

BEITRÄGE

DIRK LANZERATH

Krankheit und Gesundheit. Eine philosophische Annäherung an zwei Grundkategorien menschlichen Daseins

Zusammenfassung

Gesundheit und Krankheit stellen Grundkategorien menschlichen Daseins dar, die als praktische Begriffe – das heißt im Handeln und existentiellen Entwerfen – unser individuelles Selbstverhältnis und unseren gesellschaftlichen Standpunkt in elementarer Weise bestimmen und normativ im Arzt-Patient-Verhältnis entwickelt werden und dort zur Geltung kommen. Als ein fundamentales individuelles Gut zählen wir Gesundheit zu den Elementar- oder Primärgütern. Und in dem Maß, in dem nicht nur der besondere Charakter des Guts Gesundheit erkannt wurde, sondern durch Entwicklung der medizinischen Forschung und ihrer Anwendung auch wirksame Verfahren entwickelt wurden, die Gesundheit zu bewahren oder wiederherzustellen, ist Gesundheit zu einem *sozialen* Gut und damit zum Gegenstand staatlicher Für- und Vorsorge geworden. Traditionell bestimmen daher Krankheits- und Gesundheitsbegriff Medizin und ärztliches Handeln. Doch machen beide einen fundamentalen Strukturwandel durch. Angeregt durch Bio- und Medizintechniken und verführt durch Utopien menschlicher Vervollkommenung erstreben wir eine zweite Gesundheit, indem wir unsere natürliche Natur – die wir dann nicht mehr als aufgegebene Kontingenz, sondern als defizitär-krankhaft empfinden – zu überwinden trachten. Ist dies gesellschaftlich gewollt, dann verliert die Medizin ihr durch ‚Krankheit/Gesundheit‘ beschriebenes Zentrum und Handlungsfeld. Medizin wird zur zieloffenen Anthropotechnik, der Patient wird zum reinen Kunden, der Arzt zum bloßen Anwender von Biotechniken und die Medizinethik zur reinen Technikfolgenabschätzung.

Schlüsselwörter

Gesundheit – Krankheit – Fürsorge – soziale Situation der Kranken – Enhancement – Medikalisierung der Lebenswelt

EINFÜHRUNG

Während in medizinischen Handbüchern und Lexika viele Krankheiten im Detail beschrieben sind, sucht man häufig vergeblich nach den Stich-

wörtern ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘.¹ Die Begriffe sind offenbar unscharf, schwer abzugrenzen, und zu jenen Grundbegriffen gehörig, von denen der Philosoph Immanuel Kant sagt, dass sie zwar erörterbar oder beschreibbar, aber kaum definierbar seien.² „Was gesund und was krank im allgemeinen bedeutet, darüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten den Kopf“³, bemerkt der Arzt und Philosoph Karl Jaspers. Johann Gottschick geht sogar soweit zu sagen, die Heilkunde benötige gar keinen „allgemeinen Krankheitsbegriff, weil sie sich nur mit Einzelkrankheiten zu befassen hat und einer genauen Grenzziehung zwischen ‚krank‘ und ‚gesund“⁴ daher gar nicht bedürfe. Dennoch werden die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ von Ärzten, Patienten und all denen, die mit dem Gesundheitswesen zu tun haben, nicht nur verwendet, sondern offensichtlich für unentbehrlich gehalten.

Ohne Zweifel ist die Frage nach Gesundheit und Krankheit so alt wie die Menschheit selbst. Doch ebenso wenig kann daran gezweifelt werden, dass sie mit der Entstehung der wissenschaftlichen Medizin eine neue Dimension angenommen hat, denn erst jetzt wird insbesondere der Krankheitsbegriff zu einem zentralen Leitbegriff im Konstitutionsgefüge der Medizin. Zugleich erhält er eine *medizinethische Funktion*, ist er es doch, der – aus der Bedürftigkeit des Kranken stammend – das Handeln des Arztes lenkt. Dabei ist Krankheit ein wenig geklärter Begriff, der zudem in seiner Leitfunktion innerhalb der zunehmend von den Naturwissenschaften beeinflussten Medizin immer mehr durch die an der Lebensqualität orientierte medizintechnische Machbarkeit bestimmt zu werden droht. Wo dieser Anspruch nicht von der Medizin selbst verfolgt wird,

¹ Zum historischen Wandel des Begriffs vgl. *Dietrich von Engelhardt*, Health and Disease: I. History of the Concepts, in: *Stephen G. Post* (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3. Aufl., New York 2004, 1057–1065; *Histoire du concept de la maladie (dossier)*, in: *Revue du praticien* 51 (2001) (18 spécial), 1975–2048; *Emanuel Berghoff*, Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes (*Wiener Beiträge zur Geschichte der Medizin* 1), 2. Aufl., Wien 1947; *Paul Diepgen u. a.*, Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik, in: *Franz Büchner u. a.* (Hg.), *Handbuch der Allgemeinen Pathologie*, Berlin u. a. 1969, 1–50; *Fritz Hartmann*, Krankheitsgeschichte und Krankengeschichte. Naturhistorische und personale Krankheitsauffassung, in: *Marburger Sitzungsberichte* 87, Heft 2 (1966) 17–32.

² „Nicht alle Begriffe können also, sie dürfen aber auch nicht alle definiert werden. Es gibt Annäherungen zur Definition gewisser Begriffe; dieses sind teils *Erörterungen* (expositiones), teils *Beschreibungen* (descriptions)“; *Immanuel Kant*, *Logik*, § 105, A 220 (Werke AA, Berlin/New York 1968, Band IX, 142f.).

³ *Karl Jaspers*, *Allgemeine Psychopathologie*, 5. Aufl., Wien 1965, 652.

⁴ *Johann Gottschick*, Der medizinische und der juristische (Gesundheits- und) Krankheitsbegriff (1963), in: *Karl E. Rothschuh* (Hg.), *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinnggebung* (*Wege der Forschung CCCLXII*), Darmstadt 1975, 341–379, 355 (Wiederabdruck aus: *Ärztliche Mitteilungen* 60 [1963] 1246–1252, 1303–1308).

wird er von Patientenseite an die Medizin oder an eine an ihre Stelle getretene ‚Anthropotechnik‘ herangetragen.

Im Folgenden soll argumentiert werden, dass ‚Krankheit‘ nicht darin auf geht, eine biologische Dysfunktion zu sein und der Begriff ‚Gesundheit‘ sich nicht darin erschöpft, ein vollkommenes organismisches Funktionieren zu beschreiben. Vielmehr will der vorliegende Beitrag Gesundheits- und Krankheitsbegriff untersuchen als (1) Grundzustände menschlichen Daseins praktischer Natur, als (2) relationale Begriffe im soziokulturellen Gefüge sowie als (3) ins Wanken geratene Normen in Medizin und ärztlichem Handeln.

Diese Herangehensweise ist mit den Thesen verbunden, dass wir einerseits über den Krankheitsbegriff ‚Gesundheit‘ als ein fundamentales individuelles Gut verstehen und zu den Elementar- oder Primärgütern zählen, die wir bewahren oder wiederherstellen wollen und als *soziales* Gut zum Gegenstand staatlicher Für- und Vorsorge machen; sowie andererseits, dass wir angeregt durch Bio- und Medizintechniken, verführt durch Utopien menschlicher Vervollkommnung eine Art zweite Gesundheit erstreben, indem wir unsere natürliche Natur zu überwinden trachten.

1. ‚KRANKHEIT‘ UND ‚GESUNDHEIT‘ ALS WEISEN KONTINGENTER MENSCHLICHER EXISTENZ

Krankheit und Gesundheit bezeichnen grundsätzliche Zustände unseres Menschseins, denen man sich von verschiedenen Seiten nähern muss, um sie zu begreifen. Geht man davon aus, dass mit diesen Begriffen Zustände beschrieben werden, die die ‚Natur‘ des Menschen betreffen, dann stellt sich die Frage, ob dieser Rekurs auf die menschliche Natur rein theoretisch-naturwissenschaftlich zu verstehen ist oder ob sich bereits im Naturbezug evaluativ-praktische Absichten erkennen lassen.

1.1 Krankheiten als Naturzustände zwischen Deskription und Evaluation

Der empirische Rekurs auf die Natur war in der Entstehungsphase der Medizin ein wichtiger Schritt, um zu einer korrekten Diagnose und Prognose zu gelangen und eine angemessene Therapie einzuleiten. Der Arzt musste bemüht sein, über die Natur des Menschen so viel zu wissen, dass er das Verhältnis des Menschen zu seiner Ernährung und seinen anderen

Lebensverhältnissen bestimmen konnte, um die notwendigen Kenntnisse über Gesundheits- und Krankheitszustände zu erhalten. Auch in der modernen Medizin werden mit Hilfe von naturwissenschaftlichen Methoden und biomedizinischen Techniken Daten über die Natur eines Patienten erhoben, um eine Diagnose zu erstellen und gegebenenfalls therapeutisch oder palliativ tätig zu werden. Dies wirft grundsätzlich die Frage auf, ob Krankheit und Gesundheit an der Natur des Menschen *ablesbare* Zustände sind und damit möglicherweise als natürliche *Standards oder Normen* das ärztliche Handeln leiten.

Joseph Margolis und H. Tristram Engelhardt gehen in ihren Untersuchungen beide davon aus, dass die *Natur keine Standards oder Normen* setzt. Vielmehr unterlägen Begriffen wie ‚Gesundheit‘ oder ‚Krankheit‘ implizite *Werturteile*, die nur im entsprechenden soziokulturellen Kontext verstanden werden könnten: ‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘ würden unsere negativen oder positiven Bewertungen von physischen oder psychischen Zuständen widerspiegeln und damit erst Krankheit oder Gesundheit konstituieren.⁵ Würde man diesen Gedanken weiterführen, dann könnte dies implizieren, dass das *soziokulturelle* Paradigma als das alleinige konstitutive Moment von Krankheit aufzufassen sei. Damit würde sich jedoch der Krankheitsbegriff zur reinen Konvention im sozialen Handlungsfeld entwickeln.

Gegen die Deutung, Krankheit sei in erster Linie ein rein soziokultureller Wertbegriff, kann eingewendet werden, dass die kulturelle Varianz im Blick auf die Vielfalt von Krankheiten eher ein Randproblem darstelle und es bei der Bewertung der meisten Krankheiten doch weitestgehenden transkulturellen Konsens gebe. Während von denjenigen, die den Krankheitsbegriff ausschließlich für ein Werturteil halten, diese Übereinstimmung so gedeutet wird, dass damit keineswegs das Nichtvorhandensein solcher normativen Urteile bewiesen, sondern dies vielmehr auf die Existenz *weitverbreiteter Konventionen und Normen* zurückzuführen sei,⁶ gehen *naturalistische* Deutungen davon aus, dass diese Übereinstimmung in der humanen Artnatur liege – insofern für alle Menschen gleicherma-

⁵ Vgl. H. Tristram Engelhardt, *Ideology and Etiology*, in: *The Journal of Medicine and Philosophy* 1, 3 (1976) 256–268, 266; ders., *The Roles of Values in the Discovery of Illnesses, Diseases, and Disorders*, in: Tom L. Beauchamp/LeRoy Walters (Hg.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont 1982, 73–75,75; Joseph Margolis, *The Concept of Disease*, in: Arthur L. Caplan/H. Tristram Engelhardt/James J. McCartney (Hg.), *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, Reading 1981, 561–577 (Wiederabdruck aus: *Journal of Medicine and Philosophy* 1 [1976] 238–255).

⁶ Vgl. Peter Sedgwick, *Illness – Mental and Otherwise*, in: Peter Steinfels (Hg.), *The Concept of Health* (The Hastings Center Studies 1 [3]), Hastings-on-Hudson 1973, 19–40, 35.

ßen gelte – und damit Krankheiten (*diseases*) als *biologische Dysfunktionalitäten* in der Natur des Menschen ablesbar seien.

