



Europäische Akademie

zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen
Bad Neuenahr-Ahrweiler GmbH

Direktor:
Professor Dr. Dr.h.c. Carl Friedrich Gethmann

Zur Amphibolie des Krankheitsbegriffs

Carl Friedrich Gethmann

1. Einleitung

Die Probleme der sog. Angewandten Ethik scheinen intellektuelle Lichtjahre von den Standardfragestellungen der Theoretischen Philosophie entfernt zu sein. Bei genauer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass die Grundfragen von Sprachphilosophie sowie Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie einen auch in den Domänen konkreter Handlungsprobleme auf Schritt und Tritt verfolgen. Dass das Verständnis von Krankheit und Gesundheit in einem direkten Zusammenhang zum wissenschaftstheoretischen Verständnis der medizinischen Disziplinen steht, ist schon mehrfach herausgestellt worden.¹ Letztlich führen die dabei erörterten wissenschaftstheoretischen Fragen auf ein sprachliches Explikationsproblem zurück, nämlich ob der Prädikator „... ist krank“ den gleichen kategorialen Status aufweist, wie etwa der Prädikator „... ist grün“. Das hier drohende Ambiguitätsproblem hat eine gewisse Ähnlichkeit mit demjenigen, das Kant unter dem Begriff der „Amphibolie der Reflexionsbegriffe“ abhandelt: Es macht nach Kant einen nicht zu unterschlagenden semantischen Unterschied, ob ein Prädikator der Selbstzuschreibung des Verstandes bei seiner gegenstandskonstituierenden Tätigkeit oder der Beschreibung eines Gegenstandes der Sinneserfahrung dient.²

¹ Vgl. v.a. W. Wieland, *Diagnose. Überlegungen zur Medizinteorie*, Berlin u.a. 1975; ders., *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft*, Heidelberg 1986; K.D. Bock, *Wissenschaftliche und alternative Medizin. Paradigmen – Praxis – Perspektiven*, Berlin u.a. 1993, C.F. Gethmann, „Heilen: Können und Wissen. Zu den philosophischen Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin“. In: J.P. Beckmann (Hg.), *Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik*, Berlin /New York 1996, 76 ff. – Die folgenden Überlegungen führen Gedanken des zuletzt genannten Aufsatzes (Teil 3) weiter.

² Vgl. *Kritik der reinen Vernunft*, A 260 ff., B 316 ff.

2. Semantische Probleme des Krankheitsbegriffs

Viele Abgrenzungsprobleme in bezug auf den Krankheitsbegriff haben es mit der Frage zu tun, ob primär das Sich-Krank-Fühlen des einzelnen oder das Vorliegen objektivierbarer biologischer Sachverhalte ausschlaggebend sein soll. Beide hier denkbare Extrempositionen führen zu grob gegenintuitiven Konsequenzen.

- Es ist offenkundig, dass es Krankheiten ohne subjektive Krankheitszuschreibung gibt. Man denke an die Frühphase der Tumorgenese, latente Infektionen oder Hypertonie, aber auch an eine Reihe von genetischen Krankheiten. Es ist somit nicht in Abrede zu stellen, dass man unter Umständen jemanden „krank“ nennen kann, der keine Beeinträchtigung seines Wohlfühlens bemerkt.
- Es ist jedoch auch nicht zu bestreiten, dass es Krankheitsgefühle ohne jeden objektiven Befund gibt, die eine Klassifikation als „krank“ problematisch erscheinen lassen. Man denke an Varianten von Hypochondrie (die allerdings bei einer gewissen Dramatik wie ein objektiver Befund sein können). Begrifflich ist also zwischen eingebildeten Krankheiten, bei denen es keinen Befund geben kann, und solchen, bei denen es einen Befund geben kann, dieser aber faktisch unbekannt ist, zu unterscheiden. Im konkreten Fall ist die Subsumtion jedoch unter Umständen sehr schwierig, so dass der Fall der „eingebildeten Krankheiten“ nicht bagatellisiert werden kann, vor allem dann nicht, wenn die Kosten der Behandlung sozialisiert werden.

