

Es handelt sich um eine *Zweitveröffentlichung im Green Open Access*

<https://doi.org/10.14315/vf-2014-59-1-11>

## Krankheit, Gesundheit und Gott

*Heinrich Assel und Johann-Christian Pöder*

Krankheit. Gesundheit und Gott, in: Verkündigung und Forschung 59 (2014/1), 11–28.

**Zitation nach *Chicago Manual of Style*:**

“Krankheit, Gesundheit und Gott.” *Verkündigung und Forschung* 59 (2014): 11–28.

**HerausgeberInnen:** Heinrich Assel, Reiner Anselm, Christfried Böttrich, Irene Dingel, Bernhard Dressler, Beate Ego, Friedhelm Hartenstein, Anne Koch, Andreas Nehring, Klaus Raschzok, Samuel Vollenweider, Martin Wallraff, Michael Welker

**Verlag:** Gütersloher Verlagshaus

**Erscheinungsort:** Gütersloh

**Erscheinungsjahr:** 2014

**Seitenzahl:** 18

# Krankheit, Gesundheit und Gott

Johann-Christian Pöder/Heinrich Assel

---

*Markus Höfner/Stephan Schaede/Günter Thomas* (Hg.), Endliches Leben. Interdisziplinäre Zugänge zum Phänomen der Krankheit (RuA 18), Mohr Siebeck Tübingen 2010, XVII + 378 S. – *Johannes Kiesel*, Was ist krank? Was ist gesund. Zum Diskurs über Prävention und Gesundheitsförderung (Kultur der Medizin. Geschichte – Theorie – Ethik 37), Campus Frankfurt 2012, 328 S. – *Ulrich H. J. Körtner*, Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen (APT 61), Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 2010, 230 S. – *Dirk Lanzerath*, Krankheit und ärztliches Handeln: Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik (Alber Reihe praktische Philosophie 66), Alber Freiburg 2000, 328 S. – *Hans-Martin Rieger*, Gesundheit. Erkundungen zu einem menschenangemessenen Konzept

(ThLZ.F 29), EVA Leipzig 2013, 244 S. – *Thomas Schramme*, Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit, Fischer Frankfurt 2000, 255 S. – *Günter Thomas/Isolde Karle* (Hg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Kohlhammer Stuttgart 2009, 618 S. – *Günter Zurhorst/Niels Gottschalk-Mazouz*, Krankheit und Gesundheit (Philosophie und Psychologie im Dialog 4), Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 2008, 148 S.

#### Weitere Literatur

*Gernot Böhme*, Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht (Die graue Reihe 38), Graue Edition Zug 2003, 402 S. – *Ulrich Eibach*, Gesundheit und Krankheit. Anthropologische, theologische und ethische Aspekte: Michael Klessmann (Hg.), Handbuch der Krankenhauseseelsorge, Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 1996, 213–224. – *Johannes Fischer*, Krankheit und Sinn. Zur religiösen Wahrnehmung von Krankheit und ihren ethischen Implikationen: Ethik in der Medizin 23 (2011) 53–61. – *Peter Hucklenbroich*, Krankheit – Begriffserklärung und Grundlagen einer Krankheitstheorie: Erwägen – Wissen – Ethik 18 (2007) 77–90. – *Christian Lenk*, Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin (Münsteraner Bioethikstudien 2), Lit Münster 2001, 301 S. – *Knud E. Løgstrup*, Metaphysik, IV: Schöpfung und Vernichtung. Religionsphilosophische Betrachtungen, Mohr Siebeck Tübingen 1990, XI + 346 S. – *Norbert W. Paul*, Gesundheit und Krankheit: Stefan Schulz/Klaus Steigleder/Heiner Fangerau/Norbert W. Paul (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (stw 1791), Suhrkamp Frankfurt 2006, 131–142. – *Markus Rothhaar/Andreas Frewer* (Hg.), Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik. Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs, Steiner Stuttgart 2012, 228 S. – *Gunda Schneider-Flume*, Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens (Transparent 66), Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 2002, 143 S. – *Thomas Schramme* (Hg.), Krankheitstheorien, Suhrkamp Berlin 2012, 292 S.

## 1. Überblick: Was ist Krankheit? – Begriff und Sinn

Was ist Krankheit? Diese Frage mag trivial erscheinen. Wer von uns wäre nicht krank gewesen? Und wüsste daher nicht, was Krankheit ist? Dennoch – wie auch im Falle von vielen anderen das menschliche Leben betreffenden Phänomenen, lässt sich eine klare und eindeutige Antwort gar nicht so leicht finden. Auf die ähnliche Was-Frage bezüglich der Zeit antwortete Augustin: „Wenn mich niemand danach fragt, weiß ich es. Will ich es aber einem Fragenden erklären, dann weiß ich es nicht“ (Confessiones XI, 13). Womöglich ist die Bedrängnis im Falle von Krankheit kleiner. Wir kennen ja unterschiedliche Antworten sowohl aus dem Alltag als auch aus der Medizin. Erwägt man sie, kommen aber Konflikte und Unsicherheiten zum Vorschein, auch variieren sie hinsichtlich ihrer gedanklichen Tiefe. Auf der tiefsten Ebene verbinden sich die medizinische, existentielle und religiöse Semantik, womit die ganze Fragestellung in den Horizont der „letzten Fragen“ gerückt wird.

Was sind die hauptsächlichen Weisen, Krankheit zu verstehen? Die medizintheoretische Debatte charakterisieren zunächst zwei konkurrierende Hauptrichtungen – die normativ-evaluative und die naturalistische. Die erste hält für das Verstehen der Krankheit die werthafte Dimension für entscheidend, die zweite geht aus von der wertneutralen naturwissenschaftlichen Objektivität. Beide

Richtungen sind intern vielfältig, wobei die normativ-evaluativen Typenbildungen heterogener ausfallen. Sie können einen individuell-subjektiven oder sozial-konstruktiven Charakter haben, aber auch mit dem Anspruch anthropologischer Allgemeinheit auftreten. Entsprechend steht im Mittelpunkt teils das subjektive Empfinden und die Einschätzung eines konkreten Menschen, teils der stets variierende Charakter der kulturellen Wirklichkeit (inklusive z. B. des praktischen Konsenses zwischen Patient, Arzt und gesellschaftlichen Institutionen), teils die universalistische Perspektive, Krankheit sei ein im Prinzip allgemeingültig zu bestimmendes, negativ qualifiziertes Phänomen (*N. Gottschalk-Mazouz; Zurborst/Gottschalk-Mazouz, 74–76*).

Auf Objektivität als Allgemeingültigkeit zielt besonders die zweite, naturalistische Hauptrichtung, die werthafte Dimension der Krankheit dabei verneinend. Für die naturalistische Auffassung ist Krankheit eine Abweichung von biologischer Normalität. Sie möchte auf die Frage „Was ist Krankheit?“ eine nüchterne und eindeutige, von menschlichen Fehl- und Wertschätzungen freie Antwort geben. So wäre ausgeschlossen z. B. die Beliebtheit einer sich auf die subjektive, individuelle Einschätzung stützenden Krankheitsauffassung (die den Rahmen einer jeder solidarisch verfassten Krankenversicherung sprengen würde), aber auch die Möglichkeit, dass eine gesellschaftliche Machtgruppe die ideologische Pathologisierung der einen oder anderen Lebenserscheinung betreiben würde (vgl. die Praxis in der Sowjetunion, Dissidenten für geisteskrank zu erklären). Wohl der bekannteste Vertreter einer naturwissenschaftlich disponierten Krankheitskonzeption ist der Philosoph Ch. Boorse. Für seine biostatistische Theorie ist Krankheit eine Abweichung der Funktionsfähigkeit des Organismus von ihrer statistischen Normalität. Die statistische Normalität bemisst er dabei an einer jeweiligen Referenzklasse (Geschlecht, Alter), die Funktionsfähigkeit bezieht er aber auf Überleben und Reproduktion des Organismus. Die Krankheit ist also nicht jede statistische Abweichung – sie muss zugleich für Überleben und/oder Reproduktion des Menschen eine Bedrohung darstellen.

