

Preprint 09/2015

erscheint in: Analyse & Kritik 37/2015 oder 38/2016
(Interdisziplinäres Themenheft zur Normengenese und Normenrechtfertigung)

Die Normativität des Krankheitsbegriffs: Zur Genese und Geltung von Kriterien der Krankhaftigkeit

PETER HUCKLENBROICH

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Dr. phil. Peter Hucklenbroich

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Universität Münster

Von- Esmarch-Straße 62

D-48149 Münster

privat:

Zur Aabrücke 18

D-48329 Havixbeck

E-Mail: hucklen@uni-muenster.de

Abstract (deutsch):

Die Frage, ob der Krankheitsbegriff deskriptiv oder normativ ist, ist in der philosophischen Literatur zwischen Naturalisten und Normativisten umstritten. Eine Auseinandersetzung mit der medizinischen Krankheitslehre zur Entscheidung dieser Frage lag bisher nicht vor. Dieser Aufsatz geht von der in früheren Arbeiten des Autors bereits dargestellten wissenschaftstheoretischen Rekonstruktion der Krankheitslehre aus. Zentralbegriffe der Krankheitslehre sind: Krankheitsentität, Krankhaftigkeit (Pathologizität), Krankheitskriterium, Krankheitswert, medizinische Indikation. Die Krankheitskriterien und die Allgemeine Krankheitslehre werden kurz dargestellt. Es wird gezeigt, dass dadurch eine Wertdimension konstituiert wird, die objektiv und in der psychosomatischen Natur des Menschen begründet ist, die aber mit einer zusätzlichen, überlagernden subjektiven oder soziokulturellen Wertung vereinbar ist. Die medizinische Indikation bildet die Brücke zwischen objektivem Krankheitswert und subjektiven Werten und Normen. Bei der Entscheidung über Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungswünsche ist das erkrankte Subjekt mit seinen Werten maßgeblich. Die Kontroverse zwischen Naturalisten und Normativisten lässt sich auf diese Weise in eine Koalition überführen.

Abstract (englisch):

The question whether the concept of disease is descriptive or normative, is controversial in philosophical debates. A philosophical investigation of medical pathology concerning this question has hitherto been lacking. This paper is based on the reconstruction of general medical pathology as outlined in earlier work of this author. Key concepts of medical pathology are: disease entity, pathologicity, disease criterion, disease value, medical indication. The criteria of pathologicity and the general pathology are briefly sketched. It is shown that these conceptions constitute a dimension of objective value that is rooted in the psychosomatic human nature but is compatible with additional, superposed subjective or sociocultural values concerning disease. The concept and procedure of medical indication constitute the bridge between objective disease values and subjective values or norms. In deciding whether treatment is needed and demanded, the values of the ill subject are decisive. Thus, the controversy between naturalists and normativist may be transformed into a coalition.

Peter Hucklenbroich

Die Normativität des Krankheitsbegriffs: Zur Genese und Geltung von Kriterien der Krankhaftigkeit

1. Einleitung

In der medizinphilosophischen Diskussion der zurückliegenden 50 Jahre spielt die Frage nach Stellung und Bedeutung des Krankheitsbegriffs eine herausragende Rolle. Der wichtigste Impuls für diese Diskussion war wohl die Kritik, die seit den 1950er Jahren zunehmend an der damaligen Krankheitslehre der Psychiatrie geübt wurde: Seit den Arbeiten der Psychiater Griesinger (1817-1868) und Kraepelin (1856-1926) wurden psychische Störungen, insbesondere die Schizophrenie, als „Gehirnkrankheiten“ aufgefasst, d. h. die - noch unbekannte - Ursache oder Ursachen für solche Störungen wurden auf hypothetische Störungen in der Anatomie und/oder physiologischen Funktion des Zentralnervensystems zurückgeführt (Schott/Tölle 2006, 66-78, 116-124). Diese Auffassung wurde z. B. von der Arbeitsgruppe um Gregory Bateson ab 1956 dahingehend kritisiert, dass es sich bei der Schizophrenie gar nicht um eine organisch-somatisch fassbare Störung, sondern um eine gestörte Kommunikationsform handele, also um eine Form des Verhaltens und Erlebens, die in bestimmten familiären Interaktionen *erlernt* wird (Bateson et al. 1956, 1969; Bateson 1981, Teil III). Solche Kommunikationsstörungen sollten nach Auffassung vieler Autoren, z. B. auch von Thomas S. Szasz (Szasz 1960/1972; Keupp 1972), nicht unter den medizinischen Krankheitsbegriff fallen, so dass die Schizophrenie also gar keine Krankheit wäre. Bekanntlich wurde diese Kritik in den folgenden zwei Jahrzehnten von bestimmten Autoren generalisiert und zu der These verschärft, dass alle von der Psychiatrie als Krankheiten angesehenen Störungen in Wirklichkeit keine organisch-somatisch fassbaren Erkrankungen, sondern vielmehr in der sozialen Kommunikation erzeugte oder gelernte, in diesem Sinne „sozial konstruierte“ Verhaltensweisen seien, die fälschlich als Krankheiten „etikettiert“ würden (sog. „labeling approach“; Keupp 1979; Schaler 2004).

Auf diese „antipsychiatrische“ Kritik an der Verwendung des Krankheitsbegriffs wurde von mehreren Autoren damit reagiert, umfassend angelegte philosophische Theorien des *allgemeinen*, also nicht nur auf die Psychiatrie bezogenen Krankheitsbegriffs zu entwerfen (Boorse 1977; Clouser/Culver/Gert 1981; Reznik 1987; Nordenfelt 1987; Fulford 1989) - woraus sich in der Folge die bis heute andauernde medizinphilosophische Diskussion um den Krankheitsbegriff entwickelte. Diese inzwischen sehr breite, differenzierte und komplizierte Diskussion ist von Anfang an durch eine Spaltung in zwei „Lager“ gekennzeichnet gewesen, in denen sich die ursprüngliche Gegenüberstellung der klassischen Psychiater und der sozialkonstruktivistischen Antipsychiater noch wiedererkennen lässt: in das Lager der *Naturalisten* und das der *Normativisten*. Zum naturalistischen Lager werden üblicherweise die Autoren gerechnet, in deren Krankheitstheorie *nicht* auf Werturteile, Werte, individuelle Präferenzen oder soziale, kulturabhängige Normen rekurriert wird, um den (jeweiligen) Krankheitsbegriff zu definieren, zu begründen oder anderweitig einzuführen - sondern lediglich auf *wertfrei beschreibbare*, in diesem Sinne *objektive* Merkmale. Diese Positionen sollten daher eigentlich eher als *deskriptivistisch* oder allenfalls als *objektivistisch* bezeichnet werden (Hoffmann 2013, 253 ff.). Demgegenüber werden alle Autoren, in deren Theorien zu diesem Zweck explizit oder implizit auf solche evaluativen oder normativen Prämissen zurückgegriffen wird, zum Lager der *Normativisten* gerechnet.

Diese gerade skizzierte Unterscheidung ist keineswegs so klar und eindeutig bestimmt, wie es auf den ersten Blick erscheint. Es lassen sich nicht nur in beiden Lagern erhebliche Unterschiede zwischen den jeweils herangezogenen Merkmalen, Kriterien oder Prämissen aufzeigen, sondern es ist häufig sogar unklar oder kontrovers,

1. ob ein herangezogenes Merkmal - z. B. die Begriffe der Funktion, der Fähigkeit oder des Ziels -

als deskriptiv oder normativ einzuordnen ist;

2. was alles als „Wert“ oder „Norm“ zählt und ob hier nicht erheblich differenziert werden müsste;
3. und welches die Intention der vorgelegten Krankheitstheorie selbst im Hinblick auf die wissenschaftliche Medizin und deren Krankheitslehre ist:
 - Soll die (philosophische) Krankheitstheorie die medizinische Theorie präzisieren, begründen, kritisieren oder ersetzen?
 - Soll sie aus dem vorwissenschaftlichen, unsystematischen und widersprüchlichen Sprachgebrauch des Alltags einen konsistenten „lebensweltlichen“ Krankheitsbegriff herausdestillieren - und wenn ja, wozu?
 - Oder soll sie gar eine neue, „alternative“ Medizin und Krankheitslehre etablieren?

Vor allem die dritte Teilfrage bleibt bisher nicht nur in der Regel unbeantwortet, sondern es fehlt auch jeder Versuch, die heutige medizinische Krankheitslehre in ihrer begrifflichen und theoretischen Struktur so vollständig und explizit zu rekonstruieren, dass ein Vergleich mit den philosophischen Theorien überhaupt möglich und sinnvoll ist. Nicht selten findet sich in der philosophischen Literatur das Missverständnis, der medizinische Krankheitsbegriff gehöre zur *Biologie* oder werde durch *Biologen* definiert (Gottschalk-Mazouz 2008, 75 ff.; Roughley 2007, 127). Oder es wird unterstellt, dass die *naturalistische* Position des *Philosophen* Boorse die authentische Wiedergabe oder Explikation des *medizinischen* Krankheitsbegriffs sei. Dass es eine eigenständige *Wissenschaft der Pathologie* bzw. *Krankheitslehre* gibt, die zum Kern der *medizinischen* Theoriebildung gehört, ist offenbar manchen philosophischen Autoren nicht einmal bekannt. Insbesondere Roughley stellt den Wissenschaftscharakter der Medizin mit diesem Argument - zuständig sei die *Biologie* - in Frage (ebd.) und ignoriert damit die wissenschaftliche Entwicklung der letzten 200 Jahre in den *life sciences* komplett (Büchner/Letterer/Roulet 1969; Rothschild 1975, 1978; Porter 2007; Hucklenbroich 2007b, 151-152). Die mangelnde Bekanntheit der wissenschaftlichen Krankheitslehre ist wohl auch hauptverantwortlich dafür, dass in der philosophischen Literatur zum Krankheitsbegriff die Anzahl der Normativisten weit überwiegt: Im *Alltagsverständnis* ist Krankheit grundsätzlich etwas Schlechtes, ein Übel wie Kriminalität oder Krieg, und es liegt daher nahe, bei der philosophischen Explikation diese Wertung zu übernehmen und womöglich definatorisch in den Krankheitsbegriff einzubauen. Diese „lebensweltliche“ Wertung lässt sich jedoch nicht auf den wissenschaftlichen Krankheitsbegriff übertragen - aus verschiedenen Gründen, nicht nur wegen des Wertfreiheitspostulats für Wissenschaft, sondern auch deswegen, weil Inhalt und Umfang des wissenschaftlichen Begriffs sich stark von denen der lebensweltlichen Vorstellung unterscheiden (vgl. dazu unten 2.4.2. und 3.3.2.), und weil die wissenschaftlichen Krankheitskriterien bereits den rationalen Gehalt der Alltagswertung in Form des Krankheitswertes ausreichend berücksichtigen (vgl. 2.4.2. und 3.2.).

Ich will daher im folgenden nicht etwa versuchen, die unabgeschlossene und zunehmend unübersichtlicher werdende philosophische Debatte mit allen ihren Verästelungen darzustellen und aufzuarbeiten.¹ Vielmehr möchte ich als Ergebnis dieser Untersuchung zeigen, dass und wie sich die beiden scheinbar unvereinbaren medizinphilosophischen Grundpositionen so in ein Verhältnis setzen lassen, dass beiden Seiten in ihren berechtigten Ansprüchen Genüge getan wird und beide zu ihrem Recht kommen, ohne dass ein theoretischer Widerspruch entsteht. Überraschenderweise wird sich zeigen, dass diese vermittelnde Position sowohl dem Wissenschaftsprogramm als auch der Theorie und Praxis der heutigen Medizin entspricht und aus ihr heraus entwickelt werden kann - es bedarf also gar nicht einer philosophischen Neuerfindung des Rades *Krankheitsbegriff*. Allerdings kann man dies erst auf der Basis einer genauen wissenschaftstheoretischen Analyse erkennen: Es ist zu zeigen, dass bereits die grundlegende Vokabel „Krankheit“ in der wissenschaftlichen Verwendung

¹Einen ersten Eindruck über die Vielgestaltigkeit der Debatte erhält man aus den neueren Sammelwerken wie Caplan/Engelhardt/McCartney 1981, Humber/Almeder 1997, Nordenfelt 2001, Caplan/McCartney/Sisti 2004, Schramme 2012. Einen umfassenden Überblick versucht Boorse in seinem Handbuchartikel von 2011 zu geben. Die deutschsprachige Rezeption und Weiterführung findet sich u. a. in Schramme 2000, Lenk 2002, Groß/Müller/Steinmetzer 2008, Zurhorst/Gottschalk-Mazouz 2008, Rothhaar/Frewer 2012, Hucklenbroich/Buyx 2013. Die neueste Positionsbestimmung maßgeblicher Autoren dieser gesamten Diskussion findet sich im Dezemberheft 2014 des „Journal of Medicine and Philosophy“ (Special Issue zu Ehren von Christopher Boorse).

eine vom Alltags- und Laienverständnis abweichende Form und Bedeutung erhält, und dass an die Stelle eines globalen Krankheitsbegriffs ein ganzes Theorienetz tritt, das die zentralen Konzepte der *Krankheitsentität* bzw. Krankheitseinheit, der *Krankhaftigkeit* bzw. Pathologizität, sowie des *Krankheitskriteriums* und verschiedener Arten von Krankheitskriterien umfasst. Dieses krankheitstheoretische Begriffsnetz wird ergänzt durch theoretisch-praktische Brückenbegriffe, nämlich die Begriffe des medizinischen *Behandlungsziels*, der *Behandlungsbedürftigkeit* und der medizinischen *Indikation*. Erst mit diesen letzteren Begriffen wird die Brücke zu echten *praktischen*, evaluativen und normativen Überlegungen und somit zur *Normativität* geschlagen. Für die Frage, ob und inwiefern von einer Werthaltigkeit oder Wertbehaftetheit bereits der *krankheitstheoretischen* Begriffe gesprochen werden kann, wird die Analyse des Status der Krankheitskriterien hinsichtlich *Objektivität* und *Subjektivität* und eine Präzisierung dieser beiden Begriffe die entscheidende Antwort liefern. Die hier vertretene These besagt, dass *Krankhaftigkeit* und *Krankheitswert* eine objektive Wertdimension bilden, die in der psychosomatischen Natur des Menschen verankert ist und daher nicht durch subjektive und soziokulturelle Werte veränderbar, sondern höchstens interpretierbar und überlagerbar ist. Insbesondere können objektive Werte wie der Krankheitswert nicht ohne einen expliziten, sozialen Prozess der *Normbegründung* in soziale Normen, Pflichten oder Rechte überführt werden: Eine sozusagen *automatische Konvertierung* des Krankheitswertes in z. B. eine ärztliche Berufsnorm (Behandlungspflicht) oder eine allgemeine Rechtsnorm hat keine Grundlage und würde sogar mit den Prinzipien der Selbstbestimmung und Autonomie in Konflikt geraten.

In den folgenden Abschnitten werden die gerade genannten Zentral- und Brückenbegriffe der Krankheitslehre der Reihe nach abgehandelt und auf diese Weise der Weg zu den normativ-evaluativen Dimensionen des Krankheitsbegriffs nachgezeichnet.

