

**Wissenschaftstheoretische Aspekte des medizinischen Krankheitsbegriffs:
Begriffsklärung und Grundlagen einer Krankheitstheorie**

Peter Hucklenbroich

Zusammenfassung: Es ist bislang ungeklärt und kontrovers, ob die Medizin einen allgemeinen Krankheitsbegriff besitzt und, wenn ja, wie dieser zu charakterisieren ist. Eine Analyse der medizinischen Krankheitslehre zeigt, daß die Unterscheidung zwischen krankhaft und gesund/normal mittels dreier theoretischer Elemente konstruiert wird: Einer empirisch-phänomenalen Krankheitsdefinition, die auf fünf Kriterien basiert, einem systemtheoretischen Modell der Ätiopathogenese und dem klinisch-nosologischen Konzept der Krankheitsentitäten. Dadurch wird ein allgemeiner Krankheitsbegriff konstituiert, der sich sowohl auf somatische als auch auf psychische Erkrankungen anwenden läßt. Der so gefaßte Krankheitsbegriff ist nicht abhängig von Vorannahmen über Ziele und Funktionen des Organismus oder von Normen und Wertungen, obgleich sich eine unmittelbare Beziehung zu den Zielen ärztlichen Handelns aufzeigen läßt. Sowohl aus tiefliegenden anthropologischen Gründen als auch aufgrund des gegenwärtigen begrenzten Wissensstandes weist der allgemeine Krankheitsbegriff aber in diversen Hinsichten offene Stellen auf.

Summary: The problem whether there is a general concept of disease in medicine and, if so, what are its characteristics is, until now, unsettled and controversial. An analysis of medical pathology shows that the distinction between pathological and healthy/normal is construed by means of three theoretical elements: An empirical-phenomenal definition of "pathological" based upon five criteria, a systems-theoretical model of etiopathogenesis, and the clinical-nosological concept of disease entity. Thereby, a general concept of disease is construed that can be applied to somatic as well as to mental diseases. This concept of disease is not dependent on presuppositions concerning goals and functions of the organism, or on norms and values, even though a direct connection with the aims of medicine can be demonstrated. On account of deep-rooted anthropological reasons as well as of limitations of contemporary scientific knowledge, the general concept of disease is theoretically unfinished and open in several respects.

Gliederung:

1. Ausgangslage und Ziel einer Theorie der Krankheit
2. Sprachliche und methodische Vorbemerkungen
 - 2.1. Die Bedeutungen des Wortes "Krankheit"
 - 2.2. Zur Methode der Theoretischen Pathologie
3. Der theoretische Krankheitsbegriff
 - 3.1. Die erste Krankheitsdefinition: Fünf Kriterien
 - 3.1.1. Bezug der "ersten" Krankheitsdefinition zu den ärztlichen Handlungszielen
 - 3.1.2. Erläuterungen und Beispiele zu den einzelnen Kriterien
 - 3.2. Das ätiopathogenetische Krankheitsmodell
 - 3.3. Der nosologische Krankheitsbegriff
 - 3.4. Zusammenfassende Definition des Krankheitsbegriffs ("Zweite Krankheitsdefinition")
4. Die Offenheit des Krankheitsbegriffs
5. Spezielle Aspekte und Probleme der Krankheitstheorie
 - 5.1. Funktion und Dysfunktion: Eine alternative Rekonstruktion
 - 5.2. Krankheit, Werte und Normen
 - 5.2.1. Zur Rolle des Krankheitsbegriffs in der normativen Grundlage der Gesundheitspolitik
 - 5.3. Gibt es einen psychiatrischen Krankheitsbegriff?
 - 5.4. Unterschiede zu anderen Positionen in der Krankheitstheorie
 - 5.4.1. Die biostatistische Theorie von Christopher Boorse
 - 5.4.2. Das Konzept der *malady* nach Clouser, Culver und Gert
 - 5.4.3. Die Gesundheitstheorie von Lennart Nordenfelt
6. Schlußbemerkung

*Eine gekürzte Fassung dieses Papers erscheint mit einer Anzahl Kritiken und einer Replik des Autors unter dem Titel „Krankheit – Begriffsklärung und Grundlagen einer Krankheitstheorie“ In Erwägen - Wissen - Ethik 18 (2007) Heft 1

1. Ausgangslage und Ziel einer Theorie der Krankheit

((1)) Der Begriff der Krankheit und die mit ihm verbundenen theoretischen Vorstellungen bilden den Kernbestand und das Charakteristikum der *Medizin*, durch das sie sich von angrenzenden Wissenschaften wie Biologie, Psychologie, Anthropologie oder den Sozialwissenschaften unterscheidet. Dies gilt auch in praktischer Hinsicht, für Medizin als Beruf und Tätigkeitsfeld, insofern die Erkennung, Behandlung und Verhütung von *Krankheiten* das primäre Aufgabengebiet des *Arztes* darstellen. Seit der Entstehung einer empirisch-rationalen, nicht auf mythische oder religiöse Vorstellungen zurückgreifenden Medizin vor etwa 2500 Jahren haben Mediziner sich bemüht zu verstehen und zu erklären, was Krankheit ist bzw. was Krankheiten sind, wie sie entstehen und welche natürlichen Vorgänge ihnen zugrunde liegen. Man kann sagen, daß diese Erklärungsversuche seit der Renaissance einen Weg genommen haben, der die Medizin heute zu einem integralen Bestandteil des neuzeitlichen Wissenschaftssystems macht: Methoden, theoretische Vorstellungen und technisch-apparative Ausrüstung sind zwischen Medizin, Naturwissenschaften und den psychosozialen Fächern weitgehend austauschbar und kompatibel. Die Erklärung von Krankheitsprozessen erfolgt im Rahmen von medizinischen Modellvorstellungen, die mit den Modellen der Physik, Chemie, Biologie und Psychologie vereinbar sind und häufig direkt auf diesen aufbauen.

((2)) Zwar ist noch sehr viel Erklärungsarbeit zu leisten, so z. B. auf den Gebieten der Mechanismen von Zelldifferenzierung und Zellentartung, der psychosomatischen Wechselwirkung, der psychiatrischen Erkrankungen und der Alterungsvorgänge im Gesamtorganismus, aber die jahrhundertelangen Streitigkeiten über das richtige generelle Erklärungsmodell sind weitgehend beigelegt: Während früher darüber gestritten werden konnte, ob Krankheit essentiell als ein Ungleichgewicht der vier Körpersäfte, als ein parasitischer Fremd- oder Pseudoorganismus oder als die quantitative Veränderung einer spezifischen Lebenskraft des Organismus zu konzeptualisieren sei,¹ besteht heute weitgehend Konsens darüber, daß Krankheitsprozesse

- einer Analyse mit kausalen und systemtheoretischen Erklärungsmodellen zugänglich sind,
- auf allen System- und Funktionsebenen des Organismus vorkommen und beschrieben werden können, von der molekularen (z. B. genomischen) bis zur ganzheitlich-psychosomatischen Ebene,
- und daß diese Ebenen als Teilsysteme eines komplexen bio-psycho-sozialen "Systems" zu konzeptualisieren sind: Des Menschen als zugleich naturgebundenen Lebewesens und handlungs- und erkenntnisfähigen Gesellschaftswesens.

Daher sind die Beschreibungsmittel der Krankheitslehre den jeweilig involvierten Systemebenen angemessen zu wählen, und es sind die Erkenntnisse der zuständigen Nachbarwissenschaften in angemessener Weise zu berücksichtigen. Man darf insofern feststellen, daß hinsichtlich der *Erklärung* von Krankheiten in der Medizin keine Streitigkeiten mehr bestehen, die die *grundlegenden Voraussetzungen* betreffen, sondern daß der Normalzustand erfahrungswissenschaftlicher Forschung erreicht ist. *Grundlegende Differenzen* in den theoretischen Voraussetzungen finden sich erst, wenn man alternativmedizinische Konzepte und die Medizinsysteme anderer Kulturkreise (chinesische und indische Medizin, Medizin bei Naturvölkern) in die Betrachtung einbezieht.

((3)) Trotz der Einheitlichkeit im Grundansatz der wissenschaftlichen Medizin ("Schulmedizin") hat sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer deutlicher herausgestellt, daß der *allgemeine* Begriff der Krankheit, im Sinne der *allgemeinen Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit*, fundamental ungeklärt und kontrovers

ist. Dies betrifft Fragen der Art, ob es überhaupt einen allgemeinen Krankheitsbegriff – im Unterschied zu speziellen Krankheiten im Sinne von Krankheitseinheiten – gibt; ob und wie die Begriffe "Krankheit" und "Gesundheit" *definiert* oder anderweitig *eindeutig* charakterisiert werden können; welche Rolle bei der Charakterisierung dieser Begriffe Werte und Normen spielen; ob die Psychiatrie gegenüber der somatischen Medizin einen eigenen Krankheitsbegriff verwendet und/oder benötigt; und inwieweit ein allgemeiner Krankheitsbegriff soziokulturell invariant ist bzw. nur kulturrelativ formuliert werden kann. Bezuglich dieser Fragen stehen sich Positionen in der Literatur diametral gegenüber, so daß durchaus von der Existenz eines *Grundlagenstreits* gesprochen werden kann. Zu nennen sind hier Autoren wie Christopher Boorse, H. Tristram Engelhardt, Lawrie Reznek, Lennart Nordenfelt, das Autorenteam Clouser/Culver/Gert und K.W.M. Fulford², die exemplarisch für wichtige, vieldiskutierte Positionen stehen. Die mit diesen Problemen verbundene Diskussion hat sich in den letzten drei Jahrzehnten international und interdisziplinär breit entfaltet³ und findet gegenwärtig auch deswegen starke Beachtung, weil der Krankheitsbegriff in der Sozialgesetzgebung, Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie als wichtiges Kriterium (v. a. für die Festlegung von Ansprüchen auf medizinische Leistungen) verwendet wird.⁴

((4)) Innerhalb der *Theorie der Medizin* – d. i. die Wissenschafts- und Praxistheorie der Medizin – ist die zentrale Bedeutung des allgemeinen Krankheitsbegriffs schon früh erkannt und gewürdigt worden: Neben der Theorie des Organismus, der Klinischen Methodologie und der speziellen medizinischen Wissenschaftstheorie gilt die *Theoretische Pathologie* als eines ihrer Hauptgebiete. Karl Eduard Rothschild hat in seiner 1959 erschienenen "Theorie des Organismus" die Bezeichnung für dieses Gebiet eingeführt⁵; eine – ebenfalls von Rothschild stammende – Definition ihres Gegenstands aus dem Jahre 1981 lautet:

"Die *Theoretische Pathologie* bemüht sich um eine gedankliche Durchdringung des Gesamtbereichs des Krankhaften als Phänomen und Problem. Sie arbeitet nicht empirisch, beobachtend oder experimentell, sondern gedanklich-theoretisch. Sie setzt die Kenntnis der phänomenologischen Ebene voraus, muß sie aber nicht selten überschreiten. Theoretische Pathologie untersucht

1. die Begrifflichkeiten des Bereichs;
2. die Voraussetzungen (d. h. die Gründe für die Möglichkeit) von Krankheit und ihren verschiedenen Erscheinungsweisen und bemüht sich um ihre theoretische Interpretation;
3. die Frage nach dem Sinn von Krankheit."⁶

((5)) Es ist das Ziel der folgenden Darlegungen, eine Theoretische Pathologie im Sinne Rothschilds, also eine Theorie der Krankheit als Teil einer Wissenschafts- und Praxistheorie der Medizin, im Grundriß zu skizzieren. Damit ist natürlicherweise zugleich ein Vorschlag verbunden, wie der Grundlagenstreit um den Krankheitsbegriff aufgelöst werden könnte. Die folgende Darstellung konzentriert sich aber darauf, die vorgeschlagene Lösung zunächst in ihrem systematischen Zusammenhang vorzustellen und plausibel zu machen; eine ausführliche Diskussion der vorliegenden Literatur mit einem detaillierten Abgleich der Argumente und dem Nachweis der Problemlösungsfähigkeit der hier vorgelegten Position ist aus Umfangsgründen nicht mehr Gegenstand dieses Artikels, sondern wird an anderer Stelle erfolgen. Ich werde jedoch auf die wesentlichen Differenzen zu den wichtigsten bislang diskutierten Positionen kurz eingehen, um dem Leser die Einordnung zu erleichtern. Primär intendiert der Aufsatz allerdings, zunächst eine Begriffsklärung und die Grundlagen einer Theorie der Krankheit zu geben.⁷

2. Sprachliche und methodische Vorbemerkungen

((6)) Das Wort "Krankheit" wird in unterschiedlichen Bedeutungen und Kontexten gebraucht, und die von ihm bezeichnete "Sache" kann in unterschiedlicher Weise Gegenstand wissenschaftlicher und philosophischer Betrachtung werden. Es ist daher unvermeidlich, vor dem Beginn der eigentlichen Untersuchung klarzustellen, auf welche Bedeutungen wir uns beziehen wollen, und welche Methode wir dabei zugrunde legen.

2.1. Die Bedeutungen des Wortes "Krankheit"

((7)) "Krankheit" ist keine rein fachsprachliche Bezeichnung, sondern stammt aus der Alltagssprache – ebenso wie die Bezeichnungen "Raum", "Stoff" und "Lebewesen" als Grundbegriffe von Physik, Chemie und Biologie ursprünglich der Alltagssprache angehören. Wenn man den alltagssprachlichen Gebrauch des Wortes "Krankheit" untersucht, stellt man fest, daß er uneinheitlich strukturiert ist: In der Alltagssprache ist "Krankheit" *zum ersten* eine Bezeichnung, die auf individuelle Menschen (oder Lebewesen) angewendet wird und einen allgemeinen Zustand ihres Körpers und/oder ihres seelischen Befindens meint. Der entsprechende Gegenbegriff ist "Gesundheit". Krankheit und Gesundheit stellen Allgemeinzustände von Körper und Seele in ähnlichem Sinn dar, wie "Armut" und "Reichtum" allgemeine wirtschaftliche Zustände oder "Professionalität" und "Laientum" allgemeine Beschreibungen für das Ausbildungsniveau eines Menschen sind. Man erkennt solche Bezeichnungen für Allgemeinzustände daran, daß sie sich nicht sinnvoll in den Plural setzen lassen: Es widerspricht dem Sprachgefühl, von mehreren Gesundheiten, "Armen" oder "Laientümern" sprechen zu wollen. (Wenn man von "Reichtümern" spricht, ist damit eine Mehrheit wertvoller Güter und nicht der Plural zum Allgemeinzustand Reichtum gemeint.) Das dieser Bedeutungsfacetten von "Krankheit" entsprechende Adjektivpaar ist "gesund" – "krank". Es wird auf menschliche Personen oder Lebewesen angewendet in Sätzen der Form

"X ist gesund" – "Y ist krank".

((8)) "Gesundheit" und "gesund" ("normal") stellen aber *zum zweiten* auch die Gegenbegriffe zu "Krankhaftigkeit" und "krankhaft" ("pathologisch", "krankhaft verändert") dar. Dieses Begriffspaar wird nicht auf menschliche Personen im ganzen, sondern auf einzelne Teile, Merkmale, Zustände oder Prozesse von/an Personen und Lebewesen angewendet. Logisch gesehen, handelt es sich also nicht um Bezeichnungen für Allgemeinzustände, sondern für *Merkmalsmerkmale*. Sie werden gebraucht in Sätzen der Form:

"x ist normal" - "y ist krankhaft".

((9)) Im Falle von "Krankheit" kennt die Alltagssprache aber *drittens* auch den Plural "Krankheiten", und schon das Alltagswissen unterscheidet eine große Zahl von Einzelkrankheiten. "Krankheit" ist *in dieser dritten Bedeutungsfacette* der allgemeinsten Oberbegriff für alle Einzelkrankheiten (wie Grippe, Schlüsselbeinbruch, Herzinfarkt ...) und alle Gruppen oder Kategorien von Krankheiten (wie Infektionen, Frakturen, Herzkrankheiten, etc.). Mit diesem Begriff bildet man Sätze wie "Grippe ist eine Krankheit" oder "Schlechte Angewohnheiten sind keine Krankheiten", allgemein Sätze der Form:

"K ist eine Krankheit"

"G ist keine Krankheit".

((10)) Diesen drei Bedeutungsfacetten des alltagssprachlichen Gebrauchs korrespondieren drei fachsprachliche Verwendungsweisen von "Krankheit", die man als drei verschiedene

Krankheitsbegriffe rekonstruieren muß: Der erste Begriff, der sich auf den Allgemeinzustand menschlicher Individuen bezieht, spielt in der Medizin eine Rolle als *praktischer Krankheitsbegriff*: Er wird z. B. benutzt bei der *Krankschreibung*⁸ und ist somit derjenige Begriff, der am ehesten als Explikat des unbestimmten Rechtsbegriffs "Krankheit" der Sozialgesetzgebung fungieren kann. In der wissenschaftlichen Medizin wird der praktische Krankheitsbegriff allerdings immer als sekundärer, abhängiger Begriff behandelt, dessen Anwendung dann gerechtfertigt ist, wenn entweder mindestens ein Krankheitskriterium erfüllt ist oder mindestens eine Krankheitsentität diagnostiziert wurde (oder beides zugleich). Die Verwendung dieses Begriffs, um einen Menschen *prima facie* als krank zu klassifizieren, gehört dagegen nicht der wissenschaftlichen Medizin, sondern dem Alltag an.

((11)) Die zweite Bedeutungsfacette wird im wissenschaftlichen Kontext zum grundlegenden theoretischen Begriff, zur Unterscheidung zwischen krankhaften und gesunden bzw. normalen Merkmalen/Zuständen/Prozessen überhaupt. Wie dieser *theoretische Krankheitsbegriff* zu rekonstruieren ist, wird ein Hauptgegenstand der folgenden Untersuchung sein.

((12)) Die dritte Bedeutungsfacette, "Krankheit" als generischer Begriff für alle einzelnen *Krankheitsentitäten*, erhält im wissenschaftlichen Kontext ebenfalls eine zentrale Rolle als Instrument der nosologischen Systematisierung und soll deshalb als *nosologischer Krankheitsbegriff* bezeichnet werden. Wie bereits angedeutet wurde, ist das mit dem nosologischen Krankheitsbegriff gebildete Prädikat "x ist eine Krankheit" zwar ein anderes Prädikat als das mit den theoretischen Krankheitsbegriff gebildete "x ist krankhaft", aber es gibt eine theoretische Verbindung zwischen beiden Begriffen auf der Basis des Prädikats "x ist Teil/Symptom von y": Durch das *theoretische Prinzip*, daß jeder beschreibbare krankhafte Zustand/Prozeß entweder eine oder mehrere Krankheitsentitäten darstellt oder als Teil/Symptom von Krankheitsentitäten (oder, schließlich, als eine Kombination aller dieser Möglichkeiten) analysiert werden kann, erhält der theoretische Krankheitsbegriff eine zusätzliche nosologische Bedeutungsdeterminante, wie unten gezeigt wird. Erst auf dieser Stufe der Rekonstruktion ist der theoretische Krankheitsbegriff vollständig erfaßt.

((13)) Praktischer, theoretischer und nosologischer Krankheitsbegriff sind die fachsprachlichen *Explikate* für die allgemeinen alltagssprachlichen Verwendungsweisen des Wortes "Krankheit" und bilden damit drei Versionen eines *allgemeinen* Krankheitsbegriffs. Zu berücksichtigen ist zusätzlich folgender Sachverhalt: In der Alltagssprache wird Krankheit meist unterschieden von bestimmten (anderen) Beeinträchtigungen der Gesundheit, die u. a. als *Verletzung*, *Vergiftung*, *Behinderung*, *Verstümmelung*, *Mißbildung* oder *Verrücktheit* bezeichnet werden. Insofern auch diese als *Gesundheitsbeeinträchtigungen* gelten, wäre "Krankheit" nicht der allgemeinste Oberbegriff, sondern es müßte noch eine Kategorie gefunden werden, die oberhalb von "Krankheit", "Verletzung" usw. liegt. Dafür bietet die Alltagssprache aber kein eigenes Wort an; man müßte zu Konstruktionen wie eben "Gesundheitsbeeinträchtigung" greifen. Die Möglichkeit, auf die wir – für den *theoretischen* Krankheitsbegriff – stattdessen zurückgreifen werden, besteht darin, das Adjektiv "krankhaft" bzw. "pathologisch" als allgemeinste obere Kategorie für *alle* Abweichungen vom gesunden Zustand zu verwenden, also auch für Verletzungen, Behinderungen, Mißbildungen usw. Aus diesem Adjektiv können wir bei Bedarf auch das Substantiv "Krankhaftigkeit" bzw. "Pathologizität" bilden. Wir werden auch immer wieder einfach von "Krankheit" sprechen, wenn wir genaugenommen "krankhafte Erscheinung" oder "Krankhaftigkeit" sagen müßten, soweit keine Mißverständnisse, insbesondere keine Verwechslungen mit dem nosologischen oder dem praktischen Krankheitsbegriff, möglich sind. Unser im folgenden verwendeter

(theoretischer) Krankheitsbegriff ist also als in dieser Hinsicht *umfassender* zu verstehen als der alltagssprachliche.

((14)) Nur am Rande sei darauf verwiesen, daß die Alltagssprache weitere allgemeine Bezeichnungen für das Phänomen Krankheit aufweist, im Deutschen z. B. noch *Siechtum*, *Leiden*, *Gebrechen*, *Gebresten*, *Unpäßlichkeit*, *Indisposition* und weitere. Es wäre eine Aufgabe der Sprachwissenschaft oder der Sprachanalyse, wie sie im Rahmen der *ordinary language philosophy* gepflegt wird, die damit ausgedrückten Bedeutungsnuancen zu erschließen;⁹ für die Theoretische Pathologie im hier beabsichtigten Sinne würden sich daraus aber keine neuen Aspekte ergeben.

2.2. Zur Methode der Theoretischen Pathologie

((15)) Rothschuh hat an der oben zitierten Stelle die Methode der Theoretischen Pathologie als rein "gedanklich-theoretisch" und zugleich basierend auf der "Kenntnis der phänomenologischen Ebene" bezeichnet. Diese Kennzeichnung ist völlig zutreffend, bedarf aber einer weitergehenden Erläuterung. In der heutigen Diskussionslandschaft müssen Untersuchungen über die Bedeutung und Funktion des allgemeinen Krankheitsbegriffs zum Gegenstandsbereich einer *Wissenschaftstheorie der Medizin* gerechnet werden. Es können grundsätzlich also alle analytischen, rekonstruktiven und kritischen Untersuchungstechniken zum Einsatz kommen, die in der wissenschaftstheoretischen Forschung bislang entwickelt worden sind. Diese sind in der einschlägigen Literatur gut dokumentiert und können hier nicht referiert werden.¹⁰ Bekanntlich wird in der Wissenschaftstheorie aber auch darüber gestritten, ob die angemessene wissenschaftstheoretische Methode eher analytisch oder konstruktiv, eher systematisch oder historisch, eher logisch oder soziologisch, eher deskriptiv oder normativ sei bzw. sein sollte.¹¹ Auf diese weitverzweigte Diskussion kann ich zwar nicht eingehen – ich habe an anderer Stelle ausführlich Position bezogen¹² –, aber die zwischen den Schulen bestehenden Unterschiede werden für die folgende Untersuchung auch keine Rolle spielen. Ich möchte lediglich darauf hinweisen, daß wissenschaftstheoretische Untersuchungen, besonders in der Medizin, sich nicht ausschließlich auf theoretische und empirische Gegebenheiten und Zusammenhänge beziehen können, sondern auch Experimente, Verfahrensweisen und Methoden, allgemein gesagt (wissenschaftliche) Handlungen und Handlungsweisen, in die Betrachtung einbeziehen können und müssen. Dies wird in den letzten Jahrzehnten ohnehin deutlicher gesehen als in der Anfangszeit wissenschaftstheoretischer Forschung und ist kaum mehr kontrovers.¹³

((16)) Zusätzlich zu dem, was in der bisherigen wissenschaftstheoretischen Diskussion an Standards etabliert ist, möchte ich jedoch auf ein wesentliches Charakteristikum solcher Untersuchungen hinweisen, das nur selten gesehen wird:

Da es um den Krankheitsbegriff der modernen, wissenschaftlichen Medizin geht (und nicht um den vorwissenschaftlich-lebensweltlichen Begriff oder den einer nicht-wissenschaftlich orientierten Kultur), ist die Ausgangsbasis eben das Wissen und Können dieser Medizin, wie sie an "westlichen" Universitäten und medizinischen Fakultäten gelehrt wird. Im folgenden bezeichne ich die Gesamtheit dieses Wissens und Könnens – sowohl das *Know-that* als auch das *Know-how* – kurz als *medizinisches Wissen*. Dieses Wissen umfaßt nun jederzeit nicht nur den Teil, der in sprachlich-schriftlichen und bildlichen Darstellungen *explizit* vorhanden und gegeben ist – also z. B. in Vorlesungen, Lehrbüchern, Bildatlanten und wissenschaftlichen Originalarbeiten –, sondern zugleich ein *implizites* Wissen, das bei der Aneignung, kognitiven Durchdringung und Ausübung des expliziten Wissens *im Vollzug* erworben wird. Das implizite Wissen bezieht sich auf den Zusammenhang, die Funktion und relative

Bedeutung der expliziten Wissenskomponenten füreinander, ihre Abhängigkeiten von einander und die Art und Weise, wie sie einander gegenseitig voraussetzen, erläutern und stützen oder aber einander widersprechen. Der Besitz *dieses* Wissens unterscheidet den medizinischen Fachmann (nicht: Facharzt) vom medizinisch informierten Laien, der vielleicht gut belesen ist, aber dieses angelesene Wissen nicht in der gleichen Weise kognitiv strukturieren und praktisch exekutieren kann wie der darin Erfahrene. Das implizite Wissen ist zwar weder ein Geheimwissen noch eine der Explikation grundsätzlich nicht fähige "mystische" oder mysteriöse Intuition, aber es entsteht im Subjekt erst bei der und durch die kognitive Verarbeitung des expliziten Wissens und kann daher auch erst im Anschluß daran vom Subjekt explizit gemacht werden.¹⁴

((17)) Diese Explizitmachung ist nun ihrerseits keineswegs ein einfaches "Wiedererinnern" oder unmittelbares "Sich-Bewußt-Machen" eines prinzipiell fertig vorhandenen, nur unbewußten Inhalts. Vielmehr erfolgt sie durch die in nachvollziehbarer Weise erfolgende *Rekonstruktion* der gedanklichen Schritte, durch die die Bedeutung der wissenschaftlichen Begriffe – insbesondere der grundlegenden – und die Begründungs- und Abhängigkeitsverhältnisse innerhalb und zwischen Begriffen, theoretischen Modellen, Erfahrungen und Handlungen erschlossen werden. Dies ist so kompliziert, wie es klingt, und ist der Grund für die Schwierigkeit und scheinbare Abstraktheit mancher wissenschaftstheoretischer Analysen, auch in der Theoretischen Pathologie. Wenn die Rekonstruktion gelingt, macht sie jedoch den gesamten Bau eines Wissensbereichs durchsichtig und ermöglicht ein Verständnis, das noch über das des "Fachmanns" hinausgeht, insofern sie ermöglicht, *theoretisch* zu verstehen (Know-that), was der Fachmann zunächst nur *praktisch* versteht (Know-how).