Eine solche Krankheitsauffassung mag klar und effektiv erscheinen, enthält aber bei näherer Betrachtung eine ganze Reihe von Problemen. Viele kritische Fragen sind gestellt worden sowohl bezüglich der statistischen „Normalität“ als auch des Funktionsbegriffs. Zudem umfasst diese sich streng auf die Biologie stützende theoretische Auffassung nicht die alltäglichen und praktischen Bedeutungen bzw. Verwendungsweisen des Krankheitsbegriffs. Dennoch – die auf Naturwissenschaften beruhende, objektivierende Krankheitsauffassung charakterisiert in großem Maße sowohl die heutige Medizin als auch die gesellschaftliche Wahrnehmung. Sie macht die klinische Praxis kontrollierbar und leitet bzw. legitimiert die ärztliche Urteilsbildung (Paul, 136). Den biomedizinischen Krankheitsbegriff charakterisiert in gewissem Sinne die Entbehrlichkeit des Subjekts – biologische Fehlfunktionen können ohne personale Beziehung und Gespräch behandelt werden (Eibach, 215). Wie oft fehlt dazu schlicht die Zeit! Die Dominanz des objektivierenden Krankheitsbegriffs kann tendenziell dazu führen, dass

die sich mit dem Arzt treffende Person zur Leibmaschine, der Arzt aber zum biotechnischen Reparatur degradiert wird (ebd.; vgl. *D. Lanzerath*, 256).

Um solche Einseitigkeiten zu vermeiden, betont die medizintheoretische Debatte zunehmend die Notwendigkeit und Sachgemäßheit eines integrativen, unterschiedliche Lebensaspekte verbindenden Krankheitsbegriffs. Krankheit und ihre sprachliche Artikulation sind ja neben der naturwissenschaftlichen Ebene eingebettet in diverse personal-leibhafte, soziale und kulturelle Bezüge und Erfahrungen. Zu rechnen ist z. B. mit der werthafte Perspektive der menschlichen Selbstausslegung, mit der praktischen Dynamik zwischen Arzt und Patient, aber auch mit dem weiteren sozialen und kulturellen Kontext. Diese integrative Tendenz kommt auch in dem sog. bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit zum Tragen, diesem fehlt es jedoch – zumindest in seiner strikt systemtheoretischen Fassung – an einer konsequenten Einbeziehung der Teilnehmer- bzw. Erste-Person-Perspektive. Es bleiben hier also viele Fragen offen und bedürfen einer weiteren Erörterung und Präzisierung. Wie sollte man z. B. Konflikte zwischen unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen einschätzen? Sollte die eine oder andere Erfahrung für den Krankheitsbegriff ausschlaggebend sein? Wenn ja, dann welche? Die Offenheit und Vielseitigkeit eines solchen „verflochtenen“ Krankheitsbegriffs weckt nicht selten den grundsätzlichen Zweifel, ob es überhaupt möglich sei, die Krankheit eindeutig und klar zu definieren. Dennoch – verschiedene integrative Positionen vereint zumindest die Einsicht, dass der biomedizinische Krankheitsbegriff allzu eng und defizitär ist. An dieser Stelle lassen sich kritische Fragen auch mit Blick auf die klinische Praxis stellen: Spiegelt ihr Profil überwiegend nur den biomedizinischen Krankheitsbegriff wider, oder wird auch die psychisch-personale und kulturelle (ethische und religiöse) Dimension der Krankheit ernst genommen? Und wie wird es getan? (*U. H. J. Körtner*, 91–112 zur Differenz von Spiritualität und Religion.)

Die religiöse Dimension des Krankheitsbegriffs stellt uns vor ernsthafte gedankliche und existentielle Probleme. Hier verflechten sich oft die Fragen nach dem Begriff und nach dem Sinn der Krankheit. Ist aber die Frage nach dem Sinn der Krankheit – insbesondere der schweren, schicksalhaften Krankheit – wirklich die Frage, auf die die Religion antwortet? Im Falle der christlichen Religion trifft dies eigentlich nicht zu (*Fischer*, 53–61). Wenn wir versuchen, der Krankheit einen Sinn zu geben, äußert sich darin nicht selten die menschliche Unsicherheit und Angst, der Wille, das eigene Sein und die eigene Identität zu stabilisieren. Der Glaube verleiht der schweren Krankheit nicht einen letztendlichen Sinn, wohl aber kann dessen Kraft auch die bedrückende und das Leben zerstörende Sinnlosigkeit unter sich begreifen. So hilft der Glaube in der Tat leben – aber nicht Sinn gebend, sondern die Sinnlosigkeit umgebend und tragend!

Natürlich findet man auch in der christlichen Religion Deutungen, die Krankheit und Sinn verbinden – Krankheit als Sündenstrafe, Krankheit als Erziehungsmittel auf dem Weg zu Gott u. ä. Sind ja die Schuld und das verfehlte Handeln des Menschen verflochten mit den ihn treffenden Krankheiten und Leiden. Die

Krankheit kann dem Kranken mit Blick auf sich selbst und sein Leben neue Gedankenhorizonte öffnen und ihn dazu anspornen, sein Leben zu ändern. Solche Deutungen können aber in einer oder anderer Artikulationsform auch sehr problematisch sein und evtl. ein unchristliches Gottesbild enthalten. Auch ändert dies nicht den grundsätzlichen Sachverhalt, dass der Zusammenhang von Krankheit und Sinn für den christlichen Glauben letztlich konflikthaft bleibt.

Im christlichen Glauben wendet sich der Mensch im Gebet zu Gott. Er kann seine Krankheit, Not und Verzweiflung in Klage – und Anklage! – vor Gott bringen, und äußert zugleich sein Vertrauen und Hoffnung auf das rettende Handeln Gottes. Ein kraftvolles Beispiel einer solchen Gebetsprache ist Psalm 31 (Fischer, 55, 57, 59). Hier werden Not und Leiden nicht mit Sinn verbunden, wohl aber drückt das Gebet das tiefe Vertrauen und die Hoffnung aus, dass Gott immer – wirklich immer! – mit uns ist. Die christliche Religion gibt der Krankheit nicht einen Sinn, bindet sie aber ein in die die Grenzen von Leben und Tod überschreitenden Dynamik der göttlichen Liebe: „*HERR, auf dich traue ich /.../ In deine Hände befehle ich meinen Geist; du hast mich erlöst, HERR, du treuer Gott /.../ Ich aber, HERR, hoffe auf dich und spreche: Du bist mein Gott! Meine Zeit steht in deinen Händen*“ (Ps 31,2a, 6.15.16a).