Eine Krankheitsdefinition hat also sowohl das Erleben des Krankseins wie auch die Verallgemeinerbarkeit des Befundes zu beachten. Man kann demgemäß unter einer Krankheit zunächst eine vom Menschen erlebbare und durch Menschen verstehbare (und auf dieser Basis unter Umständen auch wissenschaftlich erklärable) Störung der Lebensfunktion verstehen.

Diese Bestimmung wirft jedoch eine Reihe von Subsumtionsproblemen auf. Zwar sind Subsumtionsprobleme allein noch keine durchschlagenden Einwände gegen die Zweckmäßigkeit von Definitionen. Es gibt jedoch einen Grad von Nicht-Operationalisierbarkeit, der die pragmatische Untauglichkeit einer Definition für die Verwendung im Sinne eines Kriteriums bedeutet.

3. „Krank-Sein“ als Askription und Deskription

Es gehört zu den Elementen der Handlungserfahrung des Akteurs, dass der Ich-Autor der Handlung nicht ohne semantischen Verlust auf den Akteur im Sinne einer Handlungsbeschreibung reduziert werden kann. Dies kann am Beispiel elementarer Redehandlungen illustriert werden: Während die Äußerung:

„Ich verspreche dir, dich morgen zu besuchen.“

bei naheliegenden Kontextannahmen als Vollzug einer Versprechenshandlung zu deuten ist, stellt die Äußerung:

„Jemand verspricht dir, dich morgen zu besuchen, und derjenige, der das verspricht, ist a.“

bei naheliegenden Kontextannahmen keinen Versprechensvollzug dar, und zwar auch dann nicht, wenn a der Autor dieser Äußerung ist. Die letzte Äußerung könnte hingegen z.B. ein Bericht über einen Versprechensvollzug (oder eine Beschreibung, eine Erzählung usw.) sein. Auch ohne eine ausgefeilte Klassifikation von Redehandlungen heranzuziehen, dürfte unstrittig sein, dass ein Versprechen zu geben pragmatisch etwas anderes bedeutet als einen Bericht abzugeben. Dies wird sofort deutlich, wenn man die wesentlichen Bedingungen des Versprechens und des Berichtens miteinander vergleicht. Während der Vollzug eines Versprechens nur dann gelingt, wenn der Autor *plant*, die versprochene Handlung auszuführen, hängt das Gelingen eines Vollzugs des Berichtens über ein Versprechen davon ab, dass der Bericht den Kriterien der Verständlichkeit und Verlässlichkeit genügt, jedenfalls nicht davon, dass sich der Autor des Berichtens verpflichtet, die Handlung auszuführen, wenn er berichtet, dass jemand versprochen hat, die Handlung zu vollziehen.³

Die Verwechslung des Vollzugs-Ich mit einem Berichtsgegenstand „Ich“ stellt einen Fehler der Verwechslung von *Vollzugs- und Berichtsperspektive* dar.⁴ Wer z.B. ein Versprechen vollzieht und sich verhält, als habe er über ein Versprechen berichtet, realisiert eine Form des Vollzugswiderspruchs (*contradictio exercita*). Es handelt sich strukturell um die Art von Widerspruch, in die sich jemand verwickelt, der behauptet, kein Mensch sei in der Lage, eine korrekte Behauptung zu vollziehen.

Für die Notwendigkeit der Unterscheidung von Vollzugs-Ich- und Berichts-Ich lässt sich eine Argumentation von der Form der *Retorsion* formulieren.⁵ Ein Wesen, das sich selbst als Handlungen vollziehend erfährt, kann sich nicht restlos als bloßen Berichtsgegenstand setzen. Angenommen, es berichte über jemanden, dann muss es sich notwendig als Ich-Autor der Handlung des Berichtens präsupponieren (allerdings nicht notwendig als Autor der berichteten Handlung). Wer sich einmal und prinzipiell als Handlungsautor erfährt, kann sich zwar bezüglich jeden jeweiligen Handlungsvorkommnisses, aber nicht jeden

³ Dass die Rede vom „Planen“ nicht mentalistisch gedeutet werden muss, ist dargelegt in C.F. Gethmann, „Reden und Planen. Zur Überwindung des Mentalismus in der Pragmatik von Redehandlungen“. In: W. Loeffler/ E. Runggaldier (Hg.), *Dialog und System. Otto Muck zum 65. Geburtstag*, Sankt Augustin 1997, 91-113.