1.2 Krankheit als Dysfunktion

Auf diesem Hintergrund hat Christopher Boorse ein funktionalistisches Krankheitsverständnis systematisch entwickelt, das häufig als „(bio)medical model“⁷ oder „biostatistical model“⁸ bezeichnet wird. Der Begriff der Krankheit (*disease*) ist für Boorse eine „wertfreie theoretische Annahme“, die durch das Element der *biologischen Funktionalität* einerseits und durch das *der statistischen Normalität* andererseits geprägt ist. Den Ausdruck ‚normal‘ verwendet er dabei immer als Äquivalent zu ‚natürlich‘, und *natürlich* ist für ihn dasjenige, was sich empirisch als *arttypisch* herausgestellt hat. Krankheit ist dann die Störung des ‚statistisch normalen Funktionierens‘ eines Organismus entsprechend den Umweltansprüchen dieser Art.⁹

Diese Funktionalität unterstellt unter *evolutionstheoretischen Paradigmen* eine Bauplan-Umwelt-Vernetzung, wie sie für Tiere konstatiert werden kann, aber beim Menschen nicht vorliegt. Vielmehr muss der Bauplan des Menschen (*species design*) zwar als vorgegebene, aber als *individuell variierende*¹⁰ und vom *Individuum zu interpretierende* Größe angesehen werden. Das Schlüssel-Schloss-Schema, als eindeutige Verweisung zwischen Bauplan und Umwelt, das bei höher entwickelten Tieren schon problematisch ist, lässt sich auf den von seiner Umweltgebundenheit befreiten, ‚weltoffenen‘ Menschen (Max Scheler) nicht ohne weiteres übertragen. Denn der Mensch handelt nicht aus natürlichen Ursachen heraus, sondern aus Gründen und er setzt seine eigenen Ziele. Dieses Weltverhältnis muss dann auch in die Interpretation von Krankheit im Kontext des eigenen Lebensentwurfs einbezogen werden. Die von Boorse präferierte Form der isolierten Betrachtungsweise des Körpers hat sich jedoch auf dem Hintergrund der Auswirkungen des Cartesianismus etabliert. Denn René Descartes und seine Interpreten verstehen den Menschen als ein seiner Substanz nach dualistisch organisiertes Leib-Seele-Wesen und

⁷ Sally Guttmacher, Whole in Body, Mind, and Spirit: Holistic Health and the Limits of Medicine, in: The Hastings Center Report 9 (1979) 15–21, 17.

⁸ Lennart Nordenfelt, Concepts of Health and Their Consequences for Health Care, in: Theoretical Medicine 14 (1993) 277–285, 277.

⁹ Vgl. Christopher Boorse, Health as a theoretical concept, in: Philosophy of Science 44 (1977) 542–573, 542–562; James M. Humber/Robert F. Almeder (Hg.), What Is Disease?, Totowa 1997.

¹⁰ H. Tristram Engelhardt, The Roles of Values (Anm. 5), 73–75, 74.

ignorieren dabei die Verschränkung dieser beiden Teile. Mit einer solchen Deutung wird der Körper dann zur funktional interpretierbaren Einheit.¹¹

Die Konzeption, wie Boorse sie erarbeitet hat, ermöglicht eine gute wissenschaftliche Operationalisierbarkeit des Krankheitsbegriffs. Denn ohne Zweifel gehen in die Bestimmungen eines Zustands als Krankheit viele – insofern ist Boorses Krankheitsbegriff adäquat – auf die Funktionalität des Organismus bezogene, empirisch erhebbare, deskriptiv konstatierbare Parameter ein (Blutdruck, Zahl der Leukozyten, Leberwerte usw.). Doch darf bezweifelt werden, ob sich ‚Krankheit‘ auf den naturwissenschaftlichen Befund reduzieren und damit als rein theoretisch-deskriptiv deuten lässt.

Die Weise, in der auf die Natur mit Blick auf den Krankheitsbegriff Bezug genommen wird, spiegelt sich auch in den Entwürfen von Systemen wider, die Krankheiten klassifizieren. Auf diesem Hintergrund ist die Nosologie daraufhin zu befragen, ob Krankheiten nach dem Vorbild natürlicher Arten zu entdecken sind, um sie anschließend in taxonomischen Systemen beschreiben zu können.

1.3 Klassifikation von Krankheiten

In Anlehnung an die Phytologien (Pflanzenbücher) der Botaniker hat sich besonders Thomas Sydenham (1624–1689) in der Ausarbeitung eines taxonomischen Systems für Krankheitseinheiten hervorgetan, indem er – zwar durch platonische Hintergrundannahmen geprägt, aber methodisch auf einem neuen, empirischen Wissenschaftsverständnis aufbauend – eine theoretisch-systematische Nosologie entwarf. Die Rezeption erfolgte später in der *Nosologia methodica* (1768) von François Boissier de la Croix de Sauvages (1706–1767). Eine solche Krankheitstaxonomie (*Nosologie*) suggeriert, es handle sich bei Krankheiten um selbständige natürliche Entitäten (*species morborum*), die es in der Natur zu entdecken gebe. Doch Krankheiten als Krankheiten zu erkennen und zu klassifizieren, kann nur in einem komplexen epistemologischen Prozess beschrieben werden, in dem eine Korrelation zwischen Denken und Gegenstand hergestellt wird.

¹¹ Zum Dualismus bei Descartes und seiner lebensweltlich verstandenen Einheit der Person vgl. Dirk Lanzerath, *Natürlichkeit der Person und mechanistisches Weltbild*, in: Kurt Fleischhauer/Mechthild Dreyer (Hg.), *Natur und Person im ethischen Disput*, Freiburg 1998, 81–104, 83–94.

Dieser Prozess verdeutlicht gleichermaßen Unablesbarkeit und Bedingtheit unserer Erkenntnis von natürlichen Gegenständen.¹²

Das Herstellen der Korrelation ist ein aktiver Prozess, ein von *Zwecken geleitetes* gestaltendes *Begreifen, Erkennen* und *Erdenken*. „Objektimmanente“ und „beobachterrelative“¹³ Eigenschaften eines Gegenstandes wirken im Erkenntnisprozess zusammen. Unterstellt man eine Realität außerhalb unseres Beobachtens und Erkennens, dann erfassen wir den Gegenstand nie vollständig, sondern nur entsprechend unserer Erkenntnisintention. Diese wird durch Sprache symbolisiert. So bestimmt die Intentionalität unserer Erkenntnis den Inhalt, das heißt die Intention eines Begriffs mit, der als allgemeiner Terminus innerhalb von Klassifikationssystemen generiert wird und darin ordnungstiftend wirkt. Bezogen auf die Klassifikationsbedingungen von Krankheiten bedeutet dies: In der Natur zu suchen, was Krankheiten ‚natürlicherweise‘ sind und welche Definitions- und Einteilungskriterien in einem Klassifikationssystem anzuwenden sind, setzt bereits einen *Sinn* oder einen *Begriff* von Krankheit voraus, der selbst wiederum nicht erst in einem natürlichen Geschehen gesucht werden kann. Ist Krankheit in erster Linie ein praktischer Begriff und nicht ein an der ‚Natur‘ ablesbarer Zustand, dann kann auch die Klassifikation nur an einem so verstandenen Krankheitsbegriff orientiert sein, das heißt er kann nur im engen Zusammenhang mit dem Selbstempfinden des Kranken und dem Handeln des Arztes begriffen werden, also dem Kontext, in dem der Begriff verwendet wird. Dieses Handlungsfeld gibt erst die Semantik dafür an, worauf ‚Krankheit‘ referiert.

Auf diesem Hintergrund kann der nosologische Umgang mit Krankheiten dann als ein ‚gestaltendes Erkennen‘ begriffen werden, das weder reines Entdecken, noch pures Erfinden ist, und dessen Semantik sich an der Zwecksetzung ärztlichen Handelns orientiert.¹⁴ Denn ein nosolo-

¹² Indem Kant ein gegenseitiges Korrelationsverhältnis zwischen *reinem Denken* und *sinnlicher Erfahrung* feststellt, versucht er rationalistische und empiristische Standpunkte miteinander zu verbinden. Das Erkennen geschieht durch ein hinnehmendes Moment, die *Anschauung*, und ein Moment der aktiven Gestaltung, die *Synthesis*, für die der Verstand *apriorische Ordnungsformen*, das heißt reine Verstandesbegriffe oder Kategorien (Einheit, Allheit, Differenz usw.) mitbringt. Die Objekte der Erscheinungswelt werden vom erkennenden Subjekt mittels Anschauungsformen und Verstandeskategorien geordnet, womit sie für uns zu *Erfahrungs- und Erkenntnisgegenständen* werden. „[D]ie Bedingungen der *Möglichkeit der Erfahrung* überhaupt sind zugleich Bedingungen der *Möglichkeit der Gegenstände der Erfahrung*, und haben darum objektive Gültigkeit in einem synthetischen Urteile a priori.“ Immanuel Kant, *Kritik der reinen Vernunft*, B197 (Werke AA, Berlin/New York 1968, Band III, 145); vgl. ebd. B89–B349.

¹³ Vgl. *John R. Searle*, Die Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Zur Ontologie sozialer Tatsachen, Reinbek 1997, 19–23.

¹⁴ Vgl. *Joseph Margolis*, The Concept of Disease (Anm. 5).

gisches Klassifikationssystem will Krankheiten *unterscheidbar* und damit *identifizierbar* machen, um sie biomedizinisch zu untersuchen, sie als Gegenstand eines fachkundigen Diskurses zu handhaben, damit ein Instrumentarium erwächst, das eine Diagnose erleichtert und eine Therapie ermöglicht. Entsprechend sind nosologische Systeme nicht einheitlich, sondern gehen von unterschiedlichen Kriterien aus: besonders sind dies Ursachen (Infektions-, Erb-, Berufskrankheiten und anderes), Mechanismen (Immun-, psychosomatische Krankheiten und anderes), die betroffenen topographischen Bereiche und anatomischen Strukturen (Nieren-, Stoffwechsel-, psychische Krankheiten und anderes), die Übertragungsart (Geschlechtskrankheiten und anderes), die Gruppenspezifität (Kinder-, Alterskrankheiten und anderes) oder die geographische Verbreitung (Tropenkrankheiten und anderes).¹⁵

Offensichtlich stehen im Blick auf den Krankheitsbegriff Naturbetrachtung und Evaluation außer Frage. Doch ist zu klären, in welchem Verhältnis *Werturteil* und *Naturbezug* zueinander stehen, ohne dass man sich entweder für einen *Naturalismus* zu entscheiden hat, der Krankheiten als in der Natur *objektiv ablebbare* Phänomene versteht, oder sich einem *Relativismus* anschließen muss, der dem Krankheitsbegriff Zustände nach *willkürlichem Wertemuster* oder *reiner Konvention* zuordnet.¹⁶

1.4 Erleben von Krankheit und Gesundheit

Die Bewertung eines Zustandes als Krankheit im Kontext der Lebensführung kann – je nach Schwere der Krankheit – den Betroffenen mit der Frage nach dem *Sinn* seines Daseins konfrontieren. Es ist eine Konfrontation mit der eigenen kontingenten Existenz, die im Negativum des Krankseins auch etwas Positives erkennen lässt: „Nur dadurch, dass Gesundheit in Krankheit umschlagen kann und dieser Umschlag tatsächlich so und so oft stattfindet, ist Gesundheit ein Gut und ein konstituierendes Element der heilen Welt. Der Kranke spürt dies selbst, indem ihm allererst in der Krankheit der hohe Wert der Gesundheit zum Bewusstsein kommt und die Krankheit ihn um so mehr aufrüttelt, zur Besinnung bringt und zur Eigentlichkeit aufruft, je schwerer und bedenklicher sie ist. [...] Die Krank-

¹⁵ Vgl. Stanley L. Robbins u. a., Human Disease, in: The New Encyclopaedia Britannica (1993), Vol. 17 (Macropaedia), 345–361, 360f.; Lennart Nordenfelt, On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach (Philosophy and Medicine 26), Dordrecht u. a. 1987, 130.

