

# Die Komplexität des Krankheitsbegriff aus philosophischer Sicht: Theoretische und praktische, naturalistische und normative Aspekte. Niels Gottschalk-Mazouz, 9.11.2007

Erscheint als Teil von N. Gottschalk-Mazouz und G. Zurhorst: *Krankheit und Gesundheit*.  
Reihe "Philosophie und Psychologie im Dialog", Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht  
(2008), S. 60-120

1. Vorbemerkungen.....	1
2. Was ist Krankheit?.....	5
2.1. Der Sprachgebrauch der Medizin .....	5
2.2. Definitiorische Propädeutik .....	7
2.3. Leitunterscheidungen .....	8
2.3.1. Theoretisch vs. praktisch .....	8
2.3.2. Deskriptiv vs. normativ.....	9
2.4. Naturalistische Perspektiven auf einen theoretischen Krankheitsbegriff .....	10
2.4.1. Funktionsbegriff in der Biologie.....	10
2.4.2. Funktionsstörungen.....	13
2.4.3. Boorses naturalistische Krankheitsdefinition .....	13
3. Krankheit und Psyche .....	16
3.1. Psychische Krankheit, naturalistisch gesehen.....	16
3.2. Der biopsychosoziale Ansatz .....	17
4. Theoretische und praktische Krankheitsbegriffe .....	21
4.1. Konstruktive Varianten .....	22
4.1.1. Reduktion.....	23
4.1.2. Integration .....	26
4.1.3. Subordination .....	26
4.1.4. Koordination .....	29
4.1.5. Normativ-deskriptiver Krankheitsbegriff als Alternative? .....	29
4.2. Ebenen von Normativität .....	30
5. Fazit.....	33

## 1. Vorbemerkungen

Wenn man die Worte „Krankheit“ und „Gesundheit“ hört, denkt man vielleicht zuerst an bereits erlebte Krankheiten oder an seinen eigenen Gesundheitszustand. Auch angesichts einer Reihe, die sich dem Dialog zwischen Philosophie und Psychologie verschrieben hat, dürfte das nicht anders sein. Vielleicht denkt man bei „Krankheit“ und „Gesundheit“ aber auch an Ärzte, Krankenhäuser, Ernährungsweisen, Umweltverschmutzung, Gottesstrafen, Schicksalsschläge oder die Gesundheitsreform. Krankheit und Gesundheit sind nicht nur Vorgänge im Körper bzw. im Kopf. Sie haben auch eine existenzielle, kulturelle und soziale Dimension. Damit ist zunächst gemeint, dass solche Faktoren für bestimmte Gesundheitsbeeinträchtigungen mit verantwortlich gemacht werden können (wie z. B. für Depressionen, Übergewicht, Rückenbeschwerden). Damit ist weiterhin gemeint, dass es von solchen Faktoren abhängt, was wir als krank bezeichnen und was es bedeutet, krank zu sein:

Die existenzielle Dimension von Krankheit bedeutet unter anderem, dass das Zustandekommen mancher Krankheit und sein Verlauf von subjektivem Erleben und Selbstzuschreibungen abhängig sind,<sup>1</sup> sowie dass Krankheiten nicht nur unangenehm oder gefährlich, sondern auch ein Entwicklungsanstoß und eine Chance zur Individuation sein können, ungewöhnliche Sensibilität, Produktivität und Euphorisierung bewirken können, extreme Inselbegabungen möglich machen. Die kulturelle Dimension umfasst etwa, dass Krankheiten als göttliche Gnade oder Strafe aufgefasst werden können, aber auch kulturelle Faktoren als Auslöser von Krankheiten. Krankheit und Gesundheit strukturieren schließlich teils auch direkt gesellschaftliche und persönliche Beziehungen und werden von ihnen strukturiert. Ist jemand krank, dann hat er eine Entschuldigung, um sich Ansprüchen zu entziehen, darf selbst Ansprüche an andere stellen, usw. Genauer gesagt: hat eine Entschuldigung, um sich Ansprüchen zu entziehen, *deren Erfüllung von einem normalerweise erwartet wird*, und darf selbst über das normale Maß hinausgehende Ansprüche stellen. Wer krank ist, darf Dinge tun, die ansonsten inakzeptabel wären. Das ist eine der schönen Seiten von Krankheit. Andererseits darf, wer krank ist, vielfach auch Dinge nicht tun, die ansonsten sein gutes Recht wären (man denke z. B. an Infektionskrankheiten oder geistige Behinderungen). Das ist eine der weniger schönen Seiten von Krankheit. Es werden an einen Kranken also auch bestimmte Ansprüche *gestellt* (und teils auch notfalls mit Gewalt durchgesetzt), die über das Normale hinausgehen. Es wird dabei auch erwartet, dass man als Kranker das Seine dazu beiträgt, wieder gesund zu werden bzw., als Gesunder, gesund zu bleiben. Gleichzeitig werden mit der Pathologisierung bestimmter Individuen oder Gruppen bewusst oder unbewusst immer auch sozialpolitische Ziele verfolgt, was unter dem Stichwort der „Public Health“ nun auch in Deutschland mehr und mehr offen ausgesprochen wird.

Darauf, dass Krankheit „nicht nur ein medizinisch-biologischer, sondern auch ein lebensgeschichtlicher und gesellschaftlicher Vorgang ist“, hat unter anderem Hans-Georg Gadamer in seiner Aufsatzsammlung „Über die Verborgenheit der Gesundheit“ hingewiesen: „Der Kranke ist nicht mehr der alte. Er fällt aus. Er ist aus seiner Lebenssituation herausgefallen. Doch bleibt er als der, dem etwas fehlt, auf die Rückkehr in sie bezogen.“ (Gadamer 1993, S. 63; ähnlich bereits Canguilhem 1943) Jemandem diese Rückkehr zu ermöglichen, ist nicht etwas Beliebiges, sondern eine gemeinsame Aufgabe. Eine Aufgabe sowohl des Kranken, als auch der Freunde und der Familie und der Solidargemeinschaft.

Die Kosten für die medizinische Versorgung Kranker, die im günstigen Fall eine solche Rückkehr ermöglicht, sind nach verbreiteter Auffassung gemeinschaftlich zu tragen – mehr oder weniger jedenfalls. Denn wie ist es, wenn jemand das Krankheitsrisiko durch sein Verhalten wissentlich und willentlich erhöht? Ist jede Art von Versorgung gemeint, oder nur die nachweislich effizienteste Art? Und schließlich: Was ist noch eine Krankheit, was vielleicht nur unangenehm oder unbequem? Welche medizinische Leistung ist nur *nice to have*, dient nur der Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens, der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit oder anderer Güter, aber nicht – ja, wozu? Zur Abwehr von Bedrohungen für Leib und Leben? Zur Linderung erheblicher Schmerzen und Beschwerden? Worum geht es bei Krankheiten eigentlich? Diese Frage versucht der vorliegende Text aus philosophisch-wissenschaftstheoretischer Perspektive zu verfolgen.

Angesichts einer Pluralisierung von Lebensstilen und einer Ausweitung des medizinisch Machbaren drohen die begrifflichen Konturen von Krankheit und Gesundheit zu verschwimmen. Das Stichwort der *Lifestyle-Medizin* wurde geprägt, die es Menschen ermöglicht, ihren persönlichen Lebensstil so gut wie möglich verfolgen zu können, möglichst bis ins hohe Alter – und die sich nicht mehr oder nicht vorrangig an der Behandlung von

---

<sup>1</sup> Diese sind keine Beschreibungen, sondern haben z. B. expressive Funktion; vgl. dazu Gethmann (1996 und 2004).

Krankheiten orientiert.<sup>2</sup> In der medizinethischen Literatur hat sich die Unterscheidung von *Behandlung* und von *Verbesserung* durchgesetzt, mit der versucht wird, das begrifflich zu sortieren.<sup>3</sup>

Um die Sortierung zu beginnen, muss man sich allerdings fragen: *Behandlung wovon* bzw. *Verbesserung wovon*? *Behandlung* von Krankheit, wird man sagen wollen, doch ganz so einfach ist es nicht: Die *Behandlung* ist nämlich nicht unbedingt eine *Behandlung* nur von Krankheiten, denn z. B. Verletzungen (wie etwa ein Beinbruch) oder Missbildungen zählen gewöhnlich nicht als Krankheit. In der medizintheoretischen Diskussion wird mit einem weiten Krankheitsbegriff gearbeitet, der Gesundheitsbeeinträchtigungen wie *Verletzung*, *Vergiftung*, *Behinderung*, *Verstümmelung*, *Missbildung* oder *Verrücktheit* einschließen soll (vgl. Hucklenbroich 2007, S. 5). Teils ist dafür die Bezeichnung „malady“ vorgeschlagen worden (vgl. Culver u. Gert 1982), mehrheitlich wird dafür aber der Begriff „disease“ verwendet und ggf. dazu gesagt, man wolle ihn in diesem weiten Sinne verwenden.

Und *Verbesserung*? Dabei ginge es um eine Verbesserung eines Zustands oder Prozesses, der keine Krankheit (im weiten Sinne) ist. So wird üblicherweise unterschieden, die Unterscheidung ist damit extensional. Und es hängt alles an der Bestimmung von Krankheit. Diese Unterscheidung treffen zu wollen, ist nicht nur Wortklauberei. So gilt in vielen Ländern die medizinisch notwendige *Behandlung* (*treatment*) einer Krankheit [oder Verletzung oder Missbildung, d. h. einer Krankheit im weiten Sinne] als solidarisch zu tragen, nicht notwendige *Behandlungen* oder *Verbesserungen* (*enhancements*) hingegen nicht. Das ist auch institutionell abgesichert, etwa in Deutschland durch das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Es besteht ein Anspruch auf „Krankenbehandlung“ im Rahmen dieser Kassen genau dann, „wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (§ 27 SGB V).<sup>4</sup> Was Krankheit genauer ist, wird dort bewusst offengelassen: Als ein „unbestimmter Rechtsbegriff“ wird dies in richterlichen Entscheidungen anhand von Gutachten etc. konkret ausgefüllt (vgl. Mazal 1992).

Die Rechtsprechung orientiert sich dabei durchaus an allgemeinen Vorstellungen. Noch in den siebziger Jahren wurde Krankheit als Kombination bloßer Abnormität oder gestörter Funktionalität mit Heilbarkeit definiert: „Unter Krankheit ist jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers zu verstehen, die geheilt, d. h. beseitigt oder gelindert werden kann.“ (Bundesverwaltungsgericht 1971). Inzwischen ist dies durch eine verfeinerte Formel abgelöst: „Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (vgl. BSGE 13, 134; 72, 96).“ (Sozialgericht Koblenz 2001) Auf eine *Behandlung* hat man also einen Anspruch, wenn eine Krankheit sie notwendig macht – und eine Krankheit ist dasjenige, was eine Heil*behandlung* notwendig macht. Soweit schließt sich der Kreis (vgl. Mazal 1992, S. 65). Es verbleibt der „regelwidrige, körperliche

---

<sup>2</sup> Vgl. die jüngsten Trends zu Schönheitschirurgie, Wellness usw. Wie schwer es ist, auf Basis von Krankheitsbegriffen zu einer eindeutigen Indikation zu kommen, zeigen Werner und Wiesing (2002) am Beispiel von Viagra.

<sup>3</sup> „treatment vs. enhancement“, z. T. auch: „therapy vs. enhancement“, also Therapie oder Verbesserung.

<sup>4</sup> *Kassenleistungen* sind (§11 SGB V) nicht nur die *Behandlung* von Krankheiten, sondern auch deren *Verhütung* und *Früherkennung*, sowie *Empfängnisverhütung*, *Sterilisation* und *Schwangerschaftsabbruch* und *Reha-Leistungen* an Behinderte, sog. „Persönliches Budget“. Das *Ziel* der GKV allgemein ist: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ (§1 SGB V) Die Formulierung ist also auf *Gesundheit* verschoben, die man allerdings verbessern darf. „Enhancement“ also *wovon* und *wovon nicht*? Eine *Begrenzung* liegt u. a. im *Wirtschaftlichkeitsgebot* (§12 SGB V): „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

oder geistige Zustand“ als einzige Abgrenzung. Ein solcher soll nun wie folgt verstanden werden: „Für die Feststellung der Regelwidrigkeit ist vom ‚Leitbild des gesunden Menschen‘ auszugehen, der zur Ausübung ‚normaler‘ körperlicher und psychischer Funktionen in der Lage ist (vgl. etwa BSGE 35, 10; 72, 96). Eine erhebliche Abweichung von dieser Norm führt zur Regelwidrigkeit des körperlichen, seelischen oder geistigen Zustandes, Störungen, die keine wesentliche funktionelle Beeinträchtigung zur Folge haben, reichen nicht aus.“ (Sozialgericht Koblenz 2001) Funktionen und funktionelle Beeinträchtigungen spielen hierbei also die zentrale Rolle. Doch was ist darunter genauer zu verstehen – im körperlichen wie im psychischen Bereich? Was kann die Philosophie zur Beantwortung dieser Frage beisteuern, wenn sie überhaupt hierzu etwas beisteuern kann? Was kann sie im Dialog mit der Psychologie beisteuern?

Die Philosophie der Medizin habe sich seit einiger Zeit verstärkt der Psychiatrie zugewendet, so liest man bei Schramme (2007). Die bearbeiteten Themen seien die Klassifikation in der Medizin, insbesondere der Psychiatrie, die Problematik des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs sowie der für die Psychiatrie so zentrale Komplex der personalen Identität gewesen, sowie u. a. ethische Fragen der Verantwortung in der Krankheit, Tugenden und Gesundheit, *informed consent*, nach dem Status von Psychotherapie und Placebo, phänomenalem Bewusstsein und Alltagspsychologie. Da das schon nur einen schmalen Ausschnitt des gesamten Bereichs Philosophie und Medizin darstellt, ist die Fokussierung des in diesem Buch vorliegenden Textes eine abermalige Verengung. Allerdings eine Verengung auf eine wesentliche Frage, die im Zuge der Bearbeitung vieler der genannten Themen immer wieder aufgeworfen wird, nämlich diejenige, wie die Begriffe Krankheit und Gesundheit sinnvoll gefasst werden sollten.

In den 1960er und 70er Jahren wurde diese Frage eingehend diskutiert, auch danach ist die Beschäftigung mit dieser Frage nicht abgerissen (vgl. Hofmann 2001 oder George 2005, S. 94-121). In dem einflussreichen Buch „The Myth of Mental Illness“ von Thomas Szasz (1961) wurde die provozierende These vertreten, dass es in einem strikten Sinne keine psychischen Krankheiten gebe, da sich in diesem Bereich keine biologischen Normalitäten definieren ließen, sondern nur politische und soziale.<sup>5</sup> Die Antipsychiatriebewegung hat diese These dann auch politisch transportiert. Damit war derjenige Fragefokus bereits gesetzt, der in den letzten Jahren wieder stärker die Diskussion geprägt hat: Lässt sich ein *naturalistischer* Zugang finden, von dem aus sich ein Krankheitsbegriff an die Biologie oder andere (Natur-)wissenschaften anschließen lässt?<sup>6</sup>

Mit diesem Fragefokus verbunden ist die Hoffnung, einen einheitlichen Krankheitsbegriff ausführen zu können, der durch einen normativ-ethischen Pluralismus und Kulturrelativismus mehr und mehr in Frage gestellt und der individuellen Arzt-Patienten-Interaktion überantwortet worden war. In einigen Kontexten scheint ein einheitlicher Krankheitsbegriff tatsächlich benötigt zu werden, so etwa: (a) bei Früherkennung/Screening, denn diese liegt der Arzt-Patienten-Interaktion voraus, (b) bei manchen (psychisch) Kranken, die sich nicht als krank verstehen, aber u.U. dennoch gegen ihren Willen eingewiesen werden dürfen, denn hier

---

<sup>5</sup> Szasz hat diese Sicht in jüngerer Zeit noch einmal bekräftigt. Er sieht bei Virchow ein objektives Krankheitsverständnis entwickelt: „In 1858, the German pathologist Rudolf Virchow (1821–1902) published his thesis entitled *Cellular Pathology as Based upon Physiological and Pathological Histology*. For the next century, the standard scientific measure—the ‘gold standard’—of disease was bodily lesion, objectively identifiable by anatomical, physiological, or other physicochemical observation or measurement” (2005, S. 327). Die Preisgabe dieses objektiven Standards sei es, die Missbrauch Tür und Tor öffne: „The old quacks peddled fake cures to treat real diseases. The new quacks peddle fake diseases to justify chemical pacification and medical coercion.” (ebd., S. 335)

<sup>6</sup> Auch in anderen Bereichen der Philosophie gibt es derzeit einen Trend zum Naturalismus (vgl. Keil u. Schnädelbach 2000 sowie DeCaro u. MacArthur 2004).

will der eine nicht interagieren, (c) wenn Interaktionen mit Dritten vorgesehen sind (Abrechnung gegenüber der Krankenversicherung, Wirksamkeitsnachweis oder *best practice/evidence*; Supervision), und (d) wenn ein erweiterter Interaktionsfokus vonnöten ist, wie bei proaktivem gesundheitsförderndem Handeln (*Public Health Promotion*) und eine gesundheitspolitische Diskussion zu führen ist. Funktionelle Beeinträchtigungen könnten bei einem einheitlichen Krankheitsbegriff eine zentrale Rolle spielen, wie wir bereits gesehen haben. Doch wie sind die relevanten Funktionen zu bestimmen – gelingt dies vielleicht mithilfe einer naturalistischen Strategie, d. h. einer, die sich auf natürliche, der Biologie bzw. den Naturwissenschaften zugängliche Größen stützt? Inwiefern kann ist ein so abgestützter Krankheitsbegriff auch für psychische Krankheiten adäquat? Inwiefern ist er nicht nur theoretisch möglicherweise gut begründet, sondern auch praktischen Kontexten wie den unter (a-d) genannten adäquat?

Ich möchte diesen Fragekomplex in drei Schritten durchschreiten. In einem ersten Teil möchte ich festhalten, wie komplex der Krankheits-Sprachgebrauch der Mediziner inzwischen ist, um davon ausgehend nach systematisierenden Gesichtspunkten zu suchen; dabei werden einige Grundlagen sowie die später eingesetzten Leitunterscheidungen theoretisch/praktisch und naturalistisch/normativ genauer erklärt. Sodann wird auf naturalistische Krankheitsbegriffe genauer eingegangen, insbesondere auf den vom an der University of Delaware tätigen Wissenschaftler Christopher Boorse vorgeschlagenen *biostatistischen* Krankheitsbegriff. In einem zweiten Teil wird dann diskutiert, inwiefern solche Krankheitsbegriffe angesichts von psychischen Krankheiten vor besonderen Schwierigkeiten stehen und wie sich das biopsychosoziale Modell zu den naturalistischen Vorschlägen verhält. Abschließend, im dritten Teil, wird diskutiert, auf welche Arten sich naturalistische und normative Elemente kombiniert vorfinden in den gängigen Vorschlägen naturalistischer und nichtnaturalistischer Autoren, einen praktischen Krankheitsbegriff zu definieren.

