

„Normal – anders – krank“: Begriffsklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff

Peter Hucklenbroich

1 Normal, anders, krank?

Die Trias der Begriffe „normal“, „anders“ und „krank“ beinhaltet in vollständiger Darstellung drei Paare von Unterscheidungen, nämlich zwischen *normal* und *krank*, zwischen *normal* und *anders* und zwischen *anders* und *krank*. In wissenschaftlichen Kontexten gehört nur die erste Unterscheidung im engeren Sinne zur Krankheitstheorie und damit zur Medizin; die zweite Unterscheidung gehört disziplinar eher in den Bereich einer Soziologie und Sozialpsychologie (oder, ganz abstrakt, in die Statistik) und die dritte in eine vergleichende oder abgrenzende, z. B. wissenschaftstheoretische Betrachtung zwischen den beiden ersten Unterscheidungen. Im Folgenden soll versucht werden, insbesondere die erste und die dritte Unterscheidung auf der Basis medizin- und wissenschaftstheoretischer Überlegungen näher zu charakterisieren. Eine historische oder empirisch-sozialwissenschaftliche Untersuchung der Unterscheidung zwischen Normalität und „Anderssein“ liegt dagegen nicht in der Reichweite dieses Aufsatzes; hier werde ich mich darauf beschränken, die Existenz sozialer Ab- und Ausgrenzungsphänomene als Faktum anzunehmen, ohne in tiefergehende theoretische Erklärungen und Deutungen einzusteigen.

Die folgende Untersuchung setzt sich daher aus zwei Teilen zusammen: Im ersten Teil lege ich dar, wie die Unterscheidung zwischen *normal* (bzw. *gesund* oder *ungestört*) und *krank* (bzw. *krankhaft* oder *pathologisch*) – also insbesondere der *Krankheitsbegriff* und der *Normalitätsbegriff* – in der Medizin begründet werden können. Im zweiten Teil diskutiere ich (a) einige Probleme, die sich aus dem Unterschied zwischen dem medizinischen und dem lebensweltlichen Norma-

litätsbegriff ergeben, (b) die Frage, inwieweit historische Verschiebungen in der medizinischen Krankheitslehre als Veränderungen, Wechsel oder Relativierung des Krankheits- und Normalitätsbegriffs aufzufassen sind.

2 Der Krankheitsbegriff

Der *Krankheitsbegriff* und die auf ihm basierenden Unterscheidungen bilden die zentrale *theoretische* Begrifflichkeit der *Medizin*, vergleichbar der Rolle des Lebensbegriffs in der *Biologie*, des Stoffbegriffs in der *Chemie* oder der Begriffe von Raum, Zeit, Masse und Kraft in der klassischen *Physik*. Zugleich bildet der Krankheitsbegriff das wichtigste Bindeglied zwischen theoretischer Medizin und klinisch-praktischer Medizin, insofern die *Krankhaftigkeit* von Zuständen und Prozessen – allgemein: von Merkmalen – des menschlichen Organismus ein *prima-facie-Kriterium* für deren *Behandlungsbedürftigkeit* darstellt. (Um Missverständnisse zu vermeiden, sei betont: Krankhaftigkeit ist nicht das einzige Kriterium für Behandlungsbedürftigkeit, sondern es gibt andere Kriterien, z. B. bei normalen Altersbeschwerden. Außerdem handelt es sich um ein Kriterium *prima facie*, was bedeutet, dass für die Stellung einer Behandlungsindikation und die Fällung einer Behandlungsentscheidung noch weitere Kriterien zu berücksichtigen sind, so die *vergleichende Bewertung* der verfügbaren Behandlungsoptionen und die *Präferenzen* und *Wertüberzeugungen* von Patient und Arzt.) Daher ist die medizinische Krankheitslehre, oder genauer: die Gesamtheit von medizinischer *Orthologie*, *Pathologie* und *Nosologie*, das eigentliche theoretische Rückgrat der Medizin, an dem die methodischen und praktischen Anteile der Medizin wie Therapeutik und Diagnostik festgemacht sind.

