

Ruhr-Universität Bochum  
Fakultät für Philosophie und Erziehungswissenschaft  
Institut für Philosophie

„Krankheitsbegriff, Anormalität und Wert“

Masterarbeit zur Erlangung des Grades Master of Arts

vorgelegt von:

Yazan Abu Ghazal

Omar-Bin-Khattab Straße, Gebäude Banna

Ras-El-Nabea, Beirut, Libanon

Referenten:

Prof. Dr. Klaus Steigleder

Prof. Dr. Helmut Pulte

25.06.2010

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	S. 2
1. Kapitel.....	S. 7
1.1- Wichtige Aspekten des Wandels der Medizinstruktur im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts.....	S. 8
1.2- Die Widerlegung des Ontologismus und die Auffassung von der Identität normaler und pathologischer Phänomene.....	S. 14
2. Kapitel.....	S. 20
2.1- Christopher Boorses „biostatistische“ Theorie.....	S. 21
2.2- Engelhardts Kritik und sein relativistisches Modell.....	S. 26
2.3- Fulfords Kritik und sein „handlungs-theoretisches“ Modell.....	S. 30
3. Kapitel.....	S. 35
3.1- Goldsteins klinische Erfahrung an Hirngeschädigten des 1. Weltkrieges.....	S. 36
3.2- Die Rolle der Angst und der „Katastrophenreaktionen“ in der Krankheitsauffassung.....	S. 37
3.3- Krankheit, Gesundheit und Normalität.....	S. 43
3.4- Canguilhems Begriff der Normativität.....	S. 46
Schluss.....	S. 54
Literaturverzeichnis.....	S. 55

## Einleitung

Auf psychiatrischem und sozialem Gebiet gewinnt die Frage, wer wirklich krank ist, eine unmittelbar praktische Bedeutung. Ein Beispiel dafür ist die Debatte in den Vereinigten Staaten, ob Homosexualität und Alkoholismus als Krankheiten betrachtet werden sollen. Nicht zu ignorieren ist die neue Debatte über die sozialen und ethischen Implikationen des sogenannten „Enhancement“, die seit etwa zehn Jahren an immer mehr Bedeutung gewinnt<sup>1</sup>. Der Medizinhistoriker Paul Diepgen hat darauf hingewiesen, dass in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine reichhaltige Literatur entstanden ist, an der Praktiker aller Disziplinen beteiligt waren<sup>2</sup>. Außerdem betont er, dass man aus dieser Literatur erkennen kann, „welche neuen Aspekte der Krankheitsbegriff durch die Stellung des gesunden und kranken Menschen in der modernen Gesellschaft erfährt.“<sup>3</sup> Darüber hinaus scheint es ihm wichtig, die „Inkongruenz“ und die „Diskrepanz“ der verschiedenen Auffassungen des Krankheitsbegriffes, die aus dieser Literatur entstammen, zu betonen.

In dieser Arbeit möchte ich keine neue Definition der Krankheit bieten, sondern zu der Frage, ob eine objektive Definition der Krankheit überhaupt möglich ist, Stellung nehmen. Diese Frage hat in den siebziger Jahren eine umfangreiche und anhaltende Auseinandersetzung innerhalb der angelsächsischen Philosophie der Medizin ausgelöst. Das Ziel dieser Auseinandersetzung war hauptsächlich, zwischen „objektiven“ Krankheiten, die eine medizinische Betreuung rechtfertigen, und solchen, die unter eine Verbesserungsmedizin fallen, die eine solche Betreuung nicht rechtfertigen, zu unterscheiden. Die „bio-statistische“ Theorie des amerikanischen Philosophen Christopher Boorse spielte eine wichtige Rolle in der Strukturierung dieser Debatte. Wichtige Impulse gingen auch von Georges Canguilhem's kritischen Ansatz den

---

<sup>1</sup> Vgl u.a. Daniels, Norman: *Just Health Care*, Cambridge University Press, 1985 ; Parens, Erik: *Enhancing human traits*, Georgetown University Press, Washington, 2007 ; Missa, Jean-Noël: *“Enhancement” Ethique et philosophie de la médecine d’amélioration*, Paris, Vrin Verlag, 2009.

<sup>2</sup> Diepgen, Paul: „Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik“, in Büchner, Franz (Hrsg.): *Handbuch der allgemeinen Pathologie*, Band 1, *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, Berlin, Springer Verlag, 1969, S. 42.

<sup>3</sup> Ibid.

Hauptthesen der „biostatistischen“ Theorie gegenüber und seiner ausführlichen Auseinandersetzung mit dem Begriff des „Normalen“ im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit für die angelsächsische Debatte zu der Frage aus, ob Krankheit und Gesundheit wertende (value-laden) oder wertfreie (value-free) Begriffe sind und ob biologische Funktionen einen normativen oder nicht-normativen Charakter haben. An dieser Stelle lässt sich anmerken, dass die unmittelbare praktische Bedeutung der Krankheitsdefinition diese Debatte deutlich geprägt hat.

Im Hintergrund meiner Ausarbeitung hingegen steht der anthropologische Aspekt der Krankheit. Dieser Aspekt wurde von Hans-Georg Gadamer<sup>4</sup> und Paul Christian<sup>5</sup> ausführlich behandelt. Das Streben innerhalb der medizinischen Anthropologie um die Subjektivität, Geschichtlichkeit und Sozialität des Kranken zu bewahren, und sie in der Krankheitslehre einzubeziehen, ist von erheblicher Bedeutung für diese Arbeit. In diesem Zusammenhang stelle ich in der Einleitung die Hauptaufgaben der medizinischen Anthropologie, wie Paul Diepgen und Erich Müller sie formulierten, dar.

Am Ende seiner historischen Darstellung der verschiedenen Vorstellungen des Krankheitsbegriffes zieht Diepgen die Schlussfolgerung, dass die Problematik des Krankheitsbegriffes in der Pathologie der Mitte des 20. Jahrhunderts keineswegs überwunden ist.<sup>6</sup> Außerdem weist er darauf hin, dass dieser Begriff im Laufe dieses Jahrhunderts eine vertiefte Form erhielt. Diese besteht darin, dass

„die aus den Ergebnissen der morphologischen Forschung, der Tierexperimente und der Laboratoriumsarbeit abgeleitete naturwissenschaftliche Vorstellung der Pathologen vom Wesen der Krankheit durch den ärztlichen Krankheitsbegriff ergänzt wurde, der aus der klinischen Erfahrung des individuellen Krankheitserlebnisses und der neubelebten Erkenntnis resultierte, dass der Mensch ein psychosomatisches Wesen ist“<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Gadamer, Hans-Georg: „Theorie, Technik, Praxis – die Aufgabe einer neuen Anthropologie“, in Gadamer, Hans-Georg (Hrsg.): *Biologische Anthropologie*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1972, S. IX-XXXVIII.

<sup>5</sup> Christian, Paul: „Medizinische und philosophische Anthropologie“, in Büchner, Franz (Hrsg.): *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, op. cit., S. 232-278.

<sup>6</sup> Vgl. Diepgen, Paul: „Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik“, in *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, op. cit., S. 40.

<sup>7</sup> Ibid.

Diepgens Auffassung setzt also voraus, dass eine enge und konstitutive Verbindung zwischen Klinik und Pathologie zur Auffassung des Krankheitsbegriffes existiert. Diese Verbindung soll darüber hinaus zur „klinischen“ oder „anthropologischen Pathologie“ führen, deren Aufgabe darin besteht, „neben den Naturwissenschaften als Grundwissenschaft der Medizin eine wissenschaftliche Anthropologie“ zu begründen<sup>8</sup>. Anschließend scheint mir die Betonung der besonderen Stellung der Pathologie den Lebenswissenschaften gegenüber von erheblicher Bedeutung für die zentrale Frage dieser Arbeit. In seiner Abhandlung über „Gesundheit und Krankheit“<sup>9</sup> weist der Physiologe Erich Müller darauf hin, dass die Pathologie „ihren Grundlagen nach eine naturwissenschaftliche, ihrem Wesen nach eine ärztliche Disziplin“ ist. Sie ist eine „Grundwissenschaft medizinischer Anthropologie“<sup>10</sup>. Diese unmittelbare Verflechtung der Pathologie mit der klinischen Medizin „gibt den Überlegungen über Krankwerdenkönnen und Kranksein eine anthropologische Richtung.“<sup>11</sup> Aus dieser Konzeption der Aufgabe der Pathologie erfolgt laut Müller, dass, was unter Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist, „verschiedenen Ausdrucksformen des Lebendigen“<sup>12</sup> entspricht. In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, dass im Hintergrund seiner Erörterungen des Krankheitsbegriffes das Leben in seiner Existenz und seiner Bedrohung steht. Auf dieser Gefährdung des menschlichen Daseins gründet sich laut Müller die „phänomenologisch beschreibende und analysierende Darstellungsweise“<sup>13</sup>, die in dieser Arbeit nicht behandelt wird.

Hinter der anthropologischen Perspektive steht daher die Auffassung, dass der kranke Mensch eine existentielle Erfahrung erlebt, die sich auf objektive Befunde nicht reduzieren lässt. Aus der rein wissenschaftlichen Perspektive wird hingegen behauptet, dass Krankheit und Gesundheit zwei objektiv bestimmbare Begriffe sind, deren

---

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Müller, Erich: „Gesundheit und Krankheit“, in *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, op. cit., S. 51-108.

<sup>10</sup> Ibid., S. 51.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Ibid., S. 52.

<sup>13</sup> Darüber hinaus betont Müller die Besonderheit der phänomenologischen Perspektive: „Sie entspringt dem Bereich der naturwissenschaftlich-biologisch analysierbaren Phänomene, ohne den Blick für das zu verschließen, was an menschlicher Erfahrungsweise des Krankhaften jenseits naturwissenschaftlicher Wirklichkeit als nicht weniger erfahrbar und darum nicht weniger wirklich steht.“, S. 52.

Umgrenzung den Verzicht auf der subjektiven Erfahrung des Kranken erfordert. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Mit Hilfe welcher Begriffen kann man beide Aspekten des Krankheitsbegriffs verbinden, um eine kohärente Definition, die beide Aspekten berücksichtigt, aufzufassen?

Im ersten Kapitel stelle ich zunächst einige wichtigen Aspekten des Wandels der Medizinstruktur im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts und ihre Konsequenzen bezüglich der Definition des Krankheitsbegriffs dar. Die zentrale Frage in diesem ersten Teil lautet: Ist die Medizin eine Wissenschaft? Im zweiten Teil werde ich am Beispiel des Ontologismus-Streits in der Medizin die Frage behandeln, ob und inwiefern die naturwissenschaftliche Auffassung des Krankheitsbegriffs von evaluativen Konnotationen geprägt wurde.

Im zweiten Kapitel möchte ich die Debatte über die Krankheitsdefinition in der angelsächsischen Philosophie der Medizin darstellen. Diese Debatte schließt eine wichtige Frage für diese Arbeit ein. Diese Frage lautet: Welcher Begriff – der deskriptive Begriff „disease“ oder der evaluative Begriff „illness“ – grundlegend ist für die Krankheitsdefinition? In diesem Zusammenhang stelle ich zunächst kritisch die „biostatistische“ Theorie von Christopher Boorse dar. Anschließend wird am Beispiel verschiedener Auffassungen die Unzulänglichkeit der Auffassung Boorses gezeigt. Die Kritik an der Auffassung Boorses führt zur Behauptung, dass der normative Aspekt des Krankheitsbegriffs vorrangig ist. Dieser Aspekt erlaubt, Werte in die Krankheitsdefinition einzubeziehen. Darüber hinaus wird gezeigt, dass die verschiedenen Krankheitsauffassungen die Berücksichtigung sozialer und politischer Werte in der Krankheitsdefinition ermöglichen, indem sie sich auf den Normalitätsbegriff beziehen.

Im dritten Kapitel werde ich die Auffassungen von Kurt Goldstein und Georges Canguilhem darstellen. Beide Autoren sind der Ansicht, dass die Norm in der Medizin vor allem eine individuelle Norm ist. Darüber hinaus spielt die Auseinandersetzung zwischen dem Individuum und seinem Milieu in beiden Auffassungen eine bedeutende Rolle für die Umgrenzung des Krankheitsbegriffs. Außerdem findet diese individualisierende Auffassung der Krankheit und Gesundheit ihre Begründung in der

Überzeugung von Goldstein und Canguilhem, dass die Lebensvorgänge eine Bedeutung für den Organismus selbst haben.

# 1. Kapitel

*„Für die philosophische Betrachtung gibt es keinen Unterschied zwischen Abweichung von der Norm in einem menschlichen Körper, wie ein Infektionsfieber sie darstellt, und Störungen des Planetensystems durch einen fremden Weltkörper; zwischen einer Krebsgeschwulst oder Monstruosität und einer unregelmäßigen Kristallbildung“<sup>14</sup>*

Der Krankheitsbegriff kann einerseits subjektiv, aus der Perspektive des Kranken, andererseits objektiv, aus der Perspektive der Naturwissenschaften, betrachtet werden. Dies bereitet erhebliche Schwierigkeiten, wenn man eine vollkommene Definition, die beide Aspekte dieses Begriffs berücksichtigt, erreichen will. Da die Methode und Experimentalsysteme der Wissenschaften vom Leben seit Anfang des 19. Jahrhunderts von denjenigen der Naturwissenschaften geprägt werden, ist Reduktionismus ein Merkmal für das Wissen vom Leben geworden. Jeder Versuch, die besondere Bedeutung des Lebens hinsichtlich dem Lebendigen selbst oder dem Wissenschaftler zu berücksichtigen, gilt als eine Wiederherstellung eines verfallenen Vitalismus und ist daher vom Bereich der Wissenschaften ausgeschlossen. Dass die Medizin einen besonderen Status den Wissenschaften vom Leben gegenüber hat, lässt sich auf die Besonderheit ihres Objekts – der leidende Mensch, dessen Existenz durch Krankheit bedroht ist – zurückführen. Darüber hinaus ist Medizin nicht nur die Wissenschaft von den Ursachen und Wirkungen der Krankheiten, sondern auch von ihrer Therapie. Diese

---

<sup>14</sup> Du Bois-Reymond, Emil: *Reden*, Leipzig, Hg. Estelle du Bois-Reymond. 2. Vervollständige Aufl., 1912, S. 586-588. Zitiert nach Lepenies, Wolf: *Das Ende der Naturgeschichte, Wandel kultureller Selbstverständlichkeiten in den Wissenschaften des 18. und 19. Jahrhunderts*, München, Hanser Verlag, 1976, S. 194.



Verflechtung mit dem ärztlichen Handeln verleiht der Medizin eine spezifische Stellung in der Epistemologie der Biologie. Obwohl die moderne Medizin ihre Erklärungsmodelle aus der Physiologie und Pathologie importiert, bleibt sie eine Kunst, deren Ziel eine Therapie durchzuführen.

In diesem Kapitel werde ich zunächst wichtige Aspekte des Wandels der Medizinstruktur im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts und ihre Konsequenzen bezüglich einer Definition des Krankheitsbegriffs erörtern. Anschließend werde ich am Beispiel des Ontologismus-Streits in der Medizin zeigen, ob und auf welche Weise die naturwissenschaftliche Auffassung des Krankheitsbegriffs von normativen Konnotationen geprägt wurde. Abschließend wird diskutiert, inwiefern die Pathologie als Grundwissenschaft medizinischer Anthropologie betrachtet kann.

### 1.1- Wichtige Aspekte des Wandels der Medizinstruktur im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts

Seit dem Anfang des 19. Jahrhunderts führt die Integration naturwissenschaftlicher Konzepte in die Medizin zu einer grundsätzlichen Wandlung ihrer Struktur. Diese Wandlung verbreitete die Idee, dass der Fortschritt der Medizin darin besteht, den Patienten, d.h. die subjektive Wahrnehmung der Krankheit, auszuklammern. Jeder kennt die unleugbaren Vorteile für den Kliniker, die die Nichtberücksichtigung der Symptome des Kranken ermöglichen, und jeder weiß auch, warum der Kliniker, wenn es um eine Diagnose geht, den Standpunkt des Physiologen hinsichtlich der Krankheit übernimmt. Tatsächlich ist die Identifikation der Symptome durch den Kranken fast immer nicht eindeutig: Oft kommt es vor, dass diejenigen, die sich nierenkrank betrachten, in Wirklichkeit nicht an Nierenerkrankungen leiden. Außerdem gibt es viele Krankheiten, die sich ohne Symptome entwickeln.<sup>15</sup>

Obwohl der Erfolg dieses Verfahrens unbestreitbar ist, sind wir nun im Kern der Schwierigkeit angelangt. Stimmt die Unterscheidung zwischen „Normalem“ und

---

<sup>15</sup> Vgl. Lecourt, Dominique, *A quoi sert donc la philosophie? Des sciences de la nature aux sciences politiques*, Presses Universitaires de France, 1993, S. 149.

„Pathologischem“, die der Physiologe durchführt, mit dem vom Individuum erlebten Gegensatz zwischen „Gesundheit“ und „Krankheit“ überein? Muss man annehmen, dass der Physiologe die wissenschaftliche „Wahrheit“ der Krankheit liefert? Können wir sagen, dass seine Auffassung des „Normalen“ „objektiv“ ist, gemäß den durch die Physiker etablierten „objektiven“ Tatsachen? Im Grunde genommen findet man die Bezeichnung Krankheit gelegentlich bereits im anorganischen Bereich angewendet, so etwa bei Ausdrücken wie „krankes Gestein“ oder „Zinnkrankheit“. Laut dem Physiologen Erich Müller sind Bezeichnungen dieser Art nur der „Versuch einer analogen Anwendung des Krankheitsbegriffes in Bereichen, in denen von Krankheit im eigentlichen Sinne nicht gesprochen werden kann. Krankheit im eigentlichen Sinne setzt dagegen Leben voraus und ist mit allen Formen des Lebendigen grundsätzlich verbunden.“<sup>16</sup>

Sollte der Physiologe die physikalisch-chemischen Vorgänge des Organismus, die er im Labor durch Experimentalsysteme rekonstruiert, als „normal“ oder „pathologisch“ bezeichnen, dann lässt sich legitiemerweise nach der Herkunft solcher Einordnungen fragen. Es ist klar, dass diese Einordnungen ein Werturteil enthalten, das sich lediglich auf das subjektive Erleben des Kranken bezieht. Die Nichtberücksichtigung dieser subjektiven Erfahrung in der Krankheitsdefinition lässt sich zuletzt auf die Wechselwirkung von Konzepten zwischen Medizin und Physiologie zurückführen. In diesem Zusammenhang weist Dominique Lecourt darauf hin, dass der Physiologe in seinem Labor sich immer, auch wenn es implizit ist, auf ein Bewertungssystem, das aus der Praxis des Klinikers kommt.<sup>17</sup> Und woher bezieht es letztendlich der Kliniker, wenn nicht von dem Kranken, der spricht, sich erfreut und leidet? Lecourt betont, dass sich dieses Bewertungssystem nicht ohne gravierende Veränderungen ins Labor transportieren lässt, wo ein ganz anderes System regiert, das die experimentale Praxis und Wissensproduktion steuert. Dieses letzte System, das nichts mit dem ersten zu tun hat, setzt seine Regeln durch, ohne den dazwischenliegenden Hiatus zu berücksichtigen.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Müller, Erich: „Gesundheit und Krankheit“, in *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, op. cit., S. 53.