((18)) Diese Art von *Rekonstruktion* wird also im folgenden für den Bereich der medizinischen Krankheitslehre zu geben versucht. Die verwendete Methode ist demnach zu unterscheiden einerseits von einer bloßen *linguistischen Analyse*, die lediglich die Nachzeichnung eines in der Medizin vorgefundenen *Sprachgebrauchs* beabsichtigte. Sie ist andererseits auch zu unterscheiden von den Methoden *ethnologischer* und *historischer* Forschung, wie sie in Kulturanthropologie, Ethnomedizin und Medizingeschichte verwendet werden:¹⁵ Diese Forschungsrichtungen verwenden empirisch-sozialwissenschaftliche, philologisch-hermeneutische und historiographische Methoden, die an den Problemfeldern der Erforschung fremder oder vergangener Völker und Kulturen, nicht mehr ausgeübter Praktiken und nicht mehr unmittelbar verwendeter und verstandener Texte und Bilder entwickelt wurden. Es handelt sich also um Bestände medizinischen Wissens und Könnens, die gerade nicht zum medizinischen Kompetenzbereich des Untersuchers gehören (können). Während daher der anthropologische Feldforscher, Ethnologe oder Medizinhistoriker in der Regel die Frage des *kognitiven Status*, d. h. der argumentativen Belegbarkeit oder Widerlegbarkeit *auf dem gegenwärtigen Wissensstand*, für die untersuchten Wissensbestände ausklammert und für methodisch unzulässig erklärt (z. B. als *kulturell voreingenommen* oder *anachronistisch*), bezieht die wissenschaftstheoretische Rekonstruktion solche Fragen explizit ein und sucht in dieser Hinsicht das Gespräch mit dem Fachwissenschaftler bzw. Mediziner, statt ihn methodisch als bloßes *Objekt* der Untersuchung einzustufen. In diesem Sinn ist die hier vorgelegte Untersuchung zur Theoretischen Pathologie methodisch als *Teil einer rekonstruktiven Wissenschaftstheorie*, im Unterschied zu objektivierenden sozialwissenschaftlichen oder historischen Disziplinen, aufzufassen.

((19)) Eine letzte zu nennende methodologische Unterscheidung betrifft die Differenz zu Untersuchungen, die den Krankheitsbegriff zwar in systematischer Absicht diskutieren oder konzipieren, aber sich nicht am Prinzip der Rekonstruktion der wissenschaftlichen Medizin

orientieren. Dafür finden sich in der Literatur zwei Spielarten: Zum einen gibt es Untersuchungen, die den Krankheitsbegriff in der Art eines Begriffes der allgemeinen Geistesgeschichte oder der Philosophie abhandeln, indem sie "Krankheitstheorien" unterschiedlicher Provenienz abstrakt-vergleichend diskutieren, ohne deren Bezug zur praktizierten Medizin zu berücksichtigen bzw. ohne zuvor zu prüfen, inwieweit diese Theorien überhaupt mit der praktizierten Medizin kongruent sind. Das Ziel ist dabei in der Regel, eine nach bestimmten medizinexternen – z. B. ethischen oder erkenntnistheoretischen – Kriterien angemessene Krankheitstheorie oder Definition des Krankheitsbegriffs zu erarbeiten. Bei diesem Vorgehen bleibt jedoch am Ende offen, ob die vorgelegten Argumente und Gegenargumente überhaupt das tatsächliche Krankheitsverständnis in der Medizin betreffen, und wie das erarbeitete Ergebnis zu diesem in Beziehung zu setzen ist. Um dies zu klären, wäre *nachträglich* eine Analyse und Rekonstruktion des tatsächlichen medizinischen Wissens und Handelns und der zugrunde liegenden Begrifflichkeit erforderlich. Es erscheint daher methodisch sinnvoller, wenn auch zunächst aufwendiger, *von vornherein* eine Rekonstruktion in Angriff zu nehmen und die "theoretische" Diskussion anhand von deren Ergebnissen zu führen.

((20)) Die zweite Art wird von solchen Untersuchungen gebildet, die ausdrücklich beabsichtigen, den Krankheitsbegriff der wissenschaftlichen Medizin in Richtung auf eine Sinndeutung, eine anthropologische Einbettung, eine philosophische, religiöse oder weltanschauliche Gesamtinterpretation o. ä. zu überschreiten. Gegenüber solchen – jederzeit möglichen – Projekten sei zweierlei festgehalten: Sofern sie überhaupt noch einen Bezug zum medizinischen Krankheitsbegriff benötigen und nicht rein spekulativ sind, muß man auch von ihnen billigerweise erwarten, daß sie auf einer korrekten Fassung dieses Begriffs aufbauen – also eine Rekonstruktion desselben voraussetzen oder beinhalten sollten. Diese wird also nicht überflüssig und bleibt zu leisten. Aber auch eine darauf aufbauende und darüber hinausgehende Interpretation des Krankheitsbegriffs im Rahmen der Natur- und Menschheitsgeschichte und ihrer Selbstdeutungen läßt sich noch nach wissenschaftlichen, wenn auch nicht mehr medizinischen oder medizintheoretischen Maßstäben vorstellen. Sie erfordert dann aber eine äußerst komplexe Betrachtungsweise, da sie Ergebnisse aus fast allen Wissenschaften von der Kosmologie über die Tiefenpsychologie bis zur Sozialgeschichte integrieren muß. Eine solche umfassende Theorie der Krankheit ist gegenwärtig noch weitestgehend Desiderat.

3. Der theoretische Krankheitsbegriff

((21)) Um den theoretischen Krankheitsbegriff zu rekonstruieren, muß nachgezeichnet werden, wie die Medizin den generellen Unterschied, die "Grenzlinie" zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischen normal und pathologisch zieht. Es muß also angegeben werden, ob z. B. eine Definition, ein Kriterium (oder ein Satz von Kriterien), ein Bestimmungsverfahren oder irgendeine andere Methode existiert, die diese Unterscheidung *in allgemeiner Weise* zu ziehen erlaubt, d. h. nicht nur durch Aufzählung aller *einzelnen* krankhaften Phänomene, aller *Einzelkrankheiten* (Krankheitentitäten) oder gar aller *Einzelfälle* von Erkrankungen. Ich werde zeigen, daß die Rekonstruktion dieser Unterscheidung gleichbedeutend ist mit der Rekonstruktion der *Struktur der medizinischen Krankheitslehre*. Kurz zusammengefaßt, besagt meine These, daß sich die Struktur der Krankheitslehre, und damit die Bedeutung des theoretischen Krankheitsbegriffs, durch das Zusammenwirken folgender drei Begriffsbildungskomponenten ergibt:

- (I) Ein Satz von drei (erweiterbar auf fünf, s. u.) *Kriterien für Krankhaftigkeit*, die für die Bedeutung des Krankheitsbegriffs *konstitutiv* sind, bereits auf der *vorwissenschaftlichen* Ebene formuliert werden können und in enger Korrelation zu den fundamentalen *Zielen ärztlichen Handelns* stehen.
- (II) Ein wissenschaftliches *Modell der Kausalerklärung pathologischer Zustände und Prozesse* auf der Basis eines *Systemmodells des menschlichen Organismus* (einschließlich der Psyche), das den Anwendungsbereich der Unterscheidung zwischen krankhaft und normal auf *alle Teilsysteme* bis in molekulare Mikrodimensionen des Organismus auszudehnen gestattet und u. a. auch die Grundlage für die Unterscheidung von funktionalen und dysfunktionalen Prozessen, mithin für die *Identifikation von Funktionen* des Organismus, bildet.
- (III) Das aus der klinischen Erfahrung stammende *Konzept der Krankheitsentität* bzw. *Krankheitseinheit*, das mit dem Anspruch verbunden ist, eine *Nosologie* als taxonomisches Ordnungssystem zu ermöglichen: der *nosologische Krankheitsbegriff*. Mithilfe des Prinzips, daß jedes krankhafte Phänomen (und jeder einzelne Krankheitsfall) als Vorkommnis oder als Teil/Symptom einer oder mehrerer Krankheitsentitäten unter diesen Begriff *subsumiert* werden kann, wird der theoretische Krankheitsbegriff in die klinische Empirie hinein verlängert und für die klinische Praxis, insbesondere für Diagnostik und Therapie, anwendbar gemacht.

((22)) Diese drei Theorieelemente konstituieren sowohl den theoretischen Krankheitsbegriff als auch die Struktur der medizinischen Krankheitslehre. Bevor dies im einzelnen rekonstruiert wird, sei auf eine *Analogie* hingewiesen: Die hier in der Medizin vorgefundene Art und Weise, daß ein theoretischer Begriff durch mehrere heterogene Methoden der Begriffsbildung und gewissermaßen auf mehreren Ebenen der Theoriebildung in seiner Bedeutung bestimmt wird, ist nicht medizinspezifisch, sondern wir finden sie auch in anderen Wissenschaften. Das sei am Beispiel der *Chemie* mit dem Begriff des *Stoffs* angedeutet. Wir können auch hier ungefähr drei Ebenen unterscheiden, auf denen die Bedeutung des Begriffs "(chemisch reiner) Stoff" bestimmt wird: Die erste Ebene wird durch Kriterien gebildet, die – für eine gegebene stoffliche Probe – die *Homogenität* der Probe hinsichtlich bestimmter phänomenal oder empirisch zugänglicher Eigenschaften fordern, z. B. hinsichtlich Farbe, Konsistenz, Dichte, Löslichkeit, Schmelz- und Siedepunkt usw. Die zweite Ebene beruht auf dem i. e. S. *chemischen Prinzip*, daß die Probe überall die gleiche (chemische) Zusammensetzung haben muß, d. h. daß sie sich als ein reines *Element* oder eine definierte *Verbindung* von Elementen erweisen läßt. Dieses Prinzip kann natürlich nur auf dem Hintergrund eines ausgearbeiteten *Modells* chemischer Reaktionen formuliert werden, das letztlich auf dem *System* aller chemischen Elemente und Verbindungen beruht. Die dritte Ebene erreichen wir mit dem *theoretischen Konzept*, daß reine Stoffe aus lauter gleichen Atomen oder Molekülen zusammengesetzt sein müssen, also auf dem Hintergrund der atomistischen *Theorie* der Materie. Was unter einem chemisch reinen Stoff zu verstehen ist, kann nur vollständig klar gemacht werden, wenn man alle drei Ebenen der Begriffsbildung einschließlich ihres Zusammenspiels berücksichtigt. Die Tatsache, daß wir in der Chemie in dieser Weise durchaus heterogene Methoden und Theorieebenen benötigen, um den chemischen *Grundbegriff* des Stoffes hinreichend zu charakterisieren, macht diesen Begriff in keiner Weise unscharf oder dubios, sondern spiegelt seine zentrale organisierende Rolle für die ganze Chemie wider.

((23)) Ähnliches gilt für die Rolle des Krankheitsbegriffs in der Medizin, wie jetzt zu zeigen sein wird. Die Rekonstruktion der drei Komponenten bzw. "Ebenen" des Krankheitsbegriffs und ihrer Beziehungen bildet die zentrale Aufgabe der Theoretischen Pathologie. Ich beginne mit der Rekonstruktion der ersten Ebene der Begriffsbildung, die im folgenden auch als

empirisch-phänomenale Ebene bezeichnet werden soll. Sie kann am einleuchtendsten in der Form einer komplexen "ersten", d. h. vorläufigen *Definition* des Krankheitsbegriffs angegeben werden.

3.1. Die erste Krankheitsdefinition: Fünf Kriterien¹⁶

((24)) Was *krankhaft* bzw. *pathologisch* bedeutet, kann in erster Näherung durch fünf Definitions klauseln angegeben werden. Dabei sind diese fünf Klauseln als gegenseitig nicht ausschließend zu verstehen, aber jede einzelne von ihnen formuliert bereits eine hinreichende Bedingung für Krankhaftigkeit:

(D1) *Ein Vorgang (Zustand/Ereignis) ist krankhaft (pathologisch) genau dann,*

- (1) *wenn er bei natürlichem, unbehandeltem Verlauf unmittelbar zum vorzeitigen Tod oder zur Verkürzung der natürlichen Lebenserwartung des Betroffenen führt, oder*
- (2) *wenn er (unbehandelt) mit Schmerz, Leiden, Mißempfindungen oder Beschwerden in körperlicher und/oder seelischer Hinsicht verbunden ist, wobei diese Zustände bestimmte natürlich vorgegebene, kulturell überformbare Normalbereiche oder Schwellenwerte bezüglich Intensität, Dauer und/oder Häufigkeit des Auftretens überschreiten, oder*
- (3) *wenn er die natürlich vorgegebenen körperlich-seelischen Dispositionen und Potentiale des Betroffenen so verändert (z. B. Fähigkeiten einschränkt oder verschwinden lässt, ungünstige Reaktionsweisen entstehen lässt oder verstärkt), daß dieser (ohne adäquate Behandlung bzw. Substitution) in bestimmten, zuvor harmlosen Situationen krank wird (gemäß den Krankheitskriterien 1-5), z. B. in Lebensgefahr gemäß Klausel (1) gerät oder Schmerz, Leiden oder Beschwerden gemäß Klausel (2) ertragen muß, oder wenn bestimmte solche Dispositionen/Potentiale von vornherein (d. h. in angeborener Weise) in dem genannten Sinn vorhanden, verändert bzw. eingeschränkt/verstärkt sind oder ganz fehlen, oder/und*
- (4) *wenn er unbehandelt die Unfähigkeit zur biologischen Reproduktion beinhaltet oder zur Folge hat, oder/und*
- (5) *wenn (a) ein einzelner davon Betroffener unbehandelt nicht in der Lage ist, mit "gesunden" menschlichen Lebensgemeinschaften seinem Alter entsprechend in möglichst konfliktfreier und kooperativer Weise und ohne selbst Leid zu verursachen zusammenzuleben, oder (b) umgekehrt eine davon betroffene Lebensgemeinschaft "unbehandelt" nicht in der Lage ist, ihren einzelnen Mitgliedern ein möglichst leid- und konfliktfreies, kooperatives Zusammenleben zu gewährleisten.*

((25)) Diese fünf Klauseln umschreiben Bedingungen, die im folgenden der Kürze halber als Kriterien der *Lebensgefährdung*, des *Leidens* und der *Krankheitsdisposition*¹⁷ sowie der *biologischen Reproduktionsunfähigkeit* und der *sozialen Integrationsunfähigkeit* bezeichnet werden. Einige Erläuterungen seien sofort angefügt:

1. Sonderstellung der Kriterien (4) und (5):

((26)) Die ersten drei Kriterien stellen in gewissem Sinn die "klassischen" Krankheitskriterien oder *Hauptkriterien* dar. Die Kriterien (4) und (5) könnte man bei großzügiger Betrachtung auch als (Kriterien für) spezielle Fälle von "Behinderung" oder "Einschränkung von Fähigkeiten" auffassen und daher versucht sein, sie in Kriterium (3) zu integrieren. Es trifft für sie jedoch gerade *nicht notwendig* die Bedingung zu, daß es sich um Zustände handelt, die in bestimmten Situationen das Überleben *des Betroffenen* gefährden bzw. *bei ihm selbst* zu körperlich-seelischen Beschwerden führen. Sie sind also nicht notwendig Krankheitsdispositionen. Daher ist es sinnvoll, diese Bedingungen als eigenständige Kriterien zu formulieren. Sie werden unten detaillierter diskutiert.

2. Einzelfallbezogenheit:

((27)) Die Definition (D1), und damit die Klauseln (1) - (5), beziehen sich zunächst ausschließlich auf *Einzelfälle*, d. h. *einzelne Vorkommnisse* von Zuständen, Vorgängen und Ereignissen der genannten Art. Im Sinne der analytischen Sprachphilosophie sprechen wir hier also von *token*, nicht von *types*. Sollte beispielsweise im Rahmen dieser Definition über *Schnupfen* gesprochen werden, so ist immer *dieser Schnupfen dieses* bestimmten Menschen zu *diesem* bestimmten Zeitpunkt gemeint, nicht Schnupfen als allgemeine krankhafte Erscheinung bzw. als Kategorie. – Eine Erweiterung auf *types*, also auf generisch aufgefaßte Zustände, ist sinnvoll erst auf der Ebene (II), d. h. im Rahmen eines kausal-systemischen Organismusmodells möglich. Ist diese Ebene einmal erreicht, kann man die Kriterien (1) - (5) allerdings auch auf dieser Ebene zur Anwendung bringen, was aber strenggenommen eine eigene Diskussion erfordert.

3. Organismusbezogenheit:

((28)) Die Definition (D1) spricht nach der gegebenen Formulierung über Vorgänge (Zustände/Ereignisse). Dies ist folgendermaßen zu präzisieren: Die Definition bezieht sich auf *alle* Vorgänge, Zustände, Ereignisse, Prozesse, Veränderungen, Aktionen, Erlebnisse, Interaktionen und Wechselwirkungen, die als *Teil des Körpers*, der *Psyche* oder der *subjektiven sozialen Beziehungen* eines "betroffenen" Menschen (seines *Organismus* in diesem Sinne) beschrieben werden können. Mit "subjektiven" sozialen Beziehungen sind soziale Beziehungen gemeint, insoweit und wie sie vom Betreffenden gesehen und gedeutet sind – nicht unbedingt, wie sie ein anderer Beteiligter oder ein außenstehender Beobachter beschreiben würde. (Es können also auch "eingebildete" Beziehungen sein.) Nur im Teilkriterium (5) müssen auch "objektive" soziale Beziehungen betrachtet werden, d. h. Beziehungen zwischen den Mitgliedern einer Lebensgemeinschaft unabhängig davon, ob sie von den Betroffenen selbst wahrgenommen und/oder intendiert werden oder nicht. *Ausgeschlossen* sind dagegen in den Kriterien (1) – (4) alle bewußten Erkenntnisse und Absichten sowie alle gewollten, intentionalen Handlungen, *sofern Wahrnehmungs- und Erkenntnisfähigkeit, Wille und Handlungsfähigkeit nicht selbst erkrankt sind*. Diese bemerkenswerte Ausnahme entspricht der allgemein geteilten Voraussetzung, daß zwar die Erkenntnis- und Selbstbestimmungsfähigkeit eines Menschen nicht gegen Erkrankung immun sind, daß aber die Ausübung dieser *gesunden* Fähigkeiten nie etwas Krankhaftes sein kann (wohl aber Krankheits- oder Todesursache werden kann, z. B. bei Suizid oder Selbstverstümmelung). Letztlich steht dahinter die Vorstellung, daß Erkenntnis, Wille und Handlung nicht mehr rein *natürliche* Prozesse sind, sondern ein Element von "Künstlichkeit",

Kultur- oder Selbstbestimmtheit aufweisen, das sie aus der Zuständigkeit der Medizin heraushebt. Diese Voraussetzung muß hier analytisch, als Teil der Rekonstruktion, erwähnt werden, zugleich ist aber darauf hinzuweisen, daß hier ein Zusammenhang zur Problematik der Beziehung zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen und zur Frage des Status der Psychopathologie besteht.

4. Natürlichkeit als Spontaneität:

((29)) Die fünf Kriterien in (D1) rekurrieren jeweils auf den natürlichen, unbehandelten Verlauf. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, daß es in vielen Fällen Maßnahmen gibt, die gezielt präventiv, therapeutisch oder kompensatorisch gegen die Lebensgefährdung, die Beschwerden, die pathologische Disposition, die Infertilität oder die Integrationsprobleme eingesetzt werden können, so daß im Idealfall diese Konsequenzen gar nicht erst auftreten bzw. "unterdrückt" oder kompensiert werden. Maßstab für die Krankhaftigkeit einer bestimmten Situation muß aber der *Spontanverlauf* sein, der ohne gezielte Gegenmaßnahmen eingetreten wäre bzw. eintreten würde, da dieser ja erst die Gegenmaßnahmen erforderlich macht. Es wird hier vorausgesetzt, daß hinreichend eindeutig zwischen einem Spontanverlauf und einem behandelten Verlauf abgegrenzt werden kann – was aber in aller Regel keine Schwierigkeiten macht. Abgrenzungsschwierigkeiten können erst im Bereich sozialer Pathologie zu grundlegenden Problemen führen, nämlich wenn zwischen *unberechtigten* und *berechtigten* Ansprüchen darauf, daß eine Handlung eine *Behandlung* ist, unterschieden werden muß.

5. Existenz natürlicher Alternativen:

((30)) Alle fünf Kriterien gelten unter der empirisch zu belegenden Voraussetzung, daß

- *es mindestens einen natürlich vorkommenden, bei dem Betroffenen grundsätzlich möglichen alternativen Lebensprozeß bzw. alternativen Verlauf gibt, bei dem der fragliche Prozeß und seine Konsequenz (Tod, Leiden, ...) nicht auftritt. Der Alternativverlauf darf natürlich seinerseits kein pathologischer Verlauf sein;*
- *alternative Verläufe, die nur durch gezieltes, intentionales menschliches Handeln zustande kommen können, nicht in diesen Vergleich einbezogen werden (außer in Kriterium (5)).*

((31)) Diese Voraussetzung ist essentiell für das Verständnis von Krankhaftigkeit: Prozesse, zu denen es nach menschlicher bzw. ärztlicher Erfahrung keine natürliche Alternative gibt, können nicht als krankhaft verstanden werden. Normales Altern und "natürlicher" Tod, aber auch normale Entwicklungs-, Wachstums- und Rückbildungsprozesse sind alternativenlos, unvermeidlich und daher nicht krankhaft, auch wenn sie zu Unfruchtbarkeit, Behinderungen bzw. Tod führen. Basis für die Beurteilung ist der Vergleich, a) ob *für diesen Menschen* ein Alternativverlauf empirisch vorstellbar ist bzw. gewesen wäre, b) ob in der gesamten menschlichen bzw. medizinischen Erfahrung *vergleichbare Fälle* bekanntgeworden sind, die einen Alternativverlauf aufweisen. Dieser Vergleich ist damit abhängig von empirisch-medizinischem Wissen über Lebens- und Krankheitsverläufe, das sowohl kasuistisch als auch verallgemeinert sein kann.

((32)) Ausgeschlossen von diesem Vergleich bleiben Verläufe, die ausschließlich durch gezieltes menschliches Handeln möglich sind, denn solche Verläufe würden wir gerade nicht als *natürliche*, sondern als *menschlich beeinflußte* oder sogar *künstliche* Verläufe betrachten. Hier zeigt sich, daß der Begriff des "natürlichen Verlaufs" nicht identisch ist mit dem des "naturmöglichen Verlaufs" bzw. des "naturgesetzlich möglichen Verlaufs", da ja auch menschliche Interventionen mit den Naturgesetzen vereinbar, also "naturmöglich" sein müssen. Vielmehr bedeutet "natürlicher Verlauf" gerade "von gezielten menschlichen Handlungen unbeeinflußter Verlauf". – Nur bei Störungen der sozialen Integrationsfähigkeit dürfen, ja müssen die intentionalen Handlungsmöglichkeiten in den Vergleich einbezogen werden, etwa in Form der Frage, ob die Störung gerade daran liegen könnte, daß die "natürliche" Fähigkeit des Menschen zum einsichtigen Handeln in sozialen Zusammenhängen gestört ist und daher nicht oder nicht angemessen zum Zuge kommt.