## 2. Zur Diskussion

### a) *Theologie und Krankheit: keine letzte Sinndeutung, sondern heilsame Integration*

Die Veröffentlichungen unter der Herausgeberschaft von *G. Thomas* und *I. Karle* sowie von *M. Höfner/S. Schaede/G. Thomas* sind zwei umfangreiche Konferenzbände, die in der neueren evangelischen systematisch-theologischen Debatte das Thema „Krankheit“ zugleich konzentriert und umfassend behandeln. Neben theologischen Beiträgen enthalten die Bände auch Beiträge aus dem Feld der Philosophie, Psychologie/Psychiatrie, Medizin und Soziologie. Diese Interdisziplinarität zeugt vom Bewusstsein, dass das Phänomen der Krankheit uns in einem Schnittfeld bzw. Konflikt- und Konvergenzfeld von verschiedenen Erfahrungen begegnet – eine Tatsache, der man nur in einer multiperspektiven, interdisziplinären Denkbemühung gerecht werden kann. Der erste Band markiert sehr gut die „aktuellen Herausforderungen“ für die theologische Forschung von Krankheit und Religion: medizinischer Fortschritt, Überblendung von Medizin und Religion, ökumenische Diskussion, Leiblichkeit des Heils, alternde und postsäkulare Gesellschaft (*Thomas/Karle*, 10–16). An dieser Stelle sei jedoch auf zwei Problemzusammenhänge eingegangen, die in den systematisch-theologischen Beiträgen dieser Bände durchgehend als wesentlich herausgestellt werden: i) Deutungsaktivität und Deutungsdiätetik, ii) Umgangsweisen mit Krankheit.

i) *Deutungsaktivität und Deutungsdiätetik*. Die Einleitung zu dem Band *Thomas/Karle* verweist auf die Problematik des Deutungsbegriffs, auf die verwickelte religiöse Deutungsgeschichte von Krankheit, aber auch auf die Möglichkeit der „Verweigerung einer religiösen Deutung als religiöse Deutung“: „Kann der Glaube auch als Kraft, auf eine religiöse Deutung mit Kausalattribution zu verzichten, verstanden werden?“ (18). Die in diesem Zitat sich ausdrückende Vorsicht mit Blick auf die vielfältige religiöse Deutungsaktivität bezüglich der Krankheit durchzieht faktisch die meisten Erörterungen zu diesem Thema bzw. bildet den Grundtenor der neueren theologischen Behandlung der Problematik einer christlich-religiösen Krankheitsdeutung. Diese beinahe programmatische – O. Marquard paraphrasierend – *Deutungsdiätetik* richtet sich einerseits gegen problematische Krankheitsdeutungen, v. a. gegen die Deutung der Krankheit als Strafe oder Erziehungsmittel, andererseits verweist sie entweder auf eine menschlich nicht zu behebende *Unverständlichkeit* der Krankheit oder aber auf ihre *Natürlichkeit/Normalität*.

*Deutungsdiätetik und Unverständlichkeit. Krankheit als Grenze des Verstehens*. S. Schaede verweist auf die Grenzen des Verstehens und die „Gefahr einer die Deutungsmöglichkeiten überstrapazierenden Deutung“ (*Thomas/Karle*, 291). Krankheit ist ein Übel, das uns widerfährt. Sie ist sinnloser, „mitunter schrecklicher Ausdruck der schwierigen Endlichkeit unseres Lebens“ (305). Genau wie die Krankheit bleibt auch diese letztlich undurchsichtig und provokativ (41). Ähnlich wendet U. Eibach sich wider eine „theologisch-ontologische Sinngebung“ von Krankheit (*Thomas/Karle*, 340–344). Gerade dank dem christlichen Glauben können wir mit Blick auf die lebenszerstörenden Krankheiten auf eine Sinndeutung verzichten und sie als „unbegreifliches Rätsel“ stehen lassen (346). Auch Körtner verweist auf die „Grenzen des Verstehens“ und die Unmöglichkeit einer „rationalen Letztbegründung“ von Leiden (538).

An dieser Stelle sei auch auf den mit Blick auf seine Deutlichkeit fast programmatischen Aufsatz von J. Fischer hingewiesen. Fischer bestreitet hier die Annahme, der christliche Glaube mache uns die Krankheit durch eine Sinndeutung verständlich (z. B. durch die Deutung von Krankheit als Strafe, Erziehungsmittel oder Heilsweg). Entgegen dieser Auffassung ermögliche es der christliche Glaube, „mit Sinnlosigkeit zu leben“ (54, 59).

*Deutungsdiätetik und ‚Natürlichkeit‘. Krankheit als natürliches Risiko einer guten Schöpfung*. Das Motiv der Deutungsdiätetik durchzieht auch die Beiträge, die nicht so sehr die Unverständlichkeit von Krankheit betonen als ihre Natürlichkeit. Auch diese Ansätze kritisieren die Deutung von Krankheit als Sündenfolge oder Erziehung, oder auch als dämonische Chaosmacht (gegen K. Barth, vgl. G. Eitzelmüller; *Thomas/Karle*, 460–462), deuten sie aber zugleich als natürliches Phänomen der *guten, aber risikobehafteten Geschöpflichkeit* (eine Ausnahme bildet M. Hailer, der parallel zur Betonung der Natürlichkeit eine hamartiologische Deutung von Krankheit vornimmt). So sind Krankheiten nach Eitzelmüller auf die „Eigenmächtigkeit“ und „Freiheit“ der guten Schöpfung zu-

rückzuführen, die in den naturalen Prozessen „ihre eigenen Möglichkeiten ausprobiert“ (461, 464). Ähnlich deutet G. Thomas die Krankheit als „riskant-problematischen Teil eines guten kreatürlichen [...] Lebens“ (Thomas/Karle, 504). Die gute Schöpfung sei zugleich erlösungsbedürftig bzw. mit Blick auf das neuschöpferische Handeln Gottes nicht *unüberbietbar* gut (522).

Thomas sieht mit Blick auf eine Klärung des Krankheitsphänomens die Notwendigkeit einer Reflexion auf unterschiedliche Endlichkeitsvorstellungen und -diskurse. Mehrere philosophische Beiträge auch des Bandes „Endliches Leben“ zeigen die konstitutive Positivität der Endlichkeit bzw. des Negativen für die menschliche Existenz auf (Th. Rentsch, R. Marten, O. Müller u.a.). Auch die Theologie soll – im Horizont von Schleiermacher und Barth und im Unterschied z. B. zur Synode von Karthago (im Jahre 418) und zu W. Pannenberg – von der natürlichen endlichen Befristung des geschöpflichen Lebens ausgehen. Um eine tendenziell zynische, naturalistisch-versöhnliche Affirmation aller, auch der lebenszerstörerischen Endlichkeitsphänomene zu vermeiden (vgl. L. C. Schneider, Thomas/Karle, 380–393; M. Hailer, Thomas/Karle, 431–433), fokussiert Thomas besonders auf die Differenz von „heilsamer“ und „lebensabträglicher“ Endlichkeit bzw. auf die theologische Deutung dieser Differenz.

*Deutungsdiätetik, Theodizee und biomedizinischer Krankheitsbegriff.* Die skizzierte Akzentuierung der Natürlichkeit von Krankheit bringt diese in die Nähe einer Theodizee von Leibnizischer Art. Bei Etzelmüller wird die Krankheit im Prinzip als *Freiheitszeichen* verstanden, und auch die relativ milde Rhetorik des Risikos von Thomas lenkt den Blick primär auf die biologische *Selbstgefährdung* einer Schöpfung, die in ihrer ambivalent-problematischen Komplexität *in summa* gut, wenn auch nicht *unüberbietbar* gut sei (vgl. das bezüglich der Theodizeefrage beruhigende Prädikat „nicht *unüberbietbar* gut“ etwa mit Løgstrups Charakterisierung der Schöpfung als zugleich herrlich und grausam). Macht sich hier nicht – parallel zur sonst hochgeschätzten Deutungsdiätetik – eine bedenkliche Deutungsaktivität geltend, die die lebenszerstörerische Krankheit und das damit verbundene Leiden rationalisierend verständlich macht? Geht es an, die Krankheit kausalattributiv einzig und allein der Schöpfung zuzuschreiben? Diesen Fragen und ihren Implikationen kann hier nicht nachgegangen werden. Im Horizont seiner freiheitstheoretischen Erklärung und daher in einer gewissen Spannung dazu betont Etzelmüller, dass Krankheiten als Folgen natürlicher Prozesse „ohne Bedeutung, ohne Sinn“ sind (461). An dieser Stelle konvergieren nun sowohl die Akzentuierung der Unverständlichkeit als auch der Natürlichkeit mit dem biomedizinisch-analytischen Krankheitsbegriff bzw. stehen mit dessen moderner Erfolgsgeschichte in einer ideengeschichtlichen Koalition. Die medizinisch-wissenschaftliche Entzauberung von Krankheit provoziert und befördert zugleich die theologische Bemühung, sich von einer theologisch problematischen Deutungspraxis zu verabschieden (448–464).