¹⁶ Vgl. hierzu Lawrie Reznek, The Nature of Disease (Philosophical Issues in Science), London u. a. 1987, 20–21.

heit als Aufruf zur Eigentlichkeit, die Heilung als Chance, den während der Krankheit vernommenen Aufruf nun auch in die Tat umzusetzen.¹⁷ Vor allem von kunstschaftenden Menschen ist der Umstand geltend gemacht worden, dass Krankheitserfahrung und -erleben zumindest einen epistemischen Wert darstellt, der schon damit beginnt, den Eigenwert des Lebens intensiver wahrzunehmen. So betont der Literat Marcel Proust das erhebliche positive Potential des Krankheitserlebens für den persönlichen Erkenntnisgewinn und das literarische Schaffen, das sich ohne die Krankheitserfahrung nie hätte entfalten können.¹⁸ Die Menschheit verdankt einen großen Teil des kulturellen Schaffens kranken und leidenden Menschen. Aus Krankheit und Leid heraus haben Menschen Religionen gestiftet und Meisterwerke der Kunst hervorgebracht. Die Beschäftigung mit Kunst und Literatur hat es vielen Menschen erleichtert, Krankheit, Schmerz und Todesangst zu bewältigen.¹⁹

Der Kontrollverlust über den eigenen Körper, Teile des Körpers oder über die gesamte eigene Lebenssituation, der mit dem Krankheitserleben häufig einher geht, lässt oft ein Gefühl völliger Unsicherheit über die Zukunft entstehen. Die damit verbundene „Hilfserwartung“ und „Hilfsgewissheit“ bezeichnet Jean Améry als eine der „Fundamentalerfahrungen des Menschen“²⁰. Gerade diese zu Grunde liegende Unsicherheit, die sich bis hin zur existentiellen *Angst* (Martin Heidegger) entwickeln kann, macht den Patienten unfähig, seine Situation alleine wieder in den Griff zu bekommen. Der Blick des *Anderen* (Jean-Paul Sartre) ist daher eine wichtige Größe bei der Auslegung der eigenen Krankheitssituation. „Gesund ist ein Mensch, der mit oder ohne nachweisbare oder für ihn wahrnehmbare Mängel seiner Leiblichkeit allein oder mit Hilfe anderer Gleichgewichte findet, entwickelt und aufrecht erhält, die ihm ein sinnvolles, auf die Entfaltung seiner persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglicht, so dass er sagen kann: *mein* Leben, *meine* Krankheit, *mein* Sterben.“²¹

¹⁷ *Eduard May*, Heilen und Denken, Berlin 1956, 141–143.

¹⁸ Sein Leben und schweres Leiden sowie den Geist einer ganzen Epoche resümiert *Marcel Proust* in seinem Romanzyklus *À la recherche du temps perdu*, Paris 1913–1927 (dt. Aufl. der Suche nach der verlorenen Zeit, Frankfurt 2004).

¹⁹ Vgl. hierzu auch *Michael N. Magin*, Ethos und Logos in der Medizin. Das anthropologische Verhältnis von Krankheitsbegriff und medizinischer Ethik, Freiburg u. a. 1981.

²⁰ *Jean Améry*, Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten, München 1966, 52.

²¹ *Fritz Hartmann*, Sittliche Spannungslagen ärztlichen Handelns, in: *Dietrich von Engelhardt* (Hg.), Ethik im Alltag der Medizin. Spektrum der medizinischen Disziplinen, 2. Aufl., Basel u. a. 1997, 1–13, 25 (Hervorhebungen vom Verfasser).

Gesundheit, so lässt sich festhalten, erweist sich stets als ein Begriff in Relation zu Krankheit, der uns oft gar nicht als eigener Zustand begreifbar wird; vielmehr übersehen wir unsere Gesundheit. Gesund zu sein heißt, befreit sein von Einschränkungen und Problemen, die eine Reflexion auf sich selbst fördern würden. Deshalb spricht Hans-Georg Gadamer von der „Verborgenheit der Gesundheit“²² und Drew Leder von der Gesundheit als einem „tacit background“²³. Der gesunde Mensch kann seine Arbeit, seine Freizeitbeschäftigungen, seine gesellschaftlichen Unternehmungen mit einer gewissen Beliebigkeit planen. Die individuellen Intentionen können grundsätzlich erfüllt werden. Dies ist dem kranken Menschen nur in eingeschränktem Maß möglich. „The state of health, bodily and psychic, that allows for such engagements usually remains the tacit background [...]. To be healthy is to be in a state of relatively unproblematic wholeness.“²⁴ Die Abwesenheit von dieser Erfahrung bleibt implizit immer in unserem Alltag präsent. Dies ist der Hintergrund für das, was Maurice Merleau-Ponty im Anschluss an Edmund Husserl als das „körperliche ‚Ich kann‘“ bezeichnet.²⁵ Ich brauche nicht über meinen Körper nachzudenken, ich nehme ihn gar nicht wahr, wenn er gesund ist. Der gesunde Körper ist mir mein „ruhiger und treuer Diener“, über den ich mir genauso wenig Gedanken machen muss wie über meine eigene Sterblichkeit. Er befreit mich auch davon, mich auf die Welt außerhalb meiner selbst wirklich einzulassen und bedeutet einen Verlust an Kontingenzerfahrung. Erst das Krankheitserleben führt uns die Unsicherheit dieser Welt, deren Teil wir sind, vor Augen.²⁶

Wenn wir uns gewöhnlich gemäß selbst gesetzten Zielen auf eine Lebenszukunft hin entwerfen,²⁷ so sehen wir durch eine aktuelle Krankheit unseren Weg in die Zukunft versperrt. Krankheit kann uns an das Hier und Jetzt festnageln. Diese Disintegration in Raum und Zeit beeinflusst auch unser Verhältnis zu den Anderen. Als Gesunde sind wir integriert in die Aktivitäten und Erfahrungen anderer um uns herum. Aber schon eine Schmerzerfahrung lässt uns den Anderen gegenüber auf Distanz gehen, denn diese spezielle Erfahrung kann der Andere zunächst nicht nach-

²² Vgl. *Hans-Georg Gadamer*, Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge, Frankfurt 1993, 133.

²³ Vgl. *Drew Leder*, Health and Disease. The Experience of Health and Illness, in: *Warren T. Reich* (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. I, 3. Aufl., New York 1995, 1106–1113, 1107.

²⁴ Ebd.; vgl. auch *ders.*, *The Absent Body*, Chicago u. a. 1990, 79–83.

²⁵ Vgl. *Maurice Merleau-Ponty*, *Phénoménologie de la perception*, Paris 1945 (dt. *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlin 1966).

²⁶ Vgl. *Martin Heidegger*, *Sein und Zeit*, 16. Aufl., Tübingen 1986, § 47, § 51.

²⁷ Vgl. ebd. § 67–71.

vollziehen; dem Betroffenen fehlen die Worte, dies mitzuteilen, denn die Fähigkeit des Mit-Leiden-Könnens ist beschränkt. Es mangelt in dieser Situation an der Kraft zur Sozialisation; wir haben das Bedürfnis, uns zu verstecken, das wir zum Ausdruck bringen: ‚Ich möchte nicht, dass Du mich in diesem Zustand siehst.‘ Die Gesunden neigen dazu, die Welt der Kranken zu meiden, weil die Begegnung mit den Kranken sie an ihre eigene Kontingenz, Verwundbarkeit und Sterblichkeit erinnert. Denn Krankheit ruft uns unser „Vorlaufen zum Tode“²⁸ als das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit in Erinnerung (Martin Heidegger) und hindert uns auf diese Weise daran, unsere Endlichkeit zu vergessen. Krankheit ist in diesem ganz positiven Sinne konstitutiv für die *Welt* des Menschen.²⁹ Aber das, was an Mit-Leiden-Können (*Sym-Pathie*) vorhanden ist, und sich artikuliert in einem Zuhören-, Berühren- und Umsorgen-Wollen, kann ein großer Dienst (*care*)³⁰ sein, Leiden zu lindern und der Hilflosigkeit der Kranken entgegentzukommen.

Besonders ernste Krankheiten lassen auf diesem Hintergrund Fragen aufkommen wie: ‚Warum ist das passiert?‘, ‚Warum gerade jetzt?‘, ‚Warum ausgerechnet mir?‘. Die von uns gedachte Welt kann auf einmal in sich zusammenfallen: ‚Es ist alles sinnlos, ich habe etwas falsch gemacht und mein jetziger Zustand ist die Strafe hierfür.‘ Historisch sind Krankheiten in verschiedenen Kulturen vielfach als Strafe Gottes oder der Götter aufgefasst worden.³¹ Krankheit kann aber auch in der modernen Gesellschaft für den Einzelnen zum Anlass für eine Gewissenserforschung und Ausgangspunkt für Sinnsuche und -findung werden. ‚Illness, then, is not simply a biological event; it is also an existential transformation. One may be stripped of one’s trust in the body, reliance on the future, taken-for-granted abilities, professional and social roles, even one’s place in the cosmos.‘³² Das ganze Leben kann sich durch Krankheitserfahrung ändern und zu einer Änderung der *Rangordnung* der Lebensziele führen. Dies ist natürlich nicht grundsätzlich und immer der Fall, sondern hängt von der Natur einer Krankheit, der individuellen Psyche des Kranken und

²⁸ Ebd. § 53, 267.

²⁹ Vgl. *Eduard May* (Anm. 17), Berlin 1956, 134–143.

³⁰ Hieraus kann in der medizinischen Ethik das Konzept der *ethics of care* entwickelt werden; vgl. z. B. den Entwurf von *Jos V. M. Welie*, Towards an Ethics of Immediacy: A Defense of a Noncontractual Foundation of the Care Giver-Patient Relationship, in: *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal* 2, 1 (1999) 11–19; vgl. hierzu auch *Nancy S. Jecker/Warren T. Reich*, Care III. Contemporary Ethics of Care, in: *Warren T. Reich* (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics* (Anm. 23), Vol. I, 336–344.

³¹ Vgl. *Wolfgang U. Eckart*, *Geschichte der Medizin*, 3. Aufl., Berlin u. a. 1998, 8–14.

³² *Drew Leder*, *Health and Disease* (Anm. 23), 1106–1113, 1109.

dessen sozialem Umfeld ab.³³ Besonders chronische Krankheiten bis hin zu dauerhaften Behinderungen sind mit Blick auf die Kontingenzerfahrung noch einmal anders zu bewerten, denn sie sind kein akutes Durchgangsstadium, sondern müssen über lange Zeiträume hindurch ertragen werden. Diese Zustände fordern den Einzelnen in noch stärkerem Maße als solche, die nur vorübergehende Erscheinungen sind. Sie machen umso mehr die Aufgabe bewusst, die dem Menschen durch seine Natur gestellt ist.

Mit diesem Erleben wird einerseits deutlich, dass Gesundheit als ein Zustand bezeichnet werden kann, der nicht das Gegenteil von Krankheit ist, sondern diese vielmehr mit einschließt, und andererseits lässt sich erkennen, dass der Krankheitsbegriff in dieser Betrachtungsweise eine eigentümlich dialektische Struktur von Destruktivem und Konstruktivem, von existentiellm Leid und existenzieller Chance beinhaltet.

2. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT: RELATIONALE BEGRIFFE IM SOZIOKULTURELLEN GEFÜGE

Steht auf der einen Seite ein naturalistisch enggeführtes Krankheitskonzept, das Krankheit lediglich als eine Fehlfunktion in der Natur des Organismus auffasst, finden wir auf der anderen Seite die weit gefasste Gesundheitsbeschreibung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Denn diese trägt über die psycho-physischen Momente hinaus den sozialen Aspekten von Krankheit und Gesundheit Rechnung. In der WHO-Beschreibung wird nämlich Gesundheit als ein „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Frei-seins von Krankheit und Gebrechen“³⁴ verstanden. Aber schon Karl Jaspers hat diese Beschreibung mit Spott versehen, indem er vermerkt hat,

³³ Vgl. hierzu *Victor Kestenbaum*, Introduction: The Experience of Illness, in: *Ders.*, The Humanity of the Ill. Phenomenological perspectives, Knoxville 1982, 3–38, 13–27; *Howard Brody*, Stories of Sickness, New Haven 1987; *Anne H. Hawkins*, Reconstructing Illness: Studies in Pathology, West Lafayette 1993.

³⁴ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Constitution of the World Health Organization, 22 July 1946, Off. Rec. WHO 2, 100; wieder abgedruckt in *Arthur L. Caplan u. a.* (Hg.), Concepts of Health and Disease (Anm. 5); diese Beschreibung wird von der Bundesärztekammer kommentiert: „Dieser Gesundheitsbegriff ist unreal. Gesundheit ist die aus der personalen Einheit von subjektivem Wohlbefinden und objektiver Belastbarkeit erwachsende körperliche und seelische, individuelle und soziale Leistungsfähigkeit der Menschen.“ *Bundesärztekammer*, Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft. Beschlossen vom 89. Deutschen Ärztetag 1986 in Hannover, Köln 1986, 6.

dass er an ihr gemessen „dreimal täglich krank“ sei. Christoph W. Hufeland hat diese Kritik im Grunde 1795 bereits vorweggenommen. Er schreibt, dass die absolute Gesundheit ein Ideal sei, das einen „vollkommenen regelmäßigen und harmonischen Zustand der Organe, Kräfte und Functionen des menschlichen Wesens“ beschreibe, der aber sehr „selten“ sei. Nach dieser Bestimmung wäre nämlich „der allergrösste Theil der civilisirten Menschen krank“.³⁵

Trotz berechtigter Kritik wird in dieser Formulierung der WHO die für den Gesundheitsbegriff – und damit auch für den Krankheitsbegriff – wesentliche *soziale Dimension* betont.³⁶ Nimmt man diese Beschreibung als Definition, dann wird Gesundheit nicht mehr als *ein* begrenztes Gut oder als *eine Voraussetzung* für das Erstreben von Gütern³⁷ aufgefasst. Vielmehr werden physische, soziale und ökonomische Gesundheit (oder Wohlbefinden) mit einer unbeeinträchtigten Glücksfähigkeit identifiziert. Damit läge der ‚golden key‘, die Lösung aller Probleme – auch der sozialen wie Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit – in den Händen der Medizin.³⁸ Dies nährt jene utopische Hoffnung, die die anthropologische Notwendigkeit von Krankheit und Tod leugnet und eine einst auf das Jenseits gerichtete Erlösungsvorstellung auf das diesseitige Leben bezieht.³⁹ Das Ergebnis wäre eine Medikalisierung der Welt, die dazu führen könnte, dass Medizin – in einer missverstandenen Form von ‚public health‘ als *social engineering* – zu einem gefährlichen sozialen und politischen Instrument der Manipulation wird. Denn was nicht im Namen der Moralität getan werden darf, wird dann im Namen der ‚Gesundheit‘ rechtfertigbar.⁴⁰

Die Formulierung von 1946 muss freilich im Rahmen der ersten Aktivitäten der Vereinten Nationen gelesen werden, die immer wieder unterstrichen haben, dass *Weltgesundheit* und *Weltfriede* untrennbar mitein-

³⁵ Demgegenüber kennt er die „relative Gesundheit“; sie sei derjenige „Zustand der Organe, Kräfte und Functionen“, der „etwas vom naturgemäßen“ abweiche. Aber diese Abweichung sei „nicht von der Art, dass sie die Verrichtung wirklich stört, oder als Abweichung percipirt wird.“ Christoph W. Hufeland, Begriff und Wesen der Krankheit, in: Karl E. Rothschuh (Hg.), Was ist Krankheit? (Anm. 4), 19–23, 19.

³⁶ Vgl. hierzu Friedrich Deich, Was ist Gesundheit? Analyse eines Begriffes, den man nicht kennt, über den man aber täglich spricht, in: Ärztliche Mittheilungen (Deutsches Ärzteblatt) 18 vom 21.6.1957, 493–500, 497 f.

³⁷ Vgl. ebd. Kap. B I 4.

³⁸ Vgl. Daniel Callahan, The WHO Definition of Health (1973), in: Peter Steinfels (Hg.), The Concept of Health (Anm. 6), 77–87, 83; vgl. hierzu auch Lester Breslow, A Quantitative Approach to the World Health Organisation Definition of Health: Physical, Social and Mental Well-Being, in: International Journal of Epidemiology 1 (1972) 347.

³⁹ Vgl. Ivan Illich, Die Enteignung der Gesundheit („Medical Nemesis“), Reinbek 1975.

⁴⁰ Vgl. Daniel Callahan, The WHO Definition of Health (Anm. 38), 77–87, 82.

ander verbunden sind. Sicherlich liegt die Stärke dieser Beschreibung der WHO in dem Versuch, den Gesundheitsbegriff in einen breiten Kontext der menschlichen Lebenswelt einzuordnen. Aber die Identifizierung von Gesundheit mit Glück, die ausgeweitete Rolle der Medizin und des ärztlichen Handelns, die vorschnelle Kategorisierung des Individuums als krank, die Vermischung von Medizin und Moralität sowie die unklare Abgrenzung der Medizin zu anderen Berufsfeldern,⁴¹ machen eine Verteidigung der WHO-Gesundheitsauffassung schwierig.

Doch ist grundsätzlich an dem für die Gesellschaft normativen Gehalt des Gesundheitsbegriffs festzuhalten. Insofern spielt die soziale Konstitution des Menschen eine zentrale Rolle für die Explikation von ‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘.

2.1 *Der Kranke als soziales Wesen*

Das Grundstreben des Menschen, seine Gesundheit zu erhalten, Krankheit zu vermeiden bzw. von ihr wieder zu genesen, ist eingebettet in einen soziokulturellen Kontext. Das Krankheitsverständnis ist kein gesellschaftliches Konstrukt,⁴² wird aber von der Gesellschaft beeinflusst. Die Auffassungen von Ärzten wie von Patienten sind nicht aus ihrem soziokulturellen Kontext zu lösen⁴³ und prägen deren jeweilige Rolle in der Gesellschaft und beeinflussen sie in ihrem Verhältnis zueinander.

Bei den *sozialwissenschaftlichen* Analysen ist zu unterscheiden zwischen *sozioepidemischen* Analysen, in denen aufgezeigt wird, inwieweit Faktoren wie Alter, Geschlecht, Rasse, Lebensstandard, Bildung, Erziehung, Hygiene, Gesundheitssysteme und die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht die Entstehung und Verbreitung von Krankheiten beeinflussen, und *sozialen Rollenanalysen* auf der Ebene der Arzt-Patient-Beziehung sowie den *soziokulturellen* Überlegungen, welche evaluative Bedeutung Krankheiten für Patienten und Ärzte haben und wie diese Bedeutung die Natur von Macht- und Autoritätsverhältnissen einer Gesellschaft reflektieren.

⁴¹ Vgl. ebd. 83; *Wolfgang Wieland*, Philosophische Aspekte des Krankheitsbegriffs, in: *Volker Becker/Heinrich Schipperges* (Hg.), *Krankheitsbegriff, Krankheitsforschung, Krankheitswesen*. Wissenschaftliche Festsitzung der Heidelberger Akademie der Wissenschaften zum 80. Geburtstag von Wilhelm Doerr, Berlin u. a. 1995, 59–76, 70.

⁴² Vgl. *Jens Lachmund/Gunnar Stollberg*, *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present* (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 1), Stuttgart 1992.

⁴³ Vgl. *Karl Jaspers*, *Allgemeine Psychopathologie* (Anm. 3), 652.

Wenn auch Gesundheit nicht, wie dies die WHO-Gesundheitsauffassung suggeriert, identisch ist mit einem allgemeinen und vollkommenen Wohlergehen des Menschen, so sind doch ‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘ ganz zentrale Aspekte der *conditio humana*. Die üblicherweise vorhandene Fähigkeit zur Ausübung einer sozialen Rolle wird durch Krankheit zerstört. Da viele Krankheiten dazu beitragen, dass der Betroffene an der Realisation wichtiger menschlicher Ziele gehindert wird, werden diese in nahezu allen bekannten Kontexten und Kulturen als Krankheiten angesehen. Die prima facie *negative* Bewertung von Krankheiten kann unter Umständen aufgewogen werden durch die Realisierungen anderer Güter. Die Akzeptanz als Kranker schafft auf diese Weise ein neues Rollenverständnis und eine neue Bewertung von Zielsetzungen und zu erstrebenden Gütern.⁴⁴ Im Mittelpunkt stehen die Erwartungen, die der Träger einer Rolle hegt und diejenigen, die die Gesellschaft an den Träger richtet.

Einer der ersten, der die *Arzt-Patient-Dyade* als eine *Rollen-Beziehung* mit einem Set von reziproken Rechten, Pflichten und Verbindlichkeiten charakterisierte, war Talcott Parsons. Der Patient ist schuldlos an seiner Situation, er ist hilflos und technisch inkompetent. Die existentielle Stellung des Arztes ist von der Unsicherheit bedrängt, wissen zu müssen, was dem Patienten wirklich fehlt, und wie er am besten zu behandeln ist. Das zentrale Element der *Rolle des Arztes* ist, dass das Handeln des Therapeuten gegenüber dessen Eigeninteressen institutionalisiert und professionell am Wohlergehen des Patienten orientiert ist. Komplementär hierzu kann die *Rolle des Kranken (sick role)* betrachtet werden.

Das einzige Aktive der Krankenrolle ist das Ersuchen um Hilfe. Die Krankenrolle setzt sich im Wesentlichen aus vier Aspekten zusammen: (1) Der Kranke ist davon befreit, seinen Krankheitszustand rechtfertigen zu müssen (*deliberate motivation*); (2) er ist davon entlastet, seinen alltäglichen sozialen Verpflichtungen nachzukommen, die auf Grund des Krankheitszustands nicht ausgeführt werden können (*abstentions from performance expectations*); (3) der Kranke ist aber auch verpflichtet, wieder gesund werden zu wollen (*commitment to recover*) und daher (4) fachkundige Hilfe aufzusuchen und mit den therapeutisch Handelnden kooperativ zusammenzuarbeiten (*commitment to cooperate*). Versteht man auf diesem Hintergrund den Kranken als einen *Hilfsbedürftigen* und führt ihn zusammen mit den therapeutisch Handelnden, dann kann die Rolle des Kranken nur in Abhängigkeit zu den nicht Kranken gesehen werden, das

⁴⁴ Vgl. H. Tristram Engelhardt, *The Roles of Values* (Anm. 5), 73–75.

heißt es entsteht eine *Verpflichtung* seitens der gesunden Mitglieder der Gesellschaft.⁴⁵

Die Kritiker von Parsons' soziologischer Bewertung werfen ihm vor, dass mit seiner Rollencharakterisierung in erster Linie nicht empirische Begebenheiten, sondern normative Muster beschrieben würden. Seine Ärzte leben in einer Welt, in der sie Wertschätzungen mit Patienten teilen und ausschließlich im besten Interesse des Patienten handeln. Parsons liege dem Ideal der griechischen *Polis* zu nahe und vernachlässige die in arbeitsteilige Subsysteme gegliederte moderne pluralistische Gesellschaft mit unterschiedlichen Wert- und Zielvorstellungen. Viele Soziologen stimmen mit Parsons Grundeinsicht überein, unterscheiden sich aber in dem Punkt, wie die Erfahrung von Krankheit geprägt wird durch Werte und (Glaubens-)Überzeugungen, die implizit, stillschweigend, ununtersucht und sehr variabel innerhalb verschiedener kultureller Gruppen auftreten und existieren können. So betont – gegen Parsons – die *Konflikttheorie*, dass eine Gesellschaft aus *konkurrierenden* Gruppierungen mit unterschiedlichen – möglicherweise inkommensurablen – Werten bestehe und *nicht* aus *kooperierenden* Gruppen, die ihre Wertschätzungen miteinander teilen. Für diese Soziologen steht die Rolle des Arztes als Treuhänder von Patienteninteressen zur Disposition; stattdessen sei der Arzt mehr ein geschickter ‚*moral entrepreneur*‘, der in neutraler wissenschaftlicher Sprache seine Eigeninteressen oder die Interessen seiner sozialen Klasse verdecke.