((33)) Es muß angemerkt werden, daß die Unterscheidung zwischen natürlichem und künstlichem Verlauf vermutlich selbst naturgeschichtlich contingent verläuft: Es dürfte in sehr vielen Fällen an kontingenzen Fakten der Naturgeschichte und der irdischen Evolution liegen, daß der menschliche Organismus bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten hat oder nicht hat, z. B. die Eigenschaft *hat*, im Alter faltige Haut zu bekommen, und die Fähigkeit zur Regeneration abgetrennter Körperteile *nicht hat*. Diese naturhistorische Kontingenz führt im Kontext von Diskussionen darüber, was natürlich und nicht natürlich ist, leicht zu Verwirrungen, zumal auf der anderen Seite die Fähigkeiten des Menschen zu *zielgerichtetem Handeln* ihrerseits *historisch* contingent sind.

3.1.1. Bezug der "ersten" Krankheitsdefinition zu den ärztlichen Handlungszielen

((34)) Damit die spezifische Berufsrolle des Arztes als Heiler und Helfer entstehen kann, müssen historisch bestimmte gesellschaftliche Voraussetzungen gegeben sein: Die Arbeitsteiligkeit der Lebensform muß so weit entwickelt sein, daß sich die Funktion des Heilens und Behandelns spezifisch ausdifferenzieren und von anderen Funktionen – wie der des Priesters oder politischen Führers – trennen kann, was auch ökonomische Grundbedingungen erfordert; und die medizinische Wissensbildung muß von der Bindung an religiöse Glaubenslehren und politische Legitimationsideologien so weit unabhängig sein, daß dem Gewicht der ärztlichen Erfahrung der Vorrang vor solchen Interessen gegeben werden kann.

((35)) Wenn alle diese Voraussetzungen gegeben sind, ist es möglich, die traditionellen Ziele ärztlichen Handelns als konstitutive Bedingungen der – empirisch-naturalistisch verstandenen – Medizin zu formulieren:

1. Erhaltung von Leben, Schutz vor vorzeitigem Tod
2. Heilung, Linderung und Verhütung von Krankheit und Leiden
3. Wiederherstellung von Gesundheit oder Kompensation von verlorengegangenen körperlich-seelischen Fähigkeiten
- (nicht: Kompensation von Mißerfolgen zweck-rationalen Handelns und von als rein sozial [z.B. ökonomisch, politisch] definierten Mängeln und Verlusten!)

Dies ist die traditionelle, seit der Antike unverändert gebliebene Formulierung der Ziele der Medizin und des ärztlichen Handelns.¹⁸ Sie rekurreert in zentraler Weise auf die Begriffe von Krankheit und Gesundheit. Es läßt sich an dieser Formulierung gut erkennen, daß der (empirisch-phänomenale) Krankheitsbegriff in enger Korrelation zu diesen Zielen gebildet ist

und ganz parallel definiert wird: Die ersten drei (bzw. vier) Kriterien korrespondieren genau den drei traditionellen Handlungszielen.

((36)) Bedeutet diese Parallelität in der Formulierung von Krankheitsbegriff und Handlungszielen, daß der Krankheitsbegriff "Werte", nämlich "praktische Zielsetzungen", zum Ausdruck bringt bzw. "enthält"? – Das Gegenteil ist der Fall: Die Zielsetzungen können erst verständlich formuliert werden, wenn man schon weiß, was in ihnen mit "Krankheit" gemeint ist. Man könnte theoretisch auch die entgegengesetzten Ziele formulieren, ohne daß ein semantischer Widerspruch entsteht. Die Zielsetzung, "Menschen krank zu machen und sie vorzeitig sterben zu lassen", ist zwar äußerst inhuman, beinhaltet aber keine *contradictio in adiecto* – keinen logisch-begrifflichen Selbstwiderspruch –, wie es bei der Zielsetzung der Fall wäre, "erstrebenswerte Güter nicht erstreben zu wollen". Es ist vielmehr so, daß die traditionellen ärztlichen Handlungsziele ganz vom Krankheitsbegriff her formuliert sind, d. h. in der Absicht, das ärztliche Handeln von anderen Tätigkeiten und anderen Berufen gerade *durch seinen Bezug auf Krankheit abzugrenzen*. In diesem Kontext kann also gerade nicht eine Abhängigkeit des Krankheitsbegriffs von werthaltigen oder normativen Prämissen behauptet werden.¹⁹

3.1.2. Erläuterungen und Beispiele zu den einzelnen Kriterien

Zu Kriterium (1):

((37)) Ein vorzeitiger Tod stellt gewissermaßen den Extremfall einer Gesundheitsbeeinträchtigung dar und ist insofern ein krankhaftes Phänomen *par excellence*. Aber nicht nur der Tod als Ereignis selbst, sondern auch alle Zustände und Prozesse des Organismus, die – unbehandelt – unausweichlich in den (vorzeitigen) Tod münden, werden als eindeutig krankhaft gewertet. Die traumatische Eröffnung einer großen Schlagader, z. B. durch Stich- oder Schnittverletzung, die durch Einnahme, Einatmung oder Injektion zustande gekommene Aufnahme einer hinreichenden Dosis eines tödlichen Giftes oder der akut eintretende Herzstillstand sind solche Zustände, die ohne zielgerichtete Behandlungsmaßnahmen unweigerlich in kürzester oder jedenfalls absehbarer Zeit den Tod herbeiführen und deshalb auf jeden Fall krankhaft sind – auch wenn sie nicht mit unangenehmen oder schmerzhaften Begleiterscheinungen verbunden sein sollten. Aber auch Zustände, bei denen sich ein Todeszeitpunkt nicht unbedingt absehen läßt, aber erfahrungsgemäß die Lebenserwartung – unbehandelt – immer verringert wird, gehören hierhin, z. B. maligne Tumorerkrankungen, progressive Gefäßsklerose, chronisch fortschreitende destruierende oder degenerative Erkrankungen an lebenswichtigen Organen wie Herz, Nieren, Gehirn, Leber oder Lungen. Zu beachten ist hier die Unterscheidung zwischen der oder den *Krankheits-* bzw. *Todesursache(n)*, die keine krankhaften Prozesse sein müssen, und dem krankhaften Zustand und Prozeß selbst: Das Ausführen eines Messerstichs, die Injektion eines Giftes oder das Vorhandensein kanzerogener Stoffe in der Umwelt würde man nicht selbst als krankhaft, sondern als *pathogen, lebensbedrohlich* oder *todbringend* bezeichnen; *krankhaft* sind dagegen erst die Veränderungen am betroffenen Organismus selbst, die durch diese Ursachen bewirkt werden, also z. B. die Gefäßeröffnung, die Blockierung lebenswichtiger Stoffwechselvorgänge oder die Mutation genetischen Materials.

Zu Kriterium (2):

((38)) Das Vorliegen von Schmerz, Leiden und Beschwerden ist pathologisch, ebenso jeder Zustand oder Prozeß, der unbehandelt unvermeidlich dahin führen würde. Einschränkend wurde auf das Vorhandensein von Normalbereichen und Schwellenwerten hingewiesen. Dies

wird anhand der folgenden Beispiele deutlicher: Zu den Phänomenen, die von Kriterium (2) erfaßt werden, gehört an erster Stelle der körperliche und seelische *Schmerz*. Obwohl Schmerzbeseitigung oder –linderung schon immer unbestritten zu den ärztlichen Aufgaben gehört, kann hier allerdings gefragt werden, ob jeder, auch jeder leichte und vorübergehende Schmerz, bereits als krankhaft klassifiziert werden sollte. De facto verhalten sich die meisten Menschen wohl so, daß leichtere und vorübergehende Schmerzen, wie sie bei körperlicher oder sportlicher Anstrengung, bei vorübergehenden unbequemen Stellungen und Bewegungen oder durch geringfügiges Anstoßen, Drücken oder Kratzen hervorgerufen werden, als "normal" und hinnehmbar, nicht als krankhaft betrachtet werden. Oberhalb einer bestimmten Intensität, Dauer oder Häufigkeit des Auftretens wird aber jeder Mensch dazu neigen, Schmerzen als etwas Pathologisches zu betrachten, wobei diese "Schwelle" individuell und auch in Abhängigkeit von kulturellen Normen unterschiedlich sein kann. In diesem Sinn darf also Schmerz als ein zwar universell gültiges, dennoch individuell und kulturell (in bestimmten Grenzen) variierendes Kriterium für Krankhaftigkeit betrachtet werden.

((39)) Ähnliches gilt für die anderen Zustände, die unter Kriterium (2) fallen: Dazu rechnen zunächst *körperliche Mißempfindungen* wie Juckreiz (Pruritus), Kitzel, Kribbeln, Hitze, Kälte, Schwäche (Kraftlosigkeit), Harn- und Stuhldrang, die alle oberhalb gewisser Schwellen eindeutig Krankheitswert haben. Weiterhin rechnen dazu eine Anzahl Mißempfindungen, die mehr im *vegetativen* Bereich liegen, wie Hunger, Durst, Übelkeit, Müdigkeit und Schwindelgefühl, sowie unangenehme Sinnesempfindungen wie z. B. Empfindungen von blendender Helligkeit, Lärm, unangenehmem Geruch oder Geschmack. Auch *negative Emotionen* können unter Kriterium (2) genannt werden, z. B. Trauer, Angst, Wut (Aggression), Gekränktheit, Ekel, Scham und Langeweile (jeweils "im Übermaß"), sowie die Unfähigkeit zu positiven Emotionen, wie sie in Form der Unfähigkeit zur Freude (*Anhedonie*) bei Depression und Schizophrenie und der *Anorgasmie* bei sexuellen Störungen vorkommen kann. Zu den sonstigen *Beschwerden*, die ebenfalls unter Kriterium (2) fallen, gehört eine Vielzahl von Zuständen und Ereignissen, die von dem Betroffenen als unangenehm, störend und beeinträchtigend empfunden werden, u. a.:

- Unangenehme, störende körperlich-vegetative Vorgänge und Zustände wie Husten, Niesen, Erbrechen, Tränenfluß, Speichelfluß, Mundtrockenheit, Schleimhautbrennen, Rhinorrhoe, Diarrhoe, Obstipation, Flatulenz, Tinnitus, usw.
- Unangenehme, störende unwillkürliche seelische Reaktionen und Verhaltensweisen wie motorische oder vokale Tics, Stottern, Wutanfälle, Amnesien, Schlafstörungen, Abhängigkeit (Suchtverhalten), Heißhungerattacken, Krankheitsängste, usw.

((40)) Bei der praktischen Anwendung des Kriteriums ergibt sich allerdings häufig das Problem, die Schwellenwerte angemessen zu bestimmen bzw. im individuellen Fall zu entscheiden, ob die kritische Schwelle zum Pathologischen bereits überschritten ist oder noch nicht. Diese praktische Schwierigkeit macht das Kriterium als solches aber keinesfalls ungültig. Man greift für die Einschätzung der "Normalität" einer Reaktion in der Regel auf statistische Betrachtungen zurück, indem man feststellt, wie lange z. B. ein Schmerz nach einem bestimmten Trauma durchschnittlich nachklingt oder wie lange eine durchschnittliche Trauerreaktion auf einen bestimmten Verlust (z. B. den des Ehepartners) dauert.²⁰ Eine weit überdurchschnittliche Reaktionsdauer, z. B. um mehr als zwei Standardabweichungen über dem Durchschnitt, kann dann als anormale, pathologische Reaktion gewertet werden. Zum zweiten setzt man absolute Schwellenwerte für die "Erträglichkeit" einer Mißempfindung an, d. h. Beträge für die Intensität, Dauer oder Häufigkeit, oberhalb derer diese Empfindung unabhängig von ihrer Verursachung und statistischen Verteilung einen Krankheitswert zugeschrieben bekommt: Ein Schmerz, der auf der VAS-Skala den Maximalwert

(= unerträglich) zugewiesen bekommt, hat auf jeden Fall Krankheitswert, gleich welche Ursache vorliegt und wie häufig dies in der Bevölkerung vorkommt.

((41)) Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Rede von *Miß-Empfindungen* und *unangenehmen* bzw. *negativen* Gefühlen und Wahrnehmungen im Kriterium (3) sich nicht auf *Wertungen* bezieht, die primär in bewußten Überlegungen und Entscheidungen bestehen.²¹ Wer also beispielsweise seine Haarfarbe lieber anders hätte, weil er damit besser auszusehen hofft, oder gern größer wäre, um Basketballspieler werden zu können, der ist – jedenfalls gemäß Kriterium (2) – *nicht* krank.

((42)) Wichtig ist schließlich noch der Hinweis, daß die Aufzählung von Mißempfindungen und Beschwerden in der Formulierung des Kriteriums (3) nicht darauf hinausläuft, daß alle in der medizinischen Symptomatologie bekannten Krankheitszeichen und –symptome hier auftreten können. Zwar stellen die meisten genannten Beschwerden gleichzeitig solche Symptome dar (und können daher diagnostisch verwertet werden); aber weder ist für den "Krankheitswert" von Beschwerden zwingend erforderlich, daß eine solche Verwertung als Zeichen erfolgen kann, noch trifft es zu, daß alle symptomatologisch bedeutsamen Merkmale und Zeichen einen eigenen Krankheitswert besitzen. Beispielsweise haben bestimmte farbliche Veränderungen an Haut oder Schleimhäuten, geruchlich wahrnehmbare Veränderungen des Atems oder hör- und tastbare Variationen von Herzschlag, Puls und Blutdruck einen hohen diagnostischen Symptomwert, ohne im Geringsten als Beschwerden empfunden zu werden.

Zu Kriterium (3):

((43)) Mit dem dritten Kriterium werden Zustände erfaßt, die selbst weder direkt lebensgefährdend sind noch unmittelbar "weh tun", die aber dennoch als krankhaft angesehen werden, weil sie den Betroffenen in eine Lage bringen, in der er *eher* als Nicht-Betroffene bzw. *eher* als vor Eintritt dieses Zustands in Beschwerden, Lebensgefahr oder einen anderen Erkrankungszustand kommt. "Eher" bedeutet hier, daß es mögliche Situationen gibt, in denen Betroffene Beschwerden, Lebensgefahr oder andere Krankheiten erleiden werden, "Gesunde" (d. h. Nicht-Betroffene) jedoch nicht, und daß dies nicht *vice versa* gilt. In vielen Fällen sind diese Zustände, die alltagssprachlich als "Behinderungen" klassifiziert werden: Wer z. B. ein Bein verloren hat, kann nicht mehr laufen und daher bestimmten Gefahrensituationen nicht mehr effektiv entkommen; wer aufgrund einer Beinverkürzung oder Hüftgelenksdysplasie sich (unbehandelt!) nur hinkend fortbewegen kann, ist nicht nur langsamer als der Gesunde, sondern gerät aufgrund erhöhter Muskelbeanspruchung auch leichter in Zustände der Überbeanspruchung mit Atemnot, Schmerzen und anderen subjektiv empfindbaren Nachteilen. In anderen Fällen spricht man statt von Behinderungen eher von "Risikofaktoren", da die entsprechende Disposition sich nicht ständig, sondern erst dann subjektiv bemerkbar macht, wenn die Gefährdungssituation eintritt: Wer z. B. ein Hirngefäßaneurysma hat, braucht jahrzehntelang subjektiv nichts davon zu bemerken; steigt jedoch einmal der cerebrale Blutdruck über die kritische Schwelle, so kommt es "aus voller Gesundheit heraus" (wie der Volksmund sagt) zum lebensgefährlichen Ereignis der Ruptur mit Hirnblutung. Hier folgt unsere Rekonstruktion nicht dem Volksmund, insofern der Betroffene auch schon vor dem Ereignis über eine Krankheitsdisposition bzw. einen Risikofaktor verfügt und dieser Zustand nach Kriterium (3) krankhaft ist.

((44)) Es liegt nahe, ist jedoch nicht korrekt, dieses Kriterium so zu formulieren, daß es sich auf die Einschränkung oder den Verlust körperlicher oder seelische "Fähigkeiten" bezieht: Was eine "Fähigkeit" ist, deren "Einschränkung" als krankhaft gewertet werden muß, steht

nämlich nicht von vornherein und unabhängig von den Krankheitskriterien fest. Z. B. kann man das Aufhören des körperlichen Längenwachstums mit Eintreten der Geschlechtsreife sicherlich als "Verlust einer Fähigkeit" beschreiben – der *Fähigkeit zum Wachsen* –, aber dieser "Verlust" ist nicht pathologisch, sondern "physiologisch": Das unbegrenzte Weiterwachsen würde in Kürze zu schweren, pathologischen Komplikationen wie Skelettinstabilität, Knochenbrüchen und Überforderung des Stoffwechselsystems führen. Korrekt ist daher eine Formulierung des Kriteriums, die sich neutral auf (körperliche und seelische) *Dispositionen* und deren Veränderungen bezieht und sowohl das Bestehen oder Nichtbestehen einer Disposition, das Auftreten oder Verschwinden einer Disposition als auch deren quantitative oder qualitative Veränderung in Betracht zieht. Ob ein solcher Sachverhalt normal oder pathologisch ist, läßt sich letztlich nur im Hinblick auf die Krankheitskriterien selbst entscheiden: Es gibt zwar viele Dispositionen, deren *Fehlen* pathologisch ist und die wir *daher* als *Fähigkeiten* bezeichnen, z. B. die Disposition zum Schlucken von Nahrung, die Disposition des Blutes zu Blutgerinnung und Wundverschluß, die Disposition zum Spracherwerb usw. Genauso gibt es aber Dispositionen, deren *Vorliegen* wir als pathologisch ansehen, z. B. die Disposition zum Regurgitieren von Nahrung (aus dem Magen in Mund oder Speiseröhre), die Disposition des Blutes zur intravasalen Koagulation, also zur Bildung von Gefäßverschlüssen, oder die Disposition zum Schlafwandeln (Somnambulismus). Diese letzteren Dispositionen bezeichnen wir demgemäß auch nicht als Fähigkeiten, sondern als Risikofaktoren, Krankheitsdispositionen oder sogar als Krankheiten. Daß diese Dispositionen pathologisch sind, wird begründet, indem gezeigt wird, daß sie das Risiko erhöhen, einen Zustand zu erleiden, der bereits nach einem der Kriterien 1-5 als krankhaft erkannt ist. Z. B. kann eine intravasale Koagulation zum Infarkt von Organen oder Organteilen (Herz, Gehirn, Niere) führen mit der Folge der Lebensgefährdung oder der gravierenden Beeinträchtigung körperlicher oder seelischer Fähigkeiten.

((45)) Da das Kriterium (3) auf die Anwendung aller fünf Krankheitskriterien *zurückverweist*, ist hier die Möglichkeit einer *rekursiven* Anwendung gegeben: Ein Zustand ist auch dann eine Krankheitsdisposition, wenn er für einen Zustand disponiert, der *nach Kriterium (3)* als krankhaft gilt, mithin selbst schon eine *Krankheitsdisposition* ist. Es besteht dabei nicht die Gefahr eines unendlichen Regresses, da eine solche Rekursion nur *anfangen* kann mit dem Rekurs auf einen bereits eindeutig als krankhaft bekannten Zustand, d. h. in letzter Instanz immer auf einen Anwendungsfall der anderen vier Kriterien zurückverweisen muß. Solche rekursiven Anwendungen sind in der medizinischen Krankheitslehre keine Seltenheit, sondern recht häufig. Beispielsweise prädisponiert die gutartige Vergrößerung der Vorsteherdrüse des Mannes (Prostataadenom, "benigne noduläre Prostatahyperplasie") zu einer Verschlechterung des Blasenentleerungsmechanismus, bei dem es zur "Restharnbildung" in der Blase kommt. Diese Restharnbildung prädisponiert zur Ansiedlung von Keimen in der Blase mit der möglichen Folge von Blaseninfekten, die dann schließlich manifeste Schmerzen und Beschwerden verursachen (Kriterium 2). Weiterhin prädisponiert dieser Zustand auch zum Harnrückstau mit Dehnung der Harnwege und Druckbelastung der Niere. Diese Belastung prädisponiert zur Schrumpfung des Nierengewebes bis hin zur Niereninsuffizienz, ein Zustand, der unbehandelt zum Tode durch Vergiftung des Blutes mit harnpflichtigen Substanzen führen würde (Kriterium 1). Alle Zwischenschritte bis hin zum Blaseninfekt bzw. bis hin zur Niereninsuffizienz stellen *Krankheitsdispositionen* gemäß Kriterium 3 dar; der Urologe zögert nicht, hier von krankhaften Veränderungen zu sprechen.

Zu Kriterium (4):

((46)) Zu den Zuständen, die als "Störungen der Fortpflanzungsfähigkeit" eingeordnet werden, rechnet man insbesondere:

- Sterilität / Infertilität ("Impotentia generandi")
- Impotentia coeundi
- (ungewollte) Kinderlosigkeit.

((47)) Es handelt sich also darum, daß

- entweder durch somatische Veränderungen oder Varianten am reproduktiven System von Mann oder Frau (Anatomie und Entwicklung der Keimdrüsen und Genitalorgane, Produktion und Proliferation von Ei- und Samenzellen, Produktion und Regulation der Geschlechtshormone, etc.),
- oder durch die somatisch oder psychisch zu erklärende Unfähigkeit zur Kohabitation,
- oder aufgrund unbekannter Ursachen, bei bestehendem Kinderwunsch und trotz bestehender somatischer und psychischer Voraussetzungen

bei einer Einzelperson oder einem Paar es nicht zu einer Fortpflanzung kommt bzw. kommen kann. Wenn man die Frage überlegt, ob es sich bei diesen Zuständen um "Störungen" mit Krankheitswert handelt, sind folgende Gesichtspunkte beachtenswert:

- Das Fehlen der Fähigkeit zur Fortpflanzung ist weder lebensbedrohlich noch notwendig mit subjektivem Leiden verbunden. Eine isolierte Infertilität ist weder gefährlich noch schmerhaft. Andererseits kann es bei betroffenen Paaren oder Einzelpersonen unter dem Wissen oder der Erfahrung, unfruchtbar zu sein, zu beträchtlichem sekundären Leidensdruck kommen.
- Fortpflanzungsfähigkeit besitzt schon biologisch einen Sonderstatus, als Vorbedingung der Evolution, deren Betätigung aber den beteiligten Individuen biologisch keinen Vorteil bringt. Schon im Tierreich ist es so, daß die Fortpflanzung für die Erhaltung der Art unabdingbar ist, daß sie aber für die Elterntiere oft erhebliche Risiken und Mühen mit sich bringt. Bei manchen Insekten und Spinnentieren werden z. B. die Männchen gleich nach der Kopulation von dem befruchteten Weibchen verspeist. Für viele Frauen ist die Schwangerschaft mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden.
- Diese Sonderstellung scheint von den großen Organ- und Funktionssystemen des menschlichen Organismus nur dem Reproduktionssystem zuzukommen. Bei allen anderen Systemen, selbst dem Wahrnehmungs- und Kognitionssystem, steht der Nutzen für den Erhalt von Leben und Gesundheit des Individuums ganz im Vordergrund. Nur die das Sozialverhalten ermöglichen und stützenden Teilsysteme von ZNS, Psyche und Verhalten können auch auf ihren überindividuellen Nutzen hin bewertet werden (siehe das fünfte Krankheitskriterium).
- Es macht daher Sinn, den Focus der Betrachtung von den Einzelindividuen weg und hin zur Gattung zu verlegen: Der *primäre* Bezugspunkt bei Infertilität ist danach nicht das Individuum, sondern die biologische Gemeinschaft bzw. die Spezies Mensch als "Fortpflanzungsgemeinschaft".
- Vom Standpunkt der Gemeinschaft, insofern sie auch eine *Fortpflanzungsgemeinschaft* ist, ist ein unfruchtbare Individuum in seinen "natürlichen" Fähigkeiten eingeschränkt. Üblicherweise wird daher diese Unfähigkeit als krankhaftes Merkmal eingestuft, wobei aber dem Gesichtspunkt des Individuums bzw. der Selbstbestimmung insofern Rechnung getragen wird, als keine automatische Behandlungsindikation damit verbunden wird. Eine Behandlungsindikation wird hier grundsätzlich nur bei bestehendem Kinderwunsch angenommen.

Zu Kriterium (5):

((48)) Die Krankheitskriterien (1) - (4) decken nicht nur die somatischen, sondern auch einen großen Teil der psychischen Erkrankungen ab. So trifft das Kriterium (2) etwa für solche Störungen zu, die mit übermäßigen, inadäquaten Gefühlen von Trauer (z. B. bei

Depressionen) oder Angst (z. B. bei Phobien und Panikerkrankungen) einhergehen. Kriterium (3) erfaßt psychische Störungen, bei denen die Handlungsfähigkeiten des Betroffenen eingeschränkt sind, z. B. Zwangserkrankungen oder Demenzen. Fortgeschrittene Formen der Demenz erfüllen sogar das Kriterium der Lebensbedrohlichkeit (Kriterium (1)), was natürlich nur zum Tragen kommt, sofern keine entsprechende soziale Unterstützung vorhanden ist. Die psychisch bedingte bzw. psychosomatische Impotentia coeundi, z. B. die (psychosomatische) erektilen Dysfunktionen des Mannes, würde durch das Kriterium (4) abgedeckt.

