

*Publiziert unter: Alexander Dietz, Die Bedeutung der Begriffe Gesundheit und Krankheit für die Allokationsdiskussion, in: Wilfried Härle (Hg.), Ethik im Kontinuum. Beiträge zur relationalen Erkenntnistheorie und Ontologie, Leipzig 2008, 215-243.*

// Seite 215 //

Alexander Dietz

## DIE BEDEUTUNG DER BEGRIFFE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT FÜR DIE ALLOKATIONS-DISKUSSION

### *1. Ist eine allgemeine Definition von Gesundheit und Krankheit möglich und nötig?*

Kriterien zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen sollten im Blick auf die Bestimmung und Würde des Menschen, im Blick auf die Aufgabe der Politik, im Blick auf die Aufgabe der Wirtschaft und insbesondere natürlich im Blick auf die Aufgabe der Medizin bzw. des Arztes stimmig sein. Wenn man – einem verbreiteten Konsens folgend – die Aufgabe des Arztes als medizinisches Handeln zum Wohl des Patienten im Blick auf dessen Gesundheit<sup>1</sup> definiert, besteht Klärungsbedarf hinsichtlich der Bedeutung des Begriffs Gesundheit und damit auch des Begriffs Krankheit, da diese beiden Begriffe nicht unabhängig voneinander definiert werden können und somit untrennbar zusammengehören

Weder der Medizin noch einer anderen Wissenschaft ist bisher eine Definition der Begriffe Gesundheit und Krankheit gelungen, die sich allgemein hätte durchsetzen können. Insbesondere um den Krankheitsbegriff werden äußerst intensive Diskussionen geführt. Dabei ist unstritten, ob eine allgemeine Definition von Krankheit überhaupt möglich und nötig ist.

Die Vertreter der Sichtweise, dass eine solche allgemeine Definition nicht möglich sei, führen als Argumente an, dass Krankheitsphänomene sich aufgrund ihrer Vielfältigkeit einer Definition entzögen (phänomenologisches Argument), dass Krankheit aus verschiedenen Perspektiven unterschiedlich definiert werden müsse (perspektivisches Argument) oder dass der Krankheitsbegriff kulturell relativ sei (relativistisches Argument).

Das phänomenologische Argument verweist darauf, dass Krankheit ein Sammelbegriff für äußerst verschiedene Phänomene ist (z.B. Rückenbeschwerden, Krebs, Schizophrenie oder Grippe). Dies ist sicherlich der Hauptgrund dafür, dass alle klassischen Definitionen lückenhaft sind bzw. immer ein Gegenbeispiel gefunden werden kann in dem Sinne, dass nach der jeweiligen Definition stets einige gesunde Men-

// Seite 216 //

schen als krank gelten müssten oder einige Kranke nicht als krank gelten dürften.<sup>2</sup> Definiert man beispielsweise Krankheit als Beeinträchtigung des vollständigen Wohlbefindens, müsste Liebeskummer als eine Krankheit gelten. Oder definiert man Krankheit als Abweichung von der statistischen Norm, dann dürfte Karies nicht als eine Krankheit gelten. Wie es scheint, muss sich derjenige, der den Begriff Krankheit definieren möchte, zunächst entscheiden, wel-

---

<sup>1</sup> Vgl. z.B. das Genfer Gelöbnis und die Präambel der Berufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte. Zu finden unter: [www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/index.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/index.html) (am 16.04.2006).

<sup>2</sup> Vgl. Urban Wiesing, Kritische Anmerkungen zu einer Krankheitsdefinition anhand objektiver Kriterien, in: Nadia Mazouz u.a. (Hgg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden 2004, S. 47-55, 47f.

che Zustände von seiner Definition unbedingt abgedeckt werden sollen (z.B. Karies, Legasthenie, angeborenes Fehlen des Blinddarms, heterozygote Sichelzellenanlage oder psychische Krankheit, zu der es gehört, sich, ohne dass ein Befund vorliegt, krank zu fühlen) und welche Zustände von seiner Definition keinesfalls abgedeckt werden sollen (z.B. Schwangerschaft, Liebeskummer, Erfolglosigkeit eines Leistungssportlers, Fluchtverhalten eines Sklaven oder deutlich überdurchschnittliche Leistungsfähigkeit). Sodann wird er entsprechend seiner Entscheidung eine Definition wählen, dabei jedoch notwendig Kompromisse machen müssen, da stets bestimmte Zustände, die nach allgemeiner Intuition als krank gelten, nicht abgedeckt werden, während andere Zustände, die nach allgemeiner Intuition nicht als krank gelten, darunter fallen. Angesichts dessen betonen viele Wissenschaftler, dass der Begriff Krankheit kaum definierbar sei.<sup>3</sup> Dazu kommt, dass neuere medizinische Entwicklungen (z.B. im Bereich der Reproduktionsmedizin, kosmetischen Chirurgie, Intensivmedizin oder Rehabilitationsmedizin) eine solche Definition immer weiter erschweren.<sup>4</sup> Aus diesem Sachverhalt können nun verschiedene Folgerungen gezogen werden: Entweder verzichtet man auf eine allgemeine Definition von Krankheit oder man verzichtet auf den Anspruch, dass eine solche Definition alle Krankheitsurteile abdecken können müsse<sup>5</sup>, oder man wählt eine mehrere Ansätze integrierende relationale Definition.

Das perspektivische Argument verweist darauf, dass der Krankheitsbegriff aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden kann bzw. muss, was dazu führt, dass verschiedene gleichberechtigte Definitionen nebeneinander stehen, die sich nicht auf einen Nenner bringen lassen. Dabei rekurrieren manche Vertreter dieser Sicht auf die Individualität der Perspektiven der einzelnen von Krankheit betroffenen Patienten (danach gäbe es so viele Krankheitsbegriffe, wie es Weisen des subjektiven Empfindens gibt)<sup>6</sup> bzw. auf die mehrdimensionale Verfasstheit eines jeden Patienten als

// Seite 217 //

Menschen, aus der folgt, dass Krankheit aus mehreren Perspektiven, z.B. aus biologischer und sozialer, beschrieben werden kann.<sup>7</sup> Andere Vertreter dieser Sicht rekurrieren auf die verschiedenen Perspektiven der unterschiedlichen Beteiligten einer Krankheitssituation (insbesondere Arzt, Patient, Gesellschaft, Angehörige, Krankenhaus und Krankenversicherung<sup>8</sup>), aus deren Vorhandensein sich die Notwendigkeit ergibt, zwischen einem medizinischen, einem alltäglichen, einem juristischen usw. Krankheitsbegriff zu unterscheiden<sup>9</sup>, was eine uni-

---

<sup>3</sup> Vgl. Erich Christian Schröder, Art. „Krankheit X“, in: TRE, Bd. XIX, Berlin u.a. 1990, S. 705-709, 705.

<sup>4</sup> Vgl. Nadia Mazouz, Krankheitsbegriffe und (Verteilungs-)Gerechtigkeit, in: dies. u.a. (Hgg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden 2004, S. 85-112, 85.

<sup>5</sup> Vgl. Thomas Schramme, Patienten und Personen – Zum Begriff der psychischen Krankheit, Frankfurt 2000, 129.

<sup>6</sup> Vgl. Wiesing, Anmerkungen, 48. Aus dieser Sicht steht jeder Versuch einer allgemeinen Krankheitsdefinition in der Gefahr, dem einzelnen Patienten in seiner Individualität nicht gerecht zu werden. Vgl. a.a.O. 51. Einzelne marktorientierte Experten argumentieren, dass eine allgemeine Definition von Krankheit dem Bedürfnis vieler Patienten widerspricht, nicht anerkannte Krankheiten behandeln zu lassen und nicht anerkannte Therapien in Anspruch zu nehmen. Vgl. Andreas Vogt, Krankheitsbegriff und GKV-Mittelverteilung: Sieben Thesen aus Krankenkassen-Sicht, in: Nadia Mazouz u.a. (Hgg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden 2004, S. 187-191, 189f.

<sup>7</sup> Vgl. Dirk Lanzerath, Krankheit und ärztliches Handeln – Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg u.a. 2000, 171.

<sup>8</sup> Zu den verschiedenen Auswirkungen von Krankheit auf die unterschiedlichen Beteiligten vgl. Dietrich Grönemeyer, Heilen statt Kranksparen – Die Zukunft der Medizin, Hamburg 2006, 163.

<sup>9</sup> Vgl. Mazouz, Krankheitsbegriffe, 88.

voke Verwendungsweise des Krankheitsbegriffs unmöglich mache.<sup>10</sup> Doch auch im Blick auf dieses Argument kann man verschiedene Folgerungen ziehen, nämlich den Verzicht auf eine allgemeine Definition von Krankheit, eine differenzierende allgemeine Definition oder eine mehrere Perspektiven integrierende relationale Definition.

Das relativistische Argument verweist darauf, dass zur Qualifizierung eines Zustandes als Krankheit stets auch ein Werturteil gehört, das wiederum in einer Abhängigkeit zum jeweiligen kulturellen Kontext steht. So galten beispielsweise Homosexualität und Masturbation bis vor wenigen Jahrzehnten in unserer Kultur als krankhaft, während auf der anderen Seite Epilepsie in anderen kulturellen Zusammenhängen als Ausdruck religiöser Begabung oder eine Fußdeformation als Schönheitsideal gelten konnten.<sup>11</sup> Angehörige bestimmter Naturvölker würde ein ungefährlicher Wurmbefall nicht davon abhalten, sich als gesund zu bezeichnen.<sup>12</sup> Wo der Schwellenwert zwischen einem noch gesunden und einem schon kranken Wertebereich im Blick auf den Blutzuckerspiegel oder Blutdruck liegt, ist Definitionssache. Unter dem Einfluss der Pharmaindustrie wurden diese und andere Werte in den letzten Jahren herabgesetzt.<sup>13</sup> Vertreter des relativistischen Arguments führen Beispiele dafür an, dass von der jeweiligen Kultur nicht nur abhängig ist, welcher Zustand als krank und

// Seite 218 //

welcher als gesund gilt, sondern auch, welche Symptome eine Krankheit erzeugt<sup>14</sup>, wie Leiden artikuliert werden<sup>15</sup> und wie Krankheit insgesamt wahrgenommen wird, sei es als Störung des kosmischen Gleichgewichts, Prüfung Gottes, anonymes, schicksalhafter Massenphänomen oder individuelle Aufgabe.<sup>16</sup> Aus den genannten Beobachtungen kann nun der Verzicht auf eine allgemeine Definition von Krankheit gefolgert werden, aber ebenso gut, kann auch an einer solchen festgehalten werden unter Verweis auf einen hinreichend großen Kernbestand an Krankheitsphänomenen, die vom kulturellen Wandel ausgenommen sind<sup>17</sup>, oder eine relationale Definition angestrebt werden, die kulturelle und universale Elemente gleichermaßen einschließt.

Die genannten Argumente für die Unmöglichkeit einer allgemeinen Definition von Krankheit lassen sich auch auf die Gesundheit übertragen. Dieser Gedanke ist schon angesichts der Zusammengehörigkeit der beiden Begriffe und ihrer wechselseitigen Abhängigkeit unabweisbar, aber er wird auch in der Diskussion – wenngleich nicht im gleichen Umfang wie beim Krank-

---

<sup>10</sup> Vgl. Dirk Lanzerath, Die ethische Funktion des Krankheitsbegriffs und die Zielsetzungen der modernen Medizin, in: Nadia Mazouz u.a. (Hgg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden 2004, S. 31-46, 32.

<sup>11</sup> Vgl. Schramme, Patienten, 177.

<sup>12</sup> Vgl. Wulf Schiefenhövel, Krankheit, Altern, Tod, in: ders. u.a. (Hgg.), Zwischen Natur und Kultur – Der Mensch in seinen Beziehungen, Stuttgart 1994, S. 217-244, 219.

<sup>13</sup> Vgl. Joachim Zink, Statement aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen, in: Nadia Mazouz u.a. (Hgg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden 2004, S. 193-197, 195.

<sup>14</sup> Vgl. David B. Morris, Krankheit und Kultur – Plädoyer für ein neues Körperverständnis, München 2000, 280.

<sup>15</sup> Vgl. a.a.O. 245.

<sup>16</sup> Vgl. Claudine Herzlich u.a., Kranke gestern, Kranke heute – Die Gesellschaft und das Leiden, München 1991, 273.

<sup>17</sup> Vgl. Micha H. Werner, Krankheitsbegriff und Mittelverteilung: Beitrag zu einer konservativen Therapie, in: Nadia Mazouz u.a. (Hgg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden 2004, S. 139-156, 144. Ein weiteres Argument in diesem Zusammenhang für das Bemühen um einen allgemeinen Krankheitsbegriff besteht darin, dass man ohne einen solchen keine Möglichkeit hätte, bestimmte offensichtlich problematische kulturelle Krankheitszuordnungen, wie Sklaven-Fluchtverhalten, in Frage zu stellen. Vgl. Samuel A. Cartwright, Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race, in: Arthur L. Caplan u.a., Concepts of Health and Disease – Interdisciplinary Perspectives, Reading 1981, S. 305-326, 305ff.

heitsbegriff – im einzelnen begründet vertreten. So betonen manche die Nicht-Definierbarkeit von Gesundheit unter Verweis darauf, dass sie gerade darin besteht, dass man nichts von ihr wahrnimmt.<sup>18</sup> Oder es wird perspektivisch argumentiert und die Ansicht vertreten, dass es ebenso viele Gesundheitsen geben müsse, wie es Menschen gibt.<sup>19</sup> Wissenschaftler wie Hartmut Kreß wie-

// Seite 219 //

sen darauf hin, dass Gesundheit ebenso wie Krankheit ein relativer und dynamischer Begriff sei.<sup>20</sup> Auch die folgenden Ausführungen zum Krankheitsbegriff sind nicht losgelöst vom Gesundheitsbegriff zu betrachten.

