was hier fehlläuft – wenn man den Sachverhalt einmal so salopp ausdrücken darf. Es geht demnach um die Erklärung von bestimmten Krankheiten und dabei insbesondere deren Regel- und Gesetzmäßigkeiten. Dabei ist es unerheblich, ob die Krankheit für die Person in irgendeiner Form eine relevante Bedeutung hat, denn ob eine Krankheit vorliegt, hat nur mit der Verfassung des Organismus zu tun. Krankheit kann dabei anhand verschiedener Kriterien bestimmt, wobei ein wesentliches Kriterium, das ich später noch diskutiere, die Dysfunktion ist. Dabei handelt es sich um einen biologisch und statistisch definierten Begriff. Man kann Funktionen und Dysfunktionen des Organismus feststellen und diese bestimmen, was eine Krankheit ist.

Der allgemeine Krankheitsbegriff in diesem Kontext – der also nicht spezielle Krankheitseinheiten wie Tuberkulose, Krebsarten oder ähnliches bestimmt, sondern der festlegt, was gewissermaßen die Klasse dieser einzelnen Krankheiten bzw. den Oberbegriff der speziellen Krankheitsbegriffe ausmacht – lautet dann,

⁸Parsons, in: Jaco (Hrsg.): *Patients, Physicians, and Illness*, 165–187.

zumindest annäherungsweise: „Die Störung natürlicher Funktionsfähigkeiten“. Diese Auffassung sollte dann dem Ideal nach auch in Bezug auf psychische Phänomene gelten; hier müssten entsprechend psychische Funktionen und Dysfunktionen thematisch werden, auch wenn man sich schon vorstellen kann, dass es sehr viel schwieriger sein wird, eine Theorie psychischer Funktionen zu entwickeln. Im Unterschied zum Körper, wo man bestimmte Beobachtungen anstellen kann, ist der Geist nicht direkt beobachtbar und das bereitet größere Erkenntnisprobleme. Nebenbei gesagt liegt darin natürlich eine wichtige Motivation für viele Psychiater, biologische Psychiatrie zu betreiben und entsprechend Hirnfunktionen zu untersuchen, denn diese scheinen tatsächlich beobachtbar zu sein. Damit verfehlen sie aber bisweilen das Spezifikum psychischer Krankheit⁹.

Der genannte Kontext bietet eine wissenschaftliche Perspektive, die insofern wertneutral ist, als die Bedeutung einer Krankheit für den einzelnen Menschen hier irrelevant ist, um festzustellen, *ob* eine Krankheit vorliegt. Wenn man hingegen auf das Individuum schaut, das von einer Krankheit geplagt oder eben nicht geplagt wird, dann redet man in erster Linie über den Patienten und über die Ärzte, welche Patienten behandeln. Wenn man einen Arzt fragt, was ihn an Krankheit interessiert, dann wird er in erster Linie darauf antworten: „Ich interessiere mich für die leidenden Personen, für die Patienten, die ich betreue.“ Die Ärzte interessiert meistens weniger, in welche Schublade der spezifischen Krankheitseinheit der Patient fällt, oder ob er wirklich krank ist. Sie wollen das Individuum in seinem spezifischen Kontext verorten und dabei auch dessen Leiden verstehen, und letztlich wollen sie es in erster Linie natürlich beseitigen. Das ist entsprechend ein zentraler Gesichtspunkt der Praxis der Medizin: Es geht hier um individuelle Fälle. So kann es beispielsweise vorkommen, dass die Bedeutung einer spezifischen Krankheit, wie beispielsweise Tuberkulose, sich für eine Person signifikant anders gestaltet als für andere. Daraus speist sich auch die Auffassung, eine Art des holistischen Verständnisses sei dieser Perspektive angemessen. Das gesamte Individuum mit all seinen Werten, mit all seinen Vorstellungen, mit seinen Beziehungen usw., muss hier betrachtet werden, um die Bedeutung der Krankheit für diese Person zu verstehen. Für einen Pathologen hingegen, der einen malignen Tumor oder ähnliches in seiner Petrischale untersucht, ist vollkommen unerheblich von wem das Körpermateriale stammt. Das macht seine Haltung nicht falsch oder inhuman oder in sonst einer Form weniger adäquat, sondern zeigt nur an, dass es sich um unterschiedliche Perspektiven handelt – eine medizinisch-theoretische und eine medizinisch-praktische. Diese gilt es auseinander zu halten. Tatsächlich sprechen wir häufig in ähnlicher Weise von der Medizin als Wissenschaft und als Kunst.

