

Dirk Lanzerath

Gesundheit und Krankheit als normative Begriffe sozialer Praxen

Lernen in und aus der Krise

◆ Gesundheit und Krankheit sind Begriffe, die sich auf Individuen beziehen und soziale Bedeutung haben. Sie haben mit der biologischen Verfasstheit des Menschen einen „Naturbezug“ und mit der Art und Weise, wie wir damit umgehen, zugleich eine Dimension gesellschaftlicher Konstruktion. In diesem Spannungsfeld entwickelt der folgende Beitrag Krankheit als praktischen Begriff, das heißt als Handlungsbegriff, der vom Erleben einer kranken Person ausgeht und im Arzt-Patient-Verhältnis über die Interpretation medizinischer Daten in einem jeweils bestimmten gesellschaftlichen und kulturellen Kontext differenziert wird. Ein solcher Krankheitsbegriff hat normativen Charakter und versteht Kranksein als Weise des Mensch-Seins, bei dem die kommunikative Komponente wesentlich zur Konstitution von Krankheit gehört.

1 Einführung: Wider die reine Funktionalität

Die Anforderungen an die Gesundheitssysteme und die Herausforderungen für die Zivilgesellschaften, der SARS-CoV-2-Pandemie adäquat zu begegnen, sind enorm. Es wird der Bevölkerung unter der Zielvorgabe des Gesundheitsschutzes abverlangt, zahlreiche Einschränkungen im täglichen Leben zu akzeptieren. Zugleich belegen die öffentlichen Debatten, wie umstritten einzelne politische Maßnahmen, die individuelle Freiheitsrechte einschneiden, in der Gesellschaft bewertet werden.¹ Hinsichtlich der langfristigen Ziele – beispielsweise die Ausbreitung des Virus nachhaltig eindämmen, seine Pathogenität herabsetzen – kann man sich durchaus ei-

nigen. Die Meinungen gehen jedoch darüber erheblich auseinander, welche mittelfristigen Ziele erreicht werden sollen: Senken der Inzidenz, Entlastung der Intensivstationen, Ankurbeln der Wirtschaft, Öffnung der Schulen ... Nicht selten werden im Ringen um Lösungen in den Medien bestimmte Positionen ausgewählten Gruppen pauschal zugeordnet: man „höre nicht auf die Wissenschaft“, die „Politik reagiere zu spät“, die „Wirtschaft dürfe nicht weiter belastet werden“ usw. Jedoch vermag man in auch nur einer dieser Gruppen ein einheitliches Bild von Meinungen, Argumenten oder Handlungsweisen ausmachen. Die Politik hat nicht alles falsch gemacht, in der Wirtschaft gibt es nicht nur Verlierer der Pandemie, sondern auch Profiteure. Auch in der Wissenschaft – oder

¹ Vgl. *Josef Isensee*, Virokratie im Rechtsstaat, in: FAZ 128, 04.06.2020, 7.

korrekter ausgedrückt in den Wissenschaften – ergibt sich bei näherer Betrachtung ein eher heterogenes Bild.

Naturwissenschaften und einzelne medizinische Disziplinen erarbeiten mit ihren wertvollen und erfolgreichen Erklärungsmodellen – wenn sie methodisch sorgfältig vorgehen – sehr präzise Aussagen, ausgerichtet an den aktuell erhobenen und errechneten Daten. Dieser Ansatz hat die Pandemiebekämpfung enorm vorangebracht und ist gesellschaftlich betrachtet äußerst verdienstvoll. Ohne derartige wissenschaftliche Anstrengungen gäbe es weder brauchbare Modelle zur Einschätzung des Infektionsgeschehens noch wirksame Impfstoffe.² Aber es sind dies eben Perspektiven, die nur einen sehr kleinen Korridor unserer Lebenswirklichkeit in den Blick nehmen können. Trotzdem werden immer wieder aus Ergebnissen mathematischer Modelle, die populationsdynamisch nur einen Bruchteil der menschlichen Lebenswelt und des dortigen Infektionsgeschehens nachzeichnen, reflexhaft politische Konsequenzen gezogen. Diese erlangen schließlich für Lebensbereiche eine Zuständigkeit, welche die Modelle nicht oder nur sehr beschränkt abbilden können. Das macht diese Modelle für ihren Geltungsbereich nicht falsch oder unbrauchbar, doch werden solche Schlüsse den komplexen lebensweltlichen Anforderungen schlichtweg nicht gerecht und es bleibt völlig unklar, woher sie ihre normative Legitimation erfahren sollten. Denn nicht nur die Pandemie berührt viele unterschiedliche Lebensbereiche, sondern auch die Maßnahmen, die sie bekämpfen, sind einschneidend. Einige der eingeführ-

ten Handlungseinschränkungen beschränken die Chancen für Bildung, das gesundheitliche Wohlergehen oder auch die wirtschaftliche Entwicklung bis weit in die Zukunft hinein. Es bedarf daher deutlich mehr Indikatoren zur Beurteilung einer gesellschaftlichen Lage und darauf basierende Diskurse über die Folgen von politischen Maßnahmen als nur ein starrer Blick auf Modelle, die Zahlen wie etwa R- oder Inzidenz-Werte liefern. Aus wissenschaftlicher Sicht ist ein viel stärker interdisziplinär ausgerichteter Ansatz gefordert, gerade auch unter Einbezug jener *hermeneutischen Disziplinen*, die auch die *Normativität* der Modellierungsmethoden mitbewerten. Hier ist das Gespräch der Wissenschaften miteinander und nicht nur nebeneinander, aber auch das Gespräch der Politik mit einem erweiterten Kreis wissenschaftlicher Disziplinen gefordert.