## 2. Was ist Krankheit?

### 2.1. Der Sprachgebrauch der Medizin

In einem jüngst vorgelegten längeren Text wurde versucht, die gegenwärtig in der wissenschaftlichen Medizin geläufigen Verwendungsweisen des Wortes „Krankheit“ in Form einer Definition übersichtlich darzustellen (Hucklenbroich 2007). Der Text zielt nach eigenem Bekunden auf den *theoretischen Krankheitsbegriff* („x ist krankhaft“ – „y ist normal“), der (A) „auf einzelne Teile, Merkmale, Zustände oder Prozesse von/an Personen und Lebewesen“ angewendet werde, die als krankhaft anzusehen sind, sowie (B) auf krankheitsverursachende Vorgänge, sowie (C) auf die Klassifizierung und Einordnung von Krankheitsidentitäten („K ist eine Krankheit“). Es lassen sich also drei wissenschaftlich-medizinische Verwendungsweisen von „Krankheit“ unterschieden (empirisch-phänomenal, kausal erklärend, klassifizierend). Eingangs wird auch erklärt, worauf die Definition *nicht* zielt, nämlich auf den praktischen Krankheitsbegriff („X ist gesund“ – „Y ist krank“), der auf menschliche Personen oder Lebewesen angewendet werde. Dieser leite zwar die Krankschreibung und auch die Sozialgesetzgebung, sei aber nur dann zu Recht angewandt, wenn eine empirisch-phänomenale oder nosologische Pathologie vorliege.

Die Ergebnisse der u. a. die Einträge der medizinischen Klassifikationssysteme **I**nternational **S**tatistical **C**lassification of **D**iseases and **R**elated **H**ealth **P**roblems (ICD) und **D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual of **M**ental **D**isorders (DSM) auswertenden Bemühungen werden schließlich

in *einer*, recht langen Definition zusammengeführt. Sie lautet (vgl. Hucklenbroich 2007, 10 für die A-Kriterien und 28 für die B- und C-Kriterien):

*Ein Vorgang (Zustand/Ereignis) ist krankhaft (pathologisch) genau dann,*  
(A1) *wenn er bei natürlichem, unbehandeltem Verlauf unmittelbar zum vorzeitigen Tod oder zur Verkürzung der natürlichen Lebenserwartung des Betroffenen führt, oder*  
(A2) *wenn er (unbehandelt) mit Schmerz, Leiden, Mißempfindungen oder Beschwerden in körperlicher und/oder seelischer Hinsicht verbunden ist, wobei diese Zustände bestimmte natürlich vorgegebene, kulturell überformbare Normalbereiche oder Schwellenwerte bezüglich Intensität, Dauer und/oder Häufigkeit des Auftretens überschreiten, oder*  
(A3) *wenn er die natürlich vorgegebenen körperlich-seelischen Dispositionen und Potentiale des Betroffenen so verändert (z. B. Fähigkeiten einschränkt oder verschwinden läßt, ungünstige Reaktionsweisen entstehen läßt oder verstärkt), daß dieser (ohne adäquate Behandlung bzw. Substitution) in bestimmten, zuvor harmlosen Situationen krank wird (gemäß den Krankheitskriterien 1-5), z. B. in Lebensgefahr gemäß Klausel (1) gerät oder Schmerz, Leiden oder Beschwerden gemäß Klausel (2) ertragen muß, oder wenn bestimmte solche Dispositionen/Potentiale von vornherein (d. h. in angeborener Weise) in dem genannten Sinn vorhanden, verändert bzw. eingeschränkt/verstärkt sind oder ganz fehlen, oder/und*  
(A4) *wenn er unbehandelt die Unfähigkeit zur biologischen Reproduktion beinhaltet oder zur Folge hat, oder/und*  
(A5) *wenn (a) ein einzelner davon Betroffener unbehandelt nicht in der Lage ist, mit „gesunden“ menschlichen Lebensgemeinschaften seinem Alter entsprechend in möglichst konfliktfreier und kooperativer Weise und ohne selbst Leid zu verursachen zusammenzuleben, oder (b) umgekehrt eine davon betroffene Lebensgemeinschaft „unbehandelt“ nicht in der Lage ist, ihren einzelnen Mitgliedern ein möglichst leid- und konfliktfreies, kooperatives Zusammenleben zu gewährleisten, oder*  
(B) *wenn er, entsprechend dem ätiopathogenetischen Modell, ausgehend von ersten Krankheitsursachen ein spezifisch krankheitsbedingender Vorgang im Rahmen eines pathogenetischen Prozesses ist, oder*  
(C) *wenn er als Ganzes einer (oder mehreren kombinierten) nosologischen Krankheitsentität(en) entspricht oder als Teil oder Symptom unter eine (oder mehrere kombinierte) Krankheitsentität(en) subsumierbar ist.*

Die ersten drei Kriterien, die der *Lebensgefährdung*, des *Leidens* und der *Krankheitsdisposition*, seien die klassischen individuenbezogenen Krankheitskriterien. Die folgenden beiden, die der *biologischen Reproduktionsunfähigkeit* und der *sozialen Integrationsunfähigkeit* betreffen nicht mehr nur das kranke Individuum. Die letzten beiden Kriterien erweitern die Definition um erklärende und klassifizierende Dimensionen.

Die Definition erhält dadurch ein etwas ungewöhnliches Aussehen, formallogisch gesehen ähnlich einer disjunktiven Normalform: Die Definition besteht aus drei den Verwendungsweisen entsprechenden Teilen, die untereinander oder-verknüpft sind. Die Teile selbst bestehen im Wesentlichen intern wiederum aus oder-verknüpften Teilen in verschiedener Schachtelungstiefe (z. B. der empirisch-phänomenale Teil aus fünf „Klauseln“, die selbst wieder Oder-Formulierungen enthalten (ebd., Abs. 16), die letzten Bestandteile sind im Wesentlichen einzelne Merkmale oder (teils implizit durch Hinzufügung von Attributen u.ä.) und-verknüpfte Merkmale.

Dass die oder-verknüpften Teile egal welcher Schachtelungstiefe einzeln bereits hinreichend sind für das Vorliegen von Krankheit, macht die Definition übersichtlich und gut handhabbar. Inhomogenitäten und Spannungen zwischen den Definitionsteilen werden damit jedoch zum Verschwinden gebracht. So ist nach Hucklenbroichs Auffassung klar, dass sich die erste Verwendungsweise (A) auf einzelne Vorgänge bezieht, die zweite (B) auf Typen und die dritte (C) auf Klassen dieser Typen („Krankheitsentitäten“). Inhaltlich sind die Definitionsteile nicht unabhängig voneinander. Wie sind die Abhängigkeiten? Nach Hucklenbroich muss sich jede Einzelerkrankung eindeutig als Fall von einer Krankheitsentität

auffassen lassen (ebd. Abs. 59). Das scheint mir zu stark: Es wird immer Situationen geben, in denen wir sagen müssen: Er ist krank, aber wir wissen nicht (genau), was er hat. Das liegt u. a. daran, dass unsere Klassifikationsschemata sowie die Zuordnungsregeln in permanenter Veränderung sind und die Phänomenologie und Ätiologie ebenfalls, sowie dass objektiv graduelle Eigenschaften binär unterschieden werden sollen. So ist es eine *regulative Idee* von Klassifikationsschemata, vollständig und eindeutig klassifizieren zu können. Aber keine tatsächliche Eigenschaft irgendeines konkreten Schemas.

Ähnliches gilt für die Ätiologie, hier sagt es Hucklenbroich auch selbst: Wir unterstellen immer, wenn wir etwas als krankhaft identifizieren, dass es kausal bewirkt oder kausal wirksam ist. Wir können es also höchstens „noch nicht“ kausal erklären. Nicht jedes Kranksein, so müsste man dies weiterführen, lässt sich diagnostizieren, nicht jedes diagnostizierte Kranksein lässt sich klassifizieren, ursächlich erklären oder therapieren.

Die erste Verwendungsweise (phänomenal-empirisch) führt m. E. auf den Krankheitsbegriff im engeren Sinne. Die Ätiologie (B) lässt uns, wie im Ansatz bereits A3, auch Krankheitsdispositionen erkennen, die wir teilweise nicht selbst als Krankheiten oder deren Teile bezeichnen. Die Nosologie (C) lässt uns gewisse Erscheinungen als Begleiterscheinungen von phänomenal krankhaften Vorgängen bezeichnen. Diese Unterschiede zwischen Krankheiten, Krankheitsdispositionen und Krankheitsbegleiterscheinungen drohen bei Hucklenbroich verloren zu gehen. Das Attribut „krankhaft“ ist entsprechend mehrdeutig, doch „krank“ und nicht nur „Krankheit“ sind es m. E. nicht gleichermaßen. Vielleicht bildet Hucklenbroich, dem medizinischen Sprachgebrauch folgend, damit aber auch nur einen Trend unter Wissenschaftlern, Ärzten und Pharmaunternehmen ab, den Krankheitsbegriff zunehmend auszuweiten.

Aber auch wenn man nur die phänomenal-empirische Verwendung des Krankheitsbegriffs (=A) betrachtet, bleibt eine Kernfrage ungeklärt: Gibt es etwas, das dieser Verwendung zugrunde liegt, d. h. das die darin vorkommenden Begriffe wiederum fundiert oder ihre Verwendung orientiert? Gibt es einen oder mehrere allgemeine Gesichtspunkte, unter denen die Kriterien A1-A5 zusammengefasst oder gerechtfertigt werden können? Ich möchte zunächst einige Vorüberlegungen dazu anstellen und dann die wesentlichen Diskussionslinien innerhalb der Philosophie zu dieser Frage darstellen.

## 2.2. Definitivische Propädeutik

Möchte man sich der Frage nähern, was Krankheit ist, sollte man zunächst klären, worauf man überhaupt zielen will mit diesem Begriff. Man sollte klären, welche Objekte man erfassen will, in welchem Umfang, unter welchem Schema, mit welchem Charakter und im Bezug auf welche (wissenschaftlichen) Disziplinen. Sodann sollte man mögliche Leitunterscheidungen identifizieren und diskutieren, wie mögliche Definitionen sich zu diesen Unterscheidungen verhalten. Das soll im Folgenden hier geschehen.

Mögliche *Objekte* also, d. h. Entitäten, die als „krank“ bezeichnet werden könnten, sind: Organe, Körperteile („Ich habe eine kranke Leber, Du ein krankes Bein“), Individuen („Peter ist krank“), Gruppen („Wir sind glückspielsüchtig“) oder Gesellschaften („ADHS ist die gesunde Antwort auf eine kranke Gesellschaft“). Bezüglich des *Umfangs* wurde oben schon angesprochen, dass dieser weit gefasst werden kann (und dann alles, was nicht gesund ist, umfassen soll) oder eng (Missbildung, Verletzung usw. ausgrenzend). Manche Kandidaten sind dabei (vgl. oben den Sprachgebrauch) besonders problematisch: Weniger schwere Krankheiten (*non-life threatening non-disabling diseases*), nicht behandlungsbedürftige Krankheiten, nicht therapierbare Krankheiten, vom Träger nicht als solche anerkannte/erlebte Krankheiten, asymptomatische Krankheiten, sozial erzeugte Krankheiten, nicht für den Kranken sondern für andere Personen bedrohliche Krankheiten, durch veränderliche

Umweltbedingungen erzeugte Krankheiten – will man diese alle einschließen?<sup>7</sup> Mögliche *Schemata*, unter denen man etwas als Krankheit definieren kann, sind seine Symptomatik, Klassifikation, Ursächlichkeit usw. Der zu definierende Krankheitsbegriff kann weiterhin deskriptiven oder normativen *Charakter* haben (ein normativer Charakter liegt dann vor, wenn die Zuschreibung von Krankheit bereits heißt, den entsprechenden Zustand negativ zu bewerten), und kann (höherstufig) eine deskriptive oder normative Zuschreibungspraxis abbilden oder normieren wollen.<sup>8</sup> Eng verbunden damit ist zu entscheiden, an welche anderen epistemischen Bereiche die Definition anschlussfähig sein soll, innerhalb des akademischen Bereichs etwa an Biologie, Psychologie, Soziologie oder Ethik.

Auch ist vorab zu klären, in welchen praktischen *Kontexten* die Definition passen soll, und dabei dann die Frage, wie viele Krankheitsbegriffe man überhaupt definieren möchte: Zielt man auf verschiedene Krankheitsbegriffe für verschiedene praktische Kontexte (Biomedizinische Grundlagenforschung, Angewandte Arzneimittelforschung, Arzt-Patient-Interaktionen, zwischenmenschliche Beziehungen, Recht/Versicherung, Politik – so würde ich das Kontinuum praktischer Kontexte strukturieren, vgl. auch unten Abb. 3, d. h. nach abnehmender Theorienähe), d. h. auf eine pluralistische Definition, oder eine Definition für alle Kontexte, d. h. eine monistische Definition? Oder möchte man jeglichen Definitionen entgegentreten, etwa mit dem Argument, dass eine Aushandlung in entsprechenden Kontexten erfolgt, eine Definition hier also entweder redundant oder schädlich sei?

## 2.3. Leitunterscheidungen

Die medizinphilosophische Diskussion hat in den letzten Jahrzehnten Krankheitsauffassungen nach einer Vielzahl von Oppositionen hin diskutiert. Eine Literaturübersicht von Hofmann (2001) verzeichnet allein 73 Unterscheidungsweisen, nach denen Krankheitsbegriffe eingeteilt und diskutiert wurden. Die wichtigste Unterscheidung scheint mir dabei diejenige zwischen einem theoretischen und einem praktischen Krankheitsbegriff zu sein. In letzter Zeit wurde zudem vor allem die Frage nach „der Normativität des Krankheitsbegriffs“ eingehend diskutiert und dabei die Unterscheidung von deskriptiv und normativ verwendet. Es kreuzen sich somit zwei Unterscheidungslinien, die zu erläutern und in ihrem Zusammenwirken nachzuverfolgen eine der Hauptaufgaben dieses Textes sein wird.

### 2.3.1. Theoretisch vs. praktisch

Die Unterscheidung zwischen einem praktischen und einem theoretischen Krankheitsbegriff ist in der Diskussion sehr häufig anzutreffen. *Praktisch* meint nämlich dann: in der Arzt-Patienten-Interaktion, teils auch: im Sozialrecht, in der Gesundheitspolitik usw.“ (so Hucklenbroich 2007). *Theoretisch* meint: in der medizinischen Wissenschaft (ebd.). Zwischen beiden gibt es Wechselwirkungen: Was und wie geforscht wird, hängt auch vom rechtlich-politischen Kontext ab. Auch hat der Stand der Forschung Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Interaktion (der nosologische Krankheitsbegriff schlägt sich in den Manualen ICD und DSM nieder, welche die Möglichkeiten reglementieren, jemanden Krankheiten

---

<sup>7</sup> Aus den genannten Typen von Krankheiten werden im Wesentlichen die Gegenbeispiele für die gängigen Definitionsversuche zu gewinnen versucht. Einige dieser Beispiele werden weiter unten zur Sprache kommen.

<sup>8</sup> D. h. nicht nur der Krankheitsbegriff, sd. auch die Definition dieses Begriffs kann deskriptiven oder normativen Charakter haben; Die meisten Definitionen wollen Kerngehalte erfassen, um so abwegige Verwendungsweisen an den Rändern erkennbar zu machen, d. h. einerseits den Mainstream-Gebrauch beschreiben, aber auch „milde normativ“ eine gewisse Korrektur anbringen – sie bleiben also merkwürdig unentschieden.



zuzuschreiben, der fallpauschalisierten Abrechnung dienen usw.). Dies ist mitzubedenken, wenn man der idealisierenden Rede dieser Autoren folgt (und die medizinische Forschung als idealiter am theoretischen Krankheitsbegriff orientiert sieht, d. h. zumindest in der Darstellung ihrer Resultate). Der theoretische Krankheitsbegriff ist also der zum (praktischen!) Kontext der medizinischen Forschung gehörige. Teils wird auch eine ternäre Unterscheidung vertreten, nach der neben dem theoretischen ein subjektiv-phänomenologischer und ein intersubjektiv-sozialer Krankheitsbegriff benannt werden, die in meiner Diktion dann beide praktische Krankheitsbegriffe wären.<sup>9</sup>

### 2.3.2. Deskriptiv vs. normativ

In der Diskussion haben sich zwei konträre Traditionslinien herausgebildet, eine normative und eine naturalistische, den Krankheitsbegriff zu bestimmen. Die *normative* Traditionslinie geht davon aus, dass der Begriff „Krankheit“ implizit eine Negativbewertung enthält. Diese Negativbewertung lässt sich nun schematisch weiter einteilen nach der Art und Weise, wie die Bewertung konzipiert wird: Ob z. B. als individuell-subjektiv, kollektiv-kulturabhängig, intersubjektiv oder objektiv. Betrachten wir zur Illustration der unterschiedlichen Arten, die Bewertung zu konzipieren, die Frage, wie sich eine Grenze ziehen lässt zwischen Behandlung und Verbesserung. Nach individuell-subjektiven Ansätzen würde das dem Einzelnen überlassen bleiben. Nach kulturell-intersubjektiven Ansätzen würde das durch verbreitete, anerkannte Praxen und Regeln festzulegen sein, hierzu zählt auch die Arzt-Patienten-Kommunikation. Nach universell-objektiven Ansätzen würde das durch ethisch oder religiös als allgemeinverbindlich begründete Normen zu geschehen haben.

Nicht alle der normativen Ansätze führen also selbst inhaltlich aus, worin das Negative einer Krankheit besteht. Manche verweisen auch auf formale Aspekte wie etwa, dass ein individueller oder soziopolitischer Prozess (Entscheidung, Diskurs, Rechtsurteil o. ä.) dafür erforderlich ist, die Bewertungen zu leisten. Dennoch müssen auch diese individuellen oder kollektiven Bewertungen irgendwie inhaltlich gefüllt werden, wenn sie nicht rein dezisionistisch zu verstehen sein sollen. Normative Inhalte erscheinen im Lichte formaler Ansätze daher als Vorschläge, denen man sich individuell oder kollektiv anschließen kann, aber nicht als bereits per se verbindlich. Die normativen Inhalte selbst bezeichnen grob gesagt dasjenige, worüber ein Mensch verfügen können soll, welche Funktionen er erfüllen können soll, o. ä. Nicht jeder diesbezüglich feststellbare Mangel führt jedoch dazu, dass wir von einer Krankheit sprechen, weshalb weitere, einschränkende Kriterien eingeführt werden. Dies wird uns weiter unten noch genauer beschäftigen. An dieser Stelle sollte zunächst nur die prinzipielle Strategie normativer Ansätze erklärt werden.