<sup>17</sup> Vgl. Lecourt, Dominique: „Normes“, in *Dictionnaire de la pensée médicale*, Lecourt, Dominique (Hrsg.), Presses Universitaires de France, Paris, 2004. S. 791-792.

<sup>18</sup> Vgl. Lecourt, Dominique: *A quoi sert donc la philosophie?*, op. cit., S. 150.

Als Resultat dieser Wechselwirkung und zugunsten einer „objektiven“ Definition der Krankheit verliert man den Unterschied, den das Individuum zwischen Gesundheit und Krankheit erlebt. Allerdings darf ein biologisches Phänomen nicht mit Hilfe einer objektiven Methode als „pathologisch“ bestimmt werden. Wie Georges Canguilhem es ausgedrückt hat: „Die Kennzeichnung ‚pathologisch‘ hat ihr Recht einzig in dem durch die Klinik vermittelten Bezug auf das kranke Individuum.“<sup>19</sup> Darüber hinaus weist er die Möglichkeit zurück, eine „objektive Pathologie“ begründen zu können, da ihr Gegenstand „nicht so sehr ein Faktum, als vielmehr ein Wert ist.“<sup>20</sup> Um die zentrale Frage, ob eine objektive Definition der Krankheit überhaupt möglich ist, besser zu beantworten, scheint mir zunächst nötig, den epistemologischen Status der Medizin zu erörtern.

In seinem Artikel *„Le statut épistémologique de la médecine“*<sup>21</sup> spricht Canguilhem von einem „epistemologischen Erdbeben“ („séisme épistémologique“), das sich in der Medizin vollzogen hat. Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts fand sie Modelle und Instrumentarien in der Physik, Chemie und Biologie und in deren Anwendungen. Selbst die Mathematik, durch die Theorie der Wahrscheinlichkeit, spielte eine wichtige Rolle. Canguilhem zeigt, wie die Medizin am Anfang des 19. Jahrhunderts durch die Aneignung der Methoden und Ergebnisse der Naturwissenschaften zu einem höheren Grad von Rationalität gelangt ist. Den ersten Schritt in dieser Entwicklung ermöglichte die Erfindung des Stethoskops durch Laennec (1781-1826). Folglich stellte die Umsetzung der neuen Methode des Abhorchens die Bedeutung des Symptoms in den Schatten, und wird das Symptom allmählich durch das Anzeichen ersetzt, das immer durch einen künstlichen Eingriff gesucht wird. Infolgedessen beschränkte sich die Realität, in der der Arzt seine Beurteilung ausübt, auf die Anzeichen, die er herbeiführte<sup>22</sup>. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und dank der Erfindung von neueren Geräten zur Diagnose wie die Magnetresonanzbildgebung und das

---

<sup>19</sup> Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, München, Carl Hanser Verlag, 1974, S.156

<sup>20</sup> Ibid., S. 156.

<sup>21</sup> Canguilhem, Georges: „Le statut épistémologique de la médecine“, in *History and Philosophy of Life sciences*, vol.10, 1988, S.15-29.

<sup>22</sup> Vgl. Canguilhem, Georges: „Le statut épistémologique de la médecine“, op. cit., S. 19.

Ultraschallbild gelangte der wissenschaftliche Aspekt der Medizin in Vordergrund.<sup>23</sup> Obwohl diese Entwicklung immer mehr zur Einschränkung der Bedeutung des subjektiven Erlebens des Kranken führt, betont Canguilhem, dass der Kampf gegen die Krankheit das Ziel der Medizin bleibt, die ohne die Diagnose, die Prognose und die Behandlung, d.h. ohne den subjektiven Aspekt der Krankheit, nie zur Existenz gekommen wäre.<sup>24</sup>

Darüber hinaus gewinnt die Anwendung der Statistik und insbesondere der Wahrscheinlichkeitstheorie in der Medizin seit dem Anfang des 19. Jahrhunderts immer mehr an Bedeutung. Die Integration dieser neuen Art von Rationalität in der therapeutischen Entscheidung und inzwischen auch die Anwendung der Statistik um neue „Expertensysteme“ zu entwickeln, die mit Hilfe von computergesteuerten Verfahren und Datenbanken eine approximative Diagnose und Prognose erreichen können, haben zu der epistemologischen Wandlung der Medizin beigetragen.<sup>25</sup> Von nicht geringer Bedeutung für diese Entwicklung waren die Fortschritte der Bakteriologie, die seit der Erforschung der neuen Mechanismen der Fermentation durch Louis Pasteur (1822-1895) und Robert Koch (1843-1910) zu einer Auslagerung des medizinischen Handelns vom Krankenhaus zum Labor führten. Des Weiteren erwähnt Canguilhem die Entstehung einer neuen Disziplin, nämlich die Epidemiologie, deren Institutionalisierung am Ende des 19. Jahrhunderts in Europa die Medizin in die Reihe der Sozialwissenschaften eingeordnet hat.

Unter Berücksichtigung dieser Entwicklung des Status der Medizin und im Gegensatz zur positivistischen Auffassung, die die Medizin als Wissenschaft und im gleichen Maße als Physik betrachtet, spricht Canguilhem von der Medizin als der „evolutiven Summe angewandter Wissenschaften“ („Somme évolutive de sciences

---

<sup>23</sup> Vgl. Gadamer, Hans-Georg: „Theorie, Technik, Praxis – die Aufgabe einer neuen Anthropologie“, in Gadamer, Hans-Georg (Hrsg.): *Biologische Anthropologie*, op. cit., S. XXVI: „Da ist einmal die Diagnose, die heute eine sehr spezialisierte Technik ins Spiel setzt, daß dem Arzt meistens gar nichts anderes übrig bleibt, als den Patienten der Anonymität des klinischen Apparates auszusetzen. Und ähnlich ist es sehr oft auch mit der Behandlung. Das hat seine Folge für das Ganze.“

<sup>24</sup> Canguilhem, Georges: „Le statut épistémologique de la médecine“, op. cit., S. 21.

<sup>25</sup> Vgl. Fagot-Largeault, Anne: „Le concept de maladie sous-jacent aux tentatives d'informatisation du diagnostic médical“, in *History and Philosophy of the Life Sciences*, Supplement Vol. 10, 1988, S. 89-110.

appliquées<sup>26</sup>). Er begründete diese Bezeichnung insofern, als dass das Objekt der Medizin, nämlich das leidende Individuum, etwas Besonderes ist – ein Individuum, das sich, um sein Leben trotz Krankheiten zu erhalten, an den Arzt wendet. Trotz der Komplexität der technischen, wissenschaftlichen und sozialen Vermittlung zwischen dem Arzt und dem Kranken in der modernen Medizin betont Canguilhem, dass die „Individualität des Menschen“ („l’individualité de l’homme“<sup>27</sup>) letztendlich die medizinische Praxis legitimiert.

Im Zusammenhang mit dieser Thematik beziehe ich mich auf eine Arbeit des Physiologen und Medizinhistorikers Karl E. Rothsuh (1908-1984). In diesem Artikel schränkt er das Thema auf die Frage ein, ob „das Kuhnsche Modell auf die Interpretation der geschichtlichen Wandlungen der klinischen Krankheitskonzepte mit Gewinn angewendet werden kann.“<sup>28</sup> Was unser Thema betrifft, behauptet er, dass die „Krankenbettmedizin“ nicht mit den anderen Naturwissenschaften zu vergleichen ist: „Sie verfolgt keine wissenschaftlichen Ziele, sondern sie verwendet wissenschaftliche Ergebnisse zur Lösung von praktischen Aufgaben.“<sup>29</sup> Zuletzt zieht Rothsuh die Schlussfolgerung, dass das Kuhnsche Interpretationsmodell sich auf die Medizin nicht anwenden lässt, da sie keine Wissenschaft im Kuhnschen Sinne ist. Er bezeichnet sie eher als „operationale Wissenschaft“, die mehr mit gewissen Künsten als mit den exakten Wissenschaften verwandt ist. Da sie verglichen mit den letzteren „keine Freiheit in der Wahl ihrer Objekte und keine Möglichkeiten (hat), eine Konstanz der mitwirkenden Faktoren zu erreichen, sie hat ebensoviel mit Ungewissheiten wie mit theoretischen Schwierigkeiten zu kämpfen.“<sup>30</sup> Diese Betonung der Rolle der Ungewissheit in der Medizin scheint mir von erheblicher Bedeutung für die Bestimmung des epistemologischen Status der Medizin. Man sollte darauf hinweisen, dass diese Ungewissheit nicht nur von der Komplexität der physiko-chemischen Vorgänge, die sich

---

<sup>26</sup> Canguilhem, Georges: „Le statut épistémologique de la médecine“, op. cit., S. 29.

<sup>27</sup> Ibid., S. 29.

<sup>28</sup> Rothsuh, Karl E.: „Ist das Kuhnsche Erklärungsmodell wissenschaftlicher Wandlungen mit Gewinn auf die Konzepte der klinischen Medizin anwendbar?“, in *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen und die Geschichte der Wissenschaften*, Diemer, A. (Hrsg), Hain A. Verlag, 1977, S. 73-90.

<sup>29</sup> Ibid., S. 84.

<sup>30</sup> Ibid., S. 87.

im lebendigen Organismus vollziehen, abhängig ist, sondern auch von der besonderen Natur des Objekts der Medizin. Letztendlich besteht das Ziel der Medizin nicht darin, ein Wissen über Krankheiten zu erzeugen, sondern das leidende Individuum zu behandeln. Diese Auffassung von der engen Verbindung zwischen experimentalen Wissenschaften und Klinik um eine logische Umgrenzung des Krankheitsbegriffes zu erreichen, teilte auch Claude Bernard (1813-1878), der als Begründer der experimentalen wissenschaftlichen Medizin gilt.<sup>31</sup>

Gegen die positivistische verbreitete Auffassung, die das Modell der physikalischen Wissenschaften auf die Medizin und die Geisteswissenschaften anwenden will, lässt sich einwenden, dass die Wirklichkeit sich nicht auf die mathematischen und physikalischen Auffassungen reduzieren lässt. Es soll zugegeben werden, dass es in der Wirklichkeit Erscheinungen, die einen Sinn haben, gibt. Dieser Sinn lässt sich jedoch nicht durch physiko-chemischen Vorgänge beschreiben. Außerdem hat Karl Rothschiuh darauf hingewiesen, dass Krankheit nicht nur ein Gegenstand der wissenschaftlichen Betrachtung, sondern „sie ist auch Schwäche, Schmerz, Leiden, Bedrohung für den Kranken.“<sup>32</sup> Von erheblicher Bedeutung für das Folgende ist seine Behauptung, dass Krankheit beim Kranken und nicht bei wissenschaftlicher Untersuchung beginnt, „d.h. primär im vorwissenschaftlichen Raume, sie ist daher zunächst eine *vorwissenschaftliche Benennung*.“<sup>33</sup> Diese Auffassung bestätigt die Ansicht, dass die Dimension des Sinnes ein konstitutiver Bestandteil der Krankheit ist. Darauf zu verzichten zugunsten eines physikalischen Wissens der zugrundeliegenden Vorgänge führt aber nicht nur zu einem Gewinn an der Erkenntnis der Wirklichkeit, sondern auch zum Verlust einer ihrer wichtigsten Dimensionen.

---

<sup>31</sup> Bernard, Claude: *Principes de médecine expérimentale*, Paris, Presses Universitaires de France, 1947, S.170, Zitiert nach Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, op. cit., S. 160: „Erstsemestern würde ich zunächst raten: schauen Sie sich im Krankenhaus um; denn das muss man zuerst kennenlernen. Wie sollte man auch im Experiment Krankheiten analysieren können, die man gar nicht kennt? Ich will also keineswegs das Laboratorium an die Stelle des Krankenhauses setzen. Im Gegenteil, ich sage: schauen Sie sich zuerst im Krankenhaus um; das allerdings langt nicht, wenn man wissenschaftliche oder experimentelle Medizin betreiben will. Im Labor muss man daran gehen, experimentell zu analysieren, was die klinische Beobachtung an Feststellungen erbracht hat“.

<sup>32</sup> Rothschiuh, Karl E.: „Der Krankheitsbegriff“, in *Was ist Krankheit?*, Rothschiuh, Karl E. (Hrsg.), Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Verlag, 1975, S. 399.

<sup>33</sup> Ibid.

Dass dieser Verzicht der subjektiven Dimension der Krankheit durch die theoretischen und technischen Eroberungen der Naturwissenschaften im 20. Jahrhundert vollzogen ist, scheint mir fraglich. Im folgenden Abschnitt beziehe ich mich auf die Arbeiten von Georges Canguilhem und Wolf Lepenies, um zu zeigen, dass dieser Verzicht erhebliche Schwierigkeiten für die Konstruktion eines rein naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriffs bereitet. Im Folgenden werde ich am Beispiel des Streits um den medizinischen Ontologismus zeigen, inwiefern die evaluative Dimension die Neuformulierung des heutigen Krankheitsbegriffs geprägt hat.

## 1.2- Die Widerlegung des Ontologismus und die Auffassung von der Identität normaler und pathologischer Phänomene

In der Geschichte der medizinischen Ideen spricht man von „ontologischer“ Krankheitsauffassung um diejenige Auffassung, nach der die Krankheit als ein Wesen für sich betrachtet wird, zu bezeichnen. In dieser Auffassung schreibt man der Krankheit eine selbstständige Existenz zu. Laut Karl Rothschild nimmt die Krankheit der ontologischen Theorie gemäß „ihren Ursprung z.B. aus einem ‘Samen’, der die Einheit und Gleichartigkeit des Krankheitsbildes bedingt. Sie ist andererseits vergleichbar einer Spezies unter den Pflanzen, im Sinne der Botaniker, gekennzeichnet durch ihr Erscheinungsbild und ihren zeitlichen Ablauf, also klinischen Verlauf.“<sup>34</sup> In *Der Geburt der Klinik* betont Foucault, dass die Entstehung der neuen antomo-klinischen Methode in der Medizin durch die Widerlegung des Ontologismus vollzogen. Er beschreibt die Krankheitsauffassung in dieser letzten Theorie als Folgendes: „Bevor sie in die Masse des Körpers hineingenommen wird, erhält die Krankheit eine hierarchische Organisation in Familien, Gattungen und Arten.“<sup>35</sup> Im Grunde genommen führte die ontologische Betrachtungsweise zur Annahme, dass Krankheiten ihr „Wesen“ in klassifikatorischen „Tableaus“, im Sinne der Botaniker, haben.

---

<sup>34</sup> Ibid., S. 403.

<sup>35</sup> Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt, Fischer Verlag, 1988, S. 20.

Außerdem hat die „ontologische“ Krankheitsauffassung die medizinische Theorie und Praxis des 18. Jahrhunderts beherrscht. Mit der Entstehung der Physiologie am Anfang des 19. Jahrhunderts wurde der Ontologismus in den medizinischen Theorien häufig umstritten. Für die Darstellung der Hauptargumenten in diesem Streit beziehe ich mich auf zwei deutsche Ärzte, Wilhelm Roser (1817-1888) und Carl August Wunderlich (1815-1877), die als Mitbegründer der physiologischen Medizin in Deutschland gelten. In der Einleitung des *Archiv für physiologische Heilkunde* von 1842<sup>36</sup> behaupten sie, dass die physiologische Begründung der Pathologie die Aufgabe und Zukunft der Heilkunde sein müsse. Darüber hinaus fordern beide Physiologen dieselben Methoden für die Medizin, wie für die exakten, physikalischen Wissenschaften. Ihrer Auffassung nach muss sich die Medizin, die „als empirische und inductive Wissenschaft“ betrachtet werden soll, gegen die „willkürlichen Annahmen“<sup>37</sup> des Ontologismus, durchsetzen. Außerdem betrachtet der Ontologismus die Erkrankung nicht als einen Zustand des Organismus, sondern als „ein für sich bestehendes Ding, als ein *Ens*, als eine feindliche Macht, die mit dem Organismus streitet“<sup>38</sup>. Gegen einen solchen „verwirrenden Mysticismus“ muss die „physiologische Medizin“, die nicht trennbar von der Physiologie ist, „sich auf die erwiesenen Thatsachen, die Gesetze lehren muss, nach denen der Organismus lebt und erkrankt, genest und stirbt“<sup>39</sup>., stützen.

Solche Behauptungen sind dem Positivismus des 19. Jahrhunderts nicht fremd. Dass die Kritik aller metaphysischen Annahmen, die die Wissenschaften im 19. Jahrhundert prägten, ein Leitmotiv des Positivismus ist, lässt sich auch durch den Ontologismus-Streit in der Medizin zeigen. Daher wurde der Ontologismus kritisiert auf Grund seiner Annahme, dass die Krankheiten ein „Wesen“ haben. In dieser Kritik wurde die „Wesenheit“ der Krankheit mit der Annahme, dass Krankheit und Gesundheit sich *qualitativ* voneinander unterscheiden, gleichgesetzt. Da die Messbarkeit das Ziel der

---

<sup>36</sup> Roser, Wilhelm und Wunderlich, Carl August: „Ueber die Mängel der heutigen deutschen Medicin und ueber die Nothwendigkeit einer entschieden wissenschaftlichen Richtung in derselben“ in Rothsuh, Karl E.: *Was ist Krankheit?*, op. cit., S. 45-71.