Nun kurz zu einer Frage, auf die ich noch ausführlicher zu sprechen komme: Ist es innerhalb der medizinisch-praktischen Perspektive wirklich so, dass die individuelle Bedeutung durch den Patienten festgelegt wird in dem Sinne, dass man entsprechend

⁹Schramme, Zeitschrift für Deutsche Philosophie 2012, 955–970.

sagen könnte, der Patient entscheide selber darüber, ob eine Krankheit vorliegt? Wäre nur dort, wo wirklich ein leidhafter Zustand existiert, wo also ein negativ bewerteter Zustand vorliegt, auch eine Krankheit in diesem praktischen Sinne gegeben? Das ist sicherlich eine strittige Frage, auf die in der Darstellung der philosophischen Diskussion zum Krankheitsbegriff zurückzukommen sein wird. Jedenfalls scheint der allgemeine Krankheitsbegriff der medizinisch-praktischen Perspektive nun so beschrieben werden zu können, dass es hier nicht um die Dysfunktion geht, sondern eben um Übel, Leid, Schaden, oder welchen Begriff für abgewertete Verfassungen des Organismus man auch immer benutzt. Es geht also, etwas weiter verstanden, um bestimmte negativ bewertete Zustände. Daher wird entsprechend von einer *wertgeladenen Perspektive* gesprochen – wie man es dann im philosophischen Jargon ausdrückt. Ich selbst nenne sie später eine *lebensweltliche Perspektive*.

Zum Abschluss dieses Abschnitts sei noch auf den juristischen Kontext verwiesen¹⁰. Hier geht es um die Perspektive von bestimmten Institutionen und Gesetzgebern. Inhaltlich wird in erster Linie auf die Zuordnung von Ansprüchen und Pflichten fokussiert. Dazu gehören allgemeine Regeln, die erneut nicht Individuen in den Blick nehmen, sondern anstreben, allgemeine Kriterien aufzustellen, die erfüllt sein müssen, um eine bestimmte soziale Rolle einzunehmen. Dabei ist es unerheblich, wie derjenige in seiner Betroffenheit auf diesen Zustand reagiert oder wie bedeutsam jener für ihn ist. Es stellt sich hingegen die Frage, ob etwa eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Der allgemeine Krankheitsbegriff innerhalb dieses Kontexts wäre dann definiert als „Unfähigkeit, bestimmten gesellschaftlichen Rollen entsprechen zu können“. Auch das ist eine wertgeladene Perspektive, aber mit ganz anderen, nicht individuellen Wertungen, sondern mit Wertungen, welche gesellschaftliche Rollen und politische Zwecke betreffen, die mit Krankheit einhergehen. Dies wird noch deutlicher, wenn man auf zwei Beispiele schaut. In einem Urteil des deutschen Bundessozialgerichts heißt es: „Krankheit ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der eine Heilbehandlung erforderlich macht oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“¹¹ So würde natürlich kein Mediziner Krankheit definieren, denn dann wären eine ganze Menge Phänomene hier potenziell mit aufgenommen oder auch ausgeschlossen – insbesondere aufgrund des Kriteriums der Behandlungserforderlichkeit –, die in der Medizin anders beurteilt werden. Noch sichtbarer wird dies im Schweizer Sozialversicherungsgesetz: „Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“ (ATSG, Art. 3 Abs. 1) Wenn diese Definition der medizinischen Perspektive zugrunde gelegt werden würde, dann dürfte beispielsweise eine Ärztin ein Schleudertrauma aufgrund eines Unfalls nicht als krankheitswertig ansehen. Das wäre natürlich absurd. Allerdings wird bei genauerem Hinsehen deutlich, dass hier einfach Unfälle ausgeschlossen sind, weil eine andere

¹⁰Mazal, in: Mazouz et al: Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, 127–138.

¹¹BSG, 12.11.1985 - 3 RK 45/83.

Versicherung greift, nämlich die Unfallversicherung. Andere als juristische und politische Zwecke sind mit der Definition nicht verbunden – und es ist entsprechend in verschiedenen Kontexten jeweils von dem verfolgten Zweck bestimmt – was unter ‚Krankheit‘ verstanden wird. Dies gilt es zu beachten, sonst entstehen notgedrungen Missverständnisse und Konfusionen. Die juristische Krankheitsdefinition beispielsweise ist der medizinischen Verwendung nicht gleichgestellt.

D. Die philosophische Debatte zum Krankheitsbegriff

In diesem Abschnitt wollen wir uns noch mal speziell auf den medizinischen Kontext konzentrieren und die philosophische Debatte des Krankheits- und Gesundheitsbegriffs thematisieren. Zunächst stellt sich dabei die Frage, ob man mit einer bestimmten Definition das Selbstverständnis der Medizin möglichst genau abbilden möchte, oder ob man eine philosophische Auseinandersetzung auch dazu nutzen will, gegebenenfalls Krankheitsurteile der Medizin zu kritisieren, wo sie mit der vorgeschlagenen Definition nicht harmonisieren. Hieraus ergeben sich zwei verschiedene Herangehensweisen: Man kann, erstens, der philosophischen Analyse zugrunde legen, wie in der Medizin tatsächlich geurteilt und gedacht wird. Man könnte entsprechend aus den gängigen Klassifikationssystemen und aus der Praxis des Sprachgebrauchs in der Medizin, den Krankheitsbegriff versuchen herauszudestillieren, also in gewisser Weise einfach nur beschreiben, welcher Definition in der Medizin *de facto* gefolgt wird. Oder man könnte, zweitens, den Anspruch haben, dort wo nötig revisionistisch vorzugehen, etwa weil die Medizin selbst die Begriffe uneinheitlich oder stellenweise in unplausibler Weise verwendet. Hier käme der philosophischen Analyse auch die Aufgabe zu, die Medizin gewissermaßen zu beraten, in welcher Weise sie den Krankheitsbegriff sinnvoll verwenden könnte. Zur Frage des philosophischen Vorgehens gibt es eine eigenständige Diskussion, die hier nur erwähnt werden soll.