*Naturalismus* andererseits ist der Name für ein Programm, dem sich mehr und mehr Autoren in der Philosophie zuordnen, ist aber selbst ein mehrdeutiger Begriff. In unserem Zusammenhang meint er den Rekurs auf die Natur, genauer auf die durch die Biologie beschreibbare Natur. Die naturalistische These ist dann, dass es genügt, unter Rekurs auf die biologische Natur auszuführen, was Krankheit ist, und das heißt, ohne dass ausdrückliche Bewertungen mit ins Spiel gebracht werden müssten. Ein solcher *Naturalismus der Natur* ist zu unterscheiden von einem *Naturalismus der Naturwissenschaften* (vgl. Keil u. Schnädelbach 2000). In beiden Fällen geschieht ein Rekurs auf Erkenntnisse der Biologie,

---

<sup>9</sup> Dem theoretischen und dem praktischen Krankheitsbegriff werden dann typischerweise die Begriffe „disease“ bzw. „illness“ zugewiesen, bzw. dem subjektiven (auf Leid und Störung des Wohlbefindens bezogen) die „illness“ und dem sozialen (auf Verhalten und soziale Normen bezogen) die „sickness“, so schon Rothschild (1972). Am englischen Alltagssprachgebrauch will das Engelhardt (1976) abgelesen haben. Linguisten wie Fleischmann (1999) sagen uns dagegen, dass zumindest disease und illness in der Alltagssprache in vielerlei Weise gebraucht werden.

aber die Quelle der normativen Autorität (mit der jede Definition auftreten muss, die uns sagen soll, was Krankheit ist) ist jeweils eine andere: Im ersten Fall sind wir es, die sich biologischer Kriterien bedienen und die diese Wahl normativ-ethisch rechtfertigen müssen, im zweiten Fall sind es die Biologen, die mit vermeintlich natürlicher Autorität („weil es nun mal so ist, dass Krankheit ein biologisches Phänomen ist“) bereits die Definitionshoheit haben (vgl. Mazouz 2004). In diesem Text lege ich wenn nicht anders gesagt die erste Verwendungsweise zugrunde.

Wenn es um Werte und Normen geht, ist die Auffassung weit verbreitet, dass diese bloß subjektiv sind, bloße Konvention, zudem inhaltlich höchst kontrovers. Die Biologie hingegen erscheint anders als die Ethik als eine objektivere Disziplin, als eine Wissenschaft, sodass man analoge Probleme dabei nicht vermutet. In der Tat ist es ja gerade die (naturalistische) Hoffnung, dass der Rekurs auf die Biologie eine Eindeutigkeit schafft, die die Ethik nie bieten kann. Bisher jedoch ist diese Hoffnung enttäuscht worden. Ich möchte das im Folgenden ausführlicher erklären und dabei die Diskussion auf den prägnantesten naturalistischen Krankheitsbegriff, dem „biostatistischen“ Begriff von Christopher Boorse, zulaufen lassen.

## 2.4. Naturalistische Perspektiven auf einen theoretischen Krankheitsbegriff

Krankheit wird in naturalistischen Ansätzen meist als Abweichung von einem natürlichen Funktionieren angesehen, als Funktionsstörung.<sup>10</sup> Insofern koppelt das gut an die Rechtsprechung an, die von einer „funktionellen Beeinträchtigung“ als Krankheitskriterium spricht (s. o.) und an übliche Lexikondefinitionen.<sup>11</sup> Das lässt sich im naturalistischen Sinne weiter ausführen, wenn man betrachtet, was in der Biologie als natürliche Funktion gilt. Und dann betrachtet, was als Abweichung davon gilt. Diese Abweichung wird häufig statistisch bestimmt; üblich ist also die Kombination einer biologischen Funktionsspezifizierung und einer statistischen Abweichungsdefinition.<sup>12</sup>

### 2.4.1. Funktionsbegriff in der Biologie

Was ist aber eine natürliche Funktion (*proper function*)? Nennen wir zunächst ganz allgemein Funktion (a) die Aktivität (*ergon*) von etwas, z. B. von einem Organ. Nehmen wir als Beispiel das Herz. Dessen Funktion ist es, Blut zu pumpen, würde man wohl sagen. Doch warum sagt man gerade das – es könnte ja auch dessen Funktion sein, Geräusche zu machen o. ä. Der

---

<sup>10</sup> Andere naturalistische Theorien versuchen sich an einer Zustandsbeschreibung als krank ohne Statistik oder Normalvorstellungen. Dahinter steht die ontologische These, dass Krankheiten immer mit bestimmten substanziellen Ereignissen oder Zuständen verknüpft ist. Ich halte die Versuche, diese naturalistisch anzugeben, für nicht geglückt und möchte hier nur die statistischen Theorien besprechen, die diese Frage offenlassen.

<sup>11</sup> Zumindest teilweise, wenn sie sich nämlich – wie vielfach der Fall – auf eine erkennbare Abnormität von Struktur *oder* Funktion eines Teils des Körpers beziehen. So z. B. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, welches „disease“ definiert als „any deviation from or interruption of the normal structure or function of a part, organ, or system of the body as manifested by characteristic symptoms and signs; the etiology, pathology, and prognosis may be known or unknown.“ (Dorland 2004a).

<sup>12</sup> Wobei es in der medizinischen Praxis offenbar häufiger vorkommt, dass eine bloße Abweichung vom Durchschnitt bereits eine Krankheit sein soll. So ist das in Deutschland übliche Kriterium für Adipositas (ICD10-Code: E66.9) bei Kindern und Jugendlichen schlicht ein Body-Mass-Index, der in den obersten 3% der jeweiligen alters- und geschlechtsspezifischen Vergleichsgruppe liegt („Kromeyer-Hausschild“). Die im Folgenden skizzierte naturalistische Strategie ist demgegenüber komplexer.

Funktionsbegriff ist also biologisch genauer zu fassen. Folgende drei Ansätze lassen sich unterscheiden (vgl. Wouters 1999):<sup>13</sup>

(b) Kausale Rolle (*causal role theory*)

(c) Überlebenswert (*survival value approach*)

(d) Ätiologie (*etiological theory*)

Zu diesen nun genauer:

Nach der Kausalrollentheorie (=b) beschreiben Funktionszuweisungen die Rolle eines bestimmten Teils oder einer Aktivität darin, eine bestimmte Fähigkeit (*capacity*) desjenigen Systems aufrechtzuerhalten, dessen Teil er/sie ist.<sup>14</sup> Wieder am Beispiel: Dass das Herz die Funktion hat, Blut zu pumpen, bedeutet, dass Blutpumpen gerade der spezifische Beitrag des Herzens zu der Fähigkeit des Organismus ist, sein Blut zirkulieren zu lassen.

Diese Theorie setzt somit einen übergeordneten Systemzusammenhang voraus, der wiederum funktional bestimmt werden muss. Dieser Zusammenhang muss gar nicht das Individuum selbst sein, sondern wäre z. B. beim Herz zunächst das Herz-Kreislauf-System. Doch auch die Funktion dieses Systems lässt sich nur mit Bezug auf übergeordnete Systeme bestimmen, usw. Dadurch hängt diese Theorie gewissermaßen in der Luft, während die anderen per individuellem Überleben oder Reproduktionserfolg der Gattung zumindest einen Ankerpunkt für die Identifizierung von *biologischen* Funktionen liefern, wie wir gleich noch sehen werden.

Diese Leerstelle lässt sich recht gut an homöostatischen Krankheitstheorien verdeutlichen, die m. E. ebenfalls unter die Kausalrollentheorien fallen. Homöostatische Vorstellungen (die zu einer kulturell älteren Schicht gehört als die bisher vorgestellten) sehen den gesunden Mensch als im Gleichgewicht sich haltend, Krankheit als Störung des Gleichgewichts.<sup>15</sup> Erst dann also, wenn sich ein homöostatisches System nicht mehr an die sich ständig verändernden Randbedingungen anpassen kann, kommt es zu einer Krankheit. Am Beispiel der Infektionskrankheiten: Wir nehmen permanent jede Menge Krankheitserreger auf, haben die aber normalerweise gut im Griff, und erst wenn das nicht mehr der Fall ist, kommt es zu einer Krankheit (d. h., dass dann ein zweiter, größerer Regelkreis anspringt mit Fieber usw., der uns wieder zur Gesundheit zurückbringen kann.) Andere Beispiele für Gleichgewichtsstörungen sind Krebs, hier ist das homöostatische Gleichgewicht zwischen Zellwachstum und Zelltod gestört, oder Bluthochdruck.

Alle diese Gleichgewichte werden aber offenbar reguliert im Hinblick auf übergeordnete Systemfunktionen (der Pulsschlag etwa je nach körperlicher Anstrengung, Aufregung o. ä.), so dass letztlich wieder eine oder mehrere höchste Systemfunktionen angenommen werden müssen (bei Uexküll ist das dann z. B. das individuelle Überleben). Diese wird in naturalistischen Ansätzen dann wiederum als biologisch und nicht kulturell bestimmt angesehen und damit nicht als normative Größe.

---

<sup>13</sup> Dieser Schrift folge ich auch in der Anführung von Belegen für weitere Differenzierungen, erläutere die Unterscheidungen aber etwas anders als Wouters.

<sup>14</sup> Vgl. Cummin (1975), zuvor jedoch bereits Nagel (1961), später zusammengefasst als: „[Functional explanations] make evident one role some item plays in a given system“ (Nagel 1977, S. 300). Der Name *causal role theory* of function wurde geprägt von Neander (1991a: 181) und Amundson und Lauder (1994).

<sup>15</sup> Ein bekannter Vertreter einer solchen Theorie ist der Psychosomatiker Thure von Uexküll. Homöostatische Ansätze beziehen häufig psychische und soziale Faktoren in die Betrachtung mit ein, es ergibt sich dann eine *somatisch-psychisch-soziale* Theorie. Doch ist das für die Homöostase-Vorstellung selbst nicht entscheidend. Für die Einordnung als naturalistisch oder normativ ist es wichtig, wie das Gleichgewicht und wie oberste Systemfunktionen konzipiert werden: Ob als natürliche, oder ob als von kulturellen und normativen Setzungen abhängige.

Der Überlebenswert-Ansatz (=c) identifiziert Funktionen mit Wirkungen, die *gegenwärtig* einen kausalen Beitrag zu Überleben und Reproduktion eines individuellen Organismus leisten. Am Beispiel: Das Herz hat die (natürliche) Funktion, Blut zu pumpen, weil es dadurch zum Überleben und Reproduktion der Organismen, die Herzen haben, (kausal) beiträgt (d. h. diese mitverursacht).

Die Vertreter dieser Theorien unterscheiden sich dann darin, welchen explanatorischen Status sie den biologischen Funktionszuweisungen im Verhältnis zu den kausalen Relationen zuschreiben. Vier Positionen lassen sich unterscheiden. Der Dissens geht dabei darum, inwiefern die Zuweisung von Funktionen selbst etwas erklärt hinsichtlich der Existenz des das Merkmal tragenden Organs: Ob dies die Existenz des Organs *direkt deduktiv* erklärt (so z. B. Ruse 1973 oder Horan 1989), oder die Existenz des Organs nur *statistisch* erklärt (so z. B. Wimsatt 1972) oder nur die *Möglichkeit* der Existenz des Organs (eine Funktion ist die Disposition einer bestimmten Wirkung, nicht die Wirkung selbst; so z. B. Bigelow u. Pargetter 1987). Schließlich gibt es noch die Position, dass biologische Funktionen zwar als Überlebenswert-Funktionen zu verstehen sind, diese Funktionen jedoch die Existenz des Funktionsträgers *gar nicht* erklären (sondern nur Nützlichkeiten anzeigen, so z. B. Canfield 1964). Gegen die letzte Position, die Funktionen gewissermaßen als Epiphänomene betrachtet, die selbst keine Rolle in naturwissenschaftlichen Erklärungen spielen sollen, lässt sich einwenden, dass eine solche rein kausal erklärende Biologie vielleicht auf molekularer Ebene praktikabel sein mag, aber nicht in makroskopischen Dimensionen. Die Differenzen der verbleibenden drei Positionen haben damit zu tun, wie das „kausal beitragen“ verstanden werden soll: Wird der Beitrag als strikt notwendig zum Überleben aufgefasst, ergibt sich die erste Position. Wird der Beitrag immerhin noch darin gesehen, das Überleben wahrscheinlicher zu machen, ergibt sich die zweite Position. Und wird der Beitrag nur noch darin gesehen, unter bestimmten explizit zugestandenen Bedingungen das Überleben möglich zu machen, ergibt sich die dritte Position.

Der Name der ätiologischen Theorie (=d) ist etwas irreführend, denn ätiologisch heißt eigentlich „ursächlich“ (von griech. *aitiai*), gemeint sind aber *evolutionäre* Ursachen.<sup>16</sup> Nach der ätiologischen Theorie bezeichnen biologische Funktionen genau diejenigen Effekte, deretwegen ein bestimmtes Merkmal (*trait*) *in der Vergangenheit selektiert* worden ist. Am Beispiel: Das Herz hat die (natürliche) Funktion, Blut zu pumpen, genau dann, wenn das Blutpumpen es verursacht hat, dass das Herz in der natürlichen Auslese favorisiert worden ist. Nach der ätiologischen Theorie ist es also die kausale Rolle eines Merkmals in der Vergangenheit, die Funktionen festlegt.

Unter naturalistischen Biologen ist die ätiologische Position „fast becoming the consensus“ (Neander 1991a: 168). Aus deren Sicht mag ein ätiologischer Funktionsbegriff tatsächlich naheliegen, wegen seiner Ankoppelung an Evolutionstheorie, aber er ist gerade deshalb auch sehr unhandlich. Faktisch lässt sich so gut wie nie genauer sagen, was damals geschehen ist. Selektion heißt immer relative Überlegenheit gegenüber dem, was sonst noch existierte, heute aber nicht mehr existiert – und zu damaligen Umweltbedingungen, vor zehntausenden von Jahren. Daher hat dieser Begriff gravierende Nachteile: (1) Die Zuschreibungen selbst sind sehr fragil, sie beruhen auf abduktiven Schlüssen, die beste Erklärungen relativ zu einer allerdings unklaren Alternativenmenge auszeichnen sollen, z. B. „Human hearts standardly contribute to survival and reproduction by pumping blood, and they were clearly favored by selection in the past for doing so. – We know this, even if we are unclear on the details, by a process of inference to the best explanation, since the heart and the entire cardiovascular system has too many aspects that cannot be explained otherwise.“ (Schwartz 2004) (2) Ohne

---

<sup>16</sup> Vgl. z. B. prominent Millikan (1984, S. 17-49; 1989; 1993). Ebenso auch Mitchell (1989), Brandon (1990) und Neander (1991a; 1991b).

früheren Selektionsdruck ist keine Funktion zuschreibbar, wie nützlich etwas auch immer aktuell sein mag (Herz). (3) Nicht genetisch bedingte Krankheiten sind mit der ätiologischen Theorie genau genommen nicht möglich (Vererbung ist das Nadelöhr der Evolutionstheorie).

Es scheint mir daher naheliegend, die verschiedenen Funktionsbegriffe – um dieses Kapitel abzuschließen – als eine Abfolge von Stufen zunehmender Theoretisierung zu sehen. Am Beispiel des Herzens: Das Schlagen des Herzens ist eine Aktivität (Funktion a, das war der allgemeine Funktionsbegriff im Sinne von *ergon*, des Herzens), die eine kausale Rolle bei der Blutzirkulation spielt (Funktion b des Herzens), und die einen individuellen Überlebenswert hat (Funktion c) und die vermutlich wegen ihrer höheren Effizienz als, sagen wir, durchgängig schlagende Blutgefäße in der Vergangenheit selektiert wurde (Funktion d). Von a zu b kommt eine systemische Vorstellung von Organismen ins Spiel, von b zu c eine Vorstellung von Zwecken in der Natur und von c zu d eine Vorstellung der Genese von Zweckmäßigkeit in der Natur.

### 2.4.2. Funktionsstörungen

Soweit also zu verschiedenen Funktionsbegriffen in der Biologie, auf die sich naturalistische Krankheitsbegriffe stützen können. Ohne die genauere Beleuchtung dessen, was als natürliche Funktion gelten kann, scheinen mir die Pointen (und Schwachstellen) der gängigen naturalistischen Krankheitsbegriffe nicht verständlich, deshalb habe ich das etwas ausführlicher dargestellt. Was wir bisher noch nicht diskutiert haben, ist die genauere Fassung des Begriffs der *Störung* dieser Funktionen. Ich werde darauf jetzt zu sprechen kommen, erst dann ergibt sich ja ein Krankheitsbegriff.

In der gegenwärtigen medizintheoretischen Diskussion werden vor allem zwei Ansätze diskutiert, die sich auf biologische Funktionsbegriffe stützen: Jerome Wakefield für den ätiologischen und Christopher Boorse für den Überlebenswert-Ansatz. Ersterer hat wie gerade gezeigt die größeren Nachteile für eine Krankheitsdefinition. Letzterer kann zudem als der gegenwärtig international populärste und auch am besten ausgearbeitete Ansatz in dieser Richtung gelten, so Schramme (1997, S. 128). Daher möchte ich diejenige Explikation von Störung, die sich bei Boorse findet, im Folgenden zunächst genauer darstellen. Die Definitionen von Wakefield und einige anderen Autoren werden dann weiter unten vergleichend diskutiert.

### 2.4.3. Boorses naturalistische Krankheitsdefinition

Eine Krankheit (*disease*) ist, so Boorse, eine gegenüber dem statistischen Normal der Spezies festzustellende Funktionsstörung des Organismus, die individuelles Überleben und Reproduktion beeinträchtigt. Statistische Normalität ist dabei nach Altersgruppe und Geschlecht getrennt zu beurteilen. Genauer gesagt:<sup>17</sup>

*Eine Krankheit ist ein Typus eines inneren Zustands, der entweder*

---

<sup>17</sup> Wörtlich lautet die aktuelle Fassung der Bestimmung so: „1. The reference class is a natural class of organisms of uniform functional design; specifically, an age group of a sex of a species. 2. A normal function of a part or process within members of the reference class is a statistically typical contribution by it to their individual survival and reproduction. 3. A disease is a type of internal state which is either an impairment of normal functional ability, i.e. a reduction of one or more functional abilities below typical efficiency, or a limitation on functional ability caused by environmental agents. 4. Health is the absence of disease.” (1997, S. 7f.; vgl. bereits Boorse 1975; 1976a; 1976b). „Survival and reproduction“ ist allerdings missverständlich, denn es reicht nach Boorse, wenn eines von beidem bedroht ist; besser wäre also „or“.

(1) eine Minderung der normalen Funktionsfähigkeit darstellt (d. h. eine Reduzierung einer oder mehrerer Funktionsfähigkeiten, so dass sie unterhalb der typischen Effizienz liegen), oder

(2) eine Beschränkung der Funktionsfähigkeit verursacht durch Umweltfaktoren.

Betrachten wir die beiden disjunktiven Elemente genauer:

(1) Die Minderung der normalen Funktionsfähigkeit enthält den Begriff der *Fähigkeit*: Potenzielle Funktionsstörungen sind also inbegriffen (Hämophilie, Diabetiker auf Insulin usw.); ferner den Begriff der *Funktion*: diese ist laut Boorse zu verstehen als Beitrag zu individuellem Überleben oder Reproduktion (er vertritt somit eine bestimmte Variante der *survival value*-Theorie); ferner den Begriff *normal*: damit ist gemeint entsprechend einem statistischen Idealtyp der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe; ferner den Begriff der *Minderung*: eine solche meint eine weniger als typische Effizienz bzgl. dieser Funktionen. Es sind also zwei statistische Normale investiert: Normales Funktionieren heißt, dass statistisch typische Funktionen mit wenigstens statistisch typischer Effizienz ausgeübt werden.