<sup>37</sup> Ibid., S. 45.

<sup>38</sup> Ibid., S. 49.

<sup>39</sup> Ibid., S. 47.



Wissenschaften seit dem Anfang der Neuzeit darstellte, erschien die ontologische Auffassung, indem sie diesem Ziel nicht entsprach, nicht wissenschaftlich zu sein.<sup>40</sup>

Dass Wunderlich sich auf den französischen Arzt François Broussais (1772-1838) bezieht, scheint mir begründet zu sein<sup>41</sup>. Im Grunde genommen ist Broussais' beherrschende Idee die Zerstörung der ontologischen Krankheitsauffassung. In der Krankheit sah Broussais nichts dem Organismus Fremdes, sondern lediglich eine Funktionsstörung. Seine Hauptthese, die er in *De l'irritation et de la folie* entwickelte, besteht in der Identität normaler und pathologischer Phänomene.<sup>42</sup> Broussais' Monismus im Gegensatz zum Ontologismus bedeutet, dass Gesundheit und Krankheit nur als *quantitativ* voneinander unterschiedene Erscheinungen der gleichen Körpervorgänge zu betrachten sind. Darüber hinaus weist Canguilhem darauf hin, dass „Broussais die Begriffe *anormal* und *pathologisch* oder *Krankhaft* gleich (setzt) und sie ohne Unterschied (gebraucht). (...), so wäre die Differenz zwischen dem Normalen oder Physiologischen und dem Anormalen oder Pathologischen bloß quantitativ.“<sup>43</sup>

Wie Canguilhem es gezeigt hat, verbreitete sich diese These im Laufe des 19. Jahrhunderts durch den Einfluss Auguste Comtes und Claude Bernards und ist zu einer „Art wissenschaftlich approbiertem Dogma“<sup>44</sup> geworden, nach dem der pathologische Zustand nur eine *quantitative* Abweichung vom Normalzustand sei. Laut dieser Auffassung stützt die Opposition zwischen Krankheit und Gesundheit einerseits auf diejenige zwischen Physiologie und Pathologie und andererseits auf diejenige zwischen Anormalität und Normalität. Als Folge dieser Entwicklung vollzieht sich die Ersetzung des Begriffspaares Gesundheit-Krankheit durch dasjenige von Normalem-Anormalem.

---

<sup>40</sup> Im Rahmen dieser Kritik bezeichnet Rudolf Virchow die Humoralpathologie als „die Pathologie der Kinderstube, die Pathologie der Ammen, die Pathologie der Tradition, auch die Pathologie der Kirche“, Vgl. Virchow, Rudolf: „Über die heutige Stellung der Pathologie“, in Rothschuh, Karl E.: *Was ist Krankheit?*, op. cit., S. 75.

<sup>41</sup> Vgl. Wunderlich, Carl August: „Ueber die Mängel der heutigen deutschen Medicin und ueber die Nothwendigkeit einer entschieden wissenschaftlichen Richtung in derselben“, in Rothschuh, Karl E.: *Was ist Krankheit?*, op. cit., S. 49: „So häufig sich dieser logische Missgriff (Ontologismus) in der Medicin eingeschlichen und breit gemacht hat, so wurde er doch seit Broussais kaum je wieder zur Sprache gebracht, und durfte ungestört in unserer Wissenschaft alles richtige Verständniss zerrütten.“

<sup>42</sup> Vgl. Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, op.cit., S.28.

<sup>43</sup> Ibid., S. 31.

<sup>44</sup> Ibid., S. 22.

An dieser Stelle erhebt sich die zentrale Frage, ob diese Ersetzung die ontologische Auffassung des Krankheitsbegriffs, die den Unterschied zwischen Krankheit und Gesundheit als *qualitativ* bestimmt, widerlegt hat. Im Folgenden wird, inwiefern die ontologische Auffassung diejenige von der Identität normaler und pathologischer Erscheinungen geprägt hat, gezeigt.

In seinem Buch *Das Ende der Naturgeschichte*<sup>45</sup> weist Lepenies darauf hin, dass die Rezeption der Theorie Broussais' durch Auguste Comte und Claude Bernard nicht ohne tiefe Veränderungen vollzog. Lepenies betont wie Broussais' Prinzip durch Comtes Auffassung verändert wurde.<sup>46</sup> Der Grund, warum Comte Broussais' Anschauung zu einer scharfen *qualitativen* Differenzierung von Normalität und Anormalität zurückkehrte, lässt sich laut Lepenies These auf die „Wechselwirkung“ zwischen den Wissenschaften vom Leben – insbesondere der Medizin und der Physiologie – und den Sozialwissenschaften im 19. Jahrhundert, zurückführen. „Wechselwirkung“ bedeutet für ihn „den Übergang eines Konzeptes von einer Wissenschaftsdisziplin in eine andere und zurück in die Ursprungsdisziplin.“<sup>47</sup>

Dass Comtes Theorie Einfluss auf Claude Bernards Auffassung vom Verhältnis zwischen dem Normalen und dem Pathologischen ausübte, war von erheblicher Bedeutung für die Neuformulierung des Krankheitsbegriffs. Da Bernard die Medizin als eine Experimentalwissenschaft betrachtete, wollte er auch die negativen Konnotationen des Begriffs „pathologisch“ beseitigen. Aber dies gelang ihm nicht. Folglich stellte er die

---

<sup>45</sup> Lepenies, Wolf: *Das Ende der Naturgeschichte*, op. cit.

<sup>46</sup> Vgl. Ibid., S. 189.: „Comtes Metaphern zeigen, wie sehr Broussais' Prinzip durch ihn verändert wurde. Pathologische Erscheinungen werden als Störungen und Abweichungen beschrieben, nicht nur, wie es die Doktrin Broussais' erfordern würde, als Veränderungen; während des Gesundheitszustand als Normalexistenz beschrieben wird, ist der Begriff des Anormalen von qualitativen, negativen Konnotationen begleitet und wird als 'Disproportion' und 'Desharmonie' charakterisiert.“

Vgl. auch Canguilhem, *Das Normale und das Pathologische*, op. cit., S. 37: „Festzuhalten bleibt noch, dass Comte mit Broussais und dessen geistigen Nachfahren zwar bestimmte Vorstellungen über die Pathologie teilt, nicht jedoch die Intentionen und Ziele. Zum einen will Comte auf eine Kodifizierung der wissenschaftlichen Methoden hinaus; zum anderen erhebt er den Anspruch, eine politische Lehre wissenschaftlich zu begründen. Denn die mit Allgemeinheitsanspruch ausgestattete Behauptung, die Lebensphänomene würden durch die Krankheit nicht wirklich verändert, dient lediglich zur Rechtfertigung seiner These, dass die Therapie der politischen Krisen darin bestehe, die Gesellschaften auf ihre wesentliche und gleichbleibende Struktur zu reduzieren und Fortschritt nur innerhalb der Variationsgrenzen der durch die soziale Statik gebildeten Naturordnung zu tolerieren“.

<sup>47</sup> Lepenies, Wolf, *Das Ende der Naturgeschichte*, op.cit., S. 172.

qualitativen Konnotationen wieder her, die er beseitigen wollte.<sup>48</sup> Laut Canguilhem liegt die Ursache für die qualitative Neuformulierung der These von der Identität normaler und pathologischer Vorgänge in einem „etymologischen Irrtum“<sup>49</sup>, nach dem der deskriptive Begriff „Anomalie“ mit dem normativen Ausdruck „anormal“ verwechselt wurde. Aus dieser Betrachtungsweise soll die positivistische Auffassung, die Anspruch auf eine objektive Krankheitsdefinition erhebt, von „Anomalie“ und nicht von „anormal“ sprechen.

Dieser semantische Irrtum mag nicht hinreichend sein, um zu erklären, warum das Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit durch das von Normalität und Anormalität geprägt wurde. Jedoch ist Canguilhems Verdienst, die evaluative Komponente, die der Begriff des Normalen enthält, zu betonen. Daher lässt sich die Frage erheben, ob der Normalitätsbegriff sich auf eine deskriptive oder statistische Norm reduzieren lässt. Wenn dies der Fall ist, dann ist Normalität mit Allgemeinheit gleichzusetzen und ist die Norm in Medizin lediglich durch ihre statistische Häufigkeit zu definieren. In den nächsten Kapiteln wird gezeigt, dass diese Auffassung unzulänglich ist, da sie den normativen Aspekt des Normalen nicht berücksichtigt. Darüber hinaus bereitet dieser Aspekt den Weg für die Betrachtung der individuellen, sozialen und politischen Werte in der Krankheitsdefinition.

Dass der Krankheitsbegriff nicht nur eine naturwissenschaftlich analysierende sondern auch eine evaluative Komponente beinhaltet, lässt sich nach den Ergebnissen dieses Kapitels annehmen. Dass diese zwei Dimensionen miteinander eng verbunden

---

<sup>48</sup> Vgl. Ibid., S. 194, und Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, op. cit., S. 46: „Auffällig ist auch bei Bernard – wie bei Bichat, Broussais und Comte – eine Verquickung von quantitativen und qualitativen Begriffen in der Definition der pathologischen Phänomene. Einerseits ist der Krankheitszustand ‘die Störung (dérangement) eines normalen Mechanismus in Form einer quantitativen Abweichung, einer Übersteigerung oder Abschwächung der normalen Phänomene’; andererseits besteht er in der ‘Übersteigerung, Verzerrung (disproportion) und Disharmonie (dés-harmonie) der normalen Phänomene’. Nicht zu übersehen ist dabei, dass der Begriff der ‘Übersteigerung’ in der ersten Definition deutlich quantitativen und in der zweiten eher qualitative Bedeutung hat. Meint Bernard wirklich, den qualitativen Sinn des Terminus ‘pathologisch’ ausschalten zu können, wenn er diesen durch Begriffe wie Un-ordnung (dé-rangement), Miss-verhältnis (dis-proportion) und Dis-harmonie (dés-harmonie) ersetzt?“

<sup>49</sup> Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, op. cit., S. 86: „Streng semantisch bezeichnet *Anomalie* eine Tatsache, ist mithin ein deskriptiver Terminus; demgegenüber enthält *anormal* den Bezug auf einen Wert, es ist ein Terminus des Beurteilens, ein normativer Ausdruck.“

sind, möchte ich im Folgenden Kapitel betonen. Die englische Sprache bietet für die Erläuterung dieser zwei Dimensionen zwei verschiedene Begriffe: „disease“ und „illness“. Der erstere drückt den wissenschaftlichen und objektiven Aspekt der Krankheit, während der letztere ihren subjektiven und evaluativen Aspekt aus. Die Debatte in der angelsächsischen Philosophie der Medizin besteht darin, welcher von diesen zwei Begriffen primär für eine Krankheitsdefinition ist. Das Ziel meiner Kritik im folgenden Kapitel ist Boorses „biostatistische“ Theorie, da er den theoretischen Teil des Krankheitsbegriffs (disease) von seinem praktischen Teil (illness) trennen will. Dass eine solche Auffassung nicht widerspruchsfrei ist, werde ich durch die Darstellung der Theorien von Engelhardt und Fulford vorweisen.

## 2.Kapitel

Wie im vorherigen Kapitel gezeigt wurde, führte die Aneignung des Normalitätsbegriffs in der konzeptuellen Struktur der Medizin zur verbreiteten Annahme, dass der Gesundheitszustand im Grunde genommen als der „normale“ Zustand eines Organismus betrachtet werden könne. Daraus folge, dass Krankheit als eine Abweichung von einer bestimmten Norm anzusehen sei. Da der Normbegriff nicht nur aus einer auf Tatsachen beruhenden Beschreibung besteht, sondern auch einen zentralen evaluativen Bestandteil beinhaltet, stellt sich die Frage nach der Möglichkeit und den ethischen Konsequenzen, die aus dem Versuch entstehen, Krankheit objektiv zu definieren. Es lässt sich nicht bezweifeln, dass Krankheiten eine konkrete, d.h. physikalische und chemische Grundlage haben. Jedoch muss dies nicht zur Ausklammerung der subjektiv-evaluativen Dimension des Krankheitsbegriffs führen, wie ich in diesem Kapitel zeigen möchte. Darüber hinaus bereitet diese Zweideutigkeit des Normbegriffs erhebliche Schwierigkeiten für eine Begrenzung des Krankheitsbegriffs. Die Auseinandersetzung, die sich in der angelsächsischen Literatur im Rahmen der Philosophie der Medizin vollzieht, spiegelt die Schwierigkeit, das Verhältnis zwischen beiden Dimensionen des Normbegriffs eindeutig aufzufassen. Welche Dimension, die naturwissenschaftlich-empirische oder die subjektiv-evaluative primär für eine Krankheitsdefinition sein soll und vor allem, wie sie miteinander zusammenhängen, sind zentrale Fragen, die ich in diesem Kapitel behandeln möchte.

Im Folgenden möchte ich einen Teil dieser Auseinandersetzung skizzieren. Boorse bezeichnet sie als eine Debatte zwischen zwei Lagern: auf der einen Seite befinden sich Autoren, die eine „wertfreie“ („value-free“) Auffassung des Krankheitsbegriffs verteidigen – Boorse wird häufig als ihr Hauptvertreter betrachtet. Auf der anderen Seite befinden sich diejenigen, die eine „wert-basierte“ („value-laden“)

Perspektive bevorzugen.<sup>50</sup> Zunächst werde ich Boorses „biostatistische“ Auffassung des Krankheitsbegriffs darstellen. Anschließend werden die verschiedenen Kritiken gegenübergestellt, nämlich diejenigen von D. Lanzerath, H.T. Engelhardt Jr., K.W.M. Fulford und L. Nordenfelt. Das Ziel dieses Kapitels ist zu zeigen: (i) Inwiefern der Krankheitsbegriff mit Werten verbunden ist, und (ii) welche Art von Werten impliziert sind. Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass die englische Sprache verschiedene Wörter für den Begriff „Krankheit“ anbietet – zu denen „illness“ und „disease“ als die wichtigsten zählen. Da mir keine Ausdrücke, die den Bedeutungsunterschied zwischen beiden Begriffen entsprechend wiedergeben, auf Deutsch bekannt sind, werde ich in diesem Kapitel die englischen Ausdrücke verwenden.

## 2.1- Christopher Boorses „biostatistische“ Theorie

In seinem Artikel von 1977 geht Boorse von der Annahme aus, dass man die Schwierigkeiten, die einer Begrenzung des Krankheitsbegriffs zugrunde liegen, durch die Trennung zwischen einem „objektiven“(disease) und einem „subjektiven“ (illness) Krankheitsbegriff überwinden könne.<sup>51</sup> Die Irrelevanz dieser Unterscheidung wird erst deutlich, wenn man Boorses Definition von „disease“ analysiert. Der Begriff „disease“ scheint ihm wertfrei zu sein, insofern, als dass man ihn lediglich durch empirische Tatsachen definieren kann. „Disease“ bezeichnet also jeden inneren Zustand des Organismus, der die „funktionale Fähigkeit“ unter eine „art-typische“ Stufe herabsetzt.<sup>52</sup> Ein zentraler Begriff für das Verständnis der Boorseschen Auffassung ist der Funktionsbegriff. Diesen hat er in einer vorherigen Veröffentlichung ausführlich diskutiert.<sup>53</sup> Die „funktionale Fähigkeit“ bezeichnet daher die Fähigkeit des Organismus,

---

<sup>50</sup> Vgl. Boorse, Christopher: „Health as a Theoretical Concept“, in *Philosophy of Science*, Vol. 44, No. 4, 1977, S. 542.

<sup>51</sup> Meiner Meinung nach legitimiert die sprachliche Trennung zwischen „illness“ und „disease“ jedoch nicht Boorses Annahme. Weder Deutsch noch Französisch bieten eine äquivalente Trennung an.

<sup>52</sup> Vgl. Boorse, Christopher: „Health as a Theoretical Concept“, op. cit., S. 542.

<sup>53</sup> Vgl. Boorse, Christopher: „Wright on Functions“, in *The Philosophical Review*, Vol. 85, No. 1, Jan, 1976, S. 70-86.

seine Ziele – Überleben und Reproduktion – zu erreichen.<sup>54</sup> Der zweite zentrale Begriff in seiner Theorie ist derjenige von „statistischer Normalität“.<sup>55</sup> Boorse behauptet aber, dass nicht alle Abweichungen von der statistischen Norm krankhaft seien, sondern nur diejenigen, die Funktionsstörungen führen können.<sup>56</sup> Aufgrund dieser Annahmen schlussfolgert Boorse, dass er eine „wertfreie“ Definition erreicht.

Die erste Kritik, die man gegen Boorses Auffassung einwenden kann, besteht darin, dass er das Wort „normal“ lediglich im statistischen Sinne verwendet. Warum er den normativen Aspekt des Normalen völlig ignoriert, bleibt unklar. Der einzige Hinweis, den er gibt, besteht in seiner Identifizierung von „normal“ und „natürlich“. In diesem Zusammenhang fasst er unter „disease“ alle Zustände, die der „Natur der Art“ fremd sind. Seine Auffassung von dieser „Natur der Art“ ist rein „empirisch“ und schließt jeden Bezug zu einem evaluativen Element aus.<sup>57</sup> Folglich ist das „normale Funktionieren“ bei Boorse durch die statistische Normalität geprägt. Wenn es darum geht, die Rechtfertigung seiner Ablehnung des evaluativen Aspekts des Normalen in seiner Krankheitsdefinition zu betrachten, bezieht sich Boorse auf die „biologische“ Natur der Art. Diese wird letztlich mit der statistischen Normalität, die lediglich auf empirischen Tatsachen beruht, verglichen. Diese Reduktion des Menschen auf seine biologischen Komponenten ist letztendlich das Ergebnis von Boorses Betrachtung des Individuums als eine biologische Art, deren Ziele lediglich Reproduktion und Überleben sind.

Boorses *reduktionistischer* Ansatz kann also seine Ablehnung des evaluativen Aspekts des Normbegriffs erklären, jedoch nicht legitimieren. Im Rahmen der biostatistischen Theorie wird der anthropologische Aspekt des Krankheitsbegriffs, den ich in der Einleitung dieser Arbeit betont habe, vernachlässigt. Daran anknüpfend ist Lanzeraths scharfe Kritik an Boorse zu erwähnen. Lanzerath, der sich an dieser Stelle auf

---

<sup>54</sup> Vgl. Boorse: „Health as a Theoretical Concept“, op. cit., S. 555.