Einige konflikttheoretische Ansätze gehen davon aus, dass die Gesellschaft kranke Individuen mit *Etiketten* versieht (*labeling*), die von der herrschenden Klasse dazu benutzt werden, ihre eigenen Interessen zu schützen und die Unprivilegierten zu unterdrücken. Drängt man nämlich jemanden in die Rolle des Kranken, wird er stigmatisiert und diskriminiert, wodurch ihm seine Lebenschance genommen wird.⁴⁶ Besonders intensiv wird die Etikettierung von Kranken im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen diskutiert. Der Psychiater Thomas Szasz hält den gesellschaftlichen Einfluss auf die Definition von ‚Geisteskrankheiten‘ für so stark, dass er den Begriff für unberechtigt hält. Abweichungen, die

⁴⁵ Vgl. hierzu ausführlich *Talcott Parsons*, Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure, in: *Ders.*, Social Structure and Personality, London 1964, 257–291 (Wiederabdruck in: *Arthur L. Caplan u. a.* [Hg.], Concepts of Health and Disease [Anm. 5], 57–81; dt. Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas, in: *Alexander Mitscherlich u. a.* [Hg.], Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Frankfurt 1984, 57–87).

⁴⁶ Vgl. *Erving Goffman*, Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt 1967, 156–180.

eine Gesellschaft als nicht normal betrachtet, erhalte das Etikett ‚Geisteskrankheit‘, obwohl es sich um Probleme der Lebensführung handle, ohne Anzeichen einer inneren Störung der Person. Der Begriff sei eine gesellschaftliche Erfindung, ein Mythos, um Kontrolle oder Änderungen von Menschen zu rechtfertigen, die die soziale Ordnung durch ihre Verhaltensmuster gefährden würden.⁴⁷ Teilen auch die meisten Psychiater Szasz Position nicht, so stimmen sie ihm aber doch zu, „dass Begriffe wie ‚gestörtes Erleben und Verhalten‘ schwer zu fassen sind, da sie eng mit den gesellschaftlichen Werten und Institutionen verquickt sind“.⁴⁸ Aber führt man Szasz’ antipsychiatrisches Denken zu Ende, wird es aus seiner Sicht ‚ethisch‘ vertretbar, einen Schizophrenen lebenslang in ein Gefängnis zu sperren, nicht aber, ihn gegen seinen Willen zu behandeln und mit hoher Wahrscheinlichkeit einer Genesung oder doch einer Remission entgegenzuführen.⁴⁹

Nicht länger seien Priester die Handelnden sozialer Steuerung, sondern diese Aufgabe – so lautet der sozialkritische Vorwurf – sei in der modernen Gesellschaft nun von den Ärzten übernommen worden.⁵⁰ Soziale Probleme würden damit medikalisiert und die Zielgruppe dieser Form therapeutischen Handelns seien die sozial Benachteiligten. Insbesondere das Etikett ‚geistig retardiert‘ werde häufig bei Mitgliedern einer gesellschaftlichen Minderheit angewendet.⁵¹ Die Schlüsselfrage liege darin, wer die ‚soziale Macht‘ habe, Krankheiten zu klassifizieren. Eine Allianz zwischen organisierter Forschung und bestimmten Interessen könne unter Umständen erfolgreiche Bemühungen, Krankheiten (*diseases*) oder ihre Ursachen zu entdecken oder zu erfinden, belasten und verzögern.⁵²

⁴⁷ Vgl. *Thomas S. Szasz, Geisteskrankheit – ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens*, Olten u. a. 1972; *ders., Die Fabrikation des Wahnsinns*, Olten u. a. 1974.

⁴⁸ *Ronald J. Comer, Klinische Psychologie*, Heidelberg u. a. 1995, 6.

⁴⁹ Vgl. *Asmus Finzen, Sozialpsychiatrische Aspekte der Ethik*, in: *Walter Pöldinger u. a. (Hg.), Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung – Wertedurchsetzung*, Berlin u. a. 1991, 206–215, 210.

⁵⁰ Vgl. *Peter Conrad/Joseph W. Schneider, Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, St. Louis 1980.

⁵¹ In einer Studie von Jane R. Mercer sind die soziokulturellen Bedingungen untersucht worden, nach denen das Etikett ‚mental retardation‘ von unterschiedlichen Gruppen eines sozialen Systems (Klinik, Schule, Nachbarn etc.) bestimmten Personen oder Personengruppen angeheftet wird; vgl. *Jane Mercer, Labeling the Mentally Retarded. Clinical and Social System Perspectives on Mental Retardation*, Berkley 1973, insbes. 53–123.

⁵² Vgl. *Charles L. Bosk, Health and Disease. Sociological Perspectives*, in: *Warren T. Reich (Hg.), Encyclopedia of Bioethics (Anm. 23)*, Vol. I, 1092–1097, 1095.

Als mit einem Etikett versehen, als krank gestempelt kann sich der Kranke als aus der Gesellschaft ausgestoßen empfinden. Dieser gesellschaftliche Druck kann bis hin zu Änderungen im *Identitätsempfinden* des oder der Betroffenen führen, da die Identitätsentwicklung wesentlich über den Prozess der Sozialisation verläuft. Aus einem bislang integrierten Mitglied der Gesellschaft wird auf diese Weise ein Ausgestoßener.⁵³ Der Effekt dieser Form der Stigmatisierung ist abhängig von der gesellschaftlichen Beurteilung eines Krankheitszustands. Lösen Infektionskrankheiten, Krebs und Diabetes eher Bedauern aus, führen die als ‚psychiatrisch‘ bezeichneten Krankheiten zu einem Ausstoßungsprozess seitens der Gesellschaft, primär wohl aus Unsicherheit im Umgang mit den Betroffenen.

Gerade die Gesellschaft, die Gesundheit (*wellness*), Schönheit und Freiheit von Gebrechen propagiert, unterliegt der Gefahr, die Kranken nicht mehr als ihren Teil zu begreifen. Die ersten Konflikt- und Etiketten-Theoretiker sahen jedoch nur die negativen Auswirkungen solcher Etiketten und ignorierten die entlastenden Vorteile einiger ‚Etiketten‘. Denn ‚Leiden‘ ist auch eine machtvolle Determinante der Selbstetikettierung, ein angemessenes und möglicherweise willkommenes Etikett, ein Verhalten zu entschuldigen und zu erklären, was sonst sozial nicht akzeptiert würde.

Es sind im Wesentlichen zwei Punkte, in denen sich Parsons Theorie und die der Etiketten-Theoretiker unterscheiden. Parsons geht davon aus, dass Ärzte die Interessen ihrer Patienten internalisiert haben und kollektive Orientierungsmöglichkeiten vorhanden sind. Dagegen wird argumentiert, dass der Altruismus der Ärzte in der Interaktion ein an Eigeninteressen orientiertes Handeln verdeckt, was ein Misstrauen gegen die Ärzteschaft zur Folge haben kann. Damit verbunden ist das Moment der permanenten *Unsicherheit* im ärztlichen Handeln, das unterschiedlich bewertet wird. Parsons hält sie für ein Moment, das zwar eine psychologische Last für den Arzt darstellt, die aber durch die verschiedenen ärztlicherseits entwickelten Strategien für einen bewältigenden Umgang (*coping*) mit einer Krankheit überwunden werden sollte. Seitens der Etiketten-Theoretiker stellt die Unsicherheit lediglich eine Masche dar, die Ärzte übertreiben, um Patienten besser steuern zu können.⁵⁴ Eine zweite Differenz betrifft die Einschätzung der Patientenautonomie. Handelt

⁵³ Vgl. *Hence Fabrega*, Concepts of Disease: Logical Features and Social Implications (1972), in: *Arthur L. Caplan u. a.* (Hg.), Concepts of Health and Disease (Anm. 5), 493–522, 511–512.

⁵⁴ Vgl. *Fred Davis*, Uncertainty in Medical Prognosis, Clinical and Functional, in: *American Journal of Sociology* 66, 7 (1960) 41–47.

der Arzt nach Parsons immer im Interesse des Patienten und ist die einzig autonome Entscheidung des Patienten, sich ärztlicher Hilfe aussetzen zu wollen, so wird dem entgegengehalten, dass der Patient keineswegs den medizinischen Maßgaben folgen müsse, denn er könne eben nicht davon ausgehen, dass der Arzt immer in seinem besten Interesse handle. Stellt man den *informed consent* auf der Basis der Patientenautonomie mehr heraus, übertrage man die Verantwortung für eine Behandlung mehr auf die Seite des Patienten. Die paternalistische Position lasse jedoch mehr Raum für eine Gleichbehandlung *und* eine vertragliche Beziehung. Aber unter dem Banner der Autonomie könnten Ärzte sich mehr hinter ihrer Rolle als technische Experten verstecken und den Patienten mit schwierigen Entscheidungen allein lassen.⁵⁵

2.2 Diskriminierung und Eugenik

Ohne Zweifel kann es zu erheblichen Konflikten zwischen individuellen Vorstellungen von Krankheit/Gesundheit und denen einer Gemeinschaft kommen.⁵⁶ Der Einfluss der Gesellschaft auf die Evaluation von Krankheit kann sehr negative Konsequenzen für die Betroffenen haben. Wird Krankheit im Wesentlichen als eine gesellschaftliche Interpretation verstanden, dann führt dies in letzter Konsequenz dazu, dass der Kranke und sein Selbstverständnis dem Druck der Gesellschaft geopfert werden oder der Betroffene erst durch die sozialen Intentionen zu einem Kranken wird, als der er sich selbst nicht versteht: Das individuelle Wohl weicht dem Primat des gesellschaftlichen Wohls. Eine so verfasste Gesellschaft ist dann weit davon entfernt, den Menschen als *zoon politikon* zu verstehen und ihre Fürsorgepflicht gegenüber den Schwächeren ernst zu nehmen. Der entstehende soziale Druck äußert sich in *Diskriminierung* und langfristig in *Eugenik*.

Als Vorsitzender einer von der *Medical Association of Louisiana* einberufenen Kommission hatte der Arzt Samuel A. Cartwright 1851 einen Bericht über ‚Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race‘ vorgelegt. Darin bezeichnet er das „Fluchtverhalten“ eines Sklaven von den Südstaaten in den Norden der Vereinigten Staaten als Symptom einer „Krankheit“, die den Namen „drapetomania“ erhielt. Auch ein mangelndes Engagement für eine effektive Plantagenarbeit, das einhergehe mit einem unachtsamen Umgang mit Gegenständen und Tieren sowie

⁵⁵ Vgl. *Charles L. Bosk*, *Health and Disease* (Anm. 53), 1092–1097, 1096.