Neben der Sichtweise, dass ein allgemeiner Begriff von Krankheit (und Gesundheit) nicht möglich sei, wird auch die These vertreten, dass ein solcher Begriff nicht nötig sei. Dabei spielen zwei Argumentationsmuster eine Rolle. Erstens wird darauf verwiesen, dass es die Aufgabe des Arztes sei, konkrete Krankheiten zu behandeln und dass ihm dabei ein allgemeiner Krankheitsbegriff in keiner Weise hilfreich sei. Daher kann der Arzt und Philosoph Karl Jaspers formulieren: „Was gesund und was krank im allgemeinen bedeute, darüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten den Kopf. [...] Der Mediziner ist um gar nichts klüger, wenn es im allgemeinen heißt, irgend etwas sei krank.“<sup>21</sup> Zweitens wird die These vertreten, dass, wenn wir die Frage nach einem allgemeinen Krankheitsbegriff stellen, uns eigentlich eine andere Frage interessiert, nämlich: „Wer soll in welchem Zustand sozial finanzierte Dienstleistungen zur Veränderung seines Zustandes beanspruchen dürfen?“<sup>22</sup> Daher wird gefordert, diese eigentliche Frage gleich direkt zu stellen und auf den Umweg über eine allgemeine Krankheitsdefinition zu verzichten (was nicht heißt, dass man auch auf einzelne Krankheitsbegriffe verzichten könnte). Dies würde – so die Vertreter dieser Sicht – nicht nur zu einer klareren Argumentation führen (gerade auch im Blick auf Verteilungsfragen<sup>23</sup>), sondern auch den Menschen in ihrer Individualität gerechter werden.<sup>24</sup>

Es wurde bereits festgestellt, dass die Argumente für die Unmöglichkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffs nicht zu überzeugen vermögen. Ebenso lassen sich auch gute Gründe gegen die These von der Unnötigkeit eines solchen Begriffs ins Feld führen. So ist gegen das erste Argumentationsmuster, dass ein allgemeiner Begriff für das ärztliche Handeln verzichtbar sei, vielfach eingewandt worden, dass ein allgemeiner Krankheitsbegriff für die Medizin

---

<sup>18</sup> Vgl. Klaus Dörner, *Das Gesundheits-Dilemma – Woran unsere Medizin krankt*, Berlin 2004, 22. Hans-Georg Gadamer spricht in einem ähnlichen Sinne von der „Verborgenheit der Gesundheit“ als einem Zustand des Gleichgewichts bzw. der Harmonie. Hans-Georg Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, in: ders., *Über die Verborgenheit der Gesundheit – Aufsätze und Vorträge*, Frankfurt 1993, S. 133-148, 145ff.

<sup>19</sup> Vgl. Dörner, *Gesundheits-Dilemma*, 12. Weil das Sich-gesund-Fühlen mit der individuellen Vorstellung von Lebensqualität zu tun hat, kann nach dieser Argumentation Gesundheit nicht unabhängig vom Individuum definiert werden. Vgl. Tillmann Jossé u.a., *Gesundheitsmanagement für (noch) gesunde Führungskräfte als Gebot von Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*, in: Hermes Andreas Kick u.a., *Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*, Münster 2005, S. 247-262, 250. Manche Autoren halten es demgegenüber jedoch für evident, dass es zwar viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit gebe. Vgl. H. Tristram Engelhardt, *The Concepts of Health and Disease*, in: Arthur L. Caplan u.a., *Concepts of Health and Disease – Interdisciplinary Perspectives*, Reading 1981, S. 31-45, 42f. Vgl. Nietzsche, *Die fröhliche Wissenschaft*, Stuttgart 2000, 137.

<sup>20</sup> Vgl. Hartmut Kreß, *Medizinische Ethik – Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003, 42.

<sup>21</sup> Karl Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin u.a. 1965, 652.

<sup>22</sup> Wiesing, *Anmerkungen*, 49f.

<sup>23</sup> Vgl. Georg Marckmann, *Zur Funktion des Krankheitsbegriffs bei prospektiven und retrospektiven Vergütungsformen*, In: Nadia Mazouz u.a. (Hgg.), *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*, Baden-Baden 2004, S. 57-69, 62.

<sup>24</sup> Vgl. Wiesing, *Anmerkungen*, 50f.

von großer Wichtigkeit sei, da er „die Aufgaben, Ziele und Erfolgskriterien der entsprechenden Forschungs-, Diagnose- und Therapiebemühungen“<sup>25</sup> bestimme und insofern die Klammer für das vielfältige ärztliche

// Seite 220 //

Handeln darstelle.<sup>26</sup> Außerdem sei ein allgemeiner Krankheitsbegriff nicht verzichtbar sowohl als Kriterium für die Rechtfertigung ärztlicher Eingriffe als teilweise starker Eingriffe in das Leben eines anderen Menschen<sup>27</sup> als auch als erkenntnistheoretische Voraussetzung dafür, in der Natur überhaupt nach Krankheiten zu suchen.<sup>28</sup>

Gegen das zweite Argumentationsmuster, man solle ohne den Umweg über einen allgemeinen Krankheitsbegriff direkt nach den Kriterien für einen Anspruch auf solidarisch finanzierte Gesundheitsleistungen fragen, wurde geltend gemacht, dass die Abkoppelung der Frage nach Behandlungsansprüchen vom Krankheitsbegriff gegen verbreitete Intuitionen verstoße.<sup>29</sup> Nicht zufällig ist der Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach dem Deutschen Sozialgesetzbuch eng auf den Krankheitsbegriff bezogen, wengleich der Krankheitsbegriff vom Gesetz nicht definiert wird.<sup>30</sup>

Die Überlegungen in diesem Abschnitt haben ergeben, dass eine allgemeine Definition von Gesundheit und Krankheit zwar nicht einfach, aber möglich und nötig ist.

## *2. Welche Interessen spielen bei der Definition von Gesundheit und Krankheit eine Rolle?*

Im Moment liegt die Verantwortung der Definition von Gesundheit und Krankheit bei einigen Medizinprofessoren, die in den entsprechenden Gremien und Fachgesellschaften vertreten sind, ohne dass sie über einen eigentlichen gesetzlichen Auftrag hierfür verfügen. Der als Gegengewicht ins Leben gerufene Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen ist kaum handlungsfähig. Darüber hinaus übt die Pharmaindustrie in diesem Bereich unter der Hand einen zunehmenden Einfluss aus.<sup>31</sup>

Es ist wichtig, sich von vorneherein klar zu machen, dass bei der Diskussion um die Definition von Gesundheit und Krankheit die Interessen von Ärzten, Patienten, Juristen, Politikern, Krankenversicherungen, der Pharmaindustrie, der Gesellschaft sowie von mit der Allokationsproblematik befassten Medizinethikern eine Rolle spielen. Dabei geht es erstens um die Frage der Definitions-Zuständigkeit, zweitens um die Frage des Definitionsziels und der entsprechenden Kriterien und drittens um die Frage, ob und welche ökonomischen Interessen bei der Definition berücksichtigt werden sollen.

// Seite 221 //

---

<sup>25</sup> Monika Bobbert, Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth, in: *Ethica* 8 (2000), S. 405-220, 405. In diesem Zusammenhang betont Dirk Lanzerath, dass ein solcher Krankheitsbegriff einem ausufernden ärztlichen Handeln Grenzen setzen kann. Vgl. Lanzerath, Funktion, 41f.

<sup>26</sup> Vgl. Lanzerath, Krankheit, 255.

<sup>27</sup> Vgl. Schramme, Patienten, 11.

<sup>28</sup> Vgl. Lanzerath, Krankheit, 101.

<sup>29</sup> Vgl. Thomas Schramme, Zur Funktion des Krankheitsbegriffs für ein gerechtes Gesundheitssystem, in: Nadia Mazouz u.a. (Hgg.), *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*, Baden-Baden 2004, S. 71-84, 73f. Vgl. in diesem Zusammenhang die Ausführungen von Monika Bobbert zum Verhältnis von Krankheit und Hilfsanspruch in: Bobbert, Problematik, 417ff.

<sup>30</sup> Vgl. Marc Sörensen, Krankheit und Gerechtigkeit, Frankfurt 2006, 5. Zur Problematik von Krankheit und Gesundheit als unbestimmten Rechtsbegriffen vgl. Wolfgang Mazal, Krankheit als Rechtsbegriff, in: Nadia Mazouz u.a. (Hgg.), *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*, Baden-Baden 2004, S. 127-138, 129f. sowie Werner, Krankheitsbegriff, 140ff.

<sup>31</sup> Vgl. Zink, Statement, 194f.

Was die Frage der Definitions-Zuständigkeit angeht, so muss man grundsätzlich entscheiden, ob Experten (expertokratischer Ansatz), autonome Patienten (subjektiver Ansatz) oder alle Beteiligten gemeinsam bzw. die Gesellschaft (deliberativer Ansatz) die angemessensten Instanzen im Blick auf die Definition darstellen. Nadia Mazouz vertritt sogar die Auffassung, dass alle inhaltlichen Debatten um den Krankheitsbegriff Scheindebatten darstellen, in denen es eigentlich um die Frage der Definitionsmacht geht.<sup>32</sup> Der expertokratische Ansatz wirft neben der Tatsache, dass er tendenziell undemokratisch ist, das Problem auf, dass es zum einen Experten vieler unterschiedlicher Fachrichtungen gibt (z.B. Pathologen, Medizinethiker<sup>33</sup>, Gesundheitsökonom, Juristen), deren Definitionen konkurrieren, und zum anderen auch die Experten einer Fachrichtung untereinander oft uneinig sind, zumal wenn sie unterschiedlichen Interessengruppen (z.B. Krankenkassen, Ärzteschaft<sup>34</sup>, Pharmaindustrie) oder Parteien verpflichtet sind. Der subjektive Ansatz wirft das Problem der individuellen Willkür auf. Der deliberative Ansatz schließlich wirft neben der Tatsache, dass er sehr aufwändig ist, das Problem auf, dass Mehrheitsentscheidungen in diesem Zusammenhang leicht zu nicht sachgemäßen und ethisch fragwürdigen Ergebnissen führen können.<sup>35</sup> In einer Demokratie kann es jedoch m.E. keine Alternative zu einem geregelten und durch öffentliche Diskurse ergänzten parlamentarischen Ansatz geben, der nichtsdestoweniger in einem ausgeprägten Umfang auf das Know-how von Experten zurückgreifen muss.

Was die Frage nach dem Definitionsziel und den entsprechenden Kriterien angeht, so versuchen verschiedene Gruppen natürlich jeweils eine Definition von Krankheit und Gesundheit durchzusetzen, die für ihre spezifischen Zwecke brauchbar ist. So hat beispielsweise ein Politiker vielleicht das Ziel, mit Hilfe einer geeigneten Definition einen Ausbau oder Abbau des Sozialstaats zu rechtfertigen und benötigt dazu eine weitere bzw. engere Definition.<sup>36</sup> Ein Philosoph hat vielleicht das Ziel, mit Hilfe einer geeigneten Definition ein stimmiges denkerisches Gesamtsystem, z.B. ein utilitaristisches oder egalitaristisches, vorzulegen und benötigt dazu – um im Beispiel zu bleiben – eine quantifizierbare oder universale Definition.<sup>37</sup> Ein Jurist hat vielleicht das Ziel, mit Hilfe einer geeigneten Definition eine homogene und eindeutige Rechtsprechung zu befördern und benötigt dazu eine konsistente und nicht-

// Seite 222 //

zirkelschlusshafte Definition.<sup>38</sup> Ein Arzt hat vielleicht das Ziel, mit Hilfe einer geeigneten Definition seinen Zuständigkeitsbereich und damit seine Macht auszudehnen oder sich als

---

<sup>32</sup> Vgl. Mazouz, Krankheitsbegriffe, 92.

<sup>33</sup> Vgl. Wolfgang Wieland, Grundlegende Aspekte des Krankheitsbegriffs, in: Nadia Mazouz u.a. (Hgg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, Baden-Baden 2004, S. 15-29, 20.

<sup>34</sup> Vgl. Jost Bauch, Zwischen Gesinnungsethik und Verbandszwang – Ärztenverband als Korrektiv der soziologischen Organisationstheorie, in: ders., Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion, Konstanz 2004, S. 25-39, 33f.

<sup>35</sup> So könnte einer Minderheit lebenswichtige Hilfe entzogen werden, weil die Mehrheit ihren Zustand nicht als Krankheit akzeptiert. Vgl. Sörensen, Krankheit, 13.

<sup>36</sup> Vgl. Jost Bauch, Medizinischer Code und Krankenversicherung – Die Entmedizinisierung der GKV, in: ders., Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion, Konstanz 2004, S. 74-82, 77f.

<sup>37</sup> Vgl. Sörensen, Krankheit, 11.

<sup>38</sup> Der Krankheitsbegriff ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Im Sozialgesetzbuch findet man keine Definition von Krankheit oder Gesundheit. In der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat sich eine Definition etabliert, nach der Krankheit „ein regelwidriger [...] Körper- oder Geisteszustand [ist], der ärztlicher Behandlung bedarf und/oder [...] Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“. BSGE 35,10,12f. Die Kriterien Regelwidrigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sind jedoch wiederum unklar. Nach dem Sozialgesetzbuch hat ein Krankenversicherter Ansprüche auf Leistungen, die zur Verhütung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten dienen, sofern sie zweckmäßig, wirtschaft-

Fachmann unentbehrlich oder sogar unangreifbar zu machen<sup>39</sup> und benötigt dazu eine möglichst viele Zustände pathologisierende (also behandlungsbedürftig machende)<sup>40</sup> bzw. eine auf das Expertenurteil rekurrierende Definition. Ein mit der Allokationsproblematik befasster Medizinethiker hat vielleicht das Ziel, mit Hilfe einer geeigneten Definition zu gerechten Entscheidungen im Blick auf die Frage zu gelangen, welcher Patient ein Anrecht auf welche solidarisch finanzierte medizinische Dienstleistung haben sollte, und benötigt dazu eine normativ gehaltvolle, trennscharfe und graduell differenzierende Definition.<sup>41</sup>

Was die Frage der Berücksichtigung ökonomischer Interessen bei der Definition angeht, so stehen sich zunächst die Gewinninteressen der Pharmaindustrie (und die Einkommensinteressen der Ärzte) und die Spar-Interessen der Krankenversicherungen (und der Solidargemeinschaft als ganzer) gegenüber. Im Blick auf die Aufgabe der Medizin und die angemessene Behandlung der Patienten, ist es nicht akzeptabel, dass ökonomische Interessen einen entscheidenden Einfluss auf die Definition von Gesundheit und Krankheit ausüben, sei es, dass die Krankheitsdefinition grenzenlos ausgeweitet wird mit Blick auf die Gewinninteressen der Pharmaindustrie<sup>42</sup>, oder dass die Krankheitsdefinition zu stark verengt wird mit Blick auf die Spar-Interessen der Krankenkassen. Das heißt nicht, dass die Gewinninteressen der Pharmaindustrie als prinzipiell ungerechtfertigt oder als nicht notwendig (im Blick auf die Entwicklung neuer sinnvoller Medikamente) angesehen würden. Aber das rechtfertigt keine gezielte Manipulation von Bürgern durch die Pathologisierung gesunder Zustände, die Erfindung von Krankheiten (z.B. „Sisi-Syndrom“, Chronic-Fatigue-Syndrom, Sick-

// Seite 223 //

Building-Syndrom) oder die Aufhebung der Unterscheidung zwischen heilenden und „verbessernden“ Eingriffen.<sup>43</sup> Das heißt ebenfalls nicht, dass die Spar-Interessen der Krankenkassen als prinzipiell ungerechtfertigt oder als nicht notwendig (im Blick auf einen verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen) angesehen würden. Aber der Krankheitsbegriff darf sich nicht nach der Höhe der Ressourcen richten, die eine Gesellschaft für das Gesundheitssystem zur Verfügung stellen möchte, sondern die Gesellschaft muss sich entscheiden, ob sie so viele Mittel zur Verfügung stellen möchte, dass alle Kranken behandelt werden können (was in einer wohlhabenden Gesellschaft ethisch wünschenswert ist) oder sie muss unter Rückgriff auf zusätzliche Kriterien darüber entscheiden, welche Kranken behandelt werden sollen und welche nicht.