In der Sache selbst, also in Bezug auf die Definitionen von Gesundheits- und Krankheitsbegriff, hat es sich eingebürgert, zwischen dem Normativismus und dem Naturalismus zu unterscheiden. Auch wenn es fraglich ist, ob dies die besten Bezeichnungen für die Theorien sind und auch, ob eine strikte Gegenüberstellung der Komplexität der philosophischen Debatte gerecht wird, scheint mir diese Einteilung doch nach wie vor als Ausgangspunkt gut geeignet. Die Normativisten sagen beispielsweise Folgendes: „Der Krankheitsbegriff dient nicht nur zur Beschreibung und Erklärung, sondern auch dazu, Handlungen anzumahlen. Er zeigt einen Sachverhalt als unerwünscht und als zu überwinden an. Er ist ein normativer Begriff; er legt fest, was nicht der Fall sein sollte. Als solcher umfasst der Krankheitsbegriff Bewertungskriterien, die bestimmte Sachverhalte als erstrebenswert und andere als zu vermeiden ausweisen.“¹² Also, wie gesagt, dem

¹²Engelhardt, in: Schramme (Hrsg.): Krankheitstheorien, 41–62.

Normativismus zufolge ist der Krankheitsbegriff ein normativer Begriff. Er stellt nicht nur fest, dass irgendetwas vorliegt, sondern er hat gleichzeitig handlungsauffordernde Funktion. Indem wir etwas als krankhaft oder als Krankheit bezeichnen, haben wir auch ein Werturteil darüber gesprochen; wir sagen, dass Krankheit etwas Schlechtes darstellt. Genau genommen kann man zwei Thesen unterscheiden, die der Normativismus vertritt¹³: Die erste wird häufig „Abwertungsthese“ genannt, womit eben genau die Bewertung als etwas Schlechtes bzw. als ein Übel bzw. als eine Einschränkung des Wohls gemeint ist. Diese Abwertung wird in der Begriffsverwendung und damit der Definition selbst gesehen. Indem wir etwas als Krankheit bezeichnen, sagen wir demnach schon etwas Wertendes über diesen Zustand aus. Die Normativisten benötigen dann natürlich weitere Kriterien, um spezifisch medizinische Übel von anderen abgewerteten Zuständen begrifflich zu trennen. Schließlich gibt es eine Unmenge an körperlichen und anderen Zuständen, die wir negativ bewerten, ohne von Krankheiten zu sprechen. Mancher würde beispielsweise seine Ohren für zu groß halten und dies als negativ bewerten. Ein solches Urteil würde uns aber nicht gleich dazu übergehen lassen zu sagen, es läge eine Krankheit vor. Insofern werden, wie gesagt, weitere Kriterien notwendig, und zu diesem Problem haben verschiedene normativistische Theorien auch durchaus etwas zu sagen¹⁴. Wichtiger für unsere Zwecke ist es aber festzustellen, dass hier eine Theorie vorliegt, die das, was wir als Krankheit bezeichnen, per definitionem auch als schlecht ansieht, weil das entscheidende Kriterium des Vorliegens von Krankheit die Abwertung des entsprechenden Zustands ist. Ein zweiter Aspekt, die sogenannte „Interventionsthese“, kann noch einmal mit einem anderen Zitat, hier eines deutschsprachigen Medizinphilosophen, verdeutlicht werden: „Einen Zustand als Krankheit zu bezeichnen impliziert, dass er unerwünscht ist und dass er verändert werden sollte.“¹⁵ Krankheiten werden demzufolge also nicht nur als schlecht bezeichnet, sondern immer auch mit einem Handlungsauftrag versehen. Dies in aller gebotenen Kürze zur Darstellung des Normativismus.

Worin liegen Probleme des Normativismus? Zunächst kann man sicherlich zugestehen, dass wir tatsächlich viele Krankheiten, wohl sogar die meisten, als Übel ansehen. Doch die Frage ist, ob dies das konstituierende Merkmal ist. Wird durch die Bewertung festgelegt, dass es sich um eine Krankheit handelt oder wird einfach nur eine Bewertung eines Zustandes vorgenommen, von dem wir aus anderen Gründen meinen, er stelle eine Krankheit dar? Betrachten wir ein anderes Beispiel, nämlich Arbeitslosigkeit: Viele Menschen würden Arbeitslosigkeit sicherlich schlecht finden, aber man würde nicht sagen, dass Arbeitslosigkeit dadurch konstituiert oder dadurch definiert wird, dass sie schlecht ist. Ob jemand arbeitslos ist, hängt nicht mit der Bewertung zusammen, sondern wird dadurch bestimmt, dass jemand – knapp gesprochen – ungewollt ohne Erwerbsarbeit ist.

¹³Goosens, *Philosophy of Science* 1980, 100–115.

¹⁴Z. B. Clouser/Culver/Gert, in: Schramme (Hrsg.): *Krankheitstheorien*, 111–134.