⁵⁶ Vgl. *David Seedhouse*, *Clarifying the Task*, in: *Theoretical Medicine* 14 (1993) 287–294, 291–292.

einem ignoranten Verhalten gegenüber dem Recht auf Eigentum, wird als Krankheit aufgefasst. Diese bezeichnet Cartwright mit dem Namen „*dysaesthesia aethiopsis*“.⁵⁷ Schließlich folgert er aus den Ergebnissen seines Berichts hinsichtlich des Gleichheitsanspruchs der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung: „Our declaration of independance, which was drawn up at a time when Negroes were scarcely considered as human beings, *that all men by nature free and equal*“, and only intended to apply to white men, is often quoted in support of the false dogma that all mankind posses the same mental, psychological and anatomical organization, and that the liberty, free institutions, and whatever else would be a blessing to one portion, would, under the same external circumstances, be to all, without regard to any original or internal differences, inherent in the organization.“ Mit einer ähnlichen Intention nahm Benjamin Rush 1792 die Pigmentkrankheit Vitiligo oder Scheckhaut (*Leukopathia aquisita*) zum Anlass für seine Behauptung, dies wäre eine spontane natürliche Heilung von einer Krankheit an der alle Farbigen zu leiden hätten; er nannte diese Krankheit „Negritude“, eine angeblich sanfte Form von angeborener Lepra, als deren einziges Symptom die dunkle Hautfarbe ausgemacht werden konnte!⁵⁸ Rene Dubos beschreibt wiederum eine ähnliche Pigmentkrankheit bei einem südamerikanischen Eingeborenenstamm, die rosafarbene Flecken auf der Haut verursacht. Die Stammesmitglieder betrachten es als ungesund, diese Pigmentierung nicht zu haben. Dies hat sogar soweit geführt, dass Mitglieder ohne diese Infektion von der Heirat ausgeschlossen worden sind.⁵⁹ Dies sind nur einige Beispiele, in denen an gesellschaftlichen Vorurteilen bzw. sozialem Klassenbewusstsein orientierte oder rassistisch motivierte Einstellungen mit scheinbar neutralen wissenschaftlichen Beobachtungen und Argumenten verbunden werden. Auf diese Weise soll mit Hilfe eines an gesellschaftliche Außenurteile gebundenen Krankheitsbegriffs die Ausgrenzung einer Minderheit mit ‚wissenschaftlichen‘ Argumenten und möglicherweise ‚gesundheitlichen‘ Zwecken gedeckt werden. Im Fall von ‚*drapetomania*‘ und ‚*dysaesthesia aethiopsis*‘ werden menschliche Verhaltensweisen – die in der entsprechenden Situation keineswegs ungewöhnlich sind – als krankhaft eingestuft, weil man sie auf Grund eines bestimmten persönlichen oder sozialen Interesses missbilligt. Im anderen Fall wird eine

⁵⁷ Vgl. Samuel A. Cartwright, Report of the Diseases and Physical Peculiarities on the Negro Race (1851), in: Arthur L. Caplan u. a. (Hg.), Concepts of Health and Disease (Anm. 5), 305–325, 318–325.

⁵⁸ Vgl. Lawrie Reznick, The Nature of Disease (Philosophical Issues in Science), London u. a. 1987, 17–18.

⁵⁹ Vgl. Rene Dubos, Man Adapting, London 1965, 54.

Krankheit (*Vitiligo*) zum Anlass genommen, eine intraspezifische Variabilität zur Krankheit zu erklären, weil sie ein ‚Normalmerkmal‘ derjenigen Bevölkerungsgruppe ist, die aus Sicht der Urteilenden als minderwertig einzustufen ist. Damit glaubt man, einen ‚medizinischen‘ Grund angeben zu können, der das Prädikat ‚krank‘ für die gesamte Gruppe per se rechtfertigt und der eine Begründung für die vorher zugeschriebene Minderwertigkeit liefert. Diesen Fällen ist gemeinsam, dass auf diese Weise ein Krankheitsbegriff generiert wird, der zwar unter Umständen auf natürliche Zustände rekurrieren kann, der aber keine Selbstinterpretation des Betroffenen zulässt, sondern ein rein *gesellschaftliches Konstrukt* darstellt mit der bewussten oder unbewussten Intention der Stigmatisierung und Diskriminierung.

2.3. *Kranke und fürsorgliche Gesellschaft*

Will man Krankheit und Gesundheit weder als rein subjektive, noch als rein gesellschaftliche Konstrukte verstehen, dann gilt es, die Verbindung zwischen Selbstausslegung und soziokulturellem Gefüge herzustellen.

2.3.1 Die Selbstausslegung des Kranken in der Gesellschaft

Die Selbstausslegung jedes Einzelnen vollzieht sich nicht solipsistisch, sondern in einer Gesellschaft, in der das Subjekt mit einer Lebenswelt konfrontiert wird, in die es sich hinein entwirft und in der es eine Lebensform wählt. In diesem Prozess begegnet das *Ich* dem *Anderen*, dessen unverwechselbare Individualität Ausgangspunkt der menschlichen Existenz ist,⁶⁰ denn das eigene Selbst erschließt sich nur über das Selbst des Anderen; das *Ich* wird zum Ich nur über das *Du*.⁶¹ Die Konstitution des Ichbewusstseins ist mit der des Fremdbewusstseins, der Du-Erfahrung, unmittelbar verbunden. Das ‚Ich‘ sagen ist überhaupt nur sinnvoll in Relation zu einem ‚Du‘ oder ‚Er‘. Diese Spannung zwischen der Ichhaftigkeit einerseits und dem ursprünglichen sozialen Eingebundensein andererseits zeigt sich im kollektiven Zusammenleben, denn die unbedingte Würde der Einzelperson und der Anspruch des Gemeinwohls, dem sich der Einzelne unterzuordnen hat, sind als Pole nie auflösbar. Daher sind Faktizitäten der sozialen Wirklichkeit – so unter anderem die Auffassungen und ‚Meinungen‘ der Anderen auch in der Vermittlung über eine feste Tradition –, die außerhalb des Ichs in der Lebenswelt anzutreffen

⁶⁰ Vgl. *Jean-Francois Malherbe*, Medizinische Ethik, Würzburg 1990, 23.

⁶¹ Vgl. z. B. *Martin Buber*, Ich und Du, 11. Aufl., Heidelberg 1983.

sind, nicht einfach externe Faktoren mit einer beliebigen Distanz zum betreffenden Ich, sondern sind mitverantwortlich für die Realisation und Konkretisierung der Selbstausslegung.

Fasst man den Krankheitsbegriff nun als Element der Selbstausslegung auf, so gehen in ihm wesentlich gesellschaftliche Vorstellungen mit ein, da der Prozess der Selbstausslegung in einen sozialen Kontext eingebunden ist. Auf diese Weise können gerade kontingente und fremdbestimmte gesellschaftliche und kulturelle Faktoren entscheidend dafür sein, „welche Symptome der Patient auswählt, um sie seiner Familie oder seinem Arzt zu unterbreiten und welche Symptome er vielleicht auswählt, um sie zu bagatellisieren oder zu verheimlichen. Sie können auch dafür entscheidend sein, wann, wie und wo ein Patient Hilfe in Anspruch nimmt. In manchem sozialen Milieu und verschiedenen kulturellen Kreisen wird der erwartete Zustand rasche Inanspruchnahme medizinischer Hilfe bewirken, in anderen nur letzte Zuflucht sein. Die verschiedenen Techniken, derer sich jemand zur Selbsthilfe bedient, oder um die Hilfe anderer zu erlangen, bilden für jeden einzelnen eine andere Stufe des gesamten Verhaltensprozesses ‚Krank-Sein‘.“⁶² Lifestyle, Kultur, Traditionen, Gesetzgebungen und anderes können daher einen erheblichen Einfluss auf individuelle Krankheitsinterpretationen haben.⁶³

Doch nicht nur für die Krankheit als Interpretandum, sondern auch für die praktische Dimension des Krankheitsbegriffs ist dessen gesellschaftlicher Bezug von Bedeutung. Mit der anthropologischen Dimension der Gegenseitigkeit wird auf die gesellschaftliche Fürsorge verwiesen, die dem Menschen als *zoon politikon* entspricht und sich in der medizinisch-gesellschaftlichen Verantwortung konkretisieren kann.

2.3.2 Fürsorge und Solidargemeinschaft

Jede soziale Rolle impliziert innerhalb eines Gemeinwesens Erwartungen wie Verpflichtungen. Nimmt man die Rolle des Kranken als die eines Hilfsbedürftigen ernst, dann ist ihre soziale Wirksamkeit an eine Gesellschaft gebunden, die diese Rolle akzeptiert und die ihr eine Verpflichtung zur Fürsorge entnimmt. Eine Funktion der Medizin auf gesellschaftlicher Ebene ist es, die Annahme der Krankenrolle zur Geltung zu bringen und ihre Konkretion zu ermöglichen. Die Rolle der Heilberufe ist dann kei-

⁶² George L. Engel, A Unified Concept of Health and Disease (1960), in: Karl E. Rothschuh (Hg.), Was ist Krankheit? (Anm. 4), 306–342, 317.

⁶³ Vgl. beispielsweise Parsons Untersuchungen über die amerikanische Gesellschaft: *Talcott Parsons, Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure* (Anm. 46).

neswegs ethisch neutral im Kontext sozialer Regulation und Kontrolle.⁶⁴ Fasst man auf diesem Hintergrund den Arzt als Treuhänder von Patienteninteressen auf, dann setzt dies eine Gesellschaft voraus, die hierfür Rahmenbedingungen schafft und ihre *fürsorglichen* Aufgaben gegenüber den Schwachen ernst nimmt, nicht zuletzt deshalb, weil die *conditio humana* aus jedem Einzelnen einen potentiell Betroffenen macht. Wenn es zum Wesen des Menschen gehört, *zoon politikon* zu sein, wird mit dem Krankheitsbegriff über den Kranken als einem Mitglied der Gesellschaft ein normativer Anspruch an diese Gesellschaft ausgedrückt. Im ersten nachchristlichen Jahrhundert wird dies durch *humanitas* und *misericordia* ausgedrückt,⁶⁵ der spätantike Arzt Galen spricht vom ärztlichen Handeln als dem „Wohltun aus Menschenliebe“⁶⁶. Der kranke Mensch ist auch in der Moderne darauf angewiesen, dass die Gesellschaft, in der er lebt, diejenigen Kapazitäten kompensiert, die bei ihm eingeschränkt sind oder fehlen.⁶⁷ Entsprechend sind soziale Rahmenbedingungen zu schaffen, die grundsätzlich eine Eigeninterpretation des Krankheitszustandes akzeptieren, die den Kranken als Mitglied dieser Gesellschaft angenommen sehen und innerhalb derer der Arzt seine genuinen Aufgaben wahrnehmen kann. So ist die Schutzpflicht des Staates gegenüber dem Kranken in Deutschland auch grundrechtlich mit dem „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (GG Art. 2) in der Verfassung verankert. Versteht man dann auch im sozialen Kontext die Krankheitsinterpretation im Wesentlichen als ein Moment der Selbstausslegung des Betroffenen, so stößt dies bei entsprechender Anwendung im öffentlichen Gesundheitswesen auf praktische Schwierigkeiten.

Gesundheit wird – und hierüber besteht weitgehend Konsens – als ein fundamentales Gut für alle Mitglieder einer Gesellschaft betrachtet. Dieser Stellenwert von Gesundheit wird – wie durch Lennart Nordenfelt gezeigt – dadurch verstärkt, dass man sie nicht nur um ihrer selbst willen erstrebt, sondern auch deshalb, weil sie eine Voraussetzung dafür ist, selbstgesteckte Ziele im Rahmen seines Lebensentwurfs zu erreichen. „Erst

⁶⁴ Vgl. *Mervyn Susser*, Ethical Components in the Definition of Health, in: *Arthur L. Caplan u. a.* (Hg.), *Concepts of Health and Disease* (Anm. 5), 93–105, 96 f.

⁶⁵ Vgl. *Compositiones medicamentorum* des Scribonius Largus (zitiert nach *Heinrich Schipperges*, *Krankheit IV. Alte Kirche*, in: *Theologische Realenzyklopädie*, Band XIX, Berlin u. a. [1990], 686–689, 687).