(2) Die Beschränkung der Funktionsfähigkeit, verursacht durch Umweltfaktoren, ermöglicht es, dass Manches, was statistisch normal ist, dennoch als Krankheit gelten kann (Arteriosklerose etwa) – weil hier Umweltfaktoren verantwortlich gemacht werden können. Insofern scheint diese zweite eine notwendige Kalibrierungsklausel zu sein (aber: Was ist Umwelt – zählt hier nur die natürliche, oder auch die soziale?).

Der Krankheitsbegriff von Boorse ist in der medizintheoretischen Diskussion nicht unumstritten. Es wird z. B. häufig eingewandt, dieser Begriff decke sich – entgegen Boorses Anspruch – in seiner Extension nicht mit unserem alltäglichen Begriff von Krankheit und auch nicht mit dem der medizinischen Praxis. Einiges davon hat mit dem zugrunde gelegten Funktionsbegriff, anderes mit der Fassung von Störung als Abweichung vom statistischen Normal. Und wieder einiges lässt sich bereits mit Boorse entkräften:

- Manches, was uns als Krankheit gilt, bedroht nicht Überleben oder Reproduktion, sondern ist „nur“ unangenehm (wie etwa Fußpilz), manches ist – möglicherweise zugleich – statistisch gesehen normal (wie etwa Karies).

Hierauf wäre zu entgegnen: Was nur unangenehm ist, zählt nach Boorse nicht als Krankheit. Fußpilz ist eben keine Krankheit, bzw. ist nur dann eine, wenn z. B. das Immunsystem durch Dauerpilz in Mitleidenschaft gezogen werden kann, Fußnägelprobleme die Lauffähigkeit beeinträchtigen o. ä.: Es muss Überleben oder Reproduktion bedroht sein, sonst keine Krankheit. Wenn etwas sehr unangenehm ist, beeinträchtigt es wahrscheinlich auch Überleben oder Reproduktion. Karies ist ebenfalls ein interessanter Fall: Zwar kann zwanglos auf Umweltfaktoren hingewiesen werden, die eine Minderung der Funktionsfähigkeit bringt. Damit wäre Karies auch dann eine Krankheit, wenn sie so gut wie bei jedem Menschen vorkommt. Doch warum sind Reproduktion oder Überleben (und nur die rechtfertigen Zuschreibung von Krankheit), durch Karies eigentlich eingeschränkt? Früher dürfte das vielleicht der Fall gewesen sein, inzwischen aber, in zivilisierten Gesellschaften, ist auch ohne medizinische Hilfe niemand mehr durch Zahnverlust an der Nahrungsaufnahme gehindert. Die Minderung der Funktionsfähigkeit hängt also von der jeweiligen Umgebung ab (und wieder lässt sich fragen, ob nur von der natürlichen oder auch von der sozialen).

- Alterstypische Fehlfunktionen gelten nicht als Krankheit.

Hierzu ist zu sagen: Das ist gewollt. Wenn aber nun 40 % der über achtzigjährigen Männer Alzheimer haben oder 15 % der Frauen Osteoporose? Dann sind das per definitionem keine Krankheiten, denn in diesen Gruppen sind diese dann Normalität – wenn sich nicht Umweltfaktoren finden lassen, auf die man verweisen kann, um Klausel 2 anzuführen. Die Unterstellung, dass man immer Umweltklauseln wird finden können, ist aber eine bloße Hoffnung – gerade angesichts von *alterstypischen* Fehlfunktionen.

- Es gibt unaufgelöste Spannungen: Die Reproduktion gefährdet u.U. das individuelle Überleben und umgekehrt: Ist z. B. Schwangerschaft eine Krankheit? Das individuelle Überleben und die Reproduktionsfähigkeit sind ja dadurch bedroht, wenn auch natürlich Reproduktion ohne Schwangerschaft (noch) nicht möglich ist.

Hierzu wäre zu sagen, dass Schwangerschaft vielleicht wirklich ein Grenzfall darstellt (nach einigen anderen Definitionen, z. B. der von Culver und Gert, s. u., zählt sie tatsächlich als Krankheit!), für Boorse würden aber wohl nur bestimmte Komplikationen bei der Schwangerschaft als Krankheiten zählen, nämlich – wieder – diejenigen, die Überleben oder Reproduktion bedrohen.

- Manche biologischen Funktionen bestehen gerade darin, Krankheiten zu bekämpfen oder bekämpfen zu können. Man denke an das Immunsystem. Infektionskrankheiten etwa (wie ein grippaler Infekt) erscheinen daher biologisch gesehen nicht als Krankheiten, empirisch-phänomenal aber schon (so Nordenfelt gegen Boorse; Dieses Argument lässt sich ganz allgemein gegen Funktionstheorien als Grundlage von Krankheitsbegriffen vorbringen).

Hierzu ist zu sagen, dass vieles von dem, was landläufig als Krankheit gilt, nach Boorse keine ist, dass Krankheiten aber im fraglichen Fall immerhin dann vorliegen, wenn das Funktionssystem der Bekämpfung der Krankheit *gestört* ist. Störungen des Immunsystems würden also immerhin als Krankheit gelten können. Selbstverständlich trägt das Immunsystem zum Überleben bei und hat deshalb die genannte Funktion. Infekte oder manche Kinderkrankheiten können sogar das Immunsystem trainieren, also langfristig krankheitsvermeidend wirken (d.h. salopp gesagt Teil der Gesundheit sein). Dennoch können (andere) Funktionen durch einen Infekt gestört sein, und *das* macht dann die Krankheit aus. Jedoch bleibt festzuhalten: Nicht jeder Schnupfen oder grippale Infekt ist eine Krankheit, sondern nur wenn Überleben oder Reproduktion bedroht sind, liegt nach Boorse eine Krankheit vor.

- Allgemein stellt sich die Frage: Auf welcher Ebene soll die Funktion angesetzt werden, auf welcher Ebene die Störung? Sind die Merkmale, um die es geht, Merkmale von Genen, Zellverbänden (z. B. Membranen), Organen oder Individuen? Oder gar Merkmale der Gattung?

Dieses Problem ist beim Reproduktionskriterium/der Einordnung von Schwangerschaft bereits deutlich geworden. Evtl. sei seine Theorie „überpräzise“, räumt Boorse ein, denn Biologen geht es normalerweise vor allem um die Gattung.<sup>18</sup> Das Überleben der Gattung sei aber nur durch die Funktionen des Überlebens und der Reproduktion der Individuen bewirkt. Diese seien die einzigen beiden bekannten Faktoren (vgl. Boorse 1997, S. 28) – m. E. ist das eine eher schwache Entgegnung, da diese den Fokus, d. h. das Um-zu der Medizin, in Richtung der Gattung verschiebt. Mit der Rede von genetischen Krankheiten könnten Gattungsaspekte ganz ausdrücklich ins Spiel kommen (besser sollte man hier von Krankheitsdispositionen sprechen; diese auf Gattungsebene zuzuschreiben, ist m. E. weniger problematisch). Und schließlich könnten, wenn die Gattungsebene nicht schon per biologischer Funktion ausgeschlossen ist (wofür es aus biologischer Sicht eigentlich kein Argument gibt!), das individuelle Überleben auch mit dem Überleben der Gattung in Konflikt geraten und die Biologie hier eventuell zum falschen Ratgeber werden.

- Eine Krankheit soll ein „internal state“ *sein*, wird aber nicht Teilen von Individuen, sondern Individuen als Ganzen zu- oder abgesprochen. Krankheit wird zwar möglicherweise definiert durch solche Zustände, krank sein können aber nur die Individuen selbst, nicht die Organe („Ich habe eine kranke Leber“ – das dient wohl eher der Distanzierung der Krankheit: Man selbst ist ja gar nicht krank, sondern nur die Leber ...).

Hierzu ist zu sagen: Die ontologische Identifizierung ist möglicherweise problematisch. „Eine Krankheit besteht, wenn ...“ wäre ontologisch weniger problematisch. Man könnte die

---

<sup>18</sup> Doch das ist nicht unumstritten. So argumentiert z. B. Dawkins (1986) für Gene als Einheiten der Evolution.

Bindung an Individuen auch explizit machen: „Ein Individuum ist Träger einer Krankheit (bzw. hat die Krankheit  $x$ ), wenn ...“ – dann stellte sich nur noch die Frage, ob nun Individuen oder nicht auch Gruppen, Sozialstrukturen oder Gesellschaften als Träger von Krankheiten in Frage kommen.

Wie auch immer man aber alles in allem die Extension des Boorseschen Krankheitsbegriffs einschätzen mag, für unser Problem der Abgrenzung von Verbesserung und Behandlung bleibt ein willkürliches Moment: Das liegt darin, dass ab einem bestimmten Wert *auf einer kontinuierlichen Skala* nicht mehr von Krankheit, sondern von Verbesserung gesprochen werden soll. Warum knapp unterhalb von 5% (oder wie viel Prozent auch immer, Boorse nennt keine Zahl) aber „Krankheit“ (und damit: Behandlung usw.), aber knapp oberhalb bereits „Verbesserung“? Behandlung und Verbesserung werden von vornherein qualitativ nicht unterscheidbar konzipiert, zumindest nicht bezüglich biologischer Funktionen. Bezüglich anderer Funktionen hingegen schon. Homöostase-Konzepte (s. o.) möchten hingegen auf einen qualitativen Unterschied verweisen, der allerdings teils auch quantitativ ausgewiesen ist, schneiden in dieser Hinsicht also etwas besser ab. Soweit zunächst also zu Boorse.

Zusammenfassend glaube ich deutlich gemacht zu haben, dass die naturalistische Strategie die in sie gesetzten Erwartungen, einen einheitlichen und zumindest innerhalb der Biologie unumstrittenen Krankheitsbegriff erzeugen zu können, nicht erfüllt. Wir stoßen auf eine Reihe von Funktions-Auffassungen, von denen unklar bleibt, welcher nun für Krankheit und Gesundheit einschlägig sein soll. Und wir stoßen auf eine Identifikation von Funktionen und Funktionsstörungen, die sich wesentlich statistischer Größen bedient, sodass sich, selbst wenn wir uns für eine der Funktionsauffassungen entschieden haben sollten, nur eine graduelle Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit, will man nicht einen letztlich willkürlichen Schnitt bei einem bestimmten Prozentsatz machen.

Über die alternativen Funktionsauffassungen kann man zugespitzt sagen: Je biologischer, desto weniger einschlägig. Zwar lässt sich – im Boorseschen Sinne – argumentieren, eine Gattung könne sich nur dann erfolgreich vermehren, wenn bestimmte biologische Funktionen gewährleistet sind und wenn Individuen der Gattung überleben und sich reproduzieren. Doch damit, die Zuschreibung von Krankheiten letztlich auf die Gattung und ganz bestimmte ausgezeichnete Funktionen zu beziehen, die dem evolutionären Erfolg der Gattung dienen, hätten wir uns von individueller Krankheit und Gesundheit weit entfernt. Diese generellen Schwierigkeiten verschärfen sich nun noch, wenn psychische Krankheiten betrachtet werden, wie im Folgenden dargelegt wird. Abschließend werden wir uns dann der Konstruktion praktischer Krankheitsbegriffe zuwenden.

### **3. Krankheit und Psyche**

Mit Blick auf psychische Krankheiten scheinen sich für naturalistische Linie der Bestimmung des Krankheitsbegriffs weitere Herausforderungen zu ergeben, die im Folgenden untersucht werden.

#### **3.1. Psychische Krankheit, naturalistisch gesehen**

Naturalistische Theorien im oben eingeführten Sinne müssen angeben, welche biologischen Funktionen die Psyche hat. Man sollte denken, dass psychische Prozesse, wie immer man diese näher bestimmen mag, vor allem insoweit von naturalistischem Interesse sind, als sie die bereits identifizierten biologischen Funktionen stützen, d. h. als sie z. B. (aus Boorsianischer Sicht) für Reproduktion oder Überleben relevant sind. Das hieße dann, dass eine Krankheit



weiterhin als dasjenige bestimmt werden kann, das diese Funktionen in bestimmter Weise beeinträchtigt. „Psychisch“ an psychischen Krankheiten wäre dann nur, dass die Ursache-Wirkungs-Ketten durch den mentalen Bereich führen (ähnlich ließe sich dann auch von „sozialen“ Krankheiten sprechen, wenn Ursache-Wirkungs-Ketten den Bereich des menschlichen Miteinanders durchziehen).

Doch die Diskussion psychischer Krankheiten findet, m. E. überraschenderweise, nicht anhand dieser biologischen Funktionsbegriffe statt. Stattdessen werden Beiträge zu Überleben und Reproduktion als *physiologische* Funktionen bezeichnet und abgetrennt davon andere, *psychische* Funktionen wie Gedächtnis, Kognition, Emotion usw. zu bezeichnen versucht. Schramme (2000) z. B. diskutiert ausführlich die aus seiner Sicht wünschenswerte Rückbindung des Begriffs der psychischen Krankheit an die Boorsesche Theorie, nur um dann, wenn es um die Auszeichnung derjenigen Funktionen geht, die den Krankheitswert psychischer Krankheiten begründen, die Möglichkeit einer solchen Rückbindung einleitend zwar kurz zu diskutieren (S. 134), ansonsten aber mentale Funktionen getrennt davon zu behandeln (S. 135-151). Doch warum sollten die Störungen gerade derjenigen Funktionen, die wir normalerweise als mentale Funktionen bezeichnen, einen Krankheitswert im Boorseschen Sinne haben? Auch Boorse selber scheint mit der Rede von „one or more functional abilities“ (1997, S. 7f.) anzudeuten, dass er noch weitere Funktionen zulassen möchte, insbesondere wohl im mentalen Bereich (vgl. Boorse 1976a). Es gibt aus naturalistischer Sicht also m. E. zwei Optionen, psychische Krankheit zu verstehen: Entweder wird sie als diejenige Krankheitsvariante gesehen, bei der Ursache-Wirkungs-Ketten zwar den psychischen Bereich durchqueren, jedoch letztlich dieselben Funktionen betroffen sind wie bei physiologischen Krankheiten; die Krankheitsdefinition selbst bleibt hier unverändert. Oder sie wird als eine Variante gesehen, bei der dadurch, dass die Ketten diesen Weg gehen, letztlich auch andere Funktionen eingeschränkt sein können, und bei der dies schon genügt, um von psychischer Krankheit zu sprechen; die Krankheitsdefinition wird hierbei verändert, und zwar in einer letztlich nicht durch einen biologischen Funktionsbegriff angeleiteten Art und Weise. Ich halte diese zweite Option für nicht konsequent. Einen Krankheitswert sollte ihrer Störung m. E. im Rahmen z. B. der Boorseschen Theorie konsequenterweise nur zugebilligt werden, wenn sie in statistisch angebbarer Weise notwendig wären, um Überleben oder Reproduktion zu sichern. Offenbar scheut der Naturalist hier die letzte Konsequenz seines Ansatzes zu ziehen. Könnte der biopsychosoziale Ansatz also eine Alternative sein, mentale (oder allgemein: vitale) Funktionen auszuzeichnen? Inwiefern ist er überhaupt mit naturalistischen Ansätzen kompatibel oder nicht vielmehr eine Kritik an diesen?

### 3.2. Der biopsychosoziale Ansatz

Der biopsychosoziale Ansatz (BPS), auf den sich auch die 2001 etablierte International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO bezieht,<sup>19</sup> wird häufig als Alternative einer biomedizinisch orientierten Medizin diskutiert und wurde so auch eingeführt. Eine solche Medizin wird dabei als eine solche bestimmt, die davon ausgeht, dass (1) jede Krankheit letztlich somatische Ursachen hat und (2) ursächlich letztlich durch eine somatische Therapie (Chirurgie, Pharmakologie usw.) adäquat behandelt wird („rational

---

<sup>19</sup> ICD und ICF stellen den Kern der WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) dar und damit des wichtigsten Klassifikationssystems grundlegender Gesundheitsparameter; vgl. <http://www.who.int/classifications/en/>.

treatment“; ebd., S. 132).<sup>20</sup> Alle anderen Therapien, Gesprächstherapien etwa, erscheinen wenn überhaupt dann nur als temporäre Notlösungen legitim, alle anderen Ursachen als medizinisch irrelevant. In dieser Radikalität wird die biomedizinische Orientierung jedoch, jedenfalls so weit ich sehe, in der gegenwärtigen Theorie der Medizin nicht prominent vertreten. Man müsste dafür schon (1) psychische Phänomene als bloße Epiphänomene der materiellen Vorgänge im Gehirn ansehen (sofern man überhaupt von psychischen Störungen reden möchte und nicht nur noch von Hirnkrankheiten) – d. h. man müsste eine ziemlich radikale Position bezüglich des Leib-Seele-Problems einnehmen – und (2) aus einem komplexen Gefüge von Teilursachen, die sich modifizieren ließen, alle diejenigen ausschließen, deren Modifikation keine somatische Veränderung wäre – was pragmatisch unsinnig wäre, denn diese sind u.U. viel schwerer zu modifizieren als die körperexternen. Doch bereits die Rede von Ursache-Wirkungs-Ketten, die weiter oben bemüht wurde, um den Ort psychischer Krankheiten im Feld naturalistischer Theorien zu bestimmen, könnte als zu eng angesehen werden. Der BPS-Ansatz vertritt eine systemische Vorstellung von Krankheit, in dem sich – dem Anspruch nach – auch Rückkoppelungen und andere nicht lineare Verknüpfungen abbilden lassen. Neben den Bezeichnungen „biopsychosocial model“ oder „biopsychosocial approach“ (Engel) findet sich auch diejenige des „somatisch-psychisch-sozialen Modells“ (Uexküll). Die grundsätzliche Idee ist aber immer dieselbe: Wir haben es mit einer Verschachtelung von System-Ebenen zu tun, mit Homöostasen auf und zwischen den jeweiligen Ebenen, und mit einem Verständnis von Krankheiten als Störungen, die aus eigener Kraft nicht behoben werden können („etwas ist aus dem Gleichgewicht“). Ich möchte das im Folgenden am Beispiel des auf die Psychologie und Psychiatrie zielenden Ansatzes von George Engel näher ausführen.

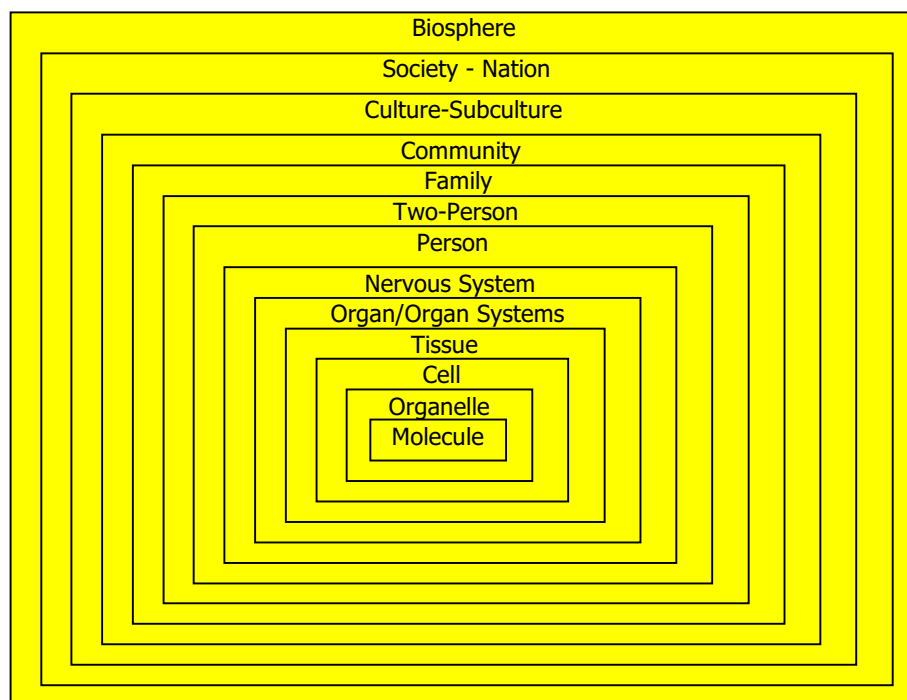


Abbildung 1: Hierarchische Systemebenen des BPS-Ansatzes (nach Engel 1980).