2. Grundbegriffe der medizinischen Krankheitslehre

In diesem Abschnitt werden die oben genannten krankheitstheoretischen Konzepte der Medizin vorgestellt, kurz charakterisiert und ggf. anhand von Beispielen erläutert. Dabei wird besonderer Wert darauf gelegt, die Unterschiede zwischen den wissenschaftlichen Konzepten und dem vorwissenschaftlichen, bei medizinischen Laien vorherrschenden Krankheits- und Begriffsverständnis herauszuarbeiten. Meine Arbeitshypothese hier und im folgenden Abschnitt, der die theoretisch-praktischen Brückenbegriffe behandelt, besteht darin, dass die allermeisten Unklarheiten und Kontroversen der bisherigen medizinphilosophischen Debatte über den Krankheitsbegriff sich in diesem konzeptuellen Rahmen auflösen lassen bzw. gar nicht erst entstehen.

2.1. „Krankheit“ als Singularetantum und als Gattungsbegriff

In der Alltagssprache und von medizinischen Laien werden die Wörter *Krankheit* und *Gesundheit* überwiegend oder ausschließlich in einer Weise verstanden und gebraucht, die grammatikalisch der Kategorie des *Singularetantums* entspricht: Sie haben keinen Plural bzw. können nicht sinnvoll in den Plural gesetzt werden, weil sie als Bezeichnungen für abstrakte, nicht zählbare Zustände oder Entitäten aufgefasst werden. Zum Beispiel gibt es nicht mehrere „Gesundheiten“, und auch der unbestimmte Artikel „eine Gesundheit“ ergibt neben „die Gesundheit“ keinen Sinn. Andere Singulariatantum sind etwa *Lärm*, *Ruhe*, *Durst*, *Liebe*, *Post*, *Denken*, *Kriminalität*, außerdem *Stoffnamen* wie Gold, Sauerstoff oder Plastik - die grammatikalische Kategorie *Singularetantum* ist also keineswegs unüblich oder selten.

Während nun aber *Gesundheit* ein echtes Singularetantum ist, da niemand außer im Scherz von „Gesundheiten“ reden würde, gehört *Krankheit* zu den *unechten* Singulariatantum, da es eine zweite (fachsprachliche) Bedeutung hat, in der es einen Plural *Krankheiten* gibt: Dies ist die Bedeutung als

Gattungsbegriff, d. h. als Oberbegriff für *Krankheiten* im Sinne von Krankheitsarten (*species morborum*). *Krankheit* als Gattungsbegriff ist Oberbegriff z. B. zu *Grippe*, *Lungenkrebs* oder *Rauchvergiftung* und kann in Sätzen der Form „X ist *eine* Krankheit“ verwendet werden. Diese Bedeutung als Gattungsbegriff ist wiederum nicht zu verwechseln mit der type-token-Unterscheidung, also der Unterscheidung zwischen der *Krankheitsart* und der singulären Einzelerkrankung, dem *Krankheitsfall* einer Krankheitsart. Um die Bedeutung von Krankheit als Gattungsbegriff (im Unterschied zum alltagssprachlichen Singularetantum) hervorzuheben, werden in der Fachsprache die beiden gleichbedeutenden termini technici *Krankheitsentität* und *Krankheitseinheit* - in populärerer Sprechweise auch noch *Krankheitsbild* - verwendet, womit also die verschiedenen Arten bzw. Typen von Krankheiten gemeint sind, die die medizinische Wissenschaft kennt.

Das alltagssprachliche Singularetantum *Krankheit*, das als Gegensatz zu *Gesundheit* konzipiert ist, hat in der wissenschaftlichen Medizin strenggenommen keinen Platz: Den abstrakten Zustand „Krankheit“, der keine Arten oder Unterarten und daher keinen Plural kennt, gibt es nicht mehr, weil es nur noch die verschiedenen Krankheitsentitäten und deren Oberbegriff - *Krankheit* als Gattungsbegriff - geben kann: der weitere Gebrauch von „Krankheit“ im Sinne eines Singularetantum ist veraltet und zeigt allenfalls den Zustand eines Nichtwissens, einer Unkenntnis der Existenz von Krankheitsentitäten an; er ist daher in den vor- oder außerwissenschaftlichen Sprachgebrauch zu verweisen. Aber in der Kommunikation zwischen Ärzten und medizinischen Laien wird dieser Begriff und die Kenntnis seiner abweichenden Bedeutung natürlich ständig gebraucht.

Ich möchte an dieser Stelle festhalten: Eine philosophische oder wissenschaftstheoretisch konzipierte Krankheitstheorie, die nicht hinter den Erkenntnisstand der modernen Medizin zurückfallen will, muss daran anknüpfen, dass „Krankheit“, wenn es als type- und nicht als token-Bezeichnung verwendet wird, immer einen Gattungsbegriff bezeichnet, woraus folgt: Wer überhaupt krank ist, d. h. eine Krankheit hat, hat immer eine *bestimmte* Art von Krankheit; eine artfreie „allgemeine“ Krankheit gibt es nicht, genauso wenig wie es ein chemisches Element gibt, das nicht ein *bestimmtes* Element von den bekannten 117 chemischen Elementen ist. Diese Feststellung bedeutet das wissenschaftliche Aus für alle Theorien, die ein allgemeines *Wesen der Krankheit* im Sinne einer nicht in Arten aufteilbaren Erscheinung suchen oder behaupten: Ein solches allgemeines Wesen könnte allenfalls im Inhalt der Krankheitskriterien gesehen werden, die aber den Gattungsbegriff und nicht den Singularetantum-Begriff konstituieren. Dasselbe gilt für Versuche, die das Konzept „Krankheit“ im Ausgang von der alltagssprachlichen bzw. „lebensweltlichen“ Bedeutung und Verwendung zu explizieren versuchen. Insbesondere alle Beiträge zur Lösung der schwierigen gesundheitspolitischen und ethischen Probleme, die mit Themen wie „Verteilungsgerechtigkeit“, „genetische Beratung“, „Präventivmedizin“, „individualisierte/personalisierte Medizin“ und „Priorisierung“ verbunden sind, erfordern eine differenzierte Betrachtung der involvierten Krankheiten (Krankheitsentitäten) und können mit den diffusen, unvollständigen und unsystematischen Vorstellungen der Alltagssprache kaum zum Erfolg kommen. Auch wenn das Phänomen *Krankheit* philosophisch-anthropologisch gedeutet und vertieft werden soll, etwa im Rekurs auf die Theorien von Heidegger, Merleau-Ponty oder Plessner (Lanzerath 2000, 2015), ist nur eine Anknüpfung an den aktuellen Wissensstand der Medizin und nicht an veraltete, fehlerbehaftete oder laienhafte Vorstellungen sinnvoll und seriös.

2.2. Grundprinzipien der Krankheitslehre

Bisweilen wird in der medizintheoretischen Literatur der Standpunkt vertreten, einen vollständig gesunden Menschen gebe es nicht, bzw. pointiert: ein Mensch, der angeblich vollständig gesund sei, sei nur noch nicht gründlich genug untersucht worden. Diese Bemerkung kann auf zweierlei Weise verstanden werden: als bloß *empirisch* gemeinte Behauptung, mit der die Ubiquität von Erkrankungen hervorgehoben werden soll, oder als *begriffliche* Wahrheit, die eine Eigenschaft des

wissenschaftlichen Krankheitskonzepts herausstellen soll. Der zweite Fall würde dann die These implizieren, dass die krankheitstheoretische Begrifflichkeit schon semantisch, aufgrund ihrer Definitionen, die Möglichkeit eines gesunden Organismuszustands oder, in abgeschwächter Fassung, eines Lebens ohne jede Erkrankung ausschliesse. Diese These ist jedoch nirgendwo ernsthaft untersucht oder belegt worden und ist *falsch*; es muss im Gegensatz zu ihr betont werden, dass es eine grundlegende Bedingung der medizinischen Krankheitslehre ist, dass ein individuelles Leben ganz ohne Erkrankungen prinzipiell, d. h. theoretisch und begrifflich, möglich ist, selbst wenn dieser Fall faktisch-empirisch nicht vorkommen sollte. Dies ist also eine *Forderung* an die Begrifflichkeit der Krankheitslehre: Es soll und darf nicht schon begrifflich ausgeschlossen sein, dass ein gesunder Zustand und ein gesundes Leben überhaupt möglich sind und vorkommen können, sonst ist die Unterscheidung hinfällig und das Begriffssystem wäre in sich widersprüchlich und somit inadäquat. Damit wird eine *Adäquatheitsbedingung* als eine Art *konstitutives* Prinzip der Krankheitslehre ausgedrückt, das eine grundlegende begriffliche Intuition wiedergibt: Dass die Unterscheidung zwischen gesund und krank(haft) prinzipiell überhaupt sachhaltig ist. Denn wenn die Möglichkeit „gesund“ bereits begrifflich ausgeschlossen wird, ist die Unterscheidung sinnlos. Man kann diese Adäquatheitsbedingung als ein erstes **Prinzip der Krankheitslehre** betrachten. Dieses Prinzip hat in der Tat konstitutive Funktion: Aus ihm folgt unter anderem für die Formulierung der *Krankheitskriterien*, dass Vorgänge und Zustände, die im Leben jedes Menschen *unvermeidlich* sind (unter natürlichen, nicht künstlich veränderten Bedingungen), nicht krankhaft sind und auch nicht als krankhaft gewertet werden dürfen - sonst gäbe es kein einziges vollständig gesundes Leben. Dazu gehören z. B.

- die *Sterblichkeit*, d. h. die endliche Dauer des individuellen Lebens,
- das Unterworfensein unter einen natürlichen *Entwicklungs- und Lebenszyklus* mit unterschiedlichen Phasen und Altersstufen und unterschiedlichen Fähigkeiten,
- der sexuelle Dimorphismus mit der Gebundenheit an die *heterosexuelle Reproduktion*,
- aber z. B. auch die Abhängigkeit des Neugeborenen von der extrakorporalen *Symbiose* mit einem mütterlichen Wesen bzw. einem „sozialen Uterus“.

Diese negativen Krankheitskriterien werden im vorliegenden Aufsatz nicht weiter besprochen; sie sind an anderer Stelle von mir ausführlich und anhand von Beispielen dargestellt worden (Hucklenbroich 2011, 2012a-c, 2013, 2014a-b, 2015a).

Während das erste Prinzip begrifflich sichert, dass eine Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit überhaupt sinnvoll ist („Sinnprinzip“), wird durch ein **zweites Prinzip** sichergestellt, dass diese Unterscheidung auch vollständig ist. Dieses zweite Prinzip (Vollständigkeitsprinzip 1) ist regulativer Art, da es fordert, dass prinzipiell *alle* krankhaften Lebensvorgänge im Rahmen der Krankheitslehre theoretisch-systematisch erfasst werden, dass es also neben gesunden und krankhaften Vorgängen keine dritte Kategorie gibt. Diese Forderung kann nur im Rahmen systematischer empirischer Forschung und entsprechender theoretischer Begriffsbildung, d. h. im Rahmen des medizinischen Erkenntnisfortschritts, eingelöst werden. Das Vollständigkeitsprinzip hat u. a. die Konsequenz, dass die Krankheitslehre auch Vorgänge und Zustände wie Verletzungen, Wunden und Verbrennungen, Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen, Vergiftungen, krankheitsbedingte Behinderungen sowie psychiatrische und psychosomatische Krankheiten und Leidenszustände umfasst, wodurch ihr Krankheitsverständnis sehr viel umfassender als das verbreitete lebensweltliche Verständnis von „Krankheit“ ist. Die wissenschaftliche Entwicklung in der Krankheitslehre hat inzwischen eindrucksvoll bestätigt, dass die genannten vorwissenschaftlichen Unterscheidungen tatsächlich keine sachlichen Grenzen markieren, da die kausalen und pathogenetischen Vorgänge diese Grenzen nicht beachten: Z. B. kann eine Krankheit, d. h. eine definite Krankheitsentität wie Vitamin-C-Mangel oder Knochenkrebs, als eine *innere* (internistische) *Stoffwechselstörung* oder ein *malignes Wachstum* beginnen, dann zu Symptomen wie z. B. einer *Fraktur* führen, die eine *Verletzung* darstellen, und dann in eine Phase der chronischen *Behinderung* des Bewegungsapparats durch *Verkrümmung* des Knochens münden. Solche Querverbindungen zwischen den verschiedenen Kategorien krankhafter Veränderungen sind ein häufiges, typisches Phänomen und sind der Grund für

die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit in der klinischen Medizin. Das Vollständigkeitsprinzip 1 fordert also nicht etwa eine willkürliche Vereinnahmung heterogener Sachverhalte, sondern spiegelt einen tiefliegenden Grundzug des Phänomens *Krankheit* in seiner Einheit und zugleich Vielgestaltigkeit wieder.

Wie durch die Bezeichnung des zweiten Prinzips schon angedeutet ist, existiert noch ein **drittes Prinzip** der Krankheitslehre, das ebenfalls eine bestimmte *Vollständigkeitsbedingung* formuliert (Vollständigkeitsprinzip 2). Dieses Prinzip ist vom lebensweltlichen Verständnis am weitesten entfernt, ist für die Wissenschaftlichkeit der Medizin jedoch das wichtigste, insofern erst auf seiner Basis das Erfahrungsmaterial der Medizin in eine begrifflich und kausal erklärungs-fähige Ordnung und Form gebracht werden kann. Es besagt: Die Gesamtheit der krankhaften Vorgänge und Phänomene lässt sich in die Form eines Systems von *Krankheitsentitäten* bringen und einordnen. Das bedeutet: Es gibt keine krankhaften Phänomene außerhalb bestimmter Krankheitsentitäten, sondern alle konkreten, singulären Erkrankungen sind Einzelfälle (token) von Krankheitsentitäten oder deren singuläre Teilerscheinungen, Symptome oder Manifestationen. Das System der Krankheitsentitäten hat für die Medizin eine ähnliche grundlegende Bedeutung wie das Periodensystem der Elemente für die Chemie, es ist allerdings wie dieses erst auf der Grundlage tiefgehender kausalanalytischer Erforschung des Gegenstandsbereichs erkennbar; darüber hinaus ist dieses System - die medizinische *Nosologie* - erheblich komplexer als das chemische Periodensystem, natürlich weil das Leben eines menschlichen Organismus erheblich komplexer als ein chemisches Atom ist. Wegen dieser Komplexität hat sich die auf Krankheitsentitäten beruhende Systematik der Medizin wissenschaftsgeschichtlich erst ab dem späten 19. Jahrhundert und überwiegend sogar erst im 20. Jahrhundert entwickeln können.² Das System ist auch noch keineswegs vollständig bekannt und etabliert, sondern es gibt eine Anzahl von klinischen Beobachtungen, die noch nicht sicher erklärt und zugeordnet sind und die daher als „Syndrome“ oder „klinisch definierte“, vorläufige Krankheitsentitäten bezeichnet werden. Insbesondere die „Störungen“ der psychiatrischen Krankheitslehre, wie sie z. B. in ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) und DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) erfasst sind, stellen solche vorläufigen Krankheitsentitäten dar.