Die Multidimensionalität des Geschehens in und um die Pandemie sowie die hierdurch hervorgerufenen Dilemmata werden aus ethischer Sicht greifbar, wenn der Sektor Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in den Blick genommen wird. Krankenhäuser dürfen in ihrer Bedeutung nicht einfach auf ihre medizinischen und gesundheitsökonomischen Systemeigenschaften reduziert werden. Denn sie machen viel mehr aus als das: Kliniken gehören zur Kultur von Städten und Regionen. Sie sind Orte der Hoffnung, der Sorge, der Todeserfahrung. Daher kommen dem Schicksal der kranken Menschen, dem Umgang mit Angehörigen, der Belastung von Ärzteschaft und Pflegepersonal nicht nur medizinische und ökonomische Bedeutung zu. Vielmehr gilt es, die pandemie-

² Vgl. Jonathan Fuller, Models v. Evidence: COVID-19 has revealed a contest between two competing philosophies of scientific knowledge. To manage the crisis, we must draw on both, in: Boston Review, 05.05.2020. Online: <https://bostonreview.net/science-nature/jonathan-fuller-models-v-evidence> (May 1, 2020) [Abruf: 08.12.2021].

bedingten Probleme dieser Einrichtungen und das Wirken der Menschen in ihnen angemessen sozioethisch einzuordnen, so dass es ihrer Stellung als zentrale Bestandteile unseres Gemeinwohls gerecht wird.³

Daher haben es sich etwa Konzepte übertriebener Besuchsbeschränkungen bis hin zu Besuchsverboten am Beginn der Pandemie zu einfach gemacht, wenn der Infektionsschutz dazu führt, das Bedürfnis des Kontakts zwischen kranken Menschen und ihren Angehörigen zu vernachlässigen. Zwar sind Hygienemaßnahmen nicht nur richtig, sondern überlebensnotwendig, doch müssen sie stets auch in Relation zu anderen Werten in unserer Gesellschaft gesetzt werden. Gerade Besuchsverbote – insbesondere bei Sterbenden – kollidieren mit der Verpflichtung, nicht prekäre Situationen zu schaffen, in denen wir die Achtung voreinander zu verlieren drohen. Auch wenn Kliniken stark belastet sind, muss man in der Lage sein, derartige Schutzvorkehrungen zu schaffen, die Angehörigenbesuche ermöglichen, damit Kranke und Sterbende nicht alleingelassen werden. Es geht um Gespräche, Berührungen, Abschiednehmen, Trostspenden. Dies zu verwehren – wenn andere hygienische Maßnahmen möglich sind –, empfinden Betroffene zurecht als respektlos.⁴ Hier haben zwar seit den Erfahrungen im ersten Lockdown viele Verantwortliche umgedacht und sind kreativer geworden, doch ist die Situation mancherorts immer noch unbefriedigend gelöst.

Im Mittelpunkt all dieser Überlegungen und Maßnahmen steht das *ranghohe Gut der Gesundheit*. Gesundheit und Krankheit beschreiben nicht einfach funktionale Zustände des Organismus, sondern sie haben auch eine normative Qualität, die viele Handlungsoptionen beeinflussen. Diese Normativität kommt jedoch nicht sekundär zum Krankheits- und Gesundheitsbegriff hinzu, sondern gehört zu den Konstitutionsbedingungen dieser Begriffe.⁵ Wie hingegen ein szientistischer Blick auf Gesundheit und Krankheit, der dann sekundär normativ wird und unsere Lebenswelt bestimmt, aussieht, greift Juli Zeh in ihrem Roman „Corpus delicti“ auf, der bereits vor der SARS-CoV-2-Pandemie erschienen ist. Dort beschreibt sie eine Zukunftsgesellschaft, in der das Herrschaftssystem, die „Methode“, Gesundheit als rein funktional und Krankheit als reine Dysfunktion versteht. Dort werden diese Konzepte als gesellschaftsregulierend verabsolutiert. Eine nur funktional betrachtete Gesundheit wird zum höchsten gesellschaftlichen Gut aller Individuen, die als arbeitsfähige Körpermaschinen verstanden werden. „Der Körper ist uns Tempel und Altar, Götze und Opfer. Heilig gesprochen und versklavt.“⁶ Das ganze Geschehen wird vom Staat digital überwacht und wer „die Methode bekämpft“, der wird als „Reaktionär“⁷ eingestuft.

Eine erste Intuition könnte vermuten lassen, dies sei ein Lob auf das protestierende Querdenken der pandemischen

³ Vgl. *Olivia Mitscherlich-Schönherr*, Einsam, ungetröstet und unwürdig: Besuchsverbote für Menschen, die mit Covid-19 im Sterben liegen, kollidieren mit der Menschenwürde, in: *Frankfurter Rundschau*, 07.01.2021. Online: <https://www.fr.de/kultur/gesellschaft/der-einsame-tod-90160188.html> [Abruf: 08.12.2021].