### *3. Geisteswissenschaftlicher und naturwissenschaftlicher Ansatz / Theologische Impulse*

---

lich und notwendig sind. §§ 11f. SGB V. Ein Problem für die Homogenität der Rechtsanwendung stellt der Sachverhalt dar, dass sich die Krankheitsbegriffe, die in verschiedenen rechtlichen Zusammenhängen (z.B. Entgeltfortzahlungsrecht, Seuchengesetze, Sozialversicherungsrecht) vorkommen, nicht decken. Vgl. Mazal, Krankheit, 127ff.

<sup>39</sup> Vgl. Hans-Georg Gadamer, Theorie, Technik, Praxis, in: ders., Über die Verborgenheit der Gesundheit – Aufsätze und Vorträge, Frankfurt 1993, S. 11-49, 34.

<sup>40</sup> Beispiele hierfür sind Altern, Tod, Haarausfall oder Menopause. Michel de Montaigne formuliert es zugespitzt so: „Die Ärzte begnügen sich nicht damit, die Krankheit unter ihrer Herrschaft zu haben, sie machen auch noch die Gesunden krank, damit man ihrer Macht zu keiner Zeit entkommt.“ Vgl. Michel de Montaigne, Essais, Paris 1965, 743. Vgl. Jörg Blech, Die Krankheitserfinder – Wie wir zu Patienten gemacht werden, Frankfurt 2004, 24ff. Vgl. Dörner, Gesundheitsdilemma, 7. Vgl. Dietrich Rössler, Der Arzt zwischen Technik und Humanität, München 1977, 118.

<sup>41</sup> Vgl. Marckmann, Funktion, 61f.

<sup>42</sup> Vgl. Werner, Krankheitsbegriff, 139.

<sup>43</sup> Michel Foucault beschrieb die Entwicklung der Gesellschaft und der Kultur zu einem Zustand, in dem der menschliche Lebensalltag zunehmend von anonymen medizinischen Machtstrukturen, hinter denen ökonomische Interessen der Pharmaindustrie stehen, gesteuert wird, mit dem Stichwort Medikalisierung. Vgl. Kreß, Ethik, 14.

Die relationale Definition von Gesundheit und Krankheit denkt, wie die Abbildung veranschaulicht, die verschiedenen konkurrierenden Definitionen zusammen, indem sie diese als einander ergänzende und begrenzende Momente bzw. Aspekte eines Ganzen versteht. Dadurch werden sicherlich nicht alle Probleme gelöst, über die sich Mediziner, Ethiker, Politiker und Ökonomen im Kontext der Diskussion um die Definition von Gesundheit und Krankheit Gedanken machen. Aber dieser Anspruch an eine Definition ist ohnehin unangemessen. Die relationale Definition kann helfen, die Phänomene Gesundheit und Krankheit als das wahrzunehmen, was sie sind, nämlich spannungsgeladen und vielschichtig. Sie kann helfen, falsche Alternativen, künstliche Gegensätze und oberflächliche Scheinlösungen zu vermeiden. Dadurch kann sie einen angemessenen Ausgangspunkt für die Auseinandersetzung mit komplexen (ethischen) Problemstellungen darstellen.

Die ersten beiden Ansätze, die im Zusammenhang der relationalen Definition von Gesundheit und Krankheit nicht als Alternativen, sondern als zusammengehörige Pole eines Kontinuums betrachtet werden, innerhalb dessen sich derjenige, der sich mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzt, auf der Suche nach einem jeweils neu zu entdeckenden Gleichgewicht bewegt, sind der naturwissenschaftliche Ansatz und der geisteswissenschaftliche Ansatz. In der Abbildung werden diese Ansätze repräsentiert durch die biologische Definition auf der einen und die theologisch-anthropologische Definition sowie die kosmologisch-anthropologische Definition auf der anderen Seite. Dabei steht die Bezeichnung „Biologische Definition“ für eine Definition folgender Art: *„Gesundheit als normale arttypische Funktionsfähigkeit, Krankheit als Störung der normalen arttypischen Funktionsfähigkeit.“* Die Bezeichnung „Theologisch-anthropologische Definition“ steht für eine Definition folgender Art: *„Gesundheit als*

// Seite 224 //

*Kraft und Voraussetzung zur Verwirklichung der Bestimmung, Krankheit als Beeinträchtigung der Kraft und Voraussetzung zur Verwirklichung der Bestimmung.“* Die Bezeichnung „Kosmologisch-anthropologische Definition“ schließlich steht für eine Definition folgender Art: *„Gesundheit als Gleichgewichtszustand im Menschen und im Verhältnis des Menschen zu seiner Umwelt, Krankheit als Störung des Gleichgewichtszustands.“*

Ein Blick auf die geschichtliche Entwicklung der Begriffe Gesundheit und Krankheit zeigt, dass in Antike und Mittelalter der geisteswissenschaftliche Ansatz und in der Neuzeit der naturwissenschaftliche Ansatz den Umgang mit diesen Begriffen bestimmten. In der Antike (und bei Hippokrates erstmals systematisch) wurden die menschlichen Grunderfahrungen des Gesundseins und Krankseins vor dem Hintergrund einer kosmologisch-anthropologischen Harmonie bzw. Disharmonie von Elementen, Qualitäten, Säften, Organen, Temperamenten, Tages- und Jahreszeiten gedeutet. Der Orientierung an der Natur in einem ganzheitlichen Sinn kam also entscheidende Bedeutung zu. In Entsprechung dazu bestanden medizinische Therapiekonzepte in einer ganzheitlich naturbezogenen Harmonieförderung durch diätische Maßnahmen in diversen Bereichen (Licht und Luft, Essen und Trinken, Bewegung und Ruhe, Schlafen und Wachen, Ausscheidungen, Affekte).<sup>44</sup> Neben Gesundheit (Harmonie oder Gleichgewicht) und Krankheit (Disharmonie oder Ungleichgewicht) wurde ein dritter „neutraler“ Zustand als Regelfall vorausgesetzt.<sup>45</sup> Diese Annahme wird der nach wie vor gültigen Erfahrung gerecht, dass ein Mensch aus einer Totalperspektive heraus betrachtet zwar gesund

---

<sup>44</sup> Vgl. Dietrich von Engelhardt, Art. „Gesundheit“, in: Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 2000, S. 108-114, 109.

<sup>45</sup> Vgl. Heinrich Schipperges, Historische Analyse der Krankheitsforschung, in: Volker Becker u.a. (Hgg.), Krankheitsbegriff und Krankheitsforschung im Lichte der Präsidialansprachen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, Stuttgart u.a. 1993, S. 1-40, 1.



oder krank, aber aus einer Partialperspektive heraus betrachtet stets mehr oder weniger beides zugleich ist.

Im Mittelalter dominierten (teilweise schon von den Kirchenvätern formulierte) religiös-christliche Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit. Damit verloren Anthropologie und Kosmologie nicht an Bedeutung, erhielten aber ein anderes (theologisches) Fundament.<sup>46</sup> Gesundheit, Krankheit, Leiden und Tod wurden als notwendig zur geschöpflichen menschlichen Existenz gehörend betrachtet. Man ging davon aus, dass der Mensch ist seinem jeweiligen Zustand in einem spirituellen Sinne an entsprechenden Phasen der universalen Heilsgeschichte teilnehme bzw. diese individuell vorwegnehme (Schöpfungsprozess, Paradies, Leiden Christi, Auferstehung). Mit diesen Sichtweisen hängt die damals verbreitete Einsicht zusammen, dass sich Gesundheit nicht ausschließlich als positiv (sondern möglicherweise auch als gefährvoll) und Krankheit nicht ausschließlich als negativ (sondern möglicherweise auch als heilsam) für den Menschen erweisen könne, zumal wahre Lebensqualität weniger als

// Seite 225 //

vom körperlichen Gesundheitszustand als vom Gottesverhältnis abhängig gedacht wurde.<sup>47</sup> Im Blick auf therapeutische Bemühungen spielte der Gedanke der religiös motivierten mildtätigen Krankenpflege und -begleitung eine wichtigere Rolle als ärztliche Technik.<sup>48</sup>

Der Übergang vom Mittelalter zur Neuzeit im Blick auf die Begriffe Gesundheit und Krankheit wird häufig an der Person des Philippus Aureolus Theophrastus Paracelsus festgemacht, der im 16. Jahrhundert auf die Bedeutung der physikalischen und chemischen Grundlagen alles Lebendigen hinwies.<sup>49</sup> Seit der Aufklärungszeit mit ihren Tendenzen der Säkularisierung und Individualisierung veränderten sich die Interpretationen von Gesundheit und Krankheit zunehmend. Gesundheit wurde jetzt als verweltlichtes Heil im Diesseits angestrebt, Krankheit als Verlust individueller Fähigkeiten bekämpft.<sup>50</sup> René Descartes' dualistische Unterscheidung von Körpermaschine (res extensa) und Geist (res cogitans)<sup>51</sup> beförderte die Vorstellung von Krankheit als einem mechanischen Defekt.<sup>52</sup> Wenig später unternahm es Thomas Sydenham, ein erstes nosologisches Klassifikationssystem zu verfassen, das Krankheiten nach dem Vorbild botanischer Taxonomie unterscheidet und nach Ursache und Wirkung ordnet.<sup>53</sup> Der entscheidende Schritt erfolgte im 19. Jahrhundert mit der nun ausschließlich naturwissenschaftlichen Orientierung der Medizin, die auf dieser Basis eindrucksvolle Fortschritte erzielte (z.B. Anästhesie, Antisepsis und Bakteriologie).<sup>54</sup> Für diese neue Sicht auf Krankheit und

---

<sup>46</sup> Vgl. Engelhardt, Gesundheit, 110.

<sup>47</sup> Vgl. Engelhardt, Gesundheit, 110. Vgl. Karl Sudhoff, Eine Verteidigung der Heilkunde aus den Zeiten der „Mönchsmedizin“, in: Sudhoffs Archiv 7 (1914), S. 223-237, 223ff. „Gesundheit wird weniger als Freisein von Krankheit denn als Fähigkeit verstanden, Schmerz und Leid auszuhalten, ihnen einen geistigen, einen religiösen Sinn zu geben.“ Dietrich von Engelhardt, Krankheit, Schmerz und Lebenskunst – Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung, München 1999, 43.

<sup>48</sup> Vgl. Schipperges, Analyse, 8. Vgl. Engelhardt, Krankheit 37f.

<sup>49</sup> Demgegenüber ist der Krankheitsbegriff des Paracelsus aus der Sicht von Heinrich Schipperges aufgrund seiner Entitätenlehre noch eindeutig im Mittelalter zu verorten. Vgl. Schipperges, Analyse, 10f.

<sup>50</sup> Vgl. Engelhardt, Krankheit, 47.

<sup>51</sup> Vgl. z.B. René Descartes, Meditationen über die Erste Philosophie, Stuttgart 1986, 189.

<sup>52</sup> Wenngleich Descartes selbst betont, dass es einen Unterschied zwischen einer defekten Uhr und einem kranken Menschen gebe. Vgl. Descartes, Meditationen, 201.

<sup>53</sup> An diesem Ansatz wurde vielfach Kritik geübt, da er Krankheiten zu selbständigen Entitäten mache, kausales Denken überbewerte, verkenne, dass sich Krankheiten in der Realität nicht wie im Lehrbuch abgrenzen lassen und oft multifaktoriell bedingt sind und dadurch tendenziell die Person des Patienten vernachlässige. Vgl. Dirk Lanzerath, Art. „Krankheit“, in: Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 2000, S. 478-485, 479. Vgl. Michel Foucault, Die Geburt der Klinik – Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München 1973, 20. Vgl. Lanzerath, Krankheit, 92ff. Vgl. Schröder, Krankheit, 706.

<sup>54</sup> Vgl. Engelhardt, Gesundheit 112.

Gesundheit spielte der berühmte Mediziner Rudolf Virchow eine wichtige Rolle, der die Zelle für die Grundlage des Lebens und für den Ansatzpunkt zur Krankheitsbekämpfung hielt.<sup>55</sup> Nun wurde die Vorstellung

// Seite 226 //

von der Krankheit als einem (durch technische und chemische Eingriffe zu reparierenden) Organdefekt mit Funktionsverlust zum alleingültigen Paradigma.<sup>56</sup> Der rein naturwissenschaftliche, mechanistisch reduzierte Krankheitsbegriff ist – wenn er absolut gesetzt wird – defizitär, da er den Patienten als einen Menschen mit Beziehungs- und Sinn-Bedürfnissen sowie die Zusammenhänge zwischen Person, Umwelt und Krankheit ausblendet, und er befördert die Entwicklung einer ideologischen und wenig menschenfreundlichen Medizin.<sup>57</sup> Wenn Krankheit als Körpermaschinen-Defekt interpretiert wird, wird der Arzt zu Mechaniker, der den Patienten lediglich repariert, anstatt ihn zu therapieren und zu begleiten. Dadurch wird die personale Arzt-Patienten-Beziehung eingeschränkt.<sup>58</sup> Während eine personal orientierte Medizin nach dem Zusammenhang von Person und Krankheit fragt und versucht, eine Krankheit als Ausdruck des Lebensgeschehens zu verstehen und sie in eine Lebensgeschichte einzuordnen, blendet die rein naturwissenschaftlich orientierte Medizin diese Zusammenhänge aus. Dadurch wird Krankheit für den Kranken zu einem sinnlosen Geschehen.<sup>59</sup> Die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit wird zum unhinterfragten und alleinigen Ziel medizinischen Handelns.<sup>60</sup> Folglich konzentriert sich die Medizin auf die technische Machbarkeit und wird zur Anthropotechnik.<sup>61</sup> Eine Medizin, die, so Niklas Luhmann, wegen ihrer einseitigen Anlehnung an die Naturwissenschaft weitgehend auf Selbstreflexion verzichtet<sup>62</sup>, steht in der Gefahr, ideologische Züge anzunehmen. Sie wird zu einer

---

<sup>55</sup> Virchow erwartet die „Erhebung der Medizin zur Naturwissenschaft im höchsten Sinne des Wortes, als Wissenschaft vom Menschen, als Anthropologie im weitesten Sinne.“ Nach: Schipperges, Analyse, 22. Andere wichtige Forscher, die physiologischen Bedingungen allen pathischen Geschehens betonten und damit die naturwissenschaftliche Konzentration der Medizin beförderten, waren Giovanni Battista Morgagni, Francois Magendie, Claude Bernard sowie Johannes Müller. Vgl. a.a.O. 14ff.