2.3. Krankheitsentitäten³

Die Arten von Krankheiten werden als Krankheitsentitäten oder Krankheitseinheiten bezeichnet. Sie werden als disjunkte Begriffe mit scharfen Grenzen aufgefasst, d. h. jeder singuläre Krankheitsfall ist eindeutig einer einzigen Krankheitsentität zuzuordnen: Das ist Inhalt der *Diagnose*. Es ist zwar möglich, dass ein Patient gleichzeitig oder zeitlich überlappend mehrere Krankheiten erleidet, aber dann liegen entweder mehrere eindeutig unterscheidbare Krankheitsentitäten gleichzeitig vor (Komorbidität, Multimorbidität), oder durch die kausale Interaktion mehrerer Krankheitsursachen liegt dann eine neue, selbst aber eindeutig bestimmte komplexe Krankheitsentität vor. Aufgrund

²Eine vorzügliche historische Darstellung der Vorgeschichte und Entwicklung der auf Krankheitsentitäten beruhenden nosologischen Systematik gibt Temkin 1963. Die historische Entwicklung in der Erkenntnis der einzelnen Krankheitsentitäten wird umfassend dargestellt in Kiple 1993; kürzer schon bei Ackerknecht 1963. Der historische Abriss bei Engelhardt 1975/2012 vernachlässigt dagegen die wissenschaftstheoretische Bedeutung des Konzepts für die heutige Medizin.

³Der Begriff der Krankheitsentität kann an dieser Stelle nur ganz komprimiert und summarisch dargestellt werden. Ausführlichere und ergänzende Darlegungen, die auch auf Probleme und Missverständnisse mit diesem Begriff eingehen, finden sich in meinen Arbeiten Hucklenbroich 2014a, 2014b, 2015a, 2015b. In der philosophischen Diskussion haben Caroline Whitbeck 1977 und vor allem Lawrie Reznek 1987 schon früh auf die Bedeutung des Konzepts hingewiesen, mit zunächst nur wenig Resonanz (D'Amico 1995, Reznek 1995). Erst in einigen Beiträgen aus jüngster Zeit wird dem Konzept wieder Aufmerksamkeit geschenkt, und zwar vor allem im Kontext der Diskussion um natürliche Arten und ontologische Konzepte von Krankheit. Vgl. Sulmasy 2005, Dragulinescu 2010, Simon 2010 und den Handbuchartikel Simon 2011. Eine aktuelle Fallstudie zum Konzept „Krankheitsentität“ am Beispiel der fraglichen Krankheitsentität „Fibromyalgie“ ist Rahlmeyer 2014.

dieser Eigenschaft ermöglicht der Begriff der Krankheitsentität theoretisch eine disjunkte Klasseneinteilung und Klassifizierung aller Einzelfälle von Erkrankungen und praktisch eine erfolgreiche *Differentialdiagnostik* und Diagnose.. Ein Beispiel möge das Gesagte illustrieren: Die gewöhnliche Erkältung, die wissenschaftlich als eine bestimmte virale Infektion der oberen Atemwege definiert ist, stellt eine Krankheitsentität A dar. Das Auftreten einer oder einiger weniger relativ harmloser Hautwarzen (*Verruca vulgaris*, *Verrucosis*) ist eine andere, ebenfalls viral bedingte Krankheitsentität B. Wenn ein Warzenträger sich erkältet, liegt ein einfacher Fall von Komorbidität vor, da A und B kausal nicht interagieren. Wenn allerdings die Erkältung so heftig verläuft, dass das Immunsystem erheblich geschwächt wird (Immunkompromittierung, Krankheitsentität C), kann dies die Folge haben, dass auch die Warzenerkrankung sich verschlimmert („exazerbiert“). Dieser Fall wird zwar in der Praxis auch als Komorbidität bezeichnet, strenggenommen ist jedoch durch die Interaktion der beiden Krankheiten A und B eine komplexe Krankheitsentität D entstanden, da die Schwächung des Immunsystems mit der Folge der Exazerbation der Warzenerkrankung weder zur Definition der Erkältung noch der Warzenerkrankung gehört. Solche neuen, komplexen Krankheitsentitäten bekommen üblicherweise aber keine ganz neuen Bezeichnungen, sondern werden durch „molekulare“ Wendungen wie „Exazerbation von A infolge durch B bedingten Auftretens von C“ bezeichnet (und können vielleicht als medizinische Analoga zu chemischen Molekülen bzw. Verbindungen betrachtet werden). Teilweise werden solche komplexen Entitäten auch als „Komplikationen“ oder „Folgeerkrankungen“ bezeichnet und einsortiert; dies widerspricht aber nicht der hier vorgelegten Analyse, sondern zeigt nur, dass die krankheitstheoretische *Terminologie* noch einer Vereinheitlichung bzw. Präzisierung bedarf. Die bisher vorliegenden Klassifikations- und Nomenklatorsysteme wie ICD und SNOMED (*Systematized Nomenclature of Medicine*) sind in dieser Hinsicht noch nicht ausgereift.

Krankheitsentitäten bestehen nicht aus einzelnen (Typen von) Symptomen oder Befunden, sondern stellen jeweils vollständige *Verlaufstypen* von Erkrankungen dar. Das bedeutet, dass sie den gesamten *natürlichen* (therapeutisch unbeeinflussten) Verlauf der Erkrankung, von der ersten Krankheitsursache bis zum Krankheitsausgang, umfassen, wobei der Ausgang in Heilung, Defektheilung, Chronifizierung oder Tod bestehen kann. Zum Verlauf rechnen Vorgänge auf allen Ebenen des Organismus, vom psychischen Erleben bis zum Molekül, insoweit sie zur Krankheit gehören, d. h. Krankheitskriterien erfüllen. Im weiteren Sinne kann man auch noch den Verlauf unter einer therapeutischen Behandlung, also den *behandelten Verlauf*, als Teil einer Krankheitsentität ansehen. Das ist dann nicht mehr der natürliche Verlauf, und die natürliche Krankheitsentität wird zu einer *behandelten Krankheit* bzw. *Krankheitsentität*. Es handelt sich in beiden Fällen insofern um *Typen* oder *Muster* von Verläufen, als jeder Einzelfall einer Krankheitsentität eigene Spezifika und individuelle Variationen aufweisen kann, die sich auf die Ausprägung, den Schweregrad, das Auftreten oder Nicht-Auftreten von Manifestationen und deren zeitliche Charakteristik - z. B. *Stadien* oder *Schübe* - beziehen. Die Definition einer Krankheitsentität definiert also einen bestimmten *Spielraum* möglicher natürlicher (bzw. behandelter) Verläufe, die zu dieser Krankheitsentität gehören, und schließt alle außerhalb dieses Spielraums liegenden Verläufe aus.

Jeder Einzelfall einer natürlichen Krankheitsentität stellt einen *autonomen, kausalen Prozess* dar, die sogenannte *Pathogenese* einschließlich der *Hygiogenese* bzw. *Salutogenese*, der mit dem Eintreten der *Erstursache*, dem sogenannten *ätiologischen Faktor*, beginnt. Insgesamt spricht man von der *Ätiopathogenese*. Der etymologisch eigentlich korrekte Begriff *Hygiogenese* für die Gesundheitsphase wurde von Rothsuh (1959, 257 ff.) geprägt. In der gegenwärtigen Literatur hat sich jedoch der von Antonovsky (1987/1997) eingeführte Begriff der *Salutogenese* durchgesetzt, obwohl dieser eigentlich an spezifischere theoretische Voraussetzungen geknüpft war. Die terminologisch eigentlich korrekten Bezeichnungen (Erst-) *Ursache* und *ätiologischer Faktor* können leider erfahrungsgemäß leicht in die Irre führen und haben in der Vergangenheit, etwa seit dem Ende des 19. Jahrhunderts, permanent für Konfusionen und Kontroversen gesorgt, da sie suggerieren, es müsse sich immer um ein einfaches, elementares Ereignis und eine positive, materielle Einwirkung von au-

ßen auf den Organismus handeln; man denkt dabei gern an das Eindringen pathogener Mikroben oder giftiger Substanzen in den Körper. Dies ist aber nur eine Form möglicher Erstursachen. Eine andere Form sind „negative“ Erstursachen, z. B. das *Fehlen* bestimmter „essentieller“ Nahrungsbestandteile wie der *Vitamine*, was zu den Krankheitsentitäten der *Avitaminosen* führt. Weitere Formen sind *ererbte* Krankheitsursachen, die schon bei der Entstehung (Zeugung) des Individuums vorliegen, weil eine Keimzelle schon im elterlichen Organismus geschädigt wurde, und *endogene* bzw. *idiopathische* Ursachen, die als spezifische *Variante* des „normalen“ Lebensprozesses bestimmter Individuen auftreten, ohne dass ein spezifisches schädigendes Agens oder Ereignis identifiziert werden könnte. Aber in allen Fällen, auch im letztgenannten, kann ein Vorgang (prinzipiell) identifiziert oder hypothetisch angenommen werden, der den *Übergang* zur Erkrankung, zum Vorliegen einer bestimmten Krankheitsentität, darstellt und markiert: Dies ist die Erstursache, der ätiologische „Faktor“, der natürlich in sich eine komplexe, zusammengesetzte Struktur enthalten kann, d. h. der als eine Kombination von „Einzelereignissen“ *erscheinen* kann.

Ein häufig erhobener Einwand gegen diese Auffassung besteht dementsprechend darin, dass viele Krankheiten „multifaktoriell“ bedingt seien und daher keine einzelne oder einzige Erstursache hätten. Aber dieser Einwand lässt sich leicht dadurch entkräften, dass solche angeblich multifaktoriellen Verursachungen immer einem von drei wissenschaftstheoretisch unproblematischen Spezialfällen angehören: Es handelt sich entweder

1. um *Sequenzen* aufeinander folgender bzw. überlappender einzelner Krankheitsentitäten, die zu einer oder mehreren *komplexen* Krankheitsentitäten zusammentreten, also um den oben beschriebenen Fall von Ko- und Multimorbidität bzw. komplexen Krankheitsentitäten, oder
2. um den Fall *komplexer, synergistischer* Teil-Krankheitsursachen, d. h. den Fall, wo zwei oder mehr Ereignisse E_1, E_2, \dots, E_n nur im Zusammenwirken überhaupt pathogen sind, während die einzelnen E_i und die unvollständige Kombination von E_i noch gar keinen Übergang zu einer Krankheitsentität auslösen, d. h. die Erstursache *ist erst* die „Summe“ bzw. Kombination aller E_i ; oder
3. um eine erweiterte Betrachtung der gesamten Kausalkette um *Vorgänge in der Umwelt*, die zwar weitere, entferntere Ursachen der Erstursache sind, die aber nicht mehr spezifisch oder logisch notwendig für den Übergang zur Erkrankung sind, daher auch nicht eindeutig, immer und ausschließlich zu dieser Krankheitsentität gehören und nicht in die *Definition* der Erstursache aufzunehmen sind, auch wenn ihre kausale Relevanz im *epidemiologischen* Kontext der Krankheitsentstehung gegeben und statistisch bestätigt ist.

Ein Beispiel zu Fall 3: Mangelnde hygienische Einrichtungen in einer Population (z. B. Stadt, Flüchtlingslager) können zur Verseuchung des Trinkwassers mit Fäkalkeimen wie etwa Choleraeribionen oder Ebolaviren führen, was eine epidemieartige Ausbreitung der Krankheitsentität Cholera bzw. Ebolafieber zur Folge haben kann. Hierbei sind die mangelhaften hygienischen Einrichtungen zwar ein epidemiologischer Kausalfaktor, aber die Erstursache in jedem Einzelfall ist die *Aufnahme* des bakteriellen bzw. viralen Erregers, z. B. durch Trinken verseuchten Wassers oder Essen kontaminierten Fleisches: Diese *Infektion* stellt den Übergang zur singulären Erkrankung dar. So wichtig es sein kann, epidemiologische, umweltbedingte oder soziologische Kausalfaktoren in der Entstehung und Ausbreitung von Krankheiten zu verstehen und z. B. präventiv zu beeinflussen, so abwegig ist es, den Begriff der Krankheitsentität selbst durch solche externen Kausalfaktoren als relativiert oder überholt zu betrachten oder ihn gar als „verengt“, „reduktionistisch“ oder „eindimensional“ zu bezeichnen und ihm ein psychologisches, soziologisches oder epidemiologisches „Krankheitsmodell“ als *gleichberechtigte Alternative* an die Seite stellen zu wollen: Ein und dieselbe Erstursache, und damit ein und dieselbe Krankheitsentität, kann durch sehr verschiedene, kausal weiter entfernt liegende soziale oder environmentale Bedingungen verursacht werden. Würde man dies in die Definition der Krankheit bzw. Krankheitsentität aufnehmen wollen, würde die Einheit von Krankheitsentitäten als autonome, natürliche Prozesse bzw. Prozessstypen aufgehoben und verkannt werden, und die systematische Grundlage der Krankheitslehre würde letztlich preisgegeben zuguns-

ten bloßer statistischer Korrelationen zwischen kausal ganz heterogenen, kontingenten Umweltbedingungen. Auch wenn dies im Namen einer sozialwissenschaftlichen Revision der Medizin immer wieder einmal gefordert wird, so bleibt es doch wissenschaftstheoretisch ein Irrweg und weist den sozialen und environmentalen Bedingungen den falschen systematischen Ort zu: Diese gehören in die Disziplin der *ökologischen* Medizin, die die Sozialmedizin, Umweltmedizin, Arbeitsmedizin und Epidemiologie umfasst, und nicht in die Krankheitslehre. Die auf solchen Missverständnissen beruhenden Revisionsforderungen an die medizinische Krankheitslehre werden seit Jahrzehnten immer wieder erhoben, z. B. in der philosophischen Krankheitstheorie schon bei H. T. Engelhardt (1975/2012, 52 ff.), ohne dass eine wissenschaftstheoretische Begründung vorgelegt worden wäre.

Wenn hier und im folgenden von der *Autonomie* des Verlaufs von Krankheitsentitäten gesprochen wird, so ist das folgendermaßen zu präzisieren: Der natürliche pathogenetische Verlauf, ausgehend von der Erstursache, folgt dem Muster, durch das die Krankheitsentität definiert wird, *unabhängig von Wissen und Willen des betroffenen Menschen*. Der Verlauf ist nur durch die vorgegebenen Merkmale und Dispositionen des Organismus, einschließlich psychischer Faktoren und Dispositionen, sowie akzessorische Einflüsse der Umgebung determiniert; ob der Betroffene überhaupt weiß, was sich abspielt, und ob er lieber nicht krank sein will, kann den Verlauf *nicht direkt* beeinflussen, sondern höchstens indirekt, d. h. durch therapeutische und präventive Intervention (inklusive Selbstbehandlung), wodurch der Krankheitsverlauf von einem natürlichen zu einem behandelten wird. Damit ist allerdings vereinbar, dass die *affektive Einstellung* des Erkrankten zu seiner Krankheit - ob er gesund werden will und darauf hofft, oder ob er resigniert und „sich in seine Krankheit ergibt“ - selbst zu den psychischen Faktoren und Dispositionen gehört, die den Gesamtverlauf *kausal* beeinflussen können. Das wird von der heutigen Medizin theoretisch als Teil der *psychosomatischen Wechselwirkung* gesehen und lässt sich auch empirisch nachweisen. „Autonomie“ von Krankheitsprozessen ist also keineswegs biologistisch-reduktionistisch zu verstehen, sondern erkennt nur den Unterschied zwischen willentlich steuerbaren und dieser Steuerbarkeit entzogenen Vorgängen in Organismus und Psyche an. Dieser psychosomatische Zusammenhang bildete auch die Grundlage für Antonovskys Konzept der Salutogenese. Dieses wird allerdings inzwischen im Rahmen der „Gesundheitswissenschaften“ um weitere psychologische und soziologische Facetten angereichert und zu unterschiedlichen „Gesundheits- und Krankheitsmodellen“ ausgebaut, die oft - irrtümlich, wie oben begründet - der medizinischen Krankheitslehre als *Alternativen* entgegengestellt werden. Auf diesem Weg würde allerdings die einheitliche Krankheitslehre tendenziell wieder zerfallen in eine Vielzahl divergierender, kontroverser Modelle und Teilaspekte, was wissenschaftstheoretisch einen Rückfall hinter die bereits erreichte systematische Einheit und Einheitlichkeit bedeuten würde. Die Diskussion um solche sozialwissenschaftlichen Gesundheits- und Krankheitsmodelle ist dargestellt z. B. bei Hurrelmann (2010) oder Franke (2012).