((49)) Es gibt jedoch einige Gruppen als pathologisch betrachteter Verhaltens- und Erlebensweisen, die sich kaum oder gar nicht auf diese Weise rekonstruieren lassen. Bei diesen muß daher erneut die Frage aufgeworfen werden, nach welchem Kriterium oder welchen Kriterien diese Phänomene als krankhaft klassifiziert werden. Um diese Frage eindeutig beantworten zu können, muß geklärt sein, welche Phänomene überhaupt als psychopathologisch gelten sollen – eine Frage, die in der Psychiatrie und Psychopathologie noch teilweise kontrovers diskutiert wird. Solange diese Kontroversen nicht aufgelöst sind, wird auch jedes vorgeschlagene Krankheitskriterium nicht unumstritten sein. Wir haben daher oben mit der Klausel (5) ein hypothetisches fünftes Krankheitskriterium formuliert, das unter dem Vorbehalt steht, im Zuge einer Einigung über die psychiatrische Krankheitslehre revidiert werden zu können. Allerdings ist die gegebene Formulierung nicht völlig unverbindlich, sondern orientiert sich an dem Kanon psychiatrischer Erkrankungen, die in der "Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kap. V (F)"²² sowie in der letzten Fassung des "Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – Textrevision – (DSM-IV-TR)"²³ aufgelistet sind. Diese beiden Systeme haben national und international einen hohen Verbindlichkeitsgrad; die ICD-10 ist in Deutschland die gesetzlich vorgeschriebene Grundlage für die Dokumentation psychiatrischer Erkrankungen.

((50)) Legt man die in den beiden genannten Handbüchern vorgelegte Krankheitsklassifikation zugrunde, so lassen sich u. a. folgende Krankheitsgruppen als "problematische" Fälle identifizieren, d. h. als Fälle, in denen die Anwendung der Krankheitskriterien 1-4 nicht möglich oder zumindest nicht vorrangig erscheint (in Klammern der ICD-Code):

- Dissozialität bzw. Antisozialität: Erheblich schädigendes oder störendes Verhalten bei fehlendem Leidensdruck und mangelhafter Motivation zur Änderung (F91)
- Persönlichkeitsstörungen: paranoide, dissoziale/antisoziale, anankastische oder ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.0, 60.2, 60.5, 60.6)
- Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (ADHS-Syndrom, F90.0)
- Frühkindlicher Autismus/Asperger-Syndrom (F84.0/F84.5).

((51)) Daß diese Krankheitsgruppen schwer unter die Krankheitskriterien (1) – (4) zu bringen sind, sieht man, wenn man die diagnostischen Kriterien betrachtet, die in den genannten Handbüchern angegeben sind. Als Beispiel sei die paranoide Persönlichkeitsstörung zitiert.

Diagnostische Kriterien für ICD-10 Code F60.0 "Paranoide Persönlichkeitsstörung":

Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

1. Übertriebene Empfindlichkeit bei Rückschlägen und Zurücksetzung.
2. Neigung zu ständigem Groll, wegen der Weigerung, Beleidigungen, Verletzungen oder Mißachtungen zu verzeihen.

3. Mißtrauen und eine starke Neigung, Erlebtes zu verdrehen, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich mißdeutet werden.
4. Streitsüchtiges und beharrliches, situations-unangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten.
5. Häufiges ungerechtfertigtes Mißtrauen gegenüber der sexuellen Treue des Ehe- oder Sexualpartners.
6. Tendenz zu stark überhöhtem Selbstwertgefühl, das sich in ständiger Selbstbezogenheit zeigt.
7. Inanspruchnahme durch ungerechtfertigte Gedanken an Verschwörungen als Erklärungen für Ereignisse in der näheren Umgebung und in aller Welt.

((52)) Hier ist zu erkennen, daß man zwar versuchen könnte, die Kriterien der Mißempfindung oder der (Selbst-) Behinderung heranzuziehen, daß aber das eigentliche Problem anders gelagert ist und eher in der mangelnden "sozialen Einpassung" des Betroffenen liegt, d. h. in seiner Unfähigkeit, mit seinen Mitmenschen in einer "normalen", konfliktfreien Weise zusammenzuleben.

((53)) Als weiteres Beispiel wählen wir die spezielle Form des Autismus, die als Asperger-Störung bekannt ist:

Diagnostische Kriterien für DSM-IV-TR Code 299.80 (= ICD F84.5) Asperger-Störung:

- A. Qualitative Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion in mindestens 2 der 4 Bereiche:
 1. Ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch multipler nonverbaler Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik ...
 2. Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen.
 3. Mangel, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen.
 4. Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit.
- B. Eingeschränkte repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:
 1. Umfassende Beschäftigung mit einem oder mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, wobei Inhalt und Intensität abnorm sind.
 2. Auffällig starres Festhalten an bestimmten nicht-funktionalen Gewohnheiten oder Ritualen.
 3. Stereotype und repetitive motorische Manierismen.
 4. Ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten.
- C. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Es tritt kein klinisch bedeutsamer Sprachrückstand auf.
- E. Es treten keine klinisch bedeutsamen Verzögerungen der kognitiven Entwicklung oder der Entwicklung von altersgemäßen Selbsthilfefertigkeiten, im Anpassungsverhalten (außerhalb der sozialen Interaktion) und bezüglich des Interesses des Kindes an der Umgebung auf.
- F. Die Kriterien für eine andere spezifische Tiefgreifende Entwicklungsstörung oder für Schizophrenie sind nicht erfüllt.

((54)) Auch bei diesem Krankheitsbild ist erkennbar, daß ein Leiden oder eine Behinderung im engeren Sinne nicht vorliegen. Asperger-Patienten können beruflich sehr erfolgreich sein, bis hin zur Tätigkeit als Wissenschaftler. Die eigentliche Störung liegt wiederum in der Unfähigkeit zur "sozialen Einpassung", d. h. zu einem adäquaten Verstehen und Beherrschen sozialer Interaktionen und Prozesse. Dies macht die Betroffenen fremdartig für ihre

Mitmenschen, isoliert sie und verhindert Kooperation. Man hat ihre soziale Situation einmal bildhaft verglichen mit der eines "Anthropologen auf dem Mars", also eines Erdmenschen inmitten einer ihm intuitiv völlig unverständlichen Gemeinschaft von Marsmenschen²⁴.

((55)) Das Gemeinsame dieser beiden Störungen sowie auch der anderen "Problemfälle" bei den psychiatrischen Störungen liegt in der bereits erwähnten "mangelnden sozialen Einpassung". Dieser Gedanke ist die Grundlage für die Formulierung des fünften Krankheitskriteriums, das spezifisch die psychosoziale Pathologie betrifft. Bei der Formulierung ist allerdings zu beachten, daß vermieden werden muß, soziostrukturelle Probleme und Konflikte in einen Betroffenen zu "introjizieren": Auch eine Lebensgemeinschaft von Menschen (Familie, Arbeitsteam, Wohngemeinschaft etc.) kann als solche pathologische Züge aufweisen und einen vorher "psychisch gesunden" Menschen zu Verhaltensweisen und Reaktionen zwingen, die dann ihrerseits als "nicht normal" und pathologisch imponieren. Man muß daher das Verhalten und Erleben eines Menschen immer auf dem Hintergrund einer als "gesund" angenommenen Lebensgemeinschaft analysieren und beurteilen, ob er auch in einer solchen gesunden Gemeinschaft pathologisches Verhalten zeigt oder zeigen würde – oder ob sein Verhalten als bloße Reaktion auf eine pathologische soziale Umgebung aufzufassen ist. Das fünfte und letzte Krankheitskriterium ist also sinnvollerweise in Form von zwei Teilkriterien (5a) und (5b) formuliert – einmal bezogen auf das Individuum, einmal bezogen auf das soziale System.

((56)) Das Kriterium (5b) würde z. B. zutreffen auf solche Störungen einer Lebensgemeinschaft, wie sie in der "systemischen Familientherapie" diagnostiziert und behandelt werden. Hierzu würde man auch solche Störungen wie *Pubertätsmagersucht* (*Anorexia nervosa*) und sogar *Schizophrenie* rechnen müssen, wenn die dazu vorgelegten Erklärungsmodelle bestimmter Forschungsrichtungen, z. B. von Stierlin u. a.²⁵ für die Anorexia nervosa oder von Bateson et al.²⁶ für die Schizophrenie, zutreffend sein sollten. Dies gilt selbst dann noch, wenn man die inzwischen durch biologisch-psychiatrische Forschungen bekannten organischen Prädispositionen für diese Erkrankungen berücksichtigt, da ein wesentliches Merkmal dieser Erkrankungen gerade die Beziehungsstörung ist. Andererseits ist damit nicht ausgeschlossen, daß diese Erkrankungen auch noch nach anderen Kriterien als pathologisch zu klassifizieren sind, z. B. wegen der Lebensgefährdung durch Verhungern bei Anorexie oder wegen des Leidens aufgrund von Angstzuständen bei Schizophrenie.

((57)) Kriterium (5b) läßt sich aber auch anwenden auf Phänomene wie Mobbing (in einem Arbeitsteam), Rassismus (in einer Gesellschaft und ihren Subsystemen) oder die Stigmatisierung politischer Dissidenten (durch eine herrschende Ideologie) als "Geisteskranke" und ihre zwangswise "Psychiatrisierung". In allen diesen Fällen ist die Gemeinschaft bzw. das System pathologisch bzw. krank. In solchen Fällen kann die Frage danach, wer "zuerst" krank war – die Gemeinschaft oder der individuelle "Symptomträger" – unentscheidbar werden und auf eine Situation verweisen, in der die Kausalität "zirkulär" geworden ist: Die pathologische Struktur des Systems und das pathologische Verhalten des oder der Individuen bedingen sich gegenseitig und halten sich gegenseitig aufrecht, so daß eine therapeutische Intervention an beiden Punkten gleichzeitig ansetzen muß – oder müßte: Hier wird in vielen Fällen die reale Grenze medizinischer Beeinflussungsmöglichkeiten erreicht werden, z. B. wenn bei den Betroffenen gar keine Krankheitseinsicht besteht, oder wenn der potentielle Therapeut selbst in den Konflikt einzbezogen wird.

((58)) Wir haben die Formulierung des Krankheitskriteriums (5) möglichst nahe an das Gedankengut der Leitlinien zur psychiatrischen Diagnostik angelehnt, wie es in ICD-10 und DSM-IV erkennbar ist. Es kann jedoch nicht bestritten werden, daß Überlegungen dieser Art

in enger Beziehung zu sozialphilosophischen und politisch-ethischen Gedanken und Theorien stehen. Die Definition "gesunder" Lebensgemeinschaften stellt in dieser Hinsicht zugleich eine bestimmte soziokulturelle *Normalitätsauffassung* dar. Es bleibt weiter zu diskutieren, ob diese in einer Weise vertreten werden kann, die für alle Menschen und Kulturen in gleicher Weise gültig ist und nicht das Gesellschafts- und Menschenbild einer bestimmten Kultur ungerechtfertigt gegenüber denen anderer Kulturen bevorzugt.

3.2. Das ätiopathogenetische Krankheitsmodell

((59)) Die in der obigen ersten Krankheitsdefinition formulierten Kriterien beziehen sich auf *einzelne* Zustände oder Prozesse, die als "intrinsisch" krankhaft definiert werden, ohne ihre Verursachung oder ihren Zusammenhang mit anderen Zuständen und Prozessen im Organismus in Betracht zu ziehen. Nun verlangen aber sowohl das wissenschaftliche Bedürfnis nach Erklärung und Systematisierung, als auch das ärztliche Interesse an Strategien zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten nach einem Modell oder einer Theorie, die es erlauben, krankhafte Phänomene im Gesamtzusammenhang der Organismusprozesse zu lokalisieren und Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu identifizieren. Diesem Verlangen kommt die Medizin mit zwei theoretischen Instrumenten nach:

- a) mit dem Modell des menschlichen Organismus als eines sich aus bestimmten Anlagen und unter bestimmten Umweltbedingungen entwickelnden bio-psycho-sozialen Systems,
- b) mit dem Konzept der Krankheit als eines sich aus bestimmten exogenen oder endogenen pathogenen Faktoren (*Noxen*) kausal ergebenden pathologischen Prozesses (*Pathogenese*), der u. a. zu bestimmten subjektiv und objektiv als krankhaft erfaßbaren *Manifestationen* führt.

((60)) Das Systemmodell des Organismus beansprucht (als Zielvorstellung), *alle* Formen und Möglichkeiten menschlichen Lebens in den "naturhaften" Aspekten nicht nur beschreiben, sondern auch als Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge darstellen zu können. Das bedeutet, daß vom Beginn eines individuellen menschlichen Lebens durch Vereinigung zweier Keimzellen zu einer Zygote an, alle möglichen Entwicklungsvorgänge, alle zyklischen, periodischen und aperiodischen Vorgänge und alle dabei auftretenden Zustände und Zwischenstufen theoretisch als (Resultate von) Wechselwirkungen innerhalb des Organismus und zwischen Organismus und Umwelt konzeptualisiert werden können. Der Organismus ist dabei vorgestellt als hierarchisch untergliederbares System mit Zellen und Interzellulärsubstanzen als elementarster Ebene und Zellverbänden, Geweben, Organen und Organ- bzw. Funktionssystemen als jeweils komplexer werdenden Systemebenen, wobei die organismusinternen Lebensprozesse ständig innerhalb und zwischen allen Systemebenen ablaufen. Wie die Psyche in diesem Modell adäquat zu berücksichtigen ist, ist übrigens nicht abschließend geklärt, sondern bildet weiterhin den Gegenstand des Leib-Seele-Problems – wobei aber klar ist, daß sowohl eine Korrelation zwischen Psyche und (bestimmten Anteilen von) ZNS/Körper, als auch eine Korrelation zwischen (bestimmten Anteilen der) Umwelt und Psyche, als auch möglicherweise eine interne psychische Korrelation im Sinne einer Selbsterkenntnis und Selbstbestimmung, dabei eine Rolle spielen müssen.

((61)) Als universales Modell muß das systemtheoretische Organismusmodell nicht nur alle "normalen" Vorgänge und Zustände, sondern auch alle möglichen Normvarianten *und alle möglichen pathologischen Verläufe* in gleicher Weise zu beschreiben und kausal zu analysieren gestatten – genauer gesagt, diese Unterscheidung kann innerhalb des systemtheoretischen Modells allein gar nicht begründet werden: *Alle* Vorgänge an und in einem lebenden Menschen sind Vorgänge *im System* und insofern gleichwertig!

((62)) Ein Beispiel: Im Rahmen des Organismusmodells kann beschrieben werden, wie sich aus der Zygote, durch die ersten Teilungsschritte und erste Differenzierungen des Keims, schließlich ein Fetus mit einer Placenta entwickelt. Als Variante dazu kann ebenfalls beschrieben werden, wie aufgrund einer Teilung der Zygote im frühesten Stadium eineiige Zwillinge (und höhergradige Mehrlinge) mit zwei Placenten, oder bei Teilung in späteren Stadien Zwillinge mit gemeinsamen Placenten und/oder Eihäuten, entstehen können. Als weitere Variante dazu kann die Entstehung symmetrischer Doppelfehlbildungen durch unvollständige Trennung einer Zwillingssanlage ("siamesische Zwillinge") beschrieben werden. Schließlich kann es durch unvollständige Abschnürung eines Teils noch zu inkompletten symmetrischen oder zu asymmetrischen Doppelfehlbildungen kommen, z. B. zu Individuen mit zwei Gesichtern oder zwei Köpfen oder zu Individuen mit einem nur rudimentär angelegten "siamesischen" Zwilling. Alle diese Varianten sind nicht nur empirisch nachweisbar, sondern können als Varianten des der Embryonalentwicklung zugrundeliegenden Prozesses auf der Ebene der Zell- und Gewebsbildung analysiert und modelliert werden. Welche dieser Varianten "normal" und welche "regelwidrig" oder pathologisch sind, ist mit der Modellierung aber noch nicht entschieden: Daß vollständige getrennte Zwillinge als gesund und "normal", miteinander verwachsene "siamesische" Zwillinge dagegen als pathologisch beurteilt werden, ergibt sich nicht aus der Beschreibung ihrer Entwicklungsprozesse, sondern bedarf zusätzlicher Beurteilungsmaßstäbe.

((63)) Um die Unterscheidung zwischen normalen und pathologischen Vorgängen eindeutig vornehmen zu können, legt die *Allgemeine Ätiologie* – als Teilgebiet der Krankheitslehre – die Konzepte der *Krankheitsursache* und der *Pathogenese* zugrunde. Die leitende Vorstellung dabei ist folgende:

- Der Ausgangspunkt der begrifflichen Analyse muß bei Vorgängen oder Zuständen gesucht werden muß, die gemäß den empirisch-phänomenalen Krankheitskriterien eindeutig als krankhaft klassifiziert werden können.
- Jeder als krankhaft zu beurteilende Vorgang ist als Teil einer – evtl. auch verzweigten und rückgekoppelten – *Kette* (bzw. eines *Netzes*) von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen im Organismussystem aufzufassen.
- Aus der gesamten Kausalkette (bzw. dem gesamten kausalen Netz) läßt sich eine Teilkette herausheben, die vollständig innerhalb des Organismussystems verläuft und ausschließlich aus pathologischen Zuständen und Vorgängen besteht: die *pathogenetische Kette*.²⁷
- Die einzelnen Ereignisse der pathogenetischen Kette können sowohl durch vorhergehende pathologische Bedingungen, die also Teil derselben Kette sind, als auch durch nicht-pathologische interne und externe Bedingungen mitverursacht sein. D. h. eine pathogenetische Kette entwickelt sich nicht völlig autonom, sondern wird moduliert durch Bedingungen, die durch den individuellen Organismus und durch die kontingente Umwelt vorgegeben werden.
- Die pathogenetische Kette endet bei Rückverfolgung schließlich bei bestimmten inneren (pathologischen) Zuständen – bzw. eigentlich: sie fängt dort an –, die entweder nur durch nicht-pathologische innere²⁸ oder auch durch organismusäußere Bedingungen verursacht sind.
- Diese äußeren oder nicht-pathologischen inneren Bedingungen werden als ("erste") *Krankheitsursachen* ("Faktoren", "Noxen", "Fehler") bezeichnet.
- Die ersten Krankheitsursachen sind entweder *äußere* oder *innere* Ursachen, je nachdem, ob sie Ereignisse sind, an denen Komponenten und Vorgänge der *Umwelt* des Organismus wesentlich beteiligt sind, oder Ereignisse/Prozesse, die ausschließlich dem Organismus selbst zuzurechnen sind.

((64)) Dabei ist offengelassen, ob ein pathogenetischer Prozeß auf eine einzelne oder auf mehrere zusammenwirkende Krankheitsursachen zurückführt. Beides ist möglich: Der Schmerz, der durch einen Nadelstich entsteht, hat nur *eine* erste (Krankheits-) Ursache, nämlich eben den Einstich. Der Niesanfall bei Heuschnupfen hat dagegen *zwei* erste Ursachen: Erstens die aktuelle Inhalation des Allergens, z. B. Inhaltsstoffe eines bestimmten Pflanzenpollens. Zweitens einen in der Vergangenheit liegenden Vorgang der Sensibilisierung, mit der Folge des Vorhandenseins von spezifisch für dies Allergen sensibilisierten Mastzellen mit dazu passenden membranständigen Immunglobulin-Molekülen (IgE) in der Schleimhaut des Betroffenen. (Hier wird also vorausgesetzt, daß *diese* Mastzellen beim Gesunden *nicht* vorliegen sollten, also bereits *pathologisch* sind!)

((65)) Die Rede von Erst- "Ursachen" (für ein krankhaftes Ereignis K) bedürfte bei genauerer wissenschaftstheoretischer Rekonstruktion noch der Präzisierung. Gemeint sind Ereignisse E, auf die folgendes zutrifft:

1. E ist eine für K notwendige Einzelbedingung im Rahmen einer für K hinreichenden Kombination (Konjunktion) C mehrerer Bedingungen. Dabei brauchen E nicht hinreichend und C nicht notwendig für K zu sein. E ist also das, was in der Wissenschaftstheorie als INUS-Bedingung bezeichnet wird²⁹.
2. E ist nicht eine beliebige INUS-Bedingung, sondern eine solche, die negiert werden kann, ohne daß *ceteris paribus* dadurch eine andere Krankheitsursache gesetzt würde.
3. Von K ausgehend und die Kette der hinreichenden Bedingungen rückwärts bis E durchlaufend, kann eine Folge von notwendigen Bedingungen von K ausgesondert werden, die insgesamt negiert werden können, ohne daß *ceteris paribus* dadurch eine andere Krankheitsursache gesetzt würde.

((66)) Anschaulicher ausgedrückt, sind Erst-Ursachen also solche Ereignisse, die selbst für Leben und Gesundheit nicht notwendig sind und die eine Anzahl von spezifischen Folgen bis hin zu K verursachen, die ebenfalls "entbehrlich" wären. Diese spezifischen Folgen machen die *Pathogenese* im engeren Sinne aus, sie sind die *spezifisch* krankheitsbedingenden, "pathologisch veränderten" Prozesse. Dabei kann sich ein pathogenetischer Prozeß immer nur "auf dem Boden" eines ansonst noch lebenden und normal funktionierenden Organismus ausbreiten, d. h. diese normalen Vorgänge gehören zwar auch zu den notwendigen Bedingungen der Krankheitsentstehung, sind aber gerade *nicht spezifisch* für das Entstehen von Krankheit, nicht pathologisch verändert. Da sie notwendig für das normale Funktionieren des Organismus sind, kann man sie nicht negieren, d. h. "wegdenken", ohne daß dies zu anderen krankhaften Folgen führen würde.³⁰

((67)) Diese Auffassung hat ein Spezifikum, das besonders betont werden soll: Es kann hiernach Prozesse geben, die als pathologisch verändert und daher als krankhaft gelten müssen, weil sie zu den spezifischen pathogenetischen Bedingungen eines eindeutig krankhaften Geschehens gehören, die aber zugleich als nützliche, ja sogar als lebensrettende Prozesse zu betrachten sind, weil es sich um Abwehr- oder Schutzmechanismen des Organismus handelt! Hierzu gehört ein großer Teil der Mechanismen des Immunsystems, die z. B. bei Infektionen wirksam werden und zu spezifischen Krankheitssymptomen wie Schwäche, Fieber, Schüttelfrost oder Gliederschmerzen führen, die aber in der Bilanz nützlich sind, weil sie vor einer tödlich endenden Ausbreitung des Infektionskeims bewahren. Selbst der *Schmerz* ist ja im Regelfall (auch) ein nützliches Warnsignal, das uns hilft, Schäden und Verletzungen entweder zu vermeiden oder einer gezielten Behandlung zuzuführen. Es ist daher festzuhalten, daß es im erweiterten, ätiopathogenetischen Krankheitsmodell kein Widerspruch ist zu sagen, daß ein krankhafter Vorgang zugleich ein in anderer Hinsicht für den Organismus nützlicher Vorgang sein kann.³¹

((68)) Die Unterscheidung zwischen "äußerem" und "innerem" Krankheitsursachen trägt der Tatsache Rechnung, daß nicht in allen Fällen manifester Erkrankung eine aus der *Umwelt* stammende Erstursache angegeben werden kann. Es muß vielmehr davon ausgegangen werden, daß auch die das Leben und die normalen Lebensvorgänge tragenden Prozesse in bestimmten Fällen krankhafte Folgen zeitigen, ohne daß dafür externe Faktoren hinzutreten müssen. Dies wird manchmal so beschrieben, daß die normalen Lebensvorgänge "fehleranfällig" seien bzw. nicht immer völlig "fehlerfrei" funktionieren würden. Diese Fehleranfälligkeit ist sozusagen in dem "Spielraum" enthalten, der allen Lebensprozessen eingeräumt ist. Dadurch können echte "idiopathische" Erkrankungen auftreten. Zu den inneren Krankheitsursachen rechnet man insbesondere Varianten des genetischen Materials, die durch "normale", nicht von außen gestörte Prozesse der Vermehrung, Variation und Vererbung dieses Materials entstanden sind, die aber zu eindeutig krankhaften Manifestationen führen. Die meisten solchen Spontanmutationen treten während der Zellteilung durch "Fehler" bei der DNA-Replikation und -Reparatur auf.