<sup>20</sup> „The dominant model of disease today is biomedical, with molecular biology its basic scientific discipline. It assumes disease to be fully accounted for by deviations from the norm of measurable biological (somatic) variables.“ (Engel 1977, S. 130. Zum „rational treatment“ vgl. ebd., S. 132).

Die Systemebenen sind vielfältig (vgl. Abb. 1). Eine Krankheit, oder ein pathologisches Ereignis, wie etwa ein Herzstillstand, lässt sich dann als komplexes Ereignis fassen, das auf mehreren Systemebenen zugleich abläuft, die sich untereinander beeinflussen und die jede mit eigenen Methoden erfasst und beschrieben werden. Engel veranschaulicht diese in Diagrammen, die die Systemebenen auflisten sowie die wesentlichen Resultate auf diesen Ebenen (vgl. Abb. 2), wobei aber doch der besondere Fokus auf die einzelne Person gelegt wird, die auch in den Originalabbildungen immer grafisch hervorgehoben ist. Auf deren Erfahrungen und deren Verhalten wird also besonders geachtet, ihr werden primär Krankheiten zugeschrieben bzw. Gesundungen oder, im ungünstigen Fall, der Tod.

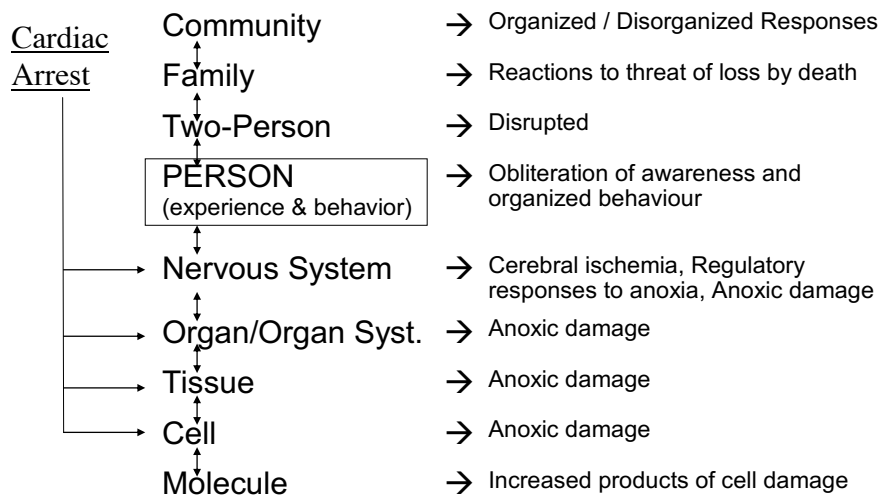


Abbildung 2: Ereignisse auf Systemebenen bei einem Herzstillstand (nach Engel 1980)

Zwar lässt sich bezweifeln, dass wirklich von einem *Modell* gesprochen werden sollte und nicht eher etwas zurückhaltender von einem *Ansatz* (so auch rückblickend die Einschätzung von Frankel, Quinn u. Daniel 2003). In der Tat ist der Vorschlag von Engel wenig ausgeführt: Die Interaktionen werden weder auf noch zwischen den Systemebenen genauer spezifiziert und es wird nicht genauer definiert, was Krankheit ist, weder in Termini von Störungen oder sonst wie. Dennoch scheint es so zu sein, dass der systemische Hintergrund ein heuristisches Schema bereitstellt, anhand dessen reale Abläufe und mögliche Alternativen oder zukünftige Abläufe erfasst werden können. Der BSP-Ansatz, so würde ich ihn verstehen, bietet also ein heuristisches Schema von Interaktionen an: Die Pathogenese/Salutogenese lässt sich in Ereignistabellen eintragen, Erklärungen und Prognosen von Wirkungen werden dadurch unterstützt. Es wird dadurch ein ganzheitlicher Blick möglich: Das Patientenerleben wird ernst genommen (psychosomatisch und somatopsychisch), soziale Faktoren werden berücksichtigt. Am Beispiel des Herzstillstands diskutiert Engel alternative Verläufe, je nach sozialer Interaktion des Patienten mit seiner Umgebung und seiner eigenen Einstellung zu seinem Leiden.

Da der BSP-Ansatz in den genannten Hinsichten nicht spezifiziert ist, steht er jedoch auch nicht wie vielfach angenommen in einem konträren Gegensatz zu naturalistischen Ansätzen. Es lassen sich vielmehr Kompatibilitäten und Komplementaritäten verzeichnen: *Kompatibilitäten* ergeben sich zunächst im Außenbereich, d. h. in Abb. 1 die Systemebenen außerhalb der Person: Hier wird dasjenige, was auch in naturalistischen Theorien als Umwelt vorkommt (prominent etwa im biostatistischen Modell, s. o.), systemisch verstanden. Ein Widerspruch ergibt sich daraus aber nicht. Auch im Innenbereich von Abb. 1 ist ein systemisches Verständnis mit naturalistischen Ansätzen kompatibel. Wie sich allerdings die Person darstellt, könnte einen Unterschied machen, dazu komme ich gleich noch genauer.

Die wesentlichen *Komplementaritäten* sehe ich darin, dass der BPS-Ansatz ein Suchschema für Störungen (=Ereignisfolgen, die Krankheit hervorrufen) liefert, die auch in naturalistischen Ansätzen als Störungen erscheinen, wenn sie bestimmte Konsequenzen haben. Welche Konsequenzen aber krankheitswertig sind, wird vom BSP-Ansatz nicht spezifiziert. Es lassen sich also die Festlegungen der biostatistischen Theorie (oder jeder anderen Theorie) hier eintragen. Allgemeiner formuliert: Die Systemidentifikationen im BPS-Ansatz erfordern Funktionszuweisungen, die der Ansatz selbst nicht anbietet. Homöostatische Gleichgewichte werden reguliert mit Blick auf höherstufige Systemfunktionen (Puls, Temperatur, ...), das wurde weiter oben schon erläutert. Was aber ist die wesentliche Hinsicht oder sind die wesentlichen Hinsichten, nach denen sich übergeordnete Systemfunktionen angeben lassen, deren Störung krankheitswert hätte? Der Kulminationspunkt systemischer Beziehungen bleibt im BSP-Ansatz völlig ungeklärt: Individuelles Überleben und Reproduktion wären (minimale) Kandidaten für solche Kulminationspunkte.

Ob man psychische Krankheiten als eigenständig anerkennt, hängt von der Haltung zum Leib-Seele-Problem ab, das wurde oben im Zuge der Erläuterung der radikalen biomedizinischen Perspektive schon angesprochen und dort als die erste von zwei Festlegungen angeführt, die diese Perspektive ausmachen. Dass die zweite Festlegung (rational treatment) schon pragmatisch wenig sinnvoll ist, wurde oben bereits festgehalten, hier geht es nun genauer um die erste. Biopsychosoziale Ansätze sehen eine Eigenständigkeit der psychischen und sozialen Systemebenen (unspezifiziert) vor. Damit geht einher, dass sich auch eine eigene Verantwortung für seinen Zustand bzw. für Zustände auf anderen Systemebenen zuweisen lässt (die etwa in Formulierungen wie „nicht aus eigener Kraft zu überwinden“ niederschlägt), die angesichts komplexer Wirkungszusammenhänge jedoch graduiert auszuführen wäre, also als ein Mehr-oder-weniger. Ich halte das für eine vernünftige Position und werde gleich auch sagen, warum, während ich diskutiere, ob diese mit einer naturalistischen Perspektive vereinbar ist.

Philosophisch gesehen spricht (auch in den Augen naturalistischer Philosophen der analytisch-philosophischen Richtung) nämlich gegen eine Reduzierung des Mentalen auf Physisches zumindest zweierlei: Erstens können mentale Zustände von etwas handeln, sich auf etwas richten (Intentionalität), zweitens haben sie einen phänomenalen Gehalt, fühlen sich also irgendwie an (*qualia*). Solange diese beiden Eigenschaften des Mentalen nicht befriedigend erklärt sind (und manche meinen, Argumente dafür vorgebracht zu haben, dass das unter dem gegenwärtigen Problemaufriss gar nicht möglich ist), ließe sich eine radikale biomedizinische Perspektive nicht sinnvoll vertreten. (Für die Eigenständigkeit auch der sozialen Dimension ließe sich mit Blick auf kollektive Intentionen, Handlungen und Urteile m. E. analog argumentieren.)

Auch wenn damit die Rede von psychischen (und sozialen) Faktoren, Elementen o. ä. von Krankheit bezüglich der Ursachen und der Wirkungen von Krankheit abgesichert sein dürfte, bleibt doch die Frage, ob sich der Kern des Krankheitsbegriffs, der Ankerpunkt von Krankheit, nicht unter einem BSP-Ansatz anders darstellen müsste. An dieser Stelle sind jedoch die naturalistischen Theorien häufig zu wenig spezifiziert, um das behaupten zu können. Krankheiten müssen in der biostatistischen Theorie zwar durch das ontologische Nadelöhr gehen, ein „innerer Zustand“ zu sein, doch ist dies nicht auf eine somatische Reduktion angewiesen: Genuin psychische Funktionen, die dem Überleben und der Reproduktion dienen, ließen sich ja benennen (Erinnerung, Kognition usw.). Und für einige Interpreten der biostatistischen Theorie, wie z. B. Thomas Schramme, scheint diese nicht einmal auf die (somatischen) Funktionen des Überlebens und der Reproduktion beschränkt zu sein, wenn man mit ihr psychische Krankheiten bestimmen möchte.

Dass das individuelle Erleben und Verhalten eine große Rolle spielt bei psychischen Krankheiten und bei Psychosomatik, wird auch von naturalistischen Ansätzen normalerweise nicht bestritten. Daher mag eine radikale biomedizinische Perspektive einigen von ihnen zwar

als Fluchtpunkt dienen, hin zu einer ultimativen Wissenschaft von Krankheit und Gesundheit, aber auch diese dürften eine Reduktion zumindest zurzeit nicht für hilfreich halten. Jedoch ist der Zugriff auf dieses Erleben in naturalistischen Ansätzen teils rein aus einer Dritten-Person-Perspektive vorgesehen: Es ist dann der wissenschaftliche Mediziner, der letztlich am Patienten etwas diagnostiziert, ihn behandelt, und nur die Verfahren sind als wirksam anzusehen, deren Erfolg sich objektiv, d. h. nicht nur unabhängig von den Beurteilungen der Krankheit und des Krankheitsverlaufs seitens des Patienten, sondern auch unabhängig von dem persönlichen Gesamteindruck des Arztes festhalten lässt. Objektivität muss aber auch in naturalistischen Ansätzen nicht somatisch reduktiv, sondern kann auch sonst wie intersubjektiv beschreibend oder interpretierend gemeint sein. Und auch insgesamt kann ein naturalistischer Ansatz, der sich auf die Biologie beziehen will, dann, wenn er sich *nicht nur* auf die Biologie beziehen will bzw. diesen Bezug richtig versteht, durchaus Raum lassen für eine echt normativ verstandene „Praxis“, d. h. nicht nur für Verhalten, sondern für ein gemeinsames Verstehen und Handeln und damit als praktischer Krankheitsbegriff durchaus auf individuelle Autonomie oder soziale Güter bezogen sein.

Vorschnellen biologistischen Reduktionen kann auch dadurch vorgebeugt werden, dass man berücksichtigt, was naturalistische Autoren ihrer biologischen Fundierung selbst zutrauen und was nicht. Zumindest Boorse und Wakefield sind nämlich beide nicht der Meinung, den alltäglichen Krankheitsbegriff auf diese Weise erreicht zu haben. Das möchte ich ausführen unter dem Titel:

#### 4. Theoretische und praktische Krankheitsbegriffe

In der Debatte zwischen Normativisten und Naturalisten wird von einigen Autoren behauptet, dass ein naturalistischer, d. h. ein rein beschreibender, naturwissenschaftlich-biologischer, wertfreier und theoretischer Krankheitsbegriff „unmöglich“ sei. Zwei Argumente kehren immer wieder:

(1) Krankheit sei ein normativer Begriff, der intern mit einer Negativbeurteilung verbunden sei (vgl. z. B. Fulford). Dazu ist zu sagen: Einen im genannten Sinne wertfreien Krankheitsbegriff zu entwickeln, d. h. einen, der ohne Negativbewertung auskommt, ist natürlich *möglich*, wird ja von den Protagonisten eines solchen Begriffs gerade vorgeführt. Wertfreiheit ist hierbei nicht im absoluten Sinne zu verstehen, sondern Krankheit ist so wertfrei oder wertgeladen wie andere Begriffe der Biologie (oder anderer Disziplinen, die Funktionszuweisungen vornehmen) auch.<sup>21</sup> Die Frage ist aber, für welche Kontexte ein solcher wertfreier Begriff dann adäquat ist. Mit der „Unmöglichkeit“ ist m. E. gemeint, dass eine Reduktion des alltäglichen, praktischen Krankheitsbegriffs auf einen biologischen Krankheitsbegriff nicht adäquat ist. Das wird gleich weiter verfolgt.

(2) Als zweites Argument für die Normativität des Krankheitsbegriffs wird häufig die kulturelle und historische Variabilität von Krankheitsvorstellungen angeführt (vgl. z. B. Engelhardt 1976): Einmal zählt etwas als Krankheit, ein andermal nicht. Beispiele aus heutiger Sicht kurioser Krankheiten sollen das verdeutlichen: Masturbation, Homosexualität, Drapetomania („the runaway disease of slaves“) usw. Dazu ist zu sagen: Der Wandel eines Begriffsumfangs könnte auch unter ein und demselben Begriff sich vollziehen, der in

---

<sup>21</sup> Zu dieser und zu anderen Kontroversen vgl., mit ausführlicher Diskussion kritischer Einwände, Boorse (1997). Sein Verständnis von „Naturalismus“ erläutert er darin auf den Seiten 22ff. Letztlich laufe das darauf hinaus, dass „disease“ ein genauso objektives Konzept sei wie „meter“ oder „degree C“ (S. 28). Das glaube ich nicht, da es nicht nur um das Einbringen von Skalen geht, wie Boorse zu glauben scheint, sondern Funktionszuweisungen ohne Als-ob-Teleologie, d. h. von uns unterstellte Zwecke, nicht auskommen (wie Kant in der „Kritik der Urteilskraft“ gezeigt hat).

unterschiedlichen historischen und sozialen Kontexten nur unterschiedlich spezifiziert worden ist (so Nordenfelt). Insbesondere könnte dieser Wandel auch mit einem Wandel der biologischen Wissenschaften verbunden sein. Damit wäre der Krankheitsbegriff nicht schon deshalb normativ, weil er sich wandelt, jedenfalls nicht mehr als jeder beliebige andere Begriff der Biologie. So könnte auch die Idee, dass Variabilität ein Indiz für normativen Gehalt ist, selbst verfehlt sein; andere Autoren wie Gert, Culver und Danner Clouser argumentieren für ihre Position (s. u.) gerade damit, dass *normative* Kerngehalte z. B. von „harm“ über die Jahrhunderte unverändert geblieben und interkulturell unstrittig seien, wenn sich auch die konkreten Realisierungen unterscheiden mögen.

Ein naturalistischer Krankheitsbegriff ist also durchaus möglich, scheint mir, doch die Frage ist: In welchen Kontexten ist er auch adäquat? Lässt er sich als theoretischer Krankheitsbegriff entwickeln, der die medizinische Forschung leitet, bzw. darüber hinaus in weiteren praktischen Kontexten einsetzen – und wenn ja wie?

## 4.1. Konstruktive Varianten

Betrachten wir, was die Protagonisten selbst zur Normativität des Krankheitsbegriffs schreiben, genauer: zum praktischen Krankheitsbegriff, der unser Handeln leitet (bzw. leiten soll), d. h. dasjenige der Patienten, der behandelnden Ärzte usw. Worauf man dann stößt, mag überraschen: Nach Auffassung der meisten naturalistischen Medizinthoretiker sind die biologisch orientierten Krankheitsbegriffe *nicht* deckungsgleich mit dem, was in der alltäglichen Praxis und der gesellschaftlichen Diskussion als Krankheit zählt, und sollen es auch nicht sein. Dennoch soll der biologische Krankheitsbegriff nach Meinung dieser Theoretiker ein Fundament auch für diese Diskussionskontexte bilden können. Darum, das zu verstehen und einordnen zu können, soll es nun genauer gehen.

Zu diesem Zwecke müssen wir die Unterscheidung von monistischen und pluralistischen Definitionen vom Anfang dieses Textes wieder aufnehmen. Monistisch nennen wir nunmehr die Ansätze, die für alle praktischen Kontexte ein und denselben Krankheitsbegriff meinen definieren zu können. Pluralistisch in diesem Sinne ist ein Ansatz also nicht schon dann, wenn auch andere Begriffe für möglich hält, sondern erst dann, wenn er unser Handeln – d. h. das Handeln der medizinischen Forscher, der behandelnden Ärzte, der Sozialrechtler usw. – von mehr als einem Krankheitsbegriff geprägt sieht. Pluralistisch in diesem Sinne ist ein Ansatz aber auch dann nicht mehr, wenn er davon ausgeht, dass man auf Krankheitsbegriffe komplett verzichten sollte, da diese sich auch je innerhalb praktischer Kontexte nicht sinnvoll spezifizieren lassen.<sup>22</sup>

Prinzipiell lassen sich acht Weisen vorstellen, normative Begriffselemente von Krankheit zu naturalistischen in Beziehung zu setzen: Fünf Weisen ergeben sich innerhalb der monistischen, drei weitere innerhalb der pluralistischen Definitionsstrategie. Innerhalb der monistischen Strategie (die meint, genau einen Krankheitsbegriff definieren zu müssen), hat man die Wahl zwischen Reduktion oder Integration. Bei der Reduktion werden Elemente ausschließlich einer Seite eingesetzt, um einen Krankheitsbegriff zu konstruieren, der für alle Kontexte brauchbar erscheint. Bei einer asymmetrischen Integration werden Elemente beider Seiten in ungleicher Weise integriert (was auf zweierlei Weise möglich ist, je nachdem,

---

<sup>22</sup> Disease und illness seien „crude concepts“ und „rules of thumb“, die einen Gegenstandsbereich ungefähr abstecken, aber das Handeln genauso wenig leiten, wie bei einem Mechaniker der Begriff *car* dies tue oder bei einem Gärtner der Begriff *garden*, so Hesslow (1993). Hesslow führt seine These in verschiedenen Anwendungskontexten aus, seine Argumente sind daher nicht spezifisch für den Krankheitsbegriff. In seinem Vergleich übersieht Hesslow jedoch die kommunikative Funktion, die der Krankheitsbegriff in existenziellen und zwischenmenschlichen Kontexten hat: Hier behandelt nicht ein Mechaniker ein Objekt, sondern hier müssen Patient und Arzt (und evtl. weitere Dritte) sich über den Status und die Deutung von Ereignissen klarwerden.

welche Art von Elementen überwiegt), bei der symmetrischen Integration, die ich *Äqui-Integration* nennen möchte, werden normative und naturalistische Elemente gleichberechtigt zusammengefügt, immer zu *einem*, theoretisch wie praktisch brauchbaren Krankheitsbegriff. Pluralistische Strategien hingegen zielen auf zwei oder mehr Krankheitsbegriffe. Sie lassen sich danach unterscheiden, ob einer von ihnen als Teilbereich eines anderen aufzufassen ist (und wenn ja von welchem), d. h. nach der Art der *Subordination*. Während bei der Integration der eigenständige begriffliche Status bestritten wird, wird er bei der Subordination ausdrücklich anerkannt, jedoch wird ein Voraussetzungsverhältnis behauptet (das Zusprechen z. B. des praktischen Krankheitsbegriffs setzt das Zusprechen des theoretischen voraus, oder umgekehrt). Die dritte, pluralistische Möglichkeit besteht darin, keine Subordination zu behaupten, d. h. eine Nebeneinanderordnung (*Koordination*). Das heißt, auch pluralistische Theorien müssen klären, ob man theoretisch krank sein kann, ohne es praktisch zu sein, oder umgekehrt, und lassen sich danach ordnen.