Während nun die medizinische Fachliteratur einschließlich der üblichen Lehr- und Handbücher das Erfahrungsmaterial bezüglich der einzelnen gesunden und krankhaften Lebenserscheinungen am menschlichen Organismus ausgiebig behandelt, fehlt eine entsprechende Darstellung der dem ganzen System *zugrunde liegenden* Unterscheidung zwischen gesund (bzw. normal) und krank (bzw. krankhaft). Es existieren umfangreiche Darstellungen z. B. der normalen und Pathologischen Anatomie, der Physiologie und Pathophysiologie oder der klinischen Subdisziplinen wie Innere Medizin, Chirurgie und Psychiatrie; dagegen gibt es kein Lehrbuch und keine Standarddarstellung der *Theoretischen Pathologie* – wenn man mit Karl E. Roths Schuh und der Heidelberger Schule um Wilhelm Doerr und Heinrich Schipperges die für den allgemeinen Krankheitsbegriff benötigte und zuständige Disziplin so bezeichnen will.¹ Stattdessen finden wir allerdings ausgedehnte *Diskussionen* darüber, wie ein allgemeiner Krankheitsbegriff theoretisch zu fassen wäre. Diese Diskussionen haben zwar schon eine lange medizinhistorische Tradition bis zurück zum *Corpus Hippocraticum*,² haben aber etwa seit den 1970er Jahren eine neue Qualität gewonnen: Es beteiligen sich nunmehr zunehmend nicht nur Mediziner, sondern auch Vertreter anderer Fächer wie Philosophie, Psychologie, Soziologie, (Medizin-)Geschichte und (Bio-)Ethik, und die Diskussion wird

1 Roths Schuh (1958); Doerr/Schipperges (1979); Becker/Doerr/Schipperges (1993).

2 Vgl. die in den Sammelbänden Roths Schuh (1975 b) und Caplan/Engelhardt/McCartney (1981) zusammengestellten historischen Zeugnisse zu dieser Diskussion.

international geführt. Man kann sogar den Eindruck gewinnen, dass sich diese neuere Diskussion bislang eher außerhalb als innerhalb der Medizinischen Fakultäten abgespielt hat, insofern als Autoren wie Christopher Boorse, Bernard Gert, Lawrie Reznek oder Lennart Nordenfelt in der Philosophie und den Sozialwissenschaften bekannter zu sein scheinen als in der Medizin. Es handelt sich aber um eine Diskussion, die die begrifflichen und theoretischen Grundlagen der Medizin direkt betrifft, gewissermaßen um die medizintheoretische *Grundlagenforschung* – oder den medizinischen *Grundlagenstreit*.³

Während eine Zeit lang der Eindruck entstehen konnte, dass diese Grundlegendendiskussion aporetisch und extrem kontrovers verläuft, lassen sich mittlerweile doch bestimmte Resultate festhalten, die nur mehr wenig kontrovers sind und in die Richtung einer vereinheitlichten allgemeinen Krankheitstheorie mit einem in bestimmter Weise fassbaren allgemeinen Krankheitsbegriff weisen. Ohne behaupten zu wollen, dass sich bereits ein allgemeiner Konsens in dieser Hinsicht abzeichne, glaube ich doch die Grundlinien dieser Theorie angeben zu können, insoweit sie aus einer kritischen Rekonstruktion der Struktur der medizinischen Krankheitslehre selbst abgeleitet werden können. Ich lege diese Konzeption der Theoretischen Pathologie, die an anderer Stelle ausführlich entwickelt wurde,⁴ der folgenden kurzgefassten Darstellung zugrunde.

2.1 Grundlagen

Wie schon Karl E. Rothschuh aufgezeigt hat,⁵ gibt es nicht nur den Krankheitsbegriff der Medizin, sondern man muss zusätzlich in Rechnung stellen, dass die Bezeichnungen *krank* und *Krankheit*

- a) auch in der *alltäglichen Lebenswelt* gebraucht werden und dann ein Krankheitsverständnis widerspiegeln, das sich nicht mit dem der (wissenschaftlichen) Medizin deckt;
- b) in der Arbeitswelt, im Sozialrecht und im Versicherungswesen einen bestimmten *sozialen Status* bezeichnen, der mit bestimmten Erwartungen, Rechten, Pflichten, Ansprüchen und Privilegien verbunden ist;⁶
- c) sowohl in der *Geschichte* der abendländischen Medizin als auch in *außer-europäischen Kulturen und Medizinsystemen* der Vergangenheit und Gegenwart mit anderen theoretischen Vorstellungen und praktischen Konsequenzen verbunden wurden bzw. werden, als es in der zeitgenössischen „westlichen“ wissenschaftlichen Medizin der Fall ist.⁷