⁴ Die in der Soziologie übliche Unterscheidung zwischen Teilnehmer und Beobachter liegt auf der gleichen Linie wie die Unterscheidung von Vollzug und Bericht. Allerdings ist der Begriff des Teilnehmers an einen quasi-institutionellen Rahmen gebunden (eine „Veranstaltung“, an der teilgenommen wird), stellt also schon einen besonderen sozialen Modus von Vollzug dar, während der Vollzug prä-institutionell zu verstehen ist. Ferner ist das Beobachten schon ein besonderer kognitiver Modus, wohingegen das Berichten eine elementare illokutionäre Handlung ist. Vgl. auch P. Janich, *Logisch-pragmatische Propädeutik. Ein Grundkurs im philosophischen Reflektieren*, Weilerswist 2001, 31 ff.; Janich zieht die Unterscheidung allerdings nicht bis zu besonderen Ausdrucksinstrumenten („-oren“) (wie Askriptoren vs. Deskriptoren) durch.

⁵ Vgl. C.F. Gethmann, Art. „Retorsion“. In: J. Mittelstraß (Hg.), *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*, Bd. 3, Stuttgart 1995, 597-602.

Handlungsvorkommnisses schlechthin selbst als bloßen Berichtsgegenstand setzen. Der Handlungsautor kann sich nicht schlechthin eliminieren. Damit zerfällt die Klasse der möglichen Berichtsgegenstände vollständig und disjunkt in zwei Teilklassen, nämlich solche, für die unterstellt wird, dass sie *bloße* Berichtsgegenstände sind, und solche, für die unterstellt wird, dass sie es bei Strafe des Vollzugswiderspruchs nicht sind. In dieser Klassifikation hat die populär-philosophische Unterscheidung von Subjekt und Objekt ihre Erfahrungsbasis, die jedoch meistens opak bleibt, wenn die Ausdrücke „subjektiv“ und „objektiv“ verwendet werden. Deswegen zielt die Unterscheidung zwischen einem „subjektiven“ und einem „objektiven“ Krankheitsverständnis zwar in die richtige Richtung, sie lässt jedoch die *ratio disjunctionis* gerade im Unklaren. Somit steht auch die Beantwortung der Fragen nach Vollständigkeit und Disjunktivität der Unterscheidung dahin.

Die Unterscheidung von Vollzugs- und Berichtsperspektive wurde bisher für Handlungen expliziert. Sie lässt sich jedoch unschwer parallel auch auf Widerfahrnisse⁶ ausdehnen. So wie ein Ereignis, das einem widerfährt, selbst erlebt wird, kann es nicht ohne semantischen Rest von außen bzw. im Nachhinein beschrieben werden. Das Erleben eines nicht vom Erlebenden selbst herbeigeführten Ereignisses ist der Vollzug des Erlebens, der vom Bericht über es zu unterscheiden ist.

Wenn das „Ich“ der primären Handlungserfahrung nicht vollständig auf das „Er“ der Handlungsbeschreibung reduzierbar ist, dann sind auch die attributiven Selbstzuschreibungen des Handelnden nicht als Spezialfälle von Fremdzuschreibungen zu betrachten. Mit „*Askriptionen*“ schreibt sich der Akteur Attribute der Selbsterfahrung zu, mit „*Deskriptionen*“ berichtet der Akteur über Momente der Fremderfahrung, die im Grenzfall auch solche der Fremd-Selbsterfahrung sein können.⁷ Eine Schwierigkeit, die Unterscheidung von Askriptionen und Deskriptionen sprachlich plausibel zu machen, liegt darin, dass sich Askriptionen und Deskriptionen oberflächengrammatisch oft nicht unterscheiden. Die Askription ‘ich habe Schmerzen’ lässt sich so als gleichstrukturiert mit ‘er hat Schmerzen’ missverstehen. Tiefengrammatisch haben beide Äußerungen jedoch einen ganz anderen Status. Diesen erkennt man z.B. daran, dass sich die Äußerung ‘ich habe Schmerzen’ zwar durch den das Erlebnis Vollziehenden revidieren, nicht aber durch einen anderen Akteur falsifizieren lässt. Falsifizierbarkeit ist jedenfalls kein Sinnkriterium für Askriptionen; dagegen lässt sich eine Sinnbedingung wie die der Revidierbarkeit für