⁶⁶ Vgl. *Heinrich Schipperges*, *Krankheit V. Mittelalter*, in: *Theologische Realenzyklopädie*, Band XIX, Berlin u. a. 1990, 689–694; *ders.*, *Die Kranken im Mittelalter*, 3. Aufl., München 1993.

⁶⁷ Vgl. hierzu *Mary C. Rawlinson*, *Medicine's Discourse and the Practice of Medicine*, in: *Victor Kestenbaum*, *The Humanity of the Ill. Phenomenological Perspectives*, Knoxville 1982, 69–85, 77.

gute Gesundheit ermöglicht die Gestaltung eines erfüllten Lebens; auf einer banaleren Ebene erhöht eine Verbesserung von Gesundheit die Produktivität in einer Wirtschaftsgesellschaft und damit die Bereitstellung von Gütern für alle Lebenszwecke.“⁶⁸ Insofern ergibt sich die Normativität des Gesundheitsbegriffs schon daraus, dass er alle die physischen und psychischen Bedingungen umfasst, ohne die der Mensch nicht das Lebewesen zu sein vermag, das die Fähigkeit besitzt, sittliches Subjekt zu sein. Wenn wir aber das sittliche Subjekt als unbedingtes Gut betrachten und ihm Würde zuschreiben, dann muss die Gesundheit im Sinne der psychophysischen Verfasstheit, die Voraussetzung des Subjektseins ist, selbst ein schützenswertes Gut sein. Sie ist nicht nur ein instrumentelles Gut, aber auch nicht das ranghöchste, sondern ein für den Menschen *fundamentales* Gut. Als ein fundamentales individuelles Gut zählen wir es zu den Elementar- oder Primärgütern. Und in dem Maß, in dem nicht nur der besondere Charakter des Gutes Gesundheit erkannt wurde, sondern durch Entwicklung der ärztlichen Kunst auch wirksame Verfahren entwickelt wurden, die Gesundheit zu bewahren oder wiederherzustellen, ist Gesundheit zu einem *sozialen* Gut und damit zum Gegenstand staatlicher Für- und Vorsorge, das heißt der Gesundheitspolitik, geworden. In der gesundheitspolitischen Umsetzung bedeutet dies: „Gesundheitsfürsorge für alle, Versorgungssicherheit, faire Zugangsmöglichkeiten und der Versuch des Ausgleichs von gegebenen individuellen Gesundheitsunterschieden können als Grundgerüst für eine gerechte Gesellschaftsstruktur angesehen werden.“⁶⁹

Das Grundbedürfnis, gesund bleiben und im Falle von Krankheit geheilt werden zu wollen, kann auch aus der Perspektive des Gemeinwohls zunächst nur ein subjektives Bedürfnis jedes Einzelnen sein; die entsprechende medizinische Bedürftigkeit wird schließlich im individuellen Arzt-Patient-Verhältnis eruiert. So kann es auch unter dem Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit nur darum gehen, demjenigen zu helfen, der entsprechender Hilfe bedarf. Dies wird aber dann problematisch, wenn es gilt, staatlicherseits ein funktionierendes Gesundheitssystem zu erhalten oder zu entwickeln, dessen hochrangigen Zielsetzungen in der Praxis Grenzen gesetzt werden, da hinsichtlich der generellen Handlungsmöglichkeiten innerhalb der Medizin jene Ressourcen wie Finanzen, Perso-

⁶⁸ Vgl. *Gévard Gäfgen*, Das Dilemma zwischen humanem Anspruch und ökonomischer Knappheit im Gesundheitswesen, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 3 (1998) 149–158.

⁶⁹ *Eckhard Nagel/Christoph Fuchs* (Hg.), *Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen. Fortschritt in sozialer Verantwortung oder Ende der ärztlichen Therapiefreiheit?*, Köln 1997, 5.

nal, Geräte aber auch Know-how, die dafür nötig sind, Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, nicht beliebig vorhanden sind. In solchen Konfliktfällen zwischen individuellem Interesse und der konsensuellen *Anerkennung* der individuellen Bedürftigkeit *seitens der Solidargemeinschaft* – die zur Vermeidung von Missbräuchen angesichts der genannten Ressourcengrenzen notwendig ist – wird oftmals auf gut operationalisierbare Kriterien zurückgegriffen. Diese können dann freilich nur als Indikator dienen; die Selbstausslegung des Kranken können sie hingegen nicht ersetzen. Die Operationalisierbarkeit naturwissenschaftlich erhebbarer Parameter hat große Vorteile für statistische Analysen, die die Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung betreffen. Da sie aber nicht deckungsgleich sind mit dem Empfinden der Erkrankten, haben diese Daten in ihrer Aussagekraft deutliche Grenzen.

Festzuhalten bleibt, dass auch ein Gesundheitssystem in der Vorstellung darüber, was als Krankheit gilt, auf die Selbstausslegung des einzelnen Patienten angewiesen ist. Die in medizinischen und medizinökonomischen Kreisen inzwischen weit verbreitete *Evidence Based Medicine* hat ihre deutlichen Grenzen, wenn sie alleine auf einer naturwissenschaftlichen Nachweisbarkeit fundiert, die eine Art Nutzenkalkül bezüglich patientenrelevanter Ergebnisparameter im Rahmen der Salutogenese darstellt. Bei aller Bedeutung der Nachweisbarkeit der therapeutischen Wirksamkeit unterschiedlicher Methoden, ist die individuelle Variabilität bei Krankheitserleben und Genesung erheblich. Es kann zu Konflikten kommen zwischen dem Krankheitsverständnis des individuellen Patienten einerseits sowie dem des medizinischen Systems andererseits. Doch haben die Vorstellungen eines Medizinsystems als Teil der Gesellschaft, in der wir leben, selbst wiederum einen erheblichen Einfluss auf das Krankheitsverständnis des Patienten, denn die Selbstausslegung und die mit ihr verbundene Identitätsentwicklung verläuft wesentlich über den Prozess der Sozialisation innerhalb einer bestehenden Gesellschaft.⁷⁰

⁷⁰ Vgl. zu diesem Komplex ausführlich *Dirk Lanzerath*, Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg 2000, 168–194.

3. DIE ALTEN UND NEUEN NORMEN DER MEDIZIN: DAS STREBEN NACH DER ZWEITEN GESUNDHEIT

Sind damit für Krankheits- und Gesundheitsverständnis die Rolle von Individuum und Gesellschaft knapp skizziert, gilt es nun noch, sich der Medizin als gesellschaftlichem Subsystem zuzuwenden, das sich traditionell an Krankheits- und Gesundheitsbegriff orientiert. Doch macht die Medizin in der modernen Gesellschaft einen fundamentalen Strukturwandel durch, der erhebliche Konsequenzen auch für unsere Verständnisse von Krankheit und Gesundheit hat.

3.1 Der Strukturwandel in der Medizin und die erweiterten Handlungsmöglichkeiten des Arztes

Die Medizin ist zu einem hochorganisierten und hochspezialisierten Apparat geworden; sie erweist sich zwar immer noch im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Naturerkenntnis und Kunstfertigkeit, hat aber durch die Entwicklungen in Naturwissenschaft und Technik ihre *Handlungsspiel-* und *Handlungsfolgenräume* erheblich *ausdehnen* können, wie Transplantationsmedizin, In-vitro-Fertilisation oder Humangenetik deutlich zeigen. Damit hat sich nicht nur die Form der Naturerkenntnis verändert, auch die Tiefe möglicher Eingriffe in die menschliche Natur – etwa in das individuelle Genom – hat eine neue Dimension erreicht: Natur wird nicht mehr vorrangig als Grenze, sondern als erforschbares und manipulierbares Objekt erfahren.

Medizintechnische Geräte ermöglichen intensivmedizinische Maßnahmen, die vor Jahrzehnten unvorstellbar gewesen sind und vielen Menschen das Leben retten. Mit den Fortschritten in der Anästhesie sind aufwändige Operationen auf eine schmerzfreie Weise möglich. Die Diagnosemöglichkeiten haben sich bis auf die molekulargenetische Ebene ausgedehnt und lassen Prognosen über Krankheiten zu, die sich erst in einem späteren Lebensalter manifestieren. Die Transplantationschirurgie ermöglicht ein Weiterleben auch dann, wenn ein Organ seine Funktion eingestellt hat. Die künstliche Befruchtung hilft Paaren, sich den Kinderwunsch zu erfüllen, obwohl biologische Hindernisse vorhanden sind. Damit sind nur einige der neuen medizinischen Handlungsmöglichkeiten skizziert, die auch unsere Vorstellungen vom menschlichen Leben, seinen Steuerungsmechanismen, seinem Beginn und seinem Ende in einem neuen Licht erscheinen lassen. Darüber hinaus haben sich die inneren Strukturverhältnisse von Medizin und ärztlichem Handeln erheblich verän-

dert: Der Einzelfall wird *anonymisiert, arbeitsteilig* untersucht und den das Gesundheitswesen mitbestimmenden *ökonomischen Zwängen* unterworfen.

Die wissenschaftlich-technische Zivilisation schafft Bedingungen, die es Menschen ermöglichen, auch auf Dauer mit einer Krankheit zu leben. Dieses Angebot moderner Medizin macht den Menschen aber auch mehr und mehr abhängig von ihr. Auch für den Arzt werden mit diesem Strukturwandel nicht nur die Vorteile der neuen Handlungsmöglichkeiten sichtbar; zugleich wird er vor neuartige *Entscheidungsprobleme* gestellt: So ermöglichen zwar Rettungswesen und Intensivmedizin oftmals ein Weiterleben eines Unfallopfers trotz längerer Zeit ausbleibender Sauerstoffversorgung, doch verbleiben eine Reihe von reanimierten Menschen im persistierenden apallischen Syndrom und werden nie wieder ein bewusstes Leben führen können.⁷¹ Stößt ärztliches Handeln an seine Grenzen, dann werden aus Unsicherheit immer wieder Maßnahmen ergriffen, die medizinisch nicht helfen (*medical futility*) und insofern weder medizinisch noch ethisch oder aber ökonomisch vertretbar sind. Darüber hinaus heilt Medizin nicht nur, sondern ihr unterlaufen auch Behandlungsfehler; der hohe Standard der invasiven Medizin wird von iatrogenen Risiken begleitet. Bereits geringe Nachlässigkeiten des Arztes oder der Ausfall eines medizintechnischen Gerätes können fürchterliche Folgen haben.

3.2 Medizinische Machbarkeit und Medikalisierung der Lebenswelt

Die Bedeutung naturwissenschaftlicher Forschung und ihrer technischen Anwendung hat die Tendenz wachsen lassen, medizinisches Handeln generell unter naturwissenschaftlichen und technischen Kategorien zu subsumieren, und damit das *Selbstverhältnis der Disziplin* und die Struktur ihres Handlungsfeldes zu berühren. Lassen sich Naturwissenschaft und Technik als *zieloffen* charakterisieren, zeichnet sich hingegen die Medizin bislang durch ein *zielgerichtetes* Handeln ihrer Akteure aus. Da aber die Orientierung an klar definierten Zielen inzwischen nicht mehr selbstverständlich ist, sich das Handlungsfeld ausdehnt und der Entscheidungs-

⁷¹ Vgl. hierzu Dirk Lanzerath, Selbstbestimmung und Lebensrecht, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2 (1997), 253–276; Dirk Lanzerath u. a., Nationaler Bericht der europäischen Befragung: „Doctors’ views on the management of patients in persistent vegetative state (PVS)“ im Rahmen des Forschungsprojekts ‚The moral and legal issues surrounding the treatment of patients in persistent vegetative state (PVS)‘, in: Ethik in der Medizin 10 (1998) 152–180.

druck zunimmt, ist das ärztliche Handeln diesbezüglich deutlich unsicherer geworden.