2.4. Krankhaftigkeit und Krankheitskriterien

Die Erstursache einer Krankheitsentität stellt einen Übergang zwischen zwei Zuständen des Organismus dar. Damit sie aber die Ursache einer *Krankheitsentität* und nicht einer beliebigen anderen Vorgangsklasse ist, muss der Zustand, zu dem übergegangen wird, ein *krankhafter* sein: Er muss das Merkmal der *Krankhaftigkeit* oder *Pathologizität* besitzen. Damit wird der Begriff der Krankhaftigkeit neben dem der Krankheitsentität das zweite zentrale Theorieelement der Krankheitslehre. Wie aber ist dieser Begriff zu rekonstruieren?

Dies ist die Stelle, an der bisher alle Krankheitstheorien auf Kriterien zurückgreifen, die - zumindest in letzter Instanz - eine Willkürentscheidung von Individuen oder Kollektiven voraussetzen. Selbst solche Autoren, die die zentrale Bedeutung des Begriffs der Krankheitsentität erkennen - wie Caroline Whitbeck oder Lawrie Reznek - , verweisen an dieser Stelle der Rekonstruktion auf Konzepte wie die subjektive Unerwünschtheit von Zuständen oder die subjektiven Behandlungswün-

sche von Ärzten und Betroffenen (Whitbeck 1977; Reznek 1987). Andere Rekonstruktionen, insbesondere die prominente, als naturalistisch geltende Theorie von Christopher Boorse (1977, 1997), verweisen hier einfach auf statistisch erfassbare Häufigkeiten (von Funktionsdefiziten) und nehmen für die Abgrenzung von Krankhaftigkeit Grenz- oder Schwellenwerte an, die gar nicht mehr medizinisch-inhaltlich begründet werden, sondern als durch rein numerisch-statistische Konstrukte wie *Mittelwerte* und *Standardabweichungen* definiert - und damit rein arbiträr festgesetzt - gedacht werden. Gemäß allen diesen Rekonstruktionen bleibt es unverständlich, wie eine einheitliche, systematische Krankheitslehre zustande kommen kann, und woher die ja tatsächlich existierende systematische Krankheitslehre ihre Einheitlichkeit und wissenschaftliche Eindeutigkeit bezieht. Fast scheint es konsequent, wenn Philosophen wie Niels Gottschalk-Mazouz diese Einheitlichkeit auf die „homogene kulturelle Sozialisation“ der Mediziner zurückführen wollen und mit einer baldigen „Pluralisierung“, also dem Zerfall der Krankheitslehre rechnen - wenn nur die Mediziner aufgrund der philosophischen Argumente endlich einsehen wollten, dass ihre Krankheitslehre gar keine objektive Grundlage hat (Gottschalk-Mazouz 2008, 119).

Dem ist aber nicht so. Der Begriff der Pathologizität stützt sich auf einige wenige, seit alters wohl-bekannte *Kriterien*, die nicht auf subjektive Bewertungsmaßstäbe rekurrieren, und eine von daher aufgebaute *Allgemeine Pathologie*. Die Verbindung zwischen den Begriffen der Krankheitsentität und der Krankhaftigkeit (Pathologizität) besteht in der Bedingung, dass ein kausal definierter Organismusprozeß, der als Kandidat für eine Krankheitsentität behauptet wird, nur dann eine wirkliche Krankheitsentität ist, wenn in dem von ihm definierten Spielraum möglicher Verläufe einige - mindestens einer - enthalten sind, die definitiv krankhaft bzw. *pathologisch* sind. Dieser Zusammenhang muss sich nicht nur empirisch, sondern auch theoretisch, aus der Definition der betreffenden Entität E, nachweisen lassen, insofern pathologische Manifestationen zu erwarten sind, die durch die Pathogenese von E kausal bedingt und erklärbar sind. *Zweitens* müssen die fraglichen Manifestationen M, um als pathologisch zu gelten, mindestens ein primäres oder ein sekundäres Krankheitskriterium (bzw. Krankhaftigkeits-Kriterium) erfüllen.

2.4.1. Primäre Krankheitskriterien

Die primären Kriterien für Krankhaftigkeit lassen sich schematisch in 5 Bedingungen formulieren, wobei semantische Überlappungen möglich sind und bei einer Manifestation M auch mehrere Kriterien zugleich zutreffen können:

1. M ist ein vorzeitiger Tod, d. h. M ist identisch mit einem Versterben zu einem früheren Zeitpunkt, als wenn die Krankheitsentität E nicht vorgelegen hätte, oder M ist eine hinreichende Bedingung dafür;
2. M ist ein *autonomer*, d. h. subjektiv als unangenehm bis unerträglich empfundener, aber nicht subjektiv-willensmäßig aufhebbarer körperlicher oder seelischer Leidens- oder Beschwerdezustand, beispielsweise Schmerz, Übelkeit, Atemnot, Juckreiz, Schwindel, unkontrollierbare Angst, ständige oder anfallsartige Schläfrigkeit (Somnolenz, Narkolepsie), langanhaltende traurige Verstimmung (Depression). und weitere (die vollständige Liste ist Teil der Allgemeinen Pathologie einschließlich Psychopathologie);
3. M ist objektiv eine Behinderung, ein (nicht nur statistisches) Risiko oder eine Krankheitsdisposition *in dem Sinne*, dass die Möglichkeit des Auftretens anderer krankhafter Erscheinungen bzw. Krankheitsentitäten durch E erleichtert wird;
4. M ist eine objektive, *autonome* körperliche oder psychosomatische Unfähigkeit zur sexuellen Reproduktion;
5. M ist eine kulturunabhängige, *autonome* körperliche oder psychosomatische Unfähigkeit zum Zusammenleben und zur Kommunikation in symbiotischen Lebensgemeinschaften, insbesondere der Mutter-Kind-Dyade und der Familie.

Diese 5 primären Kriterien sind, obwohl, intuitiv einfach und einleuchtend, in der philosophischen

Diskussion vielfach Missverständnissen und Fehlinterpretationen ausgesetzt. Ich habe an anderer Stelle ausführliche Erläuterungen und Präzisierungen dieses Kriteriensystems dargestellt und verweise deshalb hier nur darauf (Hucklenbroich 2007a-b, 2008, 2011, 2012a-c, 2013, 2014a-b). Im gegenwärtigen Zusammenhang ist ein Punkt von entscheidender Bedeutung: Die 5 Kriterien sind alle als *objektiv* in dem Sinne zu verstehen, dass es nicht von beobachter-relativen Meinungen oder Werthaltungen abhängt, ob sie als vorliegend oder nicht vorliegend beurteilt werden.

Dieser Punkt muss insbesondere für die Kriterien 2 und 5 betont werden, da hier Fehlinterpretationen naheliegen: Mit Leidens- und Beschwerdezuständen werden in Kriterium 2 ausschließlich solche Empfindungen gemeint, deren *Qualität* durch die psychosomatische Konstitution des menschlichen Organismus unvermeidlich und willensunabhängig, d. h. *autonom*, als *aversiv*, d. h. leidvoll oder unlustvoll empfunden wird. Das Paradigma ist die Schmerzempfindung: Selbst wer Schmerzen aktiv aufsucht, sich selbst zufügt oder als Auszeichnung *wertet* (etwa im Sinne Hiobs oder Nietzsches), macht sie nicht zu lustvollen oder leidfreien Empfindungen. Dies gilt ebenso für alle anderen Empfindungsarten, die im Sinne von Kriterium 2 als Leiden gelten. Diese Art von Leidensqualität kann nicht durch individuelle Wünsche oder kulturelle Normen aufgehoben werden, während es dagegen durchaus vorkommt, dass bestimmte Kulturen oder Individuen bestimmte solcher Zustände indifferent oder positiv *werten* oder sogar aktiv herbeiführen. Man denke für letzteres etwa an *Initiationsriten*, die typischerweise mit schmerzhaften, ängstigenden oder belastenden Prüfungen verbunden sind, die aber als erstrebenswert gelten: Ihre weite kulturelle Verbreitung stellt keineswegs ein Gegenargument gegen die *Aversivität* dieser als Prüfungskriterien verwendeten Empfindungsqualitäten dar, vielmehr werden diese gerade dadurch als *aversiv* anerkannt, dass das Aushaltenkönnen solcher Empfindungen als Leistung bzw. Reifezeichen gilt. Auch die Schmerzempfindung selbst galt und gilt in manchen Kulturen und Epochen als etwas, das hinzunehmen, zu bejahren oder sogar als Auszeichnung zu schätzen ist. Diese *Wertung* geht historisch auf religiös oder ideologisch begründete Vorstellungen zurück, die jeweils zu einer Idealisierung und *Heroisierung* des Schmerzertragens geführt haben und z. B. im Rahmen der nationalsozialistischen Ideologie auch Gewaltanwendung (gegen „Schwächere“) legitimiert haben (Sauerbruch/Wenke 1961; Hucklenbroich/Evers 2002; Witte 2014). Diese historische und kulturelle Varianz und Relativität der *Wertung* muss klar abgegrenzt werden von der invarianten, kulturunabhängig *aversiven Qualität* von Schmerzen und anderen Leidensempfindungen. Kriterium 2 beruft sich *ausschließlich* auf die objektive Aversivität und nicht auf die ebenfalls mögliche - negative - *Wertung*; dies wurde bisher in der Diskussion fast immer übersehen und als subjektive Wertung fehlgedeutet (exemplarisch: Gesang 2007). Eine anthropologische Einordnung und Deutung des Schmerzes, die sowohl der objektiven Qualität als auch der subjektiven Wertdimension des Schmerzes gerecht wird, hat Klaus Gahl (2012) vorgelegt.

Kriterium 5 bezieht sich auf die Unfähigkeit zum sozialen Zusammenleben nur in dem Sinne und Ausmaß, wie diese Fähigkeit schon vor jeder soziokulturellen Differenzierung, zur menschliche Lebensform gehört. Damit sind z. B. die Fähigkeit zum *Spracherwerb* oder die Fähigkeit zum *Verstehen universeller nonverbaler menschlicher Kommunikationsformen* gemeint, deren Fehlen als Symptome des *Mutismus* bzw. *Autismus* klassifiziert werden. Auch die Fähigkeit des Neugeborenen zur *Bindung* an eine „mütterliche“ Bezugsperson gehört dazu, deren Fehlen zu tiefgreifenden *Bindungsstörungen* oder sogar zum Verlust der *Lebensfähigkeit* führt. Ob diese Fähigkeiten vorhanden sind oder fehlen, hängt nicht von Normen irgendeiner bestimmten Kultur ab, sondern ist objektiv feststellbar. Wohl aber hängt es von der soziokulturellen Umgebung und ihren Normen ab, ob und wie - z. B. therapeutisch und sozial unterstützend, oder aber vernachlässigend - mit den von solchen Unfähigkeiten Betroffenen umgegangen wird.

Woher stammen die primären Krankheitskriterien, bzw. was ist ihre *Genese*? Hier ist zu unterscheiden zwischen ihrer *naturgeschichtlichen Entstehung* und ihrer *medizingeschichtlichen Erkenntnis*. Naturgeschichtlich beruhen diese Kriterien auf Eigenschaften des (irdischen) Lebens überhaupt, auf spezifischen Merkmalen der Säugetier-Organisation und Fortpflanzung, sowie der speziellen bio-

psycho-sozialen Lebensform des Homo sapiens: Das sind die Vulnerabilität und Necabilität jedes Einzelorganismus, die im Laufe der Evolution ausgebildeten vegetativ-psychischen protektiven Mechanismen (Schmerz, Übelkeit, Atemnot, ...), die evolutionär entstandene Form des sexuellen Dimorphismus und der sexuellen Reproduktion und die für den Homo sapiens spezifische organische und psychische Gebundenheit an eine soziale Gemeinschaft (Familie, Mutter-Kind-Dyade). Diese Bedingungen machen die *bio-psycho-soziale Natur des Menschen* aus, sie sind dem Körper und der Psyche jedes Menschen „eingeschrieben“ und stehen in unlösbarem Zusammenhang miteinander (Nesse/Williams 1997). Die *Erkenntnis* der Existenz, der Bedeutung, des Zusammenhangs und der kausalen Einbettung dieser Bedingungen in die innere und äußere Natur und Umwelt ist dagegen ein äußerst langwieriger, noch nicht vollständig abgeschlossener *historischer* Prozess der Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. In diesem haben sich sowohl die Unterscheidung zwischen Krankheit und anderen Schädigungen („göttliche“ Strafen, Unwetter, Missernten, Angriffskriege, soziale Ungerechtigkeiten, ...), als auch die Unterscheidung zwischen unvermeidlichen, ubiquitären Grenzen (z. B. generelle Sterblichkeit) und nicht ubiquitären, pathologischen Begrenzungen (z. B. Säuglings- und Kindersterblichkeit) erst allmählich herausarbeiten lassen. Dies geschah zunächst allein auf der Basis ärztlicher Erfahrung und Wissenstradition, mit durchaus vielen Um- und Irrwegen, und erst seit wenigen Jahrhunderten zunehmend aufgrund erfahrungswissenschaftlicher Forschung und mit deren Methoden (Temkin 1963; Porter 2007). Die Erkenntnis der primären Krankheitskriterien und ihre Ausarbeitung zu einer wissenschaftlichen, allgemeinen und speziellen Krankheitslehre ist ein historisch sehr junger Vorgang der letzten 100-150 Jahre; dies erklärt auch, warum er sich selbst Medizinhistorikern häufig (noch) nicht vollständig erschließt.

2.4.2. Sekundäre Kriterien und die Allgemeine Pathologie

Die medizinische Forschung hat seit der Mitte des 19. Jahrhunderts immer genauer bestimmt, welche Faktoren und Bedingungen im kausalen Zusammenhang stehen mit Erscheinungen, die im Sinne der primären Kriterien krankhaft sind (Porter 2007; Eckart 2013). Als Ergebnis dieser Forschungen hat sich allmählich ein System von Veränderungen in der äußeren Gestalt (Morphologie), der stofflichen Zusammensetzung (Biochemie) und der zeitlich-kausalen Funktionsweise (Physiologie) des Organismus herauskristallisiert, die folgende drei Bedingungen erfüllen:

1. sie fallen nicht unter die *primären* Kriterien für Pathologizität;
2. sie sind *funktionslos* in dem Sinne, dass ihr *Fehlen* oder *Ausbleiben* nie zu gesundheitlich nachteiligen Folgen führt;
3. diese Veränderungen treten aber entweder als kausale *Folge* von primär pathologischen Erscheinungen auf, oder sie gehören zu einer allgemeineren, übergeordneten Vorgangsklasse, deren Elemente *alle* ebenfalls funktionslos sind, aber mindestens in einem *Teil* aller Einzelfälle zusätzlich pathologisch im Sinne der primären Kriterien sind.