¹⁵Wiesing, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 1998, 83–97.

Dass man diesen Zustand dann negativ bewerten kann, ist vollkommen richtig, aber diese Bewertung ist kein konstituierendes Merkmal. Das Gleiche gilt dann für die negative Bewertung in Relation zur Krankheitsdefinition. Der Normativismus müsste aufzeigen, dass der normative Aspekt – dass ein Zustand unerwünscht ist – nicht einfach nur ein akzidentiell Merkmal darstellt, sondern ein wesentliches Kriterium des Krankheitsbegriffs ist.

Ein weiteres Problem des Normativismus besteht darin, festlegen zu müssen, wessen Bewertung eigentlich relevant ist für die Bestimmung von Krankheit. Mögliche Instanzen der Bewertung sind das betroffene Individuum selbst oder die Gesellschaft, in der es sich aufhält. Wir kennen allerdings Beispiele von klar pathologischen Zuständen, die gesellschaftlich eben nicht abgewertet wurden bzw. werden; etwa im antiken China, wo extreme Verformungen des weiblichen Fußes höchst angesehen waren. Wir würden diese Körperzustände heutzutage wohl überall auf der Welt als Verkrüppelung ansehen. Vermutlich würde nun kaum jemand behaupten, dass verkrüppelte Füße im antiken China dann eben nicht krankhaft bzw. pathologisch waren. Denn das schiene doch ein eigenartiges Zugeständnis zu sein. Wenn man einer solchen Meinung anhinge, müsste man konsistenterweise wohl ebenfalls annehmen, dass man einfach nur ins Flugzeug steigen müsse, um von einer Krankheit „geheilt“ zu werden, da bestimmte Phänomene, die hier abgewertet werden, in einer ganz anderen Kultur hoch angesehen sind. Ein Weg aus diesem eigenartigen Kulturrelativismus bestünde nun für den Normativismus darin, eine objektive Theorie des Wohls bzw. Übels bereitzustellen, also eine Theorie, die unabhängig von menschlichen Bewertungen festlegt, was gut bzw. schlecht für den Menschen ist¹⁶. Allerdings sind solche objektiven Theorien des Wohls selbst mit eigenen Problemen behaftet.

Was sagt nun der Naturalismus? Auch hier wieder zunächst ein Zitat eines der bekanntesten Medizinphilosophen: „Eine Krankheit ist ein Typ eines inneren Zustandes, der entweder eine Beeinträchtigung der normalen Funktionsfähigkeit darstellt, das heißt eine Verminderung einer oder mehrerer Funktionsfähigkeiten, sodass sie unterhalb der typischen Effizienz liegen, oder eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit, verursacht durch Umwelterreger. Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit.“¹⁷ Diese Definition entspricht recht genau dem, was ich vorher die medizinisch-theoretische Perspektive genannt hatte. Hier geht es nämlich um die Einschränkung der Funktionsfähigkeit. Es wird nicht darüber gesprochen, ob der Zustand ein Übel darstellt, sondern bei der Bestimmung von Krankheit handelt es sich um die Feststellung einer biologischen Tatsache – so zumindest dem naturalistischen Ideal zufolge. Krankheit ist demnach eine Störung der natürlich vorhandenen Funktionsfähigkeiten des Organismus. Um diese zu bestimmen, benötigt man wiederum Theorien, die feststellen, was eine Funktionsfähigkeit und was eine Dysfunktion ist. Diese Aufgabe fällt Biologen und Psychologen zu, aber natürlich auch den medizinischen Forschern.

¹⁶Clouser/Culver/Gert, in: Schramme (Hrsg.): Krankheitstheorien, 111–134.

¹⁷Boorse, in: Schramme (Hrsg.): Krankheitstheorien, 102.

Gleichwohl, welcher Körpermechanismus oder welcher geistige Prozess eine Funktion hat, wird in einer wissenschaftlichen Weise festgestellt und nicht durch unsere Entscheidungen oder gar Wünsche determiniert. Funktionen und Dysfunktionen ergeben sich vielmehr aus biologischen und statistischen Erkenntnissen. Ob man dann die festgestellte Krankheit beseitigen soll, ist davon ebenfalls unbenommen. Man stellt erst einmal fest: Es liegt eine Krankheit vor, nämlich anhand bestimmter Kriterien, in erster Linie der Dysfunktionalität. Daraufhin kann man sich natürlich die Frage stellen, ob man diese Krankheit beseitigen möchte oder nicht. Häufig würde man in der Tat bejahen, insbesondere natürlich, wenn die betroffene Person darunter leidet, aber für die Feststellung, ob eine Krankheit vorliegt, ist diese Entscheidung unerheblich.