⁴ Vgl. ebd.

⁵ Vgl. hierzu ausführlich *Dirk Lanzerath*, Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg i. Br. 2000.

⁶ *Juli Zeh*, *Corpus Delicti*. Ein Prozess, Frankfurt a. Main 2009, 158.

⁷ Ebd., 74.

Realität. Genau das ist es aber nicht. Vielmehr ist dies eine Aufforderung, genauer auf die Bedeutungen und Funktionen von „gesund“ und „krank“ zu schauen.

2 Medizinische und lebensweltliche Blicke

Den Disziplinen der medizinischen Wissenschaft kommt zweifelsohne eine zentrale Bedeutung in der Frage zu, was Krankheit und Gesundheit ausmacht. Methodisch betrachtet ist der Blick auf die Welt durch die wissenschaftliche Brille jedoch nur einer. Die vielfältigen Blicke durch die lebensweltlichen Brillen können ganz anders ausfallen und müssen nicht immer denen der Wissenschaften entsprechen. Dieser *Topos vom Verhältnis zwischen Wissenschaft und Lebenswelt* ist immer wieder thematisiert worden, so etwa besonders intensiv von Edmund Husserl. Er beschreibt in seiner Phänomenologie eine subjektbezogene Einheit von Ich und Welt, die sich durch eine intentionale Grundstruktur des *Ich-erfahre-etwas* auszeichnet. Hierin wird für ihn der Begriff der „Lebenswelt“ zu einem zentralen Begriff, der die „natürlichen Einstellungen“ des Menschen in einem vortheorietischen und noch unhinterfragten Zugang zur Welt kennzeichnet. Die Lebenswelt ist die Welt der natürlichen Einlassungen und Einstellungen (als diejenige, „die im schlichtesten Sinne bewusstseinsmäßig für uns da ist), die Welt, in der wir leben, denken, wirken, schaffen“⁸.

In der Lebenswelt wird das „ich“, der subjektive Blickwinkel nicht systematisch ausgeklammert, sondern er ist geradezu der Bezugspunkt unserer vielfältigen Erfahrungswelten. Der wissenschaftliche Blick, der stets ein distanzierter und fragmentierter Blick auf die Welt sein muss, droht den Menschen von sich und der Welt zu entfremden, wenn Wissenschaften die alleinige Deutungshoheit über die Welt beanspruchen. Husserl versucht in seinem philosophischen Programm des frühen 20. Jahrhunderts (der transzendentalen Phänomenologie) die *Entfremdungserscheinung zwischen Mensch und Welt*, die sich gerade durch die Methoden der Naturwissenschaften sowie durch ihre wirtschaftlichen und technischen Anwendungen ausbreiten, wieder zu verringern. Denn die Wissenschaften befassen sich eben nicht mit der entscheidenden Frage, und welchen Sinn seine Existenz hat („für ein echtes Menschentum“⁹, nämlich wer denn der Mensch ist). Husserl bezeichnet dies als praktische Krise und als *Krise des Wissenschaftsbegriffs*. Den Hintergrund dafür bildet das von Jürgen Mittelstraß geprägte Bild von der Entstehung der „Leonardo-Welten“, in denen Handwerkerstätten und wissenschaftliche Theorien sich erfolgreich verbinden.¹⁰ Der naturwissenschaftlich-technische Fortschritt, den Francis Bacon im 17. Jahrhundert als Erleichterung für die Lebenspraxis vor Augen hatte,¹¹ entfaltete sich zum Ende des 19. Jahrhunderts zu einem Symbol lebensweltlicher Hoffnung. Im nachfolgenden Jahrhundert wird aber die Gesellschaft Zug um Zug mit den

⁸ Edmund Husserl, *Natur und Geist*. Vorlesungen Sommersemester 1919, Dordrecht 2002, 18.

⁹ Edmund Husserl, *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie* (Husserliana VI), Den Haag 1954, § 2, 4.

¹⁰ Jürgen Mittelstraß, *Leonardo-Welt. Über Wissenschaft, Forschung und Verantwortung* (stw 1042), Frankfurt a. Main 1992.

¹¹ Vgl. Francis Bacon, *Novum Organon* (1620), Hamburg 1990.

negativen Folgen dieser Praxis – wie Umweltzerstörung und Gesundheitsgefährdung – und schließlich im 21. Jahrhundert mit der genetisch-pharmakologischen Selbstmanipulation in immer stärkerem Ausmaß konfrontiert. Lebenswissen wird nur noch naturwissenschaftlich-verfügend und kaum noch im Sinne eines Orientierungswissens verstanden. Denn – so Edmund Husserls Kritik – bloße „*Tatsachenswissenschaften*“ machen bloße *Tatsachemenschen*“¹². Ihm geht es nicht darum, wissenschaftliches Denken und Arbeiten als schädlich aufzufassen, es gar zu negieren oder überhaupt wissenschaftsfeindlich zu operieren. Vielmehr ist seine Absicht, wissenschaftliches Wissen adäquat *in die Lebenswelt zu integrieren* und wissenschaftliches Wissen nicht selbst für die Lebenswelt als solche zu halten. Da gerade die Naturwissenschaften und eine naturwissenschaftlich arbeitende Medizin notwendigerweise methodisch fragmentiert und reduktiv arbeiten, besteht stets die Gefahr, den Teil für das Ganze zu nehmen. Daraus erwachsen sehr *unterschiedliche Deutungsansprüche*, so auch in Bezug darauf, was die Begriffe „gesund“ und „krank“ für uns heute bedeuten.