⁶ Der Begriff der „Widerfahrnis“ wird hier von W. Kamlah übernommen (*Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik*, Mannheim u.a. 1972, 34 ff.); zur sprachphilosophischen Bedeutung dieses Begriffs vgl. P. Janich, *Logisch-pragmatische Propädeutik* (s.o. Anm. 5), 42 ff.

⁷ Die Unterscheidung von Askription und Deskription erfolgt in einer gewissen Anlehnung an den englischen Rechtsphilosophen H.L.A. Hart, der damit eine handlungstheoretische Diskussion ausgelöst hat („The Ascription of Responsibility and Rights“, in: *Proceedings of the Aristotelian Society* 49 (1948/49) 171-194). Zur Diskussion vgl. etwa die Beiträge von J. Feinberg, G. Pitcher und P.T. Geach in: G. Meggle (Hg.), *Analytische Handlungstheorie*, Frankfurt a. M. 1985. Hart beschränkt seine Untersuchungen der Askriptionen auf moralische Selbstzuschreibungen wie „Ich bin verantwortlich“; grundsätzlich ist es jedoch möglich, auch Selbstzuschreibungen zu betrachten, die nicht in diesem Sinn „moralisch“ relevant sind. Hart unterscheidet allerdings nicht klar zwischen Vollzugs- und Berichtsperspektive, so dass seinen Kritikern die Notwendigkeit der Unterscheidung zweifelhaft blieb. – Eine genauere Untersuchung der Diskussionsgeschichte kann hier nicht durchgeführt werden.

Askriptionen diskutieren. Demgegenüber lässt sich die Äußerung 'er hat Schmerzen' mit Blick auf behaviorale Schmerzindizien nach dem Falsifizierbarkeitskriterium behandeln. Das Beispiel zeigt auch, dass zwischen Askriptionen und Deskriptionen kein einfaches Übersetzungsverhältnis besteht (etwa der Art 'ich habe Schmerzen' ist wahr genau dann, wenn 'er hat Schmerzen' wahr ist und er = ich ist). Insgesamt zeigt der Hinweis auf die Unterscheidung von Askriptionen und Deskriptionen, dass das „Ich“ der Vollzugsperspektive nicht ohne Bedeutungsverlust in das „Er“ der Berichtsperspektive übersetzbar ist.⁸

Zu den weittragenden analytischen Folgen der Unterscheidung von Askriptionen und Deskriptionen gehört, dass sich das Problem des „naturalistischen Fehlschlusses“ in seiner üblichen Deutung auf Deskriptionen bezieht, jedoch nicht ohne weiteres auf Askriptionen: Behauptungen mit deskriptiven Prädikatoren erlauben nicht den Schluss auf präskriptive Äußerungsformen. Anders verhält es sich bei Äußerungen mit askriptiven Prädikatoren, weil diesen oft ein präskriptives Bedeutungselement innewohnt.