Probleme, die häufig in Bezug auf den Naturalismus gesehen werden, betreffen die Frage, ob es wirklich eine wertfreie Bestimmung von Dysfunktionen gibt. Hierzu gibt es eine ausgedehnte Diskussion, die in die Philosophie der Biologie hineinragt¹⁸. Was genau sind eigentlich Funktionen, wie sind diese entstanden und wie kann man sie definieren? Hat dies nicht doch wieder etwas damit zu tun, was wir gut oder schlecht finden? Das sind komplexe Diskussionen, die mich hier nicht beschäftigen können. Doch erwähnt werden sollte, dass die naturalistische Position letztlich auf eine wissenschaftliche und wertneutrale Theorie der Funktion und Dysfunktion angewiesen ist. Weiterhin wird am Naturalismus häufig kritisiert, dass er die medizinisch-praktischen Fragen vernachlässigt, diese wertende Perspektive, die uns ja durchaus interessiert. Schließlich wollen wir auch wissen, was eine Krankheit jeweils für uns bedeutet, ob sie beseitigt werden sollte oder ähnliche Fragen. Dies sind aber Fragestellungen, die in der naturalistischen Perspektive einfach ausgeblendet werden. Es geht dort nur darum festzustellen und zu erklären, ob und warum etwas eine Krankheit ist. Die ganze Perspektive des Patienten fehlt, könnte man sagen.

Diesen Abschnitt möchte ich nun mit einer These abschließen, die ich in meinem Buch *Patienten und Personen: Zum Begriff der psychischen Krankheit*¹⁹ ausführlicher zu verteidigen versucht habe und die sich vermutlich bereits abzeichnet anhand der unterschiedlichen Kontexte, die ich vorgestellt hatte. Die Idee besteht darin, dass es zwischen Normativismus und Naturalismus kein Konkurrenzverhältnis gibt, sondern diese letztlich vereinbar sind. Normativisten reden über die individuell-praktische Seite von Krankheit, und die Naturalisten reden über das, was ich medizinisch-theoretische Perspektive genannt hatte. Damit widersprechen sich die Theorien nicht, sondern es handelt sich um unterschiedliche Perspektiven auf ein und dasselbe Phänomen. Eine ähnliche Vereinbarkeit ergibt sich, wenn man ein Bild als Artefakt versteht und einfach feststellt, beispielsweise wie viel Menge an Farbe aufgetragen worden ist, im Unterschied zu einer wertenden Weise, in der man über denselben Gegenstand als

¹⁸Z. B. Ariew/Cummins/Perlman (Hrsg.): *Functions: New Essays in the Philosophy of Psychology and Biology*.

¹⁹Schramme: *Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit*.

Kunstwerk mit ästhetischen Begrifflichkeiten spricht. Man bezieht sich auf denselben Gegenstand, auf dasselbe Phänomen, aber in unterschiedlicher Weise. Genauso bei Krankheit: Einmal spricht man im Sinne einer Wertung, einmal im Sinne einer Beschreibung bzw. einer wissenschaftlichen Perspektive. Dieser Unterschied wiederum kann gut mit den Begrifflichkeiten des Englischen, *disease* und *illness*, zugeordnet werden, sodass man festhalten kann, dass die Normativisten über *illness* reden, während die Naturalisten *disease* thematisieren. Beides hat seine Berechtigung.

E. Die Frage des Vorrangs einer der beiden Sichtweisen

Es ist aber nach wie vor offen, welchen Begriff – *disease* oder *illness* – man als Kernbegriff ansehen würde, welcher also die Extension des jeweils anderen bestimmt. Kann insbesondere *illness* – eine Beeinträchtigung des medizinischen Wohls – nur dort vorliegen, wo *disease* – ein pathologischer Zustand – gegeben ist? Umgekehrt, kann es *disease* ohne *illness* geben? Die beiden alternativen Auffassungen kann man sich an den folgenden schematischen Darstellungen verdeutlichen. Zunächst eine Illustration, der zufolge *disease* den Kernbegriff bildet (Abb. 3):

Hier ist der äußere Kreis, der Disease-Begriff, also die wissenschaftliche Feststellung eines vorliegenden pathologischen Zustandes, bestimmend dafür, was von der individuellen Perspektive aus überhaupt als Krankheit bezeichnet werden kann. Also nur das, was als pathologisch gilt, kann diskutiert werden als mögliche Krankheit im praktischen Sinne. Damit sind solche Phänomene ausgeschlossen wie beispielsweise die vorher zitierten, etwa Penisneid, die keine Krankheiten darstellen im Sinne der wissenschaftlichen Feststellung einer Krankheit. Man kann die entsprechenden Zustände natürlich trotzdem für ein Übel halten, aber sie können nicht als Krankheit gelten. Dieser Auffassung zufolge kann aber durchaus ein Phänomenbereich