Die von mir unterschiedenen fünf monistischen und drei pluralistischen Möglichkeiten sind also:

- theoretische Reduktion
- praktische Reduktion
- theoretische Integration
- praktische Integration
- Äqui-Integration
- theoretische Subordination
- praktische Subordination
- Koordination

Hinzu treten noch die bereits angesprochene skeptische Lösung (Verzicht auf den Krankheitsbegriff) sowie zwei Subversionsstrategien: Diese Strategien versuchen zu zeigen, dass vermeintlich naturalistische Elemente in Wahrheit normative seien (vgl. Margolis 1976) bzw. normative Elemente in Wahrheit naturalistische.<sup>23</sup> Diese skeptische und die Subversionslösungen bringen aber keine spezifischen Argumente vor, die speziell mit dem Krankheitsbegriff zu tun hätten, und werden daher hier nicht weiter verfolgt. Die natürlich erst einmal sehr schematische und idealisierte Fünf-plus-drei-Einteilung hingegen wird nun, auch anhand von Autorenpositionen, näher erläutert.

#### 4.1.1. Reduktion

Zunächst zu den Reduktionsstrategien. Erstens könnte man gewissermaßen die Auffassung vertreten, die theoretischen Elemente allein machten schon den Krankheitsbegriff. Ein auch praktischer Krankheitsbegriff ohne normative Elemente wird jedoch in der medizintheoretischen Diskussion nicht prominent vertreten, zumindest ist mir keiner bekannt (auch Boorse tut das nicht). Es gibt jedoch Adepten naturalistischer Positionen, z. B. Norman Daniels, die das tun – dazu komme später noch genauer.

Zweitens könnte ein nur aus normativen Elementen zusammengesetzter Krankheitsbegriff entwickelt werden, der auch als theoretisch verbindlich ausgegeben wird. So schreibt etwa Wiesing (1998, S. 87): „Einen Zustand als ‚Krankheit‘ zu bezeichnen impliziert, dass er unerwünscht ist und dass er verändert werden soll.“ Doch heißt dies nicht, dass *alles*, was unerwünscht ist und verändert werden soll, per definitionem eine Krankheit ist. Andere

---

<sup>23</sup> Margolis argumentiert, direkt gegen Boorse gerichtet, damit, dass *gerade* der Funktionsbegriff den Krankheitsbegriff wertgeladen mache. Im Prinzip ließe sich aber jede normativistische Wissenschaftstheorie hierzu einsetzen. – Die umgekehrte Strategie ist mir bezogen auf den Krankheitsbegriff nicht bekannt, wohl aber ließen sich alle diejenigen philosophisch-neurobiologischen Positionen hier eintragen, die im Namen einer Naturalisierung von Handlungen die menschliche Handlungsfreiheit negieren.

Autoren waren da weniger vorsichtig; nach Sedgwick (1973) ist eine Krankheit, völlig unabhängig von biologischen Gegebenheiten, als sozial unerwünschte und medizinisch beeinflussbare personale Verfassung zu verstehen, nach Goosens (1980) ist Krankheit noch plakativer jeder Zustand, der irgendeine Bedrohung des Wohlergehens darstellt. Auf diese Weise wird der Krankheitsbegriff erkennbar viel zu weit gefasst. Raffinierter, und auch breiter akzeptiert, sind hingegen die normativen Theorien von Nordenfelt und von Gert, Culver und Danner Clouser (auch GCC-Theorie genannt), die auch die aktuelle Definition im für psychische Krankheiten einschlägigen Manual DSM-IV stark beeinflusst hat,<sup>24</sup> weswegen ich beide nun genauer beschreiben werde.

Nach Nordenfelts Auffassung geht jegliche Rede von Krankheit davon aus, dass uns etwas stört: Nämlich, dass wir in unserer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind. Im ausdrücklichen Anschluss (vgl. Nordenfelt 1993) an den eingangs erwähnten Canguilhem wird so ausgeführt: Krank zu sein bedeute, seine wesentlichen Ziele (*vital goals*) nicht erreichen zu können. Diese Ziele seien jedoch weder rein selbst gewählt, noch rein objektiv vorliegenden Bedürfnissen entsprechend, weshalb der Kompromissbegriff einer *minimal happiness* nötig werde. Krankheit im engeren, „analytischen“ Sinne betreffe Struktur und Funktion von Teilen des Organismus, während Gesundheit (*health*) in einem holistischen Sinne auf den Gesamtzustand eines Lebewesens bezogen sei (vgl. Nordenfelt 1987, S. 13). Deshalb sei die wesentliche Definition eine von *gesund*, die sowohl physische als psychische Aspekte abdeckt. Sie lautet (ebd., S. 79):

*A is healthy if and only if*

- *A is able,*
- *given standard circumstances in his environment,*
- *to fulfill those goals which are necessary and jointly sufficient for his minimal happiness.*

Die Rückbindung an *happiness*, d. h. Glück, ermöglicht zwar den Anschluss an eine in letzter Zeit auch in der Philosophie wieder aufkeimende Diskussion (vgl. Seel 1995; Wolf 1999; Fehige, Meggle u. Wessels 2000; oder kurz und bündig Schmid 2007), ist selbst aber schillernd und höchst erklärungsbedürftig (vgl. z. B. Bellebaum 2007). Die Interpreten sind sich deshalb auch nicht einig, wie sie den Vorschlag einordnen sollen, ob als subjektiv-normativ (sodass die goals und auch die Vorstellungen von happiness sich von Subjekt zu Subjekt verschieden darstellen) oder stärker generelle Bewertungen gemeint sind. Zudem muss sich dieser Vorschlag der Kritik stellen, dass eine aus Zielerreichungen bestehende Glückskonzeption wenig überzeugend ist (*dominant end* vs. *inclusive end*, vgl. Ackrill 1974/1995).

Zunächst von Culver und Gert (1982), später dann von Gert, Culver und Danner Clouser (1997; 2006a, Kap. 6) wurde ein generelles normatives Konzept entwickelt.<sup>25</sup> Im Zentrum dieser sogenannten GCC-Theorie steht dabei der Begriff der *malady*, der als ein Krankheitsbegriff im weiten Sinne wie eingangs ausgeführt auch Verletzungen, Missbildungen usw. übergreifen soll. Er ist folgendermaßen definiert (Culver u. Gert 1982, S. 81):

*A Person has a malady if and only if*

- *he has a condition,*

---

<sup>24</sup> „Mental disorder“ als „any clinically significant behavioral or psychological syndrome characterized by the presence of distressing symptoms, impairment of functioning, or significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or loss of freedom. Mental disorders are assumed to be the manifestation of a behavioral, psychological, or biological dysfunction in the individual.“ (DSM-IV, zit. nach Dorland 2004b)

<sup>25</sup> Für eine weitere medizinethische Linie, die objektiv-normativ vorgeht und auch einen solchen Krankheitsbegriff entwickelt hat, siehe Bobbert (2000).



- *other than his rational beliefs and desires,*
- *such that he is suffering, or at increased risk of suffering, an evil (death, pain, disability, loss of freedom or opportunity, or loss of pleasure)*
- *in the absence of a distinct sustaining cause.*

Dieselbe Rationalitätskonzeption wie in der Moralphilosophie wird herangezogen, um Krankheiten zu definieren (und mit diesem Anschluss können, nach der GCC-Auffassung, bioethische Probleme systematisch gelöst werden). Diese verbürgt auch die Objektivität. Gert et al. fassen das so zusammen: „The paradigm of an irrational action is an action that has as its intended result the agent’s death, pain, disability, loss of freedom, or loss of pleasure, and the agent does not believe that anyone, including himself, will thereby avoid any of these harms or gain any benefits, such as increased consciousness, abilities, freedom, or pleasure. A complete account of irrational actions would include actions without compensating benefits, in which a person *intentionally* acts in a way to significantly increase the risk of his suffering any of these harms; actions in which a person *knowingly* acts in a way that will result in his suffering these harms, or significantly increases his risk of suffering them; and actions such that the agent *should know* would have this kind of result. Any action that does not fit in one of these categories counts as irrational. This account actually picks out those actions that are regarded by all as irrational.” (Gert, Culver u. Danner Clouser 2006a, S. 8) Zur Not würden die Autoren dabei das „by all“ empirisch statistisch interpretieren, also per 95%-Regel, wenn ich sie richtig verstehe. Der Bezug zu psychischen Krankheiten ist nach Ansicht der drei Autoren kein Problem, im Gegenteil, der eigene Ansatz erlaube gerade eine Objektivierung der ansonsten als ad hoc oder als gesellschaftlich-politische Setzungen angesehenen Definitionen psychischer Krankheit: „Disorders, mental or physical, are conditions that are associated with suffering distress or disability or a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom or pleasure. Mental disorders, properly understood, like physical disorders, are not merely labels for conditions that some culture or society has arbitrarily picked out for special treatment. Mental disorders are conditions that no rational person in any society wants himself, or anyone he cares for, to suffer, unless there is some compensating benefit.” (Gert, Culver u. Danner Clouser 2006b, S. 21)

Die geforderte Abwesenheit der „distinct sustaining cause“ solle es ermöglichen, dass eine Krankheit zwar von außen (auch durch Umweltveränderungen also) ausgelöst, aber nicht aufrechterhalten werden kann; in der oben schon erwähnten DSM-IV-Definition sei mit „in the individuum“ dasselbe gemeint. Auch diese Definition enthält also eine Umwelt-Kalibrierungsklausel.

Dennoch trifft auch diese Definition nicht die üblichen Intuitionen zu Krankheit und Gesundheit: So verteidigen Gert et al. wie oben schon erwähnt auf Basis dieser Definition die Auffassung, eine Schwangerschaft müsse als Krankheit gelten, da sie der Mutter die genannten Übel bringen könne. Dagegen lässt sich jedoch bereits auf Basis der GCC-Theorie einwenden, dass hier in der Regel rationale Meinungen und Wünsche seitens der Mutter vorhanden sind, die diese negativen Möglichkeiten kompensieren. Auch vielen anderen vermeintlichen Gegenbeispielen zur GCC-Theorie lässt sich so begegnen – wenn ein halbwegs adäquater Rationalitätsbegriff angesetzt werden darf, der noch nicht einmal subjektivistisch sein muss (obwohl es für die GCC-Theorie m. E. die bessere Option wäre, zuzulassen, dass wir zu mehr als 95% zur Überzeugung kommen können, dass für Person *x* bestimmte Wünsche rational sind und für Person *y* nicht und sich somit Krankheiten individuell anders darstellen, diese Darstellung aber intersubjektiv vermittelbar ist). Neben der Kritik an einem fehlgehenden objektiven Normativitätsideal scheint mir aber die allgemeine Kritik richtig, dass die GCC-Theorie Krankheit prinzipbedingt zu weit fasst: Nicht jeder von selbst aufrechterhaltene Zustand einer Person, der mit den genannten Übeln verbunden ist, ohne dass diese anderweitig kompensiert werden, kann sinnvoll als Krankheit aufgefasst werden. Denn intuitiv bezeichnen wir m. E. solche Zustände nur dann als

Krankheiten, wenn sie auf bestimmte Arten und Weisen verursacht worden sind und/oder vorliegen und /oder ihnen auf bestimmte Arten abgeholfen werden kann.

#### 4.1.2. Integration

Theoretische Integration würde bedeuten, dass praktische Elemente in die insgesamt theoretische Definition integriert werden, genauer: (1) praktische Werte und Ziele als den medizinisch-wissenschaftlichen Elementen, etwa den Funktionsbestimmungen, zugrundeliegend zu sehen, die die praktische Verwendbarkeit des Krankheitsbegriffs sichern, jedoch (2) einen eigenständigen praktischen Krankheitsbegriff nicht vorzusehen, sondern den theoretischen als praktischen zu vertreten. Praktische Integration wäre analog zu beschreiben. Beides kommt in dieser Radikalität in der Literatur so weit ich sehe nicht vor, denn von den Autoren, die asymmetrische Verhältnisse konzipieren, wird entweder reduziert (was gerade behandelt wurde) oder von einer Vielfalt von Krankheitsbegriffen (im Plural) ausgegangen (was im Folgenden weiter ausgeführt wird).

Äqui-Integration:

Wakefield kombiniert eine Funktionsanalyse mit einem normativen Kriterium der Unerwünschtheit, und fasst das unter dem Begriff der disorder zusammen: Nur was *beides* erfüllt, was also eine Funktionsstörung ist und unerwünscht, gelte als Krankheit (Wakefield 1992/1997, S. 87f.):

*A condition is a disorder if and only if*

- (a) the condition causes some harm or deprivation of benefit to the person as judged by the standards of the person's culture (the value criterion), and*
- (b) the condition results from the inability of some internal mechanism to perform its natural function, wherein a natural function is an effect that is part of the evolutionary explanation of the existence and structure of the mechanism (the explanatory criterion).*

Die Kombination ist ausdrücklich als eine Kombination von naturalistischen und normativen Elementen gedacht: „I argue that disorder lies on the boundary between the given natural world and the constructed social world; a disorder exists when the failure of a person's internal mechanisms to perform their functions as designed by nature impinges harmfully on the person's well-being as defined by social values and meaning.“ (ebd., S. 63) Er stellt also ausdrücklich nicht auf individuell-subjektive Bewertungen ab. Wakefield folgt der ätiologischen Funktionstheorie, es zählt also nicht der aktuelle Überlebenswert (wie bei Boorse). Die von ihm vorgeschlagene Konjunktion von Bedingungen entschärft einige Probleme der ätiologischen Funktionstheorie, so müssen Störungen von Funktionen nicht mehr automatisch als Krankheit gelten, sondern sie gelten nur dann als Krankheit, wenn sie zugleich unerwünscht sind. Selbst wenn etwas früher einmal negativ selektiert worden ist (wie vielleicht Homosexualität, zumindest wird das in der Literatur so diskutiert), würde es dann, wenn es nicht unerwünscht ist, auch nicht als Krankheit zählen. Immer noch aber könnte es vitale Organfunktionen geben, deren Störung man nur deshalb nicht als Krankheit bezeichnen kann, weil sie in der Vergangenheit keinen Selektionsvorteil gebracht haben.

#### 4.1.3. Subordination

Subordinationsideen führen zunächst einmal zurück zum Ansatz von Boorse. Jedoch: Für den alltäglichen oder medizinischen *praktischen* Begriff von Krankheit hat Boorse Normativität nicht bestritten und neben den naturalistischen Begriff disease von Anfang an andere Begriffe

gestellt: Zunächst die *illness*, später dann ein graduelles Konzept von Krankheits- und je komplementären Gesundheitsbegriffen.

Zunächst verstand Boorse unter Krankheit als *illness* einen ausdrücklich wertgeladenen Begriff: Krankheit als *illness* liegt nach Boorse (1975, S. 61) nur dann vor, wenn eine Krankheit als *disease* so schwer ist, dass sie einen unfähig macht (*incapacitating*) und damit: (i) unerwünscht ist seitens dessen, der sie hat; (ii) mit einem Behandlungsanspruch verbunden ist; und (iii) ein Entschuldigungsgrund ist für ansonsten kritikwürdiges Verhalten.

Dieser Begriff von Krankheit soll die gesellschaftliche Diskussion und das ärztliche Handeln leiten, baut aber ausdrücklich auf dem anderen, naturalistischen Begriff auf (*disease* als notwendige Bedingung für *illness*). Bis hierher würde es aber damit so sein, dass Boorse als Monist zu bezeichnen ist: Praktische Kontexte werden *nicht* von seinem naturalistischen *Disease*-Begriff geleitet, sondern dieser ist nur ein (allerdings wichtiger) Teil des *illness*-Begriffs. Letzteres ist auch noch beim graduellen Konzept so, das er später entwickelte, nun aber werden verschiedene praktische Krankheitsbegriffe unterschieden (wobei mir unklar ist, ob die „*disease*“ nun auch praktische Funktionen übernehmen soll) und deshalb wird er von mir auch hier, bei der Subordination, eingeordnet:

Im Boorseschen graduellen Konzept von Krankheit und Gesundheit tauchen *disease* und *illness* zwar auf, aber als zwei unter sechs verschiedenen Graduierungen. Die eigentlichen Definitionen dieser beiden Begriffe werden nicht verändert, wohl aber ihre Rolle. Am folgenreichsten dürfte das für die *illness* sein, welche vormals der einzige praktische Krankheitsbegriff war.

Suboptimal		Positive Health
Pathological (~disease)		Theoretically Normal
Diagnostically Abnormal		Diagnostically Normal
Therapeutically Abnormal		Therapeutically Normal
Dead	Ill	Well
	Alive	

Abbildung 3 (nach Boorse 1997, S. 13, dort betitelt „*Grades of health*“)

Die bisherigen Boorseschen Begriffe von *disease* und *illness* sind grau eingezeichnet. Nicht jedes *disease* lässt sich diagnostizieren, nicht jedes diagnostizierbare therapieren, nicht jedes therapierbare wird als *illness* empfunden (und um etwas empfinden zu können, muss man am Leben sein).