Etwas anschaulicher ausgedrückt, handelt es sich also um Veränderungen, die im Einzelfall harmlos oder „gutartig“ sein können, obgleich sie für Gesundheit nicht erforderlich sind, die aber manchmal bösartig verlaufen, oder deren Entstehungsmechanismus typisch für krankhafte Prozesse ist. Ein Beispiel wäre die schon erwähnte vulgäre *Hautwarze* (Verrucosis), die meist gutartig ist, deren Entstehung aber auf eine *Infektion* mit einer Virenart (Papillomviren) zurückgeht, die typischerweise Krankheitserscheinungen verursacht. Die Hautwarze selbst ist eine *Geschwulst* der obersten Hautschicht, wobei Geschwülste generell typisch für bestimmte Arten von Krankheitsprozessen sind. Für diese Art von Veränderungen und Mechanismen besitzt die Allgemeine Pathologie eine spezifische Fachterminologie; z. B. wird der „Untergang“, d. h. die Zerstörung einer einzelnen Körperzelle (= Zelltod) als *Nekrose* bezeichnet, die mangelhafte Durchblutung eines Organs oder einer Körperregion heißt *Ischämie*, die mangelhafte oder völlig fehlende Versorgung mit Sauerstoff nennt man *Hypoxie* bzw. *Anoxie*, die Vergrößerung eines Organs heißt *Hypertrophie*, die Vermehrung der Zellzahl eines Organs oder Gewebes heißt *Hyperplasie*, usw. Auch subjektiv wahrnehmbare und klinisch-empirisch feststellbare Symptome und Befunde gehören zur Allgemeinen Pathologie in die-

sem Sinne, z. B. „pathologische“ Herztöne und Herzgeräusche, fehlende oder übermäßige Muskelreflexe oder häufige Alpträume. Die Allgemeine Pathologie in diesem Sinne schließt also die Klinische Symptomatologie mit ein, sie ist somit weiter als der in Lehrbüchern der Pathologie dargestellte „Allgemeine Teil“ der Pathomorphologie. Sie enthält vielmehr das gesamte medizinische Krankheitswissen, soweit es nicht in die Lehre von den einzelnen Krankheitsentitäten - die *Spezielle Pathologie* und *Nosologie* - gehört, und bildet den grundlegenden Lehrstoff im klinischen Abschnitt jedes Medizinstudiums (Roessner/Pfeifer/Müller-Hermelink 2008; Fießl/Middeke 2010).

Veränderungen der eben skizzierten Art werden hier als *sekundär* pathologisch bezeichnet. Die Allgemeine Pathologie erforscht und katalogisiert systematisch *alle Arten* von Veränderungen, die im Sinne primärer oder sekundärer Kriterien pathologisch sind, und stellt damit das endgültige, umfassende Kriteriensystem zur Verfügung, mit dessen Hilfe Krankheitsentitäten von Normalvorgängen unterschieden werden können. Hierbei ist keine beobachterabhängige, „subjektive“ Bewertung notwendig oder eingeflossen, sondern es handelt sich insgesamt um objektive bzw. objektivierbare Sachverhalte. Auch in Bereichen, in denen die pathogenetischen Zusammenhänge noch unvollständig oder noch fast gar nicht erforscht sind, was vor allem in Teilen der Psychopathologie und der Psychosomatik der Fall ist, zielt die Forschung auf die Identifikation objektiver bzw. objektivierbarer Kausalzusammenhänge, durch die letztlich psychiatrische und psychosomatische Krankheitsentitäten erkannt werden sollen. Da in diesen Bereichen ein komplexes Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren und Bedingungen zu berücksichtigen ist, handelt es sich bei der Psychopathologie um den Teil der Krankheitslehre, der am schwierigsten zu erforschen ist und daher den letzten, noch unvollständigen Baustein der Allgemeinen Pathologie bildet. Bemerkenswerterweise berufen sich Autoren, die der Krankheitslehre in kritischer Absicht subjektive, soziale oder kulturabhängige Wertungen unterstellen, fast ausschließlich auf diese noch in der Forschungsdiskussion befindlichen und daher gar nicht endgültig philosophisch beurteilbaren Krankheitsbegriffe.

Solche Unterstellungen sind verfrüht und letztlich unberechtigt. Denn auch hier gilt, dass der Krankheitswert von Prozessen nicht durch subjektive oder soziale Wertungen, sondern durch objektive Kriterien zu bestimmen ist - auch wenn diese teilweise noch zu erarbeiten sind und in der Praxis daher hilfswise auf vorläufige, hypothetisch angenommene Kriterien rekurriert werden muss. Dies gilt z. B. für die Kriterien, anhand derer eine pathologische Depression von einer bloßen Trauerreaktion unterschieden wird. Dass hier objektiv fassbare Unterscheidungskriterien existieren und die Unterscheidung nicht willkürlich bleiben muss, lässt sich beim einschlägigen gegenwärtigen Forschungsstand der Psychiatrie aber bereits deutlich erkennen. Die Forschung im Rahmen der biologischen Psychiatrie hat hier bereits bedeutende Fortschritte erzielt, die sich mehr und mehr zu einem pathogenetischen Gesamtbild zusammenfügen. Dies zeigen z. B. die Überblicke von Kendler/Parnas (2008, 2012) und Millon/Krueger/Simonsen (2010); eine medizingeschichtliche Einordnung des gegenwärtigen Standes findet sich bei Walter (2013; dazu Hucklenbroich 2014b).

Die Krankhaftigkeit von Vorgängen und Zuständen wird auch als ihr *Krankheitswert* bezeichnet. Die hier vorgelegte Rekonstruktion zeigt, dass der Begriff des Krankheitswertes einen *objektiven Wert* bezeichnet, also nicht etwa eine Art von Wert, die subjekt- oder beobachterabhängig ist, kulturelle Normen zum Ausdruck bringt oder gar von ethischen, moralphilosophischen oder politischen Standpunkten abhängt. Daher muss allen Argumenten widersprochen werden, die eine Zuständigkeit der Ethik oder gar soziopolitischer Instanzen für die Definition des Krankheitsbegriffs beanspruchen. Die Zuständigkeit der Ethik für den Krankheitsbegriff wird u. a. behauptet von Wieland (1986, 2004), Wiesing (1998, 2004, 2007) und Stoecker (2009), allerdings mit unterschiedlichen Argumenten und Stoßrichtungen. Dagegen hat Dieter Birnbacher (2002, 2006) in diesem Zusammenhang deutlich unterschieden zwischen verschiedenen Arten von Standards und Zuständigkeiten. Die Argumente für eine angebliche Zuständigkeit der Ethik unterliegen zusätzlich einer wissenschaftstheoretischen Verwechslung, indem sie den Krankheitsbegriff und seine Bedeutungsbe-

stimmung vermischen oder identifizieren mit den Begriffen der Behandlungsindikation und der Behandlungsbedürftigkeit. Diese beiden letzteren Begriffe markieren in der Tat den Übergang zu normativ-praktischen Betrachtungen, sind jedoch von den krankheitstheoretischen Begriffen klar zu unterscheiden und im Sinne einer rationalen gesundheitspolitischen Diskussion auch separat zu diskutieren. Bedeutung und Stellenwert dieser Begriffe sind Gegenstand des nächsten Abschnitts.

3. Normative und evaluative Aspekte in der Krankheitslehre

3.1. Indikationen als bedingt normative Aussagen

Wie die Rekonstruktion der Krankheitskriterien und der Allgemeinen Pathologie im vorigen Abschnitt gezeigt hat, betrachtet die medizinische Krankheitslehre nicht nur solche Zustände und Prozesse als krankhaft, die auch im Laienverständnis „Krankheit“ darstellen, sondern bezieht alle Vorgänge und Veränderungen ein, die als Abweichungen von einem vollständig gesunden Zustand aufzufassen sind, auch wenn sie milde oder sogar inapparente, dem Betroffenen gar nicht bewusst werdende Teilprozesse oder Vorboten (Prodrome) einer Krankheit sind oder als „Bagatellfälle“ erscheinen. Dies ist für das Ziel eines vollständigen, systematischen Verständnisses aller Krankheitsprozesse unabdingbar. Dadurch ist aber der Bereich der medizinisch als krankhaft betrachteten Erscheinungen erheblich umfangreicher als der Bereich der krankhaften Vorgänge, die unmittelbar oder absehbar einer Behandlung bedürfen: Er umfasst sowohl die Teilvorgänge einer Krankheitsentität, die für sich allein betrachtet nicht unter primäre Krankheitskriterien fallen, als auch Vorgänge, die sich spontan zurückbilden oder deren Verlauf so harmlos ist, dass jede ärztliche Behandlung ein „mit Kanonen auf Spatzen Schießen“ wäre, als auch schließlich Krankheiten, die bislang nicht behandelbar sind oder deren prinzipiell mögliche Behandlung einem Kranken nicht zugemutet werden kann.

Eines der am häufigsten anzutreffenden Fehlverständnisse der medizinischen Krankheitslehre besteht darin, diesen größeren Umfang der krankhaften Phänomene als Ausdruck einer unangemessenen Grenzerweiterung der („lebensweltlichen“) Krankheitsvorstellung zu deuten, darauf mit Vorwürfen der *Pathologisierung* und *Medikalisierung* zu reagieren und dahinter gar ökonomische Interessen zu vermuten. Exemplarisch stehen dafür etwa die Kritiken von Lenk (2007), Gottschalk-Mazouz (2007, 2008) oder Lanzerath (2015). Gegenüber solcher Kritik muss verwiesen werden auf die Formen und Bedingungen wissenschaftlicher Begriffsbildung, die in der Medizin dieselben wie in jeder systematischen Erfahrungswissenschaft sind. Die Begriffsbildung steht unter dem Maßstab der theoretischen und explanatorischen Vollständigkeit, nicht der Einschränkung auf bestimmte praktische Anwendungszwecke. Gerade deswegen sind die *praktische* Bewertung eines Zustands im Hinblick auf die Möglichkeit und Notwendigkeit einer Behandlung generell, und die Wahl unter verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten speziell, ein zwar theoretisches Wissen voraussetzender, aber eigenständiger und zusätzlicher, anspruchsvoller Schritt in der Gesamtbeurteilung eines Krankheitsfalles, nicht eine einfache und zwangsläufige Folge aus der Feststellung eines Krankheitswertes. Dieser eigenständige Teilschritt wird üblicherweise als *Indikationsstellung* bezeichnet und setzt sowohl Feststellungen über Art und Schwere der Erkrankung (= Diagnose), über die zu erwartenden Verläufe ohne und mit Behandlung (= Prognose), als auch Informationen über Erfolgswahrscheinlichkeiten, Nebenwirkungen, Belastungen und Risiken (= Nettonutzenabwägung) der möglichen Behandlungen voraus. Unter Berücksichtigung aller dieser Informationen wird bei der Indikationsstellung eine Auswahl möglicher Behandlungen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen erstellt, die dem Patienten ärztlicherseits angeboten werden können. Logisch gesehen, kommen bei der Indikationsstellung also zwei Arten von Aussagen zum Zuge:

1. Deskriptive Konditionalaussagen über die wahrscheinlichen Folgen bestimmter (Be-) Handlungen;
2. Konditionale Aussagen über Zweck-Mittel-Relationen, die eine Brücke zwischen möglichen *Behandlungszielen* und *Behandlungswünschen* (evaluativ/normativ) und möglichen Behandlungs-

formen (deskriptiv) schlagen.

Aussagen vom Typ 1 stellen empirisch abgesicherte und/oder aus statistischen Studien abgeleitete Kausalzusammenhänge dar, z. B.: „Eine durch Streptokokken ausgelöste Tonsillitis kann durch die orale Applikation einer ausreichenden Dosis Penicillin mit hoher Wahrscheinlichkeit geheilt werden.“ Aussagen vom Typ 2 wenden dieses therapeutische Kausalwissen auf die vorliegende Situation an, z. B.: „Eine Behandlung durch orale Applikation einer ausreichenden Dosis Penicillin (= Behandlungsmittel bzw. Behandlungsmethode) ist *geeignet* (= Indikation), um diesen Fall von Tonsillitis kurativ zu behandeln (= Behandlungsziel).“ In der Praxis der Indikationsstellung werden diese beiden Aussagen üblicherweise zusammengefasst, z. B. in der Form: „Bei diesem Fall von Tonsillitis ist die orale Applikation von Penicillin *indiziert*.“ Eine Indikationsstellung kann auch negative Aussagen beinhalten, nämlich dass eine bestimmte Behandlung - oder überhaupt irgendeine Behandlung - *nicht indiziert* ist, z. B. weil es sich um eine Bagatellerkrankung handelt, die spontan ausheilen wird; oder dass eine bestimmte Behandlung sogar *kontraindiziert* ist, z. B. weil sie das Krankheitsbild verschlimmern würde oder andere unerwünschte Folgen hätte.

Die konditional formulierten Indikationen stellen keine strikt normativen Aussagen dar: Es wird in ihnen nichts kategorisch gefordert, vorgeschrieben oder verboten. Erst zusammen mit direkten und expliziten, strikten Normen oder Handlungsanweisungen (z. B. ausdrückliche Behandlungswünsche, informed consent) können sie zur Begründung konkreter Entscheidungen und Handlungen herangezogen werden. Die von vielen Autoren vertretene Behauptung, „der“ Krankheitsbegriff habe „normative Implikationen“, ist in doppelter Hinsicht zu korrigieren:

- Nicht ein allgemeiner Krankheitsbegriff, sondern der in der jeweiligen Diagnose enthaltene Begriff für die vorliegende spezielle Krankheitsentität wird bei der Indikationsstellung und Behandlungsentscheidung benötigt und verwendet (im Beispiel oben: *Streptokokken-Tonsillitis*).
- Die normative Verbindlichkeit einer Behandlungsentscheidung resultiert nicht aus dem verwendeten speziellen Krankheitsbegriff, sondern aus der explizit normativen Prämisse, die z. B. aus dem *Behandlungswunsch* des Patienten, der beruflichen *Selbstverpflichtung* approbierter Ärzte, der allgemein-menschliche *Pflicht zur Hilfeleistung* oder einem gesetzlich geregelten *Behandlungsanspruch* besteht.