Für den hier zu untersuchenden Fall des Krankheitsbegriffs ist nun zu beachten, dass entgegen dem oberflächengrammatischen Anschein „Krankheit“ keineswegs nur im Rahmen bloßer Deskriptionen Verwendung findet. Durch sie wird häufig nicht nur ein Ist-Zustand, sondern auch ein (Nicht-)Soll-Zustand bezeichnet. Dies dürfte grundsätzlich dann der Fall sein, wenn mit Hilfe des Ausdrucks „krank“ eine Selbstzuschreibung (Askription) ausgedrückt wird. „Ich bin krank“ ist in diesen Fällen eine Askription, die nicht (in rekonstruktiver Betrachtung) als eine Aussage angesehen werden kann, die durch Einsetzung der Konstante „ich“ in das Prädikatorenschema „... ist krank“ entstanden ist. Ähnlich steht es mit Askriptionen der Art „Ich habe Schmerzen“ oder „Ich trage die Verantwortung für dieses Ereignis“. Wie schon ausgeführt können Askriptionen ein präskriptives Element (in diesem Fall z.B. einen Hilferuf) ausdrücken. Die Bedeutung von „Krankheit“ enthält in vielen Verwendungskontexten ein präskriptives Element, das durchaus konventionell und kulturell geprägt sein kann. Es führt letztlich auf die elementare ethische Frage zurück, nämlich die, wie Menschen als Menschen überhaupt leben wollen.⁹

Damit ist im übrigen nicht in Abrede gestellt - und das macht die besondere Komplikation des Begriffes „Krankheit“ aus -, dass der deskriptive Gehalt dessen, was jeweils als „Krankheit“ bezeichnet wird, ausschließlich aus natürlichen Umständen oder Vorgängen geschöpft sein könnte. Das Konventionelle und Präskriptive läge dann immer noch in der Auswahl dieser Zustände und Vorgänge.

⁸ Die Argumentation steht damit den Ergebnissen von H.-N. Castañedas sprachphilosophischen Untersuchungen zur Bedeutung von „ich“ und „er“ nahe, so vor allem in: „'He'. A Study in the Logic of Selfconsciousness“. *Ratio* 8 (1966). Vgl. auch ders., *Sprache und Erfahrung*, Frankfurt a. M. 1982. Einen Überblick gibt C.F. Gethmann, Art. „Ich“. In: J. Mittelstraß (Hg.), *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*, Bd.2, Stuttgart 1984, 160-165.

⁹ So stellt auch W. Wieland fest: „Ein praktikabler Krankheitsbegriff ist in seinem Kern stets ein deontologischer Begriff“. Das habe für die medizinischen Fächer zur Folge, „dass schon die ihr zugeordnete Wissenschaftstheorie unvollständig bliebe, würde sie der normativ orientierten, ethischen Reflexion bei der Analyse ihrer Grundbegriffe keinen Raum geben.“ (*Strukturwandel der Medizin* [s.o. Anm. 1], 41.)

4. Kritik eines „individualistischen“ Krankheitsbegriffs

Der Zweck der Gesundheit sollte hinsichtlich der Zielbestimmungen ein Jedermanns-Zweck sein, in traditioneller philosophischer Terminologie: Im Interesse der Verallgemeinerbarkeit der Wissensbestände der Heilkunde muss „Gesundheit“ als ein Vernunftbegriff rekonstruiert werden. Dies schließt z.B. aus, „Gesundheit“ allein unter Rückgriff auf das private „Wohlbefinden“ zu definieren (wie in der Definition der Welt-Gesundheitsorganisation¹⁰). Diese Definition hat nicht nur den *pragmatischen* Nachteil, dass gemäß ihr die Menschheit faktisch nur aus Kranken besteht, sondern den *methodisch* gravierenderen, dass sie den Gesundheitsbegriff auf die bloß private Sphäre reduziert und ihn somit der Verallgemeinerbarkeit entzieht. Damit wäre das Heilen im Sinne des Handelns zum Zwecke der Gesundheit prinzipiell nicht in „Wissen“ überführbar, es bliebe in der Sphäre bloßen Meinens, eine bloß lebensweltliche Kunde. Auf der Grundlage einer solchen Gesundheitsdefinition gäbe es keine medizinischen Wissenschaften, allenfalls medizinbezogene naturwissenschaftliche Grundlagenwissenschaften. Im Grenzfall hätte jeder seine private Medizin. Es sei angemerkt, dass die Gesundheitsdefinition der Welt-Gesundheitsorganisation damit eine innere Affinität zu alternativen Medizin-Konzeptionen hat.