<sup>56</sup> A.a.O. 20. Nach Virchow ist Krankheit zu verstehen als „Insuffizienz der regulatorischen Apparate“. Rudolf Virchow, Über die heutige Stellung der Pathologie, in: Tageblatt der 43. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte (1869), S. 185-195, 193. Diese Vorstellung wurde durch die sogenannte biologische Revolution im späten 20. Jahrhundert auch auf psychische Krankheiten ausgeweitet. Vgl. Morris Krankheit, 200.

<sup>57</sup> Außerdem ist er erkenntnistheoretisch unbefriedigend, da die Natur interpretationsbedürftig, beeinflussbar und Veränderungsprozessen unterworfen ist. Vgl. Jost Bauch, Natur als Konstrukt – Das Ende des naturwissenschaftlichen Paradigmas in der Körpermedizin, in: ders., Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion, Konstanz 2004, S.141-146, 141f.

<sup>58</sup> Vgl. Engelhardt, Krankheit, 48.71. Vgl. Rössler, Arzt, 115.

<sup>59</sup> Und sinnloses Leiden ist schwer zu ertragen. Vgl. Ulrich Eibach, Gesundheit und Krankheit, in: ZEE 22 (1978), S. 162-180, 171.173. Vgl. Ulrich Eibach, Der leidende Mensch vor Gott – Krankheit und Behinderung als Herausforderung unseres Bildes von Gott und den Menschen, Neukirchen-Vluyn 1991, 126.

<sup>60</sup> Spätestens bei der Anwendung intensivmedizinischer Maßnahmen an Sterbenden wird die Problematik dieses Ansatzes deutlich.

<sup>61</sup> Vgl. Lanzerath, Krankheit, 82. Vgl. Gadamer, Theorie, 19.

<sup>62</sup> Vgl. Niklas Luhmann, Medizin und Gesellschaftstheorie, in: MMG 3 (1983), S. 168-175, 173.

Ersatzreligion<sup>63</sup>, in der von Ärzten als Ersatzpriestern<sup>64</sup> die Herstellung der – als höchstes Gut gewerteten<sup>65</sup> –

// Seite 227 //

Gesundheit erwartet wird. Eine solche Medizin maßt sich an, Lebenssinn und Lebensführung der Menschen zu bestimmen.<sup>66</sup>

Angesichts solcher Gefahren und Entwicklungen fordern Kritiker von der Medizin eine Überprüfung ihres wissenschaftlichen Selbstverständnisses. Sie solle sich dessen gewahr werden, dass sie keine Naturwissenschaft sei, sondern die Naturwissenschaft vielmehr eine ihrer Hilfsdisziplinen.<sup>67</sup> Sie schlagen der Medizin vor, sich wieder stärker als Handlungswissenschaft oder als in gleicher Weise Natur-, Geistes-, Kultur- und Sozialwissenschaft zu verstehen.<sup>68</sup>

Vertreter eines geisteswissenschaftlichen Ansatzes bei der Definition der Begriffe Gesundheit und Krankheit leugnen in der Regel nicht die Notwendigkeit auch einer naturwissenschaftlichen Definition, aber sie plädieren für eine ganzheitlichere Sichtweise. Forscher mit philosophischem Ausgangspunkt gehen davon aus, dass Gesundheit und Krankheit nicht unter Ausblendung des Menschen<sup>69</sup> und der Umwelt definiert werden können und verstehen Gesundheit häufig in irgendeiner Weise als Harmonie oder Gleichgewichtszustand.<sup>70</sup> Dabei werden Krankheit und Gesundheit häufig nicht dualistisch, sondern als in einem dialektischen Verhältnis zueinander stehend wahrgenommen.<sup>71</sup> Schon im Zeitalter der Romantik bildete sich eine Gegenbewegung zum einseitig-naturwissenschaftlichen medizinischen Ansatz, die ein ganzheitliches Gesundheitsideal forderte.<sup>72</sup> In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte sich der Mediziner Viktor von Weizsäcker für eine Medizin ein, die den Patienten als Subjekt ernst nimmt, indem sie die Arzt-Patienten-Beziehung als Erschließungsgeschehen begreift, in der Krankheit – als Störung der Lebensordnung<sup>73</sup> – gemeinsam interpretiert und in die Existenz des Patienten integriert wird.<sup>74</sup> Dass auch dieser Ansatz,

---

<sup>63</sup> Vgl. Jost Bauch, Zahnmedizinische Prävention aus soziologischer Sicht, in: ders., Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliches Konstrukt, Konstanz 2004, S. 159-163, 159f. Vgl. Manfred Lütz, Lebenslust – Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult, München 2002, 16.

<sup>64</sup> Vgl. Herzlich, Kranke, 184. Vgl. Karl Jaspers, Der Arzt im technischen Zeitalter, München 1999, 7f.

<sup>65</sup> Vgl. Lütz, Lebenslust, 14.

<sup>66</sup> Vgl. Herzlich, Kranke, 70f. Sie fordert gesundheitliche Verhaltensdisziplinierung im Sinne einer „Saluto-Correctness“. Vgl. Jost Bauch, Was heißt Saluto-Correctness? Zur Dialektik von Sozialabbau und Verhaltensdisziplinierung im Gesundheitswesen, in: ders., Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion, Konstanz 2004, S. 153-158, 153ff. Diese Entwicklung führt zu einer Medikalisierung der Gesellschaft. Vgl. Irving Kenneth Zola, Medicine as an Institution of Social Control, in: Sociological Review 20 (1972).

<sup>67</sup> Vgl. Lanzerath, Krankheit, 58.62.

<sup>68</sup> Vgl. Horst Baier, Gesundheit als Lebensqualität – Folgen für Staat, Markt und Medizin, Zürich 1997, 15ff.

<sup>69</sup> Nach Martin Heidegger muss Krankheit – auch medizinisch – primär als existentielles Phänomen begriffen werden. Vgl. Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1993, 247.

<sup>70</sup> Vgl. Gadamer, Verborgenheit, 145.

<sup>71</sup> Vgl. Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Die Naturphilosophie, Sämtliche Werke, Bd. 9, Stuttgart 1965, 717ff. Vgl. Friedrich Nietzsche, Menschliches, Allzumenschliches, Vorrede 4, KSA, Bd. 2, S. 17. Krankheit und Gesundheit sind keine Zustände, sondern Prozesse, die ineinander übergehen. Vgl. Schipperges, Analyse, 1. Vgl. Viktor von Weizsäcker, Der kranke Mensch – Eine Einführung in die medizinische Anthropologie, Stuttgart 1951, 368.

<sup>72</sup> Vgl. Engelhardt, Gesundheit, 111.

<sup>73</sup> Vgl. Weizsäcker, Mensch, 330.368.

<sup>74</sup> Vgl. Krefß, Ethik, 21f.

wenn er einseitig und radikal vertreten wird, zu problematischen Ergebnissen führt, zeigt das verständnisvolle Gutachten von Weizsäcker im Prozess gegen einen Psychotherapeuten, der ein Kind verhungern ließ.<sup>75</sup> In der Nachfolge von Weizsäcker vertrat Thure von Uexküll einen systemtheoretischen Begriff von Krankheit als ungelöster Problemsituation bzw. Gleichgewichtsstörung zwischen Individuum und Umweltgegebenheiten.<sup>76</sup>

Vertreter eines geisteswissenschaftlichen Ansatzes bei der Definition der Begriffe Gesundheit und Krankheit mit theologischem Ausgangspunkt (d.h. bestimmten Vorstellungen von Ursprung, Verfassung und Bestimmung des Menschen) setzen sich insbesondere mit den Fragen auseinander, in welchem Verhältnis Gesundheit und Krankheit zur Lebensbestimmung bzw. Bestimmungsverfehlung des Menschen stehen und welche Haltung des Menschen gegenüber Krankheit, Schmerz, Leiden und Tod vor dem Hintergrund der Gottesbeziehung angemessen erscheint.

Christlich-theologische Anthropologie geht davon aus, dass der Mensch eine ihm von Gott gegebene und zur Verwirklichung aufgetragene Lebensbestimmung hat, und zwar eine Bestimmung zu einem Leben mit Liebescharakter<sup>77</sup> bzw. eine Bestimmung zu einem Leben in gelingender Gemeinschaft und Beziehung (zu sich selbst, zu seinen Mitmenschen und zu seinem Ursprung). Gesundheit und Krankheit sind aus theologischer Sicht nicht angemessen definierbar, wenn man den konkreten Menschen und seine Bestimmung ausblendet. Weder Gesundheit noch das biologische Leben an sich stellen einen Selbstzweck dar.<sup>78</sup> Ein bestimmter Zustand – mag er biologisch in die Kategorie gesund oder krank gehören – ist positiv zu bewerten, wenn er die Verwirklichung der Bestimmung befördert, und negativ, wenn er die Verfehlung der Bestimmung befördert. Aus dieser Perspektive sollte daher Gesundheit in einem ganzheitlichen Sinne als Kraft und Voraussetzung zur Verwirklichung der Bestimmung und Krankheit als Beeinträchtigung der Kraft und Voraussetzung zur Verwirklichung der Bestimmung verstanden werden. Ein Zustand ist danach als gesund zu bezeichnen, wenn und insofern er es dem Menschen ermöglicht – trotz möglicher Störungen und Einschränkungen<sup>79</sup> – zu lieben und ein verantwortliches Leben in Gemeinschaft und Beziehung zu führen.<sup>80</sup> Ein Zustand ist danach als krank zu bezeichnen, wenn und insofern er den Menschen unfähig macht zu lieben, seine Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit beschränkt, ihn am Missverhältnis zu sich selbst verzwei-

feldn lässt<sup>81</sup>, seine Entwicklungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einschränkt<sup>82</sup>, wenn er Beziehungen stört, die Leben ausmachen<sup>83</sup>, und dadurch den Menschen vom Leben ausschließt.<sup>84</sup> Die theologische Tradition kann also mit dem Aspekt der Bestimmung einen wichtigen Bei-

---

<sup>75</sup> Vgl. Jaspers, *Arzt*, 22f.

<sup>76</sup> Vgl. Thure von Uexküll u.a., *Theorie der Humanmedizin*, München u.a. 1983, 72f.251ff. Vgl. Lanzerath, *Krankheit*, 126ff.

<sup>77</sup> Vgl. Wilfried Härle, *Dogmatik*, Berlin u.a. 2000, 434ff.

<sup>78</sup> Vgl. Eibach, *Gesundheit*, 167.

<sup>79</sup> Vgl. Rössler, *Arzt*, 63.

<sup>80</sup> Dazu gehört es auch, dass ein Mensch Beiträge zur Gemeinschaft leisten kann.

<sup>81</sup> Vgl. Sören Kirkegaard, *Die Krankheit zum Tode*, Stuttgart 1997, 13. Paul Tillich definierte Krankheit als Scheitern der Selbstintegration. Vgl. Tillich, *Systematische Theologie II*, Stuttgart 1958, 71.

<sup>82</sup> Vgl. Friedrich Schleiermacher, *Der christliche Glaube*, Berlin u.a. 1999, 413ff.

<sup>83</sup> Vgl. Eibach, *Gesundheit*, 166.

<sup>84</sup> Vgl. Hans-Georg Gadamer, *Zum Problem der Intelligenz*, in: ders., *Über die Verborgenheit der Gesundheit – Aufsätze und Vorträge*, Frankfurt 1993, S. 65-83, 77f.

trag zu einer anthropologisch-ganzheitlichen Definition von Gesundheit und Krankheit leisten.

Die Verwirklichung der Bestimmung des Menschen zu einem Leben in liebevoller Beziehung zu sich selbst, anderen Menschen und seinem Ursprung wird in theologischer Begrifflichkeit als Heil bezeichnet. Dieses Heil kann dem Menschen in seinem irdischen Leben nur fragmentarisch zuteil werden, aber Christen hoffen auf einen vollendeten Heilszustand nach Tod und Auferstehung. Gesundheit bzw. Heilung auf der einen und Heil auf der anderen Seite werden in der christlichen Tradition zwar in bestimmter Weise in einen Zusammenhang gebracht<sup>85</sup>, aber gleichzeitig streng voneinander unterschieden. Weder kann vom Gesundsein auf das Heilsein noch vom Heilsein auf das Gesundsein geschlossen werden.<sup>86</sup> Und selbstverständlich kann Heil nicht durch medizinische Heilung hergestellt werden.<sup>87</sup> Die theologische Tradition kann also mit der Unterscheidung von Heilung und Heil einen wichtigen Beitrag gegen unrealistische Ansprüche an die Medizin bzw. ideologische Selbstansprüche der Medizin leisten.