Insbesondere für die ärztliche Pflicht zur Behandlung und Hilfeleistung gilt: Ihre normative Verbindlichkeit beruht auf der expliziten *Selbstverpflichtung*. Diese hat in der Antike bereits ihre klassische Formulierung im „Eid des Hippokrates“ gefunden. In ihrer heutigen Fassung bildet sie einen Bestandteil der ärztlichen *Berufsordnung*, auf die sich der Arzt mit Erhalt der Approbation verpflichtet (Wiesing et al. 2004, Kap. 2 u. 4). Diese Selbstverpflichtung ist eine explizite *rechtliche* (berufsrechtliche) *Norm*, die sich nicht aus dem Krankheitsbegriff oder dem Wertcharakter des Krankheitswertes herleitet, sondern aus den gesellschaftlichen Erwartungen an den Berufsstand des Arztes, seinem *Auftrag* (zur *Genese*: Fleischhauer/Hermeren 2006). Analog gilt, dass praktische und soziale Folgen einer „Krankschreibung“, wie eine *Arbeitsunfähigkeit*, ein *Rentenanspruch* oder die Bescheinigung einer *Invalidität* bestimmten Grades, ihre *normativen Verbindlichkeiten* nicht aus der Bedeutung der verwendeten Krankheitsbegriffe, sondern aus den rechtlichen Vorgaben schöpfen. Die Krankheitsbegriffe erfüllen bei solchen normativen Entscheidungen die Funktion eines - in der Rechtsnorm selbst vorgeschriebenen - *Kriteriums* für die Anwendbarkeit der rechtlichen Bestimmungen. Es ist in der Jurisprudenz unbestritten, dass Krankheitsbegriffe als „unbestimmte Rechtsbegriffe“ aufzufassen sind. Das heißt gerade, dass Bedeutung und Inhalt dieser Begriffe nicht durch die Rechtswissenschaft oder durch *Normen*, nämlich Rechtsnormen, sondern durch die *zuständige* Wissenschaft - die *Medizin* - definiert werden. Es ist daher abwegig, wenn von Philosophen und Medizinethikern argumentiert wird, für diese Definition sei „wegen ihrer normativen Implikationen“ die *Ethik* zuständig (s. oben 2.4.2.). In diesem Punkt ist die wissenschaftstheoretische Einsicht in die begrifflichen Verhältnisse, wie sie die Rechtswissenschaft zugrunde legt, bereits weiter fortgeschritten und hat die Notwendigkeit einer differenzierten Diagnose und Indikationsstellung durch *Ärzte* explizit anerkannt..

3.2. Objektive und subjektive Werte und die Dimension des Krankheitswertes

Behandlungsindikationen bilden, wie gezeigt, keine unbedingten, kategorischen Handlungsanweisungen, sondern von normativen Prämissen abhängige *Handlungsoptionen*. Sie lassen nicht nur verschiedene positive Behandlungsmöglichkeiten offen, sondern immer auch die Option der Nicht-Behandlung, des vollständigen oder teilweisen *Behandlungsverzichts*. Erst durch die Auswahl und Entscheidung des Patienten (oder seines bevollmächtigten Stellvertreters), den sog. *informed consent*, wird aus einer der Optionen die endgültige Behandlungsentscheidung, die die tatsächliche Behandlung (oder Nicht-Behandlung) erlaubt und normativ legitimiert. Hierbei ist der Patient das *Subjekt* der Entscheidung; seine Werte, Intentionen, Präferenzen oder Normen geben letztlich den Ausschlag. Die Behauptung, der Patient werde in der Medizin nur als Objekt und nie als Subjekt behandelt, ist also offensichtlich *falsch* - dies muss wegen der weiten Verbreitung der gegenteiligen These im medizinkritischen Schrifttum zunächst ganz deutlich festgestellt werden (exemplarisch: Lanzerath 2015).

Die Rolle der subjektiven Werte und Evaluationen ist bei genauer Analyse aber nicht auf die Zustimmung oder Ablehnung zu bestimmten Behandlungsvorschlägen beschränkt, sondern darin kann eine weitergehende *Bewertung* der *Krankheitskriterien* gesehen werden. Dies kann am Beispiel klargemacht werden: Das erste der primären Krankheitskriterien bewertet ja jeden Zustand oder Vorgang, der zu einer Verkürzung der Lebenszeit und in diesem Sinne zum vorzeitigen Tod führt, als krankhaft. Wenn nun in bestimmten Situationen ein Patient auf eine lebensrettende oder lebensverlängernde Behandlung verzichtet, zieht er den bestehenden krankhaften Zustand seiner Alternative vor, *präferiert* ihn bzw. wertet ihn positiv. Ein solcher Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung kann gute Gründe haben, z. B. hohes Lebensalter bei letztlich unheilbarer chronischer Krankheit, oder Ablehnung belastender, abhängig machender intensivmedizinischer Behandlungen („Schläuche“). Welche Gründe und Bewertungen im konkreten Fall hinter einem Behandlungsverzicht stehen, ist logisch gesehen irrelevant für die Feststellung, dass in einem solchen Fall ein *Krankheitskriterium* (= Lebensbedrohlichkeit) normativ bewertet wird - und zwar entgegengesetzt zum Krankheitswert, nämlich positiv. Dies kann paradox erscheinen, wenn man das Krankheitskriterium selbst als eine negative Bewertung, als Zuschreibung eines - negativen - *Krankheitswertes*, betrachtet. Aber hier liegt kein Widerspruch und keine doppelte Negation im logischen Sinne vor, wenn man folgendes beachtet: *Es handelt sich bei Krankheitswerten und subjektiven Lebensbewertungen um zwei verschiedene Dimensionen oder Bedeutungen von „Wert“ bzw. „Bewertung“*. Das ist eigentlich nicht überraschend, denn der Begriff des Wertes erweist sich als noch erheblich vieldeutiger, wenn man an solche Begriffe wie „Wahrheitswert“, „Warenwert“, „künstlerischer Wert“ oder „Erkenntniswert“ denkt. Auch der „moralische Wert“ im Sinne der Ethik stellt nur eine weitere Variante von Wertdimensionen dar. Das scheinbare Paradox löst sich also auf, wenn man beachtet, dass Krankheitswerte eine andere Art oder Dimension von Werten darstellen als diejenige, die in subjektiven Bewertungen eines Lebenszustands zum Ausdruck kommt. Die subjektive Bewertung *überlagert* den objektiven Krankheitswert, macht ihn aber nicht ungültig oder unwirksam.

Dies sieht man auch daran, dass ein Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung ja nicht bedeutet und auch nicht zum Ausdruck bringen soll, dass der zum Tode führende Zustand kein krankhafter Zustand wäre: Er ist und bleibt vielmehr „die Krankheit zum Tode“, nur wird dies Schicksal akzeptiert, ja dem Weiterleben vorgezogen. Die Irritation, die von dieser Analyse ausgehen kann, liegt daran, dass gewohnheitsmäßig eine Parallelität von Krankheitswert und Lebensbewertung unterstellt wird bis hin zur stillschweigenden Identifizierung dieser beiden Wertdimensionen. Aber eine Parallelität ist keineswegs zwingend, wie das Beispiel des Behandlungsverzichts lehrt. Auch die anderen Krankheitskriterien kennen das Auseintreten von Krankheitswert und subjektiver Bewertung: So werden manchmal Schmerzen oder andere Beschwerden und Leidenszustände aktiv gesucht, z. B. aus religiösen Gründen (Märtyrertum, Flagellanten) oder aufgrund kultureller Prämiie-

rung (Initiationsriten, kosmetische Körperveränderungen). Eine Identifizierung der beiden Wertdimensionen ist auf jeden Fall begrifflich falsch und widerspricht der Lebenswirklichkeit.

Die Unterscheidung zwischen den beiden Wertdimensionen des *Krankheitswertes* und des *subjektiven Lebenswertes* lässt besser verstehen, warum hier auch ein Unterschied zwischen *objektiven* und *subjektiven Kriterien* vorliegen kann: Es war oben gezeigt worden, dass und inwiefern die Beurteilung von Zuständen aufgrund von Krankheitskriterien, selbst im Falle *subjektiver Empfindungen* wie Schmerz, *objektiv* und beobachterunabhängig ist, nämlich wegen deren *Autonomie* (s. 2.4.). Dies lässt sich aber ohne weiteres vereinbaren damit, dass die Bewertung *derselben* Zustände aufgrund subjektiver Bewertungsmaßstäbe nicht objektiv und beobachterunabhängig, sondern eben *subjektiv* ist - hier geht es nicht um Empfindungen, die durch die natürliche Struktur des menschlichen Organismus festgelegt sind, sondern um Wertungen des *personalen Subjekts*. Auch in diesem Zusammenhang wird von der medizinischen Krankheitslehre das Subjekt nicht etwa ausgeklammert oder übergangen, sondern es wird ausdrücklich der Unterschied zwischen natürlicher Determination und eigener, personaler Wertung und Entscheidung des Subjekts anerkannt und theoretisch berücksichtigt. Die Krankheitslehre bezieht sich mit ihren Kriterien, ihrer Allgemeinen Pathologie und ihrem System nosologischer Krankheitsentitäten nur auf die objektiv beurteilbare Dimension des Krankheitswertes. Subjektive, dazu parallele oder divergierende Bewertungen von Lebens-, Leidens- und Risikozuständen sind nicht Gegenstand der wissenschaftlichen Krankheitslehre und finden auch nicht Eingang in die medizinische Indikationsstellung selbst, sondern kommen im Rahmen des Behandlungsprozesses erst bei der Bewertung der therapeutischen Indikationen und der endgültigen Behandlungsentscheidung zum Tragen. Damit sind sie in keiner Weise „entwertet“ oder auch nur vernachlässigt, sondern sie sollen und müssen ihre tragende Rolle im Selbstverständigungsprozeß des Kranken und in der gesamten Interaktion zwischen Arzt und Patient jederzeit wahrnehmen. Sie wären aber missverstanden und letztlich auch missbraucht, wenn sie zur Delegitimierung der medizinischen Wissenschaft und zur Aufladung ihres Krankheitsbegriffs mit nichtwissenschaftlichen, weltanschaulichen oder ideologischen Positionen herzuhalten hätten. Wenn man diese Überlegung berücksichtigt, lässt sich der Hiat zwischen Naturalisten bzw. Deskriptivisten und Normativisten bereits zum größten Teil überbrücken: Es muss genau unterschieden werden zwischen - sozusagen - *objektiven* Normen bzw. Werten (Krankheitswert), *objektiv-subjektiven* Werten (subjektive, aber nicht subjektiv beeinflussbare, autonome Empfindungen) und *subjektiv-subjektiven* Werten (personale, intentionale Präferenzen und Entscheidungen). Die ersten beiden Arten werden auch vom „Naturalisten“, wenn er kein reduktionistischer Biologist ist, als Bedeutungskomponenten im Krankheitsbegriff akzeptiert. Es bleibt noch zu zeigen, welche Rolle der „subjektiven Subjektivität“ in der Krankheitstheorie zukommt.

3.3. Subjektive Krankheitstheorien

Vorstellungen und Theorien über Krankheit, die sich von der wissenschaftlichen Krankheitslehre unterscheiden und subjektive (subjektiv-subjektive) Werte oder Normen einbeziehen, findet man in drei unterschiedlichen Spielarten mit ganz unterschiedlichem Stellenwert: Zunächst sind hier die Vorstellungen von Patienten, also kranken Individuen, über ihre individuelle Erkrankung, deren Ursache, Bedeutung, Heilung und persönlichen Sinn, zu nennen, die in der Medizinischen Psychologie terminologisch als *subjektive Krankheitstheorie* bezeichnet werden. Damit eng zusammen hängen bewusste und nicht bewusste Werthaltungen, Motive und Gefühle, die bei der psychodynamischen und psychosomatischen Genese der Erkrankung eine zentrale Rolle spielen können. Als zweites sind die bei vielen medizinischen Laien vorhandenen Stereotype über „Krankheit“ generell (Singularantum!) zu nennen, die aus wissenschaftlicher Sicht meist Vorurteile oder auf Unkenntnis beruhende Irrtümer sind, die aber in der Diskussion häufig als alternative Krankheitsbegriffe („illness“) oder Krankheitstheorien aufgefasst werden. Damit eng zusammen hängen Wertungen und Praktiken hinsichtlich Körper, Gesundheit und Krankheit, die durch soziokulturelle Traditionen, Institutionen,

Bedürfnisse oder Moden bedingt sind. Als drittes und letztes sind Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit zu nennen, die auf umfassenden weltanschaulichen, religiösen oder spekulativen Konzeptionen beruhen und in der Regel deutlich normativ und evaluativ aufgeladen sind. Dazu rechnen sowohl die Krankheitsvorstellungen außereuropäischer Medizinformen, etwa die chinesische und indische Medizin, als auch manche Vorstellungen, die innerhalb der sogenannten Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) propagiert werden. Auf alle diese Formenkreise muss im Hinblick auf ihr Verhältnis zur wissenschaftlichen Medizin und die Normativitätsfrage kurz eingegangen werden.

3.3.1. Subjektive Krankheitstheorien und der individuelle Sinn von Krankheit

Als *subjektive Krankheitstheorie* bezeichnet man die Vorstellungen und Erklärungen, die sich ein Erkrankter über die Ursache und Art seiner eigenen Erkrankung bildet. Sie gehört zusammen mit dem Krankheitserleben und dem Krankheitsverhalten zur individuellen Reaktion auf die Erkrankung und ist wichtig für deren Verarbeitung und Bewältigung. Deswegen muss sie von Arzt genau so ernst genommen werden wie die objektive Symptomatik. Das bedeutet aber nicht, dass sie in Konkurrenz zur wissenschaftlich-medizinischen Erklärung und Diagnose tritt, denn in den meisten Fällen besitzen Erkrankte nicht das benötigte, einschlägige medizinische Fachwissen. Darüber hinaus gehen in die subjektive Krankheitstheorie häufig Vorstellungen ein, die sich aus wissenschaftlich nicht vertretbaren Überzeugungen ableiten, insbesondere Vorstellungen über Schuld und Versündigung als Ursache oder Grund für die Erkrankung und diese selbst als eine Art Strafe oder Buße dafür. Solche Erklärungsschemata gehören in religiöse oder spekulative Deutungssysteme, die zwar in bestimmten Kulturen und Epochen verbreitet waren und sind (s. unten 3.3.3.), die sich die wissenschaftliche Medizin aber nicht zu eigen machen kann. Davon unabhängig ist es aber eine Tatsache, dass das Erleben einer - meist schweren - Krankheit mit oder ohne eine solche spekulative Krankheitstheorie häufig ein einschneidendes Ereignis in der Lebensgeschichte des Erkrankten darstellt, das zu tiefgreifenden Veränderungen im Selbstverständnis und in der Lebensweise führt. Solche Veränderungen können z. B. der endgültige Verzicht auf Tabakkonsum oder sportliches Risikoverhalten, aber auch Einstellungsänderungen in ethischer oder weltanschaulicher Hinsicht sein. Derartige Veränderungen durch Erkrankung können im Nachhinein als der eigentliche, *positive Sinn* der Erkrankung interpretiert werden, so dass die Erkrankung selbst für den Betroffenen zu einem sinnhaften und sinnvollen Ereignis wird. Man kann daher durchaus sagen, dass Krankheiten einen individuellen, subjektiven *Sinn* und damit einen subjektiven *Wert* erhalten oder haben *können*. Man kann dies zu einem eigenen *subjektiven* Krankheitsbegriff erklären und dazu auf den englischen Ausdruck *illness* zurückgreifen, im Unterschied dann zu dem Ausdruck *disease* für den objektiven, wissenschaftlichen Krankheitsbegriff. Als eine Form der subjektiven Krankheitstheorie hat diese Unterscheidung einen guten psychologischen Sinn. Zu berücksichtigen bleibt aber, dass sich kaum für jede Erkrankung und jede Art von Erkrankung eine solche Sinnhaftigkeit erkennen oder glaubhaft machen lassen wird, schon gar nicht in einem *gleichartigen* und über die jeweilige individuelle Überzeugung hinaus *verbindlichen* Sinn. Ein subjektiver Krankheitsbegriff dieser Art kann daher *subjektive* Werte und Normen zum Ausdruck bringen, aber nicht als verbindliche generelle Quelle von Normativität gelten. Gerade deshalb muss ein wissenschaftlicher Krankheitsbegriff von solchen Werten frei sein.