Es ist also für das Verständnis der Möglichkeit einer wissenschaftlichen Medizin (Verb fehlt), dass die askriptive Verwendungsweise von „krank“ keineswegs zwingend das Phänomen der Krankheit auf die Privatsphäre des Krankheit reduziert.¹¹ Askriptionen schließen die Mittelbarkeit nicht aus, vielmehr sind sie (wie auch Deskriptionen) Weisen kommunikativer Sprachverwendung. Eine bloß privatsprachlich sinnvolle, situationsvariante Krankheitsdefinition hätte auch erhebliche gesellschaftliche Folgen. Wenn es nämlich keine kontext- und parteieninvariante Definition von „Krankheit“ gibt, dann lassen sich die Krankheitsfolgen und besonders -kosten nicht vergesellschaften. Das Versicherungsprinzip setzt eine grundsätzliche Vergleichbarkeit möglicher Schäden voraus, d.h. die Anerkennung eines intersubjektiven Vergleichbarkeitsprinzips. Wenn letztlich jeder selbst definiert, wann ihm Wohlbefinden abgeht, lässt sich dieser Mangel weder kognitiv noch operativ verallgemeinern. Es bleibt also abschließend zu skizzieren, dass mit „krank“ vollzogene Askriptionen gerade durch ihr präskriptives Element eine verstehbare Praxis konstituieren. Durch die Krank-Askriptionen wird nicht nur einem Adressaten etwas berichtet, sondern auch eine Aufforderung an ihn gerichtet. Somit konstituiert die Askription eine spezifische Form der Interaktion. Bei entsprechender Professionalisierung der Hilfe wird der Adressat häufig

¹⁰ Allerdings ist zu berücksichtigen, dass diese Definition der Aufgabenbeschreibung der WHO dient, und nicht anderer Akteure im Gesundheitssystem z.B. der Ärzte.

¹¹ Zu den sprachphilosophischen Problemen „mentaler“ Sprachsegmente vgl. C.F. Gethmann/ Th. Sander, „Anti-Mentalismus“. In: M. Gutmann/ D. Hartmann/ M. Weingarten/ J. Liptow (Hg.), *Kultur – Handlung – Wissenschaft. Für Peter Janich*, Weilerswist 2002.

ein Arzt sein. Die Arzt-Patient-Beziehung als spezifische Interaktionsform wird also durch eine Askription sozusagen eingeleitet.

Von entscheidender Bedeutung für ein adäquates Verständnis von „Krankheit“ mit Blick auf die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Medizin ist allerdings, dass die situationsinvariante Verstehbarkeit nicht im Sinne poetischer Wissenschaften sondern als praktisches Verhältnis interpretiert wird. Die Krankheit muss als ein praktisches, überindividuell verständliches Phänomen erscheinen. Der Kranke ist daher nicht ein defektes Gerät (das wäre das poetische Missverständnis), sondern *er erfährt sich als krank*. Diese Erfahrung ist jedoch nur als Gegenstand von Wissensbildung vermittelbar, wenn sie nicht als nur kontext- und parteienvariant, als bloß privat, verstanden wird. Nur wenn der Kranke als Patient in seiner Krankheit einem Arzt verstehbar ist, kann dieser Wissen auf das individuell erlebte Phänomen Krankheit beziehen und daraus neues Wissen bilden. Die Arzt-Patient-Beziehung ist also konstitutiv für die spezifisch *praktische* medizinische Wissensbildung.¹²

Der zugleich praktische und überindividuelle Charakter von „Krankheit“ lässt verstehen, wieso es hinsichtlich des Verständnisses von Krankheit einen historischen Wandel des sozialen Verständnisses geben kann. Wäre Krankheit ein poetisches Phänomen (wie die Störung eines zweckbestimmten Artefakts, z.B. einer Uhr), müsste es immer gleich verstanden werden. Wäre Krankheit ein bloß individuelles Phänomen, würde es sozial unvermittelbar entstehen und vergehen (wie das individuelle Selbsterleben). Das Verhältnis von Patient und Arzt, das sich auf der Basis eines praktischen Phänomens bildet, ist dagegen in ein soziokulturelles Umfeld eingebettet.¹³ Das ist der einfache Grund dafür, dass hinsichtlich des Verständnisses von „Krankheit“ ein auffälliger sozialer Wandel festzustellen ist, der mit der Entwicklung der medizinischen Fächer korreliert ist.