3 Deutungshoheit und Deutungspraxis

Zu dieser Deutungsdimension gehört es auch, dass man der Gesundheit und der Krankheit eine nicht nur beigeordnete, sondern wesentlich *praktisch-normative Dimension* einräumt und in ihnen nicht nur eine biologische Funktion bzw. Dysfunktion sieht. Dies wird vor allem dann

deutlich, wenn sich aus der Zuordnung von dysfunktionalen Zuständen zum Krankheitsbegriff unmittelbare Handlungsoptionen ergeben, die sich nicht einfach auf eine Kapitelenerweiterung medizinischer Lehrbücher beschränken, sondern zu persönlichen und gesellschaftlichen Veränderungen führen.

Denn diese Seite von Krankheit und Gesundheit reflektiert nicht nur medizinische Fortentwicklungen, sondern auch normative Einstellungen zu Wissenschaft und Gesellschaft. So hat etwa die immer wieder modifizierte Einordnung des Zustands der *Trauer* im amerikanischen Klassifikationssystem des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen (DSM) stets für Diskussionen gesorgt, denn es versteht sich nicht von selbst, Trauer mit Krankheit in Verbindung zu bringen. Wenngleich sich eine langfristige Trauerreaktion durchaus in Form einer Depression manifestieren kann, ist die Trauer selbst für gewöhnlich nicht als Krankheit einzustufen. Sie kennzeichnet vielmehr eine *gesunde und emotional reife* Reaktion auf eine Verlusterfahrung ohne einen Krankheitswert, wenngleich Trauer mit einem Leidensdruck verbunden ist, der symptomatischen Krankheitszuständen gleichen kann. Im DSM-IV (1994/rev. 2000) wird Trauer bereits der Kategorie „weitere klinisch relevante Probleme“ zugeordnet (V62.82). Wenn *noch zwei Monate nach dem Verlust* eines Menschen Symptome wie Schuldgefühle oder intensive Beschäftigung mit Gefühlen von Wertlosigkeit vorhanden sind oder auch der Betreffende in seinen Funktionen erheblich beeinträchtigt ist, gar halluzinatorische Erlebnisse hat, dann schlägt das DSM-IV die Diagnose der „Major Depres-

¹² Edmund Husserl, *Die Krisis der europäischen Wissenschaften* (s. Anm. 9), § 2, 4. (Hervorh. D.L.).

sion“ (296.2x) vor.¹³ Doch nach der aktuellen Auflage, dem DSM-5 (2013), kann – bei Hinzutreten einer Reihe von Symptomen wie etwa Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Konzentrationsmangel oder Ängstlichkeit – *bereits eine mehr als zwei Wochen andauernde Trauer* als eine behandlungsbedürftige Krankheit dem Zustand der Depression zugeordnet werden und damit in einem sehr frühen Stadium zum Gegenstand therapeutischen Handelns werden. Wenngleich sich das DSM-5 darum bemüht, Trauer (grief) nicht generell als Krankheit zu verstehen, sie von einer schweren depressiven Episode (major depressive episode [MDE]) zu trennen sowie beide Zustände als möglicherweise koexistent zu betrachten, suggeriert das Diagnose- und Klassifikationssystem DSM schon durch die Verkürzung der Zeiträume, dass Trauer die Konnotation von Krankheit oder Dysfunktion erhält und damit *ein zentraler menschlicher Emotionsausdruck pathologisiert* wird, wenn er zu lange andauert. Traditionell kennt etwa die katholische Kirche das Sechswochenamt und das Jahrgedächtnis, die Rechtsgeschichte kennt das Trauerjahr. Das sind Hinweise darauf, dass man die Trauerzeit ernster nehmen kann. In der kritischen Diskussion zu dieser Einordnung wird keineswegs in Abrede gestellt, dass Trauer krank machen kann und Therapien ab einem bestimmten Stadium sinnvoll und notwendig sind. Aber es lässt sich eine Tendenz erkennen, in den modernen, funktional eingerichteten Gesellschaften, negativ konnotierte Emotionen nicht mehr aushalten und rasch therapieren zu wollen.

Die Herausforderung, wissenschaftliches Wissen, wie das über Gesundheits- und Krankheitszustände, funktional in unsere lebensweltlichen Ansprüche zu integrieren, bezieht sich nicht nur auf die Dynamik der Wissenschaften und ihrer teilweise geschlossenen Sprachspiele, sondern hängt auch mit der Schwierigkeit zusammen, *lebensweltliche Probleme eindeutig der richtigen wissenschaftlichen Disziplin zuzuordnen*. Hier sei etwa auf die aktuelle Diskussion in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie verwiesen, in welchen Fällen Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern wirklich als Krankheit einzustufen sind, die Diagnose überhaupt im Einzelfall korrekt ist, das Phänomen psychopharmakologisch behandelbar ist oder ob es sich vielmehr um ein soziales Phänomen handelt, das auf Defizite im familiären Rahmen oder in den westlichen Erziehungssystemen hinweist. Dass hier ein Problem vorliegt, wird von keiner Seite bestritten, aber wie es einzuschätzen und wie es anzugehen ist – ob biochemisch, systemisch, tiefenpsychologisch oder schulpolitisch –, ist nicht nur hochumstritten, sondern wird auch auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen. Dies gilt nicht zuletzt deshalb, weil die verschiedenen Ansätze für die lebensweltlich Beteiligten sehr unterschiedliche Konsequenzen haben, sowohl hinsichtlich der Ursachenanalyse als auch hinsichtlich des Umgangs mit dem zur Disposition stehenden Zustand.¹⁴ Die Fragmentierung der Wissenschaften in Einzeldisziplinen verträgt sich nur schwer mit der geforderten lebensweltlichen Einheit.