Es ist sehr wahrscheinlich nicht möglich, einen Bedeutungskern von *krank* und *Krankheit* zu identifizieren, der allen genannten Verwendungsweisen dieser Bezeichnungen im Sinne eines gemeinsamen Definiens zugrunde liegt. Wenn man bedenkt, dass in bestimmten Medizinsystemen z. B. persönliches Missgeschick,

3 Im Rahmen dieses Aufsatzes kann ich nicht näher auf diese ausgedehnte Diskussion eingehen. Es sei auf die im Literaturverzeichnis angeführten Werke der im Text genannten Autoren verwiesen sowie auf Caplan/Engelhardt/McCartney (1981), Humber/Almeder (1997) und Caplan (2004).

4 Vgl. Hucklenbroich (2006), (2007 a), (2007 b); Buyx/Hucklenbroich (2007); Hucklenbroich et al. (2007).

5 Rothschuh (1975 a).

6 Die klassische Darstellung dazu ist Parsons (1967). Vgl. auch Mazal (1992), (2004).

7 Vgl. Schipperges/Seidler/Unschuld (1978); Lux (2003).

Streitigkeiten mit anderen Menschen oder das Vertreten bestimmter religiöser Auffassungen zu den Krankheiten gerechnet werden, in anderen Systemen dagegen Ereignisse wie ein Schlaganfall, eine Epilepsie oder das Versterben eines Kindes nicht als Krankheiten, sondern z. B. als göttliche Strafe oder göttliche Erleuchtung aufgefasst werden, scheint eine gemeinsame begriffliche Basis nicht denkbar zu sein. Wenn man aber deswegen als „kleinsten gemeinsamen Nenner“ nur eine *negative Normativität* annehmen will, also die Vorstellung, dass *etwas nicht so ist oder sich verhält, wie es sollte*,⁸ erhält man wieder eine viel zu weite Bedeutung, da davon nicht nur Krankheitserscheinungen, sondern alle Arten von Unglück, Misserfolg, Unfähigkeit, Kriminalität oder Unmoral abgedeckt werden.

Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, sich bei der Analyse des Krankheitsbegriffs bewusst auf den Bereich zu beschränken, in dem eine systematische theoretische Grundlage vorgefunden werden kann: Die *wissenschaftlich-medizinische Krankheitslehre* im o. g. Verständnis. Diesen *medizinischen Krankheitsbegriff* gilt es sodann klar zu unterscheiden vom alltagssprachlich-lebensweltlichen Begriffsverständnis, vom sozialen bzw. soziologischen Krankheitsbegriff und von den Krankheitsvorstellungen anderer Kulturen und Epochen. Der Vorteil, den man sich mit dieser selbstauferlegten Beschränkung einhandelt, besteht in der Möglichkeit, die Bedeutung dieses Krankheitsbegriffs in Form einer relativ überschaubaren und logisch klaren *Definition* angeben zu können. Diese Definition stellt natürlich keine normative Vorgabe an die Medizin dar, so als ob die Medizinteorie den Ärzten vorschreiben wollte, was sie unter Krankheit zu verstehen haben, sondern sie ist eine *Zusammenfassung der grundlegenden Kriterien und Prinzipien*, die sich in der heutigen medizinischen Krankheitslehre, als Resultat ihrer bisherigen historischen Entwicklung, finden.