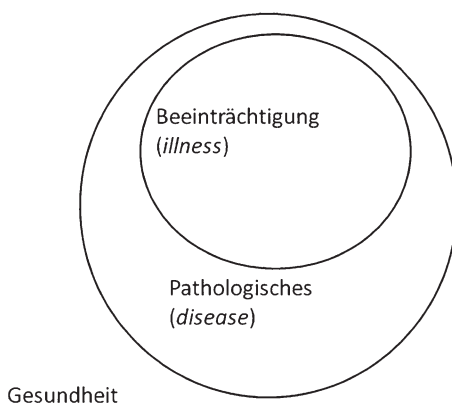


Abb. 3 *Disease* als Kernbegriff

existieren, in dem etwas pathologisch ist, aber keine Beeinträchtigung (*illness*) vorliegt. Eine Störung der Funktionsfähigkeit mag für die betroffene Person kein Übel darstellen und sie würde sich selbst vermutlich nicht als krank (*ill*) ansehen. In Bezug auf bestimmte Behinderungen, beispielsweise Gehörlosigkeit, gibt es diesbezüglich die Auffassung, dass die vermeintliche Behinderung einfach eine andere Kultur begründet; dass keine Defizienz, sondern Differenz vorliegt. Wenn man in dieser Diskussion nicht die hier getroffenen Unterscheidungen beachtet, endet man notgedrungen bei Missverständnissen. Man kann diese aber auflösen, wenn man festhält, dass die fehlende Hörfähigkeit eine Dysfunktionalität darstellt, also insofern eine dauerhafte Krankheit oder eine pathologische Störung ist, aber dies nicht heißt, dass diese Dysfunktionalität etwas Übles sein muss für diese Person.²⁰ Wenn entsprechend gehörlose Menschen behaupten, sie seien nicht behindert, dann meinen sie in erster Linie den Wertaspekt – dass sie Gehörlosigkeit nicht als Übel ansehen –, was terminologisch impliziert, sich in praktischer Perspektive nicht als krank (bzw. behindert) anzusehen. Aus theoretischer Perspektive wäre es unverständlich zu behaupten, Gehörlosigkeit sei keine Krankheit bzw. nicht pathologisch. Beachtet man hier die notwendigen Unterscheidungen, wird also deutlich, dass Gehörlose, welche die genannte Meinung vertreten, den Phänomenbereich vor Augen haben, wo *disease* vorliegt, aber *illness* eben nicht. Dafür gibt es auch andere Beispiele, letztlich alle Zustände, die zwar dysfunktional sind, aber die betroffenen Menschen nicht in ihrem Wohl beschneiden.

Wenn wir aber *illness* als den Kernbegriff verstehen (Abb. 4), dann ergibt sich ein Phänomenbereich von medizinischer Beeinträchtigung ohne pathologische Störung, also *illness ohne disease*. Hier kann man an schwerwiegende Leidsituationen denken, die nach der wissenschaftlichen Definition keinen Krankheitswert haben, etwa ästhetisch störende Zustände, wie die vorher bereits genannten großen Ohren. Zugegebenermaßen ist es durchaus möglich, dass wir heute noch nicht alle pathologischen Zustände kennen, doch

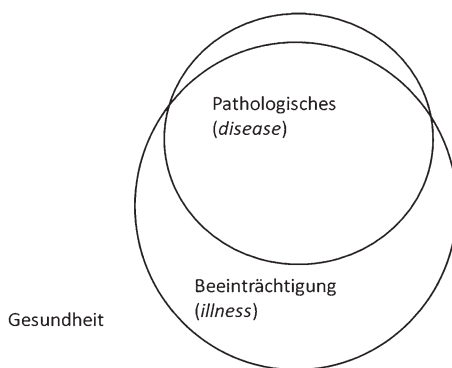


Abb. 4 *Illness* als Kernbegriff

²⁰Schramme, *Ethik der Medizin* 2003, 180–190.

das hier zugrunde gelegte alternative Bild behauptet letztlich, dass es auf die Feststellung einer pathologischen Störung gar nicht ankommt, sondern vielmehr die Beeinträchtigung in der logischen Struktur Vorrang genießt. Denkt man nun noch einmal an den Anfang meiner Untersuchung zurück, dann wäre dieser Lesart zufolge allein die Bewertung als Übel bereits hinreichend als Eintrittskarte für die medizinische Behandlung. Darin scheint mir nun ein zentrales Problem zu liegen, denn damit wird der Medikalisierung Vorschub geleistet. In der Tat neigt der Normativismus wohl grundsätzlich zur Medikalisierung, weil er zwar in sinnvoller Weise das Übel der Krankheit betrachtet, doch dabei das Übel immer als begrifflich vorrangig betrachtet und somit die wesentliche wissenschaftliche Diskussion über den Krankheitsstatus von Phänomenen vernachlässigt. Mir scheint, dass wir durchaus eine Menge Zustände kennen, unter denen Menschen leiden, die aber keinen medizinischen Krankheitswert haben. Diese erst in einem zweiten Schritt aus dem Kreis der Krankheiten auszuschließen scheint mir nun wiederum nicht plausibel.