Der Vollständigkeit halber muss hier noch auf eine andere, aber verwandte Art hingewiesen werden, in der Krankheiten als sinnhaft begriffen werden können. Seit Sigmund Freuds Entdeckung der *Konversion* als Mechanismus der neurotischen Symptombildung (Freud 1894/1975) kennen wir eine Form der Pathogenese, die einen symbolischen oder sinnhaften Aspekt körperlich ausgedrückter Symptome zugleich erklären und verstehen lässt: Das körperliche oder verhaltensmäßige *Symptom* ist zugleich *Symbol* und *Ausdruck* eines psychischen oder psychosozialen Konflikts und seines Bewältigungsversuchs (Doering 2013). Freud und seine Schule haben im Rahmen der Psychoanalyse

dazu zuerst eine Fülle an Erfahrungsmaterial beigetragen (Loch 1999). Dieser theoretische Ansatz ist sowohl im Rahmen der tiefenpsychologischen Schulen (Wyss 1991) als auch in den Ansätzen zu einer anthropologischen und psychosomatischen Medizin (von Uexküll 1963; Shorter 1994; Rattner/Danzer 1997) aufgegriffen und weitergeführt worden und bildet heute einen integralen Bestandteil der Psychosomatik und Psychotherapie (v. Uexküll/Wesiack 1998; Senf/Broda 2011; Wittchen/Hoyer 2011; v. Uexküll et al. 2013). Es ist zwar immer noch ein Problem für die Forschung, *wie weit* die Deutung von Krankheitsphänomenen als Symbole und Ausdrucksformen psychischer Probleme und Konflikte letztlich reicht und getrieben werden kann (Scheid 1999), aber dass es *diese Sinndimension* von Krankheiten gibt, darf heute als unbestritten gelten. Damit gehört das Sinn- und Werterleben des Menschen unvermeidlich auch zum Gegenstandsbereich der medizinischen Krankheitslehre, der Allgemeinen Pathologie und Psychopathologie. Ein reduktiver Biologismus verbietet sich schon deshalb. Aber die Einbeziehung der Sinn- und Wertdimension in den Gegenstandsbereich der Krankheitslehre ist nicht damit zu verwechseln, dass die Krankheitslehre selbst *Wertungen* vornähme oder Sinndeutungen *normativ* vorgäbe - die Krankheitslehre ist lediglich um *Interpretationsmethoden* erweitert, bleibt aber deskriptiv!

3.3.2. Subjektive und soziokulturelle Gesundheits- und Krankheitskriterien

Wenn man *Gesundheit* als strikten Gegenbegriff zu *Krankheit* definiert, dann besteht vollständige Gesundheit in der Abwesenheit jeglicher Krankheit, d. h. im vollständigen Fehlen krankhafter Merkmal oder Zustände. Ob solche vollständige Gesundheit *empirisch* vorkommt, ist allerdings fraglich (vgl. oben 2.2.). Sowohl im lebensweltlichen Sprachgebrauch als auch in gesundheitstheoretischen Konzeptionen findet man daher eher einen Begriff von Gesundheit, der das Vorliegen bestimmter Krankheiten und krankhafter Merkmale im Sinne der Medizin zulässt, wenn nur bestimmte andere Kriterien erfüllt sind. So formuliert der Gesundheitstheoretiker Nordenfelt, „dass nicht alle Krankheiten tatsächlich die Gesundheit im holistischen Sinn der Fähigkeit zur Erreichung wesentlicher Ziele einschränken“ (Nordenfelt 2012, 228), oder bei Fritz Hartmann findet sich die Definition: „Gesund ist ein Mensch, der mit oder ohne nachweisbare oder für ihn wahrnehmbare Mängel seiner Leiblichkeit [...] Gleichgewichte findet [...], die ihm ein sinnvolles [...] Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglichen [...]“ (Hartmann 1997, 25). Diese Grundvorstellung einer „relativen“, im strikt medizinischen Sinne unvollständigen Gesundheit liegt auch dann vor, wenn sich jemand wegen (noch) fehlender subjektiver Symptome oder trotz Vorliegen einer Bagatellerkrankung für gesund erklärt, oder wenn Behinderte ihre Behinderung nicht als Gesundheitseinschränkung bzw. Krankheit aufgefasst sehen wollen (Müller 2013). Allerdings beruhen solche subjektiven Gesundheitskriterien nicht immer auf begründeter Entscheidung und Reflexion, sondern können auch auf Irrtümer, Fehleinschätzungen oder einfache Unkenntnis zurückgehen und dann sogar durch das vielzitierte „Recht auf Nichtwissen“ oder durch die Adellung solcher Irrtümer zu subjektiven Gesundheitsbegriffen gegen Korrekturen immun sein. Besonders verhängnisvoll wirkt sich hier aus, dass die soziale Alltagswelt Krankheiten - insbesondere psychische Erkrankungen - negativ *wertet* (subjektiv!) und die Erkrankten damit *diskriminiert* und *stigmatisiert*. Im Rückschluss wird dann inkorrektweise der medizinischen Diagnose eine *Pathologisierung* und *Medikalisierung* vorgeworfen, obwohl letztere erst durch die *Wertung der sozialen Umwelt* zustande kommen.

Aus medizinischer Sicht sind solche subjektiven Gesundheitskriterien und Wertungen nur so lange unbedenklich, wie sie nicht diskriminierend oder stigmatisierend wirken und nicht dazu führen, dass Vorstadien, Frühphasen oder symptomfreie Intervalle ernsthafter Erkrankungen übersehen oder verkannt werden und dadurch die Chance zu einer rechtzeitigen kurativen Behandlung versäumt wird. Diese Gefahr besteht jedenfalls aus medizinischer Sicht bei solchen subjektiven Gesundheitstheorien, und deswegen können sie nicht als eine Alternative zu einem objektiven Krankheitsbegriff und Gesundheitsbegriff gewertet werden, sondern nur als ein mit objektiven Risiken be-

hafteter, pragmatischer Kompromiss.

Dies wird noch deutlicher, wenn man das Phänomen in die Betrachtung einbezieht, dass aus individuellen oder soziokulturell vermittelten Werten und Zielvorstellungen heraus bestimmte Praktiken und Verhaltensweisen gepflegt, gefördert oder gefordert werden, die aus ärztlicher Sicht eine ernsthafte Beeinträchtigung der Gesundheit darstellen, also *Krankheitswert* besitzen. Dazu gehören der Missbrauch oder exzessive Gebrauch bestimmter belebender, berauschender oder betäubender Drogen (Tabak, Alkohol, Opiate), die riskante Anwendung von Pharmaka oder medizinischen Eingriffen zur Leistungssteigerung im Krieg, Sport oder sozialen Wettbewerb (Doping, Enhancement), kosmetisch motivierte Eingriffe in die körperliche Integrität (Schönheitschirurgie, Piercing, Tätowierung), sowie schmerzhaft, massiv verstümmelnde Manipulationen des Körpers aus religiösen, rituellen oder anderen kulturellen Traditionen heraus (Lotosfüßchen im alte China, Beschneidungen, Kastrationen). Solche Praktiken mögen mit einer weiten Auslegung der oben zitierten subjektiven Gesundheitskriterien kompatibel sein („Erreichung wesentlicher Lebensziele“) oder einer „wunscherfüllenden Medizin“ zugerechnet werden (Kettner 2009; Buyx/Hucklenbroich 2009), es wird aber auch deutlich, dass sie von einer anderen Wertbasis her auch als *Perversionen* des Gesundheitsbegriffs gesehen werden können. Die subjektiven Gesundheitskriterien stellen daher keinesfalls eine *unkontroverse* begriffliche Basis zur Verfügung, insbesondere nicht für *normative* Begriffe der Gesundheit und Krankheit. Vielmehr eröffnen sie die Arena für eine Vielzahl nicht nur divergierender, sondern auch sich widersprechender und sich gegenseitig bekämpfender normativer Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit.

3.3.3. Spekulative Krankheitstheorien

Aus metaphysischen Spekulationen, religiösen Glaubenslehren und philosophischen oder weltanschaulichen Systemen sind in der Geschichte bis zum heutigen Zeitpunkt immer wieder Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit abgeleitet worden, die sich teilweise bis zu ganzen Medizinsystemen oder „Alternativmedizinen“ ausdifferenziert haben. Solche Vorstellungen und Systeme reichen von der Humoralpathologie und Iatrotheologie der europäischen Medizingeschichte, über die chinesischen und indischen Medizintraditionen, bis hin zu Homöopathie und Anthroposophischer Medizin der Gegenwart. Ein näheres Eingehen auf die damit jeweils verbundenen, expliziten oder impliziten Krankheitsbegriffe würde eine umfangreiche wissenschafts- und medizintheoretische Abhandlung erfordern und ist im Rahmen dieses kurzen Aufsatzes nicht möglich. Im Hinblick auf die Normativitätsfrage ist der Hinweis entscheidend, dass alle diese Krankheitsauffassungen und Medizinsysteme nicht mit der Krankheitslehre der wissenschaftlichen Medizin vereinbar sind oder zumindest spekulativ über das hinausgehen, was wissenschaftlich belegt und geprüft werden kann (Schöne-Seifert et al. 2015; Anlauf et al. 2015). Wenn und insoweit *normative* Implikationen mit diesen Krankheitsbegriffen verbunden werden, stammen sie aber gerade aus den nichtwissenschaftlichen, spekulativen Anteilen dieser Lehren. Der wissenschaftliche Krankheitsbegriff braucht daher nicht mit diesen normativen Implikaten in Konkurrenz zu treten.

4. Die Normativität des Krankheitsbegriffs; Zusammenfassende Thesen

Die zentralen Aussagen dieser Abhandlung sollen noch einmal in thesenhaft verkürzter Form zusammengestellt werden:

1. Die Frage nach der Normativität des Krankheitsbegriffs ist seit über 50 Jahren, seit der Kontroverse um die Antipsychiatrie, in der philosophischen Literatur ungelöst. Zwischen „Naturalisten“ und „Normativisten“ ist strittig, ob der Krankheitsbegriff normative bzw. evaluative Bedeutungskomponenten enthält bzw. benötigt oder nicht. Zu beiden Positionen liegen mehrere ausge-

arbeitete Krankheitstheorien vor, die jedoch untereinander stark divergieren und sich größtenteils widersprechen.

2. Keine der bisher vorgelegten philosophischen Krankheitstheorien beruht auf einer Rekonstruktion der medizinischen Krankheitslehre oder einer detaillierten Auseinandersetzung mit dieser. Vielfach wird entweder auf den Funktionsbegriff der Biologie oder auf „lebensweltliche“ Vorstellungen über Krankheit zurückgegriffen und dafür eine Explikation zu geben versucht. Dagegen ist einzuwenden, dass für verantwortliche normative Überlegungen, z. B. in Gesundheitspolitik und Medizinethik, der aktuelle Wissens- und Forschungsstand in der zuständigen Wissenschaft zugrunde zu legen ist, nämlich der wissenschaftlichen Krankheitslehre (*Pathologie* im allgemeinen, nicht biologisch-morphologisch begrenzten Sinn).
3. Eine wissenschaftstheoretische Rekonstruktion der Krankheitslehre zeigt: Die zentralen Konzepte sind die der Krankheitsentität, der Krankhaftigkeit (Pathologizität) und der Krankheitskriterien. Diese sind im Hinblick auf die Frage der Normativität hin weiter zu analysieren.
4. Die Definition von Krankheitsentitäten und die Unterscheidung zwischen gesund und krank/krankhaft rekurren in letzter Instanz auf bestimmte *Kriterien* für Krankhaftigkeit. Deren Rekonstruktion zeigt einen Bedeutungskern von fünf primären Krankheitskriterien auf, der im Rahmen einer Kausalanalyse zu einem System primär und sekundär krankhafter Vorgänge und Zustände erweitert worden ist. Dieses System der *Allgemeinen Pathologie* stellt die endgültigen Unterscheidungskriterien zwischen gesund und krank/krankhaft zur Verfügung.
5. Die primären und sekundären Krankheitskriterien sind in dem Sinne normativ bzw. evaluativ, als sie den Wertbegriff des *Krankheitswertes* definieren. Aber die Kriterien selbst - vorzeitiger Tod, psychosomatisch determinierte Leidensqualitäten, Behinderung/Risiko/Krankheitsdisposition, Unfähigkeit zur Reproduktion, Unfähigkeit zum symbiotischen Zusammenleben - sind objektiv feststellbar und nicht von subjektiven Intentionen beeinflussbar (= autonom). Der Krankheitswert bildet daher eine Form oder Dimension von Wert bzw. Normativität, die von *subjektiven, personalen* Wertungen, Normen und Intentionen klar zu unterscheiden ist und deren Qualität durch die *Natur des Menschen* vorgegeben ist.
6. Der Übergang von Krankheitsbegriffen zu Normen und normativ geltenden Entscheidungen erfolgt durch eine Brückenbildung: Das Wissen der Medizin über Krankheiten und Behandlungsverfahren wird auf den konkreten Einzelfall angewendet, indem *Behandlungsindikationen* gestellt werden. Diese stellen logisch gesehen Aussagen über Zweck-Mittel-Relationen dar, sind also allenfalls bedingt normativ. Erst unter Hinzuziehung von eigentlichen Normen, Werten oder Intentionen der dazu berechtigten Instanzen (individueller Patient, Gesundheitsamt, Gesetzgeber, etc.) können daraus strikt normative Entscheidungen gewonnen werden.
7. Genese und Geltung der Krankheitskriterien sind Ergebnisse der Entwicklung des medizinischen Erfahrungswissens. Dieses beruht letztlich auf der Erforschung der menschlichen Natur. Die menschliche Natur ist jedoch nicht biologisch-reduktionistisch zu verstehen, sondern als bio-psycho-soziale Natur und Lebensform des Menschen. Der Krankheitsbegriff der Medizin ist daher der eines sozio-psycho-somatischen Gesamtphänomens. Für die Philosophie der Medizin und die Wissenschaftstheorie des Krankheitsbegriffs ergibt sich die noch ungelöste Aufgabe, diese Entwicklung der modernen Medizin wissenschaftstheoretisch aufzuarbeiten und philosophisch zu durchdringen.

Bibliographie

- Ackerknecht, E. (1963), *Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten*, Stuttgart
- Anlauf, M. et al. (2015), *Complementary and alternative drug therapy versus science-oriented medicine*, GMS Ger Med Sci. 2015,13:Doc05, DOI: 10.3205/000209, URN: urn:nbn:de:0183-0002094
- Antonovsky, A. (1987), *Unraveling the mystery of health*, San Francisco
- Antonovsky, A. (1997), *Salutogenese*, Tübingen 1997 (Übersetzung von Antonovsky 1987)
- Bateson, G. (1981), *Ökologie des Geistes*, Frankfurt/M.