((69)) Innere und äußere Krankheitsursachen haben, als Erst-Ursachen, gemeinsam, daß ihnen nicht noch weitere *pathogenetisch relevante* Ursachen vorausliegen. Bei den äußeren Krankheitsursachen liegt dies daran, daß ihre aus der Umwelt stammenden Teilursachen außerhalb des Organismus liegen und ihre aus dem Organismus stammenden Teilursachen "normale" Vorgänge sind; bei den inneren Krankheitsursachen liegt es daran, daß sie als spontan auftretende "Fehler" in ein ansonsten intaktes, lebensnotwendiges Geschehen innerhalb des Organismus eingebunden sind. Dadurch läßt sich der pathogenetische Prozeß auf einen eindeutigen Anfang bzw. mehrere, als solche aber eindeutig fixierbare *ätiologische Faktoren* als Anfangspunkte zurückführen. Aus diesem Grund spricht man vom *ätiopathogenetischen* Krankheitsmodell.

((70)) Das ätiopathogenetische Krankheitsmodell hat den gewünschten Vorzug, Krankheitsprozesse als kausal analysierbare Prozesse innerhalb eines Systemmodells des Organismus darzustellen. Es erweitert daher den Bereich krankhafter Phänomene ganz erheblich gegenüber den empirisch-phänomenalen Vorgängen, die auf der Basis der fünf Krankheitskriterien abgegrenzt werden können: *Es sind nunmehr alle Vorgänge als pathologisch – als "Pathoprozesse" und "Pathozustände" – klassifizierbar, die als spezifisch krankheitsbedingende Teilprozesse einer pathogenetischen Entwicklung auftreten, beginnend bei den direkten Folgen der Erst-Ursachen.* Im Hinblick auf die Entscheidung über Krankhaftigkeit bleibt das Modell aber von den Kriterien abhängig: Nur im Ausgang von – mithilfe der Kriterien – eindeutig als krankhaft erkennbaren Manifestationen ist es möglich, deren spezifische Ursachen als pathogen bzw. Momente eines pathogenetischen Prozesses zu identifizieren. Das ätiopathogenetische Krankheitsmodell hat gewissermaßen seinen Anker in den Krankheitskriterien, ohne die es nicht an konkreten Phänomenen festgemacht werden könnte, aber es gestattet, diese Phänomene in einen umfassenden kausalen Kontext von Pathoprozessen einzubetten. Der Anwendungsbereich des theoretischen Krankheitsbegriffs wird durch dieses Modell auf den Gesamtbereich systemtheoretisch beschreibbarer Organismusprozesse ausgedehnt.

3.3. Der nosologische Krankheitsbegriff

((71)) Mit dem ätiopathogenetischen Modell hat der Krankheitsbegriff den Anschluß an die *erfahrungswissenschaftliche* Ebene der Beschreibung und Erklärung, und damit auch an deren Forschungsmethode, gefunden – und damit einen in seiner Bedeutung kaum zu

überschätzenden Aspekt hinzugewonnen. Aus der Perspektive der *klinisch-praktischen* Medizin tritt jedoch noch ein weiterer Aspekt ins Blickfeld: Die klinische Erfahrung hat dem Arzt schon immer gezeigt, daß Krankheiten nicht als einzelne, unzusammenhängende Ereignisse aufzufassen sind, sondern daß sie aus verschiedensten zusammengehörigen Erscheinungen und Vorgängen am und im Kranken bestehen, die eine bestimmte räumlich-körperliche Verteilung und eine bestimmte zeitliche Verlaufsform aufweisen, die insgesamt ein bestimmtes *Krankheitsbild* ausmachen. Dies ist eine klinische Erfahrung, die sich schon ohne die genaue Kenntnis kausaler Zusammenhänge oder sogar auf der Basis falscher ätiologischer Vorstellungen offensichtlich aufdrängt. Weiterhin hat die klinische Erfahrung auch schon seit ältesten Zeiten gezeigt, daß Krankheitsverläufe bei verschiedenen Patienten, oder auch bei wiederholten Erkrankungen ein und desselben Patienten, nicht völlig beliebig und regellos variieren. Sie bilden vielmehr *Typen* und wiederkehrende *Arten*, die es erlauben, von *derselben Krankheit* bei mehreren verschiedenen Patienten oder "Fällen" zu sprechen. Diese Regularität hat in der Geschichte der Medizin immer wieder zu spezifischen, zunächst spekulativen Theorien über das "ens morbi" geführt, also darüber, was dieser Regelmäßigkeit zugrunde liegt, bis hin zur Auffassung von Krankheiten als "parasitären (Teil-) Organismen" des menschlichen Organismus. In Abhängigkeit von solchen Krankheitstheorien ist auch schon frühzeitig versucht worden, eine *Systematik von Krankheiten* analog zur botanischen und zoologischen Taxonomie, eine *Nosologie*, zu entwickeln.³²

((72)) Diese frühen nosologischen Versuche waren ausdrücklich nicht an pathogenetischen Theorien, sondern an der empirisch-phänomenalen Ebene der ärztlichen Erfahrung orientiert. Eine naturwissenschaftlich haltbare Theorie der Krankheitsentstehung stand zu dieser Zeit auch noch nicht zur Verfügung. Aber auch nach dem Aufkommen physiologischer und biochemischer Erklärungsmodelle im 19. Jahrhundert ist die klinische Empirie immer eine unabhängige, zur Experimentalwissenschaft ergänzende Instanz für die Entdeckung und Beschreibung von Krankheitsbildern und *Krankheitsentitäten* geblieben. Seit dieser Entwicklung im 19. Jahrhundert ist aber als Zielsetzung anerkannt, die klinisch beobachteten Phänomene mit den im Labor und Sektionssaal erarbeiteten Modellen und Theorien zu korrelieren und möglichst eine ätiopathogenetische Erklärung für die klinischen Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe zu geben. Die klinisch erarbeiteten nosologischen *Systeme* waren nämlich solange zum Scheitern verurteilt, wie das Verständnis der zugrunde liegenden ätiopathogenetischen Prozesse unzureichend blieb.

((73)) Auch heute ist dieses Verständnis noch keineswegs vollständig erreicht; das ätiopathogenetische Wissen ist jedoch inzwischen in vielen Bereichen der Medizin so umfassend, genau und verlässlich geworden, daß eine nosologische Systematisierung auf dieser Basis sinnvoll und erfolgversprechend erscheint. Ausgangspunkt muß die Feststellung sein, daß sich beim klinischen Vergleich von einzelnen Krankheitsverläufen Gruppen bilden lassen, deren Mitglieder sich bezüglich Ursachen, Symptomatik, Verlauf und therapeutischer Beeinflußbarkeit in einem solchen Maß ähneln, daß man sie als Vorkommnisse *derselben Krankheit* auffassen kann. Hier kommt ein neuer Bedeutungsaspekt des Krankheitsbegriffs ins Spiel: Krankheit als *Krankheitsentität* oder *Krankheitseinheit*. Daß es solche identifizierbaren "Entitäten" gibt, kann nun aber auf dem Hintergrund des systemtheoretischen und ätiopathogenetischen Modells ganz zwangsläufig erklärt werden: Da die einzelnen Menschen bzw. menschlichen Organismen sich als Varianten eines gemeinsamen Bau- und Entwicklungsplans auffassen lassen, werden bei Einwirkung hinreichend ähnlicher Krankheitsursachen auf hinreichend ähnliche Formen und Stadien dieses Organismus, unter hinreichend ähnlichen Randbedingungen, auch entsprechend ähnliche pathogenetische Verläufe resultieren. Dementsprechend wird auch das klinische Erscheinungsbild, insbesondere Symptomatik und therapeutische Beeinflußbarkeit, hinreichende Ähnlichkeiten

aufweisen, um beim ärztlichen Betrachter den Eindruck "desselben" Krankheitsgeschehens hervorzurufen.

((74)) Dieses Modell von Krankheitsentitäten rekurriert also nicht auf eine eigene *quasi-ontologische* Kategorie von Krankheiten (Krankheiten als "natürliche Arten"), sondern führt sowohl die Konstanz als auch die Varianz von Krankheitsprozessen auf die Identität und Differenz von menschlichen Organismen, Krankheitsursachen und Einwirkungsweisen letzterer auf erstere zurück – mithin auf "ontologisch" unproblematische erfahrungswissenschaftliche Kategorien. Durch die Anwendung dieses *nosologischen* Krankheitsbegriffs wird es möglich, zwischen der klinischen Erfahrung mit Krankheitsbildern und den wissenschaftlichen Modellen von Organismus und Krankheit eine Verbindung herzustellen und zugleich ein wissenschaftlich begründbares Ordnungsprinzip für die Klinik zu etablieren.

((75)) Eine stringent durchgeführte nosologische Systematik muß auf folgende Prinzipien rekurrieren:

- Eine Klassifikation der Krankheitsursachen (im Sinne von Erst-Ursachen), ausgehend von der Unterscheidung zwischen äußeren und inneren Krankheitsursachen.
- Eine Unterscheidung zwischen relevanten Formen und Stadien des betroffenen Organismus, insbesondere hinsichtlich Alter bzw. Entwicklungsphase (Zygote, Embryo, Fetus, Neonatus, Kind, Erwachsener, Greis) und Geschlecht, sowie bestehenden normalen und pathologischen Varianten, auch genetischer Art.
- Eine Unterscheidung zwischen "Orten" (Lokalisationen) und Ausdehnungen der Einwirkung der jeweiligen Ursache(n), bezogen auf die Komponenten, Systeme und Funktionen des betroffenen Organismus.

((76)) Aus diesen drei Komponenten läßt sich grundsätzlich eine Systematik von Krankheitsentitäten für alle klinischen Disziplinen konstruieren, die allerdings mindestens dreidimensional wird. Da jede der Komponenten in sich noch einmal hierarchisch strukturiert ist, ergibt sich eine mehrdimensionale Hierarchie bzw. Heterarchie als Taxonomie von Krankheitskategorien und Krankheitsentitäten. *Krankheitskategorien* sind dabei alle Bezeichnungen für *Gruppen* von Krankheitsentitäten, z. B. "Infektionskrankheiten", "bakterielle Infektionen", "Infektionen durch grampositive Kokken". Beispielweise würde sich aus den drei Komponenten "entzündliche bakterielle Infektion", "beliebiges Alter (>0 a)³³" und Geschlecht" und "Herz" die *Krankheitskategorie* "bakterielle Entzündung des Herzens" ergeben. Durch weitere Spezialisierung könnte man die *Krankheitsentität* "akute Endokarditis durch *Staphylococcus aureus*" erhalten.

((77)) Die Unterscheidung zwischen Kategorien von Krankheiten und Krankheitsentitäten ist nicht logisch-begrifflich determiniert, da man auch Krankheitsentitäten bei Bedarf in Unterarten, Varianten und Verlaufsformen differenziert und insofern als Kategorien ansprechen könnte. Die Grenzlinie wird vielmehr nach praktischen Gesichtspunkten gezogen, in der Regel an der Stelle, wo die Differenzierung fein genug ist, um eindeutige therapeutische und prognostische Konsequenzen zu ermöglichen, und weitere Differenzierung keinen praktischen Vorteil mehr brächte. Beispielsweise ist die normale "Erkältung" bzw. der "grippale Infekt" eine Krankheitsentität, die theoretisch noch erheblich weiter aufgeteilt werden könnte, da ihr sehr viele verschiedene Virenarten zugrunde liegen können. Verlauf und Behandlung sind jedoch identisch, so daß eine weitere Differenzierung nur den Mikrobiologen oder Virologen oder vielleicht noch den Epidemiologen interessieren könnte. Diese allerdings sollten, etwa für Forschungs- oder Prognosezwecke, tatsächlich die Unterschiede beachten!

((78)) Die in den klinischen Disziplinen gegenwärtig verwendeten nosologischen Systeme sind grundsätzlich nach den genannten Prinzipien aufgebaut, können aber in zweierlei Hinsicht davon abweichen:

- bei nicht hinreichend bekannten Ursachen, Randbedingungen oder Wirkungsweisen wird *hilfsweise* auf andere, z. B. klinische Kriterien zurückgegriffen; hierhin gehört insbesondere die Verwendung des *Syndrombegriffs* zur hilfsweisen Klassifikation nosologisch noch nicht endgültig einzuordnender klinischer Beobachtungen;³⁴
- es werden *zusätzlich* aus der klinischen *Methodik* stammende Kriterien zur Einteilung herangezogen, z. B. diagnostische Merkmale (Aussehen, Röntgendarstellung etc.) oder therapeutisch relevante Charakteristika (Operabilität, medikamentöse Behandelbarkeit etc.).

Diese Abweichungen sind in praktischer Hinsicht wohl begründet, ändern aber nicht den grundsätzlichen theoretischen Sinn des nosologischen Krankheitsbegriffs: Durch die nosologische Systematisierung soll eine vollständige, disjunkte Einteilung aller Krankheiten und Erkrankungsfälle in Krankheitsentitäten erreicht werden. Jede Einzelerkrankung muß sich eindeutig als Fall von einer (oder mehreren gleichzeitig vorliegenden) Krankheitsentitäten auffassen lassen. Diese Ordnungsleistung, die insbesondere für die Diagnostik und Differentialdiagnostik von grundlegender Bedeutung ist, wird durch den Krankheitsbegriff in seiner nosologischen Fassung erbracht. Das Spektrum der als krankhaft erkennbaren Phänomene wird durch ihn noch einmal erweitert: Auch solche Phänomene, die im Rahmen des ätiopathogenetischen Modells noch nicht kausal erklärt oder integriert werden können, die aber nach klinischer Erfahrung Teil oder Symptom einer Krankheitsentität sind, können hiernach als krankhafte Phänomene klassifiziert werden.

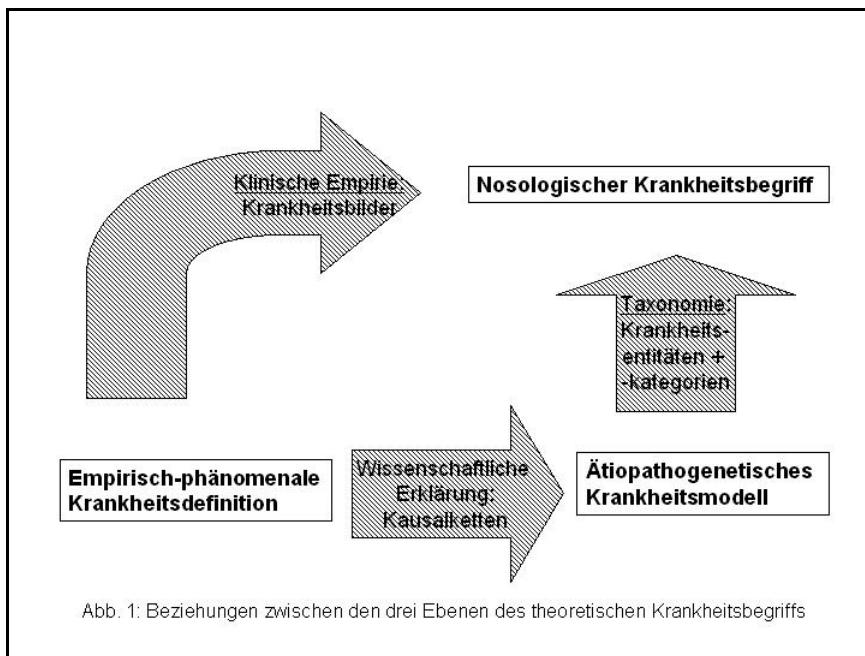
3.4. Zusammenfassende Definition des Krankheitsbegriffs ("Zweite Krankheitsdefinition")

((79)) Um das bis hierhin Gesagte ganz knapp zusammenzufassen, sei eine zweite Definition für den theoretischen Krankheitsbegriff formuliert:

(D2) *Ein Vorgang (Zustand/Ereignis) ist krankhaft (pathologisch) genau dann,*

- (1) wenn mindestens eines der Kriterien (1) – (5b) aus (D1) auf ihn zutrifft, oder
- (2) wenn er, entsprechend dem ätiopathogenetischen Modell, ausgehend von ersten Krankheitsursachen ein spezifisch krankheitsbedingender Vorgang im Rahmen eines pathogenetischen Prozesses ist, oder
- (3) wenn er als Ganzes einer (oder mehreren kombinierten) nosologischen Krankheitsentität(en) entspricht oder als Teil oder Symptom unter einer (oder mehrere kombinierte) Krankheitsentität(en) subsumierbar ist.

Mit dieser zweiten Definition ist der Intention nach eine *vollständige* Rekonstruktion dessen angegeben, was in der heutigen wissenschaftlichen Medizin als *Krankheit* im Sinne von *krankhafter Vorgang/Zustand*, also im Sinne des theoretischen Krankheitsbegriffs, betrachtet wird (vgl. Abb. 1).

**Abbildung 1**

4. Die Offenheit des Krankheitsbegriffs

((80)) Der allgemeine, theoretische *Krankheitsbegriff* lässt sich mit Rekurs auf das Kriteriensystem, das ätiopathogenetische Modell und dessen nosologische Ergänzung in positiver Weise fassen und formulieren, wie in (D2) skizziert. Im Gegensatz dazu gibt es keine positive medizinische Fassung des *Gesundheitsbegriffs*. Dieser wird vielmehr nur negativ, als *Abwesenheit* von Krankheit(en) oder krankhaften Veränderungen, definiert. Dies erklärt übrigens auch, warum nicht zwischen verschiedenen "Gesundheiten" oder Arten von Gesundheit unterschieden werden kann: Wenn Gesundheit nur durch die Abwesenheit von Krankheiten definiert ist, gibt es keine "positiven" Parameter, an denen eine Differenzierung ansetzen könnte. Dies bedeutet aber auch, daß der Krankheitsbegriff selbst an seinen Rändern "offen" ist, da er nicht durch einen positiv definierten Gesundheitsbegriff eingeschränkt und fixiert wird: In dem Maße, in dem sich die zur Krankheitsdefinition bzw. in den Krankheitskriterien verwendeten Begriffe (wie "Tod", "Leiden", "Behinderung") als variabel und interpretierbar erweisen, wird auch der Krankheitsbegriff interpretierbar und veränderlich. Diese Offenheit des Krankheitsbegriffs soll etwas genauer betrachtet werden.

((81)) Schon die *Zielsetzung* ärztlichen Handelns, wie sie weiter oben formuliert wurde, ist nicht in allen denkbaren Situationen eindeutig festgelegt: Es kann Situationen geben, in denen die einzelnen Ziele nicht gleichzeitig realisiert werden können, sondern in Konkurrenz zueinander und sogar in Konflikt miteinander treten. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn eine Lebensrettung oder eine Schmerzbeseitigung nur noch durch Eingriffe möglich ist, die eine Behinderung oder Verstümmelung zur Folge haben, oder dann, wenn die Schmerzlinderung nur durch Medikamente oder Eingriffe möglich ist, die die Lebenserwartung verringern. Oder es kann der Fall sein, daß eine Lebensbedrohung nur durch einen Eingriff mit deutlicher Verringerung der verbleibenden Lebensqualität (dauernde Beschwerden) abgewendet werden kann. In solchen Fällen tritt ein *Zielkonflikt* auf, bei dem eine Abwägung zwischen den einzelnen möglichen Behandlungszielen erforderlich ist und jede Entscheidung auch

bestimmte Nachteile mit sich bringt. Die Entscheidungssituation ist daher offen und kann nur in Hinsicht auf den Einzelfall, entsprechend den Wertungen und Präferenzen der Beteiligten, geklärt werden.

((82)) Zu den Offenheiten in den Zielkriterien ärztlichen Handelns tritt zusätzlich die Offenheit hinzu, die sich aus den definitorischen Kriterien des Krankheitsbegriffs ergibt. Selbst scheinbar eindeutige Begriffe zeigen nämlich bei genauer Betrachtung unscharfe Zonen. Im Kriterium 1 sind dies insbesondere die Begriffe der "natürlichen", unverkürzten Lebensdauer und davon abhängig die Begriffe der Sterblichkeit und des Alterns: Es ist durchaus noch nicht abschließend geklärt, ob und inwieweit es einen "natürlichen" Tod und damit eine naturgegebene maximale Lebensdauer für jeden individuellen Menschen gibt bzw. geben muß. Es gibt viele Lebewesen, die potentiell unsterblich sind und keine irreversiblen Altersveränderungen erleiden. Die Position ist denkbar und wird vertreten, daß Altern kein "natürlicher" im Sinne von *naturnotwendiger*, sondern ein *pathologischer* Prozeß ist.³⁵ Aus dieser Position ergibt sich konsequenterweise, daß *jeder* Tod eines Menschen ein "vorzeitiger" und damit ein pathologischer Vorgang ist. Dadurch würden nicht nur alle Alterungsvorgänge zu behandlungswürdigen und -pflichtigen Vorgängen, sondern das ärztliche Ziel der Lebenserhaltung würde sich zum Ziel der vollständigen Beseitigung von Sterblichkeit und Tod radikalisieren. Wenn ein Vertreter dieser Position diese extreme Konsequenz nicht ziehen will, benötigt er zusätzliche Kriterien, um einen natürlichen von einem vorzeitigen Tod zu unterscheiden. Aber auch wenn man gar nicht davon ausgeht, daß Altern generell pathologisch ist, bedarf es noch einer wissenschaftlichen Theorie des Alterns, die Ursachen und Mechanismen des "normalen" Alterns genauer aufklärt und eine Unterscheidung zwischen normalen, natürlichen Altersveränderungen und krankhaften Verläufen bis hin zum vorzeitigen Tod ermöglicht. Eine solche Theorie existiert gegenwärtig noch keineswegs in befriedigender Form.³⁶ Hier liegt also eine erste offene Stelle im Krankheitsbegriff vor.

((83)) Im zweiten Kriterium wird auf "körperliche oder seelische Leiden, Mißempfindungen und Beschwerden" als Kennzeichen pathologischer Zustände und Vorgänge Bezug genommen. Hier besteht in zweierlei Hinsicht Präzisierungsbedarf: Zum einen müssen solche Leidenszustände möglichst eindeutig abgegrenzt werden von andersartigen unerwünschten Empfindungen z. B. wirtschaftlicher, sozialer oder kognitiver Art. Armutsgefühl, empfundene Ungerechtigkeit oder fehlendes Wissen sind (in der Regel) unerwünschte Zustände, die zwar manchmal Erkrankungen zur Folge haben können, die selbst aber nicht als krankhaft eingeordnet werden und nicht in den Kompetenzbereich ärztlichen Handelns fallen, sondern z. B. in den des politischen, rechtlichen oder erzieherischen Handelns. Diese Abgrenzung ist notwendig, kann aber im Einzelfall schwierig sein, da die Beziehung zwischen der Wahrnehmung einer Situation und dem Leiden unter der (wahrgenommenen) Situation sehr eng sein kann.

((84)) Zum anderen spielen, wie oben bereits hervorgehoben wurde, bei vielen körperlichen und seelischen Zuständen deren *Intensität*, *Dauer* oder *Häufigkeit* eine entscheidende Rolle bei der Frage, ob bzw. wann sie als pathologisch zu werten sind: Beispielsweise ist ein kräftiger *Hunger* unmittelbar vor einer guten Mahlzeit nicht pathologisch, sondern gesund; kommt es aber mangels Nahrungsmitteln nicht zur Mahlzeit und wird der Hunger immer bohrender, so wird irgendwann ein Punkt erreicht, wo man das Hungergefühl als *Qual* oder *Leiden* bewerten muß. Ebenso ist *Müdigkeit* nach einem erfüllten Tag normal und gesund; wer aber ständig müde ist, auch wenn er hinreichend Gelegenheit zum Schlafen hatte, bei dem ist Müdigkeit krankhaft geworden (und bedarf als *Symptom* der Abklärung). *Trauer* ist z. B. nach einem schwerwiegenden Verlust eine normale, seelisch notwendige Reaktion; wer aber

ständig schon bei geringsten Anlässen in tiefe, langanhaltende Trauer verfällt, bei dem ist das Trauergefühl eine *pathologische Reaktion*. In ähnlicher Weise sind auch bei vielen anderen körperlichen und seelischen Empfindungen *Intensität*, *Dauer* und *Häufigkeit* nicht zu vernachlässigende Teilkriterien der Krankhaftigkeit. Dabei kann es Abhängigkeiten von der jeweiligen individuellen Konstitution und Disposition geben, ebenso wie von kulturell geprägten Normen und Empfindungsweisen. Dies spiegelt sich z. B. wider in dem geflügelten Wort "Ein Indianer kennt keinen Schmerz", was – selbst wenn dies nur ein Vorurteil sein sollte – dennoch zeigt, daß die Kulturabhängigkeit von pathologischen Empfindungen durchaus bekannt und gängig ist. Die *individuelle* Varianz kann zwar, wie erwähnt, in vielen Fällen dadurch berücksichtigt werden, daß das individuelle subjektive Empfinden des Betroffenen und/oder die durchschnittlich empfundene subjektive Beeinträchtigung (statistisch-vergleichend) zum Maßstab genommen werden. Dennoch trägt die Abhängigkeit von individuellen und kulturellen Bedingungen zu einer gewissen Offenheit und Interpretierbarkeit des Krankheitsbegriffs bei.