Welche sind nun diese grundlegenden Kriterien und Prinzipien, und wie kann man sie erkennen? Die erste, negative Antwort hierauf besagt, dass keine der gängigen „Definitionen“ von Krankheit oder Gesundheit, wie man sie etwa in Wörterbüchern und Konversationslexika findet, eine gehaltvolle, theoretisch oder praktisch brauchbare Charakterisierung dieser Begriffe beinhaltet: Diese Worterklärungen sind entweder *zirkulär* („Krankheit als Abwesenheit von Gesundheit“ und „Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit“), oder sie führen zum *Regress*, indem sie Begriffe zur Definition heranziehen, die selbst genau so erklärungsbedürftig sind wie das Definiendum (z. B. Krankheit als Störung, als Regelwidrigkeit, als Normabweichung oder Abnormalität), oder sie sind genau besehen *inhaltsleer* (z. B. Krankheit als „Leben unter veränderten Bedingungen“). Auch die etwas elaborierteren Versionen, in denen etwa Krankheit mit einer Disharmonie, Abweichung vom Gleichgewicht oder Störung der Regulations- und Kompensationsfähigkeit des Organismus gleichgesetzt wird,⁹ leiden unter ähnlichen Defekten: Erstens wären sie nur anwendbar, wenn unabhängig von ihnen schon klar wäre, wann denn eine ungestörte Harmonie, ein ungestörtes Gleichgewicht oder eine ungestörte Regulationsfähigkeit vorliegt; und zweitens wären sie selbst dann, wenn dies

8 Dies wurde von Axel Bauer vorgeschlagen; Bauer (2007), S. 94.

9 Definitionsvorschläge, die auf diese und ähnliche Vorstellungen zurückgreifen, finden sich z. B. in aktuellen Lehrbüchern der Pathologie wie Grundmann et al. (2004), Böcker (2004), Riede (2004).

Wissen vorausgesetzt werden könnte, keineswegs allgemeingültig, sondern würden zwar auf einige ganz bestimmte Krankheitsklassen passen, viele andere Klassen von Krankheiten dagegen völlig unberücksichtigt lassen.

Die von mir zugrunde gelegte medizintheoretische Hypothese, auf deren Basis eine positive Antwort gegeben werden kann, lautet folgendermaßen: Um den Krankheitsbegriff der Medizin zu rekonstruieren, müssen diejenigen Voraussetzungen identifiziert werden, die in der medizinischen Beurteilung und Theoriebildung regelmäßig in Anspruch genommen werden, aber (in der Regel) *implizit bleiben*. Dass diese impliziten Voraussetzungen tatsächlich angenommen werden und logisch auch notwendig sind, lässt sich zeigen, sobald sie *explizit* formuliert sind, denn dann kann man prüfen und nachweisen, dass die geltende Krankheitslehre und Diagnostik von diesen Voraussetzungen Gebrauch macht. Es handelt sich im Wesentlichen um drei Voraussetzungen, die z. T. in sich noch einmal differenziert sind. Die *erste Voraussetzung* besteht in der Zugrundelegung eines (primären) *Kriteriums für Krankhaftigkeit*, das sich aus drei (bzw. fünf, s. u.) Teilkriterien zusammensetzt. Die *zweite Voraussetzung* besteht in dem Prinzip, dass es möglich ist, bestimmte Phänomene als *Teil-, Begleit- und Folgeerscheinungen* krankhafter Vorgänge zu identifizieren und daher als krankhaft zu klassifizieren, auch wenn diese Phänomene *für sich allein betrachtet nicht von den primären Krankheitskriterien erfasst werden sollten*: Nämlich *erstens* dann, wenn diese Phänomene notwendige Glieder in einer spezifischen *pathogenetischen Entwicklung* sind, die zu einer bereits als pathologisch bekannten Erscheinung gehört, und wenn diese Phänomene nicht außerhalb solcher pathogenetischer Entwicklungen auftreten; *zweitens* auch dann, wenn sie nach klinischer Erfahrung *spezifischer Teilvorgang oder Symptom* eines bereits als solchen identifizierten Krankheitsbildes (einer *nosologischen Krankheitsentität*) sind. Ergänzend tritt als *dritte Voraussetzung* noch das Prinzip auf, dass sich alle krankhaften Erscheinungen im Organismus *prinzipiell* innerhalb des Systems aller Krankheiten – der Nosologie – zuordnen lassen (müssen), und zwar als Erscheinungen einer oder mehrerer vorliegender *Krankheitsentitäten*. Dies letzte Prinzip sichert die *Vollständigkeit* des medizinischen Krankheitsbegriffs und liegt insbesondere der Methode der Diagnostik und Differentialdiagnostik *konstitutiv* zugrunde, indem es postuliert, dass es keine „isolierten“, aus dem System der Krankheitsentitäten herausfallenden Krankheitserscheinungen gibt, sondern jedes pathologische Phänomen im Rahmen einer oder mehrerer kombinierter Krankheitsentität(en) auftritt und dementsprechend diagnostisch zugeordnet werden *muss*.