<sup>55</sup> Vgl. Ibid., S. 542.

<sup>56</sup> Vgl. Ibid., S.558-559.

<sup>57</sup> Vgl. Ibid., S. 554: „The intuition behind our account of health and disease will be a simple one (...). It is that the normal is the natural“. Und S.554-555: „...diseases are conditions foreign to the nature of the species. Our version of the nature of the species will be a functional design empirically shown typical of it. The ancient view that an ideal can be simultaneously empirical and normative (...) will have no role at all below. The denial that health is essentially evaluative may be our largest departure from the classical tradition.“

die Thesen Canguilhems bezieht, weist darauf hin, dass man eigentlich nicht von Krankheit sprechen kann, wenn man nicht „in der Erfahrung des Kranken eine ‚polemische‘ Situation“<sup>58</sup> sieht. Außerdem betont Lanzerath die Schwierigkeiten, die „die Anwendung der biologischen und evolutionstheoretischen Terminologie auf den Krankheitsbegriff bereitet.“<sup>59</sup> Er behauptet mit Recht, dass man im Rahmen eines solchen Reduktionismus z.B. nicht von *Infektionskrankheiten*, sondern von „einer ökologischen Konkurrenz zweier Arten“<sup>60</sup> sprechen soll. Man kann außerdem als Kritik hinzufügen, dass Boorse die evaluative Konnotation solcher Ziele, wie Überleben und Reproduktion, ignoriert. Selbst bei den wilden Tieren fällt die vitale *Bedeutung* der Krankheit auf. Für diese Arten bedroht die Krankheit ihre *Existenz*. Dasselbe kann man selbstverständlich für das Individuum behaupten, dessen Existenz durch Krankheit bedroht wird, aber mit dem erheblichen Unterschied, dass das Individuum seiner Existenz einen Sinn verleiht. Diese Dimension des Sinnes ist meiner Meinung nach von erheblicher Bedeutung, nicht nur für die Analyse des Krankheitsbegriffs, sondern auch für eine Epistemologie der Biologie, die die Individualität des Menschen und die Rolle der Anthropologie in der Biologie berücksichtigen soll.

Darüber hinaus kann man gegen die Boorsesche Reduktion des Normalen auf die statistische Dimension einwenden, dass die Anwendung statistischer Daten nur im Rahmen eines medizinischen Handelns und unter Berücksichtigung der individuellen Geschichte und der sozialen Herkunft des Patienten ihre Nützlichkeit und ihren Sinn findet. Die statistischen Daten sind letztendlich ein Mittel unter vielen anderen, die dem Arzt die Bestimmung einer Diagnose, Prognose und vor allem einer individuellen und geeigneten Therapie, ermöglichen. Der Arzt J. A. Ryle hat davor gewarnt, das Normale in der Biologie nicht mit dem statistischen Mittelwert oder einem „festgestellten Standard“<sup>61</sup> zu verwechseln. In seinem Versuch, die „Bedeutung des Normalen“ für das medizinische Handeln nachzuvollziehen, betont er die weitreichende „normale Variabilität“ der anatomischen und physiologischen Konstanten, die mit einem gesunden Zustand

---

<sup>58</sup> Lanzerath, Dirk: *Krankheit als ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg, München, 2000, S. 124.

<sup>59</sup> Ibid., S. 122.

<sup>60</sup> Ibid.

<sup>61</sup> Ryle, J. A.: „The Meaning of Normal“, in *The Lancet*, Jan. 4, 1947, S.1.



kompatibel sind.<sup>62</sup> Der Einfluss der Umwelt auf den Menschen spielt eine genauso wichtige Rolle in der Bestimmung dieser Variabilität. Aufgrund seiner experimentellen Ergebnisse zieht er die Schlussfolgerung, dass Variabilität eine der wichtigsten und notwendigsten Merkmale des Lebens ist, die die Errichtung einer festen Norm erschwert.<sup>63</sup> Eine sehr ähnliche Kritik richtet Lanzerath gegen die Auffassung Boorses von der Rolle der statistischen Normalität in der Krankheitsdefinition.<sup>64</sup> Im größten Teil dieser Kritik bezieht sich Lanzerath auf die originale Krankheitsauffassung Canguilhem's, die ich im nächsten Kapitel behandeln werde.

Es lässt sich nicht bezweifeln, dass viele empirische und deskriptive Befunde in die Bestimmungen eines Zustands als Krankheit eingehen. Jedoch hat Boorse nicht das Recht, den Krankheitsbegriff rein theoretisch aufzufassen. Wenn man die enge Verbindung in der Konstruktion des Wissens über Krankheiten zwischen Pathologie und Klinik, d.h. Theorie und Praxis, wie sie selbst bei Physiologen wie Claude Bernard, Erich Müller und Wunderlich aufgefasst ist,<sup>65</sup> berücksichtigt, dann stellen sich erhebliche Zweifel an der Richtigkeit und Relevanz einer solchen Trennung von theoretischem und praktischem Krankheitsbegriffs ein. Diese scheint mir widersprüchlich, genauso wie seine Identifizierung vom „Normalen“ mit dem „Natürlichen“.

Um diese Identifizierung zu begründen, greift Boorse auf die griechische Auffassung des Naturbegriffs zurück. Aber er scheint zu ignorieren, dass „Natur“ für die Griechen zweideutig ist. Oder wie von H. Ritter in seinem Artikel über „Normal und Normalität“ verdeutlicht: „Natur meint – so besonders deutlich in den Hippokratischen Schriften – zum einen die durchschnittliche, ‚natürliche‘ Beschaffenheit, zum anderen auch etwa den gesunden Zustand des Körpers und seiner Organe und damit den Idealzustand, dessen Wiederherstellung Ziel der ärztlichen Therapie ist.“<sup>66</sup> Diese Ansicht von der Verbindung des normativen und deskriptiven Elements des Normalen findet

---

<sup>62</sup> Vgl. Ibid.

<sup>63</sup> Vgl. Ibid., S. 5.

<sup>64</sup> Vgl. Lanzerath, Dirk: *Krankheit als ärztliches Handeln*, op. cit., S. 117-146.

<sup>65</sup> Vgl. 1. Kapitel dieser Arbeit.

<sup>66</sup> Ritter, H.H.: „Normal, Normalität“ in *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, J. Ritter und K. Gründer (Hrsg.), Band 6, Darmstadt, 1984, S. 919.

ihren Ursprung in der griechischen Medizin, und man kann mit Recht behaupten, dass sie auch den Normalitätsbegriff in der modernen Medizin prägt.

Das Scheitern der Boorseschen biostatistischen Theorie, eine Trennung von theoretischem und praktischem Krankheitsbegriff durchzuführen, lässt sich meiner Meinung nach auf drei Gründe zurückführen: (i) Boorses Gleichsetzung der „Normalität“ mit der „Natürlichkeit“ stützt sich nicht, wie er es annimmt, auf die griechische Auffassung, sondern auf eine fragliche Metaphysik, die das „Gesunde“ oder „Natürliche“ mit einer sogenannten „biologischen Natur“ des Menschen identifiziert. (ii) Seine Ignorierung des normativen Aspekts des Normalen führt ihn zu der falschen Annahme, dass „disease“ und nicht „illness“ als Ausgangspunkt zu seiner Auffassung des Krankheitsbegriffs betrachtet werden muss. (iii) Boorse beachtet weder die konstitutive Rolle der Klinik in der Konstruktion des Wissens über Krankheiten noch die anthropologische Dimension des Krankheitsbegriffs.

Nach dieser Darstellung des Boorseschen Modells und der Widersprüche, die dieses Modell einschließt, kann man verstehen, dass die Auffassung Boorses häufig kritisiert worden ist. Bevor ich andere Auffassungen des Krankheitsbegriffs behandle, möchte ich auf die Rolle der Boorseschen Auffassung in der Diskussion über die Gesundheitspolitik hinweisen.<sup>67</sup> Im Grunde genommen benötigt jedes Gesundheitswesen eine operationale Definition der Krankheit, die eine Grenzziehung zwischen denjenigen Zuständen, die eine medizinische Behandlung rechtfertigen, und solchen, die diese Behandlung nicht rechtfertigen. Darüber hinaus erhebt diese Debatte wichtige ethische Fragen, deren Darstellung und Kritik außerhalb meiner Kompetenz liegen. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass das Verzicht auf die evaluative Dimension der Krankheit im Rahmen dieser Debatte nicht ohne schädlichen Konsequenzen für die Individualität und die Freiheit des Menschen ist.

Im Gegensatz zur *wertfreien* Interpretation des Krankheitsbegriffs, wie diejenige von Christopher Boorse, bringen u.a. H.T. Engelhardt, K.W.M. Fulford und Lennart Nordenfelt eine *wertbasierte* Interpretation, die Platz für Werte in der

---

<sup>67</sup> Daniels, Norman: *Just Health Care*, op. cit., S.28-30.

Krankheitsdefinition einräumt, vor. Aus verschiedenen Gründen sind diese Autoren der Meinung, dass Begriffe wie Krankheit und Gesundheit nicht ohne die Berücksichtigung der Rolle der individuellen und sozialen Normen definiert werden können.

### 2.3- Engelhardts Kritik und sein relativistisches Modell

Der Ansatz Engelhardts kann als *relativistisch* beschrieben werden. Im Folgenden werde ich seine Auffassung des Krankheitsbegriffs, wie er sie hauptsächlich in *The Foundations of Bioethics* verteidigt hat, kritisch darstellen. Engelhardt geht davon aus, dass all unser Wissen von der Realität von kulturellen und sozialen Bedingungen abhängig ist. Das medizinische Wissen ist keine Ausnahme. Es lässt sich von verschiedenen Ideologien, von sozialen und religiösen Auffassungen und auch von den medizinischen Institutionen prägen. Je nach den verschiedenen Anschauungen werden die Menschen „besessen“, „krank“, „pervers“ oder „immoralisch“ betrachtet.<sup>68</sup> Die Medizin beschreibt folglich die Realität mit ihren eigenen Fachwörtern. „Sie medikalisiert die Realität.“<sup>69</sup> Engelhardt spricht von „Sprachen der Medikalisierung“.<sup>70</sup> Darüber hinaus unterscheidet er vier Arten von Sprachen, die die Medizin zur Beschreibung von Krankheiten verwendet: die evaluative, die deskriptive, die erläuternde und die soziale.<sup>71</sup> Außerdem weist er darauf hin, dass die vier genannten „Sprachen“ vier „Modi“ sind, die unser Verständnis der medizinischen Begriffe prägen.

Durch den evaluativen Modus werden Krankheiten als unerwünschte Zustände, die mit negativen Werturteilen assoziiert sind, betrachtet. Solche Zustände – wie z.B.

---

<sup>68</sup> Vgl. Engelhardt, H.T.Jr: *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 2. Auflage 1996, S. 189.

<sup>69</sup> Ibid.: “Medicine medicalizes reality. It creates a world. It translates sets of problems into its own terms. Medicine molds the ways in which the world of experiences take shape; it conditions reality for us. The difficulties people have are then appreciated as illnesses, diseases, deformities, and medical abnormalities, rather than as innocent vexations, normal pains, or possession by the devil. Medical problems are clusters of phenomena seen as amenable to medical assessment, explanation, and up to a point, alleviation or cure.”

<sup>70</sup> Ibid.

<sup>71</sup> Vgl. Ibid. S. 195: “Medical reality is the result of a complex interplay of evaluative, descriptive, explanatory, and social labeling interests.”

Tuberkulosis – können nur von dem Kranken bewertet werden. Andere Zustände wie z.B. deformierte Nasen, können hingegen zusätzlich auch von den Anderen beurteilt werden. Hier fällt auf, dass die Bewertung sich nicht lediglich auf die subjektive Erfahrung des Kranken bezieht. Außerdem sind Krankheiten nicht nur unerwünschte Zustände, da sie sich auch in der deskriptiven Sprache ausdrücken lassen. Hier bezieht Engelhardt sich auf die medizinischen, klassifikatorischen Nomenklaturen, wie die „*Systematized Nomenclature of Pathology*“ und die „*International Classification of Disease*“. Diese betrachtet Engelhardt als rein deskriptive Bemühungen, um die medizinischen Begriffe zu standardisieren.<sup>72</sup> Diese deskriptive „Sprache“ ist aber nicht unabhängig von der evaluativen und vor allem nicht von der erläuternden Sprache.

Dieser letzten schreibt Engelhardt eine bedeutende Rolle in der Medikalisation der Realität zu, da sie die „Sprache der Medizin strukturiert“.<sup>73</sup> Sie ermöglicht die Erläuterung der klinischen Angaben durch die Begriffe der Pathologie. Die erläuternde Funktion zeigt sich in der Beziehung zwischen „illness“ und „disease“. In „*Etiology and Ideology*“ interpretiert er diese Beziehung mittels des Begriffspaares „*explananda/explanantia*“<sup>74</sup>. Die physiopathologischen Theorien sind Engelhardt zufolge nach erläuternde Modelle, deren Ziel eine etiologische Erklärung der deskriptiven und evaluativen Gegebenheiten ist, die aus der klinischen Betrachtung entstanden sind. Diese erläuternde Funktion ist aber nicht durch ihre epistemologische Rolle, wie man es erwarten würde, charakterisiert. Engelhardt sieht in ihr eine „ideologische“ Interpretation der „Realität“, die darin besteht, die subjektive Erfahrung des Kranken durch physiopathologische Begriffe zu interpretieren.

---

<sup>72</sup> Vgl. *Ibid.*, S. 207.

<sup>73</sup> Vgl. *Ibid.*, S. 208: “The language of medicine is structured around its explanatory assumptions.”

<sup>74</sup> Vgl., Engelhardt, H.T.Jr.: “*Ideology and Etiology*”, in *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1976, vol. 1, no. 3, S.257: ‘Disease’ will identify an explanatory structure, a theory to account for disease states, including illnesses. Illnesses and, more broadly, disease states are then the *explananda*, the phenomena to be explained. Diseases, on the other hand, are the *explanantia*, the explanations of those phenomena.(...) Depending upon our theoretical framework, we are likely to explain most or all of the illnesses we encounter as disease states, as states of ill health due to some disease process (i.e., explainable in terms of the laws of pathophysiology or psychopathology). There are, of course competing modes of explanation—‘He is possessed’, ‘She is bewitched’.”

Folglich betont er, dass die „Sprachen der Medikalisierung“ nur durch die sozialen Institutionen bestimmt werden können. Die medizinische Institution kann aber nicht einen stärkeren Anspruch auf Wahrheit in seiner Auffassung des Krankheitsbegriffs erheben. Andere Institutionen wie Religion und Recht können genauso legitim die Realität in ihren eigenen Begriffen interpretieren.<sup>75</sup>

Gegen diese Betrachtungsweise lassen sich verschiedene Kritiken anführen. Es scheint mir zunächst, dass Engelhardt seine Auffassung auf bestimmte „Erscheinungen“, wie Homosexualität, Alkoholismus, Masturbation usw., die immer noch in verschiedenen Kulturen von unterschiedlichen sozialen und moralischen Werten geprägt sind, begründet. Dass Engelhardts Modell einige Krankheiten wie etwa die Geschlechtskrankheiten erklären kann, bedeutet meiner Meinung nach nicht, dass sein Modell verallgemeinerbar ist. Es scheint mir, dass Engelhardt eine Art von Relativismus verteidigt, da er die naturwissenschaftlichen Theorien mit religiösen und kulturellen Anschauungen gleichsetzt. Diese Konsequenzen der Auffassung Engelhardts lassen sich letztendlich auf seine Ignorierung des epistemologischen Aspekts des objektiven Wissens über Krankheiten zurückführen. Seiner Auffassung nach spielt die epistemologische Betrachtungsweise keine wichtige Rolle in der Definition der Krankheiten. Entscheidend für ihn in dieser Definition sind die Werte, die unser Verständnis der „Realität“ prägen.<sup>76</sup>

Diese Auffassung ermöglicht Engelhardt, die Rolle der verschiedenen Institutionen und sozialen Werte, die die Krankheitsdeutung prägen, zu identifizieren. In diesem Zusammenhang lässt sich nach der Relevanz dieser Auffassung fragen. Engelhardt scheint zu ignorieren, dass Medizin nicht nur eine Sprache, und Krankheit nicht lediglich ein Begriff ist. Darüber hinaus lassen sich die Begriffe der Pathologie nicht als bloße linguistische Einheiten, die sich durch Werturteile umformen lassen, betrachten. Krankheiten sind vielmehr Erscheinungen, die ihre Grundlagen in konkreten physiko-chemischen Vorgängen haben. Krankheiten lassen sich aber nicht auf diese Vorgänge reduzieren. Zu ihrer Bestimmung benötigen sie den Bezug zu Werturteilen, die sich letztendlich auf die subjektive Erfahrung des Kranken beziehen. An dieser Stelle ist

---

<sup>75</sup> Vgl. Engelhardt, H.T.Jr: *The Foundation of Bioethics*, op. cit., S. 222.

<sup>76</sup> Vgl. *Ibid.*, S.224-225.

zu betonen, dass mir Engelhardts Auffassung dieser Beziehung unangemessen scheint. Engelhardt setzt den Schwerpunkt in der Krankheitsdefinition auf soziale Werte, die aber nicht die individuelle Erfahrung des leidenden Individuums betreffen. Dass Masturbation und Homosexualität im 18. Jahrhundert von einigen Ärzten als Krankheiten betrachtet wurden, deren Ursachen in einem unmoralischen Verhalten angesehen wurden, berechtigt nicht zur Annahme, dass Krankheiten im Allgemeinen lediglich eine moralische oder soziale Konstruktion sind.<sup>77</sup>

Anschließend will Engelhardt die ethischen Implikationen, die sich aus seiner Krankheitsauffassung ergeben, auf die Debatte über das Gesundheitssystem anwenden. Damit will er letztendlich eine „Demokratisierung der medizinischen Realität“, die jeder Gemeinschaft das Recht gibt, ihre eigene „medizinische Realität“ zu entwickeln, erreichen.<sup>78</sup> Außerdem ermöglicht der Ansatz Engelhardts, die kulturellen und ideologischen Faktoren im Rahmen der Krankheitsdefinition zu identifizieren. Da er aber diesen Faktoren die größte Rolle in der Definition des Krankheitsbegriffs zuschreibt, ignoriert er zum Teil die grundlegende Rolle des objektiven Wissens und der subjektiven Erfahrung des Kranken. Seine Auffassung der „Sprachen der Medikalisierung“ scheint mir nicht fähig, den evaluativen und deskriptiven Aspekt des Krankheitsbegriffs in einem einheitlichen Begriff zu betrachten.