ii) *Widerstand und Ergebung im Kontext der christologischen, doxologischen und karitativen Integration.* Die Sinnlosigkeit ist nun nicht das letzte Wort, das diese Beiträge mit Blick auf die Krankheit zu sagen haben. Im Horizont des christlichen Glaubens fragen sie nicht nur nach dem Sinn der Krankheit, sondern auch nach einem angemessenen, neue Sinnbezüge integrierenden Umgang mit der Krankheit. Mit Blick auf den Krankheitsbegriff kann dabei zweierlei geschehen:

- Die reduktive Enge der biomedizinischen Sicht kritisierend bewegt man sich im Rahmen einer holistischen, den ganzen Menschen in seinen leiblich-individuellen, praktisch-sozialen und religiösen Bezügen berücksichtigenden Krankheitsauffassung (J. Eurich; Thomas/Karle, 439).
- Oder man orientiert sich bewusst an einem naturwissenschaftlich disponierten, deskriptiven Krankheitsbegriff, stellt aber das so beschriebene Krankheitsphänomen in den dynamischen Horizont der „Lebendigkeit“ Gottes (Thomas; Thomas/Karle, 503–525).

Ungeachtet dieser Differenz teilen beide Ansätze die gemeinsame Grundfrage, ob der Krankheit nur der Widerstand gilt – was ja angesichts ihrer lebensfeindlichen Sinnlosigkeit unmittelbar zu erwarten wäre –, oder ob und inwiefern ihr auch die Annahme gelten kann. Während z. B. Schaede den Kampf akzentuiert („Die Rede von der Annahme der Krankheit muss weg“, Schaede; Thomas/Karle, 307), profilieren diverse Beiträge neben dem Widerstand auch die Ergebung/Annahme bzw. ihren möglichen sachgemäßen Sinn (vgl. z. B. Eibach; Thomas/Karle, 347 zur dialektischen Figur der den Widerstand ermöglichenden Annahme und Thomas; Höfner/Schaede/Thomas, 187–188 zur Gleichzeitigkeit von Widerstand und Ergebung; vgl. Körtner; Thomas/Karle, 536). Diese Betonung der Annahme ist dabei durchaus auch zeitkritisch motiviert. Sie richtet sich gegen eine einseitige Konzentration auf die medizintechnische Bekämpfung von Krankheiten, aber auch gegen eine vielfältige Verdrängung der Endlichkeit zugunsten einer Ideologie des Perfekten und der Leidensfreiheit (Körtner; Thomas/Karle, 531–532; Schneider; Thomas/Karle, 380–393; Hailer; Thomas/Karle, 430–433). Fragt man nach der genaueren Bestimmung von Widerstand und Ergebung, sind meist drei integrative Dynamiken von Bedeutung, die die Krankheit im Kontext einer christlichen Lebensführung erfahren kann:

- In einer *christologischen Integration* wird die Krankheit in die Bewegung des Glaubens und Hoffens aufgenommen. Der Mensch partizipiert dabei am „messianischen Widerwillen“ (so Thomas im Anschluss an Bonhoeffer Höfner/Schaede/Thomas, 182; vgl. Höfner, Thomas/Karle, 487) Gottes gegen die Krankheit, aber auch an seiner verborgenen, liebenden Präsenz gerade in Not und Leiden, also auch in den leidvollen Erfahrungen der Krankheit (Ch. Tietz; Thomas/Karle, 364–366). Mehrere Beiträge akzentuieren als Implikat dieser zweifachen Partizipation auch die Teilnahme am Leiden Christi in der Nachfolge (vgl. bes. Eibach; Thomas/Karle, 347–353; Thomas; Thomas/Karle 518–519; Körtner; Thomas/Karle, 539–542).
- In einer *doxologischen Integration* wird die Krankheit in die Bewegung des

Gebets, insbesondere der Klage und des Bittgebets aufgenommen (zum Bittgebet vgl. *Höfner; Thomas/Karle*, 464–488). Da der Glaube in den Erfahrungen von Not und Leiden stets der Anfechtung ausgesetzt bleibt, gilt die besondere Aufmerksamkeit der Klage bzw. einem christlich angemessenen Verständnis der Klage (*Eibach; Thomas/Karle*, 346; *Körtner; Thomas/Karle*, 529; zur Klage und Hoffnung vgl. bes. *Thomas; Thomas/Karle*, 519–523; *N. Koopmann; Thomas/Karle*, 402).

- In einer *karitativen Integration* wird die Krankheit schließlich in die tätige Bewegung der fürsorglichen Liebe aufgenommen (*Koopmann, Thomas/Karle*, 404–407; *Thomas; Thomas/Karle*, 523–525; zum Leiden als „Gestalt der Liebe“ vgl. *Körtner; Thomas/Karle*, 539–542).

Insgesamt lässt sich eine zweifache, etwas spannungsvolle Dynamik beobachten: Mit Blick auf den Sinn dominiert die Kritik an einer problematischen Deutungspraxis bzw. die Betonung von Sinnlosigkeit der Krankheit, mit Blick auf den Umgang konzentriert man sich jedoch nicht auf den Widerstand, sondern ist durchaus bemüht, angesichts der kulturellen Dominanz des kompromisslosen Kampfes gegen Krankheit und Leiden einen angemessenen Sinn der Annahme zu profilieren. Dies bedeutet u.a., dass die Rede von der Ergebung zweifach präzisiert bzw. relativiert (depotenziert) wird: 1. Die Ergebung wird nicht selten dialektisch als eine Form des Widerstands gedeutet (*Eibach; Thomas/Karle*, 347; *H.-M. Rieger*, 127), 2. und sie gilt im eigentlichen Sinne nicht der Krankheit, sondern Gott bzw. seinem Willen (*Thomas; Höfner/Schaede/Thomas*, 188; *Eibach; Thomas/Karle*, 347; *Fischer*, 59).

iii) Von „*Hauptsache gesund!*“ zur „*Gesundheit vor und für Gott*“. Die obige Darstellung soll im Folgenden durch eine Fokussierung auf die Phänomene von Leiblichkeit und Gesundheit ergänzt und vertieft werden. Dazu dienen die Bücher von U. H. J. Körtner sowie H.-M. Rieger.