5. Kritik der dualistischen Anthropologie

Im allgemeinen ist daher fast jeder medizinische Wissenschaftler zu Recht davon überzeugt, dass seine Aussagen über Krankheit situations- (kontext- und parteien-) *invariant* vermittelbar sein müssen, d.h. sich auf allgemeine Aussagen über den Menschen beziehen, also auf der Grundlage einer Anthropologie erfolgen. Entsprechend wird in der medizinischen Reflexion auf die ärztliche Tätigkeit der Anthropologie zu Recht viel Raum eingeräumt.¹⁴

Die Unterscheidung einer askriptiven und einer deskriptiven Verwendungsweise von „Krankheit“ legt es scheinbar nahe, die menschlichen Phänomene in zwei Klassen

¹² D. Lanzerath, *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg i.Br. 2000

¹³ Zu den Konsequenzen dieses Verständnisses vgl. beispielsweise: L. Honnefelder, „Humangenetik und Menschenwürde“. In: L. Honnefelder/ L. Rager (Hg.), *Ärztliches Urteilen und Handeln*, Frankfurt a. M./ Leipzig 1994, 214 – 236, hier 233 - 235.

¹⁴ A. Gethmann-Siefert/ J. P. Beckmann, *Das Arzt-Patient-Verhältnis*, A. Gethmann-Siefert/ J.P. Beckmann et al., *Das Arzt-Patient-Verhältnis*. Studienbrief des weiterbildenden Studienangebots „Medizinische Ethik“ (73101), Hagen 2002, 107 ff.

einzuteilen, nämlich in beschreibbare (natürliche, „körperliche“) und zuschreibbare (kultürliche, „geistige“). Damit wird das Krankheitsverständnis in den terminologischen Rahmen einer dualistischen, historisch auf Descartes zurückgehenden Anthropologie gestellt. Die von Medizinern vertretene Anthropologie ist fast durchweg die cartesische Anthropologie, deren zentrales Kapitel die Unterscheidung der beiden Teil-Substanzen von *res cogitans* und *res extensa* (vulgo: Körper und Geist) ist.¹⁵ Diese Anthropologie unterstellt, dass der Mensch aus zwei relativ selbständig existierenden Einheiten zusammengesetzt ist, wobei es gegenwärtig als besonders fortschrittlich gilt zu unterstellen, dass diese auf geheimnisvolle Weise inter-agieren („psycho-somatische“ Medizin). Dazu ist zunächst zu bemerken, dass man eine psycho-somatische Medizin nur braucht, wenn präsupponiert wird, dass der Mensch tatsächlich aus zwei relativ selbständigen Sphären, „Psyche“ und „Soma“, zusammengesetzt ist. Gerade dies ist aber kritisch zu überprüfen.

Für eine solche Überprüfung ist die entscheidende Frage, wodurch gerechtfertigt ist, die Vielfalt menschlicher Lebensvollzüge und -funktionen gerade in zwei Klassen einzuteilen, die der körperlichen und die der geistigen Phänomene. Wie jede Unterscheidung, so wird auch die von Körper und Geist zu einem bestimmten Zweck vollzogen, und es fragt sich, ob die Unterscheidung angemessenes Mittel zu einem vernünftigen Zweck ist. Wenn man in diesem Zusammenhang für eine *ganzheitliche Betrachtung* des Menschen plädiert, dann ist kritisch zu bedenken, ob diese nicht bereits als Zusammensetzung ungerechtfertigter Vor-Unterscheidungen angesetzt wird.