Weitere Ansätze in dieser Auseinandersetzung mit Boores Auffassung sind diejenigen von K.W.M. Fulford und L. Nordenfelt, deren Krankheitsdeutungen von der Handlungstheorie („action-theory“) beeinflusst wurden. Beide Autoren betonen das Verhältnis zwischen pathologischen Begriffen und den Aktivitäten des in seiner Ganzheit

---

<sup>77</sup> Engelhardt, H. T. Jr.: „The disease of masturbation: values and the concept of disease“, in *Bull Hist Med*, Vol.48 (2), 1974, S. 234-48.

<sup>78</sup> Vgl. Engelhardt: *The Foundations of Bioethics*, op. cit., S.227: „There is no canonical content-full secular vision of medical reality, of illness and disease, of health and proper health care. There are Cuban Communist, Orthodox Jewish, Shiite Moslem, New Age pagan, feminist, male chauvinist, Southern Baptist, and Orthodox Christian visions of medical reality and proper health care. Given the limited secular moral authority of the state, and given the diversity of the moral and metaphysical visions of medical morality, there should be, to paraphrase Mao Tse-tung, space for a thousand views of health care to develop and for a hundred different systems of health care delivery to contend.“

betrachteten Menschen.<sup>79</sup> Im Gegensatz zu Boorse betonen sie, dass der Begriff „illness“ im Vergleich zu „disease“ logisch vorrangig ist. Obwohl beide Autoren mit diesem wichtigen Punkt einverstanden sind, hat jede Auffassung ihre eigenen Motive und Ziele. Zunächst ist Fulfords Ausgangspunkt der Streit um den Status der Geisteskrankheiten, der sich in den sechziger und siebziger Jahren unter dem Einfluss der anti-psychiatrischen Bewegung vollzogen hat.<sup>80</sup> Nordenfelt will seinerseits eine Theorie eines *allgemeinen* Gesundheitsbegriffs erarbeiten. Mit Hilfe der analytischen Handlungstheorie charakterisiert er zunächst die Gesundheit des Menschen als die „Fähigkeit, seine vitalen Ziele zu erreichen“.<sup>81</sup> Im Gegensatz zur Auffassung Boorses betonen die Autoren die Rolle der subjektiven Erfahrung des Kranken in der Krankheitsdefinition. Diese Auffassung ist auch von der Position Engelhardts zu unterscheiden, da die implizierten Werte nicht sozial oder moralisch geprägt sind.

#### 2.4- Fulfords Kritik und sein „handlungs-theoretisches“ Modell

In *Moral Theory and Medical Practice* weist Fulford darauf hin, dass die Frage, ob die Verwendung der Begriffe „disease“ und „dysfunction“ im medizinischen Kontext *wertfrei* ist, von erheblicher Bedeutung für eine Begrenzung des Krankheitsbegriffs ist. Außerdem ist diese Frage nicht nur im Rahmen der Boorseschen Auffassung, sondern auch für medizinische Modelle generell, zentral. Die Relevanz dieser Frage besteht nach Fulford darin, dass „disease“, „dysfunction“ sowie „illness“, obwohl sie aus der Etymologie her wertende Begriffe sind, auch in einer auf Tatsachen beruhenden Weise verwendet werden können. Fulford betont die Doppeldeutigkeit solcher Begriffe, da sie auf einer Seite Werturteile ausdrücken und auf der anderen Seite Tatsachen beschreiben. Diese Doppeldeutigkeit beschränkt sich nicht auf medizinische Begriffe. Man findet sie

---

<sup>79</sup>Nordenfelt, Lennart: *Health, Science, and Ordinary Language*, Amsterdam-New York, 2001, S. 53: "We are both inspired by concepts and ideas in action-theory, and we stress the intimate relation between the pathological concepts and the functioning, to a great extent the activities, of the total human being."

<sup>80</sup>Vgl. Fulford, K.W.M.: *Moral theory and medical practice*, Cambridge University Press, 1995, S. 3-24.

<sup>81</sup>Nordenfelt, Lennart: *On the nature of health. An Action-Theoretic Approach*, D. Riedel (Hrsg.), Dordrecht, 1987, S. XI: „ability to achieve his vital goals“.

bei vielen Ausdrücken und insbesondere bei fast allen Wertbegriffen („value terms“).<sup>82</sup> An dieser Stelle bezieht sich Fulford auf den Philosophen R. M. Hare, um zu betonen, dass selbst allgemeine Wertbegriffe, wie „gut“ und „böse“, bestimmbar tatsachenbezogene Angaben („definite factual information“<sup>83</sup>) ausdrücken. In diesem Kontext behauptet Fulford, dass die relevante Unterscheidung nicht zwischen Tatsachen und Wertbegriffen zu machen ist, sondern zwischen der „evaluativen und tatsachenbezogenen *Verwendung* dieser Begriffe“<sup>84</sup>. In diesem Zusammenhang behauptet er, dass sich die Moraltheorie wichtige Hinweise für die Lösung der Debatte über das Verhältnis zwischen Werten und medizinischen Begriffen bieten kann.

Die Doppeldeutigkeit der medizinischen Begriffe, wie „disease“ und „dysfunction“, lässt sich folglich auf die allgemeinere Frage zurückführen, ob Wertbegriffe lediglich in einer deskriptiven Weise definiert werden können. Daher kritisiert Fulford aus seiner Position in der moralphilosophischen „ist-soll“ Debatte die Auffassung von Boorse. Diese Debatte vollzieht sich zwischen Protagonisten, die entweder eine „deskriptivistische“ oder „nicht-deskriptivistische“ Auffassung der Wertbegriffe vertreten. Nach der letzten Auffassung, die Fulford verteidigt, lassen sich Wertbegriffe nicht lediglich auf ihre deskriptive Komponente reduzieren.<sup>85</sup>

Fulford wirft Boorse vor, dass er das Bewertungselement von der medizinischen Theorie auszuschließen versucht. Daraus folgt nach Fulford:

---

<sup>82</sup> Vgl. Fulford, K.W.M.: *Moral theory and medical practice*, op. cit., S. 35.

<sup>83</sup> Ibid., Vgl auch. Hare, R.M.: *Freiheit und Vernunft*, Patmos Verlag, Düsseldorf, 1973, S. 20: „Dabei fangen wir wohl am besten mit einem Punkt an, dem die meisten Moralphilosophen, von Stevenson bis Ewing, noch zustimmen dürften – mit der Tatsache nämlich, dass zur Bedeutung moralischer Urteile, welche Rolle diese immer spielen mögen, ein Bestandteil gehört, der „deskriptive Bedeutung“ genannt wurde.“

<sup>84</sup> Fulford, K.W.M.: *Moral theory and medical practice*, op. cit., S. 36

<sup>85</sup> Vgl. Ibid., Fulford bezieht sich an dieser Stelle auf Humes Philosophie : „The alternative „non-descriptivist“ view has gained ground : the view, first set out by the clearly by the eighteenth century empiricist philosopher David Hume in Book III of his Treatise, that there is a long divide between facts and values; that to get an “ought” out of the meaning of an expression, so to speak, an “ought” has first to be put in; and hence that expressions of values may *never* be analysed into, or defined in terms of, statements of fact alone.“



that to the extent that Boorse's theory fails to account for the logical properties of the medical concepts, this could be because these concepts – not just 'illness', but also 'disease' and even 'dysfunction' – are not, at bottom, value-free at all.<sup>86</sup>

Nach Fulfords Argumentation gehört Boorses Auffassung von „dysfunction“ und „disease“ zur „deskriptivistischen“ Betrachtungsweise, die er widerlegen möchte. Angesichts seiner Position in der „ist-soll“ Debatte hält Fulford die Boorsesche Auffassung für falsch, da das Werturteil, das in Begriffe wie „dysfunction“ und „disease“ enthalten ist, nicht aus der Beschreibung der biologischen Tatsachen herleiten lässt. Anders ausgedrückt, besteht Boorses Irrtum in seiner Behauptung, dass sich Werturteile in rein deskriptiven Elementen beschreiben lassen.<sup>87</sup> Fulford zieht die Schlussfolgerung, dass „dysfunction“ im medizinischen Kontext nicht wertfrei ist, und daher nicht, wie Boorse behauptet, zentral für eine Analyse des Krankheitsbegriffs ist.<sup>88</sup> Im Gegensatz zur konventionellen Auffassung von Boorse will Fulford darüber hinaus das Verhältnis zwischen „disease“ und „illness“ aus einer bewertenden Perspektive, d.h. aus der Perspektive des Kranken, behandeln. Dieses Verfahren scheint ihm der „logischen“ Reihenfolge zu entsprechen, da die Beschwerde des Kranken der Diagnose vorangeht.<sup>89</sup>

In diesem Zusammenhang stellt er die Frage nach der Art von Werten, die der Begriff „illness“ einschließt. Um diese Frage zu beantworten bezieht er sich auf J.L. Austins Handlungstheorie, und insbesondere auf seinen Begriff „ordinary action“, um die Korrelation zwischen dem Scheitern absichtlicher Handlungen („intentional doing“) und „illness“ zu zeigen. Unter absichtlichen Handlungen versteht Fulford die Handlungen, die

---

<sup>86</sup>Ibid., S. 34.

<sup>87</sup>Vgl. Ibid., S. 40-41.

<sup>88</sup>Vgl. Ibid., S. 44: „At the very last, if 'dysfunction' is not value-free, or at any rate capable of value-free definition, much of the motivation for *making* it conceptually central in medicine disappears. And the way is then clear for alternative models to be considered: models in which neither 'disease' nor 'dysfunction' is conceptually central, but rather the more overtly evaluative concept 'illness'; and in which the relationships between all three concepts may perhaps be satisfactorily derived than in Boorse's model, from their properties *as* value terms.“

<sup>89</sup>Vgl. Ibid., S. 70: „And for patients, at least, the logical priority of 'illness' (a key feature of any reverse view) corresponds with the actual *experience* of illness; for the complaint normally precedes the diagnosis of the complaint; knowledge *that* something is wrong normally precedes the question *what* is wrong, let alone questions about the possible *causes* of what is wrong“.

eine Person im alltäglichen Leben und in Abwesenheit von äußeren Hinderungen erledigen kann – wie z.B. die Hand heben, um ein Buch zu erreichen.<sup>90</sup>

Aber diese Korrelation zwischen dem Scheitern in den alltäglichen Handlungen und „illness“ wird nach Fulford zur engen Beziehung, da die subjektive Erfahrung des Scheiterns in den alltäglichen Handlungen nichts anderes als das subjektive Erlebnis der Krankheit selbst ist. Die bewertende Bedeutung der Krankheit („illness“) beruht demnach auf der Unfähigkeit des Kranken, seine alltäglichen Beschäftigungen zu erfüllen.<sup>91</sup> Darüber hinaus ermöglicht diese Anwendung der Handlungstheorie im medizinischen Bereich eine andere wesentliche Komponente der Krankheit – den Schmerz – zu berücksichtigen. Anschließend betont Fulford das Streben des Menschen, den Schmerz zu vermeiden, hin. Aus dieser Perspektive schlussfolgert er, dass „pain-as-illness“ und „mouvement-as-illness“ die negative Erfahrung des Kranken charakterisieren.<sup>92</sup>

Abschließend behauptet Fulford, dass sich die Ergebnisse seines Verfahrens nicht nur auf somatische Krankheiten, sondern auch auf Geisteskrankheiten anwenden lassen, da sich der Begriff des „*action failure*“ auf das subjektive Erlebnis des Kranken bezieht.<sup>93</sup> Fulford ist folglich das Verdienst einzuräumen, den Primat der subjektiven Werte und ihre entscheidende Rolle in der Krankheitsdefinition zu betonen. Trotzdem scheint mir, dass seine Auffassung einige Unklarheiten beinhaltet. Fulford begründet seine Auffassung von der Bedeutung der Werte mit Hilfe der analytischen Philosophie, insbesondere durch den Ansatz von Hare. Dieser hat darauf hingewiesen, dass Wertungen neben ihren evaluativen auch deskriptive Komponenten einschließen. Wenn man diese Annahme auf den Krankheitsbegriff anwendet, wie Fulford es vollzieht, dann erhebt sich die Frage nach der Beziehung zwischen diesen beiden Komponenten. Indem Fulford das evaluative Element in der Krankheit lediglich auf die Unfähigkeit des Individuums, seine alltäglichen Handlungen zu erfüllen, reduziert, bleibt die Rolle des deskriptiven Elements in der Krankheitsdefinition unbestimmt.

---

<sup>90</sup> Vgl. Ibid., S. 116-119.

<sup>91</sup> Vgl. Ibid., S. 120: „So here, at least, the first intimation of illness is indeed no less than the experience of failure of “ordinary” doing in the absence of obstruction and/or opposition“.

<sup>92</sup> Vgl. Ibid., S. 138.

<sup>93</sup> Vgl. Ibid., S. 139.

In diesem Kapitel wurden drei verschiedene Kritiken an der Boorseschen Theorie dargestellt. Aus verschiedenen Perspektiven betonten die Autoren die evaluative Dimension der Krankheits- und Gesundheitsbegriffe. Die Wahl der biostatistischen Theorie Boorses als Anlass dieser Kritik scheint mir berechtigt, da sie die aktuelle und verbreitete Konzeption der Medizin reflektiert. Bis jetzt tauchte der Normbegriff in dieser Debatte lediglich in Form von einem statistischen Durchschnitt auf – wie in Boorses Theorie. Da der Normalitätsbegriff nicht nur aus der statistischen Komponente besteht, sondern ein stark evaluatives Moment beinhaltet<sup>94</sup>, werde ich ihn im nächsten Kapitel behandeln. Es scheint mir, dass die Analyse der zwei Komponenten des Normalitätsbegriffs die Debatte über den Krankheitsbegriff erhellen kann.

---

<sup>94</sup> Vgl. Schaeffer, Hans: „Normbegriff“, in *Konzepte der Theoretischen Pathologie*, Becker, V. (Hrsg), 1980, S. 19.

### 3. Kapitel

Im vorherigen Kapitel wurde gezeigt, wie eng die evaluativen und deskriptiven Konnotationen des Krankheitsbegriffs miteinander verbunden sind. Es ist aber noch nicht klar gewesen, in welcher Weise sie zusammenhängen. In diesem Kapitel werde ich mit Hilfe der Auffassungen von Goldstein und Canguilhem darstellen, inwiefern diese Verbindung ihre Wurzeln in der biologischen Ordnung hat.

In seinem Buch *Der Aufbau des Organismus*<sup>95</sup> versucht Goldstein eine Auffassung des Organismus zu erreichen, die sein „Wesen“ philosophisch erfasst. In diesem Zusammenhang stellt sein Buch eine Kombination von, einerseits, neurologischen Untersuchungen und Praxis und, andererseits, philosophischen Reflexionen dar, die ihm zu einer besonderen Auffassung des Krankheitsbegriffs führten<sup>96</sup>. Weiterhin versucht er eine Annäherung zwischen der kantischen Kritik der Erkenntnistheorie und der klinischen Beobachtungen darzustellen, die ihm ermöglicht, eine Kritik der Zweckmäßigkeit in der biologischen Erkenntnis zu erreichen. Das Ziel dieser Kritik ist es zu beweisen, dass der Begriff der „Ganzheit“ und nicht derjenige der Zweckmäßigkeit die biologische Erkenntnis charakterisiert<sup>97</sup>. Diese besondere Kombination bleibt aber im Hintergrund der neurologischen Theorien, mit denen er sich im Laufe seines Buchs auseinandersetzt. Welche Auffassung des Krankheitsbegriffs sich aus dieser Perspektive ergeben, werde ich im Folgenden darstellen.

---

<sup>95</sup> Goldstein, Kurt: *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*, Haag, Martinus Nijhoff Verlag, 1934.

<sup>96</sup> Goldstein, Kurt: „Notes on the development of my concepts“, in *Selected Papers/Ausgewählte Schriften*, Gurwitsch, A. (Hrsg.), Haag, Martinus Nijhoff Verlag, 1971, S. 11: „Finally I should like to mention the influence of philosophic ideas, particularly those of Kant, Ernst Cassirer, and Edmund Husserl. My introduction of the concept of ‘existence’ in the interpretation of human behavior – much as it developed from observation – ultimately goes back to Kant’s transcendental theory of knowledge.”

<sup>97</sup> Vgl. Goldstein, Kurt: *Der Aufbau des Organismus*, op.cit., S. 242 und S. 264: „Man kann den Begriff der Ganzheit in diesem Sinne nach dem Vorbild von DRIESCH als Kategorie bezeichnen, als *die* Kategorie, die den Gegenstand der Biologie konstituiert.“

### 3.1- Goldsteins klinische Erfahrung an Hirngeschädigten des 1. Weltkrieges

Goldsteins Beobachtungen an hirngeschädigten Menschen mit neurologischen und psychiatrischen Störungen führten ihm zu Fortschritten in seiner theoretischen Annahmen über das Funktionieren des Nervensystems. Dieses System stellt ein Netzwerk dar, das immer als *Ganzes* funktioniert<sup>98</sup>. Nach diesem Ansatz spiegeln normale und pathologische Phänomene die Aktivität des ganzen Organismus wider. Darüber hinaus ermöglichten ihm die Beobachtungen an Hirnverletzten eine Konzeption des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs aufzufassen. Diese Patienten zeigten nicht nur Funktionsstörungen sondern auch „katastrophales“ Verhalten. Goldstein interpretiert dies Verhalten als Zeichen gestörten Funktionierens des ganzen Organismus, der durch Angst erschüttert ist<sup>99</sup>. Diese Angst ist eine Reaktion der Kranken auf die Gefahr, ihre wesentlichen Fähigkeiten nicht mehr vollbringen zu können. Die Gefährdung der „Existenz“, die das Individuum erlebt, bezeichnet Goldstein als Krankheit. Hingegen scheint ihm die Gesundheit als diejenige „Ordnung“ des Organismus, die seine Existenz bewahrt<sup>100</sup>. Für die hirngeschädigten Menschen ist Gesundheit aber nicht eine *restitutio ad integrum*, da sie unter andauernden Folgen ihrer Verletzung leiden. Goldstein weist darauf hin, dass diese Patienten immer noch einen Gesundheitszustand, trotz der Folgeschäden ihrer Krankheit, erreichen können. Diese Defektheilung ist durch die Abwesenheit von „Katastrophenreaktionen“ charakterisiert und ermöglicht dem Organismus ein „geordnetes Verhalten“ zu erreichen. Um diese Ordnung zu erhalten, muss aber eine Umwandlung des Milieus des Kranken vollzogen werden, die zur Einschränkung seiner Fähigkeiten führen kann. In dieser Betrachtungsweise ist das Akzeptieren dieser Einschränkung durch den Kranken eine Voraussetzung für Gesundheit<sup>101</sup>.