*Leiblichkeit als Signatur menschlicher Existenz.* Körtner geht es in seinen „Erkundungen“ um eine kritische Aufnahme und Verbindung der Leibphänomenologie mit einer theologischen Verantwortungsethik, die sowohl die schöpfungstheologische, rechtfertigungstheologische als auch eschatologische Reflexion integriert. Eine Phänomenologie der Leiblichkeit ist als solche nach Körtner nicht in der Lage, die für eine (bio-)ethische Theorie notwendige Normativität zu generieren (21, 37–38), auch operiere sie mit einer problematischen Vorstellung der Unverfügbarkeit, die das dialektische Verhältnis von Leib-Sein und Leib-Haben – oder theologisch: von Leib als Gabe und Aufgabe – verkennt (32–38; ähnlich *Rieger*, 39, 100–101, 117–130). Dennoch: In einer rechtfertigungstheologisch rekonstruierten Phänomenologie der Leiblichkeit bzw. Geschöpflichkeit akzentuiert Körtner das uns grundlos zukommende, alle Aktivität erst ermöglichende „Gegebensein“ (Grundpassivität) des leibhaften Lebens, seine grundsätzliche Empfänglichkeit und Angewiesenheit (81–90). In diesem Horizont stehen auch seine Erörterungen zu Krankheit und Gesundheit, die er

in Anlehnung an ein bio-psycho-soziales Modell integrativ als ein „kompliziertes Wechselspiel“ von verschiedenen Dimensionen der Wirklichkeit versteht (118). Hervorgehoben seien hier folgende Aspekte:

- Krankheit und Leiden sind keine Handlungen, sondern leibhafte *Lebensvollzüge*, in denen sich die fundamentale „Grundpassivität“, die Angewiesenheit und Hilfsbedürftigkeit unserer Existenz zeigt (82, 87, 133).
- Krankheit und Leiden konfrontieren uns mit der wesenhaften *Fragmenthaftigkeit* unseres Lebens (19; im Anschluss an Bonhoeffer 178).
- Auch die Gesundheit kann sachgemäß nur im Horizont der menschlichen Grundpassivität und Fragmenthaftigkeit verstanden werden. Körtner kritisiert den „utopischen“ Charakter der Gesundheitsdefinition der WHO („Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“) und stimmt der Bestimmung D. Rösslers zu, wonach die Gesundheit nicht die Abwesenheit von Störungen ist, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben (116; vgl. 128).
- Im Gegensatz zu einer die Fragmenthaftigkeit unseres Daseins verkennende „Tyrannei des gelingenden Lebens“ (G. Schneider-Flume) bzw. zu einem „mythischen Ganzheitsideal“ (H. Luther) stellt der christliche Glaube den Menschen in die eschatologische Perspektive einer „vom Menschen selbst nicht zu leistenden Vollendung“ (123, 169, 203; vgl. dazu *N. Slenczka; Höfner/Schaede/Thomas*, 287–307).
- Dank dieser eschatologischen Perspektive kann der Umgang mit Krankheit und Leiden als eine spannungsvoll-realistische Dialektik von Widerstand *und* Ergebung verstanden werden. Sie ermöglicht ein „Ethos der Resignation“ bzw. des zuversichtlich-hoffenden „Geführt-Werdens“, „Sein-Lassens“ und „Loslassens“ (176).

Körtners Erkundungen zur Leiblichkeit und Fragmenthaftigkeit gehen nicht direkt auf die Frage ein, inwiefern es sich bei der Krankheit um eine ‚heilsame Begrenzung‘ unserer Existenz (174–175; vgl. K. Barth, KD III/4, 424–425), um eine lebensabträgliche, aber – z.B. freiheits- und risikotheorietisch – rational nachvollziehbare Folge der Kreatürlichkeit der Welt oder um eine – gerade auch mit Blick auf Gott – letztlich unverständliche Lebenszerstörung und Leid handelt. Er akzentuiert jedoch eine im Glauben begründete Möglichkeit der „Aus-söhnung mit dem Natürlichen“ oder des „Einverständnis[ses] mit der Leiblichkeit“ (177) – nicht nur im von vielerlei Abschieden gezeichneten Alter, sondern auch angesichts des destruktiven, das Leben zur Unzeit beendenden Bösen.

*Zu einem menschenangemessenen Konzept der Gesundheit.* Wie Körtner wendet sich auch *Rieger* gegen eine durch die Parole „Hauptsache gesund!“ charakterisierte Gesundheitsauffassung und „Gesundheitsgesellschaft“, die die Grundpassivität und Fragmenthaftigkeit unseres Lebens verkennt, die Gesundheit zunehmend als etwas Machbares betrachtet und in einer religiösen Überhöhung zum „höchsten Gut“ stilisiert (9–44). In seinen „transdisziplinären“ Erkundungen versteht er die Gesundheit und Krankheit als „Weisen des Menschseins“

(44), das grundsätzlich begrenzt, verletzlich und auf das „unverfügbar Gegebene“ angewiesen ist. Gesundheit erscheint nicht als die Abwesenheit von Störungen, sondern die Fähigkeit, „mit Widerfahrnissen leben zu können“ (46). – Diese mit Körtner's Position sich deckende Perspektive entwickelt Rieger im Dialog mit einer Reihe von gesundheitstheoretisch relevanten „anthropologischen Rahmenkonzepten“ zu einem eigenen, komplexen „anthropologisch-ethischen“ Gesundheitsmodell (49–130, u. a. Anthropologische Medizin, Leibphänomenologie, Salutogenese). Zentral ist die Unterscheidung von Vollzugs- und Berichtsperspektive bzw. von Umgangsfähigkeit und Funktionsfähigkeit. Gesundheit soll nicht auf die Funktionsfähigkeit des Körpers reduziert werden (148), sondern ist zugleich die Umgangsfähigkeit des Menschen „mit den lebensgeschichtlich sich verändernden Zuständen bzw. Stadien (z. B. Bewältigungsfähigkeit) und vor allem [...] mit den Selbsterfahrungen des leiblichen Menschseins (z. B. Widerfahrniskompetenz, Leidensfähigkeit)“ (147).

Riegers kritisches Anliegen zeigt sich gut im Begriff der „Gesundheitstranzendenz“: Die Gesundheit ist nicht Selbstzweck, sondern ein Ermöglichungsgut für das – wie auch immer genauer zu bestimmende – gelingende Leben (220–224). In struktureller Parallelität wird in christlicher Perspektive die Gesundheit – aber auch das Streben nach dem gelingenden Leben – „entsoteriologisiert“, da der Mensch seine letzte Vollendung und Halt in der Gottesbeziehung findet (245). Wie Körtner akzentuiert auch Rieger an dieser Stelle die Ergebung und Annahme: Krankheit sei nicht nur eine schöpfungswidrige „Gestalt des Bösen“, sondern auch „[...] Ausdruck [...] einer vom Schöpfer gewollten Begrenztheit und Endlichkeit des Lebens“ (126–127). In Anlehnung an Barth – und mit Verweis auf den „Gottesdienst der Leiblichkeit“, der auch die dankbare Rückgabe von Gaben enthalten kann – spricht er daher von einer – letztlich entscheidenden – „Gesundheit vor und für Gott“ (127–130, 232–244).

Im Unterschied zu Konzeptionen, die Krankheit entweder als etwas in ihrer widergöttlichen Destruktivität Unverständliches (Eibach, Fischer) oder als eine schöpfungswidrige, aber ‚natürliche‘ bzw. risikohafte Folge der geschöpflichen Wirklichkeit ansehen (Etzelmüller, Thomas), betont Rieger den Charakter der Krankheit als Manifestation der von Gott gewollten Begrenztheit und Endlichkeit der Schöpfung. Diese Deutung zielt darauf, dass der Kampf gegen die Krankheit „human“ bleibt und der Mensch nicht „um den Preis seiner Endlichkeit“ geheilt wird (Etzelmüller; Thomas/Karle, 462–463). Auch Hailer hält diese Deutung – Krankheit als Manifestation der guten, heilsamen Begrenzung – für leistungs- und anschlussfähig, weil sie zu einem „zutiefst humanen Krankheitsverständnis“ passt (Thomas/Karle, 432). Das Risiko dieser Deutung – wie Hailer auch selbst hervorhebt – besteht natürlich in einer zynischen, rationalisierenden Rechtfertigung und Verharmlosung des Leidens. Gemeinsam ist jedoch diesen Ansätzen, dass sie es vermeiden, eine Konsequenz zu ziehen, die z. B. der dänische Theologe K. E. Løgstrup in seinem Spätwerk „Schöpfung und Vernichtung“ (1990) mit der folgenden Formulierung zum Ausdruck gebracht hat:

„Religiös verstanden hat die göttliche Schöpfermacht die Vernichtung und das damit verbundene Leiden und seine Willkür in ihre Schöpfung eingebaut [...] Die Schöpfungstat Gottes ist furchtbar in ihrer Herrlichkeit und Vernichtung [...] Mit dem Kommen vom Reiche Gottes ist uns keine Einsicht in Gottes Schöpferwerk gegeben, keine Erklärung, warum Herrlichkeit und Vernichtung gepaart sind, keine Möglichkeit, Leiden, Willkür und Tod zu erklären oder zu rechtfertigen [...] Wir erhalten keine Rechtfertigung Gottes und haben keine Theodizee.“ (Løgstrup, 271–272)

In der Grundentscheidung gegen einen solch direkt identifizierenden, schöpfungstheologischen und phänomenologischen Begriff von Krankheit zeigt sich eine Gemeinsamkeit aktueller deutschsprachiger Konzepte und insofern eine langfristige Wirkung der Kritik entsprechender Schöpfungstheologien seit 1945 in Deutschland.