¹³ Vgl. Anette Kersting u. a., „Traumatische Trauer – ein eigenständiges Krankheitsbild?“, in: Psychotherapeut 46 (2001), H. 5, 301–308.

¹⁴ Vgl. Elfriede Walcher-Andris, Ethische Aspekte des pharmakologischen „cognition enhancement“ am Beispiel des Gebrauchs von Psychostimulanzien durch Kinder und Jugendliche, in: Ethik in der Medizin 18 (2006), H. 1, 27–36; Marianne Leuzinger-Bohleber / Yvonne Brandl /

Derartige Formen der zunehmenden *Pathologisierung und Medikalisierung der Lebenswelt* sind gekoppelt mit einseitig interpretierten und inflationär gebrauchten Krankheitsbegriffen. Daher ist es notwendig, den Krankheitsbegriff wieder in seiner Multidimensionalität zu betrachten und seine internen Konstitutionsverhältnisse zu klären.

4 Die Macht der digitalen Verarbeitung und Verbreitung

Die naturwissenschaftliche Perspektive auf Krankheit und Gesundheit ist nicht beliebig, sondern zentral, denn das Krankheitsgeschehen korrespondiert mit physiologischen Zuständen des menschlichen Körpers und dessen Interaktion mit seiner Umwelt. Wesentliche Aspekte dieser Zusammenhänge können mit naturwissenschaftlichen Methoden adäquat erfasst werden, wenngleich nicht vollständig. Denn methodisch sind die Naturwissenschaften sowie eine naturwissenschaftlich arbeitende Medizin beschränkt. In den modernen empirischen Wissenschaften werden Daten durch quantitative Analysen in definierten Bereichen generiert. Mit dieser *selektiven Quantifizierung* werden die Forschungsgegenstände fragmentiert. Damit schränkt sich der Blick auf den bearbeiteten Gegenstand genau auf diese Fragmente ein.

Quantifizierte Daten werden in den empirischen Wissenschaften digital auf-

bereitet, um sie operabel zu machen – und *scheinbar sprach- und kulturunabhängig* in Erklärungs-Modelle umgewandelt. Hierüber entstehen Klimamodelle, Finanzmodelle, Organismusmodelle, Krankheitsmodelle usw. In ihnen werden Daten „praktisch“, zunächst nur in eingeschränkter wissenschaftsinterner Hinsicht, um damit weiterzuarbeiten, schließlich aber beginnt man sie im nächsten Schritt in die Lebenswelt zu übertragen. Solche wissenschaftlichen Modelle erscheinen auf einen ersten Blick in diesem Prozess wie objektivierte Abbilder der Lebenswirklichkeit, deren Wirklichkeitskompetenz ungeklärt ist¹⁵ und eher in eine Diktatur der Einzelwissenschaften führt. Das Übermaß an Sinnmöglichkeiten der Lebenswirklichkeit kann durch die Naturwissenschaften nicht eingeholt werden.¹⁶

Wenn man zwischen Einzelwissenschaft und Lebenswelt keine hermeneutischen Zwischenschritte einbaut, dann droht sich die moderne Gesellschaft hinsichtlich der Weltdeutung und Weltaneignung zu entmachten; sie wird selbst zum hypothetischen Modell. Das von Algorithmen errechnete Modell wird zur wirkmächtigen maschinenarithmetischen Realität, die durch Verabredungen in einem wissenschaftlichen Weltbild (scientific image) als gerechtfertigt erscheint. Die stops and goes werden durch Rechenmodelle gesetzt, die sich auch gegenüber den Entwicklern verselbständigen können, auf die der einzelne Mensch – wenn die Para-

Gerald Hüther, ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen, Göttingen 2006; vgl. hierzu auch Dirk Lanzerath, Professionsethische Aspekte aktueller Praktiken der Optimierung der menschlichen Natur, in: Willy Viehöver/Peter Wehling (Hg.), Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?, Bielefeld 2011, 251–270, 257–264.

¹⁵ Vgl. Jürgen Gedinat, Ein Modell von Welt. Unterwegs in der Globalisierung, Freiburg i. Br. 2013; Daniela Bajor-Jones, Scientific Models in Philosophy of Science, Pittsburgh 2009; Nancy Cartwright, The Dappled World. A Study of the Boundaries of Science, Cambridge 1999.