Die oberste Reihe führt einen positiven Begriff von Gesundheit ein, nun nicht mehr nur als die Abwesenheit von Krankheit definiert. In dieses Kästchen würde wohl auch die berühmte WHO-Definition von Gesundheit fallen, die bisher noch nicht erwähnt worden ist (und die in der Literatur häufig als Beispiel für eine ganz offensichtlich verfehlte da viel zu weit gehende und wenig hilfreiche Definition erwähnt wird): „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens [...]“ (WHO 1946, Präambel). Der zweite Satz ist bemerkenswert weitgehend. U. a. in der Ottawa-Charta von 1986 hat die WHO die Wohlergehensdefinition und die damit verbundene, weite Sicht noch einmal bekräftigt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. [...] Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem

Wohlbefinden hin. [...] Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.“

Die illness bzw. die diagnostische und therapeutische Abnormität decken somit den medizinisch-praktischen Teil ab, Krankheit als Suboptimalität hingegen den politischen Teil (Public Health, usw.), wie mir scheint. Politisch lässt sich somit auch Gesundheit jenseits der (theoretischen) Krankheit propagieren, die WHO-Definition soll genau das ausdrücken, während diese im ärztlichen Handeln und der medizinischen Forschung im engeren Sinne keine Rolle spielen soll – so würde ich den aktuellen Vorschlag von Boorse verstehen. In der hier vorgeschlagenen Terminologie würde Boorse also eine theoretische Subordination der illness gegenüber dem disease vertreten (keine illness ohne disease, d. h. keine praktische ohne theoretische Krankheit), jedoch paradoxerweise zugleich eine praktische Subordination des disease gegenüber der Suboptimality (kein disease ohne suboptimality).

Eine praktische Subordination steht auch hinter der Disease-Definition von Fulford (1998):

*[T]o judge a condition to be a disease is to imply*

- *that the (descriptive) features by which that condition is defined*
- *are criteria for the (negative) value judgment expressed by disease.*

Im Begriff disease kommen also bestimmte Werturteile zum Ausdruck und er ist gerade so gefasst, dass er deskriptiv genau diejenigen Objekte herauspickt, auf die diese Werturteile zutreffen. Die „negative value judgements“ werden über das Konzept der illness entwickelt, formen einen eigenen Krankheitsbegriff, weshalb ich die Disease-Definition als praktische Subordination begreife. Fulford sagt von sich selbst, er verfolge einen „reverse view“ (S. 67), die gegen naturalistische Strategien gerichtet ist: illness als basaler Term, handlungstheoretisch abgeleitet, darüber seien dann disease und eine Reihe anderer „malady terms“ definierbar. Das Begriff der illness habe seinen Ursprung „in the experience of a particular kind of action failure“, nämlich „in the apparent absence of obstruction and/or opposition“ (S. 109; dies ist eine Parallele zur „distinct sustaining cause“ bei Gert et al., s. o.). Mentale Krankheiten seien demzufolge auf mentale Akte (mental actions) bezogen, z. B. Nachdenken oder Erinnerung, genauso wie physische Krankheiten auf physische Akte. Begriff von Krankheit als disease werden nun, wie oben dargelegt, als solche Kennzeichnungen verstanden, die dieselben Werturteile zum Ausdruck bringen wie die Illness-Kennzeichnung, sich jedoch nur auf einen Teilbereich von illness beziehen (auf welchen genau, wird nicht theoretisch abgeleitet; sie, diese diseases, seien weithin als solche, d. h. illnesses, anerkannt, schreibt er dazu auf S. 61). Weitere Disease-Begriffe ergeben sich durch eine kausale oder statistische Beziehung zu dem ersten Disease-Begriff, es ergibt sich in Fulfords Augen also eine Familie von intern miteinander verknüpften Disease-Begriffen (S. 62-64). Die prinzipielle Strategie dabei ist aber klar: Illness ist der weitere Begriff: „Illness has the more overtly evaluative connotations (partly) because it can be used for any condition that may be negatively evaluated as an illness; disease has more descriptive connotations because it refers to the subcategory of illnesses that are uniformly evaluated in it’s way (i. e., by most people in most contexts).“ (1994, S. 231). Und er ist der grundlegendere: „The essential point is that the flow of meaning throughout is from the patient’s experience through to derived disease concepts, not vice versa. Disease concepts, in this view, thus presuppose the meaning of illness. Hence if it is the logical structure of our classifications with which we are concerned, we should be focusing not, with the science-based view, on disease, but, directly, on the concept of illness.“ (ebd.) Dabei erscheint die disease nun als Teilbereich von illness (d. h. auch das Extensionsverhältnis ist genau *andersherum* wie bei Boorses Vorschlag).

#### 4.1.4. Koordination

Auch der eingangs erwähnte Hucklenbroich (2007) verfolgt mit seiner sprachrekonstruktiven Strategie eine Subordination, doch lässt sich sein Ansatz im Sinne einer Koordination kritisch umbauen: Hucklenbroich möchte darauf hinaus, dass der praktische nur dann legitim verwendet werden, wenn auch bestimmte theoretische Verwendungen möglich wären (auch hier gilt: Keine praktische Krankheit ohne theoretische Krankheit). Die Ziele ärztlichen Handelns, wie in (ebd., Abs. 27) aufgeführt, können nämlich nach Hucklenbroich „erst verständlich formuliert werden, wenn man schon weiß, was in ihnen mit ‚Krankheit‘ gemeint ist“ (ebd., Abs. 28). Sie seien „ganz vom Krankheitsbegriff her formuliert“ (ebd.). Hucklenbroich zielt damit auf eine theoretische Subordination: Die legitime praktische Prädikation setze die theoretische voraus, und auch der Begriffsinhalt lasse sich nur von Theoretischen her fassen.

Hucklenbroich war es ja wichtig, einen Krankheitsbegriff zu gewinnen, der keine Werte oder praktischen Zielsetzungen zum Ausdruck bringt. Er trennte dazu die „praktischen“ (ebd., Abs. 7) Dimensionen von Krankheit, d. h. wann etwas als behandlungsbedürftig gilt und welche Behandlungen als solidarisch zu bezahlen, wann jemand krankgeschrieben wird usw., ab. Eine solche Trennung halte ich für analytisch sinnvoll. Offenbar verfolgen wir mit der Zuschreibung von Krankheit in verschiedenen Kontexten verschiedene Ziele. Bestimmte ärztliche, soziale oder politische Handlungsziele können daher als „praktische“ abgespalten werden. Der übrig bleibende „theoretische“ Krankheitsbegriff soll nun aber *gar nicht mehr* von ärztlichen Handlungszielen anhängen, sondern umgekehrt die Ziele ärztlichen Handelns erst vom Krankheitsbegriff her verständlich sein.

Doch scheint mir dies ein Fehlschluss. Nur weil in manchen Formulierungen der Ziele des ärztlichen Handelns das Wort „Krankheit“ vorkommt (so auch bei Hucklenbroich), sind sie nicht schon ohne diesen Begriff unverständlich. Vielmehr scheinen mir die in Formulierungen der Ziele ärztlichen Handelns ebenfalls vorkommenden Begriffe „Leid“, „Leben“, „Tod“ und „Verlust von körperlich-seelischen Fähigkeiten“ (so auch bei Hucklenbroich) die eigentlichen Sinntäger zu sein. Nicht zufällig entsprechen diese den ersten drei (oder vier) Kriterien des phänomenalen Teils der Krankheitsdefinition, so Hucklenbroich selbst (ebd., Abs. 27), und diese ersten Kriterien seien die „klassischen“ oder auch die „Hauptkriterien“ (ebd., Abs. 18). Diese Begriffe definieren im Wesentlichen Krankheit, nicht umgekehrt. Damit hätten wir dann eine Koordinationsstrategie vor uns: Beide Begriffe sind unabhängig voneinander insofern, als sie beide aus dem ärztlichen Handeln gewonnen sind, ohne dass der eine den anderen Krankheitsbegriff voraussetzen würde. Ein solches Verständnis würde auch gut zu der Art passen, wie die theoretischen Elemente von Hucklenbroich versammelt werden, nämlich per Oder-Verknüpfung. Eine Koordinationsstrategie würde diese nur ins Praktische hinein verlängern brauchen.

#### 4.1.5. Normativ-deskriptiver Krankheitsbegriff als Alternative?

Ich möchte die Argumentation dafür, dass ein praktischer Krankheitsbegriff nicht ohne normative Elemente auskommt, abschließend noch etwas vertiefen und konturieren. Ein m. E. geeigneter Test auf normative Gehalte lässt sich analog zu Moores „Argument der offenen Frage“ formulieren (vgl. Moore 1903/1993, S. 62-69). Er besteht darin, zu prüfen, ob es seltsam wirkt, zu sagen: „Zugegeben, dieser Vorgang ist ..., aber ist er auch schlecht?“ Setzt man hier nun „krank“ oder gar „Leid bringend“ oder „todbringend“ ein, sieht man, dass es für uns normal ist, die so bezeichneten Vorgänge intrinsisch schlecht zu finden. (Auch wenn man diese Vorgänge nicht benutzen kann, um „gut“ zu definieren; Moore kam es nur darauf an.)

„Krank“, „Leid bringend“ usw. erschöpfen dabei nicht die Sphäre des Evaluativen, würde ich sagen, sie können evtl. durch andere Wertungen überboten werden, aber sie sind zunächst gerade nicht rein deskriptiv. Diese Begriffe sind vielmehr zentrale Begriffe eines *auch evaluativen* Diskurses, drücken selbstverständlich *auch Wertungen* aus. (Das heißt nicht, dass sie sachlich gehaltlos sind. Dazu komme ich gleich noch.) Damit einhergehend finden wir es auch normal, scheint mir, dass Ärzte und medizinische Forscher diese Wertung im Wesentlichen übernehmen. Wir würden keine Ärzte wollen, die eine neutrale Haltung zu unseren Krankheiten haben, oder Forscher, denen es egal ist, ob ihre Erkenntnisse uns helfen oder nicht. Pointiert gesagt: Ärzte und medizinische Forscher sind nicht in erster Linie Beobachter, sondern Heiler und Helfer.

Leid, Leben, Tod – natürlich *kann* man diese Begriffe auch rein deskriptiv verstehen und damit auch Krankheit, doch weder die potenziellen Patienten noch die praktizierenden Ärzte noch die Medizinforscher tun das normalerweise, würde ich behaupten, und das ist kein Fehler. Insofern ist Hucklenbroichs Krankheitsdefinition zwar „rein deskriptiv“, da sie eine gängige Sprachverwendung nur zu beschreiben versucht (wann sprechen wissenschaftliche Mediziner von „Krankheit“ bzw. von „krankhaft“?). Doch der Nachweis, dass diese Sprachverwendung selbst rein deskriptiv ist oder dass rein deskriptive Verwendungsweisen primär wären, scheint mir nicht geglückt (und die These auch nicht sehr plausibel). Wenn nämlich diese Sprachverwendung von kulturellen Interpretationen von natürlichem Tod oder Leid (Hucklenbroich 2007, Abs. 61); soziokulturellen Normalitätsauffassungen (ebd., Abs. 47); unterschiedlichem subjektiven Erleben von Schmerzen, Leid oder Beschwerden (ebd., Abs. 30) usw. geprägt ist, wie Hucklenbroich zugesteht, dann mithin doch von offensichtlich wertenden Elementen. Die Frage ist also: Wer wertet? Ist es der Medizintheoretiker (und sei es in Übereinstimmung mit objektiv gültigen Werten), dann wäre der Krankheitsbegriff voll normativ. Ist es der Arzt oder der Patient, dessen Wertungen der Theoretiker nur beschreibt, dann wäre er normativ-deskriptiv. Und ist es eigentlich niemand, weil der Arzt nur die wertfreien Urteile der Biologen spezifiziert, dann erst wäre er voll deskriptiv.

Wissenschaftliche Mediziner suchen teils auch selbst nach normativ-deskriptiven Definitionen und damit nach (aus ihrer Sicht) „rein deskriptiven“ Verwendungsmöglichkeiten, teils bekommen sie dabei Unterstützung von Wissenschaftstheoretikern, die solche Bestrebungen explizit machen helfen (wie Hucklenbroich). Ein solcher intersubjektiver Begriff lässt sich dann (weil intersubjektiv) auch „rein deskriptiv“ verwenden. Doch damit ist natürlich nicht gezeigt, dass diese deskriptive Verwendung primär wäre gegenüber der normativen, die sie doch beschreibt. Das Gegenteil ist der Fall.

## 4.2. Ebenen von Normativität

Auch wenn sich ein „rein deskriptiver“ Krankheitsbegriff durch Beschreibung einer Verwendung gewinnen lassen mag, ist die eigentlich spannende Frage doch, wie die beschriebene Verwendung funktioniert – z. B. ob normativ oder deskriptiv. Die vorige Diskussion zusammenfassend lassen sich vier Ebenen von Normativität unterscheiden. Auf *jeder* Ebene nun ist ein Naturalismus oder Normativismus möglich, d. h. eine Verabsolutierung der naturalen oder normativen Elemente, die zunächst aber zu benennen sind: Erstens die Ebene der Objekte, d. h. die Entscheidung, was als ontologischer Ausgangspunkt der Bestimmung genommen wird. Zweitens die Ebene der Finalität, hier erst kann von Funktionen und Organen/Organismen gesprochen werden. Drittens dann die Ebene der Störungen, und zwar des normalen Funktionierens bzw. von Vitalfunktionen, hier erst lebt der Begriff *disease* (Boorse); oder Störungen im Sinne von Hinderung, Unerwünschtheit, Solidarisches Einstehen, Entschuldigung, hier lebt der Begriff *illness* (Boorse und andere).

Viertens schließlich die Ebene der Hintergrundüberzeugungen, d. h. allgemeinen kulturphilosophischen Überlegungen, Paradigmen usw. (hier spielen z. B. die Untersuchungen von Fleck 1935/1980 und Foucault 1961: Wissenschaft ist auch eine Kultur bzw. Kulturleistung).

<i>Ebene</i>		<i>Naturalistische Strategie</i>	<i>Normativistische Strategie</i>
<b>1 (Daten)</b>	<b>Objekte</b>	<b>Ereignisse</b>	<b>Handlungen</b>
<b>2 (Modelle)</b>	<b>Funktionen</b>	<b>Biol. Funktionen</b>	<b>Ethisch begr. Fähigkeiten/Ziele</b>
<b>3 (Theorien)</b>	<b>Funktionsstörungen (Ursachen, Wirkungen)</b>	<b>Statist. Störung</b>	<b>Hinderung bzgl. Zielen, Fähigkeiten, Präferenzen</b>
<b>4 (Paradigmen)</b>	<b>Kultureller Hintergrund</b>	<b>Paradigma als Entdeckungszusammenhang</b>	<b>Paradigma als Begründungszusammenhang</b>

Abbildung 4: Ebenen von Normativität im Krankheitsbegriff

Häufig werden bestimmte Normativitäten ausgeblendet (d. h. bestimmten naturalistischen Mustern gefolgt), so etwa bei dem (einflussreichen!) Ansatz von Norman Daniels (1985).<sup>26</sup> An diesem möchte ich auch die Abb. 4 näher erläutern. Daniels stützt sich auf Boorse und integriert diesen in die ethische Theorie von John Rawls' „Theorie der Gerechtigkeit“. Er möchte das Problem lösen, wie eine Gesellschaft auf Krankheiten reagieren sollte – unter Zuhilfenahme von Boorses Krankheitsbegriff. Daniels glaubt, dass mit verminderten Chancen und Möglichkeiten, seine Lebenspläne zu verwirklichen, der wesentliche gerechtigkeitsrelevante Punkt von Krankheiten ausgesprochen ist, und ordnet Krankheiten entsprechend in den Rawlsschen Prinzipienkanon ein (für eine genauere Darstellung siehe Gottschalk-Mazouz u. Mazouz 2004). Damit ist das Problem für ihn gelöst: Biologen und Mediziner sagen uns, was Krankheiten sind, und Rawls (und Daniels) sagen uns, was ein gerechter Umgang mit Krankheiten wäre (nämlich im Wesentlichen, für die Behandlung von Krankheiten solidarisch aufzukommen). Vor dem Hintergrund der Normativitätsebenen kann Daniels' Vorgehen also so beschrieben werden: N1 bis N3-nat wird dem Biologen überantwortet (naturalistisch) und postuliert, dass N3-nat immer mit N3-norm zusammenfalle. N3-norm wird teils als analytisch gesehen (Unerwünschtheit), teils Rawlsianisch normativ konstruiert (Solidarität) und N4 wird ausgeblendet. Sein Vorgehen erscheint damit als Folge von Setzungen, die in zweifacher Hinsicht zu einfach sind: Einerseits bleiben politisch kontroverse Fragen der politischen Diskussion entzogen, andererseits werden die weitergehenden Überlegungen von Boorse zur illness ignoriert. Der Vorschlag von Daniels ist einer der wichtigsten normativen Ansätze zur Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen – leider, würde ich sagen, denn seine Schwächen sind doch ganz offensichtlich.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Daniels arbeitet derzeit an einer Erweiterung seiner Theorie und plant ein neues Buch mit dem Titel *Just Health*, nachdem ihm der ausschließliche Fokus auf das Gesundheitssystem inzwischen selbst zu eng vorkommt. Der normative Ansatzpunkt bleibt aber so weit ich sehe unverändert.

<sup>27</sup> Zur weiteren Diskussion des Zusammenhangs zwischen Krankheitsdefinitionen und Mittelverteilung/-allokation vgl. Neumann, Werner und Nicklas-Faust (2005), insbesondere S. 85-99.

Oben wurde gezeigt, dass die aktuellen Vorschläge, normative Elemente im Krankheitsbegriff auszubuchstabieren, entweder zu unklaren oder zu überspezifischen Resultaten geführt haben, die mehr oder weniger weit von den alltäglichen Intuitionen abweichen. Das Hauptproblem angesichts der Pluralität dieser Vorschläge ist aber m. E. nicht, dass sie sich inhaltlich widersprechen in dem, was je als (wirkliche) Krankheit gilt, sondern dass sie Normativität einerseits und das Verhältnis zu nicht-normativen Elementen andererseits ganz unterschiedlich konstruieren. Nicht nur hinsichtlich natürlicher, sondern auch hinsichtlich normativer Elemente haben wir nicht nur die Entscheidung zu treffen, welche wir einbezogen sehen wollen, sondern auch, in welcher Weise dieser Einbezug vollzogen werden soll. Bezüglich von Normativität haben wir nicht nur die Wahl zwischen subjektiven und mehr generellen Ansätzen, sondern müssen uns auch entscheiden, wie die Normativität selbst gefasst werden soll: Haben die einzelnen Subjekte z. B. zwar je unterschiedliche subjektive Vorstellungen von je ihrem Wohl oder den je als zentral erachteten Funktionen, können sie dies aber prinzipiell gegenüber Außenstehenden verständlich machen, oder erwarten wir das nicht (mehr) voneinander? Solange wir das noch voneinander erwarten, handelt es sich nach meiner Auffassung immer noch um universelle normative Elemente, die sich auch inhaltlich diskutieren und in gemeinsame Standards und Verfahrensregeln im Umgang mit Krankheit übersetzen lassen (vgl. Gottschalk-Mazouz, i. E.). Universalistische Ethiken lassen durchaus kontextsensitive und personenspezifische Lösungen zu, solange sich diese noch intersubjektiv verständlich vermitteln lassen (Gottschalk-Mazouz 2000). Dabei sollten sowohl existenzielle als auch soziale Komponenten von Krankheit Eingang finden können, als auch biologische oder biomedizinische. Denn gerade wenn man nicht auf eine vermeintlich objektive biologische oder physiologische Basis psychischer Krankheiten rekurrieren will (bzw. eine solche Diagnose nur dann zu stellen gewillt ist, wenn die relevanten physiologischen Ursachen der Beschwerden ausgeschlossen werden konnten), benötigt man adäquate Kriterien der Selbst- und Erfolgskontrolle (*evidence*, Supervision o. ä.), die nicht beliebig oder idiosynkratisch sind und mit denen je krankheitsadäquate und wirksame Diagnose- und Therapiestandards diskutiert werden können. Solange können wir uns auch noch darüber verständigen, ob es fair ist, eine bestimmte Störung im Sozialverhalten dem Individuum als Krankheit zuzuschreiben, wo sie sich doch nur in einer bestimmten, der Veränderung vielleicht ebenso gut zugänglichen Umgebung als eine solche manifestiert. Erwarten wir das nicht mehr, lassen sich politisch meist immer noch gemeinsame Umgangsweisen finden, eine inhaltliche Auseinandersetzung ist aber dann blockiert.