---

<sup>98</sup> Vgl., Ibid., S.69.

<sup>99</sup> Vgl. Goldstein, Kurt: “Notes on the development of my concepts”, in *Selected Papers*, op. cit., S.5.

<sup>100</sup> Vgl., Ibid., S. 6: “It is this danger to existence which the individual experiences in all conditions we call sickness. In contrast to this, health appears to be the condition of order by which the realization of the organism’s nature, its ‘existence’, is guaranteed. But health is, in cases in which *restitutio ad integrum* cannot take place, characterized by another phenomenon, which we also first studied in these brain-injured patients.”

<sup>101</sup> Vgl. Ibid., S. 6-7.

Darüber hinaus weist Goldstein darauf hin, dass die Einschränkung des Milieus eine Voraussetzung für die Gesundheit selbst bei normalen Individuen ist, da das Leben immer bestimmte Einschränkungen erfordert. Daher können Zustände als normal oder pathologisch bewertet werden, nur wenn man ihr Verhältnis zur individuellen „Existenz“ berücksichtigt. Aus den Ergebnissen seiner klinischen Erfahrung zieht Goldstein die Schlussfolgerung hinsichtlich der geeigneten Therapie für hirngeschädigte Menschen. Diese besteht darin, eine Angemessenheit zwischen den bleibenden Fähigkeiten des Kranken und den Anforderungen seines Milieus zu erreichen<sup>102</sup>. Die Auseinandersetzung zwischen dem Individuum und seinem Milieu macht den Kern von Goldsteins Überlegungen über Krankheit und Gesundheit aus. Außerdem kann die Betrachtung seiner Auffassung der Angst und der „Katastrophenreaktionen“ wichtige Hinweise zum Verhältnis zwischen dem Normalen und dem Pathologischen liefern.

### 3.2- Die Rolle der Angst und der „Katastrophenreaktionen“ in der Krankheitsauffassung

Auf Grund seiner klinischen Erfahrung mit Hirngeschädigten will Goldstein „die Struktur solcher konkreter Situationen (...) erfassen, die uns als Zustände der Angst erscheinen.“<sup>103</sup>. Seine Beobachtung des Verhaltens des Kranken, wenn er eine Aufgabe löst, und wenn er sie nicht löst, ermöglichte Goldstein die Bedeutung der Angst für den Kranken und die Rolle der Änderungen der Umweltsbedingungen in ihrem Auftreten zu erfassen<sup>104</sup>. Des Weiteren weist er darauf hin, dass die Lösung der Aufgabe durch den Kranken von einem „geordneten Ablauf“ der physiologischen Vorgänge begleitet ist. Bei

---

<sup>102</sup> Vgl. Ibid., S. 7: „Becoming healthy demands a transformation of the individual’s personality which enables him to bear restrictions. That is the presupposition to acquiring an adequacy between his remaining capacities and the world, i.e., an ordered state – and thereby the possibility of using the undamaged capacities to such a degree that life remains worth living in spite of restriction. It is our task in therapy to help the patient realize the necessity of restrictions in becoming healthy. I would like to stress again that this concerns all kinds of sickness.“

<sup>103</sup> Goldstein, Kurt: „Zum Problem der Angst“, in *Selected Papers*, op. cit., S. 236.

<sup>104</sup> Vgl. Ibid., S. 236: „Einmal – bei dem Versagen – sehen wir eine eigenartige Starre im Gesicht, der Kranke wird rot oder blaß, es tritt eine Pulsveränderung, allgemeine Unruhe, Zittern, ein zorniger oder ratloser Ausdruck, ein ablehnendes Verhalten in Erscheinung; das andere Mal – bei der Leistung – ein belebter freudiger Gesichtsausdruck, Ruhe, Gelassenheit, Bei-der-Sache-sein.“

dem Kranken führt dies zum „Auftreten einer harmonischen Ausdrucksgestalt, subjektiv erlebt als Befriedigung und Ruhe, als Vertrauen auf die Möglichkeit zur erfordernten Leistung, als Freiheit.“<sup>105</sup> Diese geordnete und adäquate Leistung ist laut Goldstein nicht nur an die normale Struktur des Organismus sondern auch an das ihm entsprechenden adäquate Milieu gebunden. Außerdem führen Änderungen der Struktur des Organismus oder des Milieus, wie man sie bei Hirngeschädigten feststellen kann, zu „ungeordneter Reizverwertung“, die subjektiv am „Erlebnis der Verwirrung und Angst“<sup>106</sup> erkennbar ist. Diese anormale Reizverwertung, die das Scheitern in der Lösung der Aufgabe begleitet, führt zu „Katastrophenreaktionen, zur körperseelischen Erschütterung mit der Störung weiter geordneter Reaktion, zur charakteristischen Erscheinung der Angst.“<sup>107</sup>

Anschließend weist Goldstein darauf hin, dass die äußere Ursache für das Auftreten der Angst bei solchen Kranken ihnen nicht bewusst ist. Er entwickelt daher eine ähnliche Auffassung der Angst wie Heidegger und Kierkegaard, wo das Objekt der Angst dem Kranken nicht zu Bewusstsein kommt<sup>108</sup>. Goldstein setzt sich aber von den beiden Auffassungen ab, indem er einerseits die physiologischen Grundlagen der Angsterscheinungen erfasst, und andererseits die bedeutende Rolle der Außenwelt in der Entstehung konkreter Situationen, die den Kranken zur Angst führen, berücksichtigt. Auffällig bei dieser Auffassung ist die Subjektivierung des Milieus, in dem der Kranke lebt. Im Grunde genommen setzt Goldstein voraus, dass die Umgebung nicht ein objektiv-physikalisch zu betrachtendes Milieu, sondern ein Raum, wo der Organismus die „Verwirklichung seiner Wesenheit“<sup>109</sup> vollzieht, ist. Laut ihm ist die Auseinandersetzung, die sich zwischen dem Kranken und seinem Milieu vollzieht, nicht ohne Bezug auf einen Bewertungselement zu betrachten.

---

<sup>105</sup> Ibid., S. 237.

<sup>106</sup> Ibid., S. 238.

<sup>107</sup> Ibid., S. 238.

<sup>108</sup> Vgl., Ibid., S. 238: „Die Angst des Kranken hat keinen Inhalt, sie ist gegenstandslos. Der Kranke erlebt, so dürfen wir sagen nicht Angst vor etwas, sondern nur Angst, er erlebt die Erschütterung des Bestandes seiner Persönlichkeit als Angst.“

<sup>109</sup> Ibid., S. 239: „die Angst tritt dann auf, wenn die Verwirklichung von der ‘Wesenheit’ eines Organismus entsprechenden Aufgaben unmöglich geworden ist. Dann ist der Organismus in seiner Existenz – wenigstens in der seiner Wesenheit entsprechenden Vollexistenz – bedroht. Das ist die Gefährdung, der die Angst entspricht.“

In seinem Buch *Der Aufbau des Organismus* weist Goldstein darauf hin, dass die Wertigkeitsskala bei dem defekten Organismus anders als bei dem normalen Organismus ist. Daher unterscheidet er zwischen einer „Wertigkeit“ – in Hinsicht auf das Wesen des Organismus – und einer „Wichtigkeit“ – in Hinsicht auf die Erhaltung des Organismus: „Im normalen Organismus gehen beide Wertigkeiten gewöhnlich zusammen, insofern als Erhaltung Erhaltung der ‚Wesenheit‘ bedeutet. Im abnormen Organismus, im veränderten, tritt die Wertigkeit nach Erhaltung des gegebenen Bestandes, die Lebenswichtigkeit, in den Vordergrund, entsprechend der veränderten Wesenheit, die der veränderte Organismus darstellt.“<sup>110</sup> Goldsteins Behandlung des Wertbegriffs steht im Rahmen seiner Überlegungen über den Abbau und die Hierarchie der Leistungen des Organismus. Auf Grund seiner klinischen Erfahrung mit hirngeschädigten Menschen stellt er fest, dass es eine Hierarchie des Abbaus von Leistungen bei Hirnverletzten gibt. Diese Hierarchie zeigt sich am Beispiel der Hirnverletzung, wo die „höchsten“ Leistungen, die für die kompliziertesten Verhaltensweisen beim Menschen verantwortlich sind, immer zuerst geschädigt sind. Goldstein schreibt also diesen Leistungen die „höchste Wertigkeit“ in Hinsicht auf das „Wesen des Organismus“<sup>111</sup> zu. Darüber hinaus weist er darauf hin, dass die anderen „automatischen“ Leistungen, die für die Erhaltung des Lebens verantwortlich sind, letztendlich geschädigt sind. Daher schreibt er diesen Leistungen eine vitale „Wichtigkeit“ zu. Diese Unterscheidung zwischen „Wertigkeit“ und „Wichtigkeit“ lässt sich aber nur im defekten Organismus zeigen.

Anschließend analysiert Goldstein bei Hirngeschädigten zwei Grundverhaltensweisen, die von erheblicher Bedeutung für die Verständnis der Symptomatologie bei Hirnverletzung sind: das „geordnete“ und das „katastrophale“ Verhalten. Das erste, dem erfolgreiche Leistungen zugehören, ist begleitet vom „Gefühl der Aktivität und Leichtigkeit, des Behagens, der Entspannung, der Angepasstheit an die Welt“<sup>112</sup>. Das zweite Verhalten hingegen, dem mangelhafte Leistungen zugehören, bezeichnet Goldstein als „ungeordnet, wechselnd, widerspruchsvoll, eingebettet in

---

<sup>110</sup> Goldstein, Kurt: *Der Aufbau des Organismus*, op. cit., S. 23.

<sup>111</sup> *Ibid.*, S. 22.

<sup>112</sup> *Ibid.*, S. 24.



Erscheinungen körperlicher und seelischer Erschütterung“<sup>113</sup>. Darüber hinaus zeigt die Beobachtung, dass die Hirngeschädigten, die eine Defektheilung erreicht haben, eine Tendenz zum geordneten Verhalten haben. Außerdem vermeiden sie alle Situationen, in denen „Katastrophenreaktionen“ auftreten können. Dies geschieht durch eine Umwandlung des Milieus, in der die Umgebung und der Arzt eine große Rolle spielen. Laut Goldstein trägt der Organismus auch zu dieser Umwandlung bei, indem der Kranke sich bemüht, sich in einer Situation zu erhalten, die er bewältigen kann und daher die Katastrophenreaktionen zu vermeiden<sup>114</sup>.

Diese Ergebnisse führten Goldstein zur Schlussfolgerung, dass die Erhaltung einiger bleibender Leistungen bei Hirngeschädigten eine wichtige Einschränkung des Milieus, in dem sie leben, voraussetzt. Dies macht Goldsteins „Verhaltens-Gesetz“ aus: „*ein defekter Organismus gelangt zu geordnetem Verhalten nur durch eine dem Defekt entsprechende Einschränkung seines Milieus.*“<sup>115</sup> Diese Art der Auseinandersetzung zwischen Organismus und Umwelt nennt er das „biologische Grundgesetz“<sup>116</sup>. Dies führt zur Aufrechterhaltung einer relativen spezifischen Konstanz für jeden Organismus.

Darüber hinaus weist er darauf hin, dass jeder Organismus sein Milieu hat:

Nicht alles, was in der Außenwelt vor sich geht, gehört für jeden Organismus zu seinem Milieu, nur solche Vorgänge erweisen sich normaler Weise als Reiz, mit denen der Organismus sich in der Weise auseinandersetzen kann, dass diese Auseinandersetzung seine Existenz, d.h. die Verwirklichung der ihm zugehörigen Leistungen nicht wesentlich stört.<sup>117</sup>

Diese Subjektivierung des Milieus, die die Anpassung zwischen der Struktur des Organismus und den Umweltvorgängen ausdrückt, macht das grundlegende Element von Goldsteins Theorie in *Der Aufbau des Organismus* aus. Seine Untersuchungen des Funktionierens des Nervensystems führten ihn zur Annahme, dass der Organismus nicht gleichgültig den Reizen des Milieus gegenüber ist und dass diese Reize eine *Bedeutung*

---

<sup>113</sup> Ibid.

<sup>114</sup> Vgl. Ibid., S. 27.

<sup>115</sup> Ibid., S. 32.

<sup>116</sup> Ibid., S. 76.

<sup>117</sup> Ibid., S. 78.

für den Organismus haben. Dies zeigt sich am Beispiel der geordneten- und Katastrophenreaktionen und der Umwandlung des Milieus bei Defektheilung.

Außerdem setzt Goldstein sich von der mechanistischen Auffassung, die das Wesen des Organismus im Reflex-Modell sieht, ab. Seine Kritik an der Reflex-Theorie stützt sich auf seine Auffassung des Funktionierens des Nervensystems. Dies funktioniert immer als ein „Ganzes“. Indem es „sich nie in Ruhe, sondern in einer dauernden Erregung“ befindet, betont Goldstein die Irrelevanz der gewöhnlichen Auffassung, die das Nervensystem „als ein ruhendes Organ betrachtet, in dem die Erregung erst auf die ‚Reize‘ hin entsteht“<sup>118</sup>. Darüber hinaus weist er darauf hin, dass der Organismus nicht passiv dem Reiz gegenüber ist, wie die Reflex-Theorie es behauptet. Es gibt immer eine „Zuwendung des Organismus zum Reizobjekt“<sup>119</sup>, die für die „Aufnahme“ oder das „Abwehren“ des Reizobjekts verantwortlich ist. Diese „Zuwendung“ besteht darin, dass das Reizobjekt immer erst „erfasst“ ist, bevor der Organismus eine Reaktion vollzieht. Was letztendlich diese Reaktion bestimmt, ist „die *Art des Reizes* in seiner Bedeutung für den Organismus in der speziellen augenblicklichen Situation.“<sup>120</sup> Aus dieser Betrachtungsweise ergibt sich laut Goldstein, „dass wir es beim sogenannten *Reflex* mit einer ganz bestimmten Auseinandersetzung zwischen Organismus und Umwelt, einer *Leistung des ganzen* pathologisch oder experimentell veränderten Organismus zu tun haben.“<sup>121</sup> Dieser Auffassung nach ist der Reflex wie jede Reaktion des Organismus als Reaktion des ganzen Organismus zu verstehen. Goldstein spricht daher vom „Sinn“<sup>122</sup> der Reflexe, da jede Reaktion laut ihm eine Bedeutung für den Organismus hat.

Auffällig in Goldsteins Auffassung ist die Zuschreibung von Werten zum Organismus. Tatsächlich spricht er von „Wertigkeit“ und „Bedeutung“ der Vorgänge für den *Organismus*. Meiner Meinung nach ist Goldsteins Überzeugung von der Bedeutung der Lebensvorgänge für den Organismus eine seiner wichtigsten Ideen, die von erheblicher Bedeutung für die Epistemologie der Biologie ist. Seine Widerlegung des Reduktionismus im Rahmen seiner Theorie des Organismus ist ein Merkmal seiner

---

<sup>118</sup> *Ibid.*, S. 69.

<sup>119</sup> *Ibid.*, S. 79.

<sup>120</sup> *Ibid.*, S. 105.

<sup>121</sup> *Ibid.*

<sup>122</sup> *Ibid.*, S. 108.

Epistemologie. In diesem Zusammenhang betont er die Unzulänglichkeit der analytischen Methode für das Verständnis der Lebensvorgänge, die sich im Organismus vollziehen:

Wir leugnen, dass die Möglichkeit besteht, biologische Erkenntnis *allein* auf Grund der mit den analytischen Methoden feststellbaren Erscheinungen gewinnen zu können. Damit verkennen wir die Bedeutung dieser Erscheinungen keineswegs. Wir nehmen sie nur nicht so ohne weiteres als Vorgänge des Organismus hin. Sie haben sich erst in ihrer 'Bedeutung' für das Geschehen im Organismus zu erweisen. Sie sind zwar das Material, von dem wir ausgehen müssen, sie erfahren aber ihre Bewertung erst durch das Bild des Organismus selbst.<sup>123</sup>

Die Auffassung Goldsteins von der Unreduzierbarkeit der Lebenserscheinungen auf ihre zugrundeliegenden physiko-chemischen Vorgänge lässt sich durch den neuen Fortschritt der Wissenschaft bestätigen. Außerdem wird es in der heutigen Lage der allgemeinen Wissenschaft und insbesondere der Biologie immer klarer, dass die alte Auffassung des Reduktionismus nicht mehr haltbar ist. Dank der Anwendung der modernen Komplexitätstheorien und Modellen in der Biologie scheint die Auffassung von der Reduzierbarkeit der Biologie auf die molekulare Chemie widerlegt zu sein.<sup>124</sup> Darüber hinaus findet man in Goldsteins Auffassungen wichtige Hinweise über die Bedeutung aktueller Theorien im Bereich der Neurophysiologie, wie z.B. in der Bestimmung des Nervensystems als ein Netzwerk oder in der Anwendung der Komplexitätstheorien auf den Bereich der Neurowissenschaften.<sup>125</sup> Welche Konsequenzen Goldsteins Überlegungen über den Aufbau des Organismus für die

---

<sup>123</sup> Ibid., S. 241.

<sup>124</sup> In diesem Zusammenhang beziehe ich mich auf die Arbeit des Neurowissenschaftlers Walter J. Freeman, der die Komplexitätstheorie auf die Neurowissenschaft anwendet: "In our research, the realization that self-organized and chaotic dynamics are essential to brain function has led us to reject the underlying explanatory framework that made reductionism the hallmark of scientific explanation.", und "Thus, we come to view the brain as the location where a self-organized process of patterning takes place, a process that reaches back toward the stimuli giving them form at the same time as it creates their biological meaning for the organism.", Freeman, Walter J.: „Chaos and the new science of the brain“, in *Concepts in Neuroscience*, Vol. 1, No 2, 1990, S. 275-185. Auch im Internet: <http://sulcus.berkeley.edu/>, Recherche am 25.06.2010.