Man kann die gerade gegebene Rekonstruktion in Form einer Definition zusammenfassen:

(D1) Ein Vorgang (Zustand/Ereignis) ist krankhaft (pathologisch) genau dann,

- (1) wenn mindestens eines der fünf Krankheitskriterien (siehe D2) auf ihn zutrifft, oder
- (2) wenn er, entsprechend dem ätiopathogenetischen Krankheitsmodell, ausgehend von ersten Krankheitsursachen ein spezifisch krankheitsbedingender Vorgang im Rahmen eines pathogenetischen Prozesses ist, oder

- (3) wenn er als Ganzes einer (oder mehreren kombinierten) nosologischen Krankheitsentität(en) entspricht oder als Teil oder Symptom unter eine (oder mehrere kombinierte) Krankheitsentität(en) subsumierbar ist.

Um diese Definition vollständig zu machen, müssen noch die primären Krankheitskriterien angegeben werden. Es handelt sich dabei um Kriterien, die sich schon in der antiken Medizin (implizit) nachweisen lassen¹⁰ und deren Grundgedanke ganz kurz und einfach formuliert werden kann: Ein Zustand oder Vorgang im Organismus ist krankhaft, wenn er (unbehandelt)

1. zum Tode führt,
2. mit Schmerz oder Leiden verbunden ist,
3. oder das (individuelle) Risiko erhöht, dass ein Ereignis der ersten oder zweiten Art auftritt.

Wenn man diese einfachen Grundgedanken so ausformuliert, dass alle möglichen – gutgläubigen oder böswilligen – Missdeutungen und Missverständnisse ausgeschlossen sind, wird die Formulierung der Definition deutlich umfangreicher und unhandlicher. Es muss insbesondere zusätzlich festgehalten werden, dass die Beurteilung eines Vorgangs als pathologisch immer einen Vergleich einschließen muss mit der Situation, die bestehen würde, wenn der fragliche Vorgang *ceteris paribus* nicht eingetreten wäre; und dass überhaupt die Möglichkeit eines solchen alternativen Verlaufs (nach bestem ärztlichen bzw. medizinischen Wissen) gegeben sein muss. Wenn es zu einem Vorgang gar keine natürliche Alternative gibt, oder wenn die Alternativen gemäß Kriterium (1) bis (3) ungünstiger wären als der fragliche Vorgang, dann betrachten wir einen solchen Vorgang nicht als krankhaft. Dagegen betrachten wir Vorgänge nicht schon deswegen als krankhaft, wenn es zwar bessere Alternativverläufe gibt, diese aber *ausschließlich* durch gezieltes menschliches (z. B. technisches oder medizinisches) Eingreifen möglich gemacht werden können (das wäre im übrigen auch nicht *ceteris paribus*).

Zur Erläuterung dieser abstrakten Prinzipien einige kurze Beispiele:

- Das Auftreten einer kurzfristigen Bewusstlosigkeit, z. B. als orthostatischer Kollaps bei arterieller Hypotonie oder vagovasale Synkope, ist *pathologisch*, weil es *erstens* mit Verletzungsgefahr und (kurz dauernder) Hilflosigkeit verbunden ist, die bei erhaltenem Bewusstsein nicht auftreten würden, und insofern unter Kriterium 3 fällt; und weil *zweitens* ohne Widerspruch zur Erfahrung angenommen werden kann, dass ein gesundes Leben ohne solche Bewusstlosigkeiten möglich ist (= dass ein Alternativverlauf möglich ist und weniger nachteilig wäre).
- Das regelmäßige Auftreten mehrstündiger Bewusstlosigkeiten jede Nacht (sog. natürlicher Schlaf) ist *nicht pathologisch* – obwohl es mit Hilf- und Wehrlosigkeit verbunden ist –, weil erfahrungsgemäß (und wissen-

10 Eine Lektüre z. B. der hippokratischen Schrift „Die Natur des Menschen“ zeigt, dass sich hinter den expliziten humoralpathologischen Vorstellungen implizit auch schon dort mindestens die ersten beiden Krankheitskriterien finden, vgl. Hippokrates (1975).

schaftlich erklärbar) ein Überleben ohne solchen regelmäßigen Schlaf nicht möglich ist (Alternative = Tod durch Schlafentzug).