Wer eine Bestimmung hat, kann sie auch verfehlen. Eine solche Verfehlung der Liebe bzw. ein Leben in gestörten Beziehungen wird in theologischer Begrifflichkeit – heute häufig moralisierend missverstanden – mit Sünde bezeichnet. Im Vordergrund steht hierbei der Gedanke eines tragischen Scheiterns und Misslingens des Lebens vor dem Hintergrund, dass sowohl alle Lebenssituationen als auch das Personenzentrum des einzelnen immer schon von gestörten Beziehungen und beschädigter Liebe geprägt sind, was zu einem von menschlicher Seite aus undurchdringlichen Geflecht aus Schuld und Verhängnis führt.<sup>88</sup> Das Verhältnis von Krankheit und Sünde sowie Schuld ist in der christlichen Tradition sehr differenziert zu betrachten. So wird Krankheit im rein biologischen Sinn häufig mit Sünde und manchmal auch mit

// Seite 230 //

Schuld in Zusammenhang gebracht<sup>89</sup>, kann aber auch als von Gott aus vollkommen anderen Gründen zugelassen gedacht werden.<sup>90</sup> Krankheit im theologisch-anthropologisch ganzheitlichen Sinn ist definitionsgemäß ein Ausdruck der Sünde im Sinne des beschriebenen tragischen Gesamtzusammenhangs<sup>91</sup>, aber nicht notwendigerweise gleichzeitig auch ein Ausdruck von persönlicher Schuld. Die theologische Tradition kann also mit der Unterscheidung von Sünde und Schuld einen wichtigen Beitrag gegen eine unangemessene moralische Verurteilung bzw. Unter-Druck-Setzung kranker Menschen leisten.<sup>92</sup>

Krankheit, Schmerz, Leiden und Tod gehören zum Leben jedes Menschen. Krankheit im theologisch-anthropologisch ganzheitlichen Sinne ist von Gott nicht gewollt und Christen dürfen auf ihre einstige Überwindung durch Gott hoffen und ihr nach Kräften Widerstand

---

<sup>85</sup> Beispielsweise im Blick auf Jesu Heilungswunder, die den ganzen Menschen betreffen. Vgl. z.B. Lk 18,35-43.

<sup>86</sup> Die Erfahrung von Heil bewirkt zwar manchmal Heilung von Krankheit, weil Leib, Geist und Seele zusammengehören, aber sie bewirkt nicht notwendigerweise die Heilung von Krankheit, obwohl Leib, Geist und Seele zusammengehören. Vgl. Härle, Dogmatik, 380.499. Entscheidend ist das Heil und nicht die Heilung, wie die Erzählung von den zehn Aussätzigen in Lk 17,11-19 verdeutlicht.

<sup>87</sup> Vgl. Ulrich H. J. Körtner, Evangelische Sozialethik, Göttingen 1999, 201.

<sup>88</sup> Vgl. Härle, Dogmatik, 456ff.

<sup>89</sup> Vgl. Jesu Ausspruch „deine Sünden sind dir vergeben“ im Zusammenhang von Heilungen, z.B. Mt 9,2. Oder vgl. Aussagen im Horizont des sogenannten Tun-Ergehen-Zusammenhangs, z.B. Dtn 28,21.

<sup>90</sup> Beispielsweise zur Bewahrung der Tugend vor Hochmut (2Kor 12,7ff.), zur Erhöhung der Verdienste des Gerechten (Hiob), zum Offenbarwerden der Werke Gottes (Joh 9,3) oder als Ausdruck der zur Schöpfung gehörenden Endlichkeit.

<sup>91</sup> In diesem Sinn können einige Aussagen Augustins verstanden werden. Vgl. Heinrich Schipperges, Art. „Krankheit IV“, in: TRE, Bd. XIX, Berlin u.a. 1990, S. 686-689, 689.

<sup>92</sup> Dies entspricht einer der Forderungen Susan Sontags in ihrem bekannten Buch „Krankheit als Metapher“. Vgl. Susan Sontag, Krankheit als Metapher, Frankfurt 2003, 43.

leisten.<sup>93</sup> Krankheiten im rein biologischen Sinne sind im Rahmen der Möglichkeiten medizinisch zu behandeln<sup>94</sup>, aber dort, wo sie nicht behandelbar oder Ausdruck der natürlichen Begrenztheit des Lebens sind, in das Leben zu integrieren, so dass der Kranke dennoch ein bestimmungsgemäßes Leben führen kann.<sup>95</sup> Eine klare Grenzziehung zwischen zu bekämpfenden und anzunehmenden Krankheiten bzw. „zwischen Krankheiten, in denen der Mensch noch Sinn erleben kann, und solchen, bei denen dies nicht mehr möglich ist“<sup>96</sup> verbietet sich an dieser Stelle aus nachvollziehbaren Gründen. Von jedem Menschen anzunehmen und in das Leben zu integrieren sind ohne Zweifel Sterben und Tod. Der teilweise blinde Kampf gegen den Tod hochbetagter Patienten mithilfe moderner Medizintechnik hat aus der Perspektive theologischer Anthropologie nicht mehr viel mit dem Wohl und der Würde des Menschen zu tun.<sup>97</sup> Schmerz und Leiden sind in manchen Fällen notwen-

// Seite 231 //

dig und sinnvoll<sup>98</sup>, in anderen Fällen aber einfach nur zerstörerisch<sup>99</sup>. Auch hier ist eine eindeutige Grenzziehung oder Zuordnung nicht möglich. Grundsätzlich stellt sich im Blick auf Krankheit, Schmerz, Leiden und Tod das sogenannte Theodizee-Problem, also die Frage: Wie kann ein allmächtiger, gütiger Gott das zulassen? Auf dieses Problem konnte die christliche Theologie bisher noch keine vollständig befriedigende Antwort finden.<sup>100</sup> Neben philosophischen Teil-Antworten<sup>101</sup> verweist sie darauf, dass der Gläubige die Möglichkeit hat, Hoffnung und Kraft darin zu finden, dass er seine Klage vor Gott bringt und sich im Blick auf die Leidensgeschichte Jesu Christi des Mitleidens Gottes gewiss sein kann.

Sowohl der naturwissenschaftliche als auch der geisteswissenschaftliche Ansatz bei der Definition von Gesundheit und Krankheit basieren auf unaufgebbaren Einsichten und dürfen nicht voneinander getrennt werden. Jeder der Ansätze ist ohne die Einschränkung durch den anderen unvollständig, wenn nicht unbrauchbar. Der Bezug auf die physikalischen und chemischen Grundlagen des Lebendigen ist für die Definition von Gesundheit und Krankheit notwendig, aber es darf nicht zu einer mechanistischen Verkürzung kommen. Ebenso ist der Bezug auf ganzheitliche personale und kosmologische Zusammenhänge notwendig, aber es darf nicht zu weltentrückten Verkürzungen kommen.

#### 4. Normativistischer und naturalistischer Ansatz

---

<sup>93</sup> Vgl. Eibach, Mensch, 129. Jesu Heilungen sind ein Ausdruck dafür, dass Gott der Krankheit den Kampf angesagt hat. Vgl. Eibach, Gesundheit, 176f. Vgl. Karl Barth, KD III/4, Zürich 1954.

<sup>94</sup> Das christliche Ethos ist ein dem Heilen verpflichtetes. Insofern ist medizinischer Fortschritt prinzipiell begrüßenswert. Vgl. Martin Luther, WA 23,365,6-10.

<sup>95</sup> Vgl. Lütz, Lebenslust, 36. Vgl. Eibach, Gesundheit 174f. Vgl. Hermann Ringeling, Handlungsfähigkeit – Leidensfähigkeit, in: ZEE 30 (1986), S. 253-269, 254. Vgl. Dietz Lange, Ethik in evangelischer Perspektive, Göttingen 1992, 379.

<sup>96</sup> Tillich, Theologie II, 80f.

<sup>97</sup> „Wenn medizinische Therapien versagen, so dass eine Heilung oder Abwendung des Sterbens nicht mehr möglich erscheint, sollte unter Änderung des Therapieziels eine palliative, d.h. an Versorgung und Schmerzlinderung orientierte, Behandlung einsetzen.“ EKD Text 71, Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen, Hannover 2002, 34.

<sup>98</sup> So gehören Liebe und Leid untrennbar zusammen. Schmerz kann ein wichtiges Warnsignal sein. Ohne Leiden gäbe es keine Kultur. Vgl. Lütz, Lebenslust, 134f. Aldous Huxley beschreibt in seinem berühmten Roman „Schöne neue Welt“ die inhumanen Konsequenzen einer Welt, die vom Schmerz befreit wurde.

<sup>99</sup> Das Leiden darf nicht verharmlost werden oder gar glorifiziert werden. Es wäre eine zweifelhafte Pathodizee, wollte man allem Leiden einen Sinn unterstellen. Vgl. Eibach, Gesundheit, 176ff.

<sup>100</sup> Aber es ist für sehr viele Patienten wichtig, dass sie gestellt werden kann.

<sup>101</sup> Vgl. Gottfried Wilhelm Leibniz, Die Theodicee, Leipzig 1925.

Zwei weitere Ansätze, die im Zusammenhang der relationalen Definition von Gesundheit und Krankheit nicht als Alternativen, sondern als zusammengehörige Pole eines Kontinuums betrachtet werden, innerhalb dessen sich derjenige, der sich mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzt, auf der Suche nach einem jeweils neu zu entdeckenden Gleichgewicht bewegt, sind der naturalistische Ansatz und der normativistische Ansatz. In der Abbildung werden diese Ansätze repräsentiert durch die biologische Definition auf der einen und die theologisch-anthropologische Definition, die kosmologisch-anthropologische Definition, die soziologische Definition, die Angewiesenheitsgrads-Definition und die eudämonistische Definition auf der anderen Seite. Für welche Art von Definitionen die ersten drei Bezeichnungen stehen, wurde bereits formuliert. Die Bezeichnung „Soziologische Definition“ steht für eine Definition folgender Art: „*Gesundheit als Fähigkeit zur Ausübung der sozialen Rolle, Krankheit als Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Ausübung der sozialen Rolle.*“ Die Bezeichnung „Angewiesenheitsgrads-Definition“ steht für eine Definition folgender

// Seite 232 //

Art: „*Gesundheit als Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung bzw. Zielrealisation, Krankheit als Angewiesenheit auf Behandlung oder auf Hilfe bei der Lebensführung.*“ Die Bezeichnung „Eudämonistische Definition“ schließlich steht für eine Definition folgender Art: „*Gesundheit als Wohlbefinden, Krankheit als Beeinträchtigung des Wohlbefindens.*“

Vertreter des naturalistischen Ansatzes gehen davon aus, dass es sich bei Gesundheit und Krankheit um rein deskriptive Begriffe handele, d.h. dass sie sich durch einen wertfreien Rückgriff auf die Natur (bzw. auf Kriterien, die sich in der Natur finden lassen, ohne dass sie durch gesellschaftliche oder individuelle Wertungen geprägt wären) definieren ließen. Vertreter des normativistischen Ansatzes gehen demgegenüber davon aus, dass es sich bei Gesundheit und Krankheit wesentlich um normative Begriffe handele, d.h. dass sie sich nicht durch einen wertfreien Rückgriff auf die Natur definieren ließen, sondern erst die Bewertung eines Zustandes als unerwünscht, bedrohlich oder veränderungsbedürftig dessen Klassifizierung als krankhaft ermögliche. Die schlichteste Möglichkeit einer naturalistischen Definition von Krankheit und Gesundheit wäre die undifferenzierte Orientierung am statistischen Durchschnittswert. Aber dieser Ansatz wird aufgrund offensichtlicher Mängel nicht vertreten.<sup>102</sup>

Der bekannteste Vertreter einer ernstzunehmenden naturalistischen Position ist Christopher Boorse. In den siebziger Jahren der 20. Jahrhunderts legte er sein biostatistisches Modell vor. Danach ist Krankheit der Zustand eines Organismus, in dem eine oder mehrere Organfunktionen, die zu den Organismuszielen Überleben und Reproduktion beitragen<sup>103</sup>, signifikant unter das Maß der Effizienz sinken, die für die jeweilige Referenzklasse des Organismus typisch ist. Gesundheit ist in diesem Zusammenhang als Abwesenheit von Krankheit definiert.<sup>104</sup> Boorse ergänzt also in seiner Definition das Kriterium der statistischen Normalität um den biologisch hergeleiteten Funktionsbegriff. Dadurch werden bestimmte Normabweichungen, wie z. B. Rothaarigkeit, von der Krankheitszuschreibung ausgeschlossen, da sie keine Funktionsstörungen darstellen.<sup>105</sup> Er spezifiziert seine Definition außerdem insofern, als es ihm nicht um ma-

---

<sup>102</sup> Manche Normabweichungen, z.B. das absolute Gehör, sind nicht krankhaft, und manche Krankheiten, z.B. Karies, sind statistisch normal. Vgl. Werner, Krankheitsbegriff, 145f.

<sup>103</sup> Boorse vertritt eine Zieltheorie von den Funktionen der Organe: in ihrem Zusammenspiel tragen sie zur Verwirklichung der höchsten Ziele (individuelles Überleben und Reproduktion) des Organismus bei. Das heißt jedoch nicht, dass das Ausfallen einer solchen Funktion in jedem einzelnen Fall diese Ziele schon unmöglich machen müsste. Vgl. Schramme, Patienten, 117.121.

<sup>104</sup> Vgl. Christopher Boorse, Health as a Theoretical Concept, in: Philosophy of Science 44 (1977), S. 542-573, 555.562.567.

<sup>105</sup> Dadurch greifen bestimmte Beispiele, mittels derer Boorses Ansatz häufig kritisiert wird, z.B. die heterozygote Sichelzellenanlage, nicht.

nifeste Funktionsstörungen, sondern um Störungen der Funktionsfähigkeit geht.<sup>106</sup> Damit universelle Krankheiten, wie Karies, von der Definition abgedeckt werden, erweitert er diese schließlich um den Zusatz, dass auch statistisch nor-

// Seite 233 //

male Einschränkungen der Funktionsfähigkeit als Krankheiten gelten, wenn sie extern verursacht sind.<sup>107</sup> Neben diesem theoretischen Krankheitsbegriff (disease) taucht bei Boorse am Rande auch ein – allerdings nachgeordneter<sup>108</sup> – praxisbezogener Krankheitsbegriff (illness) auf, der mit einer Bewertung des Zustands als unerwünscht und behandlungsbedürftig einhergeht.<sup>109</sup> Den ihn interessierenden disease-Krankheitsbegriff bezieht Boorse jedoch ausdrücklich auf eine theoretische Verwendungsweise, die keine praktischen Implikationen (z.B. Behandlungsnotwendigkeit) enthält. Auf diese Weise glaubt er, seinen Ansatz als vollkommen wertfrei bezeichnen zu dürfen.<sup>110</sup> In späteren Veröffentlichungen ersetzte Boorse (ohne inhaltliche Änderungen) den disease-Begriff durch den Ausdruck „pathologischer Zustand“, da ihm deutlich wurde, dass seine Terminologie mit dem alltäglichen Sprachgebrauch kollidierte.<sup>111</sup> Stärken der Definition von Boorse liegen in ihrer ausgezeichneten Operationalisierbarkeit, ihrer Eindeutigkeit, ihrem Integrationspotential<sup>112</sup>, ihrem kritischen Potential gegenüber ideologischen Krankheitszuschreibungen und ihrer Erklärungskraft im Blick auf universell geltende Krankheitsurteile.<sup>113</sup> Kritikpunkte an der naturalistischen Definition sind der (bei jeder Definition mögliche) Verweis auf einzelne Krankheiten, die durch die Definition nicht abgedeckt werden (z.B. angeborene Abwesenheit des Blinddarms, Osteoporose bei Frauen nach der Menopause, psychische Krankheiten<sup>114</sup>), sowie die systematische Ausklammerung des kranken Individuums

// Seite 234 //

---

<sup>106</sup> D.h. ein Diabetiker, der täglich Insulin nimmt, ist dennoch krank. Vgl. Boorse, Health, 562.