Selbst wenn man allerdings die begriffliche Logik zugunsten der ersten Sichtweise entscheiden hat und dem *Disease*-Begriff die Begrenzung der Extension des *Illness*-Begriffs zuschreibt, kann man fragen, ob nicht die Extensionen der Begriffe faktisch zusammenfallen, also jede in wissenschaftlicher Perspektive festgestellte Krankheit, d. h. jede pathologische Störung, schlecht für den Betroffenen ist und damit eine Beeinträchtigung darstellt. Ich hatte bereits kurz die Gehörlosigkeit und die entsprechende Auffassung erwähnt, wonach sie keine Beeinträchtigung des Wohls darstellt. Nun könnte man aber der Meinung sein, dass sich die Betroffenen gewissermaßen über ihr eigenes Wohl selbst nicht im Klaren sind, eben weil angeblich jede pathologische Störung in der Realität auch eine solche Beeinträchtigung darstellt. Ob nun die geschilderte Auffassung der Gehörlosigkeit als Kultur bzw. Differenz plausibel erscheint, darüber gibt es durchaus geteilte Meinungen. Ich halte sie für plausibel, aber viele finden sie gänzlich unverständlich. Doch betrachten wir ein anderes Beispiel: Eine ganz spezifische Allergie, etwa auf Rindfleisch. Nehmen wir weiter an, die betroffene Person sei Vegetarier. Würde diese Person nun unter dieser Allergie leiden? Sicherlich nicht. Möglicherweise würde sie sogar sagen, es sei positiv insofern, als sie manchmal geneigt sein könnte, gegen ihre Überzeugungen Fleisch zu essen. Ihre Allergie würde sie entsprechend von einer eigentlich unerwünschten Handlung abhalten, da sie diese mit einem hinreichenden potenziellen Nachteil, einer schweren allergischen Reaktion, verbindet. Insofern kann diese allergische Person den körperlichen Zustand positiv bewerten – obwohl dieser definitiv pathologisch ist und für jeden Arzt ganz klar eine Dysfunktionalität bedeuten würde. Eine Disposition des Immunsystems, auf bestimmte Stoffe übermäßig zu reagieren, also eine Allergie, ist pathologisch, gleichzeitig muss sie im Sinne der individuellen Bewertung nicht als Krankheit bzw. – um die terminologische Trennung von theoretischer und praktischer Perspektive aufrecht zu erhalten – nicht als Beeinträchtigung gelten. Auch kulturell geschätzte Körpermodifikationen, wie Tattoos, stellen zumindest ab einer bestimmten Größe etwas Pathologisches dar, insofern sie die Funktionalität der Haut beeinträchtigen. Noch extremere

Körpermodifikationen, beispielsweise sich die Zunge spalten zu lassen, sind Formen der willentlichen Erzeugung eines pathologischen Zustandes. Medizinisch gesehen ist eine gespaltene Zunge dysfunktional und insofern pathologisch, aber gleichzeitig für die Menschen, die das selber bewusst erzeugen, höchst geschätzt, also ein erwünschter Zustand. All diese Beispiele betreffen den Bereich, wo *disease* und *illness* auseinanderklaffen; wo die wissenschaftliche Perspektive auf einen bestimmten Körperzustand oder auch einen geistigen Zustand nicht deckungsgleich ist mit der wertenden Perspektive. Hier sind also Beispiele für Phänomene zu finden, bei denen man sagen kann: Pathologisch, aber keine Beeinträchtigung.

Doch die extremen Beispiele führen auf einen letzten Aspekt, der hier noch thematisiert werden soll. Denn wie bereits kurz erwähnt gibt es durchaus Theorien in der Philosophie, die behaupten, dass die Wertigkeit solcher Zustände nicht den individuellen Bewertungen der betroffenen Personen unterliegt. Ich habe bis jetzt meist über die individuelle Perspektive und die subjektive Bewertung gesprochen, doch manche Theorien, die insbesondere auf die Antike zurückgehen, sehen den Begriff des Wohls oder auch des Glücks objektiv bestimmt. Ihnen zufolge gibt es beispielsweise bestimmte Fähigkeiten, über die ein Mensch verfügen muss, um zumindest minimales Wohlergehen zu erreichen. Somit wäre, wo bestimmte pathologische Störungen vorliegen, objektiv gesehen auch eine Einschränkung des Wohls gegeben, also auch *illness* bzw. ein Übel. Wie die Person dazu sich selber verhält oder wie sie es bewertet, wäre irrelevant. Damit hätte man eine speziell für Philosophen interessante Fragestellung generiert, die hier erneut nicht vertieft werden kann. Ob man eine objektive Theorie des Wohls unter modernen Bedingungen des Wertpluralismus ausweisen kann, ist umstritten. In Bezug auf die hier fokussierte, medizinische Begrifflichkeit wäre entsprechend eine wichtige Konsequenz der objektiven Theorie des Wohls, dass das Verhältnis von *disease* und *illness*, von Pathologischem und Beeinträchtigung selbst wieder allgemein und nicht durch das betroffene Individuum bestimmt wäre.

F. Zusammenfassung

Zum Abschluss fasse ich noch einmal zusammen, was in diesem Beitrag dargestellt wurde. Die hier untersuchten Begriffe der Gesundheit und Krankheit stellen nicht einfach nur Objekte für Glasperlenspiele der Philosophie dar, sondern sie sind mit wesentlichen normativen Funktionen und Auswirkungen versehen, und insofern auch außerhalb der Philosophie von Interesse. Sie sind gleichzeitig umstrittene Begriffe, und sie werden uneinheitlich verwendet. Gesellschaftlich gesehen existiert das Phänomen der Ausweitung des Krankheitsbegriffs aufgrund von bestimmten Interessenkonstellationen. Der erste Schritt, in dieser Gemengelage Fortschritte zu erzielen, besteht darin, verschiedene Kontexte der Begriffsverwendung zu unterscheiden. Ich habe hier in erster Linie eine wissenschaftliche und eine lebensweltliche Perspektive unterschieden – eine wertneutrale