- Falls es in Zukunft möglich werden sollte, durch z. B. neuropharmakologische Maßnahmen zu erreichen, dass Menschen teilweise oder ganz ohne Schlaf auskommen, ohne gesundheitlichen Schaden zu nehmen, würde dadurch der natürliche Schlaf *nicht* zu einem *pathologischen* Phänomen, sondern – allenfalls – zu einer mehr oder weniger *entbehrlichen* oder *obsoleten* Lebensform.

Dies sind bewusst einfach gehaltene Beispiele, die trivial erscheinen mögen. Sie sollen jedoch deutlich machen, wie man auch in sehr viel komplizierteren Zusammenhängen grundsätzlich argumentieren würde.

Zu den drei genannten Grundkriterien treten zwei weitere Kriterien hinzu, die sich spezifisch auf die Fähigkeit zur biologischen Reproduktion und zur Beteiligung am sozialen Leben beziehen: Wenn eine dieser Fähigkeiten eingeschränkt oder verloren ist, liegt nach den Teilkriterien 4 und 5 ebenfalls ein pathologischer Zustand oder Vorgang vor. Diese beiden Kriterien werden zwar, wie anderen Ortes gezeigt,¹¹ in der medizinischen Krankheitslehre *de facto* verwendet und finden sich implizit z. B. auch in den Systematiken des ICD-10 und DSM-IV, sie sind jedoch in der interdisziplinären Diskussion um den Krankheitsbegriff deutlich kontroverser als die ersten drei Kriterien. Gerade deshalb ist es sinnvoll, sie als eigene Kriterien zu formulieren und nicht z. B. in das Kriterium 3 zu integrieren, da so die Diskussion um Sinn und Angemessenheit dieser letzten beiden Kriterien separat und transparent geführt werden kann, ohne die unkontroverseren Anteile der Rekonstruktion in Frage stellen zu müssen.

Nimmt man das bis hierhin Gesagte zusammen und versucht eine vollständige Formulierung der Krankheitskriterien zu geben, so erhält man in etwa folgende Definition:

(D2) Ein Vorgang (Zustand/Ereignis) ist krankhaft (pathologisch) genau dann,

- (1) wenn er bei natürlichem, unbehandeltem Verlauf unmittelbar zum vorzeitigen Tod oder zur Verkürzung der natürlichen Lebenserwartung des Betroffenen führt, oder
- (2) wenn er (unbehandelt) mit Schmerz, Leiden, Missempfindungen oder Beschwerden in körperlicher und/oder seelischer Hinsicht verbunden ist, wobei diese Zustände bestimmte natürlich vorgegebene, kulturell überformbare Normalbereiche oder Schwellenwerte bezüglich Intensität, Dauer und/oder Häufigkeit des Auftretens überschreiten, oder
- (3) wenn er das individuelle Risiko erhöht, dass ein Ereignis eintritt, das schon nach mindestens einem Krankheitskriterium (1–5) als krankhaft erkannt ist. *Insbesondere*: wenn er die natürlich vorgegebenen körperlich-seelischen Dispositionen und Potentiale des Betroffenen so verändert (z. B. Fähigkeiten einschränkt oder verschwinden lässt, ungünstige Reaktionsweisen entstehen lässt oder verstärkt), dass dieser (ohne ad-

11 Vgl. Hucklenbroich (2006), S. 18 ff.

äquate Behandlung bzw. Substitution) in bestimmten, zuvor harmlosen Situationen krank wird (gemäß den Krankheitskriterien 1–5), z. B. in Lebensgefahr gemäß Klausel (1) gerät oder Schmerz, Leiden oder Beschwerden gemäß Klausel (2) ertragen muss, oder wenn bestimmte solche Dispositionen/Potentiale von vornherein (d. h. in angeborener Weise) in dem genannten Sinn vorhanden, verändert bzw. eingeschränkt/verstärkt sind oder ganz fehlen, oder/und

- (4) wenn er unbehandelt die Unfähigkeit zur biologischen Reproduktion beinhaltet oder zur Folge hat, oder/und
- (5) wenn (a) ein einzelner davon Betroffener unbehandelt nicht in der Lage ist, mit „gesunden“ menschlichen Lebensgemeinschaften seinem Alter entsprechend in möglichst konfliktfreier und kooperativer Weise und ohne selbst Leid zu verursachen zusammenzuleben, oder (b) umgekehrt eine davon betroffene Lebensgemeinschaft „unbehandelt“ nicht in der Lage ist, ihren einzelnen Mitgliedern ein möglichst leid- und konfliktfreies, kooperatives Zusammenleben zu gewährleisten.