((85)) Das dritte Kriterium, das sich generell auf Krankheitsdispositionen bezieht, hebt dabei u. a. auf das Fehlen oder die Einschränkung körperlicher oder seelischer Fähigkeiten ab. Hier ergibt sich eine gewisse Unbestimmtheit daraus, daß es sowohl Fähigkeiten gibt, die essentiell zum biologischen Leben oder zu den biologisch determinierten Entwicklungsformen des menschlichen Organismus gehören, als auch solche, die durch biographisch kontingente Lernprozesse erworben werden oder soziokulturell vermittelte Leistungen darstellen. Sehen und Gehen gehören zu den ersten, Schwimmen und Lesen zu den letzteren. Einschränkungen der Seh- und Gehfähigkeit sind daher auf jeden Fall Behinderungen mit Krankheitswert. Wer dagegen nicht lesen oder schwimmen kann, ist nicht *eo ipso* krank, sondern nur, wenn und insofern diese Unfähigkeit durch eine Unfähigkeit "zweiter Stufe" bedingt sein sollte, nämlich durch die Unfähigkeit, lesen bzw. schwimmen zu *lernen* – weil diese Fähigkeiten zweiter Stufe wiederum zu den natürlich-biologisch vorgegebenen "Anlagen" gehören. Es kann im Einzelfall schwierig werden zu erkennen, ob eine solche Anlage gestört bzw. nicht vorhanden ist, oder ob das Fehlen einer Fähigkeit nur auf Versäumnissen in den Lernprozessen bzw. den soziokulturellen Vermittlungsprozessen beruht. Solche Versäumnisse sind jedenfalls so lange keine pathologischen oder pathogenen Vorkommnisse, wie sie noch nachgeholt oder kompensiert werden können. Schon aufgrund solcher Differenzierungen ergibt sich eine gewisse Unsicherheit und Offenheit in der Anwendung des Krankheitsbegriffs.

((86)) Gravierender ist jedoch, daß die Anlagen und Fähigkeiten unter den Menschen ungleich verteilt sind und es daher bei einem interindividuellen Vergleich immer Bevorzugte und Benachteiligte geben wird: Körperliche Kraft, Ausdauer und Geschicklichkeit, aber auch Merkmale wie Körpergröße, äußerliche Schönheit oder Intelligenz sind ungleich verteilt, häufig im Sinne einer statistischen Normalverteilung. Ein gewisser Ausgleich geschieht dadurch, daß unterschiedliche Merkmale unabhängig voneinander variieren und z. B. ein Vorteil hinsichtlich körperlicher Kraft möglicherweise durch einen Nachteil hinsichtlich der Intelligenz "kompensiert" wird. Traditionell wird solchen Unterschieden mit dem Begriff der *Konstitution* Rechnung getragen, d. h. unterschiedliche Ausstattungen werden nicht pathologisiert, sondern als natürliche Varianz gewertet. Eine pathologische Behinderung liegt erst dann vor, wenn es zu Beschwerden oder sogar zu Überlebensrisiken kommt, d. h. hier wird auf die Kriterien 1 und 2 zurückgegriffen.

((87)) Schwierig wird die Bewertung aber, wenn ein einzelner Parameter wie Körpergröße oder Intelligenz sehr weit vom Durchschnitt abweicht, ohne daß ansonsten eine direkte kausale Verknüpfung mit Beschwerden oder Lebensgefährdung besteht. Ist eine Körpergröße

von 140 cm bei einer erwachsenen mitteleuropäischen Frau eine Behinderung mit Krankheitswert, auch wenn sonst keine Entwicklungsanomalien oder Störungen vorliegen? Wer diese Frage bejaht, benötigt irgendein Kriterium zusätzlich zu den bisher vorgestellten. Ob "soziale Benachteiligung" als solches Kriterium taugt, ist zumindest fraglich, da man die Tatsache, daß gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Kleinwüchsigen bestehen, auch als pathologische Eigenschaft einer solchen Gesellschaft auffassen kann; durch diese Deutung würde das Phänomen zu einem Kandidaten für die Anwendung von Kriterium 5b. Natürlich wird man als Arzt geneigt sein, bei einem oder einer potentiell Betroffenen Maßnahmen zu ergreifen, die einen solchen statistisch extremen Kleinwuchs verhindern oder zumindest abmildern können. Dies ist in der pädiatrischen und medizinethischen Literatur insbesondere im Zusammenhang mit der Gabe von Wachstumshormon diskutiert worden³⁷. Die Tatsache, daß man prophylaktische und substitutive Maßnahmen gegen Kleinwuchs für ärztlich indiziert und ethisch vertretbar halten kann, impliziert jedoch nicht, daß Kleinwuchs als solcher schon als krankhaft aufgefaßt werden muß. Darüber hinaus sind prinzipielle Bedenken dagegen zu erheben, daß "soziale Benachteiligung" aufgrund eines körperlichen Merkmals, also das Resultat eines Kollektivhandelns gegenüber einem Individuum, dem davon betroffenen Individuum als Krankheit (Verfügen über eine krankhafte Eigenschaft) zugerechnet wird. Es handelt sich hier vielmehr um eine soziale *Stigmatisierung*, und Stigmata sind *primär* keine Krankheiten, sondern andersartige Sozialkonstrukte, wiewohl *sekundär* durchaus Krankheiten und Krankheitssymptome zu Stigmata werden können.³⁸

((88)) Dennoch ist festzuhalten, daß Phänomene dieser Art, also statistisch extreme Ausprägungen körperlicher Fähigkeiten und Merkmale, in eine Grauzone der medizinischen Beurteilung fallen, in der Tendenzen zur Ausweitung oder weiten Auslegung des Krankheitsbegriffs zu beobachten sind. Eine erste Schwierigkeit besteht darin festzulegen, von welchem Grad der Einschränkung einer bestehenden Fähigkeit an von einer (krankhaften) Behinderung gesprochen werden soll, und wann nur eine "normale", zulässige Schwankung der aktuellen Kondition vorliegt. Betrachten wir als Beispiel verschiedene Grade von Einschränkung der Gehfähigkeit. Diese kann u. a. bestehen in

1. der *Unfähigkeit zu gehen* (z. B. aufgrund einer Beinamputation beidseits);
2. einer *stark eingeschränkten Gehfähigkeit* (z. B. motorische Hemmung aufgrund eines *Parkinson-Syndroms*);
3. einer *eingeschränkten Gehstrecke* (z. B. als *Claudicatio intermittens* bei peripherer arterieller Verschlußkrankheit, oder aufgrund von "Altersschwäche")
4. der *Unfähigkeit zu Laufsportarten* (z. B. aufgrund von *Adipositas* oder *Hüftgelenkdysplasie*, oder bei Kleinkindern und Greisen)
5. der *Unfähigkeit zu Rekordleistungen* im Laufsport.

Relativ eindeutig können hier nur Fall 1 und 2 als krankhaft und Fall 5 als "Normalfall" eingeordnet werden. Die verbleibenden Fällen 3 und 4 liegen in der Grauzone und müssen aufgrund der Begleitumstände (vorheriger Zustand, Alter, Grunderkrankungen) beurteilt werden. Dies wird allerdings durch die Einbeziehung der ätiopathogenetischen und der nosologischen Dimensionen des Krankheitsbegriffs erleichtert!

((89)) Eine zweite, für das Alltagsverständnis größere Schwierigkeit ergibt sich daraus, daß der gesundheitliche Wert von Merkmalen und Fähigkeiten in vielen Fällen von den Eigenschaften der Lebensumwelt und dem Auftreten bestimmter Situationen und Kontexte abhängig ist. Klassisches Beispiel ist das Vorliegen einer *Allergie*, z. B. gegen bestimmte Nahrungsinhaltsstoffe, die nur bei Kontakt mit dem spezifischen Allergen in Form von

Beschwerden bis hin zu lebensgefährlichen Komplikationen zum Tragen kommt. Andere Beispiele sind:

- eine *Aortenisthmusstenose* (Verengung der Hauptschlagader, mit Durchblutungsstörungen und Gefahr des Gefäßrisses nur bei starken Anstrengungen),
- eine *maligne Hyperthermie* (Auftreten lebensgefährlicher Komplikationen nur bei Kontakt mit bestimmten Medikamenten, die bei Narkosen eingesetzt werden)
- oder generell genetisch vorgegebene *Dispositionen* für bestimmte Krankheiten, die nur bei Vorliegen spezifischer zusätzlicher Umgebungsfaktoren zum Auftreten einer manifesten Erkrankung führen.

((90)) Traditionell hilft sich die Krankheitslehre in diesen Fällen damit, daß von Krankheitsdispositionen und Risikofaktoren gesprochen wird; diese Entitäten sind natürlich zu unterscheiden von denjenigen Krankheiten, für die sie disponieren, besitzen aber gemäß Kriterium (3) *einen eigenen Krankheitswert* und können Gegenstand therapeutischer oder prophylaktischer Maßnahmen werden. Die einfachste Form der Prophylaxe ist natürlich die Vermeidung der auslösenden Situationen oder Umstände; daher ist es in manchen Fällen zu Kontroversen darüber gekommen, ob eine spezifische (z. B. medikamentöse) Therapie oder Prophylaxe gerechtfertigt ist. Hier wird dann häufig vom Alltagsverständnis her damit argumentiert, daß solche Dispositionen doch keine Krankheiten seien, da sie nicht mit manifesten bzw. dauerhaften Beschwerden verbunden seien. Dem ist entgegenzuhalten, daß dieses Alltagsverständnis für medizinische Zwecke zu eng gefaßt ist, wenn es nur manifeste Beschwerden als Krankheitskriterium zuläßt. Kontroversen dieser Art resultieren also aus dem Unterschied zwischen alltäglichem und wissenschaftlich-medizinischem Sprachgebrauch, sollten jedoch nicht damit verwechselt werden, daß der Krankheitswert solcher Zustände auch innermedizinisch in Frage stünde: Im Sinne des ätiopathogenetischen Krankheitsmodells sind solche Krankheitsdispositionen eindeutig *pathologische* Zustände, da sie den Spielraum der Situationen, die ungefährdet aufgesucht werden können, im Vergleich zum gesunden "Normalfall" verkleinern.

((91)) Hier ergibt sich aber letztlich eine dritte, unauflösbar Schwierigkeit, nämlich daraus, daß Fähigkeiten und Merkmale grundsätzlich mehrdeutig, *polyvalent* und insbesondere in gesundheitlicher Hinsicht *ambivalent* sein können. In Abhängigkeit von *situativen* Faktoren kann dasselbe Merkmal einmal von Vorteil, ein anderes Mal von Nachteil sein, ja es kann ein und dasselbe Merkmal *gleichzeitig* positive und negative Auswirkungen haben. Einige Beispiele:

- Das Vorliegen überdurchschnittlich vieler (normaler) Zellen im Blut wird als *Polyzythämie* bezeichnet. Diese ist bei Aufenthalt in Gegenden mit geringer und mittlerer Höhenlage über dem Meeresspiegel ein Nachteil, da das Blut schlechtere Fließeigenschaften hat, was bestimmte Risiken beinhaltet. Bei Aufenthalt im Hochgebirge ist die Polyzythämie jedoch von Vorteil, da der geringere Sauerstoffgehalt der Höhenluft durch die vermehrte Zahl an roten Blutzellen ausgeglichen wird.
- Das sogenannte *Sichelzellen-Gen* kann heterozygot oder homozygot auftreten. Bei Heterozygotie besteht für den Träger ein gewisses geringes Risiko, unter Sauerstoffmangel an einer Anämieform (Form der Blutarmut) zu erkranken, zugleich gewinnt der Betroffene aber eine erhöhte Resistenz gegen die Malaria tropica. Dies kann in Malaria-Endemiegebieten von erheblichem Vorteil sein. (Homozygote haben dagegen massive, lebensgefährliche Nachteile in Form der Sichelzellanämie zu gewärtigen).
- Auch Hoch- und Minderwuchs sind grundsätzlich ambivalent: Der Hochwüchsige kann Distanzen überwinden, die für den Normal- und Kleinwüchsigen (ohne Hilfsmittel)

nicht zu bewältigen sind. Dafür kann der Kleinwüchsige Engstellen und Durchlässe passieren, an denen der Hochwüchsige scheitert.

- Sogar die männliche bzw. weibliche Geschlechtszugehörigkeit kann als ambivalentes Merkmal betrachtet werden, insofern nicht nur gesellschaftlich, sondern schon biologisch-medizinisch mit beiden Geschlechtern sowohl Vor- wie auch Nachteile verbunden sind (z. B. unterschiedliche Krankheitsrisiken und Prädispositionen).

((92)) Es muß also damit gerechnet werden, daß bestimmte Merkmale des Organismus grundsätzlich nicht eindeutig hinsichtlich Krankhaftigkeit klassifiziert werden können, sondern *ambivalent* bleiben. Dies gilt mit Sicherheit von vielen Varianten *genetischer* Anlagen. Ebenso kann es Merkmale geben, die keine Nachteile mit sich bringen, deren Fehlen aber auch nicht zu Nachteilen führt, so daß man sie als *neutral* klassifizieren muß – z. B. die Fähigkeit, mit den Ohrmuscheln zu wackeln. Als dritte "unbestimmbare" Klasse kommen noch *paradoxe* Zustände in Frage, bei denen sowohl die Einordnung als krankhaft als auch die als gesund in begriffliche Schwierigkeiten führt: Das klassische Beispiel ist die "Krankheit, nicht krank sein zu können" – ein Zustand, bei dem der Betroffene das starke Bedürfnis empfindet, (somatisch) krank zu werden, ihm dies aus psychodynamisch-psychosomatischen Gründen aber nicht "gelingt". In verschiedenen Publikationen, z. B. in einer von H. Müller-Eckhard in der Zeitschrift Psyche 1951 veröffentlichten Arbeit³⁹, wurde von Fällen einer "Krankheit" berichtet, die gerade darin besteht, *nicht krank sein zu können*. Es heißt in dieser Arbeit:

"Man hat sich daran gewöhnt, unter einer Krankengeschichte eine Geschichte zu verstehen, in der von Krankheiten berichtet wird. Es gibt aber noch wenig Krankengeschichten, die davon berichten, daß ein Mensch ganz gesund sei, und *deswegen* krank; daß ein Mensch sehr krank sei, *weil* er *nicht* krank werden können; daß schließlich ein Mensch qualvollste Zustände des Leids und der Unruhe *hat*, weil er nicht krank sein kann, weil er offenbar auch gar keine Aussicht hat, krank zu sein, ja, *weil er verdammt ist zu einem Inferno peinvollster Immunität gegen alle Anfälligkeit, Infektionen und Organkrankheiten.*"

((93)) Wir können hier die tiefenpsychologisch-psychosomatische Deutung und Erklärung dieses interessanten Krankheitsbildes nicht nachverfolgen. Aus der Sicht der Krankheitstheorie kann gesagt werden, daß hier einerseits eine *Gesundheit* vorliegt, nämlich insofern (prima facie) keine Krankheitsentität vorliegt und diagnostiziert werden kann, andererseits aber auch eine *Krankheit*, insofern hier von Qual, Leid und Pein gesprochen wird und das Krankheitskriterium 2 einschlägig wäre. Am treffendsten wird man hier von einer *paradoxaen Situation* ausgehen, da hier eine gewisse "widersprüchliche Selbstbezüglichkeit" des Krankheitsbegriffs vorliegt: eben eine Krankheit, die sich selbst dadurch definiert, *keine* (sonstige) Krankheit zu sein.

((94)) Ähnliche, nicht ganz so extreme Paradoxien liegen vor, wenn man die psychosoziale *Normalität* im Sinne von "Überangepaßtheit" als ein spezielles psychiatrisches Krankheitsbild auffaßt, z. B. im Sinne eines Nicht-abweichen-Könnens von den sozialen Normen als "Normopathie" (Wulff 1972) oder im Sinne außergewöhnlicher situativer Anpassungsfähigkeit als "Normalpathologie" (Bach/Heine 1981).

((95)) Real unbestimmbar und ungreifbar wird der Krankheitsbegriff, wie bereits erwähnt, auch in solchen Situationen, wo zwar eigentlich eine pathologische Störung einer Lebensgemeinschaft diagnostiziert werden müßte, die Beteiligten jedoch keine Krankheitseinsicht besitzen, diese vielleicht sogar abwehren und jeden potentiellen Diagnostiker als selbst krank oder politisch abweichend brandmarken würden. Hier mag der

Krankheitsbegriff (im Sinne von Kriterium 5) rein theoretisch anwendbar bleiben, scheitert aber an der Widersprüchlichkeit der sozialen Praxis.

((96)) Versuchen wir zusammenzufassen, auf welche allgemeinen Bedingungen die konstatierten Offenheiten im Krankheitsbegriff zurückzuführen sind, so ergeben sich folgende Kategorien:

1. Wissenschaftlich noch nicht geklärte Kausal- und Bedingungszusammenhänge, z. B. im Falle des Alterns, die primär bezüglich unseres Wissens offen sind.
2. Die bereits genetisch vorgegebene Varianz und Variabilität der menschlichen Anlagen und Entwicklungen, die auch im naturgeschichtlich-evolutionstheoretischen Sinn als offen anzusehen sind.
3. Die Offenheit des biopsychosozialen menschlichen Organismus für kulturelle, historisch und biographisch kontingente Prägung, Entwicklung und Ausformung, die eine scharfe Grenzziehung zwischen "Natürlichem" und "kulturell Erworbenem" schwer macht. Dazu als Sonderfall:
4. Die Abhängigkeit des Selbstbildes von der Bewertung durch die Umwelt und der Reaktion der Mitmenschen auf körperliche oder psychische Eigenschaften wie Körpergröße, Aussehen oder Schüchternheit.
5. Die Möglichkeit der Neutralität, Ambivalenz und Paradoxalität von Lebensprozessen sowie der Widersprüchlichkeit und Konfliktualität innerhalb und zwischen Individuen und Lebensgemeinschaften.

((97)) Bis auf Kategorie 1, die ja noch durch zukünftige Forschung aufgehoben werden kann, handelt es sich wohl bei allen diesen Bedingungen um tiefliegende *anthropologische* Voraussetzungen oder Konstanten. Die Offenheiten im Krankheitsbegriff gehen demnach nicht auf theoretische Mängel oder begriffliche Versäumnisse zurück, auch nicht auf ungeklärte theoretische oder praktische Voraussetzungen, sondern sind wohl als mit der *conditio humana* mitgegebene Grenzen der Eindeutigkeit hinzunehmen.

5. Spezielle Aspekte und Probleme der Krankheitstheorie

((98)) Aus der bis hierhin vorgestellten Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs ergibt sich eine Vielzahl von Konsequenzen für die bisherige Diskussion in der Medizinphilosophie und Theoretischen Pathologie. Diese können hier nicht in extenso dargestellt werden, aber es sollen wenigstens einige der wichtigsten skizziert werden. Insbesondere soll dadurch ein erster Vergleich mit den bisher in der Literatur diskutierten Positionen erleichtert werden.

5.1. Funktion und Dysfunktion: Eine alternative Rekonstruktion

((99)) Die Begriffe der Funktion und Dysfunktion spielen in der Diskussion des Krankheitsbegriffs eine wichtige Rolle. Mehrere Theorien, insbesondere die von Christopher Boorse und seinen Nachfolgern vertretene Krankheitstheorie, sehen den Funktionsbegriff als Schlüsselbegriff in der Definition von "Krankheit".⁴⁰ Dabei wird Bezug genommen auf die Philosophie der Biologie, in der eine ausgedehnte kontroverse Diskussion über diesen Begriff geführt wird, die in Teilen bis auf die antike Philosophie zurückverfolgt werden kann.⁴¹ In der neueren, von C.G. Hempel und E. Nagel⁴² ausgehenden Linie dieser Diskussion wird Funktion gegenwärtig überwiegend mit Rückgriff auf evolutionstheoretische Vorstellungen expliziert, z. B.: Die Funktion eines Merkmals (eines Organismus) ist diejenige seiner Wirkungen, die zum evolutionären Erfolg dieses Organismustyps beiträgt/beigetragen hat

(sog. "ätiologische" Theorie). Oder die Funktion eines Merkmals eines Organismus wird identifiziert mit derjenigen Wirkung, mit der es zu seinem Überleben oder/und zu seiner Fortpflanzung beträgt/beitragen kann – wobei "Überleben" und "Fortpflanzung" als *Ziele* des Organismus angesehen werden (sog. "dispositionale" Theorie). Beide Theorien stoßen auf schwerwiegende, ungelöste Probleme.⁴³ Bei der ätiologischen Theorie hängen sie damit zusammen, daß die "evolutionäre" Wirkung eines Merkmals offenbar streng unterschieden werden muß von seiner Wirkung für den "eigenen" Organismus, was insbesondere dann auffällt, wenn der Organismus bzw. Organismustyp sich gar nicht fortpflanzen kann (z. B. Maultier, Hermaphrodit). Bei der dispositionalen Theorie sind die Probleme subtiler und ergeben sich eher daraus, daß es unplausibel ist, das Leben bzw. Überleben und die Fortpflanzung begrifflich vom Organismus so zu trennen, daß sie ihm erst nachträglich wieder als "Ziele" supponiert werden müssen: Ist doch der Organismus *nichts anderes* als die Summe seiner Lebensvollzüge, und die Generationsfolge der Organismen *nichts anderes* als die Summe von deren Lebens- und Fortpflanzungsvollzügen!

((100)) Ich kann diese diffizile Diskussion um den Funktionsbegriff hier nicht näher analysieren, sondern möchte vielmehr zeigen, daß es eine andere Möglichkeit gibt, die Begriffe *Funktion* und *Dysfunktion* zu rekonstruieren. Diese alternative Möglichkeit ist m. W. bisher nie gesehen worden, ergibt sich jedoch zwanglos aus meiner Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs und ist von den bekannten Einwänden gegen die bisherigen Theorien des Funktionsbegriffs frei. Um sie zu erhalten, müssen wir nur bedenken, daß unsere Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs an keiner Stelle auf den Begriff der Funktion (oder der Dysfunktion) rekurriert. Wir können daher ohne Gefahr der Zirkularität als *dysfunktional* alle diejenigen Merkmale eines Organismus definieren, die *krankhaft* aufgrund von Kriterium (1) oder (4) von (D1) sind, oder die eine Krankheitsdisposition für ein solches Merkmal darstellen, also eine Teilmenge der unter Kriterium (3) fallenden Merkmale sind. Diese Definition von *dysfunktional* ließe sich noch erweitern, im Sinne der Zweiten Definition von Krankheit (D2), auf alle pathogenetisch relevanten Vorbedingungen solcher Merkmale. Als *funktional* im weiteren Sinne könnte man im ersten Versuch dann alle übrigen Merkmale definieren wollen. Allerdings würde dies auch Merkmale einschließen, die *neutral* im oben erwähnten Sinne sind, deren Fehlen also *nicht krankhaft* ist. Daher erscheint es sinnvoller, *als funktional alle nicht-dysfunktionalen Merkmale zu definieren, deren Fehlen dysfunktional wäre*. Diese beiden Definitionen sind unabhängig von evolutionstheoretischen Annahmen und davon, dem (menschlichen) Organismus Leben und Fortpflanzung als *Ziele* unterstellen zu müssen. Sie decken auch viel genauer den tatsächlichen Gebrauch dieser Begriffe in den Lebenswissenschaften ab, insofern nur sie erlauben, auch solche Zustände und Vorgänge richtig zu klassifizieren, die durchaus mit Leben und Fortpflanzung vereinbar sind, die aber im Sinne von *Behinderung*, *Einschränkung* oder *chronischem Siechtum* von uns dennoch als *dys-funktional*, nämlich als der Gesundheit *abträglich*, empfunden werden.

((101)) Dies ist nur die Skizze eines Alternativvorschlags. Eine genauere Ausarbeitung müßte insbesondere auf die Fragen eingehen, ob und auf welche Weise *psychischen* Funktionen Rechnung zu tragen ist, und ob *subjektive Leiden* und *Beschwerden* auch als Dysfunktionen zu rekonstruieren sind oder nicht.

5.2. Krankheit, Werte und Normen

((102)) Über die Frage, ob und inwiefern der Krankheitsbegriff *werthaltig* ("value-laden"), bzw. ein *evaluativer* oder *normativer* Begriff ist oder nicht, ist so viel und so Heterogenes geschrieben worden, daß der Versuch einer kurzen Abhandlung dieses gesamten

Problembereichs aussichtslos ist. Eine Darstellung der Theorie der Krankheit wäre jedoch unvollständig, wenn sie nicht in dieser Frage wenigstens Stellung bezöge. Daher sei kurz und thesenhaft festgehalten, was sich aus dem hier dargestellten Ansatz ergibt.

((103)) 1. Die Prädikate "x ist krank", "x ist pathologisch" und "X ist eine Krankheit" (ebenso: "x ist gesund") sind, wenn sie auf der Basis der hier verwendeten Definitionen und Kriterien verstanden und verwendet werden, *nicht intrinsisch werthaltig*, d. h. Vollsätze mit diesen Prädikaten müssen nicht als Werturteile gebraucht und verstanden werden: Sie können sowohl als rein deskriptive Faktenbehauptung gemeint sein, als auch zum Ausdruck einer wertenden Stellungnahme benutzt werden. Was jeweils gemeint ist, muß sich aus dem situativen, sprachpragmatischen Kontext ergeben. Ist dieser Kontext z. B. der eines wissenschaftlichen oder praktisch-medizinischen Informationsaustauschs, so ist die Verwendung dieser Prädikate rein deskriptiv. Geht es im Kontext dagegen um zwischenmenschliche Einstellungen und Haltungen, so kann mit "x ist krank!" ein Sprecher durchaus zum Ausdruck bringen, daß er den x als hilfsbedürftig einschätzt und seine eigene Hilfsbereitschaft signalisieren will.