### *b) Philosophie und Krankheit: Denkbemühungen im Kontext von Konflikt, Integration und Intransparenz*

Konzentriert sich die Theologie auf die Fragen des Ursprungs von und Umgangs mit Krankheit im Horizont des Gottesverhältnisses bzw. des ewigen Heils, bleibt die philosophische Reflexion im Koordinatengefüge von Krankheit und Gesundheit. Thematisch geht es ihr vor allem um die Möglichkeit einer Begriffsbestimmung bzw. um die Klärung des Verhältnisses von verschiedenen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit. Da philosophische Konzeptualisierungen immer auch in die theologische Behandlung des Themas hineinspielen, ebenso aber den Gesprächskontext eines jeden gegenwärtigen theologischen Verstehens bilden (*Thomas; Thomas/Karle*, 504–505), soll im Folgenden auf einige neuere Konzepte eingegangen werden. Es zeichnen sich in der neueren medizinphilosophischen Literatur drei Grundtendenzen ab: Konflikt, Integration und Unschärfe/Intransparenz. Zum einen prägt die Debatte der Streit zwischen naturalistischen bzw. deskriptiven und normativen Konzeptualisierungen von Krankheit und Gesundheit. Zweitens begegnet man dem Versuch, eine reduktionistische Sichtweise zugunsten einer komplexeren, multidimensionalen Analyse zu überwinden. Dies betrifft sowohl die integrative Wahrnehmung von biologischer Natur, leibhaftem Subjekt und kultureller Wirklichkeit als auch die Einbeziehung der bedeutungskonstitutiven Rolle von medizinischer Praxis, also insbesondere des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Zuletzt ist eine Vorsicht und Skepsis hinsichtlich der Möglichkeit einer univoken Bestimmung von Krankheit und Gesundheit zu beobachten (s. o. Abschn. 1).

Von den drei genannten Tendenzen – Konflikt, Integration und Intransparenz – bildet die integrative Denkbemühung den Grundtenor. Diese kann – grob betrachtet – eine normativistische oder eine naturalistische Akzentuierung haben. Zugleich wird versucht, dem Aspekt der Intransparenz und Unschärfe gebührend Rechnung zu tragen. Zu den Konzeptionen mit eher normativistischem Akzent zählen die Bücher von D. Lanzerath und G. Zurhorst/N. Gott-

schalk-Mazouz. Eine naturalistisch akzentuierte Integration nimmt Th. Schramme vor.

i) *Integrative Wahrnehmung mit normativistischem oder naturalistischem Akzent.* Nach D. Lanzerath soll eine Konstitutionsanalyse des Krankheitsbegriffs vier Dimensionen berücksichtigen: Krankheit und Natur, Krankheit und Gesellschaft, Krankheit und Subjekt sowie Krankheit und das Arzt-Patient-Verhältnis (vgl. die Struktur seiner Abhandlung). Im Gegensatz zu einer rein naturwissenschaftlich-medizinischen Betrachtung sei für ein angemessenes – d.h. praktisches, handlungsleitendes – Verständnis von Krankheit also die Einbeziehung einer Vielfalt von Perspektiven nötig (biomedizinisches Wissen, soziale Strukturen, kulturelle Werte, subjektive Befindlichkeiten; 282, vgl. 223–224). Eine konstitutive Priorität kommt dabei der Verkoppelung von Krankheit und Subjekt bzw. Selbstausslegung zu: „Erst [sic! durch] die Art und Weise, in der wir einen vorgegebenen Zustand interpretieren und als praktische Aufgabe akzeptieren, wird er als Zustand der Gesundheit oder Krankheit erfahren“ (223; Kursivierung im Original). Vor diesem normativen Horizont der Selbstausslegung bzw. der Erste-Person-Perspektive könne man – in einer sekundären Objektivierung – in naturwissenschaftlicher Sprache von einem „pathologischen“ Zustand reden (255). Die Möglichkeit einer solchen Objektivierung beruht nach Lanzerath anthropologisch auf der „exzentrischen Positionalität“ (H. Plessner) des Menschen, aus der die auch für den Krankheitsbegriff konstitutive Verschränkung von Vorgegebenheit und – praktischer, selbstinterpretativer – Aufgegebenheit resultiere (148–150, vgl. III/2 „Leibsein und Körperhaben“, 215–226). Der praktische Charakter des Krankheitsbegriffs, der integrativ verschiedene, heterogene Aspekte vereint, macht nach Lanzerath eine univoke und „hegemoniale“ Verwendungsweise des Krankheitsbegriffs fraglich und problematisch (256). Er sieht aber in der personalen Begegnung zwischen Arzt und Patient jenen Kontext, in dem sich ein praktischer, handlungsleitender Krankheitsbegriff vornehmlich entwickeln kann (258–259). In seiner „spezifischen Unschärfe“ bestehe gerade auch seine „praktische Leistungsfähigkeit“ – als ein uns praktisch aufgegebenes „Interpretandum“ (260).

*Phänomenologische und diskursphilosophische Erweiterungen.* Die Bemühung um eine integrative Wahrnehmung von Krankheit durchzieht auch den anregenden Dialog zwischen dem Psychologen G. Zurhorst und dem Philosophen N. Gottschalk-Mazouz. Zurhorst (7–59) macht gegenüber einer naturalistisch-reduktiven Sichtweise der (psychischen) Krankheit die Notwendigkeit eines – weit verstandenen – biopsychosozialen Modells geltend, das die naturwissenschaftlichen, subjektiv-personalen und kulturellen Elemente zusammendenkt. Mit Blick auf eine Definition sei erkenntniskritisch von fraglicher Messbarkeit, Kulturabhängigkeit und Wertgebundenheit auszugehen. Die kritische These von Zurhorst lautet, dass der Gesundheits- und Krankheitsbegriff „des heutigen Mainstreams der akademischen Gesundheitspsychologie, Klinischen Psycho-

logie, Psychotherapie [...] durch eine normative Unter- und Fehlbestimmung gekennzeichnet ist, indem hier entgegen dem biopsychosozialen Paradigma Gesundheit auf ‚Normalität‘ und Psychotherapie auf ‚Reparatur‘ reduziert wird“ (15). Um der normativen Dimension gerecht zu werden, soll methodisch auf sinnverstehende Zugänge wie Phänomenologie, symbolischer Interaktionismus und Hermeneutik zurückgegriffen werden.