Nicht nur gegenüber vermeintlichen biologischen Fakten, sondern auch gegenüber vermeintlich objektiv verbindlichen Bewertungen lässt sich eine Haltung einnehmen, die diese als einem möglichen sinnvollen Dissens prinzipiell entzogen ansieht und sie daher nicht mehr als Setzungen oder als von Setzungen abhängig anerkennt. Dabei ist es dann kein Unterschied, ob man sich auf die Autorität der Biologie oder ob man sich auf die Autorität der Religion oder einer sonstigen Wertquelle beruft. Deshalb lässt sich eine solche Haltung auch gegenüber Normativität als (methodischer) Naturalismus kennzeichnen (vgl. Mazouz i.E.). In manchen praktischen Kontexten mag diese adäquat sein. In reflektierender Absicht jedoch sollten weder biologische noch normative Setzungen unhinterfragt bleiben müssen und können dem Diskurs also nicht entzogen werden. Sowohl die Explikation der biologischen als auch die der normativen Komponenten des Krankheitsbegriffs, als auch die der Verhältnisse, in denen diese zueinander stehen, sind daher als Beiträge zum gesellschaftlichen, zum familiären und zum Arzt-Patienten-Diskurs zu sehen – und können diesen nicht überflüssig machen.



## 5. Fazit

Die Frage, was Krankheit ist, wird in der Gegenwartsphilosophie im Wesentlichen entlang zweier Diskussionslinien erörtert. Die normative Linie führte in den ethischen Pluralismus. Die naturalistische Linie, die genauer dargestellt worden ist, führte in eine komplexe Grundlagendiskussion um die Frage nach dem Wesen natürlicher Funktionen in der Biologie, und damit in den epistemologischen Pluralismus. Auf beiden Linien lassen sich daher keine einfachen Antworten finden. Insbesondere heißt das aber, dass die biologisch orientierte Medizin, auf die viele ihre Hoffnungen setzen, keine zureichende Antwort liefern kann z. B. auf die Frage, wann etwas eine Behandlung ist und wann eine Verbesserung.

Es gibt unterschiedliche Strategien, „Krankheit“ zu bestimmen. Jede dieser Strategien erfordert ein erhebliches theoretisches und z. T. auch ethisches Investment („krank“ und „gesund“ sind keine Beobachtungsbegriffe). Unschärfen und Ambivalenzen entstehen nicht nur durch Kontinua im Objektbereich sowie durch die Bezugnahme auf statistische Größen, sondern auch durch eine Überlagerung theoretischer u. ethischer Konstrukte (die komplexere Kennzeichnungen wie „krank“ aber allererst möglich machen). Teilweise erscheinen als entgegengesetzt aufgefasste Ansätze und Definitionen eher als komplementär, teilweise als Elemente eines gradualistischen Ordnungskonzepts. Gelegentlich werden die Fronten zu einfach beschrieben. Keiner der relevanten naturalistischen Autoren vertritt z. B. eine Definition von Krankheit als bloßer (statistischer) Abnormität, und keiner vertritt die Verwendung eines theoretischen Krankheitsbegriffs in praktischen Kontexten. *Praktische* Verwendungen erfordern eine ethische oder pragmatische Begründung der Grenzziehungen, auch und gerade dann, wenn man sich von der Biologie leiten lassen will – denn „warum sollten wir uns die Zwecke der Biologie zu eigen machen?“, lässt sich hier immer fragen. Eine Einsicht in die genuine Normativität des praktischen Krankheitsbegriffs wird nun ganz verschieden gewertet: Die einen lehnen den Krankheitsbegriff umso vehementer ab, je klarer er als normativer erscheint, und wittern eine politisch-soziale Disziplinierung und Normierung unter dem Deckmantel des Krankheitsbegriffs („Medikalisierung“). Die anderen hingegen freuen sich, dass die Diskussion nun endlich von der biologischen auf die ethisch-politische Ebene gebracht wird, wo sie hingehört, und affirmieren einen normativen Krankheitsbegriff. Manche von ihnen versuchen, mehr oder weniger umfangreiche theoretische Elemente im Zentrum des praktischen wiederzufinden, manche versuchen dies nicht – einige dieser Versuche wurden in diesem Text genauer untersucht.

Medizinphilosophisch lässt sich bezüglich des Krankheitsbegriffs keine Einheitlichkeit verzeichnen. Ob sich ein theoretischer Krankheitsbegriff entwickeln lässt, der eine solche schaffen könnte, ist völlig offen. Praktisch allerdings, d. h. darin, was Medizinern als Krankheit gilt und was nicht, gibt es weitgehend Gemeinsamkeit, die m. E. einer gegenüber der Gesamtgesellschaft noch vergleichsweise homogenen kulturellen Sozialisation geschuldet sein dürfte. Die Frage ist, ob diese Gemeinsamkeit verloren gehen wird angesichts eines rapide zunehmenden Angebots von und einer ebenfalls steigenden Nachfrage nach Verbesserungen und Lifestyle-Medizin/Anti-Aging-Medizin in Verbindung mit einer weiteren Pluralisierung der Lebensstile. Inwiefern hier Ärzte-Sozialisationsmuster am Werke sind und wie sich diese verändern dürften, sind empirische und prognostische Fragen, deren Beantwortung außerhalb des Kompetenzbereichs von Philosophen liegt. Das wäre etwas für interdisziplinäre Untersuchungen.

So weit gekommen, ist es vielleicht sinnvoll, auf die ursprünglichen Erwartungen zu reflektieren, einen einheitlichen Krankheitsbegriff finden zu können. Trägt der Begriff durch die verschiedenen Verwendungskontexte – oder gibt es nur Familienähnlichkeiten? Im Krankheitsbegriff überlagern sich verschiedene Diskurse, biologische, medizinisch-therapeutische, lebensgestalterische, zwischenmenschliche, juristische, sozialpolitische usw.

Die Hoffnung, dass die Biologie oder allgemein gesagt die Wissenschaft diese Gemengelage auflösen kann, teile ich nicht. Ob das Phänomen Krankheit nun als *ein* Begriff, der je nach Kontext unterschiedlich zu spezifizieren ist, rekonstruiert wird, oder als verschiedene Begriffe, ist dabei weniger interessant. Wichtiger scheint mir, dass die im jeweiligen Kontext interessanten Merkmale, auf die der Begriff aufmerksam machen soll, Eingang finden können, und zwar prinzipiell in allen drei Dimensionen von Krankheit, d. h. in existenziellen, sozialen *und* biologischen/biomedizinischen Dimensionen. In dieser Hinsicht, hoffe ich deutlich gemacht zu haben, sind die praktischen Krankheitsbegriffe der Autoren (und auch die Aufstellung der Normativitätsebenen als Ansatzpunkte der Reflexion) dann jedenfalls besser geeignet als die bloße Biologie. Die mehr und mehr Zustimmung findende Vorstellung, die Biologie bzw. die Naturwissenschaft würde uns sagen können, was Krankheit ist und damit auch, was Behandlung und was Verbesserung usw., erscheint somit als Illusion.

- Ackrill, J. L. (1974/1995): Aristotle on Eudaimonia. In: Höffe, O. (Hg.): *Aristoteles. Die Nikomachische Ethik (=Klassiker Auslegen, Bd. 2)*. Berlin, S. 39-62.
- Amundson, R.; Lauder, G. V. (1994): Function Without Purpose: The Uses of Causal Role Function in Evolutionary Biology. *Biology and Philosophy* 9: 443-469.
- Bellebaum, A. (Hg.) (2007): *Glücksforschung. Eine Bestandsaufnahme*. Konstanz.
- Bigelow, J.; Pargetter, R. (1987): Functions. *The Journal of Philosophy* 84: 181-196.
- Bobbert, M. (2000): Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-informativen Krankheitsbegriffs im Anschluß an die Moralphilosophie von Alan Gewirth. *Ethica* 8: 405-440.
- Boorse, C. (1975): On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs* 5: 49-68.
- Boorse, C. (1976a): What a Theory of Mental Health Should be. *Journal of the Theory of Social Behaviour* 6: 61-84.
- Boorse, C. (1976b): Wright on functions, *The Philosophical Review* 85(1): 70-86.
- Boorse, C. (1997): A Rebuttal on Health. In: Humber, J. M.; Almeder, R. F. (Hg.), *What Is Disease?*. Totowa, S. 3-134.
- Brandon, R. N. (1990) : *Adaptation and Environment*. Princeton.
- Bundesverwaltungsgericht (1971): Urteil vom 16.2.1971 – I C 25.66, BVerwGE 37, 209, LRE 7, 115.
- Canfield, J. (1964), Teleological Explanation in Biology. *British Journal for the Philosophy of Science* 14: 285-295.
- Canguilhem, G. (1943): *Le normal et le pathologique*. Paris .
- Clouser, D. K.; Culver, C. M.; Gert, B. (1997): Malady. In: Humber, J. M.; Almeder, R. F. (Hg.): *What Is Disease?*. Totowa, S. 3-134.
- Culver, C. M.; Gert, B. (1982): *Philosophy in Medicine*. New York.
- Cummins, R. (1975), Functional Analysis. *The Journal of Philosophy* 72: 741-765.
- Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge.
- Dawkins, R. (1986): *The Extended Phenotype*. Oxford.
- DeCaro, M.; MacArthur, D. (2004): *Naturalism in Question*, Cambridge/Mass.
- Dorland (2004a): Disease. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, Philadelphia ([http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns\\_hl\\_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszS zcommonzSzdorlandzSzdorlandzSzdmd\\_d\\_22zPzhtm](http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_hl_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszS zcommonzSzdorlandzSzdorlandzSzdmd_d_22zPzhtm)).
- Dorland (2004b): DSM-IV. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*. Philadelphia ([http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns\\_hl\\_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszS zcommonzSzdorlandzSzdorlandzSzdmd\\_d\\_24zPzhtm](http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_hl_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszS zcommonzSzdorlandzSzdorlandzSzdmd_d_24zPzhtm))
- Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196(4286): 129-136.

- Engel, G. L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137, 535-544. Wieder abgedruckt in: Richard M Frankel, Timothy E Quill, and Susan H McDaniel (Hg.): *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*, Rochester (NY) 2003, S. 1-20 (zit. nach dieser Ausgabe).
- Engelhardt, Jr, H. T. (1976): Ideology and Etiology. *Journal of Medicine and Philosophy* 1: 256-268.
- Fehige, C.; Meggle, G.; Wessels, U. (Hg.) (2000): *Der Sinn des Lebens*. München.
- Fleck, L. (1935/1980): *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre von Denkstil und Denkkollektiv*. Frankfurt/M.
- Fleischman, S. (1999): I am...I have...I suffer from...: A Linguist Reflects on the Language of Illness and Disease. *Journal of Medical Humanities* 20: 3-32.
- Foucault, M. (1961): *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris.
- Frankel, R. M.; Quill, T. E.; McDaniel, S. H. (2003): Introduction to the Biopsychosocial Approach. In: dies. (Hg.): *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*, Rochester (NY), S. 21-29.
- Fulford, K. (1994), Closet Logics: Hidden Conceptual Elements in the DSM and ICD Classifications of Mental Disorders. In: Sadler, J.; Wiggins, O.; Schwartz, M. (Hg.): *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. Baltimore, S. 211-232.
- Fulford, K. (1998): Mental illness, concept of. In: Chadwick, R. (Hg.), *Encyclopedia of Applied Ethics*, Volume 3. Diego, S. 213-233.
- Gadamer, H. G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt/M.
- George, C. (2005): *Disease Explicated And Disease Defined*. Thesis presented to the University of Sydney for the Degree of Doctor of Philosophy (issued: 27-Mar-2006; <http://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/654>).
- Gert, B.; Culver, C. M.; Danner Clouser, K. (2006a): *Bioethics. A Systematic Approach*. Oxford.
- Gert, B.; Culver, C. M.; Danner Clouser, K. (2006b): *Mental Maladies*. *APA Newsletter on Philosophy and Medicine*: 20-22.
- Gethmann, C. F. (1996): *Heilen: Können und Wissen. Zu den philosophischen Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin*. In: Beckmann, J. P. (Hg.): *Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik*. Berlin u. New York, S. 76 ff.
- Gethmann, C. F. (2004): *Zur Amphibolie des Krankheitsbegriffs*. *Europäische Akademie Newsletter* 48: 1ff.
- Goosens, W. K. (1980): Values, Health, and Medicine. *Philosophy of Science* 47: 100-115.
- Gottschalk-Mazouz (i.E.): Ist die Diskursethik kulturübergreifend gültig?. In: Biller-Andorno, N.; Schaber, P.; Schulz-Baldes, A. (Hg.): *Zur Möglichkeit einer kulturübergreifenden Bioethik*. Paderborn.
- Gottschalk-Mazouz, N. (2000): *Diskursethik. Theorien - Entwicklungen – Perspektiven*. Berlin.
- Gottschalk-Mazouz, N.; Mazouz, N. (2004): *Wie sollte eine liberale Gesellschaft mit Krankheiten umgehen, wenn sie gerecht sein will?*. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 3: 263-276.
- Hesslow, G. (1993): Do we need a concept of disease?. *Theoretical Medicine* 14: 1-14.
- Hofmann, B. (2001): Complexity of the Concept of Disease as Shown Through Rival Theoretical Frameworks. *Theoretical Medicine* 22: 211-236.
- Horan, B. L. (1989), *Functional Explanations in Sociobiology*. *Biology and Philosophy* 4: 131-158 u. 205-228.
- Hucklenbroich, P. (2007): *Krankheit – Begriffsklärung und Grundlagen einer Krankheitstheorie*. *Erwägen - Wissen - Ethik* 18(1) (Erweiterte Onlinefassung unter

- <http://egtm.klinikum.uni-muenster.de/mitarbeiter/hucklen/Krankheitsbegriff.pdf>, zit. nach der Onlinefassung).
- Keil, G.; Schnädelbach, H. (Hg.) (2000): *Naturalismus*. Frankfurt/M.
- Margolis, J. (1976): The Concept of Disease. *Journal of Medicine and Philosophy* 1: 238-55.
- Mazal, W. (1992): *Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung: Eine Untersuchung zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung*. Wien.
- Mazouz, N. (2004): *Krankheitsbegriffe und (Verteilungs)Gerechtigkeit*. In: Mazouz, N.; Werner, M. H.; Wiesing, U. (Hg.): *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*. Baden-Baden, S. 85-112.
- Mazouz, N. (i.E.): *Gerechtigkeit und Gutes Leben (=Diss. phil. Stuttgart 2003)*.
- Millikan, R. G. (1984): *Language, Thought, and Other Biological Categories*. Cambridge.
- Millikan, R. G. (1989): In Defense of Proper Functions. *Philosophy of Science* 56: 288-302
- Millikan, R. G. (1993): Propensities, Exaptations, and the Brain. In: Dies.: *White Queen Psychology and Other Essays for Alice*. Cambridge, S. 31-50.
- Mitchell, S. D. (1989): The Causal Background of Functional Explanation. *International Studies in the Philosophy of Science* 3: 213-230.
- Moore, G. E. (1903/1993): *Principia Ethica*. Revised edition with „Preface to the second edition” and other papers, ed. T. Baldwin, Cambridge.
- Nagel, E. (1961): *The Structure of Science*. London.
- Nagel, E. (1977): Teleology Revisited. *The Journal of Philosophy* 74: 261-301.
- Neander, K. (1991a): Function as Selected Effects: The Conceptual Analyst’s Defense. *Philosophy of Science* 58: 168-184.
- Neander, K. (1991b): The Teleological Notion of ‘Function’. *Australasian Journal of Philosophy* 69: 454-468.
- Neumann, V.; Nicklas-Faust, J.; Werner, M. H. (2005): *Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen (mit Schwerpunkt auf dem Bereich der GKV)*. Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission »Ethik und Recht der Modernen Medizin« des Deutschen Bundestages, 15. Legislaturperiode, Kommissions-Drucksache 15-238 (online unter <http://www.micha-h-werner.de/gutachten.pdf>).
- Nordenfelt, L. (1987): *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*. Dordrecht.
- Nordenfelt, L. (1993): Concepts of health and their consequences for health care. *Theoretical Medicine* 14: 277-285.
- Rothschuh, K. (1972): Der Krankheitsbegriff (Was ist Krankheit?). *Hippokrates* 43: 3-17.
- Ruse, M. (1973): *The Philosophy of Biology*. London.
- Schmid, W. (2007): *Glück. Alles, was Sie darüber wissen müssen, und warum es nicht das Wichtigste im Leben ist*. Frankfurt/M.
- Schramme, T. (1997): *Philosophie und Medizin: Ein Blick in aktuelle Veröffentlichungen*. *Zeitschrift für philosophische Forschung* 51: 115-137.
- Schramme, T. (2000), *Patienten und Personen: Zum Begriff der psychischen Krankheit*. Frankfurt/M.
- Sedgwick, P. (1973): *Illness – Mental and Otherwise*. *The Hastings Center Studies* 1(3): 19-40.
- Seel, M. (1995): *Versuch über die Form des Glücks*, Frankfurt/M.
- Sozialgericht Koblenz (2001): Urteil Az. S 11 ER 247/00 vom Juni 2001.
- Szasz, T. (1961): *The Myth of Mental Illness*. New York.
- Szasz, T. (2005): What Counts as Disease?. *The Independent Review* 10(3): 325-336.
- Wakefield, J. C. (1992): The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist*, 47: 373-388), wieder abgedruckt in: Edwards, R. B. (Hg.) (1997): *Ethics of Psychiatry: Insanity, Rational Autonomy, and Mental Health Care*. Amherst, S. 63-98.

- WHO 1946, Constitution of the World Health Organization, Stand: 3/2006  
(<http://www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm>).
- WHO 1986, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung  
([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)).
- Werner, M. H.; Wiesing, U. (2002): Lehren aus dem Fall Viagra? Der Krankheitsbegriff im Sozialrecht am Beispiel der erektilen Dysfunktion. *Gesundheitswesen* 64: 398-404.
- Wiesing, U. (1998): Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten?. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 44: 83-97.
- Wimsatt, W.C. (1972): Teleology and the Logical Structure of Function Statements. *Studies in History and Philosophy of Science* 3: 1-80.
- Wolf, U. (1999): *Die Philosophie und die Frage nach dem guten Leben*. Reinbek.
- Wouters, A. G. (1999): *Explanation Without A Cause*. Dissertation. Universität Utrecht  
(online unter <http://www.morepork.demon.nl/diss/index.html>).