Perspektive und eine wertende Perspektive –, die im Englischen mit *disease* und *illness* ganz gut abgebildet werden können, wenn auch vielleicht nicht hundertprozentig. Im Deutschen haben wir nur den Ausdruck „Krankheit“ und insofern muss die erste Frage immer lauten, wie der Begriff jeweils verwendet wird und in welchem Kontext. Weiterhin muss gefragt werden, ob er sinnvoll verwendet wird, ob es plausibel ist, ihn so zu verstehen, wie jeweils vorgeschlagen. Bezüglich der philosophischen Diskussion zwischen Normativismus und Naturalismus zum Krankheitsbegriff scheint es mir keinen Gegensatz zu geben. Ich glaube allerdings, dass in der logischen Struktur der Begrifflichkeiten *disease* der Vorrang zukommt, dieser also als Kernbegriff verwendet werden sollte. Somit wird ausgeschlossen, dass abgewertete Zustände, die aber keinen medizinisch-theoretischen, keinen wissenschaftlich feststellbaren Krankheitswert haben, plötzlich in den Bereich der Medizin überführt werden. Mit anderen Worten: Ich verteidige den Naturalismus als vorrangige Perspektive, nicht nur, weil es mir so plausibler und dem Sprachgebrauch angemessener erscheint, sondern auch, um die Medikalisierung einzudämmen. Doch muss zugegeben werden, dass der Streit über den logischen Vorrang der Begrifflichkeiten nicht abgeschlossen ist. Auch die Eindämmung der Medikalisierung ist selbst ein durchaus umstrittenes Ziel. Einige würden behaupten, die letztlich entscheidende Frage sei doch, welche Leidzustände wir solidarisch finanziert behandeln wollen und nicht, welche wirklich unter den Krankheitsbegriff fallen. Doch abschließend sei noch einmal festgehalten: Ich habe hier versucht zu argumentieren, dass der Krankheitsbegriff enorm wichtig ist und wir uns darüber Gedanken machen sollten, wie er definiert wird. Mein Vorschlag zielte in erster Linie auf die Stützung der naturalistischen Position, ohne dabei die normativistische Position zu verabschieden. Der Normativismus fokussiert auf eine begrifflich nachrangige Verwendungsweise von ‚Krankheit‘, ist aber durchaus relevant.

Literatur

- Ariew, Andrew; Cummins, Robert; Perlman, Mark (Hrsg.): *Functions: New Essays in the Philosophy of Psychology and Biology*. Oxford 2002.
- Boorse, Christopher.: *Gesundheit als theoretischer Begriff*. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): *Krankheitstheorien*. Frankfurt a. M. 2012, S. 63–110.
- Conrad, Peter: *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders*. Baltimore 2007.
- Clouser, Danner; Culver, Charles; Gert, Bernard: *Gebrechen: Eine neue Betrachtung der Krankheit*. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): *Krankheitstheorien*. Frankfurt a. M. 2012, S. 111–134.
- Engelhardt, Hugo Tristram Jr.: *Die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘*. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): *Krankheitstheorien*. Frankfurt a. M. 2012, S. 41–62.
- Goossens, William Kenneth: *Values, Health, and Medicine*. In: *Philosophy of Science* 1980, S. 100–115.
- Hucklenbroich, Peter; Buyx, Alena (Hrsg.): *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Paderborn 2013.

- Illich, Ivan*: Die Nemesis der Medizin. München 1995.
- Mazal, Wolfgang*: Krankheit als Rechtsbegriff. In: Mazouz Nadia et al.: Krankheitsbegriff und Mittelverteilung. Baden-Baden 2004, S. 127–138.
- Parsons, Talcott*: Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. In: *Jaco, Garthly (Hrsg): Patients, Physicians, and Illness*. New York 1958, S. 165–187.
- Reznek, Lawrie*: The Nature of Disease. London and New York 1987.
- Rothhaar, Markus, Frewer, Andreas (Hrsg)*: Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik: Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs. Stuttgart 2012.
- Schramme, Thomas*: Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit. Frankfurt a. M. 2000.
- Schramme, Thomas*: Behinderung. Absolute oder relative Einschränkung des Wohlergehens? In: *Ethik in der Medizin* 2003, S. 180–190.
- Schramme, Thomas*: Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in einem gerechten Gesundheitssystem. In: Mazouz Nadia et al. (Hrsg): Krankheitsbegriff und Mittelverteilung. Baden-Baden 2004, S. 71–84.
- Schramme, Thomas*: Die Eigenständigkeit des Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie. In: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 2012, S. 955–970.
- Smith, Richard*: In Search of ‚Non-Disease‘. In: *British Medical Journal* 2002, S. 883–885.
- Szasz, Thomas*: The Myth of Mental Illness, Revised Edition. New York 1974.
- Wiesing, Urban*: Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 1998, S. 83–97.
- Zurhorst, Günter; Gottschalk-Mazouz, Niels*: Gesundheit und Krankheit: Philosophie und Psychologie im Dialog. Göttingen 2008.

Krankheit und Recht

Ethische und juristische Perspektiven

Beck, S. (Hrsg.)

2017, XIV, 228 S. 4 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-52650-7