Auch Gottschalk-Mazouz betont in seinem Beitrag (60–120), dass Krankheiten nicht nur „Vorgänge im Körper oder im Kopf“ sind, sondern eine „existenzielle, kulturelle und soziale Dimension“ haben (60; inklusive u. a. religiöser Deutung). Er bietet eine höchst instruktive Rekonstruktion der – überaus bunten und vielfältigen – medizinphilosophischen Diskussion über Krankheitsbegriffe. Neben den intern differenzierten Leitunterscheidungen von theoretischem und praktischem sowie naturalistischem und normativem Krankheitsbegriff skizziert er eine Typologie von möglichen Definitionsstrategien (monistisch reduktiv bzw. integrativ; pluralistisch subordinativ bzw. koordinativ; skeptische bzw. subversive Ansätze). Zusammenfassend konkludiert Gottschalk-Mazouz:

„Ob das Phänomen Krankheit nun als ein Begriff, der je nach Kontext unterschiedlich zu spezifizieren ist, rekonstruiert wird, oder als verschiedene Begriffe, ist [...] weniger interessant. Wichtiger erscheint mir, dass die im jeweiligen Kontext interessanten Merkmale, auf die der Begriff aufmerksam machen soll, Eingang finden können, und zwar prinzipiell in allen drei Dimensionen von Krankheit, das heißt in existenziellen, sozialen und biologischen/biomedizinischen Dimensionen.“ (119)

Dabei nimmt er eine diskursphilosophische Position ein, die einen diskursiven Vorbehalt sowohl gegenüber „vermeintlichen biologischen Fakten“ sowie gegenüber „vermeintlich objektiv verbindlichen Bewertungen“ geltend macht (117). Worauf es ankomme, sei die diskursive Offenheit bzw. Bereitschaft zu einer Auseinandersetzung über den Krankheits- und Gesundheitsbegriff. Da Zurhorst sich allzu verabsolutierend auf die Phänomenologie stütze, vernachlässige er das kontextuelle Eigenrecht der biomedizinischen Perspektive (133). Auch sehe er nicht, dass die Ebene, die für eine normative Bestimmung von Krankheit und Gesundheit letztlich „maßgeblich“ ist, der diskursive Prozess bzw. das Bestehen des Diskurs- oder Dialogtestes sei (137).

*Naturalistisch akzentuierte Integration.* Schramme vertritt eine naturalistische Position im Sinne eines „nicht-reduktiven Naturalismus“ (8), der in der (psychischen) Krankheit eine Störung von bestimmten grundlegenden, zur natürlichen „Ausstattung“ des Menschen gehörenden Fähigkeiten sieht. Die Krankheit könne jedoch naturalistisch nicht vollständig erklärt werden, sondern es bedarf ebenso einer evaluativen, subjektiv-lebensweltlichen Perspektive des Patienten (170). Schramme ist der Auffassung, dass man mit Blick auf Naturalismus und Normativismus von zwei Krankheitsbegriffen reden kann (98). So beschäftigt er sich zunächst im Anschluss an Boorse mit dem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff („pathologischer Zustand“ als Störung der Funktionsfähigkeit des Organismus), ergänzt diesen aber sodann um den normativen Krankheitsbegriff („Be-

einträchtigung‘ des Wohlergehens). Dies sei nötig, weil die Feststellung eines pathologischen Zustandes noch nichts über den möglichen Behandlungsbedarf bzw. keine handlungsleitende Negativbewertung beinhaltet. Es sei jedoch nach Schramme mit einem „begrifflichen Vorrang“ der naturalistischen Perspektive zu rechnen, der den Krankheitsbegriff auf medizinische Probleme eingrenzt (106, 113). Man könne durchaus im Sinne des pathologischen Zustands krank sein, ohne zugleich eine leidvolle Beeinträchtigung zu haben, nicht aber umgekehrt: Um im medizinisch-lebensweltlichen Sinne eine Beeinträchtigung zu haben, müsse man sich immer auch in einem pathologischen Zustand befinden.

*Sprachpragmatischer Krankheitsbegriff.* Für J. Kiesel ist der grundlegende Referenzpunkt nicht die menschliche Selbstdeutung (Lanzerath), der diskursive Dialogtest (Gottschalk-Mazouz) oder die naturwissenschaftliche Betrachtung (Schramme), sondern die pragmatische Sprachpraxis. Seine sprachrekonstruktive Analyse von Krankheit und Gesundheit reflektiert auf die pragmatischen Ziele des Sprechens und fragt nach einer – letztlich pragmatisch – begründeten, objektiven bzw. intersubjektiv gültigen Verwendungsweise dieser Begriffe (Kiesel, 157, vgl. 21–22, 178). Diese sollte sowohl an die Sprachpraxis des Alltags als auch der Wissenschaft anschlussfähig sein, ggf. aber auch korrigierend wirken (157). Sein Vorschlag ist, das Prädikat „krank“ nur dann zu verwenden, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind: 1. Es liegt ein körperlicher Funktionsdefizit vor und 2. es ist von einem aktuellen oder zukünftigen Leiden des Betroffenen auszugehen (179–182, 187, 214). Obwohl nach Kiesel auch bei der Bestimmung der ersten Bedingung normative Aspekte hineinspielen (gegen Boorse), macht erst die zweite Bedingung die Krankheit zu einem Wertbegriff (Wertung bezüglich des Leidens), dessen pragmatische Funktion letztlich in der Artikulation eines Behandlungsbedarfs besteht (218). Im Unterschied zu Schramme sollte man nach Kiesel keine Personen als krank bezeichnen, bei denen nur die erste Bedingung vorliegt. Zur Verwendung des Prädikats „krank“ sollte sich der Funktionsdefekt immer auch auf ein aktuales oder zukünftiges Leiden beziehen. Daher ist die Rede von einem „begrifflichen Vorrang“ (Schramme) der naturalistischen Perspektive problematisch – ist ja das Prädikat „krank“ auch auf die zweite Bedingung angewiesen. Da „krank“ also nur Personen, nicht Organe sein können (193; vgl. Lanzerath, 199), gibt es vielmehr eine kategoriale Priorität der normativen Perspektive, die jedoch – begriffskonstitutiv – empirisch-deskriptive Elemente enthält (177).

Die skizzierten Ansätze illustrieren die Dominanz der integrativen Denkbemühungen in der deutschsprachigen Medizinphilosophie. Die genaue Einschätzung der Relevanz und des Zusammenhangs von verschiedenen – biologischen, individuellen, soziokulturellen – Wirklichkeitsdimensionen kann dabei variieren, tut aber einer gewissen Nähe zwischen den dargestellten Ansätzen keinen Abbruch. Diese Nähe dokumentiert u. a. die sich fast bei allen Autoren findende Auseinandersetzung mit den „Klassikern“ der Medizinphilosophie, die – in genialer bzw. provokativer Einseitigkeit – in ihrem Theoriedesign nur auf eine Wirklichkeitsdimension gesetzt hatten: Ch. Boorse auf die deskriptive und bio-



logische, G. Canguilhem auf die normative und individuelle, H. T. Engelhardt und L. Nordenfelt auf die normative und soziokulturelle, K. D. Clouser, C. M. Culver, B. Gert auf die normative und universalistisch-(inter-)subjektive. Einige Beiträge dieser – eine integrative Denkbemühung geradezu provozierenden – Autoren sind dankenswerterweise seit kurzem auch auf Deutsch zugänglich (Rothhaar/Frewer sowie Schramme).