<sup>107</sup> Vgl. Boorse, Health, 566. Gegen das Kriterium der Aufrechterhaltung eines Zustands von außen wurde eingewandt, dass danach auch ein Ringer im Schwitzkasten als krank gelten müsste. Vgl. Bernard Gert u.a., Bioethics – A Return to Fundamentals, Oxford 1997, 100ff.

<sup>108</sup> D.h. jemand kann nach Boorse diseased sein, ohne ill zu sein, aber nicht umgekehrt. Ohne eine tatsächliche Funktionsstörung (mag sie festgestellt sein oder nicht) kann man nach Boorse nicht von Krankheit reden.

<sup>109</sup> Vgl. Christopher Boorse, On the distinction between disease and illness, in: Arthur Caplan u.a., Concepts of Health and Disease – Interdisciplinary Perspectives, Reading 1981, S. 545-560, 555. Später modifizierte Boorse seine Theorie und versuchte, auch den illness-Begriff wertfrei zu definieren (als umfassende Unfähigkeit des Organismus im Gegensatz zur unbedeutenden Teil-Funktionsstörung). Vgl. Christopher Boorse, Concepts of Health, in: Donald van de Veer u.a., Health Care Ethics, Philadelphia 1987, S. 359-393, 365. Allerdings ist unklar, was genau er mit umfassender Unfähigkeit meint und wie er sie abgrenzt. Bestimmte Funktionsstörungen können individuell verschieden schwere Auswirkungen haben, z.B. führt Fußpilz bei einem Bademeister zur Arbeitsunfähigkeit. Vgl. Schramme, Patienten, 124. Offensichtlich ist beim praxisbezogenen Krankheitsbegriff eine wertfreie Definition noch weniger möglich als beim theoretischen.

<sup>110</sup> Vgl. Boorse, Distinction, 550.

<sup>111</sup> Vgl. Boorse, Concepts, 365.

<sup>112</sup> Er umfasst alle Zustände, die nicht als gesund bezeichnet werden, auch Verletzungen und Behinderungen.

<sup>113</sup> Vgl. Schramme, Patienten, 109ff.

<sup>114</sup> Thomas Schramme zeigt demgegenüber gut begründet auf, wie der Krankheitsbegriff von Boorse auch auf psychische Krankheiten angewendet werden kann. Vgl. Schramme, Patienten, 140ff.



bei der Interpretation von Zuständen als Krankheiten.<sup>115</sup> Aber in erster Linie wenden sich Kritiker immer wieder gegen die Behauptung der Wertfreiheit. Der Verweis auf historische Beispiele für Krankheitszuschreibungen, bei denen auf kulturelle Werte zurückgegriffen wurde, ist zwar kein ausreichendes Argument<sup>116</sup>, aber es wird bei näherer Betrachtung dennoch sofort deutlich, dass sich das Postulat der Wertfreiheit nicht aufrecht erhalten lässt. Weder die Festlegung von Überleben und Reproduktion als Organismuszielen<sup>117</sup> noch die Gleichsetzung von „normal“<sup>118</sup>, „natürlich“ und „gesund“ noch die In-Bezug-Setzung organischer Tätigkeiten zu bestimmten Zwecken und Zielen durch die Verwendung des Funktions-Begriffs<sup>119</sup> noch die vollständige Vereinnahmung des Menschen in evolutionär-biologische Kategorien<sup>120</sup> sind wertfrei.

Es stellt sich die Frage, warum Vertreter des naturalistischen Ansatzes mit solcher Vehemenz am – aus philosophischer Sicht von vorneherein notwendig zum Scheitern verurteilten<sup>121</sup> – Postulat der Wertfreiheit festhalten. Möglicherweise liegt die Erklärung in einer Verwechslung von Wert und Willkür bzw. der (unzutreffenden) Befürchtung, dass eine von Werten beeinflusste Vorstellung automatisch an Objektivität und Zuverlässigkeit verlöre.<sup>122</sup> Es ist bedauerlich, dass die großen Stärken der Definition von Boorse durch die m.E. überflüssige Wertfreiheits-Diskussion häufig aus dem Blick geraten. Glücklicherweise halten einige Wissenschaftler, die sich an Boorses Definition orientieren, wie z.B. Norman Daniels, nicht an der radikalen Wertfreiheits-

// Seite 235 //

Annahme fest, sondern nutzen die Stärken der Definition und entwickeln sie weiter.<sup>123</sup> Vertreter des normativistischen Ansatzes gehen davon aus, dass die Normen, in Bezug auf die sich Gesundheit und Krankheit definieren lassen, nur mit Bezug auf Wertungen bestimmbar sind. Krankheit ist danach immer ein negativ bewerteter Zustand. Stärken des Ansatzes liegen in seiner hohen intuitiven Plausibilität und in seiner Erklärungskraft für historische und kultu-

---

<sup>115</sup> Vgl. Lanzerath, Krankheit, 124f. Vgl. Kenneth W. M. Fulford, Praxis makes perfect – Illness as a bridge between biological concepts of disease and social conceptions of health, in: Theoretical Medicine 14 (1993), S. 305-320, 315.

<sup>116</sup> Ein solcher stellt die naturalistische Position nicht in Frage, da sie die faktische Bedeutung kultureller Werte für Krankheitszuschreibungen nicht leugnet, sondern lediglich behauptet, dass das Vorliegen von Krankheit auch wertfrei entschieden werden kann. Vgl. Sörensen, Krankheit, 14.

<sup>117</sup> W. Miller Brown, On defining "Disease", in: Journal of Medicine and Philosophy 10 (1985), S. 311-328, 315f. Daraus, dass Lebewesen sich auf eine bestimmte Weise verhalten, folgt nicht automatisch, dass sie es sollten. Selbst die Feststellung, dass Sein besser ist als Nicht-Sein, ist ein Werturteil.

<sup>118</sup> Schon Karl Jaspers stellte fest, dass Mediziner häufig nicht sauber zwischen einem nicht wertenden Durchschnittsbegriff und einem wertenden Idealbegriff trennen. Vgl. Jaspers, Psychopathologie, 653. Nach Georges Canguilhem kann der Mensch gar nicht anders, als aus dem biologisch Normalen einen Wertbegriff zu machen, da das Leben wesentlich eine normative Aktivität sei. Vgl. Georges Canguilhem, Das Normale und das Pathologische, München 1974, 77ff.

<sup>119</sup> Wertfrei ist lediglich die Aussage „Das Herz pumpt Blut“, aber bei der Aussage „Es ist die Funktion des Herzens, Blut zu pumpen“ setzt ein Beobachter von außen seine Beobachtungen in Bezug zu einem System von Zwecken und Werten. Vgl. Lanzerath, Krankheit, 120.

<sup>120</sup> Der Mensch passt sich nicht nur der Umwelt an, sondern er gestaltet sie. Vgl. Lanzerath, Krankheit, 120.

<sup>121</sup> An den Begriffen Gesundheit und Krankheit wird die von Robert B. Brandom formulierte Einsicht besonders deutlich, dass die Begriffe, die wir verwenden, immer schon in normative begriffliche Zusammenhänge eingebettet sind. Vgl. Robert B. Brandom, Begründen und Begreifen – Eine Einführung in den Inferentialismus, Frankfurt 2001.

<sup>122</sup> Vgl. Sörensen, Krankheit, 14.

<sup>123</sup> Vgl. Norman Daniels, Bedarf an medizinischer Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit, in: Georg Marckmann u.a. (Hgg.), Gerechte Gesundheitsversorgung – Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Stuttgart 2003, S. 15-47, 25.

relle Unterschiede bei Krankheitszuschreibungen. Kritiker des Ansatzes verweisen auf die Notwendigkeit zusätzlicher Kriterien, da nicht alles, was negativ bewertet wird, als Krankheit gelten könne (z.B. Armut), sowie auf die Gefahr ideologischer Krankheitszuschreibungen.<sup>124</sup> Innerhalb des normativistischen Ansatzes lassen sich erstens im Blick auf den Stellenwert von Wertungen „stark normativistische“ und „schwach normativistische“ Konzepte unterscheiden, zweitens im Blick auf die Natur der Wertungen relativistische und universalistische Konzepte, drittens im Blick auf die Konsequenzen der Wertungen interventionistische und nicht-interventionistische Konzepte und viertens im Blick auf die Urheber der Wertungen Konzepte, die entweder auf den Betroffenen, die Gesellschaft oder die Arzt-Patienten-Kommunikation rekurrieren. „Stark normativistische“ Krankheitskonzepte deuten Krankheitsurteile ausschließlich als wertende Zuschreibung, also konstruktivistisch.<sup>125</sup> „Schwach normativistische“ Krankheitskonzepte sind ausgewogener und deuten Krankheitsurteile als Mischung aus deskriptiven und normativen Anteilen. Relativistisch denkende Normativisten halten die Werte, auf die rekurriert wird, für wesentlich kontextrelative oder subjektive Präferenzen. Universalistisch denkende Normativisten halten die Werte, auf die rekurriert wird, für allgemein gültig. Vertreter der Interventionsthese folgern aus der Abwertung eines Krankheitszustandes die Aufforderung zu seiner Beseitigung<sup>126</sup>, Kritiker der Interventionsthese weisen hier auf die Notwendigkeit zusätzlicher Kriterien hin. Die relevantesten Unterschiede zwischen verschiedenen normativistischen Definitionen liegen jedoch natürlich in den verschiedenen Normen und Maßstäben, auf die jeweils wertend Bezug genommen wird, selbst. Die Leitgedanken, die der theolo-

// Seite 236 //

gisch-anthropologischen Definition sowie der kosmologisch-anthropologischen Definition von Gesundheit und Krankheit zugrunde liegen, wurden bereits beschrieben. Die soziologische Definition rekurriert auf die Fähigkeit zur Ausübung einer sozialen Rolle und damit auf gesellschaftliche Erwartungen, sei es Arbeitsfähigkeit (Freud)<sup>127</sup>, Pflichterfüllung (Kant)<sup>128</sup> oder andere Aufgaben, für die ein Mensch jeweils sozialisiert wurde. Der bekannteste Vertreter einer soziologischen Definition war Talcott Parsons. Dieser dachte ebenso wie Boorse teleonomisch, allerdings auf soziologischer Ebene: Gesundheit ist danach der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Menschen, der es ermöglicht, dass dieser diejenigen Rollen und Aufgaben erfüllen kann, für die er sozialisiert wurde.<sup>129</sup> Im Gegensatz zu Boorse war sich

---

<sup>124</sup> So stellen beispielsweise einige Autoren in den sechziger Jahren, wie Michel Foucault oder Thomas Szasz, die gesellschaftliche Praxis der Zuschreibung von psychischen Krankheiten grundlegend in Frage. Vgl. Michel Foucault, *Wahnsinn und Gesellschaft*, Frankfurt 1969. Vgl. Thomas S. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, New York 1974

<sup>125</sup> „Außerhalb der Bedeutungen, die Menschen bestimmten Zuständen freiwillig zuschreiben, gibt es keine Krankheiten in der Natur. [...] Die Oberschenkelknochenfraktur einer Siebzijährigen hat innerhalb der Natur keine größere Bedeutung als das Abbrechen eines Blattes von seinem Zweig; und ein mit Cholerakeimen befallener menschlicher Organismus trägt genauso wenig den Stempel ‚Krankheit‘ mit sich wie Milch, die durch andere Bakterien schlecht geworden ist.“ Peter Sedgwick, *Illness – Mental and Otherwise*, in: *The Hastings Center Studies* 1,3 (1973), S. 119-129, 120f.

<sup>126</sup> Vgl. Bobbert, *Problematik*, 417.

<sup>127</sup> Vgl. Ulrich Eibach, Art. „Krankheit VIII“, in: *TRE*, Bd. XIX, Berlin u.a. 1990, S. 701-705, 702.

<sup>128</sup> Vgl. Josef N. Neumann, Art. „Gesundheit“, in: *RGG*, Bd. 3, Tübingen 2000, S. 876-878, 877.

<sup>129</sup> Vgl. Talcott Parsons, *Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure*, in: ders., *Social Structure and Personality*, London 1965, S. 257-291, 262ff. Parsons beschäftigt sich außerdem intensiv mit der speziellen Rolle, die die Gesellschaft Kranken zuweist. Seine diesbezüglichen Einsichten sind für sowohl für Fragen der Gestaltung der Verteilungsstruktur im Gesundheitswesen als auch für Fragen der Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses wesentlich. Vgl. a.a.O. 274ff. Kritiker werfen ihm vor, bei seiner Beschreibung der Rollen des Kranken und des Arztes die Gefahren des Missbrauchs dieser Rollen zu vernachlässigen. Vgl. Lanzerath, *Krankheit*, 177ff.