Zusatzbedingungen: Alle fünf Kriterien gelten nur für Vorgänge, die

- a) Merkmale des Organismus selbst und nicht seiner Umgebung sind,
- b) keine bewussten Erkenntnisse und Absichten und keine gewollten, intentionalen Handlungen sind, sofern Wahrnehmungs- und Erkenntnisfähigkeit, Wille und Handlungsfähigkeit nicht selbst erkrankt sind,

und unter der empirisch zu belegenden Voraussetzung, dass

- c) es mindestens einen natürlich vorkommenden, bei dem Betroffenen grundsätzlich möglichen alternativen Lebensprozess bzw. alternativen Verlauf gibt, bei dem der fragliche Prozess und seine Konsequenz (Tod, Leiden, ...) nicht auftritt. Der Alternativverlauf darf natürlich seinerseits kein pathologischer Verlauf sein;
- d) alternative Verläufe, die *nur* durch gezieltes, intentionales menschliches Handeln zustande kommen können, nicht in diesen Vergleich einbezogen werden (außer bei Erkrankungen von Erkenntnis- und Selbstbestimmungsfähigkeit).

Mit den beiden Definitionen D1 und D2 zusammengenommen kann die der gesamten medizinischen Krankheitslehre zugrunde liegende Unterscheidung zwischen gesund/normal und krank/krankhaft in jedem Einzelfall nachgezeichnet und in diesem Sinne begründet werden. Das ist jedenfalls die hier vertretene These, die sich in Konfrontation mit der tatsächlichen medizinischen Lehre prüfen und bestätigen lassen muss. An dieser Stelle kann natürlich kein umfangreicher Nachweis erfolgen, sondern ich muss mich auf einige Beispiele beschränken.¹²

12 Ausführliche Erläuterungen zu dieser Definition habe ich in Hucklenbroich (2006) und (2007 a) gegeben.

2.2 Allgemeine Beispiele

Zunächst seien zur Illustration des bis hierhin Gesagten einige Krankheitsbilder angeführt, die verdeutlichen können, wie die Definitionen und die Krankheitskriterien zu verstehen sind.

Typische Beispiele für Erkrankungen, bei denen primär oder ausschließlich das *Kriterium (1)* zugrunde liegt, sind folgende:

1. Verletzungen mit Eröffnung großer Blutgefäße, Zerstörung lebenswichtiger Organe, Unterbindung der Blutversorgung des Gehirns
2. Vergiftungen mit starken Toxinen (Cyanide, Arsenide, Knollenblätterpilz, CO-Gas)
3. Malignome, bestimmte bakterielle und virale Infektionen (Tbc, Tollwut, Cholera, HIV)
4. Bestimmte erbliche Krankheiten wie Zystische Fibrose, Chorea Huntington, Zystennieren, letal endende Muskeldystrophien, Progeria infantum.

Typische Beispiele für Erkrankungen, bei denen primär oder ausschließlich das *Kriterium (2)* zugrunde liegt, sind folgende:

1. Steinerkrankungen (Nierenbecken, Gallenblase) mit Koliken
2. Weichteilrheumatismus
3. Pruritus bei Erkrankungen der Haut
4. Schmerzen und Parästhesien bei Neuritiden und Polyneuropathien
5. Depressionen
6. Phobien und Panikerkrankungen.