<sup>125</sup>Für wichtige Hinweise über die Bedeutung der Auffassung Goldsteins für die moderne Forschung in der Biologie vgl. Debru, Claude: *Georges Canguilhem, science et non-science*, Paris, Rue d'Ulm Verlag, 2004, S.58-60.

Auffassung von Gesundheit, Krankheit und Normalität haben werde ich im Folgenden darstellen.

### 3.3- Krankheit, Gesundheit und Normalität

Auf Grund seiner klinischen Erfahrung und seiner Untersuchungen über das Funktionieren des Nervensystems entwickelt Goldstein eine bedeutende Auffassung von Gesundheit, Krankheit und Normalität. Die zentrale Frage, die er beantworten will, lautet: welche Art von Normen relevant ist, um eine Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit zu erreichen? Zunächst weist er darauf hin, dass die Anwendung einer statistischen Norm, um diese Unterscheidung zu vollziehen, nicht brauchbar ist, da jede Anomalie nicht notwendigerweise zur Krankheit führt.<sup>126</sup> Laut Goldstein sind die bisherigen Versuche, den Krankheitsbegriff zu definieren, gescheitert, da „man nach inhaltlichen Bestimmungen suchte, die von irgend einer überindividuellen Norm aus nicht zu finden ist.“<sup>127</sup> Was er sucht, ist eine „individuelle“ Norm, die dem Arzt ermöglicht, zwischen Gesundheits- und Krankheitszuständen unterscheiden zu können. Jedoch leugnet Goldstein nicht die Bedeutung der inhaltlichen Veränderungen, wie Müdigkeit, Pulsveränderungen, geschwollene Füßen usw., für diese Unterscheidung. Diese Veränderungen scheinen ihm aber unzureichend, da das Urteil des Arztes sich hauptsächlich auf „die *Konstatierung eines eigenartig veränderten, eines „ungeordneten“ Verhaltens*“<sup>128</sup> stützt. Dieses Verhalten, das in das Gebiet der „Katastrophenreaktionen“ gehört, bezeichnet die „Erschütterung und Gefährdung der Existenz“<sup>129</sup>. In diesem Zusammenhang erhalten die inhaltliche Veränderungen eine Bedeutung erst dann, wenn eine „Beeinträchtigung (...) des Gesamtorganismus vorliegt.“<sup>130</sup>

---

<sup>126</sup> Vgl. Goldstein, Kurt: *Der Aufbau des Organismus*, op. cit., S. 265-266: „Für eine Entscheidung darüber aber, ob ein vor uns stehender Mensch als normal oder abnorm zu betrachten ist, ist er (der Durchschnitt) doch nicht brauchbar. Wir können von ihm aus dem einzelnen Menschen nicht gerecht werden.“

<sup>127</sup> *Ibid.*, S. 267.

<sup>128</sup> *Ibid.*, S. 268.

<sup>129</sup> *Ibid.*, S. 269.

<sup>130</sup> *Ibid.*, S. 268.

Darüber hinaus schreibt Goldstein der Auseinandersetzung des Kranken mit seinem Milieu eine bedeutende Rolle in der Umgrenzung des Krankheitsbegriffs zu. Dies lässt sich besonders zeigen am Beispiel der neurologischen Störungen, wo die krankhaften Erscheinungen Ausdruck dafür sind, „dass die der Norm entsprechenden Beziehungen zwischen Organismus und Umwelt durch die Veränderung des Organismus verändert sind und so Vieles, was für den normalen Organismus adäquat war, für den veränderten es nicht mehr ist.“<sup>131</sup>. Aus dieser Betrachtungsweise erscheint Krankheit letztendlich als eine inadäquate Anpassung des Kranken an sein Milieu, die zur „Katastrophenreaktionen“ führen kann.

Diese Auffassung des Krankheitsbegriffs hat Konsequenzen für die Bestimmung des Gesundheitsbegriffs. Goldstein weist darauf hin, dass die Betrachtung der Genesung als eine *restitutio ad integrum* zur Einschränkung des Gesundheitsbegriffs führt. Mit Hilfe seiner klinischen Beobachtungen am Hirngeschädigten zeigt er aber, dass „niemals die alte Leistungsweise und die alte Anpasstheit an das frühere dem Wesen des gesunden Organismus adäquate Milieu erreicht wird.“<sup>132</sup> Daher gehört diese Anpasstheit an ein „persönliches“ Milieu zu den Grundvoraussetzungen der Gesundheit. Diese „heißt also sich geordnet verhalten können, und das kann bestehen trotz Unmöglichkeit gewisser vorher möglicher Leistungen.“<sup>133</sup> Diese neue Ordnung bedeutet, dass eine neue individuelle Norm sich hergestellt hat, zu der neue Konstanten gehören. Dieses Prinzip der Konstanz bezeichnet Goldsteins Versuch, das „Wesen“ des Organismus zu begreifen.<sup>134</sup> Darüber hinaus erfordert die Erhaltung dieser neuen Konstanten eine Einschränkung des Milieus des Kranken, dessen veränderten Organismus „in der ‘Welt’ eine neue ‘Umwelt’ finden“<sup>135</sup> muss.

---

<sup>131</sup> Ibid., S. 268-269.

<sup>132</sup> Ibid., S. 270.

<sup>133</sup> Ibid., S. 272.

<sup>134</sup> Vgl. Ibid., S. 220: „Wir brauchen Richtlinien, die uns in systematischer Weise die Bestimmung gestattet, wir brauchen ein Kriterium, das uns ermöglicht aus der Fülle der Beobachtungen diejenigen Tatsachen auszuwählen, die zur Wesensbestimmung geeignet sind. Ein solches Kriterium dürfte gegeben sein in der Geeignetheit zur Aufrechterhaltung der *relativen Konstanz des Organismus*.“

<sup>135</sup> Ibid., S. 276.

Diese „individualisierende“<sup>136</sup> Auffassung der Gesundheit und Krankheit hat bedeutende Konsequenzen für die Therapie und das Verhältnis zwischen dem Arzt und dem Kranken. Da die Genesung größere Abhängigkeit von der Umwelt – d.h. „*Einbusse an Freiheit*“<sup>137</sup> – bedeutet, betont Goldstein das Eingreifen der ärztliche Entscheidung in die Freiheit des anderen Menschen und letztendlich die freie Entscheidung des Kranken. Diese Auffassung des Verhältnisses Arzt-Patient als „Auseinandersetzung zwischen zwei Personen, wobei die eine der anderen helfen will“ ist ein Ausdruck der ethischen Dimension, die eine Krankheitsdimension in sich einschließt.<sup>138</sup>

Abschließend lässt sich darauf hinweisen, dass Goldsteins Auffassung des Normbegriffs wichtige Konsequenzen für eine Umgrenzung des Krankheitsbegriffs hat. Dass die Norm sich nicht auf ihre statistische Komponente reduzieren lässt, führt ihn zur Annahme, nach der die Norm in der Medizin eine individuelle Norm ist. Darüber hinaus sind Gesundheit und Defektheilung nicht eine Rückkehr zur Normalität, sondern eine Errichtung einer neuen Norm. Aus dieser Betrachtungsweise kann man nicht die Krankheit als eine Abweichung von einer statistischen Norm definieren. Goldsteins Verdienst besteht also darin, dass er dem Organismus die Fähigkeit zuschreibt, neue Konstanten und folglich neue Normen schaffen zu können. Dies bedeutet, dass der Organismus, in seiner Auseinandersetzung mit seinem Milieu, den Veränderungen in diesem Milieu gegenüber nicht gleichgültig ist.

Wenn man Goldsteins nicht-reduktionistischen Ansatz berücksichtigt, dann haben die negativen Werte, die für das Individuum mit Krankheit verbunden sind, ihre Grundlage im Aufbau des Organismus selbst, d.h. in seiner Fähigkeit neue Konstanten und folglich neue Normen schaffen und erhalten zu können. Diese Fähigkeit, die sich auf

---

<sup>136</sup> Ibid., S. 277.

<sup>137</sup> Ibid., S. 281.

<sup>138</sup> Vgl. Ibid., S.281: „Der Patient steht oft vor der Wahl, ob er – entsprechend der durch die Krankheit gesetzten Veränderungen – eine Einschränkung des Milieus, damit eine Einbusse seiner Freiheit oder eine geringere Einschränkung und dafür grösseres Leid in Kauf nehmen will. Ist der Kranke imstande grösseres Leid zu tragen, so gewinnt er dadurch an Leistungsmöglichkeiten, die er durch eine Therapie, die das Leid zwar herabsetzt aber auch die Leistungen, einschränken würde. Er hat zu wählen zwischen grösserer Unfreiheit oder grösserem Leid.“

einer *unbewussten* Ebene vollzieht, zeigt, wie eng die evaluative und deskriptive Dimensionen des Krankheitsbegriffs miteinander verbunden sind, und dass jeder Versuch, diese Dimensionen voneinander zu trennen, zur Verkennung der Bedeutung der Lebensvorgänge für den Organismus führt.

Darüber hinaus findet die Auffassung von Goldstein Anwendung nicht nur auf dem Gebiet von neurologischen Störungen, sondern auch für Krankheit im Allgemeinen. Im Folgenden werde ich dies durch Canguilhems Auffassung des Normativitätsbegriffs zeigen. Dass Goldstein einer der meistzitierten Autoren in Canguilhems Buch *Das Normale und das Pathologische*<sup>139</sup> und in Merleau-Pontys Buchs *Die Struktur des Verhaltens*<sup>140</sup> ist, zeigt die philosophische Dimension seiner Thesen. Obwohl Canguilhem und Goldstein zu ähnlichen Ergebnisse bezüglich der Krankheitsauffassung gelangt sind, scheint der Anlass und die Methode ihrer Analysen unterschiedlich zu sein. Einerseits will Goldstein eine Auffassung des Wesens des Organismus erreichen, die die Bedeutung der Ganzheit in der Analyse der Lebenserscheinungen berücksichtigt. Andererseits will Canguilhem, durch seine Kritik an Claude Bernard und Auguste Comte, die These widerlegen, die Krankheit als eine quantitative Abweichung von entsprechenden physiologischen Phänomenen betrachtet<sup>141</sup>. Die grundsätzliche Gemeinsamkeit zwischen den beiden Auffassungen besteht darin, dass die Normalität in der Medizin nicht mit dem statistischen Durchschnitt zu identifizieren ist<sup>142</sup>. Sie ist vor allem eine individuelle Norm. Darüber hinaus beruht die Besonderheit der Auffassung von Canguilhem auf seiner ausführlichen Auseinandersetzung mit dem Normbegriff und seiner Betonung der sozialen und biologischen Normativität des Individuums.

---

<sup>139</sup> Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, München, Carl Hanser Verlag, 1974.

<sup>140</sup> Merleau-Ponty, Maurice: *La structure du comportement*, Paris, Presses Universitaires de France Verlag, 1942.

<sup>141</sup> Vgl. Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, op. cit., S. 22.

<sup>142</sup> Vgl. Ibid., S. 120: „Unseres Erachtens muß man also die Begriffe Norm und Durchschnitt sorgfältig voneinander unterscheiden; jeder Versuch, sie aufeinander zu reduzieren, indem man die Besonderheit der ersteren tilgt, ist zum Scheitern verurteilt.“

### 3.4- Canguilhems Begriff der Normativität

In *Das Normale und das Pathologische* legt Canguilhem eine neue Interpretation des Pathologischen vor, indem er seinen „normativen“ Charakter betont. Seine Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit verschiedenen Ausdrucksformen des Lebendigen entsprechen, führt ihm zur Kritik an der verbreiteten Auffassung, die das Pathologische lediglich als eine quantitative Veränderung von normalen physiologischen Konstanten annimmt. Außerdem weist er darauf hin, dass die moderne Medizin nicht nur mit objektiven Tatsachen, sondern auch mit Werten zu tun hat. Darüber hinaus betont er, dass eine Norm in der Medizin keine statistische Tatsache, sondern ein Wert ist. In diesem Zusammenhang setzt er sich mit dem Begriff des Normalen auseinander, um die Frage zu beantworten, ob eine Wissenschaft des Normalen überhaupt möglich ist.

In seiner Erörterung des Normalitätsbegriffs bezieht sich Canguilhem auf die Definition des Normalen, wie sie im *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* von André Lalande dargestellt ist. Lalande betont die Ambiguität des Normalen, das sowohl ein Faktum bezeichnet wie auch “einen Wert, welcher vom Sprecher aufgrund eines von ihm übernommenen allgemeinen Urteils begleitet wird.“<sup>143</sup> Da diese Definition behauptet, dass die „Wertung eines biologischen Faktums nur vom jeweiligen ‘Sprecher’ – also natürlich von einem Menschen – vorgenommen werden kann“<sup>144</sup>, erhebt Canguilhem Zweifel an ihrer Relevanz. Gegen diese Behauptung meint er:

wenn ein Lebewesen auf eine Verletzung, auf Befall durch Parasiten oder auf eine Funktionsstörung mit Krankheit reagiert, so zeugt dies nur von dem grundsätzlicheren Tatsbestand, daß das Leben den Bedingungen gegenüber, unter denen es möglich ist, nicht indifferent bleibt, daß es vielmehr eine Polarität und damit eine unbewußte Wertsetzung enthält, mit anderen Worten, daß das Leben letztlich eine normative Aktivität ist.<sup>145</sup>

Außerdem ist die biologische Normativität in Canguilhems Analyse lediglich ein theoretischer Begriff, der den Übergang von physiologischen Normen zur psychischen

---

<sup>143</sup> Ibid., S. 81.

<sup>144</sup> Ibid., S. 81.

<sup>145</sup> Ibid., S. 82.



Normativität darstellt. Obwohl die psychische Normativität diejenige ist, die letztendlich den Inhalt der biologischen Normativität bestimmt, weist Canguilhem darauf hin, dass „die dem menschlichen Bewusstsein wesentliche Normativität (...) irgendwie keimhaft im Leben enthalten“<sup>146</sup> ist. Daher macht „das Leben selbst und nicht erst das medizinische Urteil (...) aus dem biologisch Normalen einen Wertbegriff.“<sup>147</sup> Laut Canguilhem ist also die vitale Normativität eine grundsätzliche Eigenschaft, die den physiologischen und pathologischen Erscheinungen zu Grunde liegt. Darüber hinaus versteht er unter „normativ“ dasjenige, das Normen setzt.<sup>148</sup> In diesem Sinne ist nicht nur das Normale, sondern auch das Pathologische eine von zwei verschiedenen Erscheinungen des Lebens, das „als Polarität sich äußernde Reaktionsfähigkeit gegenüber den Veränderungen der Umwelt, in der es sich entfaltet“<sup>149</sup> zu betrachten ist. Daher besteht der Unterschied zwischen Normalem und Pathologischem nicht in einer quantitativen Kontinuität, sondern in einer qualitativen Diskontinuität, da das Pathologische auch ein Ausdruck der vitalen Normativität ist. Aus dieser Betrachtungsweise folgt, dass der Kranke nicht anormal ist, „weil ihm eine Norm fehlt, sondern weil er nicht normativ zu sein vermag.“<sup>150</sup> Mit dieser Auffassung der Krankheit als einer besonderen Erscheinung des Lebens knüpft Canguilhem an die Thesen von Goldstein an. Für beide Autoren ist Krankheit eine „eingeschränkte Lebensweise ohne schöpferische Elan“<sup>151</sup>, die aber ein neues Leben für den Kranken bedeutet und die durch neue physiologische Konstanten gekennzeichnet ist.

Da Krankheit die Herstellung einer neuen biologischen Norm bedeutet, zieht Canguilhem die Schlussfolgerung, dass „der pathologische Zustand nicht absolut, sondern nur im Verhältnis zu einer bestimmten Situation anormal genannt werden kann.“<sup>152</sup> Dies hat auch wichtige Konsequenzen für die Auffassung der Gesundheit.

---

<sup>146</sup> Ibid.

<sup>147</sup> Ibid., S.85.

<sup>148</sup> Vgl. Ibid., S.82: „In der Philosophie versteht man unter *normativ* jedes Urteil, das ein Faktum von einer Norm her wertet oder qualifiziert; dieses Urteilen aber wird eigentlich jenem anderen untergeordnet, welches die Normen setzt. In seiner vollen Bedeutung heißt normativ: das Normen Setzende.“

<sup>149</sup> Ibid., S. 85.

<sup>150</sup> Ibid., S.124.

<sup>151</sup> Ibid., S. 126.

<sup>152</sup> Ibid., S.132.

Gesund sein, betont er, ist nicht mit dem Normalen zu verwechseln, da das Pathologische auch eine Art von Normalem ist:

Gesund sein heißt nicht bloß, in einer gegebenen Situation normal, sondern auch – in dieser oder in anderen möglichen Situationen – normativ sein. Was die Gesundheit ausmacht, ist die Möglichkeit, die das augenblicklich Normale definierende Norm zu überschreiten; die Möglichkeit, Verstöße gegen die gewohnheitsmäßige Norm hinzunehmen und in neuen Situationen neue Normen in Kraft zu setzen.<sup>153</sup>

Wie bei Goldstein spielt das Milieu eine entscheidende Rolle in Canguilhems Auffassung des Krankheits- und Gesundheitsbegriffs. In dieser Sichtweise ist das Leben für das Lebewesen „keine monotone Deduktion, keine geradlinige Bewegung“, und kennt keine „geometrische Rigidität“<sup>154</sup>. Das Leben ist vielmehr eine Auseinandersetzung mit dem Milieu, in dem das Lebewesen seine Fähigkeiten zu verwirklichen sucht. Daher erfasst Canguilhem die Gesundheit als eine „bestimmte Toleranz gegenüber der Unverlässlichkeit der Umwelt.“<sup>155</sup>

Diese scharfe qualitative Trennung von Gesundheit und Krankheit, die Canguilhem vollzieht, zeigt, dass beide Zustände Ausdrucksformen der vitalen Normativität sind. Daher erhebt sich die Schwierigkeit diese Zustände objektiv zu definieren. Da die pathologische Physiologische jeden Bezug auf Werte in ihrer Erklärung der normalen und pathologischen Lebensvorgänge ausschließt, betont Canguilhem die Unzulänglichkeit dieses Verfahrens bezüglich einer objektiven Definition der Gesundheit und Krankheit. In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, „dass das Leben eines Lebewesens, sogar das einer Amöbe, die Kategorien Gesundheit und Krankheit lediglich in empirischer Erfahrung, welche in erster Linie ein Erfahren im affektiven Sinne ist, und nicht über die Wissenschaft kennenlernt. Die Wissenschaft erklärt die Erfahrung, hebt sie aber darum keineswegs auf.“<sup>156</sup> Canguilhems

---

<sup>153</sup> Ibid.