Parsons der Perspektivität seiner Definition bewusst, so dass er einer Sicht, die diese beiden Definitionen als einander ergänzend betrachtet, hätte zustimmen können. Die Stärke dieses Ansatzes besteht darin, dass die Relevanz sozialer und gesellschaftlicher Zusammenhänge für die Bereiche Gesundheit und Krankheit ernst genommen wird<sup>130</sup>. Kritiker weisen auf Missbrauchs-Möglichkeiten durch interessengeleitete Krankheits-Ettikettierungen<sup>131</sup> sowie auf die Gefahr einer Reduzierung des Menschen zum Erfüller gesellschaftlicher Leistungserwartungen hin.<sup>132</sup>

Die Angewiesenheitsgrads-Definition von Gesundheit und Krankheit rekurriert auf den Umfang des Bedarfs eines Menschen an Behandlung und an Hilfe bei der Lebensführung. Der Begriff des Behandlungsbedarfs beinhaltet die Voraussetzungen, dass eine Behandlung erwie-senermaßen zweckmäßig wäre (im Gegensatz zu einem rein subjektiven Bedürfnis) und dass eine fachlich begründete Behandlungsoption zur Verfügung steht.<sup>133</sup> Das Konzept von Krankheit als Hilfsbedürftigkeit ist in der Regel mit der ethischen Überzeugung verbunden, dass Hilfsbedürftigkeit auch einen Hilfs-

// Seite 237 //

anspruch begründet. Mitunter wird statt des Anspruchs des Kranken auf Hilfe vielmehr die Pflicht des Gesunden zu gesundheitserhaltendem Handeln betont (und daraus möglicherweise sekundär der Anspruch des Kranken abgeleitet).<sup>134</sup> Eine Variante der Definition von Gesundheit als Handlungsfähigkeit stellt die Wohlfahrtstheorie Lennart Nordenfelts dar, nach welcher die Fähigkeit zur Realisation wesentlicher Ziele, d.h. solcher, die notwendig und gemeinsam hinreichend für das minimale Glück des jeweiligen Individuums sind, das zentrale Kriterium für Gesundheit und Krankheit darstellt.<sup>135</sup> Hinter Angewiesenheitsgrads-Definitionen stehen häufig anthropologische Ideale einer umfassenden Handlungsfähigkeit und Autonomie. Um problematische Einseitigkeiten in diesem Zusammenhang zu vermeiden, muss die Einsicht betont werden, dass es auf der einen Seite zwar sachgemäß und lebensdienlich ist, die Förderung der Handlungsfähigkeit und Selbständigkeit des Kranken als hohes Ziel ärztlichen Handelns zu betrachten<sup>136</sup>, aber auf der anderen Seite nicht vergessen werden darf, dass ein gewisses Maß an Einschränkungen und Abhängigkeiten notwendiger Bestandteil menschlichen Lebens ist.<sup>137</sup> Gesundheit sollte also nicht als Handlungsfähigkeit aufgrund einer Abwe-

---

<sup>130</sup> Gesundheit und Krankheit sind immer auch das Ergebnis einer Interaktion zwischen Individuum und Gesellschaft (Zuschreibungen, Erwartungen und ihre Wirkungen auf den Gesundheitszustand, Unterstützung und ihre Folgen für den Krankheitsverlauf, krankmachende Verhältnisse usw.).

<sup>131</sup> Vgl. Erving Goffman, *Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Frankfurt 1967, 156ff.

<sup>132</sup> Vgl. Eibach, *Gesundheit*, 169.

<sup>133</sup> Vgl. Diakonisches Werk der EKD, *Zum guten Umgang mit Krankheiten und Behinderungen befähigen*, Stuttgart 2002, 12. Es stellt hier außerdem die grundsätzliche Frage, wer den Behandlungsbedarf in welchem Fall nach welchen Kriterien genau definieren soll. Denn beispielsweise wird eine Orientierung am Durchschnitt Patienten mit geistigen und mehrfachen Behinderungen nicht gerecht. Vgl. ebd.

<sup>134</sup> Vgl. Neumann, *Gesundheit*, 877.

<sup>135</sup> Vgl. Lennart Nordenfelt, *On the Nature of Health – An Action-Theoretic Approach*, Dordrecht 1987, 155. Diese Definition schließt durch die Formulierung „wesentlich“ triviale Ziele aus und schränkt durch die Formulierung „minimal“ den Anspruchsgrad ein. Dennoch scheint die Definition noch zu weit zu sein, da nach ihr ein erfolgloser Hochleistungssportler als krank bezeichnet werden könnte. Vgl. Schramme, *Patienten* 156f. Nach Nordenfelt kann auch eine ungewollt schwangere Frau als krank bezeichnet werden, aufgrund der Einschränkungen, die nicht als notwendiges Übel zur Realisierung eines höheren Ziels gerechtfertigt werden können. Vgl. Nordenfelt, *Nature*, 114.

<sup>136</sup> Vgl. Trutz Rendtorff, *Ethik – Grundelemente, Methodologie und Konkretionen einer ethischen Theologie*, Bd. II, Stuttgart u.a. 1991, 214.

<sup>137</sup> „Am kranken Menschen wird ausdrücklich, was für alle gilt: die Erfahrung, dass unser Leben nicht in unseren Händen steht.“ Rössler, *Arzt*, 54f.

senheit aller möglichen Einschränkungen und Abhängigkeiten definiert werden, sondern als Handlungsfähigkeit unter einschränkenden Bedingungen<sup>138</sup> und Souveränität angesichts von – bewusst angenommenen – Abhängigkeiten.<sup>139</sup>

// Seite 238 //

Die eudämonistische Definition rekurriert auf das individuelle Wohlbefinden, womit in einem engen Sinne das körperliche Wohlbefinden gemeint ist, in einem weiten Sinne auch das psychische und soziale. Die Stärke dieses Ansatzes besteht darin, dass er die Relevanz der individuellen Befindlichkeit für die Begriffe Gesundheit und Krankheit ernst nimmt. Kritiker des Ansatzes verweisen jedoch darauf, dass dieser Ansatz eine Tendenz zur Beliebigkeit habe und zu Ergebnisse führen könne, die der Intuition widersprechen, z.B. müsste dann ein glücklicher Krebskranker in einem frühen Stadium ohne Symptome als gesund eingestuft werden. Nach der weiten Definition müsste jeder aus irgendeinem Grund unzufriedene Mensch als krank eingestuft werden, d.h. dass jeder Mensch krank wäre, da es normalerweise kein absolut vollständiges Wohlbefinden gibt. Hinter dieser Definition steht häufig eine Ideologie, die Gesundheit mit Glück gleichsetzt<sup>140</sup>, die vollständiges Wohlbefinden für durch Menschen herstellbar hält<sup>141</sup> und den Zuständigkeitsbereich der Medizin auf alle Lebensbereiche ausdehnen möchte im Sinne einer umfassenden Medikalisierung.<sup>142</sup>

Sowohl der naturalistische als auch der normativistische Ansatz bei der Definition von Gesundheit und Krankheit basieren auf unaufgebbaren Einsichten. Dies nehmen viele Wissenschaftler wahr, die vorschlagen, zwei Krankheitsbegriffe nebeneinander zu stellen.<sup>143</sup> Aber die beiden Ansätze drücken zwei Momente eines Kontinuums aus und dürfen daher nicht voneinander getrennt werden. Jeder der Ansätze ist ohne die Einschränkung durch den anderen unvollständig, wenn nicht unbrauchbar.<sup>144</sup> Der Naturbezug ist für die Definition von Gesund-

---

<sup>138</sup> Einige m.E. gelungene Formulierungen in diesem Zusammenhang: „Gesundheit ist die Fähigkeit, mit Konflikten des eigenen Lebens selbständig umzugehen.“ Rendtorff, Ethik II, 212. Gesundheit ist das Vermögen, gefährliche Situationen zu meistern. Vgl. Georges Canguilhem, Gesundheit – Eine Frage der Philosophie, Berlin 2004, 50. „Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Störungen, Gesundheit ist die Kraft, mit ihnen zu leben.“ Rössler, Arzt, 63. „Gesundheit ist die Fähigkeit des Menschen, sich in den jeweiligen Lebenssituationen zu bewähren und die private, berufliche und politische Umwelt mitzugestalten.“ Ringeling, Handlungsfähigkeit, 254. „Es kommt nicht darauf an, gesund zu sein im Sinne von Freiheit von Krankheiten, sondern gesund zu sein, indem man es versteht, mit Irritationen fertig zu werden.“ Farideh Akashe-Böhme u.a., Mit Krankheit leben – Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen, München 2005, 9. „[...] müsste Gesundheit auch nicht als totales Freisein von Krankheit, sondern könnte eher als Fähigkeit verstanden werden, mit Behinderungen und Schädigungen leben zu können.“ Dietrich von Engelhardt, Mit der Krankheit leben – Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur des Patienten, Heidelberg 1986, 21.

<sup>139</sup> Vgl. Böhme, Krankheit, 62. Hinter dem Autonomie-Ideal verbirgt sich eine liberalistische Ideologie, ein Freiheitsverständnis, das „erstens die Tatsache vernachlässigt, dass der Wille des Wählenden nie von den äußeren Umständen unabhängig sein kann, sich zweitens einseitig auf die Abwesenheit von äußerem Zwang konzentriert unter Absehung von der Frage nach der inneren Freiheit und drittens von der sozialen Eingebundenheit und Abhängigkeit des Menschen abstrahiert.“ Alexander Dietz, Der homo oeconomicus – Theologische und wirtschaftsethische Perspektiven auf ein ökonomisches Modell, Gütersloh 2005, 265.

<sup>140</sup> Vgl. Wieland, Aspekte, 26.

<sup>141</sup> Vgl. Eibach, Gesundheit, 163f. Aber Leben vollzieht sich stets in der Polarität von Wohlbefinden und Missbefinden. Vgl. Eibach, Gesundheit, 174f.

<sup>142</sup> Vgl. Daniels, Bedarf, 24. Vgl. Lanzerath, Krankheit, 83.

<sup>143</sup> Beispielsweise einen „wissenschaftlichen“ und einen „lebensweltlichen“ Krankheitsbegriff (Schramme) oder „disease“ und „illness“ (Boorse) Vgl. Schramme, Patienten 113. Vgl. Boorse, Distinction, 555.

<sup>144</sup> Darum ist der Umstand, dass es in der deutschen Sprache im Gegensatz zur englischen nur einen Begriff für Krankheit gibt, ein Vorteil. Vgl. Fritz C. Redlich, Editorial reflections on the concepts of health and disease, in: The Journal of Medicine and Philosophy 1 (1976), S. 269-280, 272.

heit und Krankheit notwendig, aber es darf nicht zu einer naturalistischen Verkürzung kommen. Ebenso ist der Bezug auf den einzelnen mit seinen Beziehungen und seiner Lebensqualität notwendig, aber es darf nicht zu relativistischen Verkürzungen kommen.

### 5. Subjektiver und objektiver Ansatz

Zwei weitere Ansätze, die im Zusammenhang der relationalen Definition von Gesundheit und Krankheit nicht als Alternativen, sondern als zusammengehörige Pole eines Kontinuums betrachtet werden, innerhalb dessen sich derjenige, der sich mit

// Seite 239 //

Gesundheit und Krankheit auseinandersetzt, auf der Suche nach einem jeweils neu zu entdeckenden Gleichgewicht bewegt, sind der objektive Ansatz und der subjektive Ansatz. In der Abbildung werden diese Ansätze repräsentiert durch die biologische Definition auf der einen und die eudämonistische Definition auf der anderen Seite. Für welche Art von Definitionen diese Bezeichnungen stehen, wurde bereits formuliert.

Die meistdiskutierte subjektive Definition von Gesundheit ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“<sup>145</sup> Dieser Definition wurde immer wieder berechtigterweise vorgeworfen, dass sie Gesundheit mit Glück oder gar Heil verwechsle<sup>146</sup>, den Zuständigkeitsbereich der Medizin zu weit ausdehne<sup>147</sup> und utopisch<sup>148</sup> (und dadurch nicht praktikabel<sup>149</sup>) sei. Stärken dieser Definition liegen in ihrer Betonung der Mehrdimensionalität der Begriffe Krankheit und Gesundheit, gegen ein somatisch-reduziertes Verständnis oder eine Vernachlässigung der sozialen Dimension<sup>150</sup>, sowie in ihrem höheren Gehalt im Vergleich zur verbreiteten Definition von Gesundheit als bloßer Abwesenheit von Krankheit.<sup>151</sup>

Subjektive Definitionen von Gesundheit und Krankheit richten ihren Fokus auf das Wohlbefinden des Individuums. Der diesen Definitionen zugrunde liegende Ansatz nimmt die Einsichten ernst, dass ärztliches Handeln in Diagnose und Therapie, das sich ausschließlich an allgemeinen Normen orientiert und von der Befindlichkeit des einzelnen Patienten abstrahiert, erstens der individuellen Situation des Patienten und zweitens dem Patienten als Individuum bzw. Person nicht gerecht wird. Der individuellen Situation des Patienten wird solches ärztliche Handeln nicht gerecht, weil Krankheit ein existentielles Phänomen ist, jede Situation einzigartige Merkmale auf-

---

<sup>145</sup> Zitiert nach: [http://www.admin.ch/ch/d/sr/0\\_810\\_1/](http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/) (am 11.10.2006).

<sup>146</sup> Vgl. Wieland, Aspekte, 26.

<sup>147</sup> „Armut, Obdachlosigkeit oder Liebeskummer wären alle nicht mit Gesundheit vereinbar.“ Schramme, Patienten 101. Vgl. Daniels, Bedarf, 24. Nach Lanzerath muss hier der Arzt zum Sozialpolizist werden. Vgl. Lanzerath, Funktion, 32. Vgl. Ringeling, Handlungsfähigkeit, 262.

<sup>148</sup> Vgl. Rössler, Arzt, 60f. Wollte man die genaue Übereinstimmung mit dieser Norm als „gesund und jede Abweichung als krank definieren, so gäbe es kein gesundes Individuum.“ Carl Friedrich von Weizsäcker, Die Einheit der Natur, München 1971, 327. „Die Kehrseite eines utopischen Gesundheitsbegriffs besteht darin, dass jede Beeinträchtigung des Wohlbefindens als Verhinderung des Glücks, als Einschränkung sinnhaften Lebens und somit ausschließlich negativ bewertet wird.“ Körtner, Sozialethik, 201.

<sup>149</sup> Vgl. Eibach, Gesundheit, 163.

<sup>150</sup> Vgl. Friedrich Deich, Was ist Gesundheit? Analyse eines Begriffs, den man nicht kennt, über den man aber täglich spricht, in: Ärztliche Mitteilungen (Deutsches Ärzteblatt) 18 (21.06.1957), S. 493-500, 497ff. Vgl. Rendtorff, Ethik II, 212. „An der WHO-Definition ist wegweisend, dass sie den Menschen in seiner geistig-leiblich-seelischen Einheit in den Blick nimmt.“ Kreß, Ethik, 42.

<sup>151</sup> Vgl. Schramme, Patienten, 102f.