Zu beachten ist zudem, dass das stets zunehmende philosophische Interesse am Krankheitsbegriff – genau wie es auch in der Theologie der Fall ist (s. o. 2a) – im Kontext der rapiden Entwicklungen der biomedizinischen Forschung und der damit verbundenen gesellschaftlichen Herausforderungen steht. Nach Rothhaar und Frewer handelt es sich vor allem um drei Bereiche, in denen nach der „normativen Grenzfunktion“ von Krankheit und Gesundheit gefragt wird – die prädiktive Diagnostik, das sogenannte „Enhancement“ und die Probleme der Verteilungsgerechtigkeit (Rothhaar/Frewer, 7–8). Die oben skizzierten Ansätze weiten dieses Feld erheblich aus: Lanzerath fragt grundsätzlich nach der ethischen bzw. handlungsleitenden Funktion des Krankheitsbegriffs in der modernen, naturwissenschaftlich orientierten Medizin. Schramme kritisiert das heutige Profil der Psychiatrie und fragt nach einem angemessenen Begriff der psychischen Krankheit. Kiesel's Analyse versteht sich zugleich als ein Beitrag zur Debatte über Prävention und Gesundheitsförderung.

ii) *Gesundheit ist nicht Glück*. Die Kritik Körtner's, Rieger's und vieler anderen Theologen am utopischen Charakter des Gesundheitsbegriffs der WHO wird in der philosophischen Debatte weitgehend geteilt (Kiesel, 161–163). In freier Anlehnung an Lanzerath (Lanzerath, 168–170) können folgende Problempunkte genannt werden:

- Verkenning der wesenhaften Gebrochenheit und Fragmentarität des Lebens;
- weitgehende Medikalisierung und Pathologisierung des Lebens (z. B. des Alters);
- Gleichsetzung von Gesundheit und Glück;
- Säkularisierung der Heilsvorstellungen zur immanenten Erlösung in der Gesundheit;
- „Soteriologisierung“ der Medizin sowie die Gefahr einer politischen Manipulation (*social engineering*).

Diese Kritik wird geäußert ungeachtet des genaueren Designs des jeweils vertretenen Gesundheitsbegriffs: So favorisieren z. B. Schramme und Kiesel eine dichotom orientierte Gesundheitsauffassung (entweder/oder), Rieger aber ein komplexes Modell des dynamischen Kontinuums (mehr/weniger). Für das Kontinuum-Modell ist freilich eine jede die dichotome Prämisse („Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit“) enthaltende Gesundheitsauffassung utopisch, nicht nur die umfassende, Gesundheit und Glück identifizierende Zielvorstellung der WHO. Die dichotome Optik verkenne, dass „zu den Selbsterfahrungen

eines gesunden Menschen [...] auch Erfahrungen von Krankheit und Störungen“ gehören (Rieger, 139). Der von Rieger in „transdisziplinärer“ Absicht aufgestellte Begriff „Gesundheitstranzendenz“ findet jedoch in vielen medizinphilosophischen Beiträgen sachliche Entsprechungen, vor allem in der Kritik einer Identifikation von Gesundheit und Glück (vgl. Kiesel, 158–159).

iii) *Zum Sinn von bzw. Umgang mit Krankheit.* In den hier skizzierten philosophischen Monographien spielen die Fragen des Sinns von bzw. des Umgangs mit Krankheit keine nennenswerte Rolle, auch wenn z. B. Lanzerath hier eine „wesentliche Dimension“ der Krankheit sieht (Lanzerath, 204). Ausgenommen ist der (medizinisch) helfende Umgang, der für den normativen Krankheitsbegriff strukturell konstitutiv ist. Aber darüber hinaus wird z. B. die Frage „Widerstand oder Ergebung?“ nicht reflektiert. Es zeichnet sich hier also ein deutlicher Unterschied zur theologischen Behandlung des Themas ab, wo die Sinn- und Umgangsfragen eine zentrale Rolle spielen. Ein etwas anderes Bild ergibt sich mit Blick auf die philosophischen Beiträge des Konferenzbandes „Endliches Leben“ von Höfner/Schade/Thomas. Die hier vielfach begegnende Rehabilitation oder „Lob“ der Endlichkeit (R. Marten; Höfner/Schade, Thomas, 65–76; vgl. auch die Beiträge von D. v. Engelhardt, Th. Rentsch, O. Müller) bzw. der Aufweis des positiven Sinns des Negativen bringt auch eine recht positive (Sinn-)Perspektive auf die Krankheit mit sich, inkl. der Betonung ihrer Annahme (Rentsch; Höfner/Schade/Thomas, 38). Kritisch ist zu fragen, ob diese (selbst)versöhnliche Deutung der Endlichkeit im Zusammenhang von Krankheit nicht zu einer harmonisierenden Verkennung des Bösen und Grausamen führt.

In interdisziplinärer Perspektive sind jedoch grundsätzlich zwei übergreifende, in gewissem Sinne gegenläufige Dynamiken zu beobachten: In der Philosophie ist man bemüht, eine reduktive, besonders naturalistische Sichtweise zu überwinden und zu einem komplexeren, multidimensionalen Krankheitsbegriff zu gelangen. Man bewegt sich von einem rein biologischen Krankheitsbegriff zu einer multidimensionalen Konzeptualisierung (Verschränkung von Natur, Person, Gesellschaft und Praxis). Damit erschließt sich wieder die Möglichkeit der Sinnfrage (z. B. biographisch in der Anthropologischen Medizin, sozial re-moralisierend in gesellschaftlichen Debatten über Verantwortung und Allokation).

Diese Bewegung wird in der Theologie einerseits durchaus geteilt (Eibach, Körtner, Rieger u. a.), andererseits kommt hier aber auch eine gleichsam gegenläufige Dynamik zum Tragen. Die naturalistische Perspektive kommt dem theologischen Anliegen, vorschnelle und sachlich problematische religiöse Krankheitsdeutungen auszuschließen, durchaus entgegen. Man bewegt sich also von einer Fülle von überlieferten religiösen Krankheitsdeutungen hin zu einer theologisch inhaltsameren, „sinn-armen“ Wahrnehmung bzw. zu einem bewussten Festhalten an der bleibenden Sinnlosigkeit und Sinnwidrigkeit der Krankheit. Im Horizont der nüchtern-neutralen naturwissenschaftlichen „Erklärung“ erscheint die Krankheit in aller Klarheit als ein sinnloses Schicksal. Theologisch

warnen man dabei vor einer religiösen „Sinnggebung des Sinnlosen“ (T. Lessing), und leitet zu einer christologischen, doxologischen und karitativen Integration der Krankheit an.

In der Philosophie ist eine z. T. ähnliche Dynamik z. B. bei Gottschalk-Mazouz und G. Böhme zu beobachten. So verteidigt Gottschalk-Mazouz gegenüber Zurhorst das Eigenrecht der objektivierenden biomedizinischen Perspektive: „Nicht hinter jeder Krankheit und jedem Leid steckt ein existenzieller oder sozialer Sinn, sondern manchmal auch nur die nackte Kontingenz.“ (*Zurhorst/Gottschalk-Mazouz*, 133) Und Böhme verweist darauf, dass eine ethische Strategie nicht vorschnell-moralisierend mit Sinnggebungen operieren sollte, sondern den Kontingenzcharakter von Krankheit auszuhalten hat (Böhme, 246).

### 3. Ausblick

Krankheit und Gesundheit haben sich im letzten Jahrzehnt sowohl in der systematischen Theologie als auch in der Philosophie zu einem produktiven, anregenden Arbeitsfeld entwickelt. Aus der „Sprachlosigkeit“, die nach Thomas mit Blick auf dieses Thema für die systematische Theologie des 20. Jahrhunderts charakteristisch war (Thomas/Karle, 503), ist durchaus ein „Gespräch“ geworden. Und das nicht nur unter Theologen, sondern gerade auch interdisziplinär. Entscheidend ist dabei natürlich, dass das Gespräch und Reden über Krankheit nicht – wie man sich besonders im seelsorgerischen Kontext oft eingestehen muss – eine verdeckte Form von Sprachlosigkeit ist. Die hier besprochenen Arbeiten stimmen in dieser Hinsicht hoffnungsvoll und mutig.