<sup>154</sup> Ibid., S. 133.

<sup>155</sup> Ibid. Vgl. auch Ibid., S.135: „Der Mensch fühlt sich bei guter Gesundheit (und das ist die Gesundheit schlechthin) einzig dann, wenn er sich mehr als normal (d.h. der Umwelt und ihren Forderungen angepaßt), nämlich normativ fühlt, mithinfähig zu einem Leben unter neuen Normen.“

<sup>156</sup> Ibid., S.133.

Überzeugung, dass das Leben eine „unbewusste Wertsetzung enthält“<sup>157</sup>, führt ihm zur Annahme, dass der Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit nur qualitativ zu verstehen ist, d.h. nur im Bezug auf Werte. Diese Annahme erhebt die wichtige Frage, ob eine Wissenschaft von Normalem und Pathologischem überhaupt möglich ist.

Im letzten Kapitel seines Buchs „Physiologie und Pathologie“ behandelt Canguilhem diese Frage ausführlich. Aus seinen vorangegangenen Analysen ergibt sich, dass sich das Physiologische und das Pathologische „nicht deshalb unterschieden, weil ihnen eine andere objektive, nämlich physikalisch-chemische Realität, sondern ein anderer biologischer Wert zukommt.“<sup>158</sup> Canguilhem erkennt aber, dass er als Folge seiner Auffassung vor einem Dilemma steht:

(...) stellt man sich auf den Standpunkt strenger Objektivität, so existiert kein Unterschied zwischen Physiologie und Pathologie; sucht man ihren Unterschied hingegen in den biologischen Werten, so hat man den Boden der Wissenschaft verlassen.<sup>159</sup>

Canguilhems Lösung dieses Dilemmas besteht darin, dass eine Wissenschaft des Normalen und des Pathologischen nicht möglich ist. Jedoch leugnet er nicht, dass die Methode der Physiologie und Pathologie wissenschaftlich ist. Was er aber leugnet, ist die Möglichkeit, Physiologie und Pathologie anhand ihres Gegenstandes wissenschaftlich zu bestimmen, da ihr Gegenstand – das Leben – kein „mit sich identischer, unveränderlicher Gegenstand“<sup>160</sup> ist. In dieser Sichtweise ist eine objektive Bestimmung des Normalen nicht möglich, da sich das Normale nicht anhand des statistischen Durchschnitts identifizieren lässt: „Die Physiologie – so scheint uns – hat Besseres zu tun, als einer objektiven Definition des Normalen nachzujagen; vielmehr hätte sie die spezifische Normativität des Lebens zu erkennen.“<sup>161</sup>

Diese paradoxe Konsequenz lässt sich letztendlich auf Canguilhems Auffassung des normativen Charakters der Physiologie zurückführen. Darüber hinaus weist er darauf

---

<sup>157</sup> Ibid., S. 82.

<sup>158</sup> Ibid., S. 149.

<sup>159</sup> Ibid., S. 150.

<sup>160</sup> Ibid., S. 137.

<sup>161</sup> Ibid., S. 120.

hin, dass eine Definition der Physiologie von der Auffassung der Gesundheit abhängt. Diese letzte bedeutet für ihn die Fähigkeit, die physiologischen Normen zu überwinden. In dieser Sichtweise scheint ihm die Physiologie der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, mit der er sich auseinandersetzt, unfähig, die Bedeutung der Normativität für den Organismus wahrzunehmen. Daher legt er eine originale Definition der Physiologie vor, die nicht als Wissenschaft des Normalen oder der Gesundheit, sondern als „*Wissenschaft von den stabilisierten Lebensäußerungen*“<sup>162</sup> betrachtet werden soll:

Die neuen Lebensäußerungen lassen sich in zwei Kategorien unterteilen. Die einen konsolidieren sich in neuen Konstanten, deren Stabilität durchaus kein Hindernis bildet, nochmals über sie hinauszugehen. Es sind dies normale Konstanten mit vorwärtstreibender Kraft. Normal sind sie in der Tat dank ihrer Normativität. Die anderen konsolidieren sich in Konstanten, die das Lebewesen ängstlich vor jeder möglichen Störung zu bewahren trachtet. Auch dies sind normale Konstanten, jedoch mit regressiver Tendenz. Sie zeugen vom Tod der Normativität.<sup>163</sup>

Aus diesen Überlegungen folgt für Canguilhem, dass die Grenze zwischen Normalem und Pathologischem unscharf ist. Jedoch nuanciert er diese Behauptung, da sie nur dann gültig ist, wenn viele Menschen zugleich betrachtet werden. Wenn man hingegen dieselbe Person betrachtet, lässt sich nun diese Grenze sehr genau festlegen. Letztendlich ist die Norm in Medizin laut Canguilhem immer eine individuelle Norm ist.<sup>164</sup>

Abschließend lässt sich anmerken, dass die Besonderheit der Auffassung von Canguilhem darin liegt, dass er die Krankheit keineswegs als eine Abweichung von einer Norm betrachtet. Sie ist „noch eine Lebensnorm, allerdings eine niedrigere, da sie keine Abweichung von den Bedingungen duldet, unter denen sie Geltung hat“<sup>165</sup>. Darüber hinaus lässt sich darauf hinweisen, dass Canguilhems Einführung des Begriffs der biologischen Normativität als ein bedeutender Beitrag zu der Debatte über Krankheitsdefinition gilt. Dank diesem Begriff ist es nunmehr möglich, die objektiven und evaluativen Komponenten des Krankheitsbegriffs zu verbinden. In diesem

---

<sup>162</sup> Ibid., S. 138.

<sup>163</sup> Ibid., S. 139.

<sup>164</sup> Vgl. Ibid., S. 122-123.

<sup>165</sup> Ibid., S. 122-123.

Zusammenhang lässt sich darauf hinweisen, dass die biologische Normativität bei Canguilhem lediglich eine physio-pathologische Spekulation ist. In seiner Darstellung der Thesen von Canguilhem betont Claude Debru, dass Canguilhems Einführung der Normativität als Grundlage der physiologischen und pathologischen Lebensvorgänge ohne Bestimmung ihrer konkreten Mechanismen bleibt. Da der Stand der Wissenschaft in den vierziger Jahren diese Bestimmung nicht ermöglichte, begreift Canguilhem lediglich ihre „qualitative Struktur“<sup>166</sup>. Trotz dieser Unbestimmtheit der konkreten Struktur der biologischen Normativität ist Canguilhems Verdienst, das Dilemma der Krankheitsdefinition zu erkennen und eine Lösung vorzulegen. Dieses Dilemma formuliert er als Folgendes:

stellt man sich auf den Standpunkt strenger Objektivität, so existiert kein Unterschied zwischen Physiologie und Pathologie; sucht man ihren Unterschied hingegen in den biologischen Werten, so hat man den Boden der Wissenschaft verlassen.<sup>167</sup>

Diese Unvereinbarkeit zwischen den biologischen Werten und dem Standpunkt strenger Objektivität ist ein Merkmal der Epistemologie des 19. Jahrhunderts und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. In der heutigen Lage der Wissenschaft ist diese Unvereinbarkeit nicht mehr haltbar. Die Anwendung der qualitativen Dynamik und der Komplexitätstheorien auf den Bereich der Biologie ermöglicht die Bestimmung des Unterschieds zwischen Normalem und Pathologischem in einer qualitativen Weise<sup>168</sup>. Dass der heutige Fortschritt der Wissenschaft die Erforschung der zugrundeliegenden Mechanismen der biologischen Normativität ermöglicht, ist als Bestätigung der Relevanz von Canguilhems Einführung des Normativitätsbegriffs anzusehen. Außerdem hat Canguilhems Betonung der Normativität des Pathologischen ihre Begründung im menschlichen Normativitätsvermögen. Dieses Vermögen kann aus unterschiedlichen

---

<sup>166</sup> Debru, Claude : *Georges Canguilhem, science et non-science*, op. cit., S. 43: „Reconnaitre la ‘normativité’ vitale comme une propriété fondamentale sous-jacente à de nombreux phénomènes physiologiques ou pathologiques ne revient pas, pour autant, à en préciser le contenu. Décrire le pouvoir d’expansion de la vie et sa capacité à se poursuivre en pouvoir de conservation dans la pathologie n’aboutit pas nécessairement à l’élucidation à peine esquissée à l’époque pour la pathologie, des mécanismes qui rendent possible ce pouvoir. C’est simplement se permettre d’en rechercher, dans une certaine direction, la structure qualitative.“

<sup>167</sup> Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, op. cit., S. 150.

<sup>168</sup> Vgl. Debru, Claude, op. cit., S. 45.

Perspektiven behandelt werden. In seiner „Neuen Überlegungen zum Normalen und zum Pathologischen (1963- 1966)“<sup>169</sup> setzt er sich mit dem menschlichen Normativitätsvermögen aus dem soziologischen Standpunkt auseinander. Er will damit die Fähigkeit des Individuums, neue Normen zu schaffen, betonen<sup>170</sup>. Dieses Vermögen kann auch aus der Perspektive der Neurowissenschaften und der Psychologie behandelt werden<sup>171</sup>. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Wie soll man den Übergang von der biologischen Normativität zum Bewusstsein dieser Normativität nachvollziehen? Oder: Wie kommt die Normativität des Pathologischen ins Bewusstsein des Kranken? Diese Frage lässt sich nicht im Rahmen dieser Arbeit behandeln. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass die Antwort auf diese Frage im Bereich der Wissenschaft zu finden ist. Unter Wissenschaft meine ich keineswegs einen altmodischen Reduktionismus wie derjenige des 19. Jahrhunderts.

---

<sup>169</sup> Canguilhem, Georges, „Neue Überlegungen zum Normalen und zum Pathologischen (1963- 1966)“, in *Das Normale und das Pathologische*, op. cit., S. 157-202.

<sup>170</sup> Vgl. *Ibid.*, S. 177: „Man braucht nur daran zu denken, daß in einer beliebigen Gesellschaft ein Individuum nach deren Bedürfnissen und Normen fragt und sie kritisiert (was ein sicheres Zeichen dafür ist, daß diese Bedürfnisse und Normen nicht die der gesamten Gesellschaft sind), und man begreift sehr leicht, daß ein gesellschaftliches Bedürfnis keineswegs immanent, eine gesellschaftliche Norm nicht inhärent ist und daß letztendlich die Gesellschaft als der Ort gebändigter Konflikte oder latenter Antagonismen überhaupt kein Ganzes darstellt.“

<sup>171</sup> Vgl. Rakoczy, H., Warnecken, F. und Tomasello, M. (Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology): „The sources of normativity: young children’s awareness of the normative structure of games“, in *Developmental Psychology*, 2008, vol. 44, No 3, 875-881.

## Schluss

Letztlich lässt sich anmerken, dass die Versuche von Canguilhem und Goldstein, die Werte in der Biologie einzubeziehen, zu wichtigen Konsequenzen für die Frage nach dem Verhältnis zwischen der evaluativen und der deskriptiven Komponente des Krankheitsbegriffs führen. Eine der bedeutenden Konsequenzen besteht darin, dass die Norm in der Medizin vor allem eine individuelle Norm ist. Diese individualisierende Auffassung hat letztendlich ihre Rechtfertigung in der Auffassung von der Medizin als eine Technik und nicht als eine Wissenschaft. In diesem Zusammenhang betont Canguilhem am Ende seines Buchs die grundsätzliche Rolle der Klinik in der Umgrenzung des Krankheitsbegriffs: „Die Kennzeichnung ‘pathologisch’ hat ihr Recht einzig in dem durch die Klinik vermittelten Bezug auf das kranke Individuum.“<sup>172</sup>

---

<sup>172</sup> Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, op. cit., S. 156.

## Literaturverzeichnis

Boorse, Christopher: „Health as a Theoretical Concept“, in *Philosophy of Science*, Vol. 44, No. 4, 1997, S. 542-573.

– “Wright on Functions”, in *The Philosophical Review*, Vol. 85, No. 1, Jan, 1976, S. 70-86.

Canguilhem, Georges: *Das Normale und das Pathologische*, München, Carl Hanser Verlag, 1974

– „Le statut épistémologique de la médecine“, in *History and Philosophy of Life sciences*, vol.10, 1988, S. 15-29.

– *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*, Berlin, Merve Verlag, 2004.

Christian, Paul: „Medizinische und philosophische Anthropologie“, in *Handbuch der allgemeinen Pathologie*, Büchner, Franz (Hrsg.), Band 1: *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, Berlin, Springer Verlag, 1969, S. 232-278.

Daniels, Norman: *Just health care*, Cambridge University Press, 1985

Debru, Claude: *Georges Canguilhem, science et non-science*, Paris, Rue d’Ulm Verlag, 2004.

Diepgen, Paul: „Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik“, in *Handbuch der allgemeinen Pathologie*, Büchner, Franz (Hrsg.), Band 1: *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, Berlin, Springer Verlag, 1969, S. 1-50.

Engelhardt, H. T. Jr.: “The disease of masturbation: values and the concept of disease”, in *Bull Hist Med*, vol.48 (2), 1974, S. 234-48.

– “Ideology and Etiology“, in *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1976, vol. 1, no. 3, S. 256-268.

– *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 2. Auflage, 1996.

Fagot-Largeault, Anne: „Le concept de maladie sous-jacent aux tentatives d’informatisation du diagnostic médical“, in *History and Philosophy of the Life Sciences*, Supplement Vol. 10, 1988, S. 89-110



Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt, Fischer Verlag, 1988.

Fulford, K.W.M.: *Moral theory and medical practice*, Cambridge University Press, 1995.

Gadamer, Hans-Georg: "Theorie, Technik, Praxis – die Aufgabe einer neuen Anthropologie", in: *Biologische Anthropologie*, Gadamer, Hans-Georg (Hrsg.), Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1972, S. IX-XXXVIII.

Goldstein, Kurt: *Der Aufbau der Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*, Haag, Martinus Nijhoff Verlag, 1934.

– "Notes on the development of my concepts", in *Selected Papers/Ausgewählte Schriften*, Gurwitsch, A. (Hrsg.), Haag, Martinus Nijhoff Verlag, 1971, S. 1-12.

– „Zum Problem der Angst“, in *Selected Papers/Ausgewählte Schriften*, Gurwitsch, A. (Hrsg.), Haag, Martinus Nijhoff Verlag, 1971, S. 231-262.

Hare, R.M.: *Freiheit und Vernunft*, Patmos Verlag, Düsseldorf, 1973.

Lanzerath, Dirk: *Krankheit als ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg, München, 2000.

Lecourt, Dominique, *A quoi sert donc la philosophie? Des sciences de la nature aux sciences politiques*, Presses Universitaires de France, 1993

– „Normes“, in *Dictionnaire de la pensée médicale*, Lecourt, Dominique (Hrsg.), Presses Universitaires de France, Paris, 2004, S. 790-793.

Lepenies, Wolf: *Das Ende der Naturgeschichte, Wandel kultureller Selbstverständlichkeiten in den Wissenschaften des 18. und 19. Jahrhunderts*, München, Hanser Verlag, 1976.

Merleau-Ponty, Maurice: *La structure du comportement*, Paris, Presses Universitaires de France Verlag, 1942.

Missa, Jean-Noel: *“Enhancement” Ethique et philosophie de la médecine d’amélioration*, Paris, Vrin Verlag, 2009

Müller, Erich: "Gesundheit und Krankheit", in *Handbuch der allgemeinen Pathologie*, Büchner, Franz (Hrsg.), Band 1: *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, Berlin, Springer Verlag, 1969, S. 51-108.

Nordenfelt, Lennart: *On the nature of health. An Action-Theoretic Approach*, D. Riedel (Hrsg.), Dordrecht, 1987.

–: *Health, Science, and Ordinary Language*, Amsterdam-New York, 2001.

Parens, Erik: *Enhancing human traits*, Georgetown University Press, Washington, 2007.

Rakoczy, H., Warneken, F. und Tomasello, M. (Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology): “The sources of normativity: young children’s awareness of the normative structure of games”, in *Developmental Psychology*, 2008, vol. 44, No 3, 875-881.

Ritter, H.H.: „Normal, Normalität“ in *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, J. Ritter und K. Gründer (Hrsg.), Band 6, Darmstadt, 1984, S. 919-927.

Roser, Wilhelm und Wunderlich, Carl August: „Ueber die Mängel der heutigen deutschen Medicin und ueber die Nothwendigkeit einer entschieden wissenschaftlichen Richtung in derselben“ in *Was ist Krankheit?*, Rothschuh, Karl E (Hrsg.), Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Verlag, 1975, S. 45-71.

Rothschuh, Karl E.: „Der Krankheitsbegriff“, in *Was ist Krankheit?*, Rothschuh, Karl E (Hrsg.), Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Verlag, 1975, S. 397-420.

– „Ist das Kuhnsche Erklärungsmodell wissenschaftlicher Wandlungen mit Gewinn auf die Konzepte der klinischen Medizin anwendbar?“, in *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen und die Geschichte der Wissenschaften*, Diemer, A.(Hrsg.), Hain A. Verlag, 1977, S. 73-90.

Ryle, J. A.: „The Meaning of Normal“, in *The Lancet*, Jan. 4, 1947, S. 1-5.

Schaeffer, Hans: „Normbegriff“, in *Konzepte der Theoretischen Pathologie*, Becker, V. (Hrsg.), Springer Verlag, 1980, S. 19-24.

Virchow, Rudolf: „Über die heutige Stellung der Pathologie“, in *Was ist Krankheit?*, Rothschuh, Karl E (Hrsg.), Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Verlag, 1975, S. 72-91.

Hiermit versichere ich, dass ich die Arbeit selbstständig angefertigt, außer den im Quellen- und Literaturverzeichnis sowie in den Anmerkungen genannten Hilfsmitteln keine weiteren benutzt und alle Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, unter Angabe der Quellen als Entlehnung kenntlich gemacht habe.

Unterschrift