Nun könnte man einwenden, dass eine anthropologische Position, die nicht die Unterscheidung von Körper und Geist beinhaltet, genauer besehen einem kruden Materialismus das Wort rede, denn dass der Mensch einen Körper hat, sei von unabweisbarer Evidenz, so dass es doch letztlich um die Negierung des Geistigen und Seelischen gehe. Dieser Einwand trägt nicht der Tatsache Rechnung, dass korrelative Unterscheidungen logisch zusammengehören: Wer links sagt, sagt auch rechts, wer Körper sagt, sagt auch Geist. Es ist daher in der Tat terminologisch unkorrekt, den Menschen als bloßen Körper oder bloßen Geist zu betrachten, weil beide Betrachtungen schon die Unterscheidung von Körper und Geist präsupponieren. Wer im Interesse der Orientierung im Raume zwischen links und rechts unterscheidet, kann nicht anschließend behaupten, alle Raumstellen befänden sich links. Denn durch diese Behauptung wäre die Unterscheidung als unzweckmäßig für die Lösung von Orientierungsaufgaben dargetan.

Folglich lässt sich auch nicht die Behauptung angreifen, es gebe einen Geist oder es gebe einen Körper, sondern es lässt sich lediglich die Adäquatheit der Unterscheidung von Geist und Körper bezweifeln. Der hier vorgebrachte Einwand ist also nicht, es gebe die eine oder andere Sphäre des Menschen nicht, sondern der, dass die Unterscheidung von unnötig

¹⁵ Dies gilt auch für K.D. Bock, der das Paradigma einer „wissenschaftlichen Medizin“ an starke anthropologische Annahmen im Sinne des Cartesianismus anschließt (ders., *Wissenschaftliche und alternative Medizin* [s.o. Anm. 1], 23).

starken Unterstellungen lebe. Diesen Einwand kann man am leichtesten dadurch fundieren, dass man eine gleich leistungsfähige Unterscheidung mit schwächeren Unterstellungen empfiehlt.

Zweck des Heilens ist die (Wieder-)Herstellung von Gesundheit. Ziele der Gesundheit sind solche der Funktionalität. Soweit die menschlichen Lebensfunktionen störungsfrei vollzogen werden können, werden sie als Funktionen des ganzen Menschen erfahren. Nicht das Auge sieht, sondern der Mensch. Erst im Falle von Funktionsstörungen wird es überhaupt interessant, Instrumente („Organe“) von Vollzügen zu isolieren, um sie als Urheber der Störung zu identifizieren und die Störung möglichst zu bewältigen, d.h. zu vermeiden (Prävention), zu beheben (Kuration) oder auszugleichen (Kompensation). Der Mensch sieht, aber das Auge (die Netzhaut) ist getrübt.

Die Ausgrenzung bestimmter Phänomene als Körperphänomene ist ein Störungsbewältigungsinstrument, d.h. Ergebnis einer Selbst-Deutung eines Menschen, die er durch Askriptionen ausdrücken kann, nicht einer Beschreibung von Phänomenen. Diese Ausgrenzung hat einen klaren Zweck, nämlich die Bewältigung der Störung. „Krankheiten“ sind vom Menschen erlebte und durch Menschen verstehbare Störungen der Lebensfunktionen, deren Bewältigungsversuch dazu führt, die Störungsursachen zu isolieren und zu identifizieren. Die Mittel der Lebensbewältigung werden als Instrumente („Organe“ in einem weiten Sinn des Wortes) ausdifferenziert. Entsprechend ist es das Ziel des Heilens, das Organ in die Gesamtheit des Lebensvollzuges zu re-integrieren. Der Erfolg des Heilens ist gegeben, wenn die Bewältigung der Störung gelingt und als Bewältigung erlebt wird. Gesund ist der menschliche Lebensvollzug (v.a. in seinen elementaren Bedürfnisfunktionen), wenn dieser störungsfrei verläuft und so erlebt wird. Ist die Störung bewältigt, bleibt der gesunde Mensch übrig, und es gibt keinen Zweck mehr, in bezug auf welchen z.B. zwischen Körper und Geist zu unterscheiden wäre.