¹⁶ Vgl. Markus Gabriel, Warum es die Welt nicht gibt, Berlin 2013, 127 f. und 248 ff.

meter erst einmal gesetzt sind – *nur noch reagieren* und oft erst viel zu spät eingreifen kann. Modelle werden so komplex, dass sie fast ausschließlich Computer nachrechnen können, zugleich aber sind ihre Grundlagen sehr begrenzte syntaktische und semantische Mittel.¹⁷ Damit schiebt sich eine neu geschaffene und sich selbst weiterschaffende virtuelle Welt digitaler Daten und Modelle zwischen den erkennend-deutenden Menschen und die Wirklichkeit, so dass der zur Mathematisierung befähigte Mensch Gefahr läuft, nicht mehr Erschaffer von Hilfsmitteln für das Verständnis der Wirklichkeit zu werden – wofür sie ursprünglich gedacht waren –, sondern durch die Verselbstständigung der Modelle nur noch zum Beobachter dieser neu geschaffenen Zwischenwelten wird. Fast unmerklich wirken sich diese Szenarien auf unser soziales Handeln und unsere sozialen Räume aus. Wir werden digital darüber informiert, was uns das Internet zum Kauf anrät, und unsere Karriere wird von virtuellen sozialen Netzen bestimmt. Was virtuelle Welten und Modelle mit unseren Daten machen, ist kaum mehr steuerbar.¹⁸ Wir geben damit zunehmend die Hermeneutik, die Interpretation der Daten aus der Hand.

Immer mehr entwickeln Technologiefirmen Gadgets, die diverse Daten über

Körper und Verhalten abtasten, verarbeiten, umwandeln, interpretieren und an andere Dateninteressierte weiterleiten. Besonders verbreitet sind Fitness- oder auch Gesundheitsarmbänder. Frank Schirrmacher hat hierzu weitreichende Fragen aufgeworfen: „Werden solche Systeme eine neue Gesundheitsökonomie einleiten? Werden wir neue Metriken dafür entwickeln, bei wem sich Behandlung lohnt oder nicht? Gibt es individuelle Strafen für falsche Lebensführung?“ Sind die schönen Armbänder „nicht der Schlussstein der Quantifizierbarkeit des Einzelnen, der sich nun in nichts mehr vom Modell des ‚homo oeconomicus‘ unterscheidet: eines Wesens, das ausschließlich einer Effizienz- und Kontrolllogik gehorcht?“¹⁹ Die Debatte um COVID-19-Tracking-Apps in Folge der SARS-CoV2-Pandemie hat gezeigt, wie Gesellschaften auf solche Systeme reagieren. Die ganze Gesellschaft wird in ein großes soziales Experiment eingebunden, wie spezifische Gesundheitsdaten zu angeordneten Verhaltensnormen im Dienste der Gesundheit führen sollen.²⁰ Wissenschaftler:innen haben vor der Schaffung von Werkzeugen gewarnt, die eine Datenerfassung in großem Maßstab ermöglichen, da die Daten anfällig für Cyberattacken und/oder ernsthaften Missbrauch

¹⁷ Vgl. hierzu auch *Dieter Sturma*, Freiheit im Raum der Gründe. Praktische Selbstverhältnisse und die neurophilosophische Herausforderung, in: *Ludger Honnefelder / Matthias C. Schmidt* (Hg.), *Naturalismus als Paradigma. Wie weit reicht die naturwissenschaftliche Erklärung des Menschen?*, Berlin 2007, 138–153, hier 140.

¹⁸ Vgl. *Lawrence Lessig*, Code is Law. On Liberty in Cyberspace, in: *Harvard Magazine*. Online: <https://harvardmagazine.com/2000/01/code-is-law-html>, 2000 [Abruf: 08.12.2021]; vgl. auch *ders.*, *Code: Version 2.0*, New York 2006.

¹⁹ *Frank Schirrmacher*, Das Armband der Neelie Kroe, in: *FAZ* 51, 1.3.2014, 9. Online: <https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/ueberwachung/frank-schirrmacher-12826199.html> [Abruf: 08.12.2021].

²⁰ Vgl. *Renate Klar / Dirk Lanzerath*, The Ethics of COVID-19 Tracking Apps – Challenges and Voluntariness, in: *Research Ethics* 16 (2020), H. 3–4, 1–9; *Daphne Leprince-Ringuet*, Contact-tracing Apps: Why the NHS Said No to Apple and Google's Plan, 2020. Online: <https://www.zdnet.com/article/contact-tracing-apps-why-the-nhs-said-no-to-apple-and-googles-plan/> [Abruf: 08.12.2021].

in Form einer beispiellosen Überwachung der Gesellschaft insgesamt sind,²¹ was langfristig zu einer „Gesundheitsdiktatur“ führen könnte,²² die genährt wird von einem rein scientistischen Blick auf Gesundheit und Krankheit.

Die Nutzung von Datenerhebungssystemen – ob bewusst oder unbewusst – nimmt stetig zu. Freilich tragen sie Positives zur Gesundheit bei: Wenn das Smartphone etwa meldet, dass man sich am Tag zu wenig bewegt hat, kann man diese Information positiv nutzen, um sich mehr zu bewegen und Herz-Kreislauferkrankungen vorzubeugen. Aber je nachdem, wie eine Technik aufgebaut ist, wird man sich nicht sicher sein können, wer außer mir selbst noch von meinen Daten erfährt oder erfahren kann,²³ und ob eine digitale Handlungsaufforderung mehr und mehr zur *Handlungspflicht* wird.