- Bateson, G. et al. (1956), Towards a theory of schizophrenia, in: *Behavioral Science* 1, 251-264
- Bateson, G. et al. (1969), *Schizophrenie und Familie*, Frankfurt/M.
- Birnbacher, D. (2002), Krankheitsbegriff, Gesundheitsstandards und Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung, in: A. Brand et al. (Hrsg.), *Individuelle Gesundheit versus Public Health?*, Münster, 152-163
- Birnbacher, D. (2006), Krankheit oder Behandlungsbedürftigkeit. Auf der Suche nach Standards für die Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung, in: *Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Berichte und Abhandlungen*, Bd. 10, Berlin, 329-42
- Boorse, C. (1977), Health as a theoretical concept, in: *Philosophy of Science* 44, 542-573.
- Boorse, C. (1997), A rebuttal on health, in: J. M. Humber/R. F. Almeder (eds.), *What is disease?*, Totowa, N. J., 3-134
- Boorse, C. (2011), Concepts of health and disease, in: F. Gifford (ed.), *Philosophy of medicine*, Amsterdam 2011, 13-64
- Büchner, F./E. Letterer/F. Roulet (Hrsg.) (1969), *Prolegomena einer Allgemeinen Pathologie*, Berlin
- Buyx, A./P. Hucklenbroich (2009), „Wunscherfüllende Medizin“ und Krankheitsbegriff: Eine medizintheoretische Analyse, in: M. Kettner (Hrsg.), *Wunscherfüllende Medizin*, Frankfurt/M., 25-53
- Caplan, A. L./H. T. Engelhardt, Jr./J. J. McCartney (eds.) (1981), *Concepts of health and disease: Interdisciplinary perspectives*. Boston
- Caplan, A. L./J. J. McCartney/D. A. Sisti, (eds.) (2004), *Health, disease, and illness. Concepts in medicine*. Washington, DC
- Clouser, K. D./C. M. Culver/B. Gert (1981), Malady: A new treatment of disease, in: *Hastings Center Report* 11, 29-37
- D'Amico, R. (1995), Is disease a natural kind?, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 20, 551-69.
- Doering, S. (2013), Anpassung und psychische Krankheit, in: P. Hucklenbroich/A. Buyx (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*, Münster, 211-221
- Dragulinescu, S. (2010), Diseases as natural kinds, in: *Theoretical Medicine and Bioethics* 31, 347-69
- Eckart, W. (2013), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, Berlin
- Engelhardt, Jr., H. T. (1975), The concepts of health and disease, in: H. T. Engelhardt, Jr./S. F. Spicker (Eds.), *Evaluation and explanation in the biomedical sciences*, Dordrecht, 125-141
- Engelhardt, Jr., H. T. (2012), Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“, in: T. Schramme (Hrsg.), *Krankheitstheorien*, Berlin, 41-62 (Übersetzung von Engelhardt 1975)
- Fleischhauer, K./G. Hermeren (2006), *Goals of medicine in the course of history and today*, Stockholm
- Franke, A. (2008, 2012), *Modelle von Gesundheit und Krankheit*, Bern
- Freud, S. (1894/1975), Die Abwehr-Neuropsychosen, in: *Neurologisches Zentralblatt* 13, 362-364, 402-409; wiederabgedruckt in: *Rothschuh* 1975, 175-188
- Füeßl, H. S./M. Middeke (2010), *Anamnese und Klinische Untersuchung*, Stuttgart
- Fulford, K. W. M. (1989), *Moral theory and medical practice*, Cambridge
- Gesang, B. (2007), Ist der Krankheitsbegriff der medizinischen Krankheitslehre relativistisch?, in: *Erwägen Wissen Ethik* 18/1, 110-112
- Gahl, K. P. G. (2012), Was schmerzt mich? Skizzen zu einer Anthropologie aus dem Schmerz, Braunschweig (PDF, http://www.thzbs.de/uploads/tx_rtgfiles/Prof._Dr._med._Klaus_Gahl__Was_schmerzt_mich_Vers_1.pdf)
- Gottschalk-Mazouz, N. (2007), Umfang und normativer Gehalt des in der wissenschaftlichen Medizin geläufigen Krankheitsbegriffs, in: *Erwägen Wissen Ethik* 18/1, 112-114
- Gottschalk-Mazouz, N. (2008), Die Komplexität des Krankheitsbegriffs aus philosophischer Sicht: Theoretische und praktische, naturalistische und normative Aspekte, in: G. Zurhorst/N. Gottschalk-Mazouz, *Krankheit und Gesundheit*, Göttingen, 60-120
- Groß, D./S. Müller/J. Steinmetzer (Hrsg.) (2008), *Normal - anders - krank?*, Berlin
- Hartmann, F. (1997), Sittliche Spannungslagen ärztlichen Handelns, in: D. von Engelhardt (Hrsg.), *Ethik im Alltag der Medizin*, Basel, 17-29
- Hoffmann, M. (2013), Kritik einiger Standardargumente für den Normativismus in der Krankheitstheorie, in: P. Hucklenbroich/A. Buyx (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*, Münster, 253-282
- Hucklenbroich, P. (2007a), Krankheit - Begriffsklärung und Grundlagen einer Krankheitstheorie, in: *Erwägen Wissen Ethik* 18/1, 77-90
- Hucklenbroich, P. (2007b), Klärungen, Präzisierungen und Richtigstellungen zur Krankheitstheorie, in: *Erwägen Wissen Ethik* 18/1, 140-156
- Hucklenbroich, P. (2008), „Normal - anders -krank“: Begriffsklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff, in: D. Groß/S. Müller/J. Steinmetzer (Hrsg.), *Normal - anders - krank?*, Berlin, 3-31
- Hucklenbroich, P. (2011), Die Unterscheidung zwischen krankheitsbezogener und ‘wunscherfüllender’ Medizin - aus wissenschaftstheoretischer Sicht, in: S. Dickel/M. Franzen/C. Kehl (Hrsg.), *Herausforderung Biomedizin*, Bielefeld, 205-229
- Hucklenbroich, P. (2012a), Der Krankheitsbegriff als Unterscheidungskriterium zwischen Therapie und Enhancement, in: J. C. Joerden et al. (Hrsg.), *Menschenwürde in der Medizin - Quo vadis?*, Baden-Baden, 395-422
- Hucklenbroich, P. (2012b), Der Krankheitsbegriff der Medizin in der Perspektive einer rekonstruktiven Wissenschaftstheorie, in: M. Rothhaar/A. Frewer (Hrsg.), *Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik. Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs*, Stuttgart, 33-63
- Hucklenbroich, P. (2012c), Die Wissenschaftstheorie des Krankheitsbegriffs, in: T. Schramme (Hrsg.), *Krankheitstheorien*, Berlin, 125-158

- Hucklenbroich, P. (2013), Die wissenschaftstheoretische Struktur der medizinischen Krankheitslehre, in: P. Hucklenbroich/A. Buyx (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*, Münster, 13-83
- Hucklenbroich, P. (2014a), „Disease entity“ as the key theoretical concept of medicine, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 39, 609-633
- Hucklenbroich, P. (2014b), Medical criteria of pathologicity and their role in scientific psychiatry – Comments on the articles of Henrik Walter and Marco Stier, in: *Frontiers in Psychology*, Doi:10.3389/fpsyg.2014.00128
- Hucklenbroich, P. (2015a), Disease entities and the borderline between health and disease: Where is the place of gradations?, in: G. Keil/L. Keuck/R. Hauswald (eds.), *Gradualist Approaches to Mental Health and Disease*, Oxford (im Druck)
- Hucklenbroich, P. (2015b), Was versteht die Medizin unter Krankheit? Wissenschaftlicher und lebensweltlicher Krankheitsbegriff, in: C. Jamme et al. (Hrsg.): *Krankheit und Gesundheit – Gesundheit als Utopie? Krankheit als Sinn?*, München (im Erscheinen)
- Hucklenbroich, P./A. Buyx (Hrsg.) (2013), *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*, Münster
- Hucklenbroich, P./S. Evers (2002), *Medizinhistorische und medizintheoretische Aspekte des Schmerzes*, in: I. Gralow et al. (Hrsg.), *Schmerztherapie interdisziplinär*, Stuttgart, 3-15
- Humber, J. M./R. F. Almeder (eds.) (1997), *What is disease?*, Totowa, N. J.
- Hurrelmann, K. (2006, 2010), *Gesundheitssoziologie*, Weinheim
- Kendler, K. S. /J. Parnas (eds.) (2008), *Philosophical Issues in Psychiatry*, Baltimore
- Kendler, K. S. /J. Parnas (eds.) (2012), *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*, Oxford
- Kettner, M. (Hrsg.) (2009), *Wunscherfüllende Medizin, Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, Frankfurt/M.
- Keupp, H. (Hrsg.) (1972), *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*, München
- Keupp, H. (Hrsg.) (1979), *Normalität und Abweichung*, München
- Kiple, K. F. (ed.) (1993), *The Cambridge world history of human disease*, Cambridge
- Lanzerath, D. (2000), *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg
- Lanzerath, D. (2015), (Stw.) *Krankheit*, in: D. Sturma/B. Heinrich (Hrsg.), *Handbuch Bioethik*, Stuttgart, 82-90
- Lenk, C. (2002), *Therapie und Enhancement*, Münster
- Lenk, C. (2007), Auf dem Weg zu einem einheitlichen Krankheitsbegriff? Eine Bestandsaufnahme, in: *Erwägen Wissen Ethik* 18/1, 115-117
- Loch, W. (Hrsg.) (1999), *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*, Stuttgart
- Mazouz, N./M. H. Werner/U. Wiesing (Hrsg.) (2004), *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*, Baden-Baden
- Millon, T./R. F. Krueger/E. Simonsen (eds.) (2010), *Contemporary directions in psychopathology. Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York
- Müller, S. (2013), *Behinderung in der medizinethischen Diskussion*, in: P. Hucklenbroich/A. Buyx (Hrsg.), *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*, Münster, 105-137
- Nesse, R. M./G. C. Williams (1997), *Warum wir krank werden. Die Antworten der Evolutionsmedizin*, München
- Nordenfelt, L. (1987, 21995), *On the nature of health*, Dordrecht
- Nordenfelt, L. (2001), *Health, science, and ordinary language*, Amsterdam
- Nordenfelt, L. (2012), *Die Begriffe der Gesundheit und der Erkrankung: Eine erneute Betrachtung*, in: T. Schramme (Hrsg.), *Krankheitstheorien*, Berlin, 223-235
- Porter, R. (2007), *Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute*, Berlin
- Rahlmeyer, I. (2014), *Die Diskussion um die Krankheitsentität Fibromyalgie*, Diss. med., Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster
- Rattner, J./G. Danzer (1997), *Medizinische Anthropologie*, Frankfurt/M.
- Reznek, L. (1987), *The nature of disease*, London
- Reznek, L. (1995), Dis-ease about kinds: Reply to D'Amico, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 20, 571-584
- Roessner, A./U. Pfeifer/H. K. Müller-Hermelink (Hrsg.) (2008), *Grundmann. Allgemeine Pathologie und Grundlagen der Speziellen Pathologie*, München
- Rothhaar, M./A. Frewer (Hrsg.) (2012), *Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik. Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs*, Stuttgart
- Rothschuh, K. E. (1959), *Theorie des Organismus*, München
- Rothschuh, K. E. (1978), *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*, Stuttgart
- Rothschuh, K. E. (Hrsg.) (1975), *Was ist Krankheit?*, Darmstadt
- Roughley, N. (2007), *Krankheit, Normativität und medizinische Praxis*, in: *Erwägen Wissen Ethik* 18/1, 125-127
- Sauerbruch, F./H. Wenke (1961), *Wesen und Bedeutung des Schmerzes*, Frankfurt
- Schaler, J. A. (ed.) (2004), *Szasz under fire. The psychiatric abolitionist faces his critics*, Chicago
- Scheid, C. (1999), *Krankheit als Ausdrucksgestalt*, Konstanz
- Schöne-Seifert, B., et al. (2015), *Komplementär- und Alternativmedizin: der Begriff im Lichte wissenschaftstheoretischer und -ethischer Überlegungen*, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 03/2015: DOI:10.1016/j.zefq.2015.01.015

- Schott, H./R. Tölle (2006), *Geschichte der Psychiatrie*, München
- Schramme, T. (2000), *Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit*, Frankfurt/M.
- Schramme, T. (Hrsg.) (2012), *Krankheitstheorien*, Berlin
- Shorter, E. (1994), *Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten*, Reinbek
- Simon, J. R. (2010), Advertisement for the ontology for medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics* 31,333–346
- Simon, J. R. (2011), Medical ontology, in: F. Gifford (ed.), *Philosophy of medicine*, Amsterdam 2011, 65-114
- Stoecker, R. (2009), Krankheit – ein gebrechlicher Begriff. In: G. Thomas/I. Karle (Hrsg.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft*, Stuttgart, 36–46
- Sulmasy, D. /2005), Diseases and natural kinds, in: *Theoretical Medicine and Bioethics* 26, 487–513
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness, in: *American Psychologist* 15,113–18
- Szasz, T. S. (1972), Der Mythos von der seelischen Krankheit, in: H. Keupp (Hrsg.), *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*, München, 44-56 (Übersetzung von Szasz 1960)
- Temkin, O. (1963), The scientific approach to disease: Specific entity and individual sickness, in: A. C. Crombie (ed.), *Scientific Change*, New York/London, 629–647
- von Uexküll, Th. (1963), *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*, Reinbek
- von Uexküll, Th. et al. (Hrsg.) (2013), *Psychosomatische Medizin*, München
- von Uexküll, Th./W. Wesiack (1988, ³1998), *Theorie der Humanmedizin*, München
- Walter, H. (2013), The third wave of biological psychiatry, in: *Frontiers in Psychology*, Doi:10.3389/fpsyg.2013.00582
- Whitbeck, C. (1977), Causation in medicine: the disease entity model, in: *Philosophy of Science* 44, 619-637
- Wieland, W. (1986), *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik*, Heidelberg
- Wieland, W. (2004), Grundlegende Aspekte des Krankheitsbegriffs, in: N. Mazouz/M. H. Werner/U. Wiesing (Hrsg.), *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*, Baden-Baden, 15-29
- Wiesing, U. (1998), Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten?, in: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 44, 83–97
- Wiesing, U. (2004), Kritische Anmerkungen zu einer Krankheitsdefinition anhand objektiver Kriterien, in: N. Mazouz/M. H. Werner/U. Wiesing (Hrsg.), *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*, Baden-Baden, 47–55
- Wiesing, U. (2007), Die Medizin kann auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten und die Medizintheorie sollte andere Fragen stellen, in: *Erwägen Wissen Ethik* 18/1, 136–138
- Wiesing, U. et al. (Hrsg.) (2004), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart
- Wittchen, H.-U./Hoyer, J. (Hrsg.) (2011), *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, Berlin
- Witte, W. (2014), *Schmerz in Deutschland*, Habilitationsschrift, Berlin, Charité
- Wyss, D. (1991), *Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart*, Göttingen
- Zurhorst, G./N. Gottschalk-Mazouz (2008), *Krankheit und Gesundheit*, Göttingen