Typische Beispiele für Erkrankungen, bei denen primär oder ausschließlich das *Kriterium (3)* zugrunde liegt, sind folgende:

1. Asymptomatische Gefäßstenosen z. B. durch Arteriosklerose (KHK, AVK, Karotisstenose)
2. Herzinsuffizienz Stadium NYHA I-III
3. Myasthenien, nicht-letale Muskeldystrophien, Paresen
4. Blindheit, Farbenblindheit
5. Einnierigkeit.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bei den meisten Erkrankungen (im Sinne von Krankheitsentitäten), die die Medizin kennt, mehr als ein Krankheitskriterium zugrunde liegt, d. h. im Verlauf einer Erkrankung treten verschiedene klinische und pathologisch-pathophysiologische Manifestationen auf, die unter unterschiedliche Krankheitskriterien fallen. Es treten also z. B. sowohl Beschwerden als auch Behinderungen (z. B. Schmerzen und Claudicatio intermittens bei peripherer AVK), oder sowohl Lebensgefährdung als auch Schmerzen (z. B. bei akuter Appendizitis) gleichzeitig auf. Nicht selten sind alle drei Kriterien gleichzeitig oder nacheinander erfüllt, also Lebensbedrohlichkeit, Schmerz/Beschwerden und Behinderungen (überlebter cerebraler Insult oder Myokardinfarkt, fortgeschrittene Malignome, schwere Unfälle).

Beispiele für krankhafte Zustände, die *für sich allein betrachtet* nicht unter die Krankheitskriterien fallen, sondern erst unter Berücksichtigung ätiopathogenetischer oder klinisch-nosologischer Zusammenhänge als krankhaft erkannt werden, sind z. B. *Form- und Farbveränderungen* von inneren Organen oder äußeren Hautarealen, Änderungen in der *Struktur* von Biomolekülen oder in der *Zusammensetzung* von Zellen und Körperflüssigkeiten: Eine Gelbfärbung der Haut und Schleimhäute, oder eine Gelbfärbung des inneren Organs Leber, sind nicht im Sinne der Kriterien 1–5 krankhaft, aber unter Kenntnis der Zusammenhänge zwischen bestimmten Leber- und Bluterkrankungen und solchen Farbveränderungen können sie trotzdem als eindeutig pathologisch klassifiziert werden (*Gelbsucht* bzw. *Ikterus* als Symptom; Gelbfärbung der Leber als Zeichen der *Fettleber*). Vorauszusetzen ist bei solchen Klassifikationen natürlich, dass die zur Begründung herangezogenen Krankheiten (Krankheitsentitäten) schon unabhängig von den betrachteten Symptomen bzw. Zuständen als krankhaft erwiesen werden können, im Beispiel etwa aufgrund der Schäden und Risiken, die mit einer eingeschränkten Leberfunktion oder einem Zerfall von roten Blutzellen einhergehen.

2.3 Beispiele und Erläuterungen zu Kriterium 4

Zu den Zuständen, die als „Störungen der Fortpflanzungsfähigkeit“ eingeordnet werden, rechnet man insbesondere:

1. Sterilität/Infertilität („Impotentia generandi“)
2. Impotentia coeundi
3. (ungewollte) Kinderlosigkeit.

Es handelt sich also darum, dass entweder durch somatische Veränderungen oder Varianten am reproduktiven System von Mann oder Frau (Anatomie und Entwicklung der Keimdrüsen und Genitalorgane, Produktion und Proliferation von Ei- und Spermazellen, Produktion und Regulation der Geschlechtshormone, etc.) oder durch die somatisch oder psychisch zu erklärende Unfähigkeit zur Kohabitation oder aufgrund unbekannter Ursachen bei bestehendem Kinderwunsch und trotz bestehender somatischer und psychischer Voraussetzungen, es bei einer Einzelperson oder einem Paar nicht zu einer Fortpflanzung kommt bzw. kommen kann. Es kann sich also beispielsweise um die genetisch bedingte Infertilität bei Formen der Intersexualität, um eine erworbene Sterilität aufgrund von Infektionen oder Malignomen der Genitalorgane oder um eine psychosomatisch zu erklärende Unfähigkeit zur Ausübung des Geschlechtsaktes (erektiler Dysfunktion oder Vaginismus) handeln.

Auch die absichtlich herbeigeführte Unfähigkeit zur Fortpflanzung, z. B. durch Vasektomie im Rahmen der Familienplanung beim Mann, führt zu einem Zustand, der grundsätzlich als krankhafte Veränderung („Verstümmelung“) einzuordnen ist. Dies kann nur dann irritieren, wenn man in einer solchen Einordnung einen *Makel* oder eine *Abwertung* des betroffenen Individuums sehen will. Die theoretisch-pathologische Klassifikation impliziert jedoch keinerlei Wertung dieser Art, sondern dient lediglich zur deskriptiven