// Seite 240 //

weist<sup>152</sup> und die jeweiligen Wert- und Beziehungszusammenhänge für die Situationsbeschreibung relevant sind.<sup>153</sup> Dem Patienten als Individuum bzw. Person wird solches ärztliche Handeln nicht gerecht, weil es den Kranken zum reinen Objekt ärztlichen Handelns macht<sup>154</sup>, die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung für die Heilung vernachlässigt<sup>155</sup> und Krankheit nur als Zustand anstatt als dynamischen, biographischen Vorgang und personales Geschehen, das den ganzen Menschen betrifft, bewertet.<sup>156</sup> Der subjektive Ansatz vermeidet diese genannten Gefahren. Aber dafür beinhaltet er andere Probleme. So ist die begriffliche Gleichsetzung von Gesundheit und Wohlbefinden fragwürdig<sup>157</sup>, der Begriff des Wohlbefindens ist insgesamt klärungsbedürftig (somit wird das Definitionsproblem also nur verlagert) und es besteht eine Tendenz zur subjektivistischen Beliebbarkeit.<sup>158</sup>

Objektive Definitionen von Gesundheit und Krankheit richten ihren Fokus auf empirisch erhebbare Parameter, die sich auf die Funktionalität des Organismus beziehen.<sup>159</sup> Kritiker objektiver Ansätze weisen darauf hin, dass „die Objektivität der Medizin ein Mythos“<sup>160</sup> sei, da in der Praxis Diagnose und Behandlung sehr häufig ohne schlüssige Faktenlage durchgeführt werden müssten. Das bereits erwähnte Hauptproblem dieser Ansätze, nämlich dass sie der individuellen Situation des Patienten und dem Patienten als Individuum nicht gerecht werden, versuchen viele Mediziner heute durch die zunehmende Ausrichtung auf den Begriff der „Lebensqualität“ zu

// Seite 241 //

kompensieren.<sup>161</sup> Die Frage, ob es objektive Kriterien für menschliches Wohlbefinden gibt, wird kontrovers diskutiert.<sup>162</sup>

---

<sup>152</sup> So besteht beispielsweise die Gefahr, dass subjektive Beschwerden zu leicht als übertrieben oder als Einbildung abgetan werden. Nicht jeder Mensch reagiert auf ein objektives Maß an Störung subjektiv gleich. Vgl. Eibach, *Gesundheit*, 166.

<sup>153</sup> Der Begriff der Wertanamnese gewinnt in der heutigen Medizinethik an Bedeutung. Vgl. Krefß, *Ethik*, 22.

<sup>154</sup> Demgegenüber fordert Viktor von Weizsäcker: „Was heißt aber hier verstehen? Von dem Jemand wissen, dass er krank ist? Nein es heißt etwas ganz anderes: es heißt wissen, dass jener Andere meint oder denkt oder fühlt oder weiß, er sei krank. [...] Es zeigt, dass Jemand verstehen und Etwas verstehen zwei ganz unvergleichbare Fälle sind.“ Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke – Stücke einer medizinischen Anthropologie*. Frankfurt 1987, 19f.

<sup>155</sup> Vgl. Canguilhem, *Gesundheit*, 34.

<sup>156</sup> Vgl. Krefß, *Ethik*, 45.

<sup>157</sup> Daniel Callahan spricht in diesem Zusammenhang von einem „abuse of language“. Daniel Callahan, *The WHO definition of health*, in: Peter Steinfels (Hg.), *The concept of health*, Hastings-on-Hudson 1973, S. 77-87. 84.

<sup>158</sup> Lawrie Reznick hat zwar Recht, wenn er formuliert: „Wenn wir darüber entscheiden, ob ein bestimmter Zustand eine Krankheit ist, entscheiden wir im Grunde darüber, was für eine Art Menschen wir sein wollen.“ Lawrie Reznick, *The Nature of Disease*, London 1987, 166. Aber der Spielraum für solche Entscheidungen kann vernünftigerweise nicht als unbegrenzt angenommen werden.

<sup>159</sup> Beispielsweise Arthur Caplan betont, dass man weder selbst krank sein muss, um den objektiven Bedarf eines Kranken zu erkennen noch muss sich der Kranke unbedingt subjektiv krank fühlen. Nach: Sörensen, *Krankheit*, 12.

<sup>160</sup> Morris, *Krankheit*, 40.

<sup>161</sup> Vgl. Lanzerath, *Krankheit* 227f.

<sup>162</sup> Ernst Tugendhat vertritt die These, dass man anhand objektiver Kriterien Aussagen darüber treffen könne, ob es einer Person gesundheitlich gut oder schlecht geht, unabhängig von ihrem faktischen Wohlbefinden. Vgl. Ernst Tugendhat, *Probleme der Ethik*, Stuttgart 1984, 51f. Philosophische Ansätze, die dezidierte Vorstellungen von einem guten menschlichen Leben voraussetzen, wie beispielsweise diejenigen von Aristoteles oder – in neuerer Zeit – Martha Nussbaum, aber letztlich auch – allerdings in einem allgemeineren und weniger konkreten Sinn – theologische Ansätze, die von einer Bestim-

Sowohl der objektive als auch der subjektive Ansatz bei der Definition von Gesundheit und Krankheit basieren auf unaufgebbaren Einsichten. Aus sachlichen, aber auch aus erkenntnistheoretischen Gründen (Bedeutung des kulturellen Einflusses) sind die beiden Ansätze nicht voneinander trennbar.<sup>163</sup> Ulrich Eibach formuliert treffend: „Der objektive und der subjektive Krankheitsbegriff ergänzen und korrigieren einander, weder die eine noch die andere Sicht darf verabsolutiert werden.“<sup>164</sup> Der subjektive Bezug ist für die Definition von Gesundheit und Krankheit notwendig, aber er bedarf einer Objektivierung, damit die Zuschreibung nicht beliebig wird.

## 6. Konsequenzen für Verteilungsfragen

Wenn man nach der Bedeutung der Begriffe Gesundheit und Krankheit für die Allokations-Diskussion fragt, ist zunächst zu klären, welche Bedeutung diesen Begriffen in diesem Zusammenhang überhaupt zukommen kann oder soll, und anschließend, zu welchen Folgerungen die Verwendung einzelner Begriffe jeweils führt.

Manche Wissenschaftler plädieren für den Verzicht auf einen Rekurs auf den Krankheitsbegriff als Kriterium im Zusammenhang mit Verteilungsfragen, da es keine geeignete (d.h. normativ gehaltvolle, trennscharfe und graduell differenzierende) Definition gebe<sup>165</sup>, da sonst Anreize zum Kranksein und zur Dramatisierung von Krankheiten gesetzt würden<sup>166</sup>, da die direkte Frage nach Finanzierungsansprüchen ohne einen Umweg über die Frage nach der Krankheit zu einer klareren Argumentation führen würde<sup>167</sup> oder da mittels dieses Kriteriums nur wenige Leistungen vom Behandlungsanspruch ausgeschlossen werden könnten.<sup>168</sup> Nur sehr wenige (radikale Markttheoretiker) würden jedoch so weit gehen, dass der Gesundheits- bzw. Krank-

// Seite 242 //

heitszustand von Patienten gar nichts mit der Frage nach der Mittelverteilung im Gesundheitswesen zu tun haben sollte. Es wird in der Regel vielmehr implizit vorausgesetzt, dass das Gesundheitswesen dazu da sei, Kranke zu versorgen, aber dass jetzt aus Gründen der Ressourcenknappheit nicht mehr alle Kranken versorgt werden könnten und darum das Krankheits-Kriterium als Antwort auf die Verteilungsfrage nicht mehr ausreiche bzw. sogar hinderlich sein könnte, insofern als es mit der Assoziation des Behandlungsanspruchs verknüpft ist. Letztere Argumentation ist jedoch problematisch, da eine Abkoppelung der Verteilungsfrage vom Krankheitsbegriff der allgemeinen Intuition (auf der auch unsere Gesetzgebung beruht) widerspricht.<sup>169</sup> Wenn eine Gesellschaft die zur wünschenswerten medizinischen Versorgung aller Kranken erforderlichen Mittel (als arme Gesellschaft) nicht bereitstellen kann oder (als reiche Gesellschaft) nicht bereitstellen will, dann bleibt das Krankheitskriterium zwar notwendig zur Mittelzuteilung, ist aber nicht mehr hinreichend, und die Gesellschaft muss sich

---

mung des Menschen ausgehen, liefern solche Kriterien. Vgl. Martha Nussbaum, *Human Capabilities, Female Human Beings*, in: dies. u.a. (Hgg.), *Woman, Culture, and Development*, Oxford 1995, S. 61-104, 83ff.

<sup>163</sup> Vgl. Schiefenhövel, *Krankheit*, 218f.

<sup>164</sup> Eibach, *Gesundheit*, 166.

<sup>165</sup> Vgl. Marckmann, *Funktion*, 61f.

<sup>166</sup> Vgl. Vogt, *Krankheitsbegriff*, 189f.

<sup>167</sup> Vgl. Wiesing, *Anmerkungen*, 50f.

<sup>168</sup> Weil in unserer Situation jedoch große Einsparungen getätigt werden müssten, sollte nach Marckmann eher auf Verteilungsmechanismen zurückgegriffen werden, die ohne einen Rekurs auf den Krankheitsbegriff auskommen (z.B. Rationierung durch Fallpauschalen- oder Kopfpauschalen-Vergütungssysteme). Vgl. Marckmann, *Funktion*, 62f.67f.

<sup>169</sup> Vgl. Schramme, *Funktion*, 73f.

für zusätzliche Kriterien der Verteilung entscheiden und sollte dies offen kommunizieren. Dies können beispielsweise Gerechtigkeitskriterien sein<sup>170</sup> oder Kriterien der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit (§§ 11f. SGB V) oder der Ausschluss von Selbstverschulden<sup>171</sup>.

Ein naturwissenschaftlicher Ansatz bei der Definition von Gesundheit und Krankheit begünstigt tendenziell die Verwendung von Mitteln im Bereich der kurativen Medizin, und ein geisteswissenschaftlicher Ansatz begünstigt tendenziell die Verwendung von Mitteln im Bereich der Pflege. Die Gründe hierfür liegen beim naturwissenschaftlichen Ansatz im mechanistischen Menschenbild und in der einseitig-negativen Deutung von Krankheit und Tod (und der damit verbundenen Verwechslung von Heilung und Heil), die insbesondere auch zu einem verstärkten Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen führt (Apparatemedizin).<sup>172</sup> Ein geisteswissenschaftlicher Ansatz bezieht auf der Basis eines ganzheitlicheren Menschenbildes selbstbestimmte Lebensvollzüge ein<sup>173</sup>, kann von daher neben der Pflege auch die Bedeutung (eigenverantwortlicher) prophylaktischer Maßnahmen betonen und fordert

// Seite 243 //

insbesondere anstelle einer unbedingten Hinauszögerung des Sterbens den Aufbau einer flächendeckenden Palliativmedizinischen Versorgung.<sup>174</sup>

Ein naturalistischer Ansatz bei der Definition von Gesundheit und Krankheit begünstigt tendenziell einerseits durch sein Wertfreiheits-Postulat eine Trennung von Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit<sup>175</sup>, was Forderungen nach Einsparungen im Gesundheitswesen (aber leider auch einer Zwei-Klassen-Medizin) entgegenkommt. Andererseits begünstigt ein naturalistischer Ansatz auch die Verwendung von Mitteln im Bereich prädikativer Maßnahmen sowie Enhancement, da ihm oft ein Machbarkeitsdenken zugrunde liegt, das durch neue Möglichkeiten im Bereich der Genetik weiter genährt wird.<sup>176</sup> Ein normativistischer Ansatz setzt Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit gleich<sup>177</sup> und begünstigt je nach Variante tendenziell die Verwendung von Mitteln im Bereich Pflege und Palliativmedizin (geisteswissenschaftliche Definitionen) bzw. Prävention und Rehabilitation (sonstige normativistische Definitionen).

Ein objektiver Ansatz bei der Definition von Gesundheit und Krankheit begünstigt tendenziell die Verwendung von Mitteln im Bereich der kurativen Medizin und die Eingrenzung individueller Ansprüche, im Gegensatz zum individuellen Ansatz, der tendenziell unbegrenzte individuelle Ansprüche begünstigt. Die anderen medizinischen Bereiche, insbesondere die Prävention, werden beim objektiven Ansatz eher vernachlässigt, da vom vorliegenden, messbaren Befund ausgegangen wird.<sup>178</sup>

Aus der relationalen Definition von Gesundheit und Krankheit, nach der der naturwissenschaftliche und der geisteswissenschaftliche, der naturalistische und der normativistische so-

---

<sup>170</sup> Vgl. Schramme, Funktion, 71.

<sup>171</sup> Allerdings ist Selbstverschulden im Einzelfall schwer zu beweisen, da Krankheiten selten monokausal bedingt sind und bei der Exposition gegenüber Risiken nicht immer von Freiwilligkeit ausgegangen werden kann. Außerdem darf die Zuerkennung individueller Grund- und Menschenrechte nicht von der vorherigen Pflichtenerfüllung abhängig gemacht werden, dies stünde im Widerspruch zur neuzeitlichen Menschenrechtsidee. Vgl. Sörensen, Krankheit, 7.

<sup>172</sup> Vgl. Jaspers, Arzt, 44f. Vgl. Rössler, Arzt, 74ff.

<sup>173</sup> Vgl. Diakonisches Werk, Umgang, 29.

<sup>174</sup> Vgl. EKD, Geist, 36. In diesem Zusammenhang ist auch die Bedeutung von Patientenverfügungen zu betonen.

<sup>175</sup> Vgl. Schramme, Patienten, 112.

<sup>176</sup> Vgl. Lanzerath, Funktion, 31.41f. Vgl. Kreß, Ethik, 49ff.

<sup>177</sup> Vgl. Schramme, Funktion, 72.

<sup>178</sup> Vgl. a.a.O. 76ff.



wie der objektive und der subjektive Ansatz einander ergänzende und begrenzende Momente bzw. Aspekte eines Ganzen darstellen, kann keine direkte Antwort auf die Frage nach einer angemessenen Mittelverteilung im Gesundheitswesen abgeleitet werden. Ein solcher Anspruch an eine Definition von Gesundheit und Krankheit wäre jedoch auch unangemessen. Gleichwohl spielen diese Begriffe und damit die Definition eine wichtige Rolle bei der Beschäftigung mit dieser Frage. Wenn die relationale Definition von Gesundheit und Krankheit zugrundegelegt wird, kann das verhindern, dass einseitige Irrwege bei der Wahl von Verteilungskriterien eingeschlagen werden.