Die traditionellen *Ziele* ärztlichen Handelns werden auf dem Hintergrund der erweiterten Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin durch neue Ziele ergänzt oder ersetzt. Zunehmend wird die ‚medizintechnische Machbarkeit‘ in den Mittelpunkt von Überlegungen und Handlungen innerhalb der Medizin gestellt, die diese zur ‚Anthropotechnik‘ werden lässt. Das Bestreben der Menschen, ihre Leistungen immer weiter steigern zu wollen, alte Grenzen zu überschreiten und in diesem Prozess auch die eigene Gesundheit mit einzubeziehen, führt seit der Aufklärung zu jener Vorstellung, die davon ausgeht, dass potentiell keine Grenzen mehr für das menschliche Handeln bestehen. Kontingenz und Sterblichkeit als Kennzeichen für die Natürlichkeit des Menschen werden letztlich verdrängt. Der Glaube vieler Menschen an die medizintechnische Machbarkeit kann schließlich zu jener völligen *Medikalisierung der Lebenswelt* führen, die suggeriert, auch die sozialen Probleme seien letztlich medizinisch lösbar (vgl. WHO-Gesundheitsbeschreibung).

Der naturwissenschaftliche Einfluss auf die Medizin – der in seiner positiven Wirkung nicht in Frage gestellt werden soll, aber zu der Annahme verleitet, Medizin sei lediglich eine angewandte (Natur-)Wissenschaft – löst die traditionelle ärztliche Teleologie auf und verwandelt die Medizin von einer *Techne* zu einer *Technik*. Eine solche Technik kann dann prinzipiell jedermann zu beliebigen Zwecken zur Verfügung stehen. Als Ziele einer so konstituierten modernen ‚Dienstleistungsmedizin‘ werden die Verbesserung der Lebensqualität, das Erreichen eines ‚perfekten‘ Gesundheitszustands und anderes diskutiert. Der Wunsch nach ‚Steigerung‘ und ‚Verbesserung‘ (*Enhancement*) der menschlichen Natur wird beflügelt durch die Utopie einer leidensfreien Gesellschaft. Nicht mehr die Unterstützung der Natur („magister naturae“)⁷², sondern ihre Verbesserung wird zum medizinischen Desiderat.

3.3 ‚Verbesserung‘ der menschlichen Natur statt Heilung

Das wachsende Wissen um die physischen und psychischen Zustände des Menschen suggeriert, man könne zur Steigerung der Lebensqualität mit Hilfe von konventionellen chirurgischen Eingriffen, genetischen Manipulationen oder Medikamenten langfristig den perfekten Menschen

⁷² Hans-Georg Gadamer, Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge, Frankfurt 1993, 162.

schaffen. Auch die Verabreichung von Anabolika oder Amphetaminen durch die Sportmedizin zur Leistungssteigerung von Sportlern fügt sich in diese Vorstellungen ein. Wird Doping in der Öffentlichkeit primär unter dem Aspekt der Wettbewerbsverzerrung kritisch diskutiert, so ist es darüber hinaus die Zielsetzung ärztlichen Handelns, die hier zur Disposition steht.⁷³

Besonders intensiv werden die Möglichkeiten von ‚Anthropo-‘ oder ‚Enhancement-Techniken‘ im Hinblick auf die zu erwartenden Ergebnisse des weltweit organisierten Humangenomprojekts diskutiert: Über gentherapeutische Ansätze hinaus scheint die Molekulargenetik – in Verbindung mit der Reproduktionsmedizin – zukünftig ein weites Anwendungsfeld für derartige ‚Verbesserungen‘ bieten zu können. Als ein solches *Enhancement* wird in diesem Zusammenhang die gezielte Beeinflussung genetisch determinierter menschlicher Zustände oder Eigenschaften verstanden, die nicht im Zusammenhang mit einer Krankheitsbehandlung erfolgt. Anknüpfungspunkte für die ethische Diskussion sind nicht klinische Projekte gewesen, sondern Gedankenexperimente über die Berechtigung experimenteller Eingriffe in die genetischen Grundlagen von Intelligenz und Aggressivität.⁷⁴ Da sich bereits heute am Tiermodell andeutet, dass sich Lern- und Gedächtnisleistungen mittels gentechnischer Eingriffe in die Keimbahn steigern lassen und ausdrücklich auf die Anwendbarkeit auf den Menschen verwiesen wird, ist die Ebene des Gedankenexperiments hinsichtlich dieser Form von *Enhancement* bereits verlassen worden.⁷⁵

Besonders aktuell ist die Diskussion, die die Antiaging-Forschung begleitet. Deren Ziel ist es, durch Umkehrung der Alterungsprozesse bei Erwachsenen kontinuierlich die Vitalfunktionen wiederherzustellen. Dabei stellen sich hinsichtlich dieser Zielsetzung sehr grundsätzliche Fragen im Blick auf die Folgen dieser Forschung. Als was wird der Alterungsprozess, wie wir ihn kennen, erfahren? Wenn ein langes gesundes Leben ein grundsätzliches soziales Bedürfnis ist, wie sollen die Kosten hierfür

⁷³ *Thomas Murray*, Drugs, Sports, and Ethics, in: *Ders./Willard Gaylin/Ruth Macklon* (Hg.), *Feeling Good and Doing Better: Ethics and Nontherapeutic Drug Use*, Clifton 1984, 107–129; *Erik Parens*, *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications* (Hastings Center Studies in Ethics), Washington 1998; siehe den Überblick in: *Michael Fuchs/Dirk Lanzerath u. a.*, *Enhancement. Die ethische Diskussion über biomedizinische Verbesserungen des Menschen. drze-Sachstandsberichte 1*, Bonn 2002.

⁷⁴ Vgl. hierzu *Jens Reich*, *Das Problem der Genverbesserung*, in: *Kursbuch 128* (1997) 127–141; *LeRoy Walters/Julie G. Palmer*, *The Ethics of Human Gene Therapy*, New York u. a. 1997.

⁷⁵ *Ya-Pang Tang u. a.*, *Genetic Enhancement of Learning and Memory in Mice*, in: *Nature* 401 (1999) 63–69.

verteilt werden? Kann es hierfür ethische, soziale, politische oder ökonomische Kriterien geben? Begleitend zur Forschung wird hier dringend eine öffentliche Debatte gefordert.⁷⁶

Da uns die eigene Natur zur Gestaltung und Vervollkommnung aufgegeben ist, muss man nicht diversen historischen Utopie-Vorstellungen folgen oder Friedrich Nietzsches Idee vom Übermenschen anhängen, wenn man über die Vervollkommnung des Menschen nachdenkt. In verschiedenen abendländischen Traditionen wird das Gelingen gleichgesetzt mit dem Streben nach einer bestimmten Form der ‚Vollkommenheit‘. Aber welche Rolle spielt dabei der unmittelbare Eingriff in die menschliche Natur mittels Biotechniken? Sind Eingriffe in Körper und Psyche des Menschen die Fortsetzung technischer Lebensbewältigung und Grenzüberschreitung mit neuen Mitteln? Ist Biotechnik als *Enhancement* vergleichbar mit dem Lungenautomaten des Tauchers, den Spikes des Sprinters oder dem Flugzeug des Fliegers? Wie verhalten sich mittelbar wirkende Ingenieurtechnik und die unmittelbar in die menschliche Natur eingreifende Biotechnik zueinander?⁷⁷ Welche Kriterien helfen uns dann aus dieser Verlegenheit heraus, wenn wir das Projekt der Selbstvervollkommnung verantwortlich verfolgen wollen?

Einmal mehr erweist sich die Schwelle zwischen medizinisch-technisch Machbarem und medizinisch Verantwortbarem, zwischen Selbstgestaltung und Selbstverlust als schwer zu definieren. Zweifelsohne wird sie ständig verschoben. Aber gibt es einen unverrückbaren Wesenskern, vor dem die Anwendung von Anthropotechniken in individueller und kollektiver Verantwortung ‚zurückschrecken‘ muss? Kann dann *Enhancement* als eine Behandlung verstanden werden, die zwar über Therapie hinausgeht, die aber mal Gestaltung, mal Manipulation sein kann? Diese Frage ist nicht identisch mit der Frage, wer dies denn bezahlen soll.

3.4 Patient oder Kunde in einer verantwortbaren Medizin?

Angesichts der immer zahlreicher angebotenen medizintechnischen Serviceleistungen vollzieht sich ein Wandel vom ‚Patienten‘ zum ‚Kunden‘. Ein solches ‚ärztliches‘ Handeln könnte schließlich marktgerecht über

⁷⁶ Vgl. *Eric T. Juengst u. a.*, Antiaging Research and the Need for a Public Dialogue, in: *Science* 299 (2003) 1323; *George M. Martin u. a.*, Research on Aging: The End of the Beginning, in: *Science* 299 (2003) 1339–1341.

⁷⁷ Vgl. *Dirk Lanzerath*, Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikalisierung der Lebenswelt?, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 7 (2002) 319–336.

Angebot und Nachfrage geregelt und das bislang an die ärztliche Teleologie gebundene Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis durch ein reines individuelles Vertragsverhältnis ersetzt werden. Es bleibt zu fragen, ob die Gesellschaft ein Interesse an einer derartigen Rolle des Arztes als Serviceleister hat, und wie sich diese Rolle zur Garantenstellung des Arztes verhält.

Freilich ist die Medizin als Teil einer Kommunität gesellschaftlichen Werten, politischen und ökonomischen Kalkülen ausgesetzt. Mannigfache Geschmäcke, Wünsche und Phantasien beeinflussen die Ziel- und Prioritätensetzung in der Medizin. Gesellschaftliche Ziele und medizinische Ziele verweisen aufeinander und müssen gleichermaßen reflektiert werden. Die Frage, ob es überhaupt medizinische Zielsetzungen mit einem universellen oder globalen, das heißt transkulturellen Anspruch gibt, hängt sehr von der Auffassung ab, die man vom ärztlichen Handeln und von den in der Natur des Menschen angelegten universellen Erfahrungen von Krankheit hat. Aber erst dann, wenn sich die Begriffe ‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘ klarer eingrenzen lassen, ist es möglich, diese Begriffe auch reflektiert in ethischen Zusammenhängen anzuwenden. Dies gilt besonders dann, wenn die traditionelle Struktur ärztlichen Handelns mehr und mehr in Frage gestellt ist.

Gegenüber anderen Begriffen – die auch normativen Charakter haben können, aber extensional sehr offen sind – hat der praktische Krankheitsbegriff den Vorteil, Medizin und ärztliches Handeln eng zu fassen und berechenbar zu gestalten. Der so entwickelte Krankheitsbegriff orientiert sich daran, Kranksein als eine Weise des Menschseins so zu fassen, dass die kommunikative Komponente des seine Befindlichkeit mitteilenden Menschen wesentlich zur Konstitution von Krankheit gehört. Dabei erweist sich der Arzt als jene Instanz, die dem um Selbstausslegung bemühten Kranken nicht nur im engeren Sinne therapeutische, sondern auch – gegen technizistische Verkürzungen – hermeneutische Hilfestellung gibt.⁷⁸ Diese Funktion macht den Krankheitsbegriff zu einer Größe, die in einer durch nichts zu ersetzenden Weise das ärztliche Handeln spezifiziert, legitimiert und limitiert. Ein solcher praktischer Krankheitsbegriff kann dazu beitragen, dass Medizin weiterhin berechenbar bleibt, das Vertrauen zwischen Arzt und Patient stabilisiert wird und die innovativen Möglichkeiten moderner biomedizinischer Forschung im Rahmen von Diagnose und Therapie genutzt werden können, ohne dass die mit ihnen verbundenen Risiken eskalieren, die Medizin zur „Anthropotechnik“⁷⁹ wird und die Medizinethik nur noch Technikfolgenabschätzung sein würde.

⁷⁸ *Dirk Lanzerath*, Krankheit und ärztliches Handeln (Anm. 71).

⁷⁹ Vgl. hierzu ausführlicher *Michael Fuchs/Dirk Lanzerath* u. a., Enhancement (Anm. 74).