Der Mensch ist auf dem besten Wege – dem Ideal von Szientismus und scientistischen Naturalismus folgend –, die Hermeneutik seiner eigenen Lebenspraxis, eingebettet in einen Sinnhorizont eines Lebensplans, einzutauschen gegen die Automatismen algorithmischer Hermeneutik. Daraus kann sich der Mensch nicht durch noch bessere Rechenmodelle, sondern *nur durch kreativen Widerspruch* selbst befreien. Dieser Widerspruch kann im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit gerade darin bestehen, die eigene Erlebniswelt und das interpretatorische Gespräch wieder mehr in den Mittelpunkt zu stellen

und nicht nur als Beiwerk wissenschaftlicher Daten zu betrachten. Die Konstitutionsverhältnisse sind wieder zurechtzurücken.

In der hier vertretenen Einschätzung, welche Rolle die Konzepte Krankheit und Gesundheit spielen, soll daher insbesondere vom Erleben des Kranken selbst und von der Arzt-Patienten-Beziehung ausgegangen werden. Daten, wie Labordaten, spielen hier durchaus eine wichtige Rolle, aber eben nicht die einzige und nicht diejenige, welche die Krankheitswirklichkeit konstituieren.

5 Fazit: Erleben und Selbstausslegung im sozialen Kontext

Die Bewertung eines Zustands als Krankheit im Kontext der individuellen Lebensführung kann – je nach Schwere der Krankheit – den Betroffenen mit der Frage nach dem Sinn seines Daseins konfrontieren. Es ist eine Konfrontation mit der eigenen kontingenten Existenzweise, die im Negativum des Krankseins auch etwas Positives erkennen lässt.

Krankheit offenbart dem Menschen – vielleicht mehr als alle anderen Befindlichkeiten – die Gleichzeitigkeit von *Identität und Nicht-Identität mit seinem Körper und Leib*: Werde ich krank, so wird mir mein Körper fremd; er ist es, der mich krank macht, gleichzeitig bin ich es, der krank ist und der sich nicht vom kranken Kör-

²¹ Vgl. Joint Statement on Contact Tracing: Date 19th April 2020 (Open letter). Online: <https://drive.google.com/file/d/1OQg2dxPu-x-RZzETlpV3lFa259Nrpk1/view> [Abruf: 08.12.2021].

²² Vgl. Juli Zeh, Das Mögliche und die Möglichkeiten. Rede an die Abiturienten des Jahrgangs 2010, Merzig 2010.

²³ Die auf diese Weise selbstregulierte Gesellschaft wirkt durch die Verschmelzung von Mensch und digitaler Abtastmaschine „normativ ohne langfristige Reflexion über Gesundheit, Effizienz oder Krankheit.“ (Frank Schirrmacher, in: FAZ 51, 1.3.2014, 9).

per distanzieren kann.²⁴ Das Leibliche ist nichts Fertiges, es entsteht ständig neu, indem es sich verwirklicht, d. h. verkörpert. *Verkörperung und Entkörperung* werden in den Zuständen von gesund und krank sehr deutlich symbolisiert. Sich gesund erhalten kann als ein Modus der Verkörperung, krank werden als ein Modus der Entkörperung angesehen werden. Das Krankheits-erleben führt uns die Unsicherheit dieser Welt, deren Teil wir sind, vor Augen.²⁵ Die Gesunden neigen dazu, die Welt der Kranken zu meiden, weil die Begegnung mit den Kranken sie an ihre eigene Kontingenz, Verwundbarkeit und Sterblichkeit erinnert.

Besonders ernste Krankheiten lassen auf diesem Hintergrund Fragen auf-

kommen, die unsere Lebensgewohnheiten in Frage stellen, wie: „Warum ist das passiert?“, „Warum gerade jetzt?“, „Warum ausgerechnet mir?“. Die von uns gedachte Welt kann auf einmal in sich zusammenfallen: „Es ist alles sinnlos, ich habe etwas falsch gemacht und mein jetziger Zustand ist die Strafe hierfür.“ Historisch sind Krankheiten in verschiedenen Kulturen sogar als Strafe Gottes oder der Götter aufgefasst worden.²⁶ Krankheit kann aber auch in der modernen Gesellschaft für den Einzelnen zum Anlass für eine Gewissens-erforschung und Ausgangspunkt für Sinn-suche und -findung werden. Das ganze Leben kann sich durch Krankheitserfahrung ändern und zu einer Änderung der Rangordnung der Lebensziele führen.

Es kann festgehalten werden, dass weder *naturalistische* Zugänge zur Krankheit,²⁷ die diese nur als biologische Dysfunktionen betrachten, noch *konventionalistische* Zugänge zu Krankheit und Gesundheit, die diese als primär gesellschaftliches Konstrukt betrachten, befriedigend Auskunft geben können darüber, was Krankheit und Gesundheit ausmacht. Vielmehr liegt es nahe, den Krankheitsbegriff als einen praktischen Begriff zu verstehen, also einen Handlungsbegriff, der mit dem *Erleben der kranken Person* beginnt und im *Arzt-Patient-Verhältnis* über die Interpretation medizinischer Daten verfeinert wird. Um diese Interpretation kann dann auch gerungen werden.²⁸ Hat man

Weiterführende Literatur:

Während eine szientistisch ausgelegte moderne Medizin sich eher an funktionalistischen Krankheitsmodellen orientiert, legen die Bände von Volker Roelcke und Giovanni Maia nahe, Medizin und den kranken Menschen transdisziplinär und ganzheitlich zu betrachten:

Volker Roelcke, Vom Menschen in der Medizin. Für eine kulturwissenschaftlich kompetente Heilkunde (Sachbuch Psycho-sozial), Gießen 2017.