((104)) Zum Vergleich: Das Prädikat "x ist (moralisch) verwerflich" ist *intrinsisch* werthaltig: Wer einen Vollsatz dieser Form äußert, nimmt damit zugleich *selbst* moralisch wertend Stellung. Will er eine solche Stellungnahme vermeiden, kann er z. B. eine Relativierung der Form vornehmen, daß er sagt: "x ist vom Standpunkt S aus gesehen verwerflich" – womit er seinen eigenen Standpunkt offenläßt und *selbst* keine Wertung vornimmt.

((105)) 2. Die Krankheitskriterien (1) – (5) in der Definition (D1) sind keine evaluativen Normen oder Werturteile. Sie schreiben keine Werte zu und keine Handlungen vor, sondern begründen eine Unterscheidung und eine deskriptive Klassifikation. Insbesondere werden in ihnen keine ärztlichen Handlungsziele formuliert und keine ärztlichen Handlungen geboten, verboten oder erlaubt. Die ärztlichen *Handlungsziele* werden vielmehr in eigenen *medizinethischen Prinzipien* oder *Selbstverpflichtungsformeln* normiert, wie sie sich z. B. im Hippokratischen Eid, im Genfer Ärztegelöbnis oder in den vier Prinzipien der Bioethik finden (vgl. oben 3.1.1. und Anm. 18). Welche ärztlichen *Handlungen* geboten, verboten oder erlaubt sind, ergibt sich aus eigenen *klinisch-methodologischen Regeln*, insbesondere den Regeln für die *Indikation* und *Kontraindikation* ärztlicher Maßnahmen, nicht aus den Krankheitskriterien (vgl. unten 5.2.1.).

((106)) Zum Vergleich: Die *juristischen Definitionen* für die Tötungsdelikte Mord, Totschlag, fahrlässige Tötung und Tötung auf Verlangen sind ebenfalls keine evaluativen Normen oder Werturteile, sondern dienen zur Unterscheidung und deskriptiven Klassifikation der Tötungshandlungen, und insofern zur *Vorbereitung* der eigentlichen (strafrechtlichen) Bewertung. Letztere wird in eigenen Rechtsnormen vorgenommen, die z. B. die Verwerflichkeit, Verbotenheit und Strafwürdigkeit dieser Delikte, jeweils unterschiedlich, statuieren. Wieder andere Normen regeln z. B. das Strafmaß, das der Richter verhängen kann. Welche richterlichen Maßnahmen geboten oder erlaubt sind, ergibt sich nicht aus den Definitionen der Tötungsdelikte, sondern aus den anderen genannten Rechtsnormen. In dieser Hinsicht können die juristischen Definitionen der Tötungshandlungen und die medizinischen Krankheitskriterien als einander *analog* betrachtet werden.

((107)) Gegen diese Analyse wird oft eingewandt, daß die Krankheitskriterien, insbesondere das Kriterium (2), sich auf Wertungen oder werthafte Sachverhalte – wie Lebenserhaltung als positiver, Leiden, Beschwerden, Behinderung und Zeugungsunfähigkeit als negative Werte –, bezügen, daher doch auf Wertungen rekurrirten und insofern selbst eine Wertung enthielten. Dies ist ein relativ naheliegendes Mißverständnis, das aber bei genauer Überlegung auflösbar

ist: Es kann zugestanden werden, daß von den Betroffenen die fraglichen Zustände (Leiden, Beschwerden) in der Regel negativ empfunden und daher auch negativ bewertet werden. Die Krankheitsdefinition übernimmt jedoch nicht diese Wertung, sondern sie bezieht sich auf die *Qualität der Empfindung* – das Unangenehme, Schmerzhafte, Störende an den Beschwerden – und benutzt nur diese Qualität zur Einteilung in pathologisch oder nicht-pathologisch. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, daß die Qualität der Empfindung nicht wissens- und willensabhängig und nicht willentlich manipulierbar ist: Dadurch wird die Anwendung des Kriteriums unabhängig von den Überzeugungen und Absichten des Betroffenen, also von seinen Werten und Wertungen. Sollte jemand aus irgendwelchen Gründen wünschen, z. B. von Kopfschmerzen oder Hunger geplagt zu werden, so verlieren diese Zustände dadurch nicht ihren pathologischen Charakter (aber sie dürfen dann nicht gegen den Patientenwillen behandelt werden). *Werte* kommen also wohl im *Gegenstandsbereich* der Krankheitskriterien vor, aber sie werden *nicht Teil* der Kriterien selbst!

((108)) 3. Die mithilfe des Krankheitsbegriffs gebildeten einfachen Prädikationen sind oder implizieren keine *Handlungsanweisungen*. Das heißt: Ein Satz wie "X ist krank" ist ein beschreibender, deskriptiver Satz; deswegen folgt aus ihm nicht automatisch ein Satz der Art "X muß ärztlich behandelt werden", oder "X hat ein *Recht / einen Anspruch*, ärztlich behandelt zu werden". Hierzu bedürfte es vielmehr *explizit normativer Prämissen* wie "Wenn jemand krank ist, dann muß er ärztlich behandelt werden." Der normative Gehalt steckt dabei ersichtlich in der Zusatzprämisse, nicht im Krankheitsbegriff. Man könnte ja ähnliche Konsequenzen gewinnen aus dem Satz "Wenn jemand älter als 80 Jahre ist, muß er ärztlich behandelt werden", ohne daß das Prädikat "älter als 80 Jahre" irgendeinen normativen Gehalt haben müßte.

((109)) Daraus folgt nun andererseits nicht, daß der Krankheitsbegriff nicht auch normativ gebraucht werden könnte, nämlich als *Kriterium innerhalb* von Normen. Es ist ja z. B. eine sozial anerkannte Norm, daß Kranke für die Dauer ihrer Krankheit von der Arbeitspflicht befreit sind. Dies kann in einer entsprechenden Norm oder Rechtsverfügung formuliert sein, etwa als "Jeder Arbeitnehmer, der krank ist, ist für die Dauer seiner Krankheit von seiner Verpflichtung gegenüber dem Arbeitgeber befreit". Hier dient der Krankheitsbegriff als ein Kriterium, anhand dessen bestimmte normative Konsequenzen gezogen werden. Diese Konsequenzen folgen aber nicht aus der Definition des Krankheitsbegriffs, sondern werden innerhalb dieser Norm seiner Bedeutung hinzugefügt. Man kann diese Regelung in normativer Hinsicht ändern, ohne daß sich die Definition des Krankheitsbegriffs ändert!

5.2.1. Zur Rolle des Krankheitsbegriffs in der normativen Grundlage der Gesundheitspolitik

((110)) Da die wichtigste und meistdiskutierte *normative* Verwendung des Krankheitsbegriffs die in der Sozialgesetzgebung und der normativen Grundlegung der Gesundheitspolitik ist, seien einige Unterscheidungen und Fakten erwähnt, die hierbei aus theoretischer Sicht zu berücksichtigen sind:

((111)) Der für die ärztliche Selbstverpflichtung entscheidende *normative* Schritt ist der zur Stellung oder Verneinung einer Indikation. Die Stellung einer Indikation beinhaltet die Selbstverpflichtung zur Übernahme einer Behandlung. Diese Selbstverpflichtung kommt allerdings nur zum Zuge, sofern nicht andere, entgegenstehende ärztliche oder außer-ärztliche Gesichtspunkte überwiegen. Insbesondere ist zu berücksichtigen,

- daß nicht alle Krankheiten zu einer Behandlungsindikation führen: Z. B. kann bei sogenannten Bagatellerkrankungen häufig auf jede Behandlung verzichtet und "der Natur ihren Lauf gelassen" werden, da der Spontanverlauf harmlos ist. Am entgegengesetzten Ende des Spektrums liegen die Krankheiten, für die keine Behandlung existiert, die also weder geheilt noch anderweitig günstig beeinflußt werden können, z. B. weil wir den zugrundeliegenden Pathomechanismus nicht kennen oder weil die Krankheit "austherapiert" ist.
- daß nicht allen ärztlich indizierten Behandlungen vom Patienten zugestimmt wird: Dem Autonomieprinzip folgend, kann ein Kranke jederzeit eine Behandlung ablehnen, auch wenn sie noch so dringlich indiziert ist. In diesem Fall kommt die ärztliche Selbstverpflichtung also nicht zum Zuge, da der entgegenstehende Patientenwille überwiegt.
- daß nicht alle Behandlungsindikationen voraussetzen, daß eine *Krankheit* vorliegt, auf deren *Therapie* sie sich beziehen: Zum einen rechnen auch Tätigkeit wie Prävention und Gesundheitsberatung zu den ärztlichen Aufgaben, die auch bei Gesunden sehr angebracht sein können; zum anderen können auch Behandlungsziele wie berufliche oder sportliche Leistungssteigerung, legales Doping, Kompensation altersbedingter Beeinträchtigungen, Schutz vor sozialer Stigmatisierung, kosmetisch erwünschte körperliche Veränderungen oder andere Formen des *Enhancement* zu den Aufgaben von Ärzten gerechnet werden.

((112)) Berücksichtigt man diese Sonderfälle, so zeigt sich, daß im Hinblick auf Normativität insgesamt folgende Unterscheidungen zu treffen sind:

- a. Krankheitszuschreibung bzw. Diagnose (x ist krank bzw. x hat die Krankheit K);
 - b. Behandlungsindikation (eine Behandlung von x ist ärztlich angezeigt);
 - c. Behandlungszustimmung (einer indizierten Behandlung von x wird von y zugestimmt);
 - d. Finanzierungszustimmung zur Behandlung (x stimmt der Finanzierung einer Behandlung von y zu);
- (bei c. und d. kann gelten: x = y oder x ≠ y).

((113)) Schritt a. beinhaltet die Anwendung des Krankheitsbegriffs (oder nosologischer Kategorien) und ist *deskriptiv*. Die Schritte b. bis d. beinhalten Entscheidungen über Handlungen und sind insofern *normativ*. Dabei ist, wie gesagt, Schritt b. nur für die ärztliche *Selbstverpflichtung* normativ entscheidend, während erst Schritt c. für die *Behandlung* in normativer Hinsicht die entscheidende Voraussetzung schafft. Gemäß dem Prinzip der Patientenautonomie wird heute hierfür der (potentielle) Empfänger der Behandlung selbst als einziges Entscheidungssubjekt angesehen. Schritt d. ist derjenige, der für die *gesundheitsökonomischen Folgen* medizinischer Behandlungen verantwortlich ist und bei "knappen Ressourcen" der kritische Schritt ist. Es ist Sache der Gesundheitspolitik zu entscheiden, welche Entscheidungssubjekte an diesem letzten Schritt zu beteiligen sind, also ob z. B. die einzelnen Behandlungsempfänger, deren Solidargemeinschaft, Krankenkassen und Krankenversicherungen, die potentiellen Behandler oder andere Personen und Instanzen an diesen Entscheidungen zu beteiligen sind.

((114)) Es ist nicht Sache der Gesundheitspolitik, über die medizinische Bedeutung von "Krankheit" und die Reichweite ärztlicher Selbstverpflichtung zu entscheiden. Die Kriterien zur Definition des Krankheitsbegriffs und die Indikationsregeln stehen in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht zur Disposition, da sie eine Sache der Medizin und ihres theoretischen und ethischen Fundamentes sind.

5.3. Gibt es einen psychiatrischen Krankheitsbegriff?

((115)) Eine in der Krankheitstheorie seit langem umstrittene Frage besteht darin, ob die *Psychiatrie* einen eigenen, von dem der somatischen Medizin unterschiedenen Krankheitsbegriff benötigt oder de facto verwendet. Diese Frage ergibt sich aus verschiedenen Gründen; darunter sind das Fehlen somatischer Unterscheidungsmerkmale für psychiatrische Zustände und Symptome, der ungeklärte Status des Leib-Seele-Problems, die Existenz stark divergierender psychologischer und tiefenpsychologischer Theorien sowie die Schwierigkeiten bei der Erarbeitung einer psychiatrischen Nosologie. Alle diese Probleme sind Gegenstand intensiver Forschungen und Diskussionen zwischen Psychiatern, Psychologen, Philosophen, Neurowissenschaftlern und Wissenschaftlern weiterer Nachbardisziplinen. Teil dieser anhaltenden Grundlagendiskussion ist die Frage, ob sich psychiatrische Erkrankungen von somatischen Krankheiten dergestalt unterscheiden, daß für sie ein eigener Krankheitsbegriff formuliert werden müßte.⁴⁴

((116)) Von dem hier skizzierten Ansatz einer Krankheitstheorie legt sich folgende Antwort auf diese Frage nahe: Die als (D1) formulierten Krankheitskriterien sind von ihrer Formulierung her nicht auf somatische Zustände und Vorgänge beschränkt, sondern lassen sich auch auf psychische, psychosoziale und psychosomatische Zusammenhänge anwenden. Insbesondere das Kriterium (5) ist im Hinblick auf Störungen im psychosozialen Bereich formuliert worden. Unter dem Vorbehalt, diese Formulierung möglicherweise noch verbessern zu können, sollten das Kriteriensystem und der dadurch definierte Krankheitsbegriff daher auch auf psychiatrische Krankheiten anwendbar sein; im Text oben waren dementsprechend auch eine Anzahl Beispiele aus dem Bereich der Psychiatrie angeführt worden. Ein eigener, inhaltlich unterscheidbarer psychiatrischer Krankheitsbegriff ist weder notwendig, noch ist zu sehen, worin er denn bestehen könnte. Dagegen ist die Anwendung des systemtheoretischen Organismusmodells und somit des ätiopathogenetischen Krankheitsmodells in der Psychiatrie noch weitgehend Desiderat. Es ist daher gegenwärtig noch nicht möglich, die psychiatrische Nosologie stringent auf eine erfahrungswissenschaftliche Basis zu stellen, sondern hier herrschen noch weitgehend klinisch-empirisch basierte Taxonomien, oder aber eher philosophisch-anthropologisch begründete Deutungssysteme vor. Der Krankheitsbegriff der "Zweiten Definition" (D2) läßt sich noch nicht anwenden, es ist aber nicht ausgeschlossen, daß dies in der Zukunft möglich wird; denn von der Sache her wird ja kaum mehr bezweifelt, daß eine befriedigende theoretische Grundlegung der Psychologie auch eine Theorie des Zusammenhangs von Hirnfunktion, Hirnentwicklung und Psyche einschließen muß und von daher an das systemtheoretische Organismusmodell Anschluß findet.

(117)) Wenn diese Antwort zutrifft, bedeutet das,

1. daß die Psychiatrie keinen eigenen Krankheitsbegriff benötigt, sondern daß sie bislang den empirisch-phänomenalen Krankheitsbegriff der Definition (D1) verwendet;
2. daß im Bereich der Erklärung und Systematisierung psychiatrischer Erkrankungen klinisch-empirische und klinisch-theoretische Konzeptionen verwendet werden, die nicht oder noch nicht mit dem erfahrungswissenschaftlich basierten systemtheoretischen Organismusmodell in Kohärenz gebracht werden können, so daß auf der Ebene der Ätiopathogenese und der Nosologie (D2) noch divergierende Krankheitsbegriffe existieren;
3. daß diese Divergenz der psychiatrischen Krankheitsbegriffe voneinander und von einem integrierten systemtheoretischen Modell jedoch nicht Ausdruck einer methodologischen oder erkenntnistheoretischen Eigenständigkeit der Psychiatrie ist, sondern unsere

- mangelnden theoretischen Kenntnisse im Bereich der sozio-psycho-somatischen Zusammenhänge widerspiegelt;
4. daß im Bereich der Psychiatrie (und Psychosomatik) zwar sehr viele Aufgaben auf den Philosophen, Wissenschaftstheoretiker und Medizintheoretiker warten mögen,⁴⁵ aber nicht die Aufgabe, einen zusätzlichen, eigenständigen Krankheitsbegriff zu explizieren.

5.4. Unterschiede zu anderen Positionen in der Krankheitstheorie

((118)) Die Auseinandersetzung mit den bisher in der Literatur vertretenen Positionen zur Krankheitstheorie soll in diesem Artikel nicht durchgeführt werden. Ich will lediglich in aller Kürze auf die Hauptunterschiede zu drei der prominentesten Positionen (Boorse, Clouser/Culver/Gert, Nordenfelt) aufmerksam machen. Abgesehen von den aufgeführten Hauptunterschieden, gibt es natürlich jeweils sowohl eine größere Zahl von Differenzen in weniger zentralen Fragen, als auch eine nicht geringe Zahl von Übereinstimmungen.

5.4.1. Die biostatistische Theorie von Christopher Boorse

((119)) Boorse hat seine Theorie seit 1975 in einer Anzahl von Aufsätzen vorgestellt.⁴⁶ Abgesehen von einigen Modifikationen, die v. a. die Rolle von Umweltbedingungen als Krankheitsursachen und das Verhältnis von theoretischem und praktischem Krankheitsbegriff betreffen, ist seine Konzeption bezüglich der zentralen Annahmen konstant geblieben. Diese lassen sich schematisch in folgenden Thesen zusammenfassen:

1. Organismen – auch Menschen – sind so angelegt, daß sie *aufgrund ihrer physiologischen Organisation* die Ziele des Überlebens und der Fortpflanzung anstreben.
2. Diese Organisation kann man so rekonstruieren, daß sie aus einem *System hierarchisch organisierter physiologischer Funktionen und Funktionsfähigkeiten* besteht, wobei Überleben und Fortpflanzung die Spitze dieser Hierarchie bilden.
3. Wenn man als Referenzklasse für die Analyse eine einheitliche Altersgruppe eines Geschlechts einer Spezies (hier: *Homo sapiens sapiens*) wählt, kann man definieren, was *normale Funktion bzw. Funktionsfähigkeit* eines Teils oder Teilprozesses des Organismus bedeutet: Sie liegt vor, wenn der Teil/Teilprozeß mit dem Wirkungsgrad funktioniert, der im statistischen Sinn typisch für diese Funktion ist, d. h. der einen bestimmten Grenzwert unterhalb des Durchschnittswertes nicht unterschreitet.
4. *Krankheit* bzw. pathologische Veränderungen liegen vor, wenn mindestens eine Funktion ihren typischen Wirkungsgrad nicht erreicht. *Gesundheit* ist die Abwesenheit von Krankheit.
5. Was hier für die Physiologie formuliert wurde, läßt sich nach Boorse genau so auf die *Psychologie* und *Psychopathologie* übertragen, gilt also auch für psychische Funktionen und Erkrankungen.
6. Da man sowohl die funktionale Organisation des Organismus als auch die statistisch definierten Wirkungsgrade rein *deskriptiv* ermitteln kann, sind auch Krankheitsbegriff und Gesundheitsbegriff rein *deskriptive Begriffe*, d. h. sie sind *wertfreie* Begriffe.

((120)) Nach unserer oben vorgelegten Rekonstruktion der medizinischen Krankheitslehre kann diese Position aus mindestens drei Gründen nicht als adäquate Analyse des medizinischen Krankheitsbegriffs akzeptiert werden:

((121)) 1. Der Rekurs auf den Funktionsbegriff führt zu einer Zirkularität: Um festzustellen, welche Vorgänge funktional (eine Funktion), welche dysfunktional und welche (ggf.) neutral sind, muß man bereits erkennen können, ob ein Vorgang pathologisch ist oder pathologische Konsequenzen hat. Man muß also bereits über irgendeinen Krankheitsbegriff verfügen. Es ist nicht möglich, aus den bloßen Begriffen des (Über-) Lebens und der Reproduktion zu deduzieren, welche Vorgangsklassen für diese als Ziele aufgefaßten allgemeinen Zustände zweckdienlich (funktional) sind, da Leben und Reproduktion auf ganz verschiedene Weisen realisiert werden können. Andererseits sind nicht alle mit dem Überleben vereinbaren Vorgänge und Zustände gesund; vielmehr gibt es viele Krankheiten, die zwar nicht oder nicht unmittelbar zum Tode führen, die aber zweifellos pathologische Zustände sind.

((122)) 2. Der Rekurs auf die Statistik führt dazu, daß falsche Maßstäbe zur Beurteilung der Krankhaftigkeit angelegt werden:

a) Häufigkeit bedeutet nicht dasselbe wie Gesundheit: Selbst wenn es der Fall wäre, daß in Bezug auf jede Krankheit jeweils die Gesunden gegenüber den Erkrankten in der Überzahl wären, wäre dies ein kontingentes Faktum, das mit der *Bedeutung* von Krankhaftigkeit bzw. Gesundheit nichts zu tun hat. Wenn man weiß, daß die Gesunden in der Überzahl sind, kann man zwar dies Faktum dazu verwenden, die Gesunden statistisch anhand ihrer Überzahl zu identifizieren – aber woher weiß man dies, wenn man nicht ein unabhängiges Krankheitskriterium hat?

b) In Wirklichkeit ist ohne weiteres denkbar, daß in einer Population pathologische Zustände häufiger sind als der entsprechende gesunde Zustand. Dies gilt nicht nur für verbreitete Bagatellerkrankungen wie die von Boorse selbst erwähnte Zahnekaries, sondern kommt z. B. auch bei großen Epidemien oder Pandemien immer wieder vor. Hier führt die Anwendung eines statistischen Normalitätskriteriums in die Irre. Statistische Häufigkeit kann daher nicht der Maßstab für die medizinische Unterscheidung zwischen gesund und krank sein. Pointiert ausgedrückt: Auch wenn die gesamte Menschheit durch AIDS dahingerafft würde, bleibt dies als gestörte Immunfunktion eine Krankheit, obgleich sie dann bei 100% der Referenzklasse vorliegen würde. Der Maßstab für den Vergleich ist nicht der statistische Durchschnitt, sondern die *Möglichkeit eines besseren natürlichen Verlaufs* – nach bestem medizinischem Wissen.

((123)) 3. Boorse vernachläßigt völlig die Bedeutung subjektiven Leidens für den Krankheitsbegriff. Chronische Zustände von Schmerz, Juckreiz oder Depression können für ihn nicht als Krankheiten zählen, oder höchstens indirekt, wenn mit ihnen Funktionsdefizite einhergehen. Diese Konsequenz seines Ansatzes entspricht nicht der Auffassung der heutigen Medizin und macht seine Theorie auch unabhängig von den vorgenannten Einwänden ungeeignet als Rekonstruktion.

((124)) Zusammenfassend muß geurteilt werden, daß die Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs durch Boorse offenbar durch die Tatsache fehlgeleitet wurde, daß sich die ("normale") Physiologie *scheinbar* ohne Rückgriff auf Krankheitskriterien aufbauen läßt. Dies ist jedoch eine "optische Täuschung", da die Trennung zwischen Physiologie und Pathophysiologie die Anwendung dieser Kriterien schon voraussetzt. Auch in einigen anderen Hinsichten entspricht Boorses Rekonstruktion nicht dem gegenwärtigen medizinischen Denken.

5.4.2. Das Konzept der *malady* nach Clouser, Culver und Gert

((125)) Aus einer Reihe teilweise gemeinsam verfaßter Arbeiten der Autoren Bernard Gert, Charles M. Culver und K. Danner Clouser hat sich seit 1970 ein Ansatz zur Krankheitstheorie herausgebildet, der letztlich auf Überlegungen aus der philosophischen Ethik und Bioethik zurückgeht und für den die Verwendung des Begriffs der *malady* als Explikat des Krankheitsbegriffs charakteristisch ist.⁴⁷ Es handelt sich hierbei ebenso wie der Boorseschen Theorie um einen durchdachten, differenzierten Ansatz, der eine ausführliche Auseinandersetzung verdient, hier jedoch nur ganz global betrachtet werden kann. Der Grundansatz der Autoren läßt sich in folgenden Thesen zusammenfassen:

1. Eine Person hat eine *Krankheit* (*malady*), wenn sie in einem Zustand ist, in dem sie ein *Übel* (Böses, *evil*) erleidet oder mit erhöhter Wahrscheinlichkeit erleiden wird. Da *Übel* (negative) Werte sind, ist Krankheit auch als (negativer) Wert aufzufassen.
2. Ein *Übel* ist etwas, das jede rationale Person vermeidet, außer sie hat einen adäquaten Grund, es nicht zu vermeiden. (Durch diese Verwendung des Rationalitätsbegriffs wird die Krankheitstheorie von den Autoren mit der philosophischen Ethik verknüpft und als *ethisch* begründet und begründungsfähig erklärt.)
3. Zu den *Übeln* zählen Tod, Schmerz, Behinderung, Verlust der Freiheit, Verlust von Chancen und Verlust von Vergnügen (*pleasure*).