Giovanni Maio, Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung, Freiburg i. Br.–Basel–Wien 2020.

²⁴ Der Mensch ist sein Körper nur im Modus der Verkörperung, d. h. als Person in Form von Sprache, Religion, Lachen, Weinen u. a. (Helmuth Plessner, Die Frage nach der *Conditio humana*, in: Helmuth Plessner [Hg.], Gesammelte Schriften. Band 8: *Conditio humana*, Frankfurt a. Main 1983, 136–217).

²⁵ Vgl. Martin Heidegger, Gesamtausgabe. Ausgabe letzter Hand. Band 2: Sein und Zeit, Frankfurt a. Main 1977, § 47, § 51.

²⁶ Vgl. Wolfgang U. Eckart, Geschichte der Medizin, Berlin ³1998, 8–14.

²⁷ Ein typischer Ansatz etwa bei Christopher Boorse, A Rebuttal on Health, in: James M. Humber/Robert F. Almeder (Hg.), What is a Disease?, Totowa (NJ) 1997.

²⁸ Vgl. Dirk Lanzerath, Krankheit und ärztliches Handeln (s. Anm. 5).

sich geeinigt, kann die Krankheitsfeststellung eine ganze Handlungskaskade auslösen und rechtfertigen.

Freilich ist die Medizin als Teil einer Gesellschaft sozialetischen Werten, politischen und ökonomischen Kalkülen ausgesetzt. Mannigfache Geschmäcker, Wünsche und Phantasien beeinflussen die Ziel- und Prioritätensetzung in der Medizin. Dies ist auch eine Gefahr, der durch wissenschaftliche Korrektur begegnet werden kann. Gesellschaftliche Ziele und medizinische Ziele verweisen aufeinander und müssen gleichermaßen reflektiert werden. Die Frage, ob es überhaupt medizinische Zielsetzungen mit einem universellen oder globalen, d. h. transkulturellen Anspruch gibt, hängt sehr von der Auffassung ab, die man vom ärztlichen Handeln und von den in der Natur des Menschen angelegten universellen Erfahrungen von Krankheit hat. Aber erst dann, wenn sich die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ klarer eingrenzen lassen, ist es möglich, diesen Begriff auch reflektiert in ethischen Zusammenhängen anzuwenden. Dies gilt besonders dann, wenn die traditionelle Struktur ärztlichen Handelns mehr und mehr in Frage gestellt ist.

Gegenüber anderen Begriffen – die auch normativen Charakter haben können, aber extensional sehr offen sind – hat der praktische Krankheitsbegriff den Vorteil, Medizin und ärztliches Handeln eng zu fassen und berechenbar zu gestalten. Der so entwickelte Krankheitsbegriff orientiert sich daran, Kranksein als eine Weise des Mensch-Seins so zu fassen, dass die kommunikative Komponente des seine Befindlichkeit mitteilenden Menschen wesentlich zur Konstitution von Krankheit gehört. Dabei erweisen sich Ärztinnen und Ärzte als

jene Instanzen, die den um Selbstausslegung bemühten Kranken nicht nur im engeren Sinne therapeutische, sondern auch – gegen technizistische Verkürzungen – hermeneutische Hilfestellung geben;²⁹ Ärztinnen und Ärzte helfen im Idealfall den Kranken, ihr Krankheitserleben besser verstehen zu können, sie bestimmen es aber nicht.

Der Autor: Dirk Lanzerath (Prof. Dr.) lehrt Philosophie an der Universität Bonn, ist Geschäftsführer des Deutschen Referenzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), einem Forschungszentrum der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften und der Künste an der Universität Bonn; er ist zudem Honorarprofessor für Ethik und Forschungsethik an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg und Generalsekretär des European Network of Research Ethics Committees (EUREC). Aktuelle Publikationen mit thematischer Nähe: *Medikalisierung*, in: Michael Fuchs (Hg.), *Handbuch Alter und Altern*, Stuttgart 2021, 403–413; *Ethos der Wissenschaften und moderne Lebenswelt*, in: Katharina Miller / Milena Valeva / Julia Prieß-Buchheit (Hg.), *Verlässliche Wissenschaft. Bedingungen, Analysen, Reflexionen*, Darmstadt 2022; *Logik des Heilens, des Forschens und des Wirtschaftens – Forschungsethische Überlegungen anlässlich der Neuregulierung klinischer Forschung in Europa*, in: Dirk Lanzerath (Hg.), *Forschungsethik und klinische Forschung. Zur Debatte um die EU-Verordnung zu klinischen Studien (Medizin-Ethik. Medical Ethics Schriftenreihe des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in Deutschland)*, Münster 2016, 1–10; GND 121738817.

²⁹ Vgl. ebd.