((126)) Der Haupteinwand, der aus Sicht einer rekonstruktiven Krankheitstheorie gegen diesen Ansatz erhoben werden muß, bezieht sich auf die zu große Allgemeinheit der zur Erklärung von Krankheit verwendeten Begriffe. Wenn Krankheit durch *Übel* erklärt wird und *Übel* alles das sein kann, was in 3. genannt wird, dann wird der Krankheitsbegriff viel zu weit ausgedehnt – jedenfalls weit über das hinaus, was die Medizin darunter versteht. Verlust von Freiheit, Chancen und Vergnügen sind in sehr vielen, wahrscheinlich den meisten Fällen nicht durch Krankheit, sondern durch andere Bedingungen verursacht, z. B. Strafe, Ungerechtigkeit, Ungleichheit, Unaufmerksamkeit usw. Die medizinische Krankheitslehre kann auf dieser Basis nicht rekonstruiert werden.

((127)) Dieser Mangel ist wohl letztlich auf die Absicht der Autoren zurückzuführen, die Krankheitstheorie, über den Brückebegriff des *Übels*, durch die *Ethik* zu begründen. Hierbei muß aber gerade das Spezifische von Krankheit im Unterschied zu anderen "Übeln" verlorengehen. Wenn aber die Zielsetzung einer Krankheitstheorie darin bestehen soll, den Krankheitsbegriff spezifisch in seiner (medizinischen) Bedeutung zu rekonstruieren, darf man offensichtlich gerade nicht auf die *wertbezogenen* Aspekte von Krankheit abheben, sondern muß analysieren, welche *Sachverhalte* darunter fallen. Daher gehört die Theoretische Pathologie auch nicht zur medizinischen *Ethik*, sondern zur *Theorie* bzw. *Wissenschaftstheorie* der Medizin.

5.4.3. Die Gesundheitstheorie von Lennart Nordenfelt

((128)) Der schwedische Philosoph Lennart Nordenfelt hat in einer Anzahl von Arbeiten eine handlungstheoretisch basierte Gesundheitstheorie vorgelegt, in der er mit dem Gesundheitsbegriff zugleich auch eine Explikation des Krankheitsbegriffs zu geben

beansprucht.⁴⁸ Der Grundgedanke seiner Theorie lässt sich durch folgende Definition wiedergeben:

(DN) Eine Person A ist *gesund* genau dann, wenn A, unter der Voraussetzung von Standardbedingungen in seiner Umwelt, in der Lage ist, diejenigen Ziele zu erreichen, die zugleich notwendig und hinreichend sind für sein minimales *Glück* (*happiness*).

Krankheit liegt dementsprechend vor, wenn die Person A nicht dazu in der Lage ist, diese Ziele zu erreichen.

((129)) Ohne auf die aufwendigen technischen Details von Nordenfelts handlungstheoretischer Konzeption einzugehen, kann doch gesehen werden, welche Probleme eine solche Auffassung haben wird:

- Es dürfte sehr schwierig werden, den Begriff des (subjektiven, emotionalen) Glücks in einer solchen Weise theoretisch zu fassen, daß er überhaupt zu einem handhabbaren Kriterium (für Gesundheit) wird.
- Die Definition lässt absichtlich zu, daß es auch Bedingungen der Umwelt sein können, die für die Unfähigkeit der Person verantwortlich sind. Das bedeutet, daß z. B. das Vorliegen bestimmter einschränkender sozialer oder ökonomischer Bedingungen als Krankheit der Person A gelten. Dies erinnert an die Gesundheitsdefinition der WHO, stimmt aber sicher nicht mit dem Krankheitsbegriff der Medizin überein, so daß sich damit keine Rekonstruktion der Krankheitslehre durchführen läßt.

((130)) Ob die Nordenfeltsche Gesundheitsdefinition wenigstens im Sinne einer "sozialutopischen" Auffassung akzeptabel ist, bleibt fraglich: Zu wenig geklärt ist, ob eine zwingende Verbindung eines wie immer gearteten Begriffs von "Glück" mit dem Gesundheitsbegriff angenommen werden kann.

6. Schlußbemerkung

((131)) Zum Abschluß sei noch einmal betont, daß die Zielsetzung der hier vorgelegten Krankheitstheorie die *Rekonstruktion* des Krankheitsbegriffs und der Krankheitslehre der *Medizin* ist. Sie sollte daran gemessen werden, wie weit sie dieses Ziel erreicht – oder verfehlt, nicht aber an Wunschvorstellungen hinsichtlich eines epistemisch oder deontisch *perfekten* Krankheitskonzepts.

Anmerkungen

¹ Vgl. Berghoff 1947; Rothschuh 1975, Teil I; Rothschuh 1978.

² Vgl. die im Literaturverzeichnis aufgeführten Arbeiten dieser Autoren (in Auswahl).

³ Orientierend: Caplan/Engelhardt/McCartney 1981; Humber/Almeder 1997; Nordenfelt 2001; Caplan/McCartney/Sisti 2004; Schramme/Thome 2004; Boorse 2004. Zur deutschsprachigen Rezeption vgl. Lanzerath 2000, Schramme 1997, 2000, 2003, Lenk 2002, Gimmler/Lenk/Aumüller 2002.

⁴ Mazouz/Werner/Wiesing 2004; Daniels 1985.

⁵ Rothschuh 1959, ²1963, S. 274-360.

⁶ Rothschuh 1981, 24.

⁷ Die im folgenden vorgelegte Analyse der Krankheitslehre wird hier zum ersten Mal in vollständiger Form veröffentlicht. Durch den vorgegebenen Umfang erfolgt die Darstellung in stark konzentrierter Form. Eine Darstellung, in der wesentlich ausführlicheres Beleg- und Beispielmaterial und eine sehr viel breitere Diskussion der Literatur enthalten ist, ist als Buchpublikation in Vorbereitung.

⁸ Allerdings besteht die "Krankschreibung" unter heutigen Bedingungen meist in der Bescheinigung der *Arbeitsunfähigkeit*. Aber der Volksmund, der weiter von "Krankschreibung" spricht, hat den ursprünglichen Sinn des Vorgangs als Anwendung des praktischen Krankheitsbegriffs bewahrt.

⁹ Für den englischen Sprachraum werden insbesondere die Wortfelder um disease/illness/sickness sowie disability/impairment/handicap/challenge immer wieder vergleichend betrachtet und bezüglich unterschiedlicher Bedeutungs- und Wertungsnuancen analysiert.

¹⁰ Vgl. Stegmüller 1969-1983, Essler 1970-1979, Lorenzen/Schwemmer 1975, Speck 1980, Seiffert/Radnitzky 1989, Hacking 1996, Poser 2001, Mittelstraß 2004.

¹¹ Da dieser Streit sich durch die ganze jüngere Geschichte der Wissenschaftstheorie zieht, können hier keine einzelnen Literaturhinweise gegeben werden. Vgl. die in Anm. 9 zitierten Werke sowie zusammenfassende Darstellungen zur Wissenschaftstheorie wie Hacking 1996, Schneider 1998, Chalmers 1999, 2001, Poser 2001, Seiffert 2003.

¹² Ich habe in Hucklenbroich 1978 das Panorama der Positionen aufgezeigt, die jeweiligen Begrenzungen der Schulrichtungen dokumentiert und auf die Notwendigkeit einer integrativen Sichtweise hingewiesen. Zur Struktur der Medizintheorie und ihrem Verhältnis zu Wissenschaftstheorie, Semiotik und Medizinethik vgl. meine Arbeiten Hucklenbroich 1992, 1998, 2003, 2005.

¹³ Vgl. beispielsweise das entsprechende Plädoyer in Hacking 1996, besonders Teil B.

¹⁴ Tiefschürfende Studien zum Thema des impliziten Wissens hat Michael Polanyi beigetragen (Polanyi 1985).

¹⁵ Zur Ethnomedizin und deren methodischen und theoretischen Ansätzen vgl. Greifeld 2003, Lux 2003.

¹⁶ Es handelt sich hier sicherlich nicht um eine Definition im Sinne der Mathematik und auch nicht um eine Definition, die die Kriterien formalsprachlicher Rekonstruktion erfüllt (vgl. Essler 1970). Die gegebene Formulierung versucht lesbar zu bleiben und verzichtet deshalb auf höchste Exaktheit. Grundsätzlich kann (D1) m. E. aber als eine korrekte, exakte Definition reformuliert werden.

¹⁷ Zu dem, was hier als *Krankheitsdisposition* bezeichnet werden soll, gehören Sachverhalte, die umgangssprachlich eher als *Behinderung* oder als *Risikofaktor* oder auch als *Fehl-* oder *Mißbildung* bezeichnet werden. Vgl. auch unten die Erläuterungen zu Kriterium (3).

¹⁸ Strenggenommen sind die Ziele natürlich in normativen Prinzipien, also in ganzen Sätzen zu formulieren, z. B.: "Der Arzt ist verpflichtet, durch sein Handeln das Leben seiner Patienten zu erhalten und vor vorzeitigem Tod zu schützen." Vgl. unten 5.2.

¹⁹ Dazu ausführlicher unten im Abschnitt 5.2.

²⁰ Nebenbei angemerkt: Diese Art der Anwendung von Statistik ist nicht zu verwechseln mit der von Boorse beanspruchten, die sich auf die Verteilung der "Wirksamkeit (Effizienz)" von Funktionen beziehen soll. Dazu unter 5.4.1. Genaueres.

²¹ Vgl. auch Abschnitt 5.2.

²² Vgl. WHO 2005.

²³ Vgl. DSM-IV-TR 2003.

²⁴ Vgl. die Titelgeschichte in Sacks 1995.

²⁵ Vgl. Weber/Stierlin 1989.

²⁶ Vgl. Bateson/Jackson/Haley 1969.

²⁷ Diese Aussonderung geschieht gemäß dem Kriterium der *ceteris-paribus*-Negierbarkeit, wie im übernächsten Abschnitt unter Bedingung 3. formuliert.

²⁸ Wenn man hier ganz genau sein will, muß man sagen, daß diese inneren Zustände entweder ganz nicht-pathologisch sind, oder (zwar pathologisch sein mögen, aber) zumindest nicht als Teil des gerade betrachteten pathogenetischen Zusammenhangs zu betrachten sind, weil ihre Pathologizität irrelevant für ihre kausale Rolle in dieser Pathogenese ist: sie sind sozusagen "zufällig" pathologisch. Beispiel: wenn ein bereits pathologisch

verändertes Chromosom ein zweites Mal spontan bei internen Vorgängen beschädigt wird, war der Ausgangspunkt für die zweite Schädigung zwar bereits pathologisch; diese Tatsache kann aber bei der zweiten Schädigung irrelevant gewesen sein insofern, als sie auch bei intaktem Chromosom eingetreten wäre.

²⁹ Vgl. die Darstellung in Stegmüller 1983.

³⁰ Die hier gegebene Formulierung für die spezielle pathogenetische Kausalitätsvorstellung bedarf zur Präzisierung noch weiterer wissenschaftstheoretischer Analysen.

³¹ Diese Vorstellung ist insbesondere im Rahmen der "Evolutionsmedizin" umfassender erforscht und belegt worden, vgl. Nesse/Williams 1997.

³² Wichtige frühe Versuche stammen aus dem 17. und 18. Jahrhundert (Thomas Sydenham, Francois Boissier de Sauvages, Carl v. Linné).

³³ Da beim Embryo und Fetus teilweise andersartige Bedingungen bestehen, sollte auf die Zeit nach der Geburt eingeschränkt werden.

³⁴ Vgl. Leiber/Burg ⁸1996.

³⁵ Vgl. dazu exemplarisch Fossil 1998, Caplan 2004.

³⁶ Der aktuelle altersmedizinische Wissensstand ist umfassend dargestellt in Raem et al. 2005. Vgl. Rössler/Kloeden (1997), Prinzinger (1996), Fossil, Nesse/Williams (1997).

³⁷ Vgl. Fuchs et al. 2002, Runkel et al. 2005.

³⁸ Klassisch dazu die Arbeit Goffman 1967.

³⁹ Müller-Eckhard 1951, wiederabgedruckt in Bräutigam 1980.

⁴⁰ Vgl. Anm. 46 zu Boorse, sowie Daniels 1985.

⁴¹ Vgl. Schlosser/Weingarten 2002, Krohs 2004, Toepfer 2004, Krohs/Toepfer 2005.

⁴² Vgl. Hempel 1965, Nagel 1961.

⁴³ Vgl. z. B. die ausführliche Darstellung bei McLaughlin 2001 und 2005.

⁴⁴ Vgl. exemplarisch Degkwitz/Siedow 1983, Reznek 1991, Vollmöller 2001, Schramme 2005, Heinz 2005.

⁴⁵ Vgl. die Beiträge in Schramme/Thome 2004.

⁴⁶ Vgl. Boorse 1975, 1977, 1987, 1997, 2002, 2004.

⁴⁷ Vgl. Culver/Gert 1982, Gert 1983, Clouser/Culver/Gert 1997, Gert/Culver/Clouser 1997, 2006.

⁴⁸ Vgl. Nordenfelt/Lindahl 1984, Nordenfelt 1987, 1995, 1997, 2000, 2001, Nordenfelt/Liss 2003.

Literatur:

Bach, H./Heine, M. (1981): Pseudonormalität und Normalpathologie, in: Bach, H. (Hrsg.): *Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse*, Göttingen, 11-35.

Bateson, G./Jackson, D.D./Haley, J. (1969): *Schizophrenie und Familie*, Frankfurt/M.

Berghoff, E. (1947): *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffs*, Wien.

Boorse, C. (1975): On the distinction between disease and illness, *Philosophy and Public Affairs* 5 (1975) 49-68.

Boorse, C. (1977): Health as a theoretical concept, *Philosophy of Science* 44 (1977) 542-573.

Boorse, C. (1987): Concepts of health, in: VanDeVeer, D./Regan, T. (Eds.): *Health Care Ethics: An Introduction*, Philadelphia, 359-393.

Boorse, C. (1997): A rebuttal on health, in: Humber, J.M./Almeder, R.F. (Eds.): *What is Disease?*, Totowa, N.J., 3-134.

Boorse, C. (2002): A rebuttal on functions, in: Ariew, A./Cummins, R./Perlman, M. (Eds.): *Functions*, Oxford/New York, 63-112.

Boorse, C. (2004): *Four recent accounts of health*, University of Delaware (Draft).

Bräutigam, W. (Hrsg.) (1980): *Medizinisch-psychologische Anthropologie*, Darmstadt.

Caplan, A.L. (2004): The "Unnaturalness" of Aging – Give Me Reason to Live!, in: Caplan, A.L./McCartney, J.J./Sisti, D.A. (Eds.): *Health, Disease, and Illness*, Washington, 117-127.

Caplan, A.L./Engelhardt, H.T./McCartney, J.J. (Eds.) (1981): *Concepts of Health and Disease*, Reading/Mass.

Caplan, A.L./McCartney, J.J./Sisti, D.A. (Eds.) (2004): *Health, Disease, and Illness*, Washington.

Chalmers, A.F. (1999): *Grenzen der Wissenschaft*, Berlin.

-
- Chalmers, A.F. (52001): *Wege der Wissenschaft. Einführung in die Wissenschaftstheorie*, Berlin.
- Clouser, K.D./Culver, C.M./Gert, B. (1997): Malady, in: Humber, J.M./Almeder, R.F. (Eds.): *What is Disease?*, Totowa, N.J., 173-217.
- Culver, C.M./Gert, B. (1982): *Philosophy in Medicine*, New York/Oxford.
- Daniels, N. (1985): *Just Health Care*, Cambridge.
- Degkwitz, R./Siedow, H. (Hrsg.) (1983): *Standorte der Psychiatrie, Bd. 2: Zum umstrittenen psychiatrischen Krankheitsbegriff*, München.
- DSM-IV-TR (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision* -, München.
- Engelhardt jr., H.T. (1980): Philosophy of Medicine, in: Durbin, P.T. (Ed.): *A Guide to the Culture of Science, Technology, and Medicine*, New York, 364-461.
- Engelhardt jr., H.T. (1981): The concepts of health and disease, in: Caplan, A.L./Engelhardt, H.T./McCartney, J.J. (Eds.): *Concepts of Health and Disease*, Reading/Mass., 31-45.
- Engelhardt jr., H.T. (21996): *The Foundations of Bioethics*, Oxford/New York.
- Essler, W.K. (1970): *Wissenschaftstheorie I: Definition und Reduktion*, Freiburg.
- Essler, W.K. (1971): *Wissenschaftstheorie II: Theorie und Erfahrung*, Freiburg.
- Essler, W.K. (1973): *Wissenschaftstheorie III: Wahrscheinlichkeit und Induktion*, Freiburg.
- Essler, W.K. (1979): *Wissenschaftstheorie IV: Erklärung und Kausalität*, Freiburg.
- Fossel, M. (1998): *Das Unsterblichkeits-Enzym. Die Umkehrung des Alterungsprozesses ist möglich*, München.
- Fuchs, M., et al. (2002): *Enhancement*, Bonn.
- Fulford, K.W.M. (1989): *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge.
- Gert, B. (1983): *Die moralischen Regeln. Eine neue rationale Begründung der Moral*, Frankfurt/M.
- Gert, B./Culver, C.M./Clouser, K.D. (1997): *Bioethics: A Return to Fundamentals*, New York/Oxford.
- Gert, B./Culver, C.M./Clouser, K.D. (2006): *Bioethics: A Systematic Approach*, New York/Oxford.
- Gimmler, A./Lenk, C./Aumüller, G. (Hrsg.) (2002): *Health and Quality of Life*, Münster.
- Goffman, E. (1967): *Stigma*, Frankfurt/M.
- Greifeld, K. (Hrsg.) (2003): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*, Berlin.
- Hacking, I. (1996): *Einführung in die Philosophie der Naturwissenschaften*, Stuttgart.
- Heinz, A. (2005): Gesunder Geist – krankes Hirn? Überlegungen zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie, in: Herrmann, C.S., et al. (Hrsg.): *Bewusstsein*, München, 407-423.
- Hempel, C.G. (1965): The logic of functional analysis, in: Hempel, C.G.: *Aspects of Scientific Explanation*, New York, 297-330.
- Hucklenbroich, P. (1978): *Theorie des Erkenntnisfortschritts*, Meisenheim.
- Hucklenbroich, P. (1992): Wissenschaftstheorie als Theorie der Medizin: Themen und Probleme, in: Deppert, W., et al. (Hrsg.): *Wissenschaftstheorien in der Medizin*, Berlin/New York, 65-95.
- Hucklenbroich, P. (1998): Die Struktur des medizinischen Wissens. Zur Grundlegung und zum Verhältnis von Medizintheorie und medizinischer Ethik, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 44 (1998) 107-125.
- Hucklenbroich, P. (2003): Semiotische Aspekte der Medizin/Medizinsemiotik, in: R. Posner, K. Robering u. Th. A. Sebeok (Hrsg.): *SEMIOTIK. Ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur*, Bd. 3, Berlin, S. 2698-2721.
- Hucklenbroich, P. (2005): Das Verhältnis von Semiotik und Einzelwissenschaft am Beispiel Medizin/Sozialpsychiatrie. Medizintheoretische Überlegungen zu transdisziplinären

-
- Forschungsprojekten, in: Debus, S., et al. (Hrsg.): *Semiotik und Sozialpsychiatrie*, Rehburg/Loccum, 359-386.
- Humber, J.M./Almeder, R.F. (Eds.) (1997): *What is Disease?*, Totowa, N.J.
- Krohs, U. (2004): *Eine Theorie biologischer Theorien*, Berlin.
- Krohs, U./Toepfer, G. (Hrsg.) (2005): *Philosophie der Biologie*, Frankfurt/M.
- Lanzerath, D. (2000): *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der ärztlichen Ethik*, Freiburg.
- Leiber, B./Burg, G. (¹1996): *Die klinischen Syndrome*. Bde. 1-2, München.
- Lenk, C. (2002): *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin*, Münster.
- Lorenzen, P./Schwemmer, O. (²1975): *Konstruktive Logik, Ethik und Wissenschaftstheorie*, Mannheim.
- Lux, T. (Hrsg.) (2003): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*, Berlin.
- Mazouz, N./Werner, M.H./Wiesing, U. (Hrsg.) (2004): *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*, Baden-Baden.
- McLaughlin, P. (2001): *What Functions Explain. Functional Explanation and Self-Reproducing Systems*, Cambridge.
- McLaughlin, P. (2005): Funktion, in: Krohs, U./Toepfer, G. (Hrsg.) (2005): *Philosophie der Biologie*, Frankfurt/M., 19-35.
- Mittelstraß, J. (Hrsg.) (2004): *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. Bde. 1-4, Stuttgart.
- Müller-Eckhard, H. (1951): Die Krankheit, nicht krank sein zu können, *Psyche* 5 (1951-52) 290-309; wieder abgedruckt in: Bräutigam, W. (Hrsg.): *Medizinisch-psychologische Anthropologie*, Darmstadt, 113-142.
- Nagel, E. (1961): *The Structure of Science*, New York.
- Nesse, R.M./Williams, G.C. (1997): *Warum wir krank werden. Die Antworten der Evolutionsmedizin*, München.
- Nordenfelt, L. (1987, ²1995): *On the Nature of Health*, Dordrecht.
- Nordenfelt, L. (1997): *Talking About Health*, Amsterdam/Atlanta.
- Nordenfelt, L. (2000): *Action, Ability and Health*, Dordrecht.
- Nordenfelt, L. (2001): *Health, Science, and Ordinary Language*, Amsterdam/New York.
- Nordenfelt, L./Lindahl, B.I.B. (Eds.) (1984): *Health, Disease, and Causal Explanation in Medicine*, Dordrecht.
- Nordenfelt, L./Liss, P. (Eds.) (2003): *Dimensions of Health and Health Promotion*, Amsterdam/New York.
- Polanyi, M. (1985): *Implizites Wissen*, Frankfurt/M.
- Poser, H. (2001): *Wissenschaftstheorie. Eine philosophische Einführung*, Stuttgart.
- Prinzinger, R. (1996): *Das Geheimnis des Alterns. Die programmierte Lebenszeit bei Mensch, Tier und Pflanze*, Frankfurt-New York.
- Raem, A.M., et al. (Hrsg.) (2005): *Handbuch Geriatrie*, Düsseldorf.
- Reznek, L. (1987): *The Nature of Disease*, London/New York.
- Reznek, L. (1991): *The Philosophical Defence of Psychiatry*, London/New York.
- Rössler, R./Kloeden, P.E. (1997): *Das Thanatos-Prinzip. Biologische Grundlagen des Alterns*, München.
- Rothschuh, K.E. (1959, ²1963): *Theorie des Organismus*, München/Berlin.
- Rothschuh, K.E. (1978): *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*, Stuttgart.
- Rothschuh, K.E. (1981): Zur Begrifflichkeit in der Pathologie, *Pathology Research and Practice* 171 (1981) 22-32.
- Rothschuh, K.E. (Hrsg.) (1975): *Was ist Krankheit?*, Darmstadt.

-
- Runkel, T., et al. (2005): Wachstumshormontherapie bei Kindern ohne Wachstumshormonmangel: Therapie – Enhancement – Futile Care, *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 10 (2005) 355-376.
- Sacks, O. (1995): *Eine Anthropologin auf dem Mars*, Reinbek.
- Schlosser, G./Weingarten, M. (Hrsg.) (2002): *Formen der Erklärung in der Biologie*, Berlin.
- Schneider, N. (1998): *Erkenntnistheorie im 20. Jahrhundert. Klassische Positionen*, Stuttgart.
- Schramme, T. (1997): Philosophie und Medizin. Ein Blick in aktuelle Veröffentlichungen, *Zeitschrift für philosophische Forschung* 51 (1997) 115-137.
- Schramme, T. (2000): *Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit*, Frankfurt (Nachdruck als: *Psychische Krankheit aus philosophischer Sicht*, Gießen 2003).
- Schramme, T. (2005): Psychische Krankheit in wissenschaftlicher und lebensweltlicher Perspektive, in: Herrmann, C.S., et al. (Hrsg.): *Bewusstsein*, München, 383-406.
- Schramme, T./Thome, J. (Eds.) (2004): *Philosophy and Psychiatry*, Berlin.
- Seiffert, H. (1997-2003): *Einführung in die Wissenschaftstheorie*. Bde. 1-4, München.
- Seiffert, H./Radnitzky, G. (Hrsg.) (1989): *Handlexikon zur Wissenschaftstheorie*, München.
- Speck, J. (Hrsg.) (1980): *Handbuch wissenschaftstheoretischer Begriffe*. Bde. 1-3, Göttingen.
- Stegmüller, W. (1969-1983): *Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie*. Bde. 1-4, Berlin.
- Toepfer, G. (2004): *Zweckbegriff und Organismus*, Würzburg.
- Vollmoeller, W. (2001): *Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik*, Stuttgart.
- Weber, G./Stierlin, H. (1989): *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*, Reinbek.
- WHO (2005): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Bern.
- Wulff, E. (1972): *Psychiatrie und Klassengesellschaft. Zu Begriffs- und Sozialkritik der Psychiatrie und Medizin*, Frankfurt/M.

Adresse

Univ.-Prof. Dr.med. Dr.phil. Peter Hucklenbroich, Westfälische Wilhelms -Universität Münster, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Von-Esmarch-Straße 62, D-48149 Münster (E-Mail: hucklen@mednet.uni-muenster.de).